



De keten een zorg

onderzoek naar de keten van Spoedeisende Medische Hulp

embargo tot woensdag 15 januari 2003, 11.00 uur

De keten een zorg

onderzoek naar de keten van Spoedeisende Medische Hulp

embargo tot woensdag 15 januari 2003, 11.00 uur

Utrecht, 10-1-03

drs. Hein K. Griffioen MCM

Inhoudsopgave

	1	Inleiding	3
	2	De SMH-keten en GHOR in beeld gebracht	6
5	2.1	De SMH-keten	6
	2.1.1	<i>CPA</i>	7
	2.1.2	<i>De huisarts</i>	7
	2.1.3	<i>De ambulancedienst</i>	9
	2.1.4	<i>De SEH van het ziekenhuis</i>	10
10	2.1.5	<i>Traumacentrum Rotterdam</i>	13
	2.2	De GHOR	13
	3	Knelpunten	14
	3.1	De Provinciale kenmerken van Zeeland	17
	3.1.1	<i>De Zeeuwse infrastructuur</i>	17
15	3.1.2	<i>Rampenprofiel Zeeland</i>	17
	3.1.3	<i>Eilandcultuur</i>	17
	3.2	De SMH-keten	18
	3.2.1	<i>De CPA</i>	19
	3.2.2	<i>De huisartsen</i>	19
20	3.2.3	<i>De ambulancediensten</i>	24
	3.2.4	<i>De ziekenhuizen</i>	24
	3.2.5	<i>Het traumacentrum</i>	26
	3.3	De GHOR	27
	4	Conclusies	30
25	5	Aanbevelingen	32
		Bijlage	
30	I	Taakopdracht van de Begeleidingscommissie SMH Zeeland	
	II	Offerte CGEY	
	III	Overzicht gesprekpartners	
	IV	Overzicht van concrete tips en adviezen	
	V	Literatuurlijst	
	VI	Samenstelling Begeleidingscommissie SMH Zeeland	
35	VII	Brief traumacentrum Zuid-West Nederland d.d. 6 november 2001	
	VIII	Lijst van afkortingen	

1 Inleiding

De provincie Zeeland heeft Cap Gemini Ernst & Young (CGEY) op 21 mei 2002 opdracht gegeven voor een onderzoek naar de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH¹). De aanleiding voor het onderzoek staat verwoord in de taakopdracht van de Begeleidingscommissie (zie bijlage 1): *Vanwege diverse ontwikkelingen binnen de diverse disciplines rond de spoedeisende medische hulpverlening is het wenselijk ontwikkelingen in kaart te brengen en daar waar knelpunten zijn c.q. (dreigen te) ontstaan, oplossingen aan te dragen.* Vragen waar dit onderzoek antwoord op dient te geven zijn:

1. *Welke knelpunten zijn er op basis van de status quo in de drie deelgebieden en welke knelpunten zijn op termijn -gezien bovenstaande ontwikkelingen- verder nog te verwachten? Vormt de eerstelijns verloskunde nog een specifiek aandachtspunt?*
2. *Hoe moet in de toekomst het zorgaanbod v.w.b. de spoedeisende hulp geregeld worden, gegeven de bovengeschetste ontwikkelingen? (Moeten oplossingen worden gezocht op regionale of subregionale schaal? Moeten voorzieningen geïntegreerd worden? Regievoering (zie aanbeveling 9 Commissie “Toekomstvisie Curatieve zorg Zeeland”)? Moet gedacht moeten worden aan b.v. snellere inzet van de traumaheli, een Zeeuwse traumaheli (die tevens kan worden ingezet voor secundair vervoer), inzet mobiel medisch team als variant op een traumateam? Hoe is dit elders in soortgelijke situaties geregeld? Moet de GHOR niet een zwaardere regierol gaan voeren, onder het motto dat een goede GHOR pas mogelijk is bij een goede spoedeisende medische hulpverlening? Bovendien is integratie van spoedeisende medische hulp en GHOR voor beide partijen een win-win situatie.)*
3. *Welke hiaten kom je bij hulpverlening in de calamiteitensfeer -meer dan 5 (zwaargewonde) slachtoffers- tegen? Hoe is in die situatie de afstemming van hulpverlening in GHOR verband?*
4. *Welke oplossingsrichtingen zijn te bedenken, met dien verstande dat een kwalitatief goede eerste spoedeisende medische hulpverlening gegarandeerd blijft?*

De voorgenomen aanpak van het onderzoek hebben wij neergelegd in onze offerte (bijlage 2). In bijlage 3 staat een overzicht van onze gesprekspartners, in volgorde van de initiële contacten. Verschillenden van hen hebben wij meer dan eens gesproken. De contacten verliepen steeds in goede sfeer. Een woord van dank voor de bereidwilligheid om vaak schaarse tijd te delen is dan ook op zijn plaats. Die dank geldt in het bijzonder voor de medewerkers van de betrokken ketenpartners, met wie wij op de werkvloer concreet konden meemaken hoe het proces van de SMH verloopt. Van de

¹ Deze rapportage staat bol van de afkortingen. Wij hebben er naar gestreefd die in de eigen tekst de eerste maal geheel uit te schrijven. In bijlage 8 hebben wij een lijst opgenomen met de meest gebruikte afkortingen en hun betekenis.

diverse gesprekspartners zijn heel wat concrete tips en adviezen ontvangen. Een overzicht daarvan is opgenomen in bijlage 4

5 Het functioneren van de SMH beroert velen. Getuigen daarvan zijn de talrijke publicaties over het onderwerp. In bijlage 5 geven wij een overzicht van de door ons bestudeerde literatuur. Daarnaast verschijnt met regelmaat een verhaal over de SMH in de pers.

10 Op 29 oktober heeft een eerste terugkoppeling plaatsgevonden aan de begeleidingcommissie (voor een overzicht van de leden van de commissie verwijzen wij naar bijlage 6). Tijdens die vergadering is de gelegenheid gegeven te reageren op de voorlopige bevindingen en is gevraagd aanbevelingen te formuleren. Die hebben wij gebruikt als input voor deze rapportage. Dit concept is op 20 november via de mail voorgelegd aan ongeveer de helft van de meest betrokken gesprekspartners. Verschillenden van hen hebben ondanks de korte beschikbare tijd kans gezien te reageren voordat het volgende concept het licht zag. Anderen hebben nadien gereageerd. Hun commentaar is later verwerkt in deze versie. Het vorige concept (d.d. 26 november) is op 3 december besproken in de vergadering van de begeleidingscommissie.

20 De reacties van de leden van de begeleidingscommissie waren zeer verdeeld. Aan de ene kant waren er (de vertegenwoordigers van de Inspectie, de patiënten, de huisartsen, verschillende openbaar bestuurders) die het beeld als beschrijving van de werkelijkheid herkenden en blij waren dat het nu eens onderzocht en op papier gezet was. Aan de andere kant waren er de reacties van de professionals (vertegenwoordigers van specialisten, ziekenhuizen, ambulancediensten) die het geschetste beeld niet herkenden en aangaven het een deels onjuiste en kwetsende weergave van de werkelijkheid te vinden. Voor een belangrijk deel was dat gevoelen gegrond in de beschrijving van casuïstiek en het opnemen van citaten. Dat was voor ons reden het rapport in de finale versie van die elementen te ontdoen. Doel van het opnemen van die elementen was om aan te tonen dat verbeteringen in de samenhang en samenwerking van de keten mogelijk en noodzakelijk zijn. Daarvan lijken alle actoren ondertussen overtuigd.

35 Een ander element van kritiek op de vorige versie van het rapport was de weinig wetenschappelijke onderbouwing van conclusies en beweringen. Daarvan kan gezegd worden dat het niet de bedoeling is geweest van noch de opdrachtgever, noch de onderzoeker om een wetenschappelijke publicatie het licht te doen zien. Deze rapportage is niet meer en niet minder dan de weerslag van een inventariserend onderzoek, met daarin conclusies en aanbevelingen die deels afkomstig zijn van betrokken partijen en deels van de onderzoeker. Deze zijn uiteraard geheel voor rekening van de onderzoeker.

40 De vergadering besloot zich nog niet in finale zin uit te spreken over de conclusies en aanbevelingen van de rapportage, omdat er evident nog fouten in het rapport stonden, die nog niet gecorrigeerd hadden kunnen worden. Besloten is als begeleidingscom-

missie nogmaals bijeen te komen en op 7 januari de gecorrigeerde versie van het rapport te bespreken en alsdan ook een uitspraak te doen over de conclusies en aanbevelingen. Om te voorkomen dat in dit concept nog medische onjuistheden blijven staan is tevens besloten een tussentijdse bespreking te arrangeren met enkele inhoudelijk deskundigen. De bijgewerkte versie is op 16 december wederom per e-mail verspreid onder een deel van de respondenten. Hun opmerkingen zijn verwerkt in het laatste concept, dat op 7 januari is besproken in de begeleidingscommissie. Die bespreking heeft op verschillende punten tot verdere verbeteringen geleid. De aanwezige leden (de niet aanwezigen is voor zover mogelijk de gelegenheid geboden telefonisch hun op- en aanmerkingen door te geven) hebben zich unaniem achter de conclusies en aanbevelingen geschaard. Dat laat onverlet dat het rapport niet door de commissie is goedgekeurd; de commissie heeft uitsluitend gefunctioneerd als klankbord voor de onderzoeker. Op 15 januari wordt het aangeboden aan wordt het rapport aangeboden aan de opdrachtgever, drs. G.L.C.M. de Kok, gedeputeerde volksgezondheid.

Deze rapportage is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 2 schetsen wij de samenhang tussen de verschillende schakels van de SMH-keten. Ook komt de samenhang tussen SMH en Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR) aan de orde. Wij hebben gemerkt dat veel van de betrokken partijen weliswaar goed op de hoogte zijn van het reilen en zeilen van hun deel van de keten, maar dat het overzicht bij velen ontbreekt. In hoofdstuk 3 belichten wij de specifieke knelpunten van de provincie Zeeland en de knelpunten in en tussen de schakels. Daarmee geven wij antwoord op de eerste en derde onderzoeksvraag. In hoofdstuk 4 komen wij tot conclusies. Hoofdstuk 5 bevat de aanbevelingen. In dat hoofdstuk beantwoorden wij de tweede en vierde onderzoeksvraag. Om de leesbaarheid van het rapport te vergroten hebben wij er voor gekozen de beantwoording impliciet te laten.

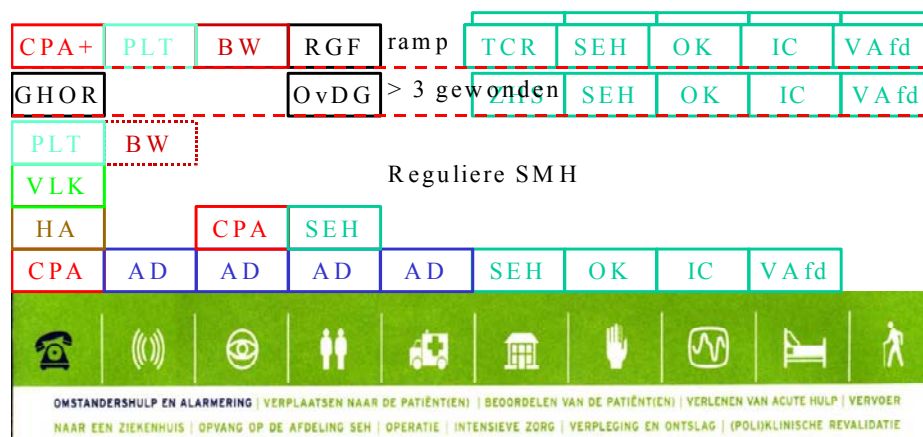
In onze offerte hebben wij aangegeven dat sprake is van een ongestructureerd, dynamisch probleem in een netwerkcontext. Door verschillende omstandigheden zijn wij enigszins afgeweken van de in de offerte aangegeven aanpak. Die omstandigheden waren het lopende project Versterking Ambulancezorg en de moeite die het kostte om de begeleidingscommissie voor de eerste maal bijeen te roepen. In de aanhef van hoofdstuk 5 komen wij terug op de aard van de aangetroffen problematiek en de gevolgen daarvan voor onze aanbevelingen.

2 De SMH-keten en GHOR in beeld gebracht

2.1 De SMH-keten

Een eenduidige definitie van het begrip Spoedeisende Medische Hulp ontbreekt. Deskundigen spreken over SMH als sprake is van een noodzakelijk direct medisch ingrijpen om de acute dood of ernstig letsel te voorkomen. Grofweg kan bij SMH een onderscheid gemaakt worden tussen traumatologie en overige, ernstige, acute aandoeningen. Doel van SMH is mortaliteit, morbiditeit en invaliditeit te verhinderen of te beperken². Betrokken partijen kunnen zijn: nulde lijn (omstanders, EHBO, reddingswezen), eerste lijn (huisartsen, verloskundigen), ambulancezorg eventueel aangevuld met Mobiel Medisch Team (MMT) en gecoördineerd door de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis en topklinische zorg (traumacentrum).

In onderstaande figuur schetsen wij de samenhang tussen de diverse betrokken partijen.



Figuur 1. Samenhang in de SMH-keten³

² Ontleend aan: Schematische beschrijving SMH-proces

³ De meeste afkortingen worden in de tekst verklaard; plt=politie, bw=brandweer, vlk=verloskundige, ha=huisarts, ad=ambulancedienst

Voor de goede orde: er doen zich situaties voor dat patiënten zich rechtstreeks melden bij de SEH⁴. Veel verloskundigen vervoeren bevallende vrouwen in de eigen auto naar het ziekenhuis. Kortom: in lang niet alle gevallen dat SMH geïndiceerd is wordt daadwerkelijk een beroep gedaan op alle onderdelen van de keten.

5

Kwantitatieve gegevens over de aard van de aandoeningen waarvoor een beroep gedaan wordt op de SMH-keten zijn moeilijk te achterhalen of ontbreken. Extrapolatie van landelijke gegevens uit het enquêteonderzoek Ongevallen in Nederland⁵ levert het volgende overzicht per dag (let op: uitsluitend voor ongevallen en niet gecorrigeerd voor het grote aantal toeristen dat Zeeland vooral in de zomermaanden bevolkt): 100 slachtoffers worden behandeld door de huisarts, 50 door de SEH, waarvan 7 per spoedvervoer, 5 worden er opgenomen met niet levensbedreigend letsel in het ziekenhuis, 1 per 3 dagen met levensbedreigend letsel, maar met overlevingskansen bij adequate medische zorg; nog minder slachtoffers overleven hun letsel niet.

10

15 2.1.1 *CPA*

Bij SMH wordt in de normale gang van zaken 112 gebeld door een omstander⁶. De centrale van de politie (als vanuit Zeeland met een vaste telefoonlijn gebeld wordt: in Middelburg, bij mobiele bellers het Korps Landelijke Politiediensten) inventariseert welke hulp gewenst is en verbindt door naar de CPA⁷. Hulpverleners bellen een rechtstreeks alarmnummer van de CPA Zeeland. De centralist vraagt behalve naar de locatie, ook door naar de aard van de hulpvraag. Zonodig wordt de omstander geïnstrueerd om de EHBO te starten. Ieder gesprek wordt met een datum/tijd aanduiding op de band opgenomen, zodat achteraf woordelijk kan worden gereconstrueerd hoe meldingen precies verlopen zijn.

20

25

De melding wordt direct geregistreerd in het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (dat sinds ruim 1 jaar operationeel is), waarna de centralist een suggestie krijgt voor de inzet van een ambulance. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de centralist om aan de hand van het inzetprotocol te bepalen of een beroep gedaan moet worden op het Mobiel Medisch Team (MMT) van het Traumacentrum, dat door de traumaheli kan worden ingevlogen. Als de centralist akkoord is met de suggestie van het GMS kan direct en geautomatiseerd een oproep gedaan worden naar het personeel van de parate ambulance(s). De centralist dient altijd een afweging te maken of sprake is van een

30

⁴ Zie: De eerste lijn voorbij. In Goes is sprake van een zogenaamd “gesloten SEH”, die van Vlissingen en Terneuzen is open. Dat wil zeggen dat in Goes de patiënten in principe niet zonder verwijzing binnenkomen, terwijl dat in Vlissingen en Terneuzen wel het geval is.

⁵ Zie: Schematische beschrijving SMH-proces

⁶ In de praktijk verschilt de urbane van de rurale situatie. In het laatste geval zal veel vaker (volgens een schatting van een betrokkene in eenderde van de gevallen) eerst de huisarts worden gebeld.

⁷ Sinds 1998 is de CPA van Zeeuws-Vlaanderen gefuseerd met die boven de Westerschelde.

5 zogenaamde A1-rit⁸, dan wel een A2-rit. Van een A1-rit is sprake als een levensbedreigende situatie niet valt uit te sluiten; bij een A2-rit is geen sprake van een levensbedreigende situatie, maar direct vervoer naar een instelling is aangewezen. De ambulance dient zich alsdan te houden aan de reguliere verkeersregels. In het eerste geval wordt met de grootst mogelijke spoed gereden, met gebruikmaking van optische en akoestische signalen. Via een spraakmelding op de pieper wordt de aard van de melding doorgegeven, alsmede de plaats. Als de ambulance uitrijdt neemt de ambulanceverpleegkundige contact op via de mobilfoon om nader informatie te ontvangen over de melding. In gevallen dat de privacy van de patiënt in het geding is verloopt het contact via de mobiele telefoon.

10 Alle posities van de ambulance worden via een semi-automatisch systeem gemeld aan het GMS: het uitrijden, het aankomen, het vertrek, de aankomst bij het ziekenhuis, het vertrek van het ziekenhuis (en dus de beschikbaarheid) en het aankomen op de ambulancepost. Op overzienbare termijn zullen alle ambulances waarschijnlijk uitgerust gaan worden met een systeem (GIS) waardoor de exacte geografische positie van het voertuig op een geprojecteerde landkaart wordt weergegeven. Alsdan kan het GMS met nog meer nauwkeurigheid een voorstel doen voor het inzetten van de parate ambulances. Ook zal op korte termijn (oktober 2003) de uitrol plaatsvinden van C2000: het digitale systeem dat het analoge en niet altijd betrouwbare mobilfoonverkeer vervangt.

25 Als de ambulance aankomt, kan terplekke om extra bijstand gevraagd worden. Meestal wordt de patiënt vervoerd naar de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Als het goed is zijn zijn vitale waarden van de patiënt (de ABC⁹-parameters of de (gereviseerde) traumascoring) opgenomen. Die worden via een speciaal daarvoor ontwikkeld vooraanmeldingsformulier doorgegeven aan de CPA, die ze vervolgens doorbelt aan de SEH. Zodoende kan het ziekenhuis zich gereedmaken voor het bieden van passende hulp. Daarnaast wordt een ritformulier ingevuld, dat bij de overdracht van ambulance naar ziekenhuis wordt gebruikt. Bij sommige ziektebeelden is het mobiliseren van verschillende soorten specialisten geïndiceerd.

30 Het personeel van de CPA is in dienst van de Brandweer Zeeland. De regionale brandweer Zeeland exploiteert ook een alarmcentrale voor de brandweer. Beide meldkamers worden door gemeenschappelijk CPA- en brandweerpersoneel bemenst. Vanaf 1 januari 2003 zijn 24 uur per dag minimaal twee centralisten beschikbaar, waarvan tenminste één een verpleegkundige is. De verpleegkundige is in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg aansprakelijk voor het goed verloop van de melding. Verpleegkundig centralisten dienen de SOSA¹⁰-scholing te doorlopen.

⁸ De indicatie voor een A1-rit is vastgelegd in de Wet Ambulancevervoer

⁹ A = Airway (ademweg), B = Breathing (ademhaling), C = Circulation (circulatie), eventueel aangevuld met Disability en Exposure/Event

¹⁰ Stichting Opleiding Scholing Ambulancehulpverlening

De CPA wordt wettelijk bestuurd door de gemeenten via een Gemeenschappelijke regeling¹¹. Daarin onderscheidt zich de CPA van de overige ketenpartners in de SMH-keten. De financiering geschiedt door de ambulancediensten. Zij krijgen daartoe van de zorgverzekeraars een opslag op de ritprijs. Deze opslag wordt berekend door de begrootte kosten van de CPA te delen door het aantal geprognoseerde ritten. Die opslag is in Zeeland onvoldoende om de totale kosten van de CPA te kunnen dekken. De gemeenten passen de eventueel ontstane tekorten bij.

Verder is er een sterke binding met de brandweer. In Zeeland is de directeur van de CPA de regionale brandweercommandant van Zeeland. Het merendeel (zo'n 90%) van de meldingen op de gemeenschappelijke meldkamer van de CPA en brandweer bestaat uit ambulancemeldingen. Het voornemen bestaat om per 1 januari 2004 de meldkamers van Politie, Brandweer en Ambulance gezamenlijk te huisvesten in Middelburg, in het veiligheidsgebouw aan de Segeerssingel.

2.1.2 *De huisarts*

In verschillende delen van Zeeland (met name langs de Westkust) is de aanrijtijd van de ambulance van 15 minuten bijna onhaalbaar. Zeker in die gebieden bestonden afspraken met huisartsen dat direct na het uitsturen van de ambulance ook de huisarts werd opgeroepen. Het concept is, dat deze doorgaans eerder bij het slachtoffer aanwezig kan zijn en alvast kan beginnen met bijvoorbeeld reanimatie. In de praktijk bleek steeds vaker dat huisartsen later arriveerden dan de ambulance. Dat wordt versterkt doordat steeds meer huisartsen hun diensten buiten kantooruren verrichten vanuit huisartsenposten (HAP-en). Daardoor verdwijnt op die tijden (volgens een ruwe schatting van een betrokkene in tweederde van de gevallen) het voordeel van het eerder terplekke kunnen zijn. Overdag is een huisarts vaak bezig met spreekuur of visite-rijden als hij gevraagd wordt bij een spoedgeval te komen. Desalniettemin zijn ons casussen ter oren gekomen waaruit blijkt dat de huisarts geregeld veel eerder aanwezig is dan de ambulance.

Overigens verzorgen de huisartsen van de Schouwse Westhoek de huisartsenzorg voor Port Zélande. Dit ligt echter in de provincie Zuid-Holland en valt dan ook qua CPA en ambulancezorg onder die diensten.

2.1.3 *De verloskundige*

Er zijn in Zeeland alleen verloskundige praktijken in Tholen, Middelburg, Vlissingen en Goes. Zoals gezegd komt het nogal eens voor dat de verloskundige een vrouw in

¹¹ Zie ook de paragraaf over de GHOR.

partu met de eigen auto naar het ziekenhuis vervoert. Dat wordt gemotiveerd vanwege de geringe afstanden en de tijdwinst die dat met zich meebrengt.

2.1.4 *De ambulancedienst*

5 Ambulancezorg is de zorg die beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of ongevalslachtoffer binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en, waar nodig, adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis noodzakelijk is. Provincies hebben momenteel de verantwoordelijkheid voor de planning van de ambulancezorg, terwijl zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de bekostiging. De Rijksoverheid is momenteel doende om, in het kader van het Project versterking ambulancezorg, een landelijk spreidingsplan vast te stellen. De positie van de Provincies als planningsverantwoordelijke staat daarmee ter discussie. Die wordt zoals het er nu naar uitziet overgenomen door de zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS.

15 De Minister van VWS is (op titel van de Wet ambulancevervoer) eindverantwoordelijk voor het beleid op het terrein van de ambulancezorg, de instellingen zelf (op titel van de Kwaliteitswet zorginstellingen) voor de kwaliteit van zorg en het toezicht daarop.

20 Het wezen van de ambulancedienst is de beschikbaarheid. Daarmee zijn ook de meeste kosten gemoeid. De producten van de ambulancedienst zijn spoedeisend vervoer (A1- en A2-ritten), besteld vervoer (B-ritten) en hulp bij rampen en ongevallen. De verhouding tussen A- en B-ritten is landelijk 50-50. In Zeeland worden volgens voorlopige opgave van de CPA jaarlijks 21.000 ritten gereden, 7.000 A1, 7.000 A2 en 25 7.000 besteld vervoer. Dit wijst erop dat in Zeeland ofwel relatief veel SMH-zorg moet worden gegeven, dan wel dat de hoeveelheid besteld vervoer veel geringer is dan elders. Het kan echter ook te maken hebben met de manier waarop bijvoorbeeld voorwaardenscheppende ritten geregistreerd worden. Dat zijn ritten die gemaakt worden om de paraatheid in een bepaald gebied op peil te houden als de betrokken ambulance is ingezet. Cijfers om deze vermoedens te staven ontbreken. Al deze ritten worden gefinancierd door de zorgverzekeraars. Gemeenten kunnen in het kader van grootschalige evenementen extra ambulances vragen standby te zijn. De kosten daarvan komen ofwel ten laste van de gemeentelijke begroting, dan wel ten laste van de organisatie.

35 In Zeeland is afhankelijk van het tijdstip per post één of meer ambulances paraat of in piket¹². De inzet van de ambulances wordt dwingend geregisseerd door de CPA. Hooguit kan het ambulancepersoneel de suggestie doen om in te springen op een spoedgeval, als zij toevallig in de buurt zijn van een melding.

¹² Zie: Ambulancehulpverleningsplan Zeeland.

5 De Rijksnorm voor de aanrijtijd van een ambulance is maximaal 15 minuten na opdracht door de CPA aan de ambulancebemanning. AmbulanceZorg Nederland zelf heeft inmiddels de norm aangescherpt: de ambulance moet binnen 15 minuten na het aannemen van de melding door de CPA ter plaatse zijn. Streeftijd voor de afhandeling van de melding (ontvangen, doorvragen, prioriteren, opdracht geven) is 2 minuten, waardoor voor de rit 13 minuten resteert. In Zeeland hebben de beide ambulancediensten zich van deze aanscherping gedistantieerd, omdat die zonder extra middelen niet geëffectueerd kan worden.

10 Overigens is er geen enkele medische onderbouwing voor de norm van 13 of 15 minuten te vinden in de literatuur. Een enkel ziektebeeld (zoals een circulatiestilstand) vergt acute start van de reanimatie. Daarvan zijn er waarschijnlijk (op basis van extrapolatie van landelijke cijfers) ongeveer 150 op jaarbasis in Zeeland. Voor bijna alle andere ziektebeelden geldt het zogenaamde golden hour: als niet binnen een uur adequate medische hulp is ingezet nemen de mortaliteit en de morbiditeit zeer snel toe. Voor ernstige traumata (veelal zwaargewonde zogenaamde polytrauma (meervoudig gewonde) patiënten) geldt in een deel van de gevallen (welk deel is onbekend) dat ook sprake is van hersenletsel. In die gevallen is vaak neurologische of neurochirurgische consultatie of behandeling aangewezen. In het geval van een noodzakelijke neurochirurgische behandeling moet normaal gesproken verwezen worden naar een traumacentrum, in Rotterdam, Tilburg, Antwerpen, Gent of Brugge.

25 De bemensing van een ambulance bestaat uit een chauffeur met SOSA-opleiding en een gediplomeerd verpleegkundige met SOSA-opleiding. In die opleiding is een advanced life support-opleiding (ALS) opgenomen. Vaak zijn de verpleegkundigen werkzaam geweest op een Intensive Care (IC), een Coronary Care Unit (CCU), SEH en/of anesthesie. De inrichting van de ambulances wordt steeds geavanceerder. Daardoor (en vanwege hun ervaring en opleiding) is een ambulanceteam vaak bekwaam en vanwege de Wet beroepen individuele gezondheidszorg ook bevoegd zorg te verlenen die normaal gesproken is voorbehouden aan een arts of verloskundige. Vaak bestaat die zorg uit triage en het stabiliseren van de patiënt en vervolgens het gereedmaken voor vervoer.

35 Tijdens het vervoer of na aflevering van de patiënt bij de SEH van het ziekenhuis vult de verpleegkundige een ritformulier in, waarvan doorslagen in het ziekenhuis blijven. Deels zijn deze bedoeld voor het medisch dossier, deels voor het evalueren van de gang van zaken door de artsen en verpleegkundigen van het ziekenhuis en de medisch leider van de CPA en ambulancedienst.

40 Er wordt sinds het verschijnen van de nota Met zorg verbonden gewerkt aan het tot stand brengen van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV). Aangezien dat proces in verschillende regio's (waaronder Zeeland) stokte, is door de overheid sinds begin van dit jaar het Project Versterking Ambulancezorg van start gegaan. Doel van de

5 RAV is het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, door het bestu-
ringssysteem van de CPA en ambulancediensten te verhelderen en te komen tot een-
duidige coördinatie en schaalvergroting. Dat doel zou volgens de nota Met zorg ver-
bonden bereikt moeten worden door één rechtspersoon te creëren, waarin ambulance-
10 diensten en CPA (al dan niet als eigenstandige rechtspersonen) worden gecombineerd.
In de praktijk krijgt dat niet overal op dezelfde wijze gestalte. In het bevoegd gezag
van die RAV zouden (alweer volgens de nota Met zorg verbonden) ook vertegen-
woordigers van huisartsen, ziekenhuizen en traumacentrum zitting moeten hebben, al
dan niet als adviseur. De RAV wordt (althans, dat is op dit moment het voornemen)
15 per 1 januari 2004 de vergunninghouder. De vergunning wordt verstrekt op grond van
een Regionaal AmbulancePlan (RAP). Het RAP is een strategisch beleidsplan waarin
een regionale visie op de ambulancezorg in de SMH-keten in de regio is opgenomen.
Zorgverzekeraars hebben een zwaarwegend advies naar de Minister. Het deel dat be-
trekking heeft op GHOR behoeft de instemming van het GHOR-bestuur. De RAV
wordt door de Inspectie onder andere getoetst op transparantie van de organisatie,
20 spreiding en beschikbaarheid, en in afgeleide zin op financiën en verantwoordelijkhe-
den.

20 Het budget van een ambulancedienst wordt bepaald op basis van een aantal parame-
ters ex Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Daartoe heeft het College tarieven ge-
zondheidszorg (CTG) de beleidsregel budgettering ambulancediensten opgesteld.
Daarin figureren parameters als standplaats, rit en gereden kilometer, maar ook de
25 omgevingsadressendichtheid (die in Zeeland gemiddeld evident laag is). Op basis van
het begrootte aantal ritten (besteld vervoer en spoed) worden tarieven per rit afge-
sproken, die door de zorgverzekeraars betaald worden. Gezien de specifieke geografi-
sche omstandigheden van Zeeland en de geringe bevolkingsdichtheid, in combinatie
met het grote aantal toeristen, is een aantal jaren geleden extra geld (*f* 2,7 mln) naar
30 de ambulancediensten in Zeeland gegaan. Daarmee wordt extra personeel voor de
CPA en de ambulancediensten bekostigd om de paraatheid te verhogen.

30 In Zeeland zijn twee ambulancediensten actief. Beneden de Westerschelde maakt de
dienst onderdeel uit van de Stichting ZorgSaam, waarin ook de ziekenhuisorganisatie
en de thuiszorg zijn ondergebracht. Het personeel van deze dienst valt onder de CAO
Ziekenhuizen. Tot 1997 was sprake van een aparte dienst in Oostburg. Die werd aan-
35 gestuurd door de Rode Kruis afdeling West Zeeuws-Vlaanderen.

40 Boven de Westerschelde is sinds 1999 sprake van één dienst (een stichting) met als
werkgebied Walcheren, De Bevelanden en Schouwen-Duiveland. De voormalige
diensten van Walcheren en De Bevelanden hadden beide een grote negatieve reserve.
De regels van het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen schrijven voor dat, wil
een ambulancedienst in aanmerking komen voor sanering van oude tekorten, de in-
stelling als rechtspersoon op 31 december 2000 nog moest bestaan. De Stichting Am-
bulancedienst boven de Westerschelde heeft een zogenaamde B3-status. Dat wil zeg-
gen dat de medewerkers ambtenaren zijn.

2.1.5 *De SEH van het ziekenhuis*

De betrokken arts op de SEH (dat kan zowel een specialist zijn als een poortarts; een poortarts is meestal een pas afgestudeerde en ATLS-geschoolde arts die wacht op een opleidingsplaats, een zogenaamde AGNIO¹³; het komt ook voor dat een basisarts ervoor gekozen heeft zich door het volgen van allerhande (internationaal erkende) opleidingen tot spoedarts te bekwamen) hoort via de CPA een kwartier voor aankomst wat de vitale waarden zijn van de patiënt die onderweg is. Op basis van die vitale waarden kan een goede inschatting gemaakt worden van hetgeen nodig is om de patiënt van optimale zorg te voorzien. Een belangrijke rol is op de SEH overigens weggelegd voor de verpleegkundigen. Veelal wordt de triage door zo'n verpleegkundige verzorgd, waarna de specialist(en) word(t/en) opgeroepen. Dit speelt vooral als het ziekenhuis niet beschikt over poortartsen. Als het ziekenhuis wel beschikt over poortartsen, dan kan het merendeel van de patiënten (eventueel na consultatie van de betrokken specialist) door hen worden behandeld. In sommige gevallen is het nodig dat de patiënt direct geopereerd wordt. Als in Zeeland de noodzakelijke deskundigheid niet aanwezig is, moet worden doorverwezen naar de al genoemde traumacentra.

De diensten van het ziekenhuis worden op vergelijkbare wijze gefinancierd als beschreven is bij de ambulancediensten. Er wordt momenteel hard gewerkt aan een herontwerp van het financieringssysteem. De invoering daarvan heeft tot gevolg dat verrichtingen een belangrijker deel van de opbrengsten gaan bepalen.

2.1.6 *Traumacentrum Rotterdam*

Nederland kent (sinds de effectivering van de nota Met zorg verbonden) tien traumacentra. Die zouden moeten beschikken over een zogenaamd Medisch Mobiel Team (MMT). Vier van die tien beschikken bovendien over een traumahelikopter. Deze kunnen totnogtoe uitsluitend bij daglicht vliegen. Dat betekent dat alleen bij daglicht een Nederlands MMT beschikbaar is in Zeeland. Zeeland ligt in het adhaerentiegebied van het Traumacentrum Zuidwest Nederland, dat verbonden is aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Traumacentra hebben, naast de zorgtaak voor bepaalde ernstig gewonden (polytraumaslachtoffers¹⁴, in Zeeland op basis van cijfers van het College voor Zorgverzekeringen waarschijnlijk tussen de 100 en 200 per jaar), belangrijke bijzondere taken ten aanzien van het realiseren van het traumazorgnetwerk. Ook hebben de traumacentra een rol bij het opzetten van behandelprotocollen en het registreren van de traumazorg. Verder dienen kwaliteitscriteria voor de traumazorg te worden opgesteld en wordt het contact onderhouden met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). Voor die coördinerende, regionale taken ontvangen de traumacentra een (relatief geringe) financiële bijdrage van het Rijk.

¹³ Assistent Geneeskundige Niet In Opleiding

¹⁴ In de meest enge zin van het woord

In de praktijk van Zeeland bestaan er voor Zeeuws-Vlaanderen oudere afspraken met de Medische Urgentie Groep (MUG) uit Brugge, waardoor ook in die regio een heli-“MMT” binnen 15 minuten aanwezig kan zijn. In de nacht gaat dit echter ook via grondgebonden vervoer uit Brugge en Knokke. De MUG-artsen zijn breder inzetbaar dan alleen bij traumacriteria. In het geval dat niet gevlogen wordt kan men met de auto snel aanwezig zijn in zuidelijk Zeeland. De MUG-helikopter wordt door een aantal Zeeuws-Vlaamse gemeenten door een waarderingssubsidie medegefinancierd. Het aantal inzetten is niet hoog (25 per jaar). Deels betalen zorgverzekeraars uit coulance mee aan de kosten voor inzetten van de MUG-heli.

De kosten voor de infrastructuur van de Nederlandse MMT-dekking worden slechts voor een relatief klein deel betaald uit een lump sum vanuit het ministerie van VWS. De overige kosten moeten worden opgebracht door de vier ziekenhuizen met een helivoorziening. Er is daarom ook nog weinig zicht op een 24-uurs paraatheid.

2.2 De GHOR¹⁵

De GHOR staat in Nederland sinds de rampen in Volendam en Enschede onder grote belangstelling. Een ramp is *een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij leven en gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillend vakgebied vereist is*¹⁶. Sinds enkele jaren heeft de overheid (op grond van de al genoemde nota Met zorg verbonden) de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen duidelijker gepositioneerd. De Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (Wghr) bepaalt dat het college van B&W verantwoordelijk is voor de voorbereidingen van de gewondenzorg bij een ramp. Die taak moet in regionaal verband worden uitgeoefend. Formeel ligt die taak nu nog bij het Wghr-bestuur, dat zal het overdragen aan de GHOR-bestuurscommissie. In beide besturen hebben vertegenwoordigers van de colleges van B&W (veelal de burgemeesters) zitting. In het algemeen geldt dat als de schaal van de inzet de gebruikelijke samenwerking te boven gaat men tot bestuurlijke opschaling overgaat. In Zeeland heeft men vooruitlopend op de formele overdracht van de bevoegdheden van het Wghr-bestuur, deze al belegd bij de GHOR-bestuurscommissie. Deze bestuurscommissie is een onderdeel van de gemeenschappelijke regeling GGD. Bovendien heeft men recent besloten dat de CPA en GHOR “besturen” zullen fuseren. Daarmee komt de CPA ook onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van het GGD-bestuur te hangen.

¹⁵ Zie: brief BZK/VWS aan Tweede Kamer d.d. 11-7-02

¹⁶ Uit: Schematische beschrijving SMH-proces

5 Namens het GHOR-bestuur heeft de RGF onder andere de taak de activiteiten van de
geneeskundige keten in het kader van de rampenbestrijding op elkaar en op die van de
Brandweer en Politie af te stemmen. De RGF bepaalt ook wanneer tot bestuurlijke
opschaling wordt besloten en informeert het openbaar bestuur. De RGF is in Zeeland
10 (zoals op veel plaatsen in Nederland) de directeur van de GGD. Bedoeling is dat het
GHOR-bestuur zorg gaat dragen voor het instandhouden van een meldkamer (CPA).
De dagelijkse leiding daarvan komt waarschijnlijk te liggen bij de directeur RAV. In
Zeeland zal de directeur RAV via dienstverleningsovereenkomsten afspraken maken
over het niveau en de kwaliteit van de dienstverlening van de CPA. De RAV is (net
15 als de CPA) een zorginstelling. Tijdens een ramp is de RGF commandant van de ge-
neeskundige kolom en kan aanwijzingen geven aan de CPA. Het wetsvoorstel kwali-
teitsbevordering rampenbestrijding, dat nu bij de Tweede Kamer ligt, formaliseert dit
beeld. Financiering van de GHOR vindt plaats ten laste van de gemeentelijke begro-
tingen en wordt aangevuld met een bijdrage van het Rijk (op grond van het Besluit
doeluitkering rampenbestrijding).

20 De organisatorische verantwoordelijkheid van het GHOR-bestuur reikt tot en met de
zorginstelling. Die dient zich (door oefeningen en opleidingen van de betrokkenen)
voor te bereiden op een inzet bij rampen. Daarover dienen afspraken te worden ge-
maakt en vastgelegd in het regionaal beheersplan rampenbestrijding en het organisa-
tieplan GHOR. Voor een volledige beschrijving van de verantwoordelijkheidsverde-
25 ling tussen RGF, ziekenhuis, GHOR en Traumacentrum: zie de brief van het trauma-
centrum van 5 november 2001 (bijlage 7). De kosten van deze oefeningen komen
deels ten laste van het premiestelsel, deels ten laste van de GHOR.

30 Bij grotere ongevallen (in Zeeland is de afspraak bij drie of meer slachtoffers, bij de
inzet van de traumaheli, van meer dan twee ambulances, of in gevallen met een mili-
eukundige impact) wordt door de CPA binnen drie minuten de Officier van Dienst
Geneeskundige (OvdG) opgeroepen. Dat komt jaarlijks zo'n 60 keer voor. Als er
meer ambulances op de locatie aanwezig zijn, dan voert de eerste ambulance een
groen zwaailicht om te laten zien dat daar de coördinatie van de geneeskundige hulp-
verlening ligt. Die rol wordt zo spoedig mogelijk overgenomen door de OvdG. Deze
functionaris vertegenwoordigt de RGF en is in dienst van GGD-Zeeland.

35 Bij een incident met meer dan 5 slachtoffers wordt ook een Coördinatie team plaats
incident (CTPI) ingesteld. Het bestaat uit de hoogst aanwezigen van de parate dien-
sten/organisaties. Bij een incident met meer dan 10 slachtoffers kan de GHOR be-
schikken over zogenaamde geneeskundige combinaties (GNK's), die bestaan uit een
SIGMA¹⁷-team, een of twee ambulanceteams, een MMT en een OvdG. De SIGMA's
40 worden instandgehouden door het Nederlandse Rode Kruis (NRK). Het Ministerie
van Binnenlandse zaken (BZK) financiert het NRK hiervoor, gemeenten financieren
aanvullend.

¹⁷ Snel Inzetbare Groepen Ter Medische Assistentie

5 In voorkomende gevallen wordt opgeschaald naar een Commando rampterrein. Dat is
een beleidsmatig coördinatieoverleg, dat ter plaatse facilitair ondersteunend en pro-
actief in de tijd vereiste maatregelen neemt, conform het vigerende rampenplan. Ook
10 kan een rampenstaf worden ingesteld. Die heeft een beleidsadviserende taak en taken
op het gebied van de operationele leiding en de uitvoeringscoördinatie. Onderdeel van
de rampenstaf is het operationeel team, dat de uitvoeringscoördinatie verzorgt. De
rampenstaf bestaat uit de diensthouders van politie, brandweer, GHOR en gemeente.
Eindverantwoordelijke is de (bij grensoverschrijdende rampen: coördinerende) bur-
gemeester. Deze kan via de Commissaris der Koningin in diens rol als rijksfunctiona-
ris een beroep doen op de Rijksoverheid en Defensie in beeld. Omgekeerd kunnen
10 minister en CdK aanwijzingen geven aan de bevoegde burgemeester.

3 Knelpunten

3.1 De Provinciale kenmerken van Zeeland

3.1.1 *De Zeeuwse infrastructuur*

5 Zeeland is een prachtige provincie. Het vele water, de geringe bevolkingsdichtheid en de overvloedig aanwezige culturele hoogtepunten bewegen honderdduizenden mensen er jaarlijks toe om in Zeeland te recreëren. De charme van de provincie is tevens bron van knelpunten. De provincie kent maar één snelweg, overigens is men aange-
10 wezen op provinciale wegen, die grotendeels een maximumsnelheid kennen van 80 km/uur. Voor velen is dat te weinig, met als gevolg dat het aantal ongevallen relatief hoog is. Ook voor ambulances is het niet altijd gemakkelijk met spoed op de plaats van bestemming te arriveren. Er wordt vrij veel werk gemaakt van snelheids-
15 beperkende maatregelen, die de maximale snelheid van ambulances ook aanzienlijk beperken. Daar komt bij dat met name Schouwen-Duiveland slechts via bruggen en dijken verbonden is met de plaatsen waar (volwaardige) ziekenhuisvoorzieningen zijn gesitueerd. Vooral in de zomermaanden zijn wegen druk en bruggen vaak geopend. In Zeeuws-Vlaanderen beperkt de brug over het kanaal de bereikbaarheid van het zie-
20 kenhuis in Terneuzen voor de inwoners van het Westelijk deel van de regio.

25 De provincie kent slechts drie plekken waar SEH kan worden geleverd. Dat is op 370.000 inwoners niet weinig, maar vanwege de grote afstanden en de pieken in de bevolking met name in de zomermaanden niet optimaal. Al jaren wordt gesproken over het aanleggen van een selectieve afrit voor ambulances op de A58, die de aanrij-
30 tijd vanuit het westen en noorden van de provincie naar het ziekenhuis in Goes aanzienlijk kan bekorten. Inmiddels heeft de provincie geld gereserveerd om deze afrit te kunnen financieren.

35 Op korte termijn (maart 2003) zal dankzij het openen van de tunnel onder de Westerschelde een rechtstreekse verbinding gerealiseerd worden tussen de Kanaalzone en de Zak van Zuid-Beveland. Daardoor neemt enerzijds de mogelijkheid tot opschaling van de SMH binnen Zeeland aanzienlijk toe, anderzijds wordt een nieuw risico toe-
40 gevoegd aan het toch al verontrustend hoge rampenprofiel van de provincie.

3.1.2 *Rampenprofiel Zeeland*

45 De kansen op en risico's van een ramp zijn voor de provincie Zeeland in kaart gebracht via de zogenaamde Leidraad Maatrampen (LMR) door het GHOR-bureau/de

5 RGF. Daaruit blijkt dat na Rotterdam Rijnmond, Zeeland de regio is met het hoogste rampenprofiel in Nederland. Dit is onder meer te danken aan de zware industrie in Sloegebied en Kanaalzone, het vele transport van gevaarlijke stoffen over de Westerschelde naar en van de haven van Antwerpen, de aanwezigheid van een kerncentrale in Borssele en de lange kustlijn. Vanaf voorjaar 2003 vormt ook de tunnel nog een extra risico voor het ontstaan van rampen. Het feit dat de veerboten per die datum uit de vaart worden genomen vermindert uiteraard het rampenprofiel.

10 Behalve de potentiële vraag naar zorg bij een ramp dient ook het beschikbare aanbod in kaart gebracht te worden. Dat is nog niet gebeurd, maar volgens verschillende instanties is Zeeland niet toegerust om een grootschalig ongeval of een ramp op adequate wijze te accommoderen.

3.1.3 *Eilandcultuur*

15 Veel gesprekspartners wijzen op de eilandcultuur in Zeeland. De gevoelsmatige verschillen tussen de diverse regio's (Zeeuws-Vlaanderen, Walcheren, De Bevelanden, Schouwen-Duiveland en Tholen) is groot. De mobiliteit tussen de eilanden is feitelijk pas goed op gang gekomen sinds de realisatie van de Deltawerken. De emotionele weerstand tegen bestuurlijke herkaveling is groot. Kende Zeeland halverwege de vorige eeuw nog ruim honderd gemeenten, inmiddels zijn dat er dankzij gemeentelijke herindeling nog maar 13.

20 Een bijzonder deel van Zeeland vormt West-Zeeuws-Vlaanderen. De oriëntatie op België is daar spreekwoordelijk groot. Zeker sinds het sluiten van het ziekenhuis in Oostburg als basisvoorziening is de uitstroom van (voornamelijk particulier verzekerde) zorgvragers naar Brugge en Knokke aanzienlijk.

25 Een ander deel van Zeeland dat bijzondere aandacht vergt in het kader van de SMH is Tholen. De inwoners van Tholen zijn aangewezen op de ziekenhuizen in West-Brabant. Op dit moment valt Tholen dan ook onder die CPA. Ook de huisartsen zijn aangesloten bij de Huisartsenpost in Bergen op Zoom. De ambulancezorg wordt via een dienstverleningsovereenkomst geleverd door de Ambulancedienst Boven de Westerschelde. Het voornemen bestaat om in het kader van de territoriale congruentie de CPA in Middelburg per 1 januari 2004 (of zo spoedig mogelijk daarna) ook te laten functioneren voor Tholen. Alsdan ontstaat de noodzaak om nog beter dan u al af te stemmen met de ziekenhuizen in West-Brabant en die CPA.

30
35 Gevolg van de eilandcultuur is, dat de bezetting van, en de machtsverdeling in allerlei besturen en commissies steeds een subtiel evenwicht is. Daarbij wordt doorgaans naar eigen zeggen de verdelende rechtvaardigheid toegepast.

3.1.4 *De rol van het Provinciaal Bestuur*

Het Provinciaal Bestuur heeft een ambigue relatie tot de gezondheidszorg in het algemeen en de SMH en GHOR in het bijzonder. Formeel zijn zijn taken beperkt (zie de beschrijvingen van de ambulancezorg en de GHOR). Maar traditiegetrouw speelt de Provincie een belangrijke rol bij het aan de kaak stellen van de voor de provincie Zeeland bijzondere omstandigheden, die er de oorzaak van zijn dat de landelijke kaders en richtlijnen onvoldoende soulaas bieden om tot goede en verantwoorde zorg te komen. Het bekostigen van het onderhavige onderzoek (maar er zijn meer van dergelijke onderzoeken geweest, zie de literatuurlijst) illustreert deze bijzondere taakopvatting. De ambigue relatie van de Provincie tot de gezondheidszorg leidt bij verschillende gesprekspartners tot de vraag hoe die taakopvatting kan worden verhelderd.

Daar komt bij dat de Provincie ook verantwoordelijkheden heeft die haaks staan op de belangen van een goed functionerende SMH-keten. Te denken valt aan de verantwoordelijkheid voor de verkeersveiligheid (die leidt tot snelheidsbeperkende maatregelen, waardoor de bereikbaarheid van sommige delen van de provincie nog verder onder druk komt te staan) en voor de bevordering van het toerisme (die de drukte op de wegen weer bevordert, met hetzelfde gevolg).

Ook de relatie met de ziekenhuizen is ambigu. Dat geldt overigens in gelijke mate voor de relatie van de ziekenhuizen met de gemeentebesturen. Beide Openbaar Bestuurslichamen worden door de bevolking aangesproken op besluiten van ziekenhuisdirecties, waar zij part noch deel aan hebben. Een goed voorbeeld daarvan vormde de commotie rond het “sluiten” van het Rode Kruis Ziekenhuis in Zierikzee.

Voor wat betreft de relatie van Provincie met zorgverzekeraars kan gesteld worden dat sprake is van uitstekende werkrelatie. Maar het feit dat de zorgverzekeraars geen zitting hebben genomen in de begeleidingscommissie spreekt boekdelen. Dat heeft de zorgverzekeraars overigens niet verhinderd hun gewaardeerde inbreng te leveren voor het onderhavige onderzoek.

3.2 **De SMH-keten**

3.2.1 *De CPA*

De CPA is een kleine organisatie met een enorme bestuurlijke achterban. Spottend wordt wel gesproken over een organisatie met 8 fte personeel en 34 bestuurders.

De CPA is momenteel gehuisvest in een oude brandweerkazerne in Vlissingen. Op korte termijn is voorzien in gezamenlijke huisvesting met de meldkamer van de poli-

5 tie en brandweer, in het veiligheidsgebouw aan de Segeerssingel in Middelburg. Dat wordt gezien als noodzakelijke stap op weg naar een bedrijfsmatige en organisatorische optimalisering van de drie meldkamers. Daarbij moet aangetekend worden dat het aantal meldingen voor de politie vele malen hoger is dan dat voor de CPA. Een mogelijk gevaar dat daardoor ontstaat is dat de cultuur van politie gaat domineren. En net als geldt voor de samenwerking met de brandweer: de zorg kent een geheel eigen manier van werken, die zich slecht kan verhouden met de hiërarchie van de politieorganisatie.

10 Vanwege het geringe aantal bewoners in het verzorgingsgebied is geen sprake van een optimale bezetting. Pas met ingang van 1 januari 2003 kan voldaan worden aan de kwaliteitseis van de Kwaliteitswet zorginstellingen dat 24 uur per dag een verpleegkundige op de meldkamer paraat is. Zoals gezegd functioneert sinds een jaar het
15 GMS. Dat bevordert de kwaliteit en transparantie van het werk van de CPA. Het functioneren van de meldkamer blijft echter mensenwerk: ook met (en misschien wel: juist door) het GMS zijn er fouten gemaakt bij de inzet van ambulances.

20 Personeelsleden ervaren het verloop op de post als groot. De rek in de bezetting is zo gering, dat inwerken en scholing structureel een zware wissel trekken op de beschikbare capaciteit. Niet alle centralisten beschikken daardoor over de verplichte SO-SA-opleiding. Scholingen vinden bovendien doorgaans niet in de regio plaats, waardoor veel reistijd extra gecompenseerd moet worden.

25 De CPA wordt door veel ketenpartners de zwakste schakel gevonden. Vanuit de ambulancediensten komt de klacht dat sommige centralisten onvoldoende doorvragen naar de aard van het letsel of de aandoening waarvoor gereden moet worden. Daardoor is het moeilijk zich goed voor te bereiden. Ook komt het voor dat tijdens de spraakmelding via de piepers de locatie niet gemeld wordt, zodat de ambulances moeten wachten met uitrijden tot weer contact is gelegd met de meldkamer. Huisartsen
30 klagen dat zij vaak niet of te laat worden opgeroepen om bij een spoedgeval eerste hulp te verlenen, hoewel zij in sommige gevallen binnen enkele minuten aanwezig zouden kunnen zijn. Vanuit de SEH van het ziekenhuis komt de klacht dat de terugkoppeling van de aard van het letsel geregeld niet of te laat door wordt gegeven. Onderzoek naar dergelijke casussen toont overigens geregeld aan dat de interne organisatie van het ziekenhuis debet is aan dergelijke klachten. Hoe het ook zij: de overdracht van ambulance naar SEH is niet altijd optimaal. Er is weliswaar een vooraanmelding- en overdrachtsformulier, maar daar wordt onvoldoende gebruik van gemaakt. Ze komen bijvoorbeeld doorgaans niet in de medische dossiers terecht. Ook ontbreekt het aan een adequate verwerking, zodat van een gecoördineerde registratie
35 geen sprake is. Gevolg is, dat gefundeerde uitspraken over prevalenties en diagnoses niet gedaan kunnen worden. Het ontbreekt, kort en goed, aan een informatiesysteem.

40 Door aan te sluiten bij één of meer andere CPA's was het mogelijk geweest de schaal te vergroten en de bedrijfsvoering efficiënter en effectiever in te richten. Veel ge-

sprekspartners vinden het een gemiste kans dat geen aansluiting is gezocht bij de CPA van West-Brabant. Sommigen gaan zo ver dat ze aangeven te geloven dat twee of vier CPA's voldoende zijn om heel Nederland te kunnen bedienen of te coördineren.

5 De CPA maakt onderdeel uit van de brandweerorganisatie. Dat is op zijn minst een curieuze figuur voor een zorginstelling. Enkele gesprekspartners geven te kennen dat ze daar moeite mee hebben. Volgens hen past de hiërarchische cultuur van de brandweerorganisatie niet bij de meer op overleg gerichte cultuur van de zorg. Partijen verstaan elkaar daardoor onvoldoende.

10 Het komt met enige regelmaat voor dat zoveel besteld vervoer wordt aangevraagd door huisartsen, verloskundigen en specialisten dat er voor spoedritten (ondanks de geldende protocollen terzake) onvoldoende ambulances in Zeeland paraat zijn. Dat kan betekenen dat vertraging optreedt bij het vervoer van ongevalslachtoffers. Dit wordt natuurlijk mede veroorzaakt doordat veel besteld vervoer plaatsvindt naar topklinische voorzieningen; die liggen alle buiten de regio. Omgekeerd komt het bij besteld vervoer ook voor dat patiënten soms urenlang in de wachtkamer moeten wachten voordat zij vervoerd kunnen worden naar Zeeland omdat anders de paraatheid in gevaar komt.

20 Het tijdstip waarop besteld vervoer wordt uitgevoerd, wordt door de CPA gecoördineerd. Hiertoe wordt veelvuldig contact gezocht met aanvrager of ontvangende instelling waar de patiënt naar toe moet. Duidelijk is dat met de tijden van bestelde vervoeren inzake behandeling (bestraling, hartcatherisaties) en (acute) diagnostiek (CT-scan, MRI-scan) niet zomaar door de CPA geschoven kan worden. Er wordt door aanvragers (ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartsen) regelmatig grote druk uitgeoefend op de centralist om toch vooral zijn/patiënt te vervoeren; men schroomt soms ook niet om de indicatie te 'verergeren' om zodoende zijn zin te krijgen. Omgekeerd wordt door huisartsen aangegeven dat, door het protocollair werken van de ambulancediensten en de CPA, patiënten soms ten onrechte met spoed vervoerd worden.

35 Tot slot worden kritische opmerkingen gemaakt over het functioneren van enkele centralisten uit de brandweerorganisatie. Intimi beweren zelfs dat een belangrijk deel van de kritiek op de CPA is terug te voeren op het disfunctioneren van een paar centralisten. Als goed naar die signalen geluisterd wordt, dan moet geconstateerd worden dat het vooral ontbreekt aan eenduidige besturing van de CPA. Immers, als klachten niet leiden tot aanpassing van gedrag dan is er iets mis met het corrigerend mechanisme van het betrokken systeem.

40 Verschillende partijen geven aan opgehouden te zijn met het sturen van brieven aan de CPA. Het is geen uitzondering dat na een jaar nog geen reactie op dergelijke brieven (met klachten of oproepen om het beleid ter discussie te stellen) is ontvangen. Ook is het voorgekomen dat een kritische rapportage van de Inspectie nooit op de tafel van het Algemeen Bestuur is beland. Bronnen binnen het bestuur bevestigen dat de

operationele leiding van de CPA dergelijke brieven en rapporten achterhoudt en dat afspraken over noodzakelijke verbeteringen niet worden nagekomen. Overigens heeft het CPA-bestuur al bijna een jaar niet vergaderd....

5 De wetgever treft ook blaam. Als de eis wordt gesteld dat van de centralisten er altijd één een verpleegkundige moet zijn, dan verzuimt de wetgever nadere kwaliteitseisen te stellen. Het kan dus voorkomen dat een Z-verpleegkundige als centralist wordt aangesteld, die voor wat betreft SMH letterlijk van toeten noch blazen weet. Hier
10 wreekt zich overigens het kleinschalige karakter van de provincie: los van de vermoedelijk hogere loonkosten voor zo'n verpleegkundige ontbreekt het waarschijnlijk aan goede en gekwalificeerde kandidaten.

15 De centralisten op de CPA zijn zich wel bewust van hun positie in de keten en de kritiek die andere partners op de CPA hebben. Zij repliceren door aan te geven dat het soms fysiek nu eenmaal niet mogelijk is een oproep eerder te beantwoorden. Het valt hen op dat personen, die de moeite genomen hebben een aantal uur langs te komen en te zien hoe het er daadwerkelijk aan toe gaat in de meldkamer, altijd meer begrip hebben voor dergelijk oponthoud. Geregeld gaat veel tijd heen met het uitspreken van ongenoegen over het functioneren van gesprekspartners. Daardoor wordt het weer
20 minder gemakkelijk adequaat te reageren op oproepen van anderen, waar wel haast geboden is. Evaluaties van casuïstiek wordt node gemist. In het kader van de verplichte HKZ-certificering is dit een harde norm, waaraan voldaan moet worden.

3.2.2 *De huisartsen*

25 De huisartsenzorg is zowel landelijk als provinciaal sterk in beweging. Om Zeeland aantrekkelijke vestigingsplaats te laten blijven voor nieuwe huisartsen is momenteel een proces gaande van de vorming van Huisartsenposten (HAP). Daardoor kan de dienstendruk aanzienlijk verminderd worden en ontstaat er meer duidelijkheid voor de patiënten en (vooral) passanten. Sinds 1 januari 2001 functioneert de HAP in Oostburg, sinds 1 oktober 2001 de HAP Bergen op Zoom voor de gemeente Tholen,
30 sinds mei 2002 de HAP in Terneuzen (met een dependance in Hulst) en vanaf begin 2003 worden de posten in Zierikzee, Goes en Vlissingen geopend. Effect van het werken in grootschalige dienstenstructuren is dat het rendez-vous systeem buiten de kantoortijden de facto niet meer functioneert. Immers, de huisarts moet bijna altijd een minstens zo grote afstand afleggen als de ambulance. Daarbuiten (in ongeveer
35 eenderde van het aantal gevallen) kan het natuurlijk nog wel goed functioneren.

40 De HAP wordt elders in het land overigens geregeld ingezet wordt als triage-instrument voor de SEH van een ziekenhuis. Daardoor vergroten de huisartsen hun vaardigheden op het gebied van acute geneeskunde. Nadeel kan zijn dat er een groot beroep gedaan wordt op de HAP.

5 Zo'n tien jaar geleden functioneerde het rendez-vous systeem in de buitengebieden van Zeeland naar volle tevredenheid. In de loop van de tijd is het rendez-vous systeem in Zeeland echter op de tocht komen te staan. Dat had te maken met veranderend beleid bij de CPA: de huisarts werd steeds later in het proces ingeroepen. Gevolg is dat in de beleving van huisartsen zij geregeld pas 20 minuten de melding gebeld werden. Als de praktijk dan verlaten wordt (vaak met achterlaten van een volle wachtkamer), is het geen uitzondering dat de ambulance inmiddels de plaats des onheils verlaten heeft, op weg naar de SEH. Daar komt bij dat niet iedere huisarts zich geroepen voelt aan een oproep van de CPA gehoor te geven. Deze twee effecten versterkten elkaar. De vertegenwoordiger van de huisartsen in de begeleidingscommissie heeft aangegeven dat de relatie tussen een groot aantal huisartsen en de CPA ronduit slecht is: eenderde wil nog samenwerken, eenderde op dit moment niet gegeven het vigerende beleid van de CPA en eenderde heeft het helemaal gehad met de CPA. De huisartsen onderbouwen hun frustratie met het bijhouden van mortaliteitslijsten: jaarlijks registreren zij ongeveer vijf doden waarvan zij denken te kunnen aantonen dat bij goed functioneren van de SMH-keten hun leven gered had kunnen worden. Bij gebrek aan reactie zijn de huisartsen ermee opgehouden melding te maken van dergelijke fouten.

20 De acute geneeskunde staat voor de huisartsen onder druk. Niet iedere huisarts heeft er evenveel affiniteit mee. Vrijwel geen huisarts is PHTLS¹⁸ geschoold, wat echter weinig zegt over hun daadwerkelijke bekwaamheid. De afstemming tussen huisartsenzorg en ambulancezorg is onduidelijk: protocollen sluiten niet op elkaar aan¹⁹. Door het veranderde beleid van de CPA wordt minder vaak een beroep op hen gedaan bij trauma's dan wenselijk is voor de patiënt. Ook het veranderende gedrag van het publiek speelt een rol. Steeds vaker wordt door omstanders 112 gebeld en niet de huisarts. Vooral jongeren bellen daar laagdrempelig mee, omdat het nummer gratis is, en mobiel zelfs te bereiken is zonder beltegoed. Gevolg is dat vaak (en geregeld onnodig) een ambulance wordt ingezet, waar voorheen de huisarts adequate hulp verleende. In sommige delen van Zeeland betekent dat dat slachtoffers onnodig van beschikbare (huisartsen)zorg verstoken blijven. Overigens worden slachtoffers ook wel eens naar de huisarts(enpost) vervoerd.

35 Vanuit de CPA wordt geklaagd over de slechte bereikbaarheid van huisartsen. Uit recent landelijk onderzoek onder bijna 800 huisartsen blijkt die bereikbaarheid inderdaad niet goed te zijn. De slechte bereikbaarheid geldt vooral tussen 17.00 en 19.00 uur. Dan lukt het maar in 1 procent van de gevallen direct een huisarts aan de lijn te krijgen. 's Morgens is de bereikbaarheid het best: dan is er in de helft van de gevallen direct contact. De bereikbaarheid in spoedgevallen is slecht. Bij een eerste contactpoging is ongeveer een kwart van de huisartsenpraktijken direct bereikbaar en bijna de helft heeft een antwoordapparaat aanstaan. Twee op de tien artsen zijn dan in gesprek.

¹⁸ Pre-Hospital Trauma Life Support

¹⁹ Zie: Acute geneeskunde in de huisartsenpraktijk

3.2.3 *De verloskundige*

Als de concentratie van de verloskunde boven de Westerschelde doorgaat, dan zal dat betekenen dat er vaker een beroep gedaan wordt op ambulances om vervoer van huis naar het ziekenhuis te verzorgen. Die zullen dan bovendien langer onderweg zijn. Overigens geven de verloskundigen te kennen dat de samenwerking met de ambulancedienst uitstekend is.

Apart punt van aandacht vormt de eventuele afslag op de A58 bij Goes. De verloskundigen zouden graag zien dat deze ook bruikbaar is voor eerstelijns spoedzorg. Verder is het van belang dat indien er sprake is van een calamiteit, er ongetwijfeld een groot beslag zal worden gelegd op de ziekenhuiscapaciteit. Alsdan kan de eerstelijns verloskunde in ernstige problemen komen.

3.2.4 *De ambulancediensten*

De ambulancediensten zijn de afgelopen jaren sterk geprofessionaliseerd. Nog maar ruim tien jaar geleden werd het ambulancevervoer er door garagehouders en fietsenmakers bijgedaan. Inmiddels staan er twee sterk geprofessionaliseerde organisaties, die nog hard bezig zijn die professionaliteit verder uit te bouwen. Dat neemt niet weg dat niet alles vlekkeloos verloopt.

Bij de *ambulancedienst Zeeuws-Vlaanderen* hebben de arbeidsverhoudingen geruime tijd onder druk gestaan. Een jaar geleden heeft dat geleid tot het ontslag van het toenmalige afdelingshoofd. Er was bovendien onenigheid met het personeel over de arbeidsvoorwaarden. Dat is overigens in Nederland niet een unieke situatie, maar had in Zeeuws-Vlaanderen tot gevolg dat de medewerkers niet (vrijwillig) de zogenaamde GHOR-piepers dragen. Bij een eventuele ramp is opschalen binnen de dienst derhalve bijna onmogelijk.

Er is samenwerking met de dienst Boven de Westerschelde, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteitsbeleid. Maar omdat de meest betrokkenen zijn gehuisvest in Goes heeft men het gevoel er wat bekaaid van af te komen. Het feit dat niet als vanzelf dezelfde keuzes gemaakt worden bij het doen van investeringen (bijvoorbeeld in nieuwe ambulances) is evident een gemiste kans om de aansluiting tussen beide diensten te optimaliseren. Die aansluiting is nodig, omdat de aansturing in beide gevallen door dezelfde CPA gebeurt. Bovendien zullen de diensten na het openen van de tunnel onder de Westerschelde vaker in elkaars gebied werken.

Waar voor de ambulancedienst Beneden de Westerschelde geldt dat goede (hoewel wat gedateerde) afspraken bestaan met het ziekenhuis over de communicatie rond de ernst van aan te leveren patiënten, lijkt daar *Boven de Westerschelde* nogal wat aan te schorten. De gebruikelijke traumascoringen komen niet altijd door bij het ziekenhuis en

5 het lijkt aan het noodzakelijke onderling vertrouwen te ontbreken om op de oproep van een ambulanceverpleegkundige de juiste bemensing aanwezig te hebben in het ziekenhuis. Hierdoor kan de continuïteit in de zorgverlening in gevaar komen doordat een therapieloos interval ontstaat. Over en weer bestaat onduidelijkheid over het beleid rond slachtoffers van ongevallen met zwaar of specifiek letsel (zoals duikongevallen en polytraumaslachtoffers). Het komt voor dat ambulancepersoneel of centralisten op eigen gezag besluiten deze slachtoffers direct naar gespecialiseerde klinieken te vervoeren.

10 Er is weliswaar sprake van een gefuseerde dienst Boven de Westerschelde, maar in de praktijk is de integratie van de drie fusiepartners naar eigen zeggen nog onvoldoende uit de verf gekomen. Gelijke werkwijzen en uitwisseling van personeel zijn nog geen gemeengoed. Evenmin is de noodzakelijke samenhang in de cultuur van de dienst al bereikt, wat overigens geen verwondering hoeft te wekken. Dergelijke processen ver-
15 gen doorgaans enkele jaren.

20 In het kader van de RAV-vorming is de vraag actueel of de beide diensten niet zouden moeten fuseren. Vanuit het perspectief van de dienst Boven de Westerschelde is dat een voor de hand liggende en wenselijke situatie. Immers, de besturing van beide diensten wordt dan eenduidig, de voorwaardenscheppende functies kunnen efficiënter worden benut, de arbeidsvoorwaarden kunnen worden geharmoniseerd, net als het kwaliteitssysteem en de protocollen voor de afstemming met ziekenhuizen, CPA en huisartsen. Kortom: er doen zich mogelijkheden voor om (overigens nog niet ge-
25 kwantificeerde) schaalvoordelen te benutten.

30 Voor de dienst beneden de Westerschelde is die vraag minder eenvoudig te beantwoorden. Doordat de dienst onderdeel uitmaakt van de ziekenhuis- en thuiszorgorganisatie is er al sprake van schaalvoordelen op het gebied van de voorwaardenscheppende functies. Ook is het eenvoudig om uitwisselingen te organiseren met personeel van OK, SEH en IC. Verder lijken de overdrachtsprotocollen tussen ambulancedienst en SEH beter te functioneren dan boven de Westerschelde.

35 Voor beide diensten geldt dat de functie van medisch leider niet optimaal is ingevuld. Pogingen om één medisch leider aan te stellen voor beide diensten (en de CPA en de GHOR) zijn totnogtoe op niets uitgelopen. Dat had te maken met de krapte op de arbeidsmarkt en de onduidelijkheid over de continuïteit en ophanging van de functie. Er lijkt zich inmiddels een kans voor te doen om nu dan toch een goed ingevoerde arts met gezag bij zijn collega's te benoemen.

40 Wat geldt voor de verpleegkundige centralisten op de CPA geldt mutatis mutandis ook voor die van de ambulancediensten. Vanuit het oogpunt van kosten is het natuurlijk veel aantrekkelijker om personeel aan te nemen dat bevoegd is, maar nog maar juist van school komt of niet kan bogen op relevante ervaring. Dat ontbeert echter de noodzakelijke ervaring om dit hooggespecialiseerde werk goed te kunnen doen. En

ook voor deze diensten geldt dat de arbeidsmarktsituatie de goede mensen onbereikbaar kan maken.

5 Inmiddels is per 1 februari 2003 een functionaris aangesteld van buiten de provincie die beide diensten en de RAV operationeel gaat leiden. Dat is evident een majeure stap op weg naar inhoudelijk betere samenwerking. Het is te hopen dat deze functionaris weet om te gaan met het spanningsveld van het werken met drie besturen. Dat houdt een risico in zich. Ook de relatie met de directeur van de CPA is in potentie spanningsvol. Omdat het overzicht van de argumenten voor en tegen fusie en integratie ontbreekt is het wellicht een goede zaak als daar op niet al te lange termijn een onderzoek naar wordt uitgevoerd.

3.2.5 *De ziekenhuizen*

15 Zeeland kent drie ziekenhuisorganisaties, die alle drie als basisinstellingen kunnen worden beschouwd. Geen van drieën heeft een opleidingsstatus. Daarnaast zijn nog enkele perifere voorzieningen in bedrijf, alle gewezen ziekenhuizen. Alledrie de instellingen zijn relatief klein.

20 Rond het verschijnen van het rapport van de commissie Toekomstvisie Curatieve Zorg Zeeland was er een breed maatschappelijk draagvlak voor een fusie van de drie Zeeuwse ziekenhuizen. Alleen de ziekenhuisorganisaties waren tegen en het voorstel heeft het rapport dan ook niet bereikt. Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen had ondertussen een beweging ingezet van verticale fusie (met de thuiszorg). Intussen waren er (op grond van de al genoemde externe ontwikkelingen) toch fusiebesprekingen op gang gekomen tussen de beide instellingen boven de Westerschelde. Onder invloed van de publieke opinie heeft de politiek voorslagnog besloten dat een fusie niet mag. De wal leek ondertussen het schip te keren: het bemensen van de kinderafdeling bleek (getuige de vele krantenartikelen in de regionale pers) een haast onmogelijk opgave. De wetenschappelijke vereniging van de kinderartsen heeft recent bepaald, dat een gezonde praktijk (inclusief klinische functie) bestaat uit minimaal vier fte kinderartsen. Ook bij andere specialismen is er een tendens tot schaalvergroting zichtbaar: subspecialisaties, dienstendruk en arbeidsmarktverhoudingen bevorderen die tendens. Concentratie van functies ligt dus op termijn erg voor de hand.

3.2.6 *Het traumacentrum*

35 De functie van het traumacentrum komt volgens eigen zeggen volstrekt onvoldoende uit de verf in Zeeland. Er wordt te weinig inzet van het MMT gevraagd, in verhouding tot het aantal inwoners. Ook wordt te weinig gebruik gemaakt van de twee Zeeuwse regionale trauma/GHOR-overleggen met de ketenpartners. Ook is het een feit dat Zeeuws-Vlaanderen slechts spaarzaam gebruik maakt van Rotterdam als

traumacentrum of als topklinische voorziening. Vanuit Zeeland is de klacht dat aangeboden patiënten met grote regelmaat worden geweigerd, omdat het ziekenhuis vol ligt of omdat de logistiek in Rotterdam onvoldoende transparant is.

5 Casusbesprekingen (keten audit meetings) vinden in Rotterdam plaats, hetgeen de drempel wel erg verhoogt. Het MMT is alleen bij daglicht paraat. Als er vanuit Rotterdam moet worden gereden met een auto, zal de aanrijtijd voor grote delen van Zeeland boven de gewenste 15-30 minuten liggen.

10 Aangezien het traumacentrum ook een functie heeft bij de opschaling van de SMH-keten (zoals het plaatsen van een MMT in een Geneeskundige Combinatie) moet geconstateerd worden dat Zeeland hier in voorkomende gevallen een extra risico loopt.

3.3 De GHOR

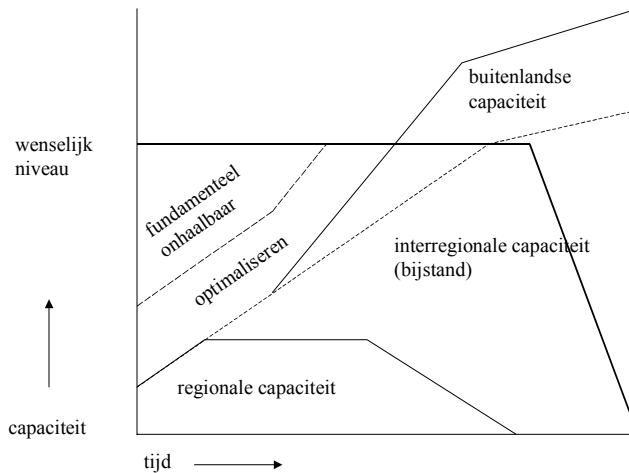
15 De algemene conclusie die zich opdringt naar aanleiding van de evaluaties van de rampen in Volendam en Enschede is, dat de inrichting en besturing van de SMH-keten optimaal transparant zal moeten zijn. Gezien het rampenprofiel van de provincie Zeeland is dat des te dringender. Bij de GHOR-organisatie komt de bestuurlijke kleinschaligheid van Zeeland extra hard aan. Er zijn gemeenten met niet meer dan 8.000 inwoners; daarvan kan moeilijk verwacht worden dat zij over de mensen en middelen beschikken om een grootschalige ramp te accommoderen. Het is de vraag of goed nabuurschap hier een voldoende en adequate oplossing voor is. Politiek bestuurlijk is het zo dat van goed beleid op dit gebied geen electoraal gewin te verwachten is. Hooguit kan bestuurlijk falen achteraf tot zware repercussies leiden.

25 De functie van RGF is, zoals gezegd, in Zeeland belegd bij de GGD-directeur. Gelukkig is sprake van één GGD. Maar anders dan elders nogal eens het geval is maken de ambulancediensten in Zeeland geen deel uit van de GGD. De RGF beschikt over een klein apparaat dat (gezien zijn korte historie en de beperkte middelen) nog onvoldoende positie heeft verworven in de keten. Een goed voorbeeld is de manier waarop binnen ambulancediensten gesproken wordt over de OvDG. Ambulancepersoneel geeft te kennen er baat bij te hebben om bij meer dan drie slachtoffers zo snel te werken, dat zij vertrokken zijn voordat de OvDG is gearriveerd. Het komt namelijk voor dat net de hele patiëntenlogistiek geregeld is en dat de OvDG die dan weer op de schop neemt.

30 Deze omstandigheden zorgen ervoor dat de RGF (in Zeeland en daarbuiten) wel wordt aangeduid met de meelijwekkende titel Jan zonder land. Hij is wel de eerst verantwoordelijke operationele man, maar het ontbreekt hem aan gezag, macht, middelen en invloed. Daar komt bij dat hij in de formele structuur ten tijde van een ramp meestal ondergeschikt is aan de regionale brandweercommandant (de operationeel

leider), die op dit moment nog tevens directeur van de CPA is. Overigens is de onduidelijkheid in de positie van de RGF naar eigen zeggen eerst en vooral het gevolg van onvoldoende aansturing vanuit de centrale overheid.

5 De GHOR slaagt er niet in goede oefeningen te organiseren, waarbij ook de ziekenhuizen en huisartsen betrokken zijn. Als er grote oefeningen worden gehouden waar de witte kolom bij betrokken is, dan beperkt de reikwijdte daarvan zich tot CPA en ambulance. Ook zijn nog nooit praktijkoefeningen gehouden in het opschalen. Gezien
 10 de beperkte capaciteit in Zeeland van de hulpdiensten is dat bij een ramp van enige betekenis van levensbelang. De procedures zijn niet alleen niet afgestemd met die van de aanpalende regio's, maar de effecten daarvan zijn bovendien onbekend. Onderstaande figuur maakt duidelijk hoe opschaling bij een ramp zou moeten worden aangepakt.



15
 20
 Figuur 1. het wenselijke inzetniveau (behoefte) en de feitelijk inzetbare capaciteit²⁰

Wel is op dit moment de Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijding Procedure (GRIP) bestuurlijk vastgelegd. Die bepaalt welke functionaris, hoe snel en waar moet worden opgeroepen. In de praktijk zijn niet alle daarin beschreven functionarissen beschikbaar. De GRIP gaat binnenkort geoefend worden.

²⁰ Ontleend aan: Leidraad Operationele Prestaties

- 5 De GHOR zit over het algemeen in de portefeuille van de Burgemeester. Gezondheidszorg daarentegen is door de bank genomen onderdeel van de portefeuille van een wethouder. Het zal duidelijk zijn dat deze rolverdeling spanningen in zich heeft. De GHOR is voor haar goede functioneren volledig afhankelijk van het goed functioneren van de SMH-keten. En hoewel de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van de portefeuillehouders gezondheidszorg binnen colleges van B&W gering zijn, maken verschillende gesprekspartners er geen geheim van dat de rolverdeling gemakkelijk leidt tot improductieve domeinstrijd.
- 10 Er wordt momenteel door de beide betrokken inspecties (Gezondheidszorg en Brandweer en Rampenbestrijding) gewerkt aan een doorlichtinginstrumentarium voor de GHOR. Daartoe zijn diverse toetsfiches (zie de literatuurlijst) in ontwikkeling. Die zijn alle buitengewoon relevant. In grote lijnen komt het er op neer dat de inrichting van de reguliere witte kolom voor een belangrijk deel verplicht zal moeten worden
- 15 ingericht om rampen te kunnen accommoderen.

4 Conclusies

1. Van optimale transparantie van de SMH-keten is in Zeeland (evenmin overigens als in veel andere regio's in den lande) geen sprake. Gezien het rampenprofiel van de provincie Zeeland en de samenhang tussen GHOR en SMH is die transparantie van levensbelang. Procedures moeten niet alleen op papier aanwezig zijn, maar vooral tussen de oren zitten van de mensen die de knoppen bedienen. Dat is op dit moment onvoldoende het geval.
2. De rijksoverheid laat het veld op dit moment op tal van onderdelen in onzekerheid over het door haar gewenste beleid. Dat frustriert de noodzakelijke besluitvorming over verbeteringen in de ketenzorg.
3. De onderdelen van de keten dienen ieder voor zich beter te functioneren; belangrijkste winst is echter te behalen bij het adequaat afstemmen van overdrachtsmomenten en –situaties en het verbeteren van het lerend vermogen van het systeem als geheel.
4. Lokale, subregionale of persoonlijke belangen moeten ondergeschikt zijn aan het belang van een goede inrichting van de infrastructuur. Dat is op dit moment niet het geval.
5. Vergroten van het aantal ambulanceposten en parate ambulances biedt geen soulaas voor het verbeteren van de bereikbaarheid van alle delen van de provincie: enerzijds is dat onbetaalbaar en anderzijds verdunt daardoor het aanbod zodanig dat de kennis en ervaring van de medewerkers onmogelijk op peil kan worden gehouden.
6. Er is de laatste jaren hard gewerkt aan verbeteringen in delen van de keten (zoals de fusie van de ambulancedienst boven de Westerschelde, hercertificering van die dienst, invoering van het GMS op de meldkamer) en er zit nog een aantal verbeteringen in de pijplijn (introductie van C2000, colocatie van de meldkamers voor politie, brandweer en ambulancezorg).
7. De ontwikkeling van HAP-en (halverwege 2003 zal in heel Zeeland de HAP dominant zijn in de dienstregelingen van huisartsen) maakt een heroriëntatie op het rendez-vous-systeem noodzakelijk. Anders zullen in delen van Zeeland mensen onnodig langer moeten wachten op zorg dan medisch verantwoord is.
8. De CPA wordt door vrijwel alle ketenpartners nog steeds als zwakste schakel in de keten ervaren. En dat terwijl de CPA de spin is in het web van de SMH. De CPA heeft een onvoldoende zorgprofiel. De positie van de directeur van de CPA ten opzichte van zijn collega van de ambulancediensten is niet helder.
9. Een krachtige medisch leider voor CPA en ambulancediensten, met gezag bij alle betrokken professionals, wordt node gemist.
10. Er wordt te weinig geïnvesteerd in opleiding en uitwisseling van personeel tussen de ketenpartners. Wellicht doordat de budgetten van verschillende partners onvoldoende zijn.
11. Er gaan dingen mis in de SMH-keten. Daarin is Zeeland ongetwijfeld niet uniek in Nederland. Waar gehakt wordt vallen natuurlijk spaanders; in Zeeland worden fouten en bijna ongevallen echter (in ieder geval in de SMH-keten) niet gemeld.

Daardoor wordt niet of onvoldoende geleerd van fouten. Niet melden lijkt heel vriendelijk (naar de foutenmakende ketenpartner), maar het werkt een cultuur in de hand waarin het niet vanzelfsprekend is dat fouten leiden tot systeemverbeteringen. Met ander woorden: het zelfreinigend vermogen van het systeem functioneert niet.

5

12. De cultuur wordt dan ook op alle niveaus (bestuurlijk, strategische en operationeel) bepaald door non-interventiegedrag van vrijwel alle betrokkenen.

13. Er wordt weliswaar veel geregistreerd, maar dat leidt niet tot adequate stuurinformatie.

10

14. Rampenoefeningen gaan vooralsnog voorbij aan geneeskundige ketenpartners, zoals huisartsen en ziekenhuizen. Opschaling en afstemming met aanpalende regio's zijn thema's waar zeker te weinig aandacht aan besteed wordt bij oefeningen. Ook aan evaluaties lijkt te weinig aandacht besteed te worden.

15

15. De bestuurlijke complexiteit van de keten (relatief erg veel partijen, van verschillende orde (publiek en privaat), bestuurders uit het openbaar bestuur die elkaar voortdurend tegenkomen met verschillende petten op) verhindert de noodzakelijke aansturing van verbeteringen.

16. De rollen van de RGF en de GGD zullen duidelijker moeten worden geborgd in de SMH-keten en de GHOR.

5 Aanbevelingen

De SMH-keten (en de GHOR) bestaat uit een netwerk van autonome partners. Die zijn onderling sterk van elkaar afhankelijk. De cultuur van de betrokken partners wijkt zoveel af, dat onmogelijk volstaan kan worden met een relatienetwerk; er zullen zaken moeten worden afgestemd en vastgelegd. Om de complexiteit van de aansturing van zo'n netwerk te verminderen verdient het enerzijds aanbeveling om het aantal partijen te minimaliseren. Anderzijds moet voorkomen worden dat één organisatie ontstaat die tegenstrijdige karakters in zich probeert te verenigen. Dat zal niet leiden tot vermindering van de complexiteit. Gegeven de specifieke Zeeuwse context (cultuur, geografie, schaalgrootte) is het waar mogelijk verminderen van het aantal partijen en bestuurders des te klemmender. In de afgelopen 5 à 10 jaar is immers niet gebleken dat door samenwerking voldoende coherentie in de keten bewerkt kan worden. Wij hebben de indruk dat er op dit moment (gegeven de externe invloeden op de diverse actoren) sprake is van voldoende draagvlak om een aantal noodzakelijke slagen te maken. De meest prangende slag is die van de cultuurverandering. Daarvoor is een vereenvoudiging in de bestuurlijke structuur een noodzakelijke randvoorwaarde.

1. Realiseer op de kortst mogelijke termijn een robuuste RAV.

Er doen zich op dit moment diverse kansen voor om het functioneren van de SMH-keten aanzienlijk te verbeteren. In de eerste plaats is per 1 februari 2003 een nieuwe functionaris benoemd als directeur, respectievelijk hoofd van de RAV, de ambulancedienst boven de Westerschelde en die beneden de Westerschelde. Omwille van de aansturing van die directeur achten wij het verkieselijk dat gekozen wordt voor bestuurlijke eenduidigheid. Een aanstelling bij twee diensten en de RAV heeft in zich om conflicten op te roepen. Daar zullen tenminste goede en sluitende afspraken over moeten worden gemaakt.

Deze constructie vereist naar onze mening een spoedig onderzoek naar de voor- en nadelen van een fusie en integratie tussen beide ambulancediensten tot één RAV. Wellicht is voor de begeleiding van dit fusieproces geld of ondersteuning beschikbaar vanwege het Project Versterking Ambulancezorg.

Een bijzonder punt van aandacht vormt de positie van de CPA. Er zal snel een duidelijke keuze gemaakt moeten worden tussen twee mogelijkheden: ofwel de CPA gaat integraal onderdeel uitmaken van de RAV (zoals door het ministerie van VWS wordt voorgestaan), dan wel er komt een heldere overeenkomst tussen RAV en CPA waarbij de CPA als toeleverancier van de RAV wordt afgerekend op het nakomen van het overeengekomen niveau van dienstverlening. In beide gevallen is het registreren en verwerken van de gegevens in de keten essentieel.

2. Stel vervolgens zo spoedig mogelijk een medisch leider aan met kennis van de Zeeuwse situatie en met gezag bij personeel en medici.

Ook op korte termijn dient een einde te komen aan de versnippering van de medisch leider/adviesfunctie bij de diverse ketenpartners. Er zal één functionaris moeten worden aangetrokken die bekend is met de SMH, die inhoudelijk gezag en

draagvlak heeft bij de dokters in de provincie en bij de medewerkers van de RAV. Deze zou de status van toegevoegd lid van de medische staf van de verschillende ziekenhuizen kunnen krijgen. Eén van de eerste taken zou kunnen zijn het op elkaar afstemmen van de SMH-protocollen van ambulancediensten, CPA, SEH en huisartsen (HAP en rendez-vous-systeem). Ook kan deze een rol spelen bij het stroomlijnen en afstemmen van de registraties.

5
3. **Creëer optimale transparantie in de besturing van de GHOR. Sluit aan bij de ontwikkeling van een veiligheidscollege.**

10 De COT-rapportage Niet langer niemandsland heeft duidelijke contouren geschetst van de mogelijkheden om te snoeien in het bestuurlijke woud dat de GHOR kenmerkt. Wij hebben niet onderzocht of, en zo ja welk van die scenario's voor de provincie Zeeland op termijn het meest opportuun is. Het duurt niet lang meer of wettelijke aanwijzingen dwingen deze bestuurlijke vereenvoudiging af. Gezien het rampenprofiel van de provincie en de complexiteit van de infrastructuur bevelen wij een proactieve houding van de betrokken bestuurders van harte aan.

15
4. **Stimuleer een open en directe cultuur, waarin fouten worden gezien als kansen om de dienstverlening aan de patiënten te optimaliseren.**

20 Funest voor het optimaliseren van de SMH-keten (en in het verlengde daarvan van de GHOR) is de heersende doofpotcultuur. Die zal niet gemakkelijk te doorbreken zijn, maar dat is absoluut noodzakelijk voor het op peil brengen van de interne hygiëne van de betrokken partijen. Het zal duidelijk zijn dat hier veel tijd mee gemoeid is: iets wat in jaren gegroeid is kan onmogelijk binnen drie jaar volledig omgeturnd worden. Onder leiding van de nieuw aan te stellen medisch leider moeten twee overleggen worden ingesteld: in de eerste plaats een vaste en permanente evaluatie van ieder groot trauma in de provincie, waarbij alle betrokkenen lijfelijk aanwezig zijn (naar het voorbeeld van de trauma audit meetings, zoals ze door het TC ZWN zijn ingevoerd) en in de tweede plaats een regionaal en subregionaal overleg over alle casuïstiek waarbij naar de mening van één van de betrokkenen (huisarts, verloskundige, patiënt, ambulancepersoneel, centralist, ziekenhuis, traumacentrum) iets niet optimaal is verlopen. Dat laatste vergt een ijzeren discipline van alle betrokkenen en een volstrekt vertrouwen in de commissie die deze fouten, ongevallen en near accidents (fona) zal verzamelen en behandelen. Deze fona-commissie zou kunnen bestaan uit de vertegenwoordigers in het SMH-overleg, dat dan wel nieuw leven moet worden ingeblazen. Het verdient

25
30
35
40
5. **Overweeg als meest betrokkenen welk van de tips en adviezen (bijlage 4) in welke volgorde, door wie nader uitgewerkt moeten worden.**

De begeleidingscommissie heeft deze lijst tijdens haar laatste vergadering doorgenomen en geconcludeerd dat al deze punten de moeite waard zijn om nader te onderzoeken.

6. **Per aanbeveling zou (binnen de bestaande bestuurlijke kaders) een eerst verantwoordelijke moeten worden aangewezen, die over het gezag beschikt om de complexe veranderingen te kunnen aansturen.**

7. **Installeer een krachtige implementatiemonitor en laat die (bijvoorbeeld halfjaarlijks) de voortgang van de verbeteringen evalueren.**

Er is voor de invoering van deze aanbevelingen behoefte aan een krachtige implementatiemonitor. Die zou kunnen bestaan uit de bestuurlijke vertegenwoordigers van de partijen die nu in de begeleidingscommissie zitting hebben. Het verdient aanbeveling deze groep alsdan uit te breiden met (een) vertegenwoordiger(s) van de regionale zorgverzekeraars. Overigens dienen door alle betrokkenen middelen vrijgemaakt te worden om de implementatie te ondersteunen: met louter goede bedoelingen komen deze noodzakelijke veranderingen niet tot stand. Die middelen moeten in ieder geval bestaan uit tijd voor alle bestuurlijk en operationeel betrokkenen. Gezien de implementatiehistorie kan het nuttig zijn daarenboven een externe procesbegeleider aan te stellen.

8. **Besteed voldoende aandacht aan de PR rond de voorgenomen verbeteringen van de SMH-keten.**

Er moet vanwege de implementatiemonitor voldoende aandacht besteed worden aan de contacten met de pers: het wordt tijd dat de regionale pers niet alleen iets meldt over wat er zoal misgaat in de Zeeuwse gezondheidszorg, maar ook zicht krijgt op wat er zoal aan verbeteringen op stapel staat.

Bijlage bij:

De keten een zorg

onderzoek naar de keten van Spoedeisende Medische Hulp

Bijlage

- I Taakopdracht van de Begeleidingscommissie SMH Zeeland
- II Offerte CGEY
- III Overzicht gesprekpartners
- IV Overzicht van concrete tips en adviezen
- V Literatuurlijst
- VI Samenstelling Begeleidingscommissie SMH Zeeland
- VII Brief traumacentrum Zuid-West Nederland d.d. 6 november 2001
- VIII Lijst van afkortingen

I Taakopdracht van de Begeleidingscommissie SMH Zeeland

Aanleiding/doel: Vanwege diverse ontwikkelingen binnen de diverse disciplines rond de spoedeisende medische hulpverlening is het wenselijk ontwikkelingen in kaart te brengen en daar waar knelpunten zijn c.q. (dreigen te) ontstaan, oplossingen aan te dragen.

5

Aard/karakter onderzoek: tweeledig:

- nadere uitwerking onderdeel ambulancehulpverleningsplan Zeeland 2000; en
- bevorderen van goede afstemming in de keten van de acute zorgverlening (aanbeveling 9 Commissie “Toekomstvisie Curatieve zorg Zeeland” d.d. mei 2001).

10

De ontwikkelingen die te signaleren zijn, kunnen als volgt worden beschreven:

- de rol van de huisarts in de zogenaamde “probleemgebieden” -die gebieden waar de ambulance de 15 minutengrens *na opdracht* niet kan halen- in relatie tot het rendez-vous systeem. Die gebieden zullen mogelijk in aantal c.q. in omvang toenemen indien de aanwezigheid van de ambulance binnen 15 minuten *na melding* moet zijn gegarandeerd;
- de (op)komst van de Huisartsenposten/-klinieken: vermoedelijk in de volgende volgorde: in Z-Vlaanderen is deze reeds opgezet in Oostburg, de overige delen van Z-Vlaanderen volgen, daarna de Bevelanden/Schouwen en tot slot Walcheren;
- de daarmee samenhangende wijziging in de dienstenstructuur van de huisartsen;
- de ontwikkelingen op het gebied van functieconcentratie tijdens het fusieproces tussen Ziekenhuis Walcheren en Stichting Oosterscheldeziekenhuizen, hetgeen op termijn mogelijk ook z'n consequenties zal krijgen voor de spoedeisende hulp (denk daarbij aan traumatologie, neurologie, verloskunde, etc.);
- vanwege het gebrek aan poortartsen -en mogelijk andere ondersteunende specialismen- is het de vraag of in -de nabije- toekomst op drie locaties de 24-uurs medisch-specialistische hulp blijvend kan worden geboden;
- de verdere ontwikkeling en profilering van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) in relatie tot de spoedeisende medische hulpverlening;
- de positionering van de regionaal geneeskundige functionaris (RGF) als vertegenwoordiger van het openbaar bestuur ten tijde van optreden in de (voorbereiding op) rampen.

25

30

Deze ontwikkelingen leiden tot een aantal voorzienbare knelpunten:

- doordat de 15 minutenlimiet van de huisarts bij spoedeisende hulp teruggebracht wordt tot een inspanningsverplichting zullen in dringende situaties zorgvragers wellicht eerder een beroep doen op 1-1-2, de vraag is of dat wenselijk is en of er terzake andere oplossingen denkbaar zijn (b.v. inzet piketauto die huisarts vanuit de huisartsenpost naar de locatie moet brengen, het first responder system). Nauwe samenspraak met de RAV is dan noodzakelijk;
- geen eenduidige ervaringen met het rendez-vousstelsel: de ene huisarts komt met enthousiasme naar een melding, de andere komt liever niet;

40

- als de HAP's -eventueel klinieken- verder van de grond komen, welke plaats geef je die dan in de spoedeisende hulpverlening en hoe moeten deze bezien worden in relatie tot de standplaatsen van de ambulances (zie rapportage Commissie "Toekomstvisie Curatieve Geneeskunde Zeeland" d.d. mei 2001);
- 5 - hoe verloopt bij de HAP's de communicatie van de dienstdoende huisarts met de CPA/ambulance: Mobilofoonverkeer/GSM en het C2000 systeem?;
- 10 - als de samenwerking tussen de ziekenhuizen op de middellange termijn leidt tot concentratie spoedeisende hulpverlening, heeft dat evenzeer repercussies voor paraatheid ambulances, omdat deze langer van de standplaats afwezig zijn en bij langere rijtijden ook consequenties voor de mate van "vooruitschuiven" van het ziekenhuis via de ambulance;
- 15 - als deze concentratie als voornoemd een feit wordt -en daarmee de fysieke afstand tot de klinische locatie aanzienlijk langer wordt- hoe dient dan omgegaan te worden met ziektebeelden (b.v. aneurisma's) waarbij voor een effectieve behandeling bij wijze van spreken een ziekenhuis om de hoek van de straat moet staan (denk daarbij aan de toeristendruk langs de Walcherse kust in de zomermaanden). Zijn er dan extra voorzieningen nodig voor die aandoeningen waarin direct medisch ingrijpen van levensbelang is? Zo ja, welke en
- 20 hoe kunnen die worden gerealiseerd?

De vragen die vervolgens boven komen drijven kunnen als volgt worden weergegeven:

- 25 1) Welke knelpunten zijn er op basis van de status quo in de drie deelgebieden en welke knelpunten zijn op termijn -gezien bovenstaande ontwikkelingen- verder nog te verwachten? Vormt de eerstelijns verloskunde nog een specifiek aandachtspunt?
- 30 2) hoe moet in de toekomst het zorgaanbod v.w.b. de spoedeisende hulp geregeld worden, gegeven de bovengeschetste ontwikkelingen? (Moeten oplossingen worden gezocht op regionale of subregionale schaal? Moeten voorzieningen geïntegreerd worden? Regievoering (zie aanbeveling 9 Commissie "Toekomstvisie Curatieve zorg Zeeland")? Moet gedacht moeten worden aan b.v. snellere inzet van de traumaheli, een Zeeuwse traumaheli (die tevens kan worden ingezet voor secundair vervoer), inzet mobiel medisch team als variant op een traumateam? Hoe is dit elders in soortgelijke situaties geregeld? Moet de GHOR niet een zwaardere regierol gaan voeren,
- 35 onder het motto dat een goede GHOR pas mogelijk is bij een goede spoedeisende medische hulpverlening? Bovendien is integratie van spoedeisende medische hulp en GHOR voor beide partijen een win-win situatie.
- 40 3) welke hiaten kom je bij hulpverlening in de calamiteitensfeer -meer dan 5 (zwaargewonde) slachtoffers- tegen? Hoe is in die situatie de afstemming van hulpverlening in GHOR verband?
- 4) welke oplossingsrichtingen zijn te bedenken, met dien verstande dat een kwalitatief goede eerste spoedeisende medische hulpverlening gegarandeerd blijft.

II Offerte CGEY

Inleiding

5 Graag voldoen wij aan uw verzoek om een offerte uit te brengen voor een onderzoek naar de
 Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) in de Provincie Zeeland. U noemt in uw brief en
 de Taakopdracht Commissie “Zeeuwse SMH” een groot aantal ontwikkelingen en knelpunten. U
 verzoekt ons om deze nader in kaart te brengen en oplossingsrichtingen te formuleren, voorzien
 van het benodigde draagvlak. Onze opdracht zal moeten leiden tot een document met daarin een
 10 visie op de toekomstige invulling van de SMH in de provincie Zeeland, gerelateerd aan de vragen
 zoals die in de genoemde Taakopdracht zijn verwoord. Dit document dient omstreeks november
 2002 gereed te zijn.

Naar onze mening is hier sprake van een *ongestructureerd probleem*, dat wil zeggen dat een
 objectieve oplossing (die tot uitdrukking komt in een eenduidige en van breed draagvlak
 15 voorziene visie) niet voorhanden is. Dat wordt veroorzaakt doordat op onderdelen geen objectie-
 ve informatie beschikbaar is (bijvoorbeeld over de diverse belangen van de betrokken partijen) en
 omdat de normen en waarden van de vele betrokken partijen verschillen. Bovendien is sprake van
 een sterke vervlechting van dit probleem met andere problemen, zoals de organisatie van de
 20 ziekenhuiszorg, de ontwikkelingen in de huisartsenzorg en de vorming van een Regionale
 Ambulance Voorziening. Wij denken dat toegewerkt moet worden naar een gezaghebbende
 oplossing, in tegenstelling tot een objectieve oplossing.

Er is bovendien sprake van een netwerkcontext. Er zijn immers meer partijen betrokken (behalve
 al genoemde partijen als Provincie, ziekenhuizen, huisartsen en RAV ook nog de betrokken
 25 specialisten, de Gemeenten, de patiënten, de zorgverzekeraars en de Rijksoverheid (IGZ)), die
 wederzijds van elkaar afhankelijk zijn en verschillende belangen hebben. Dit gegeven leidt naar
 onze ervaring tot strategisch gedrag, waarbij hun eigen belangen prevaleren. Van vrijwel alle
 genoemde partijen is medewerking geboden.

30 Tot slot constateren wij dat het door u aangekaarte probleem dynamisch is; verwacht mag
 worden, dat tijdens de looptijd van het onderzoek essentiële wijzigingen in het speelveld zullen
 optreden. Uit de aard van de zaak kunnen wij die van tevoren niet duiden.

Effect van al deze complicaties is in onze ervaring, dat een inhoudelijke oplossing of aanpak
 35 obsoleet zal blijken. Wij stellen dan ook voor in eerste aanleg veel aandacht te besteden aan het
 maken van procesaanspraken. Daarmee beogen wij:

- het creëren van draagvlak;
- het reduceren van inhoudelijke onzekerheid;
- het verrijken van probleemdefinities en oplossingen;
- 40 – het incorporeren van dynamiek;
- het bevorderen van transparantie van de besluitvorming;
- het depolitiseren van de besluitvorming.

Het te verwachten effect is dat er een inhoudelijk robuuste oplossing komt, met breed draagvlak dat op een faire wijze tot stand is gekomen. In het gunstigste geval leidt dit tot consensus, maar minimaal is commitment te verwachten.

- 5 Noodzakelijke randvoorwaarden voor het goede verloop van het proces zijn:
- een sense of urgency bij alle betrokken partijen;
 - daadwerkelijke openheid van de besluitvorming;
 - respect voor elkaars centrale belangen en waarden;
 - er mag geen sprake zijn van onoverkomelijke incompatibilité des humeurs van de actoren;
- 10 – het proces moet voldoende winstmogelijkheden en prikkels voor coöperatief gedrag bevatten;
- het moet voldoende inhoudelijk zijn.

Fasering

Het is voor ons allereerst van belang te constateren dat de juiste betrokken partijen op het juiste niveau participeren in het proces. Daartoe zullen wij een ronde maken langs de hoogste bestuurlijk en operationeel betrokkenen van de al genoemde actoren: Provincie, ziekenhuizen, huisartsen, RAV, specialisten, Gemeenten, patiënten, zorgverzekeraars en Rijksoverheid (IGZ). Wij gaan er vanuit dat zij allen een plaats innemen in de door u bijeen te roepen Begeleidingscommissie. Die zullen wij overigens in voorkomende gevallen gebruiken als stuurgroep, waaronder diverse projectgroepen kunnen worden ingericht, afhankelijk van de problematiek die wij tegenkomen.

20 Vervolgens koppelen wij onze bevindingen terug aan deze Begeleidingscommissie en presenteren wij een Plan van Aanpak. Daaruit kan onder andere blijken dat meer partijen moeten toetreden tot de Begeleidingscommissie. Tijdens die terugkoppeling proberen wij tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen en hakken wij het probleem in overzichtelijke stukken. Per stuk komt de Begeleidingscommissie tot de institutie van een projectgroep. Ook operationaliseren wij ter plekke de ontwerpprincipes van het te ontwerpen proces.

Afhankelijk van de uitkomsten van de bijeenkomst van de Begeleidingscommissie entameren wij vervolgens overleggen tussen actoren met tegengestelde of gelijke belangen. Het doel van die gespreksronden is om tot een procesontwerp te komen.

35 Dat procesontwerp wordt weer teruggekoppeld aan de Begeleidingscommissie. In die bijeenkomst proberen wij te komen tot een begin van het formuleren van een oplossing die op draagvlak kan rekenen. Die oplossing leggen wij tot slot vast in een document, waar alle partijen tot slot nogmaals hun fiat op geven.

Inzet en kosten

In onderstaand schema geven wij een inschatting van de benodigde tijd en de planning van de diverse activiteiten. Omdat een proces als dit in zich heeft dat het van tevoren niet kan worden overzien leggen wij ons uitsluitend vast op de door in te zetten hoeveelheid tijd en de garantie dat per ultimo oktober 2002 een statusdocument wordt opgeleverd.

Fase	juli	augustus	september	oktober
Gespreksronde				
Terugkoppeling BC				
Diverse overleggen				
Terugkoppeling BC				
Opstellen einddocument				
Projectcoördinatie				

Op onze werkzaamheden zijn de Algemene voorwaarden van Cap Gemini Ernst & Young (januari 2002) van toepassing, tenzij in dit voorstel daarvan is afgeweken. Een exemplaar van deze voorwaarden treft u bijgaand aan.

5

Deze offerte heeft een geldigheidsduur van 8 weken na dagtekening.

Indien u akkoord gaat met ons voorstel dan verzoeken wij u de bijgaande kopie-offerte voor akkoord te ondertekenen en aan ons te retourneren. U kunt hiervoor gebruik maken van bijgaande antwoordenvolp.

10

Bij de start van een opdracht inventariseert Cap Gemini Ernst & Young welke criteria de klant hanteert ten aanzien van de klanttevredenheid. Deze criteria worden, voorzien van wegingsfactoren, vastgelegd waarna na afronding wordt gepeild in hoeverre de klant tevreden is over de geleverde prestaties ten aanzien van deze criteria. Indien gewenst kan de klanttevredenheid eveneens tussentijds worden gemeten, waarbij de klant de criteria voor de komende projectperiode kan bijstellen.

15

De door klanten gegeven scores per criteria worden beschouwd als de belangrijkste graadmeter voor de geleverde kwaliteit van dienstverlening binnen geheel Cap Gemini Ernst & Young. Het formulier voor het inventariseren van de criteria hebben wij ter informatie bijgevoegd bij deze offerte en zal bij opdrachtverlening voor de aanvang van het project met de opdrachtgever worden ingevuld.

20

Als opdrachtgever namens de Provincie Zeeland voor deze opdracht treedt op de heer drs. G.L.C.M. de Kok, gedeputeerde.

25

Facturering geschiedt maandelijks achteraf op basis van de daadwerkelijk bestede uren en (uur)tarieven, welke ten tijde van het verrichten van de diensten gelden.

30

De werkzaamheden worden uitgevoerd door de heer drs. H.K. Griffioen MCM, managing consultant. De verantwoordelijkheid voor de door Cap Gemini Ernst & Young geleverde diensten in het kader van deze opdracht ligt bij de heer N.T. Klok, practice manager Human Performance Consulting.

35

Wij hopen u hiermee van dienst te zijn geweest en zien uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,

III Overzicht gesprekpartners

	Naam	Organisatie	Functie
1	Slenter	GGD	Directeur
2	Baas	Huisarts	Huisarts
3	Notenboom	Klaverblad	Directeur
4	Van Zutphen	Verloskundigenkring Zeeland	Voorzitter
5	Fraanje	Huisarts	Huisarts
6	Vader	Inspectie	Inspecteur
7	Veeke	Inspectie	Inspecteur
8	Gijzen	OZ	Directeur zorg
9	Broertjes	SOZ	Directeur
10	Van Lieshout	SOZ	Voorzitter SEH-commissie SOZ
11	Hazelzet	Inspectie	hoofdinspecteur
12	Klee	VWS	beleidsmedewerker
13	V.d. Torn	NIVU	coördinator
14	Rotte	CPA	Operationeel leider
15	Weststrate	DHV	Directeur
16	Augustijn	DSB	regiocoördinator
17	Wessel	GHOR	productgroepmanager
18	Verschoor	GHOR	OVDG
19	Vd Broek	ZN/KPZ	Regiovertegenwoordiger
20	V.d. Zaag	ADBW	Voorzitter
21	Poppe	GGD	Voorzitter
22	Asselbergs	RAV io	Voorzitter
23	Verschuren	ADBW	Kwaliteitscoördinator
24	Verstrate	ADBW	Directeur
25	Castemiller	CZ	Medewerker tweede lijn
26	Vd Heide	ZZV/SS	Directeur
27	Jebbink	Bgcie	Voorzitter
28	Van Leersum	CPA	Leider
29	Kuperus	Projectbureau versterking AZ	projectleider
30	De Kok	Provincie Zeeland	Gedeputeerde
31	V.d. Veen	RIVM	onderzoeker
32	Hendriks	cie Hendriks	Voorzitter
33	Coumans	TC R'dam	projectmanager
34	Keijzer	GHOR-beraad	Voorzitter
35	Dijkwel	PPCF	vertegenwoordiger
36	Pijnenburg	CZ	Leidinggevende
37	Van Bommel	OZ	manager cure
38	Stevens	College Sanering	beleidsmedewerker
39	Van Zanten	Inspectie Bw+P	Inspecteur
40	V. Mourik	RvRGF-en	coördinator
41	Kramer	AB St. Zorgzaam	waarnemend hoofd
42	medewerkers	AB St. Zorgzaam	ambulanceverpleegkundigen
43	Vd Sanden	DSB	medewerker
44	Van Gelder	Provincie Zeeland	CdK
45	medewerkers	SEH SOZ	poortartsen/verpleegkundigen
46	medewerkers	ADBW	ambulanceverpleegkundigen
47	medewerkers	CPA	centralisten
48	Van Dok	Vlissingen	burgemeester
49	Berghuis	Brandweer R'damRijnmond	commandant

IV Overzicht van concrete tips en adviezen

1. Benut de coördinerende rol van het TraumaCentrum Zuidwest Nederland beter;
2. stel vier (Zeeuws-Vlaanderen; Walcheren; De Bevelanden; Schouwen-Duiveland en Tholen) bovengemeentelijke topambtenaren aan met veiligheidsbeleid in portefeuille;
3. overweeg de invoering van het Basic-systeem (afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk) dat artsen met bijzondere affiniteit voor SMH ondersteunt en opleidt voor het verrichten van adequate medische handelingen bij ongevallen en acute stoornissen;
4. aanpassen en uniformeren van het traumaregistratiesysteem van de ziekenhuizen met automatische koppeling bij ontslagbrief van de SEH aan de medisch leider/adviseur van CPA en ambulancedienst;
5. leidt zoveel mogelijk burgers BLS²¹ op;
6. stem procedures voor het opschalen bij rampen en werkwijzen van de GHOR-organisatie af met de aanpalende regio's;
7. zorg voor een frequent oefenschema, waarbij ook ruimte is voor sociale contacten van de betrokkenen;
8. laat medewerkers uit de regio meedoen met oefeningen in de aanpalende regio's;
9. laat (zeker nieuwe) medewerkers van een dienst stagelopen bij de aanpalende diensten;
10. breng de topografische kennis van (nieuwe) centralisten snel op orde;
11. onderzoek de consequenties van het inzetten van alternatieven voor besteld vervoer met de ambulance;
12. gebruik het Emergo-train systeem om volwaardige GHOR-oefeningen te doen, zonder het primaire proces van de witte kolom onnodig te belasten;
13. positioneer op 4 standplaatsen aan de kust in de zomermaanden motorambulances (daar is onder andere in Den Haag en Enschede al ervaring mee opgedaan);
14. leg de samenwerking in de keten niet vrijblijvend vast in protocollen;
15. benut de bedrijfsgeneeskundige diensten in de regio beter om gaten in de SMH-keten te dichten;
16. in de bestuurlijke processen om te komen tot eenduidiger aansturing mag de provincie gerust wat geprononceerder in beeld komen;
17. maak optimaal gebruik van moderne communicatiemogelijkheden om het traumanetwerk goed te laten functioneren;
18. vraag zorgverzekeraars om hun speelruimte te gebruiken om de perverse incentives in de financiering van de SMH-keten eruit te halen;
19. betrek ook perifere partijen als Reddingswezen, Rode Kruis, strandwachten en Oranje Kruis bij optimaliseren keten;
20. de afslag op de A58 is nodig om de aanrijtijden van ambulances naar SOZ Goes te bekorten;
21. organiseer in het verlengde van het provinciaal SMH-overleg subregionale overleggen (op het niveau van een RHV²²).

²¹ Basic Life Support (voorheen de EHBO-cursus)

²² Regionale HuisartsenVereniging: Schouwen-Duiveland, Walcheren, De Bevelanden, Tholen en Zeeuws-Vlaanderen)

V Literatuurlijst

Titel	datum	auteur	onderwerp
Breder beoordelingskader kleine ziekenhuizen	16-12-02	VWS	
Toetsfiches GHOR	2-10-02	Inspecties Gezondheidszorg en B&R	Doorlichtingscriteria functioneren GHOR
Overige ziekenvervoer	26-9-02	CVZ	Aanpassing Besluit Ziekenvervoer Zf 1980
Voorlopig landelijk spreidingsplan ambulancezorg	9-9-02	RIVM iov VWS	
Niet langer niemandsland	8-02	COT	Bestuurs- en organisatie modellen GHOR
Verpleegkundige doet triage op Haagse SEH	12-7-02	MC	Manchester triagesysteem
Brief taken, verantwoordelijkheden en financiering organisatie GHOR	11-7-02	VWS/BZK	
Onderzoek intensive care	8-7-02	CBZ	Uitvoeringstoets, deel 2: behoefte en spreiding
Spreiding ziekenhuiszorg	8-7-02	CBZ	Vervolgvatvoeringstoets, tweede tranche
Patiëntenleed en doktersergernis	14-6-2002	MC: Van Ginkel cs	Problematiek van acute opnames geregistreerd
Brief inzake moties	17-4-02	VWS	HA-zorg, ambulances en ziekenhuizen
Brief grensoverschrijdende ambulancezorg	4-4-02	VWS	
GHOR 2002-2006	April 2002	Raad RGF-en	Beleidsvisie GHOR
Evaluatie beleidsvisie traumazorg	28-2-2002	CVZ aan VWS	Concrete aanbevelingen
Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland	21-2-02	Gezondheidsraad	AED
Besluit 5-2 tijdelijke sanering ambulancevervoer	5-2-02	VWS	Verruiming termen voor saneringssubsidie
Onderzoek intensive care	4-2-02	CBZ	Uitvoeringstoets, deel 1: aanbod en gebruik in de huidige situatie
De eerste lijn voorbij	18-1-02	MC: Netten cs	Inventariserend onderzoek
Spreiding ziekenhuiszorg	14-1-02	CBZ	Vervolgvatvoeringstoets, eerste tranche
Financiering van de ambulancezorg	2002	Project Versterking Ambulancezorg	
Borging van de ambulancezorg in een gemoderniseerd stelsel	2002	?	
Projectplan versterking Ambulancezorg	Eind 2001	VWS	
Leidraad Operationele prestatie: de hoofdlijnen	September 2001	BZK, directie brandweer en rampenbestrijding	Hulpmiddel bij het plannen van de hulpverleningscapaciteit voor de rampenbestrijding
Melding en opschaling, informatie en communicatie bij acute rampen	September 2001	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	Onderschatting van groot opschalen, samenwerken etc
Niet zonder zorgen	Juni 2001	RIVM/CTG/Inspectie aan VWS	Doelmatigheid en kwaliteit van ambulancezorg
Acute geneeskunde in de huisartsenpraktijk	2000: 43	Huisarts en wetenschap	

Titel	datum	auteur	onderwerp
Geneeskundige zorg buiten kantoor-uren in Almere	2000: 43	Huisarts en wetenschap	
Bijlage nota beleidsvisie traumazorg	98?	VWS	
Met zorg verbonden	3-6-97	VWS/BZK	SMH bij ongevallen en rampen
Eindbeeld SMH en GHR	1-5-97	Projectgroep GHOR	Samenvatting inventarisatie en visie
Reactie op RIVM-rapport Voorlopig landelijk spreidingsplan voor de ambulancezorg in Nederland	7-10-02	Lokaal overleg Zeeland	Zie titel
Schouwen-Duiveland zorg om en in de toekomst	02-02	Initiatiefgroep Provincie	
Op Voorsprong, PvE zorg Zeeland	04-01	Klaverblad	De visie van de cliënt
Locatiekeuze concentratie KI Kindergeneeskunden en verloskunde	28-11-01	Taskforce aan RvB-en	
Regionaal Ambulanceplan Zeeland	31-10-01	RAV Zeeland	
Toekomstvisie curatieve zorg Zeeland	Mei 2001	Commissie De Beer aan Provincie	
Ambulancehulpverleningsplan Zeeland	23-5-00	Provincie	
Project GHOR in Zeeland	1998	Cie Hendriks	
Eindrapportage PG AHP Zeeland	20-12-96	PG (Don) aan Provincie	

VI Samenstelling Begeleidingscommissie SMH Zeeland

Naam	Namens organisatie	Functie en aanwezigheid
Dhr. Mr. J.J.P.M. Asselbergs	GHOR	Voorzitter, niet op 3-12
Dhr. Drs. P.J.C.M. Coumans	Traumacentrum Zuid-West Nederland	Projectmanager, niet op 29-10
Mw. A. van Dok	CPA	Voorzitter, alleen op 3-12
Dhr. A. Dijkwel	PPCF	Vertegenwoordiger, niet op 29-10
Dhr. J. Francke	Provincie Zeeland	Secretaris
Dhr. H.K. Griffioen	Cap Gemini Ernst & Young	Adviseur, onderzoeker
Mw. H.J. Hament	Verloskundigen	Alleen op 29-10
Dhr. J.S van der Heide, arts	Stichting ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen, namens de ziekenhuizen	Bestuurder, niet op 7-1
Dhr. C.G. Jebbink		Voorzitter
Mw. M. de Jonge	Verloskundigen	Alleen op 29-10
Dhr. J.M. van Lieshout, arts	St. Oosterscheldeziekenhuizen	Voorzitter SEH-commissie SOZ, niet op 7-1
Dhr. H.M. Notenboom	Stichting Klaverblad Zeeland	Directeur, alleen op 29-10
Mw. L.L. Poppe-de Looff	GGD	Voorzitter, alleen op 3-12
Mw. M.E. Trimpe	Provincie Zeeland	Secretaris
Mw. C.P. Vader	Inspectie voor de Gezondheidszorg	Inspecteur, alleen 29-10
Mw. P.M. Veeke	Inspectie voor de Gezondheidszorg	Inspecteur
Dhr. J. Verschuren	Ambulancedienst "Boven de Westerschelde"	Kwaliteitscoördinator, alleen 29-10
Dhr. N. Verstrate	Ambulancedienst "Boven de Westerschelde"	Directeur, alleen 29-10
Dhr. M. Weststrate, arts	DHV Zeeland	Directeur
Dhr. Drs. D.J. van der Zaag	Ambulancedienst "Boven de Westerschelde"	Voorzitter
Mw. I. van Zutphen	Verloskundigenkring Zeeland	Voorzitter, alleen op 3-12

VII Brief traumacentrum Zuid-West Nederland d.d. 6 november 2001

Datum: 05 november 2001

Ons kenmerk: PC/2001.11

Uw kenmerk:

5 *Onderwerp:* opschalingprofiel

10

Aan geadresseerde
(Zie toegevoegde verzendlijst)

15

20

Geachte heer, mevrouw,

25

Voor de opvang van slachtoffers van ongevallen wordt het systeem van traumaprofiel per zorgaanbieder/instelling gehanteerd: een instelling kiest voor een bepaald profiel en meet zich hiermee een bepaalde opvangmogelijkheden voor slachtoffers van ongevallen aan. Het profiel zegt niets over de kwaliteit waarmee die opvang geschiedt maar het profiel geeft aan welke faciliteiten (in personele en materiele zin) een instelling moet hebben, inclusief perioden opstelling van de afdeling Spoedeisende Hulp, e.d., om bepaalde categorieën patiënten te kunnen behandelen: voorbeeld slachtoffers met hersenletsel, cardiaal gecompromitteerde patiënten, replantatie, enz. Het profiel zegt i.h.a. en momenteel ook nog niets over de hoeveelheid opvang (capaciteit) die men kan garanderen. Dit zou overigens wel wenselijk zijn. Het profiel is ontwikkeld door de Nederlandse vereniging voor Traumatologie en in de regio Zuidwest Nederland door het Traumacentrum Zuid West Nederland verder uitgediept en rondgestuurd. Inmiddels hebben de ziekenhuizen in de GHOR-regio's Zuid West Nederland hun traumaprofielen opgesteld.

35

Voor rampensituaties is een dergelijk systeem nog niet opgezet; vanuit het Traumacentrum ZWN is een dergelijk profiel ontwikkeld. Overigens met dank aan enkele ketenpartners die het concept van commentaar hebben voorzien.

Er is weliswaar bekend welke Medische Behandeling Capaciteit de ziekenhuizen zouden hebben, maar of deze reëel zijn staat onvoldoende vast.

40

Volgens de medewerkers van het Traumacentrum Zuid West Nederland en de GHOR-organisatie in Rotterdam-Rijnmond, past dit opschalingprofiel in een logisch verband met de Leidraad Maatramp van het Ministerie van BZK, die volgens een aantal standaardscenario's aangeeft welke slachtoffers er te verwachten zijn bij bepaalde rampen, en de binnenkort te verschijnen

Leidraad Operationele Prestaties van het Ministerie van BZK, welke aangeeft welke capaciteit er nodig is om deze slachtoffers zorg aan te kunnen bieden.

De gemeenten zullen moeten kiezen welke gewenste capaciteit men paraat of beschikbaar wil houden om aan bepaalde grotere hoeveelheid slachtoffers zorg aan te kunnen bieden indien een
5 dergelijke ramp zich voordoet (ambitieniveau).

Dit opschalingprofiel maakt het makkelijker om tussen ziekenhuizen en gemeenten/RGF-en te kunnen bepalen welke capaciteiten de ziekenhuizen hebben of moeten hebben en wat daar vervolgens voor nodig is aan personeel en materieel om deze capaciteit te kunnen garanderen..

10 Voor alle duidelijkheid: aan de ziekenhuizen in de drie GHOR-regio's Zeeland, Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid wordt binnenkort via de Regionaal Geneeskundig Functionaris en het Traumacentrum verzocht de huidige situatie van hun instelling in kaart te brengen.

15 Zo is het mogelijk om een vergelijk per regio of instelling te maken in wat nodig is (ambitieniveau gebaseerd op de Maastramp en Operationele Prestaties) en wat wordt aangeboden (de huidige situatie). Bij discrepanties kunnen afspraken gemaakt worden hoe de verschillen op te lossen.

Uiteraard is het ook mogelijk dat een instelling vervolgens kiest voor een eigen profiel.

20 Een ziekenhuis kan wellicht kiezen geen rol te spelen in een opgeschaalde situatie, of wellicht alleen overdag.

Naast items die een rol kunnen spelen is ook het tijdstip van belang: is er onderscheid voor overdag, avond en nacht?. Verder kan ook het type ramp wellicht een keuze bewerkstelligen: een ziekenhuis kan kiezen voor een rol bij de opvang van slachtoffers van mechanische rampen maar niet bij chemische rampen.

25 Misschien wil een instelling differentiëren in de rol die het kan spelen: de capaciteit wordt niet direct volledig ingezet maar er is een bepaalde tijd nodig om tot volledige opschaling te komen.

30 In het Regionaal GHOR Overleg Rotterdam-Rijnmond is afgesproken dat Traumacentrum ZWN en de Regionaal functionaris Rotterdam-Rijnmond de ziekenhuizen gezamenlijk aan te schrijven met het verzoek het opschalingprofiel in te vullen en beschikbaar te stellen.

Eind 2001 zal de gebundelde retourinformatie aan de ziekenhuizen het regionaal GHOR overleg worden verstuurd (als alle informatie op tijd inkomt).

35 Het in bijlage toegevoegd *blanco* profiel wordt U hierbij toegezonden. Dit schrijven wordt *ter informatie* gestuurd aan de Regionale Brandweer, RAV's, GHOR-bureaus en Politie van ZWN, Raad van RGF-en, Landelijk Beraad Traumacentra, NivU, Calamiteitenhospitaal, NAI/AZN/BVA en de Ministeries van BZK en VWS. Dit in verband met de gewenste kennisverspreiding en mogelijke afstemming.

40 Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

45 Drs P.J.C.M. Coumans,
Projectmanager
Bijlagen: verzendlijst, opschalingprofiel

VIII Lijst met afkortingen

SMH	Spoedeisende Medische Hulp
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
SEH	Spoedeisende Hulpafdeling ziekenhuis
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
GGD	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst
RFG	Regionaal Geneeskundig Functionaris
OvDG	Officier van Dienst Geneeskundige
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongevallen
MMT	Mobiel Medisch Team
OK	OperatieKamer
IC	Intensive Care afdeling
GMS	Geïntegreerd Meldkamer Systeem
ABC(DE)	A = Airway (ademweg), B = Breathing (ademhaling), C = Circulation (circulatie), eventueel aangevuld met Disability en Exposure/Event
SOSA	Stichting Opleiding Scholing Ambulancehulpverlening
HAP	HuisArtsenPost
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
AZN	AmbulanceZorg Nederland
ALS	Advanced Life Support
CCU	Coronary Care Unit
RAV	Regionale AmbulanceVoorzieningen
RAP	Regionaal AmbulancePlan
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
ATLS	Advanced Trauma Life Support
AGNIO	Assistent Geneeskundige Niet In Opleiding
MUG	Medische Urgentie Groep
Wghr	Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen
B&W	Burgemeester en Wethouders
CTPI	CoördinatieTeam Plaats Incident
GNK	Geneeskundige Combinaties
SIGMA	Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie
NRK	Nederlandse Rode Kruis
BZK	Binnenlandse ZaKen
CdK	Commissaris der Koningin
LMR	Leidraad MaatRampen
PHTLS	Pre-Hospital Trauma Life Support
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijding Procedure
SOZ	Stichting Oosterschelde Ziekenhuizen
ADBW	AmbulanceDienst Boven de Westerschelde
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
PPCF	Provinciale Patiënten en Consumenten Federatie
DSB	District Specialisten Beraad
BLS	Basic Life Support (EHBO)
RHV	Regionale HuisartsenVereniging
DHV	DistrictsHuisartsenVereniging
MC	Medisch Contact
CVZ	College Verzekeringen Zorgvoorzieningen
CBZ	College Bouw Zorgvoorzieningen