



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Crisis bij de geneeskundige hulpverlening?

Henstra, E.

Citation

Henstra, E. (2001). Crisis bij de geneeskundige hulpverlening? *Bestuurskundige Berichten*, 16(1), 16-18.
Retrieved from <http://hdl.handle.net/1887.1/item:3234399>

Version: Publisher's Version

License: [Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Downloaded from: <http://hdl.handle.net/1887.1/item:3234399>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Crisis bij de geneeskundige hulpverlening?

Evelien Henstra

Met de televisiebeelden van de grootschalige medische hulpverleningsoperaties bij de rampen in Enschede en Volendam nog vers in het geheugen, doemt de vraag op, hoe dit soort medische zorg in tijden van een grootschalige crisis nu eigenlijk georganiseerd is. Maar er moet ook medische zorg gegarandeerd kunnen worden bij kleinschalige spoedeisende situaties. In beide gevallen moeten er duidelijke afspraken zijn over bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokken personen en instanties. In onderstaand artikel zal ik een beschrijving geven van de bestuurlijke organisatie van de spoedeisende medische zorg en ik zal ingaan op eventuele knelpunten in deze organisatie.

Problemen

Centraal bij de beleidsvorming op dit terrein staat het in 1997 verschenen rapport 'Met zorg verbonden'. Hierin is op schrift gesteld wat destijds de problemen in deze sector waren en wat de nieuwe plannen waren om deze problemen het hoofd te bieden. Kort gezegd komt het er op neer, dat de manier waarop de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) werd uitgevoerd en georganiseerd grote gebreken vertoonde. Het grootste probleem was de samenwerking en de afstemming tussen de betrokken hulpverleners en organisaties.¹ De SMH kan getypeerd worden als de ambulancezorg in een kleinschalige situatie, dus bijvoorbeeld bij individuele medische problemen thuis en bij verkeersongevallen. Aangezien er bij de dagelijkse SMH problemen wat betreft de samenwerking waren, was het onvermijdelijk, dat er een probleem ontstond in het geval van grootschalige rampen.

De Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (GHR) functioneerde ook inderdaad moeizaam.² Deze GHR bestaat uit grootschalige ambulancezorg en traumazorg bij een crisissituatie met een groot aantal gewonden. Eén van de problemen in de ambulancezorg zelf was de grote hoeveelheid verschillende ambulancediensten waarvan een deel een private en een deel een publieke onderneming is. Door deze versnippering ontstond een grote mate van ondoelmatigheid.³

Oplossingen

Zoals gezegd waren er zowel bij de SMH als bij de GHR diverse problemen. Ter verbetering van de SMH heeft men de Regionale Ambulance-

voorzieningen (RAV) ontwikkeld. Het bestuur van zo'n RAV zal onder andere bestaan uit de vertegenwoordigers van de ambulancediensten uit de regio, vertegenwoordigers van ziekenhuizen en de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA = de "meldkamer"). De CPA heeft hierbij de operationele leiding van het ambulancevervoer. De RAV zal verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitsbeleid en zal budgethouder voor de ambulancezorg worden.



Aangezien de verantwoordelijkheid voor de CPA bij het openbaar bestuur lag, is het volgens de nota van belang, dat het openbaar bestuur een overeenkomst met de RAV sluit.⁴

Ter bestrijding van de problemen bij de GHR is een overkoepelend project opgezet, namelijk de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR).⁵ Deze GHOR moet een samenhangende, functionele organisatie zijn onder de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur waarin de SMH bij een grote ramp opgeschaald kan worden naar de GHR. Hierbij moet de kwaliteit van de SMH goed zijn, want dit is de basis voor de GHR. De GHR zou uiteindelijk de zelfde kwaliteit moeten hebben als de SMH, ongeacht de schaal van het incident.⁶

De GHOR kent een GHOR-bestuur dat onafhankelijk moet zijn van de betrokken organisaties. Om daadwerkelijk leiding te geven aan de GHOR in een bepaalde hulpverleningsregio, benoemt het GHOR-bestuur een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). Zijn taken kunnen beschreven worden als het afstemmen en aansturen van de afzonderlijke organisaties in de regio, de interregionale coördinatie en het bewaken van de kwaliteit van de zorg. De RGF is dan ook verantwoordelijk voor het oefenprogramma van de diverse hulpdiensten. In het geval van een rampsituatie komt daar nog een taak bij, namelijk de opschaling van SMH naar GHR en de leiding over de GHR.⁷ Het project GHOR valt onder de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van het ministerie van Binnenlandse Zaken (BZK) in verband met de rampenbestrijding en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in verband met de SMH en het medische

aspect van de GHR.⁸

Huidige situatie

Inmiddels zijn we een aantal jaren verder na het verschijnen van de nota en het blijkt, dat er bij de GHOR een aantal knelpunten bestaat op bestuurlijk, organisatorisch en financieel terrein. Er zijn drie aspecten, die nog verbeterd zouden moeten worden. Allereerst moeten de afzonderlijke schakels binnen de zorgketen verbeterd worden. Daarnaast moet er gewerkt worden aan een verbetering van de samenhang binnen de zorgketen. Bovendien moet er een bestuurlijke en organisatorische structuur tot stand gebracht worden. Dit laatste is noodzakelijk om de zorgketen in één geheel te kunnen aansturen en om vanuit deze keten te kunnen opschalen bij een ramp onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.⁹

Rivaliteit tussen BZK en VWS

Knelpunten

Verantwoordelijkheid is een belangrijk begrip bij de GHOR. Er dient met name goed geregeld te worden wie politiek verantwoordelijk is voor het functioneren van de GHOR. Zoals hierboven beschreven is de RGF verantwoordelijk voor het leidinggeven aan de GHR in een rampsituatie. Hij doet dit namens de burgemeester, die politiek bevoegd is om beslissingen te nemen tijdens een dergelijke crisis. In een crisissituatie is het namelijk gebruikelijk, dat de besluitvorming verschuift naar de hogere niveaus van de hiërarchie. Na een rampverklaring krijgt de burgemeester het formele opperbevel en hij kan de gemeentelijke diensten

dan direct aansturen. Deze verschuiving in de alledaagse machtsverhoudingen staat bekend als de centralisatiethese. Door deze centralisatie kunnen de formele trage besluitvormingsprocedures omzeild worden en de interorganisatorische samenwerking beter gecoördineerd worden.¹⁰ Ten tijde van een crisis is samenwerking binnen de keten aldus redelijk gegarandeerd, echter in een situatie zonder crisis heeft de RGF weinig bevoegdheden¹¹, terwijl hij wel voor een aantal zaken verantwoordelijk is. Wellicht dat dit een probleem zou kunnen veroorzaken. Bij de GHOR speelt op het hoogste niveau een mogelijk besluitvormingsconflict. De GHOR valt onder de verantwoordelijkheid van twee ministeries. Zij hebben bij dit project en bij deze problematiek elk hun eigen invalshoek en visie. Een belangrijk verschil van inzicht komt tot uitdrukking bij de definitie van de persoon, die de CPA en de ambulancediensten zou moeten aansturen. Volgens het ministerie van VWS moet dit in een normale situatie zonder crisis de directeur van de RAV zijn, terwijl in een crisissituatie de RGF de leiding zou moeten krijgen. Het ministerie van BZK echter is van mening, dat in het kader van een betere coördinatie in beide situaties aan de RGF de leiding over de CPA en de ambulancediensten zou moeten toekomen.¹² Mijns inziens heeft dit laatste standpunt het voordeel, dat ook de SMH onder de verantwoordelijkheid van de RGF valt. Wanneer dit niet het geval is, kan er een groot verschil tussen de SMH en de GHR blijven bestaan, terwijl het idealiter zo zou moeten zijn, dat de GHR een opgeschaalde SMH is. Door dit inhoudelijke verschil van inzicht tussen deze twee ministeries kan politieke strijd, rivaliteit en

concurrentie ontstaan. Men spreekt dan van bureaupolitiek. Deze situatie kan zich het makkelijkste voordoen, wanneer de verschillende actoren uiteenlopende belangen hebben; wanneer de actoren bij een beslissing van elkaar afhankelijk zijn; wanneer onderhandelingen en compromisvorming daardoor onvermijdelijk zijn en wanneer er nog veel onderhandelingsruimte in de uitvoeringsfase is.¹³ Al deze vier factoren lijken mij in het geval van de GHOR zeker aanwezig. Door deze bureaupolitiek zal de besluitvormingsprocedure ernstig bemoeilijkt en vertraagd worden.

Tot slot

Door middel van het opzetten van de GHOR heeft men gepoogd de problemen, die er in de geneeskundige hulpverlening waren, op te lossen. Voor een deel is men daarin geslaagd, maar bij de implementatie van het projectplan zijn wel enkele kwesties aan het licht gekomen, die in de toekomst mogelijkerwijs tot een crisis in deze sector van de gezondheidszorg zouden kunnen leiden.

In het artikel van de hoofdredacteur dat op de volgende bladzijde begint vindt u een nadere beschouwing van de knelpunten binnen de GHOR, aangevuld met een kritische persoonlijke mening.

- 1 Nota: Met zorg verbonden: naar een nieuwe structuur voor ambulance zorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, BZK en VWS, 1997
- 2 idem
- 3 idem
- 4 idem
- 5 idem
- 6 Visiedocument: Geneeskundige hulpverlening: bij ongeval en ramp, 1994
- 7 idem
- 8 Van ontwikkeling naar uitvoering: Het projectprogramma II Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
- 9 Circulaire met betrekking tot de bestuurlijke organisatorische structuur GHOR
- 10 COT, Crisis: oorzaken, gevolgen, kansen, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1998, p. 49
- 11 Circulaire: Verantwoordelijkheid regionaal samenwerkingsverband GHOR en taken Regionaal Geneeskundig Functionaris
- 12 Discussienotitie Regionaal Geneeskundig Functionaris
- 13 Rosenthal, U (e.a.), Openbaar bestuur: beleid, organisatie en politiek, Samsom H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn, 1996, p. 249

Afkortingen:

BZK	=	(Ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CPA	=	Centrale Post Ambulancevervoer (meldkamer)
GGD	=	Gemeentelijke / Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GHOR	=	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GHR	=	Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen
GMS	=	Geïntegreerd Meldkamersysteem
RAV	=	Regionale Ambulancevoorziening
RGF	=	Regionaal Geneeskundig Functionaris
SMH	=	Spoedeisende Medische Hulpverlening
VWS	=	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Transparantie binnen de GHOR

Ruud Houdijk

In de doelstellingen van project GHOR liggen twee groepen waarden besloten, die in beginsel met elkaar kunnen conflicteren (met de nadruk op 'kunnen'). Aan de ene kant zijn dat waarden als kwaliteit (van de zorg), efficiëntie en effectiviteit, in diverse rapporten samengebracht in de term slagvaardigheid.¹ Aan de andere kant vinden we waarden als responsiviteit, verantwoording en rechtmatigheid, veelal tezamen geschaard onder de noemer controleerbaarheid.

Laat ik mijn aandacht allereerst richten op deze laatste term. Binnen project GHOR is de discussie over controleerbaarheid een discussie over publieke verantwoording. Hoe kan het openbaar bestuur de gang van zaken binnen de geneeskundige hulpverlening controleren, zodanig dat het mogelijk is er politieke verantwoording over af te leggen? Degenen die de discussie over verzelfstandiging en privatisering enigszins hebben gevolgd, begrijpen dat dit een belangrijk issue is. Een bestuurder kan immers moeilijk aangesproken worden op het reilen en zeilen van een geprivatiseerde dienst, die niet direct aangestuurd kan worden (zeker wanneer eenduidige regelgeving betreffende dat reilen en zeilen ontbreekt). Dit geldt evenzogoed voor de medische sector. Particuliere ambulancevervoerders, ziekenhuizen en huisartsen zijn allen belangrijke schakels binnen de spoedeisende medische hulpverlening, maar kunnen vanwege hun onafhankelijke status slechts met moeite door het openbaar bestuur aangestuurd worden.

Op dit punt moet plaats zijn voor enige nuancerende opmerkingen. Het is bijvoorbeeld niet ideaal om hier op ongenueanceerde wijze te blijven spreken van "het openbaar bestuur". Toegespitst op de GHOR is de bestuurder waarover we het hebben de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF), die – als procesverantwoordelijke voor de GHOR – op het matje geroepen kan worden door het GHOR-bestuur (idealiter bestaande uit de burgemeesters uit de GHOR-regio²).

Inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de RGF is onontbeerlijk

Ook de onafhankelijke status van de schakels in de medische keten heeft enige specificatie. Bij een ramp is de RGF wel degelijk wettelijk bevoegd aanwijzingen te geven aan de ziekenhuizen, de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) c.q. de meldkamer en daar

mee aan de ambulancevervoerders zelf. Het is dus ook niet tijdens een ramp of zwaar ongeval (vaak aangeduid als 'warm'), dat zich de grootste aansturingsproblemen voordoen. Het breekpunt is de voorbereiding op rampen en zware ongevallen (in dezelfde terminologie aangeduid als 'koud'). In de 'koude' situatie beschikt de RGF vooralsnog niet over de aanwijsmogelijkheden, die er in 'warm' wel zijn. Mijns inziens zijn in 'koud' echter twee elementen te onderkennen, die – wil de RGF zijn verantwoordelijkheid waar kunnen maken – een grotere toekenning van bevoegdheden aan die RGF vereisen. Ik heb het dan over enerzijds het oefenbeleid (ter voorbereiding op rampen) en anderzijds over de inhoudelijke kwaliteit van de spoedeisende medische hulpverlening (SMH). Voor het oefenbeleid geldt, dat de particuliere schakels in de medische keten uitblinken door afwezigheid. Oefenen kost geld, aangezien tijdens een oefening geen normale – betaalde – activiteiten kunnen plaatsvinden, hetgeen voor ziekenhui-