

Onderzoek vuurwerkrapport Enschede

Rapportage geneeskundige hulpverlening getroffen vuurwerkrapport Enschede

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Januari 2001

Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i>	5
<i>Deel 1</i> Algemeen	7
<i>Deel 2</i> Deelrapportage GHOR	13
<i>Deel 3</i> Deelrapportage Ziekenhuizen	87
<i>Deel 4</i> Deelrapportage Ambulancezorg	107
<i>Deel 5</i> Deelrapportage Nazorg	149
<i>Deel 6</i> Conclusies en aanbevelingen	169
<i>Afkortingen</i>	187
<i>Begrippen</i>	190
<i>Bronnen</i>	197
<i>Betrokken IGZ-medewerkers bij onderzoek en rapportage</i>	201

Bijlagen	202
– Bijlage 1: Plattegrond rampterrein en omgeving	202
– Bijlage 2: Wet- en regelgeving in het kader van rampen en grootschalige ongevallen	203
– Bijlage 3: GHOR	206
3.1 Overzicht van clusters	206
3.2 Overzicht bekende inzet GNK's en delen van GNK's	208
3.3 Communicatiestructuur GHOR Twente	209
3.4 Overzicht bekende inzet MMT's	210
– Bijlage 4: Taken Inspectie voor de Gezondheidszorg	211
– Bijlage 5: Ambulancezorg	212
5.1 Overzicht bekende inzet ambulancediensten van buiten de regio	212
5.2 Landelijk protocol ambulancehulpverlening 0201: Triage en beoordeling ongevalssituatie	216
5.3 Landelijk protocol ambulancehulpverlening 0202: Eigen Veiligheid	217
5.4 Landelijk protocol ambulancehulpverlening 0203: Groot ongeval c.q. ramp	218

Voorwoord

In de afgelopen jaren is Nederland diverse malen opgeschrikt door rampen die veel mensenlevens hebben gekost en waarbij veel mensen lichamelijk en geestelijk letsel opliepen. Ook is aanzienlijke materiële schade ontstaan. Uit de evaluatie van de Bijlmerramp, de Herculesramp en de ramp met de Dakota bleek dat Nederland onvoldoende is voorbereid op rampen en grootschalige ongevallen. Hulpverlening vindt met veel inzet plaats, maar aansturing, structurering, coördinatie en communicatie vertonen tekortkomingen.

Uit het onderzoek naar de ramp in Enschede blijkt dat veel aanbevelingen van de eerdere rampen ter harte zijn genomen. Het regionale rampenplan was beschikbaar. De praktische vertaling voor de geneeskundige kolom (opleiding, rampenoefeningen, nadere concretisering samenwerkingsafspraken) was echter nog in volle gang. De hulpverleners hebben de geneeskundige hulpverlening aan de getroffen en van de vuurwerkramp met grote betrokkenheid en inzet ter hand genomen, zowel direct na de ramp als bij de nazorg aan de getroffen en.

Onderzoek naar het verloop van de hulpverlening aan de getroffen en is belangrijk, niet alleen om duidelijkheid te verschaffen over de toedracht van de ramp maar tevens om lessen te trekken voor de toekomst. Een toekomst die nieuwe en andere rampen zal brengen. Alleen met inachtneming van de conclusies en aanbevelingen uit de onderzoeksrapportages kunnen we voortgang boeken.

De Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg,

prof. dr. J.H. Kingma

Deel 1: Algemeen

1 Inleiding

Op 13 mei 2000 werd het centrum van Enschede door een zware explosie getroffen. Door de gevolgen van de krachtige explosies kwamen 22 personen om het leven, raakten 3 personen vermist en 944 personen gewond. Daarnaast verwoestte de explosie een stadswijk met circa 400 huizen en richtte buitengewoon veel materiële schade aan. De hulpverlening aan de slachtoffers en nabestaanden kwam direct en massaal op gang.

De betrokken overheden besloten al in de eerste dagen na de ontploffing tot een grondig onderzoek door een onafhankelijke commissie. Daartoe is op 26 mei 2000 de Commissie 'Onderzoek Vuurwerkkramp' geïnstalleerd onder voorzitterschap van mr. dr. M. Oosting. In het instellingsbesluit is bepaald dat de commissie allereerst tot taak heeft onderzoek te verrichten naar de oorzaak, de toedracht en de bestrijding van de vuurwerkontploffing. Daarnaast onderzoekt de Commissie Oosting de organisatie en uitvoering van de zorg aan de getroffen burgers en betrokken hulpverleners.

In het besluit is aangegeven dat de navolgende aspecten in ieder geval bij het onderzoek worden betrokken:

- de milieuveiligheid, de veiligheid voor de omgeving en de ruimtelijke ordening;
- de volksgezondheid, waaronder de nazorg;
- de openbare veiligheid en de rampenbestrijding.

Direct na de ramp is het openbaar ministerie van Almelo een uitvoerig strafrechtelijk onderzoek gestart naar mogelijk strafbare gedragingen met betrekking tot de vuurwerkkramp.

De acht betrokken rijksinspecties hebben ingevolge hun wettelijke taak onderzoek gedaan naar de onderscheiden aspecten van de ramp. Het gemeenschappelijke onderzoek van de rijksinspecties strekt zich uit van een dag voor de ramp (12 mei 2000) tot het moment waarop de burgemeester van Enschede de 'rampverklaring' heeft ingetrokken (24 mei 2000).

De geneeskundige hulpverlening bij rampen valt wat betreft organisatorische aspecten onder het toezicht van de Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding (IBR) van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Het medische handelen en de voorbereidingen daarop vallen onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit is vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 13 december 1993. De scheiding tussen de organisatorische en de geneeskundige aspecten van de rampbestrijding en de voorbereiding daarop is in de praktijk bij onderzoek moeilijk te maken. Daarom wordt tussen de IGZ en de IBR intensief samengewerkt.

De IGZ richt zich bij haar onderzoek op aspecten die samenhangen met de gezondheidszorg in relatie tot de ramp. Het gaat daarbij om de voorbereiding (preparatie) op een eventuele ramp en de gang van zaken direct na de ontploffing, alsmede de zorg voor de lichamelijke en psychosociale gezondheid van betrokkenen in de periode daarna (nazorg). Een aantal specifiek organisatorische aspecten van de rampbestrijding zoals communicatie en algemene coördinatie zijn in het IGZ-onderzoek meegenomen, maar worden door de IGZ slechts beperkt besproken en komen uitgebreid aan de orde in de rapportage van de IBR.

Fasegewijs onderzoek

Het onderzoek is verdeeld in twee fasen. Voor de eerste fase is een clusterindeling gemaakt (zie bijlage 3.1) en zijn per cluster de relevante feiten verzameld.

De feitenreconstructie van de IGZ is gebaseerd op:

- geregistreerde mobilfoon- en telefoongesprekken van de meldkamers van de ambulancediensten
- diverse logboeken
- interne evaluatie door de diverse ziekenhuizen en instanties in de gezondheidszorg
- vastgelegde procedures en plannen binnen de diverse ziekenhuizen en instanties (deels reeds in archief IGZ opgenomen)
- een beperkt aantal interviews

De geaggregeerde reconstructiegegevens van de IGZ zijn gecontroleerd aan de hand van de reconstructiegegevens van de andere Inspecties. Alle gebeurtenissen zijn samengebracht in reconstructiedocumenten, opgesteld aan de hand van feiten, die zijn verkregen uit de onderzoeken van de acht Inspecties. De reconstructiedocumenten zijn reeds aan de Tweede Kamer aangeboden (kamernummer 27157 011) en worden niet meer als bijlage bij dit rapport gevoegd.

De tweede fase van het onderzoek richt zich op het verwerken en analyseren van alle onderzoeksgegevens. In deze fase heeft nauwe afstemming tussen de Inspecties plaatsgevonden om tot een zo evenwichtig mogelijke analyse te komen. Uiteraard blijft iedere Inspectie eindverantwoordelijk voor de eigen rapportage. De onderhavige rapportage richt zich op deze tweede fase van het onderzoek.

2 **Onderzoeksopzet IGZ rapportage geneeskundige hulpverlening vuurwerkkramp tweede fase**

Doelstelling van het onderzoek

De IGZ-rapportage over de geneeskundige hulpverlening tweede fase geeft antwoord op de vraag of de organisatie van de hulpverlening door de zorginstellingen en zelfstandig beroepsbeoefenaren van het verzorgingsgebied Twente ten tijde van de vuurwerkkramp voldeed aan de daartoe geldende wettelijke normen, regels, procedures en afspraken. Daarnaast biedt de IGZ-rapportage inzicht in de vraag of de geneeskundige hulpverleners deze normen, regels, procedures en afspraken in de praktijk nageleefd hebben.

Het onderzoek richt zich op de schakels preparatie, repressie en nazorg van de gehele gezondheidsketen vanaf een dag voor de ramp (12 mei 2000) tot het moment waarop de burgemeester van Enschede de 'rampverklaring' introk (24 mei 2000).

Het belangrijkste uitgangspunt voor het gehele onderzoek is om uit de conclusies aanbevelingen te herleiden die ons lessen bieden voor de toekomst.

Onderzoeksvraag

Hebben de zorginstellingen en zelfstandig beroepsbeoefenaren die betrokken zijn geweest bij de geneeskundige hulpverlening in het kader van de vuurwerkkramp in de periode van 12 tot 24 mei 2000 de daartoe geldende wettelijke normen, regels, procedures en afspraken gehanteerd?

Dat wil zeggen:

- 1 1.1 Bestaan er wettelijke normen, regels, procedures en afspraken binnen de regio wat betreft de hulpverlening tijdens een grootschalig ongeval of ramp?
- 1.2 Heeft men zich conform deze wettelijke normen, regels, procedures en afspraken voorbereid op een mogelijke ramp?
- 1.3 Heeft men van 12 tot 24 mei 2000 conform deze regels, procedures en afspraken gehandeld?
- 1.4 Heeft men volgens deze wettelijke normen, regels, procedures en afspraken nazorg verleend?
- 2 Indien van deze regels, procedures en afspraken is afgeweken, is daar dan een plausibele verklaring voor te geven?
- 3 In hoeverre hebben deze afwijkingen het verloop van een optimale geneeskundige hulpverlening beïnvloed?
- 4 Welke conclusies en aanbevelingen kunnen op grond van deze bevindingen geformuleerd worden?

Methode van Onderzoek

De verkregen informatie is afkomstig van gespreksbanden van de meldkamers van de Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) van de Alarmerings- en Ambulancedienst Oost (A.A.D. Oost) en van de Regio IJssel-Vecht, waarop gesprekken tussen de diverse functionarissen zijn vastgelegd. Gegevens over hun inzet en interne evaluatie zijn specifiek opgevraagd. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met betrokken professionals. Tevens stond de IGZ informatie ter beschikking uit het eigen archief met name ook betreffende de voorbereiding op de millenniumperiode. De IGZ heeft bij het opstellen van deze rapportage dankbaar gebruik gemaakt van gegevens die ter beschikking kwamen uit het gezamenlijk afstemmingstraject van alle rijksinspecties.

In totaal zijn 48 gesprekken gevoerd met 78 respondenten. De keuze van deze respondenten kwam tot stand op basis van een beoordeling van hun rol en positie bij de ramp zoals die de IGZ is gebleken uit de opgevraagde gegevens. Hoewel de gesprekken een open karakter hadden, is voor elke gesprekspartner een gesprekslijst opgesteld met aandachtspunten betreffende de voorbereiding op eventuele rampen, het handelen tijdens de ramp en de opvang na afloop tot het einde van de rampverklaring. Op verzoek van de Arbeidsinspectie zijn enkele vragen toegevoegd over eventuele blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Tevens hebben de onderzoekers van de IBR en de Inspectie voor de politie in hun interviews enkele vragen meegenomen ten aanzien van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening.

Bij het opstellen van de gesprekslijsten is de IGZ uitgegaan van de documentatie en de gespreksbanden. De verschillende gesprekslijsten zijn qua vorm zoveel mogelijk op elkaar afgestemd ten behoeve van de latere samenvoeging van de gegevens.

De gesprekspartners zijn afkomstig uit de verschillende diensten die bij de geneeskundige hulpverlening betrokken waren waaronder de ambulancediensten, CPA's, Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), huisartsen, Mobiel Medische Teams (MMT's), en ziekenhuizen. Voorts zijn nog gesprekken gevoerd met de directeur van revalidatie-instelling Het Roessingh en met medewerkers van het Nederlandse Rode Kruis, de Vliegbasis Twenthe en GGZ-instelling Mediant.

Van alle gesprekken is een uitvoerig verslag gemaakt dat na verificatie door de betrokkenen is vastgesteld. De vastgestelde interviewverslagen zijn via het Logistiek Centrum Inspecties (LCI) beschikbaar gesteld aan de andere Inspecties en aan de Commissie Oosting. Deze verslagen dienden voor de IGZ als basis voor het onderhavige rapport.

Gegevensanalyse

Uitgaande van het doel van dit evaluatieonderzoek en de daaraan gerelateerde aard van de gesprekken, is de onderhavige rapportage grotendeels kwalitatief van aard. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van op gestandaardiseerde wijze bewerkte informatie.

Afbakening onderzoek

De periode voor het IGZ onderzoek eindigt op 24 mei 2000 en laat het gezondheidszorgonderzoek derhalve buiten beschouwing, evenals mogelijk langer durende effecten van de ramp op de gezondheidszorg. Het Informatie- en Adviescentrum (IAC) vuurwerkkramp Enschede en de relevantie daarvan voor de nazorg valt eveneens buiten het kader van het IGZ onderzoek, alhoewel de start van dit centrum vóór het einde van de onderzoeksperiode ligt. De psychosociale nazorg op langere termijn zal in het reguliere regionale toezicht door de IGZ opgenomen worden.

In de eerste uren na de explosie is veel medische en materiële inzet vanuit Duitsland ontvangen en zijn slachtoffers in het ziekenhuis in Gronau behandeld. Naar de Duitse inzet en de hulpverlening in het Duitse ziekenhuis is geen onderzoek gedaan. Het belang van grensoverschrijdende hulpverlening zou een separaat onderzoek vergen. Wel is een reconstructie ontvangen van de Duitse inzet en is één van de Duitse artsen geïnterviewd.

Deel 2: Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

Inhoudsopgave Deel 2: GHOR

1	<i>Algemeen</i>	18
2	<i>GHOR</i>	19
	2.1 Algemeen	19
	2.2 GHOR-bureau Twente	19
	2.3 Voorbereidende taak	19
	2.4 Preparatie	20
	2.4.1 Het jaar 1999	20
	2.4.2 Procedures	21
	2.4.3 Specifieke GHOR-functies vanuit CPA/ambulancedienst	22
	2.4.4 Oefenbeleid GHOR	23
	2.4.5 Alarmering GHOR	24
3	<i>Regio Twente en GGD Twente</i>	25
4	<i>GGD - een impressie van de eerste paar uren na de ramp</i>	26
5	<i>Directeur GGD/RGF</i>	27
	5.1 Algemeen	27
	5.2 Preparatie	27
	5.3 Op en na 13 mei	27
	5.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen	28
6	<i>HSGA</i>	30
	6.1 Algemeen	30
	6.2 Preparatie	30
	6.3 Op en na 13 mei	30
	6.4 Communicatie (intern/extern)	31
	6.5 Verbindingen (intern/extern)	32
7	<i>RGF en RGF-bureau Regio IJssel-Vecht</i>	33
8	<i>Wachtdienststarts</i>	35
	8.1 Algemeen	35
	8.2 Alarmering en opschaling	35
	8.3 Preparatie	35
	8.4 Op en na 13 mei	36
9	<i>MLRT</i>	37
	9.1 Algemeen	37
	9.2 Preparatie	37
	9.3 Op en na 13 mei	37
	9.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen	39

10	<i>CTPI/CoRT (Commando Rampterrein) en communicatie op het rampterrein</i>	41
	10.1 Standby-situatie	41
	10.2 Explosies en opschaling	41
	10.3 Communicatie	43
11	<i>AC-GGD</i>	44
	11.1 Algemeen	44
	11.2 Preparatie	44
	11.3 Op en na 13 mei	44
	11.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen	45
12	<i>Milieutaken GGD</i>	46
	12.1 Algemeen	46
	12.2 Milieutaken GGD Twente	46
	12.3 Afbakening eerstelijns functie/MMK	47
	12.4 Preparatie	47
	12.5 Op en na 13 mei	47
	12.5.1 Inzet en communicatie	47
	12.5.2 Asbest	48
	12.5.3 Maatregelen ten behoeve van persoonlijke bescherming	49
	12.5.4 Knelpunten	49
	12.5.5 Inzet MMK	50
	12.5.6 Ad hoc coördinatieteam-milieu op 16 mei en deelname MMK	51
	12.5.7 Contact met de Arbeidsinspectie	51
	12.5.8 Overige milieuzaken rampterrein	52
	12.5.9 Medische milieukunde en inzet VWS	53
	12.5.10 Wens MMK's	53
13	<i>GNK</i>	54
	13.1 Algemeen	54
	13.2 Op en na 13 mei	55
	13.3 MMT als specifiek onderdeel GNK	55
	13.3.1 Algemeen	55
	13.3.2 Preparatie	56
	13.3.3 Op en na 13 mei	57
	13.3.4 Communicatie en verbindingen	58
	13.4 Sigma als specifiek onderdeel GNK	58
	13.4.1 Algemeen	58
	13.4.2 Preparatie	58
	13.4.3 Op en na 13 mei	59
	13.4.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen	59
14	<i>PSHO onder GHOR-omstandigheden</i>	61
	14.1 PSHO Twente	61
	14.2 PSHO Regio IJssel-Vecht	61

15	<i>Gewondennesten</i>	62
15.1	CBB-gebouw	62
15.2	Nieuwe Weme	63
15.3	Van Heekpark	63
15.4	Revalidatiecentrum Het Roessingh	65
15.4.1	Preparatie	65
15.4.2	Op en na 13 mei	65
15.4.3	Communicatie en verbindingen	66
15.5	Verzorgingshuis Dr. Ariënhuis	66
15.6	Vliegbasis Twenthe	66
15.6.1	Algemeen	66
15.6.2	Preparatie	67
15.6.3	Op en na 13 mei	67
15.7	Miracle Planet bij het Arke Stadion	68
15.8	Bij het Spartastadion	68
15.9	Pathmoshal	69
16	<i>Huisartsen</i>	70
16.1	Algemeen	70
16.2	Preparatie	70
16.3	Op en na 13 mei	70
16.4	Communicatie (intern/extern) en verbindingen	72
17	<i>Apotheken en medicatieverstrekking</i>	74
18	<i>Thuiszorg</i>	75
19	<i>Enkele effecten van de vuurwerkramp op andere zorgverlenende instanties</i>	76
20	<i>Analyse GHOR</i>	77

1 Algemeen

Dit onderdeel van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) richt zich specifiek op de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). De diverse verantwoordelijkheden en de voorbereiding op GHOR-taken worden belicht alsook het verloop van de GHOR vanaf 13 mei tot 24 mei 2000. Enerzijds gebeurt dat vanuit algemeen perspectief en anderzijds vanuit de diverse specifieke functies.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 biedt inzicht in de opbouw van deze deelrapportage. Vervolgens gaat hoofdstuk 2 nader in op de organisatie van de GHOR, zowel in algemene zin als in de Regio Twente. Hoofdstuk 3 behandelt regiospecifieke organisatorische aspecten en geeft een korte schets van de GGD Twente. Een beschrijving van de GGD-opstapeling op 13 mei 2000 volgt in hoofdstuk 4.

In de daarop volgende hoofdstukken worden de onderscheiden functies weergegeven met nadruk op de aspecten preparatie, daadwerkelijke inzet, communicatie en verbindingen en eventuele knelpunten. Hoofdstuk 5 belicht de functie directeur Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD)/Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) en hoofdstuk 6 besteedt aandacht aan de functie Hoofd Sectie Geneeskundige Aangelegenheden (HSGA). In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op het functioneren van de RGF en het RGF-bureau van de naburige Regio IJssel-Vecht. De functies van de wachtdienststarters en de Medisch Leider Rampterrein (MLRT) worden respectievelijk in hoofdstuk 8 en 9 beschreven.

Hoofdstuk 10 besteedt aandacht aan de coördinatiestructuur op het rampterrein. Vervolgens geeft hoofdstuk 11 de ondersteunende functie van het Actiecentrum GGD (AC-GGD) weer. De milieutaken van de GGD komen in hoofdstuk 12 uitgebreid aan de orde. Hoofdstuk 13 richt zich op het betrekkelijk nieuwe aspect van de Geneeskundige Combinatie (GNK) ter ondersteuning van de geneeskundige hulpverlening op en nabij het rampterrein.

Ter completering van de GHOR-organisatie maakt hoofdstuk 14 melding van de psychosociale hulpverlening. Het onderwerp wordt in deze paragraaf alleen aangestipt en wordt in de deelrapportage Nazorg in detail besproken (zie rapportdeel 5). Nadat in hoofdstuk 15 de gewondennesten zijn besproken, staan in hoofdstuk 16 de huisartsen centraal. Het belang van de farmaceutische voorziening onder GHOR-omstandigheden komt in hoofdstuk 17 aan de orde. Daarna volgen enkele korte hoofdstukken over de vraag welke effecten een dergelijke ramp kan hebben op andere zorgverleners. De deelrapportage GHOR wordt afgesloten met een analyse over de GHOR in de regio Twente.

Alle bijlagen bij de deelrapportage GHOR zijn in bijlage 3 geplaatst. Deze bestaat uit een overzicht van de onderzoeksclusters (bijlage 3.1), een overzicht van de (bij IGZ bekende) inzet van de GNK's en delen van GNK's (bijlage 3.2), een schematisch overzicht van de communicatiestructuur van de GHOR Twente (bijlage 3.3) en een overzicht van de (bij IGZ bekende) inzet van MMT's (bijlage 3.4).

2 GHOR

2.1 Algemeen

De rampenbestrijding in Nederland is georganiseerd rondom de parate hulpverleningsdiensten. Wanneer sprake is van een zwaar ongeval of een ramp functioneren de betrokken geneeskundige diensten als één organisatie, als één keten van zorg met goed op elkaar afgestemde schakels. Opschaling van de kleinschalige spoedeisende medische hulpverlening dient optimaal te verlopen.

Door de instelling van regionale GHOR-besturen is eenduidige bestuurlijke aansturing ontstaan. Een regionaal overleg tussen de betrokken partijen bevordert afstemming en draagt bij aan een integrale benadering. Volgens de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (WGHR) is de directeur van de GGD verantwoordelijk voor de coördinatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen (zie bijlage 2 voor een relevant overzicht van de wet- en regelgeving in het kader van rampen en grootschalige ongevallen). In de dagelijkse praktijk is een nieuwe benaming ontstaan voor deze taak: de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). De RGF is als het ware de uitvoerend functionaris van het openbaar (GHOR-) bestuur, dat integraal voor de GHOR verantwoordelijk is. Met betrekking tot de algehele organisatie van en voorbereiding op de GHOR, treedt de RGF op als adviseur van het gemeentebestuur. Daarnaast draagt de RGF zorg voor bovenregionale afstemming. Ook fungeert de RGF als aanspreekpunt voor alle geneeskundige partijen naar het openbaar bestuur met betrekking tot de GHOR. Eén van de instrumenten om landelijke uniformiteit in beleid en uitvoering rond deze functie te bevorderen, is de overlegstructuur van RGF'en.

In vrijwel het hele land vervult de directeur GGD de RGF-taak. Deze taak omvat zowel de preparatieve als de repressieve taken.

2.2 GHOR-bureau Twente

De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR berust bij de Regio Twente, die bovendien verantwoordelijk is voor het aanstellen van de RGF. In Twente is het GHOR-bureau ondergebracht bij de GGD en valt de GHOR organisatorisch onder de afdeling Bedrijfsvoering van de GGD. De directeur GGD vervult voor 0,2 fte de functie van RGF en is vanuit die functie verantwoordelijk voor de inhoudelijke aansturing van het GHOR-bureau. Vanuit de GHOR worden de specifieke GHOR-taken van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) gefinancierd. Gedacht kan worden aan de aanschaf van het Ziekenautostation (Zaustat), de training en financiering van de Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG) en de Coördinator Gewondenvervoer (CGV) alsmede de aanschaf van de communicatiemiddelen voor deze functionarissen.

2.3 Voorbereidende taak

De GHOR is de virtuele organisatiestructuur, die bij een groot ongeval of een ramp in werking treedt ten behoeve van de coördinatie van de hulpverlening in de geneeskundige kolom en die daarbij onder operationele leiding staat van de RGF. Bij een dergelijke operationele inzet zijn diverse zorgaanbieders betrokken, die elk hun eigen verantwoordelijkheid behouden voor de inhoud van de inzet, voor de gebruikte middelen en voor de deskundigheid van het ingezette personeel. Voor de betreffende zorginstellingen is daarbij het relevante wetgevingskader onder meer de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

De traumazorg bouwt voort op de bestaande structuur binnen de Alarmerings- en Ambulancedienst Oost (A.A.D. Oost) en blijkt dan afhankelijk te worden van knelpunten in de bestaande organisatie, zoals de beperkte personele formatie bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) en bij het ambulancepersoneel. Hierdoor kan men niet volgens schema deelnemen aan de GHOR-oefeningen. Daarnaast ontbreekt overeenstemming tussen de partijen over de benodigde hoogte van de financiering van met name de OvDG'en in de regio.

Een kwalitatief verantwoorde inzet tijdens een grootschalige optreden vereist een goede voorbereiding. Enerzijds door een planmatige uitwerking in de vorm van een rampenplan en anderzijds door deskundigheidsbevordering van de betreffende functionarissen. Het kader voor de vereiste deskundigheid wordt gevormd door taak-/functieomschrijvingen, waarin de specifieke taak bij een grootschalige inzet duidelijk is weergegeven. Goede bekendheid met een taak-/functieomschrijving moet gepaard gaan met een gedegen training van de specifieke taken. Training kan zowel monodisciplinair als multidisciplinair zijn. Er is in dit voorbereidende traject zowel sprake van een eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen als van een verantwoordelijkheid vanuit de GHOR/RGF. De GHOR-verantwoordelijkheid berust op de adviserende en coördinerende functie van de RGF. Hierbij is afstemming tussen de diverse partijen en het bewaken van de randvoorwaarden van belang.

Voor een aantal van de zorginstellingen en de daar werkzame functionarissen betekent een grootschalige inzet dat men (meer van) het gewone werk uitvoert. De structuur waarin gewerkt wordt, kan echter anders zijn. Dit heeft gevolgen voor de functionarissen, die in organisatorische zin een verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de inzet bij een grootschalig optreden.

Daarnaast is onder GHOR-omstandigheden sprake van een aantal functies, die afwijkend zijn van de dagelijkse werkpraktijk en waarvoor specifieke scholing en continue training noodzakelijk zijn. Dit betreft onder meer de functies RGF (repressieve gedeelte), CGV, OvDG, Hoofd Sectie Geneeskundige Aangelegenheden (HSGA), Medisch Leider Rampterrein (MLRT) en lid van het Actiecentrum GGD (AC-GGD). Voor het vervullen van deze functies wordt geput uit een pool van functionarissen, die regulier (deels) een andere functie vervullen.

Binnen een GGD is een beperkt aantal functionarissen in voorbereidende zin dagelijks met GHOR-taken bezig. In de regio Twente zijn dat de medisch coördinator GHOR en de staffunctionaris rampenbestrijding GHOR. Bij een daadwerkelijke inzet worden mensen vanuit andere dagelijkse GGD-functies ingezet voor taken onder GHOR-omstandigheden. Ze worden daarmee onttrokken aan hun dagelijkse taak. Dit leidt vrijwel direct tot uitstel van een aantal reguliere taken. Bij een langdurige inzet of een langer durende nasleep van een inzet, kan dit gevolgen hebben voor de werkplanning en leiden tot noodzakelijke prioritering van taken. Dit fenomeen doet zich overigens ook voor bij de CPA en de ambulancediensten.

2.4 Preparatie

2.4.1 Het jaar 1999

Het jaar 1999 is voor de geneeskundige voorbereiding op een grootschalig optreden en voor de GHOR van groot belang geweest. In dit jaar hield de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een geïntensiveerd toezicht op als vitaal beoordeelde zorginstellingen (onder andere ziekenhuizen, CPA's, ambulancediensten en GGD'en). Daarnaast benadrukte de IGZ in het kader van mogelijk te verwachten millenniumproblemen de functie van de GGD als 'spin-in-het-web' van de geneeskundige voorbereiding op een grootschalige inzet. De millenniumoperatie heeft (onder

meer) geleid tot een opschoning van apparatuur en procedures en vormde daarnaast aanleiding tot specifieke (ook multidisciplinaire) oefeningen. In de millenniumnacht zelf was in de geneeskundige instellingen sprake van preventieve opschaling, hetgeen achteraf door velen als een praktijkoefening is beschouwd. Daarbij hoort de kanttekening dat sprake was van een georganiseerde voorbereiding, waarbij ook allerlei noodscenario's in preventieve zin waren voorbereid. Een daadwerkelijke, niet tevoren geplande inzet bij een grootschalig optreden heeft een grilliger verloop, zoals ook op 13 mei 2000 bleek.

Bij de bespreking van de diverse functies komt in een aparte paragraaf de preparatie aan de orde.

2.4.2 Procedures

In het kader van het Project Versterking Brandweer hebben de 23 gemeenten van Twente in 1997 een gemeenschappelijk rampenplan opgesteld. Het doel was om met een eenduidig plan de praktische samenwerking van brandweer, politie en GGD te bevorderen.

Een ander uitgangspunt was dat door een goede afstemming over de werkwijze, de onderlinge uitwisseling van functionarissen gestimuleerd zou worden. Daarnaast zou men met deze aanpak de slagkracht van de rampenbestrijding vergroten. In de gehele regio is één GGD werkzaam. Het rampenplan is opgebouwd uit diverse deelplannen, die met elkaar samenhangende werkzaamheden per onderdeel weergeven. Elk deelplan geeft in een matrixvorm een samenvatting van de activiteiten in dat deelplan en benoemt een procesverantwoordelijke. Begin april 2000 is het regionale 'rampenplan Regio Twente' aangepast, onder meer door toevoeging van een hoofdstuk 'nazorg'.

Een uitwerking van het rampenplan is dat iedere procesverantwoordelijke (persoon of instantie) een draaiboek opstelt, waarin verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden nader worden uitgewerkt.

De bevoegdheid tot het inwerkingstellen van het rampenplan berust bij de burgemeester, die onder dergelijke omstandigheden tevens het opperbevel voert. In het gemeentelijke beleidsteam (rampenstaf) heeft onder andere een leidinggevende van de GGD (in de regel de directeur GGD/RGF) zitting. De burgemeester en zijn gemeentelijke rampenstaf (GRS) zetelen in het Gemeentelijk Coördinatie Centrum (GCC). De leidinggevende bij de brandweer is belast met de operationele leiding.

In geval van een intergemeentelijke bestrijding van een ramp of zwaar ongeval, vindt bestuurlijke coördinatie plaats. De coördinerend burgemeester wordt ondersteund door een intergemeentelijke rampenstaf bestaande uit het regionaal beleidsteam en het Regionaal Operationeel Team (ROT). Deze beide teams zijn gezeteld in het Regionaal Coördinatiecentrum (RCC). Als locatie voor een RCC wordt in de regio Twente uitgegaan van het pand van de regionale brandweer aan de Westermaat te Hengelo.

In de rapportage van de Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding (IBR)¹ wordt uitgebreid aandacht besteed aan het functioneren van de 'rampenorganisatie'. Het hierna volgende stuk belicht een aantal aspecten van de geneeskundige kolom en de GHOR.

Doelstelling van de geneeskundige organisatie is op een rampterrein 'zo lang als mogelijk en binnen een verantwoorde tijd' voorzien in professionele hulpverlening aan gewonden, uitgaande van voor elke gewonde kwalitatief maximale zorg. In het rampenplan is opgenomen dat de

¹ Rapportage IBR: algemene coördinatie van de bestrijding

directeur GGD als vaste beleidsadviseur van de burgemeester de leiding heeft over de geneeskundige hulpverlening en dat de CPA is belast met de zorg voor inzet van voldoende ambulances.

Als uitwerking van het regionale rampenplan heeft de GGD in 1997 het document 'procedure grootschalige geneeskundige hulpverlening regio Twente' (procedure GGH/RT) opgesteld. Dit document beschrijft de geneeskundige functies tijdens een GHOR-inzet, maar heeft niet de status van een handelingsprotocol. Eind 1997 heeft personeel van de A.A.D. Oost tijdens een GHOR-bijbscholing een exemplaar van deze procedure ontvangen. Gezien de recente ontwikkelingen vraagt het document om een aanpassing. Zo ontbreekt de Geneeskundige Combinatie (GNK) en zijn zowel de opgenomen structuur van de Mobiel Medische Teams (MMT's) als de medische behandelcapaciteit niet langer actueel. Vanaf april 2000 is inzake de herschrijving van de procedure GGH/RT aangesloten bij een daartoe gestart afstemmingsoverleg van de noordelijke provincies.

De bekendheid met de procedure GGH/RT blijkt zowel binnen als buiten de GGD Twente wisselend te zijn. Tevens verwacht men deze procedure met een organisatieplan GHOR. Dit plan is echter nog volop in ontwikkeling en maakt deel uit van het 'beheersplan rampenbestrijding', welke in 2003 gereed dient te zijn. Na afronding zal de GHOR het organisatieplan ter bespreking voorleggen aan het Regionaal Geneeskundig Platform (en de daarvan afgeleide regionale stuurgroep GHOR), waarin de diverse zorgpartners zitting hebben. Op 13 mei 2000 bevond het ontwikkeltraject van het GHOR-organisatieplan zich in de beginfase. Op hoofdlijnen was overeenstemming over samenwerking in GHOR-verband. De uitwerking en de analyse van knelpunten waren echter nog niet ingevuld.

2.4.3 Specifieke GHOR-functies vanuit CPA/ambulancedienst

Onder GHOR-omstandigheden ontstaat door de opschaling van de CPA en de ambulancedienst een aantal specifieke taken, dat afwijkt van de dagelijkse taken en waarvoor specifieke functies zijn ingesteld. Dit betreft de functies Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG), Coördinator Gewondenvervoer (CGV), chauffeur GNK en loodspostfunctionaris. Het Ziekenautostation (Zaustat) kan bij opschaling als logistiek middel worden ingezet. Op de benamingen zal kort worden ingegaan. De functies en de verslaglegging van de specifieke gebeurtenissen op en na 13 mei 2000 zijn in het rapportdeel ambulancezorg opgenomen.

OvDG

Een OvDG heeft op de plaats van een incident een coördinerende taak inzake de operationele procestaken van de spoedeisende medische hulpverlening. Daarnaast is hij het aanspreekpunt voor politie en brandweer ter plaatse. Daardoor kunnen de ambulanceteams hun eigenlijke taak in de patiëntenzorg verrichten. Indien verdere opschaling leidt tot de inzet van een Medisch Leider Rampterrein (MLRT), vindt afstemming plaats tussen de MLRT en de OvDG. De MLRT is in dat geval de hoogste in rang op het rampterrein in zijn functie van GHOR-functionaris.

Zaustat

Bij een grootschalige inzet van ambulancevervoer (op één bepaalde locatie) wordt vanuit de CPA een speciaal daartoe met communicatieapparatuur uitgerust voertuig ingezet, het Ziekenautostation. Dit Zaustat is in wezen een veld-CPA en heeft tot taak het ambulancevervoer vanaf de plaats van het incident aan te sturen en daarover overzicht te behouden. De CPA is verantwoordelijk voor inzet en bemanning van het Zaustat. Zowel in de regio Twente als in de regio IJssel-Vecht is het Zaustat vanuit GHOR-gelden gefinancierd. Een Zaustat heeft niet de functie van verbindingscommandowagen, zoals de brandweer en de politie die kennen.

CGV

Een CGV vervult CPA-taken in het Zaustat en is daarmee verantwoordelijk voor het inzicht en overzicht over al het ambulancevervoer naar en vanaf de 'plaats incident'. Daarnaast vervult de CGV een belangrijke taak in het bewaken van de registratie van alle vervoerde slachtoffers. Ten behoeve van het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB) verstrekt hij de gegevens aan de rampenorganisatie.

Loodspostfunctionaris

Bij inzet van hulpverleningsdiensten uit een andere regio, worden deze opgevangen bij een zogenoemde loodspost en vandaar uit verder geleid naar de plaats van daadwerkelijke inzet. Een loodspostfunctionaris vangt de ambulances bij de loodspost op en structureert het verdere vervoer.

2.4.4 Oefenbeleid GHOR

Het onder speciale omstandigheden vervullen van functies die afwijken van de dagelijkse werkzaamheden vereist training. Ook het functioneren in een andere organisatiestructuur als gevolg van deze speciale omstandigheden vraagt om een goede voorbereiding. Een rampenorganisatie heeft een duidelijke commandostructuur. Voor geneeskundige professionals is deze structuur in vergelijking met de dagelijkse situatie zeer afwijkend. Men is er weinig tot niet mee bekend. Trainingen moeten deze onbekendheid met de commandostructuur doen afnemen. Geneeskundige professionals leren (ook) hoe zij binnen de commandostructuur moeten functioneren. Trainingen kunnen taakgericht zijn (monodisciplinair) of gericht op de samenwerking tussen diverse functies (multidisciplinair).

In de praktijk blijken voor de diverse functies veel functionarissen getraind te moeten zijn om over een voldoende grote pool te kunnen beschikken bij een daadwerkelijke inzet. Gelukkig doen zich niet vaak inzetsituaties voor. Dit brengt met zich mee dat er veel geoefend wordt ondanks de geringe kans dat het geleerde ook in praktijk gebracht moet worden. Het belang van directe en adequate hulpverlening vergt echter dat deze inspanning in voorbereidende zin geleverd wordt.

De GHOR-functionarissen van de GGD zijn verantwoordelijk voor het opstellen van een regionaal oefenschema, waarin met een bepaalde regelmaat de onderscheiden functies worden geoefend. Dit omvat onder meer het functioneren van de Geneeskundige Combinatie (GNK) (inclusief de Snel inzetbare groep ter medische assistentie; de Sigma), de ambulancehulpverleners, de CPA-centralisten, de MLRT, de directeur GGD als RGF en de functie HSGA. Naast zogenaamde inzetoefeningen (zowel mono- als multidisciplinair) vinden ook gemeentelijke rampenstafoefeningen plaats.

In 1999 zijn in de regio Twente de volgende GHOR-oefeningen gehouden:

- elf monodisciplinaire oefeningen,
- zes multidisciplinaire oefeningen,
- vijf grote oefeningen,
- twee cursussen OvDG,
- 6-weekse training politie,
- één ronde Twentse gemeenten (23) rampenstafoefening.

De functie MLRT is voor het laatst geoefend in 1998.

In oktober/november 1999 heeft de laatste oefening van de HSGA (bij het Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding, het Nibra) plaatsgevonden. Specifieke multidisciplinaire Coördinatie Team Plaats Incident (CTPI)-trainingen zijn (nog) niet in het oefenschema opgenomen.

Bij de voorbereiding op specifieke gebeurtenissen is men afhankelijk van risico-inventarisaties. Voor de uitvoering van deze inventarisaties zijn onder meer de brandweer en de provincie verantwoordelijk. Bekendheid met eventuele risico-objecten in de regio is uiteraard van belang bij een goede voorbereiding op een daadwerkelijke inzet en kan tevens meegenomen worden in het oefenbeleid. Eén van de oefenscenario's in Twente is genaamd 'de AKZO' en is gericht op het chloorproducerende bedrijf te Hengelo. Een andere randvoorwaarde voor een doeltreffende uitvoering van het GHOR-oefenbeleid is een goede voorbereiding bij andere betrokken (zorg)instellingen. Het is daarbij van belang dat de instellingen beschikken over formatieve en budgettaire ruimte om deel te nemen aan oefeningen. Zo heeft de A.A.D. Oost begin 2000 om formatieve redenen aangegeven geen deel te kunnen nemen aan de geplande multidisciplinaire GHOR-oefeningen.

2.4.5 Alarmering GHOR

De alarmering van GHOR-functionarissen verloopt via de CPA A.A.D. Oost langs een geautomatiseerd systeem op een stand-alone computer. Het systeem kan niet in de bestaande apparatuur worden geïntegreerd. Om die reden is voor een stand-alone (zonder netwerk) systeem gekozen. Een tevoren ingebracht alarmeringsschema is met één simpele handeling door de centralist te activeren. Zowel nummers van callmaxers (semafoon-systeem) als van mobiele telefoons worden automatisch gebeld. De callmaxer en meldtekst in de mobiele telefoon geven voor de ontvanger de verlangde actie weer. Zo bellen de HSGA en de wachtdienststarts altijd terug naar de CPA en weet een lid van een Sigma direct of hij zich moet melden en waar. Er vindt geen controle plaats op de ontvangst van een melding. Op 13 mei 2000 zijn op deze wijze de volgende groepen gealarmeerd: de centralisten (inclusief de CGV's), de HSGA, de MLRT, de OvDG'en, de chauffeurs (Sigmaxwagens en de wagen met materiaal voor Advanced Life Support, de ALS-wagen), de directeur A.A.D. Oost en drie Sigma's. Per groep vergt een oproep ongeveer 45 seconden. De directeur GGD is niet in dat systeem opgenomen, maar wordt conform de afspraak door de HSGA gealarmeerd.

3 Regio Twente en GGD Twente

De GGD is op basis van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (WGHR) in geval van een ramp verantwoordelijk voor de organisatie van de spoedeisende medische hulpverlening. Die verantwoordelijkheid strekt zich verder uit dan de dagelijkse bezigheden en taken van de GGD. In geval van een ramp krijgt een aantal functionarissen van de GGD een andere functie dan de dagelijkse. Anderzijds krijgen functionarissen die in hun dagelijkse functie onder andere organisaties vallen, de verantwoordelijkheid over beleids- en operationele taken van de GGD.

De Regio Twente is in het begin van 1995 als bestuurlijke eenheid tot stand gekomen en omvat 23 gemeenten met ruim 611.000 inwoners. Dit zijn drie grotere gemeenten (Enschede, Hengelo en Almelo) en een aantal middelgrote gemeenten. Bestuurlijk is sprake van een meervoudige gemeenschappelijke regeling met een sectorenmodel, waaronder de sector GGD. Het Regiobestuur vormt eveneens het (voorlopige) GHOR-bestuur.

De GGD Twente is uit een fusie van drie Twentse GGD'en ontstaan en heeft haar hoofdvesting te Almelo. Voor de aansturing van de sector GGD is vanuit het 23 leden tellende algemeen bestuur, momenteel onder voorzitterschap van de burgemeester van Hellendoorn, een dagelijks bestuur gevormd met zeven leden. De GGD omvat vier afdelingen, te weten een afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ), een afdeling Preventieve Zorg (waarin de taken van de Algemene Gezondheidszorg (AGZ) op collectief gebied zijn ondergebracht), een afdeling Individuele Zorg (omvattend forensische geneeskunde en sociaal-medische adviestaken) en een afdeling Bedrijfsvoering.

De GGD voert wettelijk verplichte taken uit (op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, WCPV) en niet wettelijk verplichte taken. Op basis van de WCPV werkt de GGD met een standaardpakket dat aan alle gemeenten wordt aangeboden en waarover met de gemeenten overeenstemming bestaat. Op verzoek van (een) gemeente(n) kunnen daaraan taken worden toegevoegd, waarvoor extra wordt betaald. De beleidsmedewerkers van de GGD voeren regelmatig overleg met ambtenaren uit de gemeenten. De directeur GGD overlegt regelmatig met de gemeentelijke portefeuillehouders Volksgezondheid. Met de portefeuillehouders van de grotere gemeenten is viermaal per jaar overleg.

De functie directeur GGD/RGF Twente was begin 2000 enkele maanden vacant. De directietaken zijn waargenomen door het hoofd van de afdeling Bedrijfsvoering. Deze vervulde reeds de functie van waarnemend directeur. Ten aanzien van de RGF-taken is tijdelijk een splitsing aangebracht tussen de preparatieve en repressieve taken. Deze splitsing gold zowel voor een eventuele oefening als voor een daadwerkelijke inzet. Het hoofd van de afdeling JGZ heeft de preparatieve RGF-taken vervuld terwijl de waarnemend directeur verantwoordelijk was voor de repressieve taken. Door deelname aan diverse oefeningen in het verleden, was de waarnemend directeur op deze taak voorbereid. De nieuwe directeur GGD/RGF is per 15 mei 2000 in dienst getreden.

4 GGD - een impressie van de eerste paar uren na de ramp

De tot in de wijde omtrek hoorbare explosies op 13 mei 2000 hebben deels als een spontane alarmering gewerkt. Enkele functionarissen verwachtten uit hoofde van hun functie dat ze ingezet zouden worden. Zij meldden zich spontaan. Een aantal anderen maakte zich gereed om bij een eventuele alarmering direct te kunnen participeren. Dit heeft een positief effect gehad op de snelheid van de inzet(baarheid) van geneeskundige sleutelfunctionarissen.

Op de CPA A.A.D. Oost is het geautomatiseerde GHOR-alarm geactiveerd. De gealarmeerde HSGA heeft, conform de afspraak, direct de waarnemend directeur GGD/RGF gewaarschuwd. Beiden zijn naar de CPA gegaan en troffen daar een tweede spontaan gekomen GHOR-staffunctionaris aan, die eveneens als HSGA is ingezet. Eén van de HSGA's droeg zorg voor het gereedmaken van het materiaal van de Geneeskundige Combinatie (GNK) ter voorbereiding op een uitruk. Nadat de RGF zich een beeld had gevormd van de situatie, is hij op weg gegaan naar Enschede in de veronderstelling dat daar het Beleidsteam (BT) zitting zou nemen in het gemeentehuis.

Via het GHOR-alarmeringssysteem was tevens de wachtdienststarts opgeroepen, die als Medisch Leider Rampterrein (MLRT) is ingezet. Korte tijd later is ter ondersteuning van de GGD-taken actie ondernomen tot het inzetten van het AC-GGD, dat korte tijd later operationeel was. In zeer korte tijd is de GGD Twente omgevormd tot een functionele GHOR-organisatie.

De buurregio IJssel-Vecht, waarmee voor de functie HSGA bijstandsafspraken bestaan, is gealarmeerd. Dit leidde in die regio tot een opschaling. In de avond van 13 mei 2000 is de RGF van de Regio IJssel-Vecht verzocht om in de Gemeentelijke Rampenstaf (GRS)/BT de RGF Twente af te lossen. Aan dit verzoek is gehoor gegeven. In de Regio IJssel-Vecht had dat onder meer tot gevolg dat waarneming voor de eigen taken moest worden geregeld. Bijstand is ook verleend door inzet van de HSGA, de GNK en in de loop van de eerste week in het AC-GGD. Er is geen gebruik gemaakt van het aanbod voor bijstand voor de functie van wachtdienststarts.

Bij het opzetten van de nazorg is de GGD Twente vanuit de GRS/BT nadrukkelijk betrokken geweest. Met name het hoofd JGZ, dat tijdelijk de preparatieve taken van de RGF (waaronder de nazorg) waarnam en de op maandag 15 mei 2000 in dienst getreden nieuwe directeur, speelden hierin een rol.

In de dagen volgend op de explosies zijn de reguliere werkzaamheden van de GGD onder druk komen te staan doordat de beschikbare functionarissen in de GHOR-structuur waren ingezet. Om die reden waren zij niet beschikbaar voor hun reguliere taken. Het bevolkingsonderzoek en de daarmee samenhangende (ook structurele) werkzaamheden zetten de beschikbare formatie verder onder druk.

5 Directeur GGD/RGF

5.1 Algemeen

Zoals eerder vermeld, is onder GHOR-omstandigheden de directeur GGD/RGF procesverantwoordelijk voor de geneeskundig-organisatorische leiding. Vanuit deze verantwoordelijkheid levert hij een bijdrage op het beleidsadviserend en strategisch niveau in de GRS en/of in het BT. De HSGA doet dat namens de RGF in het Operationeel Team (OT). Ten tijde van de ramp was de functie directeur GGD Twente vacant. De nieuwe functionaris is, zoals vermeld, op 15 mei 2000 in dienst getreden.

5.2 Preparatie

Aanpassing van de taak-/functieomschrijving directeur GGD was gepland met de indiensttreding van de nieuwe functionaris. De specifieke taken tijdens een GHOR-inzet zullen daarin opgenomen worden.

De waarnemend directeur GGD Twente is getraind om taken van een directeur GGD/RGF te vervullen in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Hij heeft de afgelopen jaren met regelmaat aan oefeningen deelgenomen en een aantal keren deel uitgemaakt van de rampenstaf in geval van een calamiteit. Hij was goed op de hoogte van de structuur van zowel de gemeentelijke als de regionale rampenorganisatie.

Permanente bereikbaarheid is geregeld via GSM en callmaxer, waarbij de HSGA de directeur alarmeert. De directeur GGD heeft geen opkomsttijd. Waarneming is middels een dienstrooster geregeld. Op 13 mei 2000 participeert de regio Twente (nog) niet in de (in ontwikkeling zijnde) waarneemregeling RGF Noord Nederland. De GGD Twente heeft een alarmeringsinstructie/instructie interne opschaling. Deze wordt niet geoefend.

In het kader van de GHOR bestond ten tijde van de ramp een (concept)plan psychosociale hulpverlening voor slachtoffers. Ook dit plan wordt niet geoefend.

5.3 Op en na 13 mei

Op 13 mei 2000 is de waarnemend directeur GGD (verder te noemen RGF) om 15.40 uur gebeld door de HSGA en direct naar de CPA van de A.A.D. Oost gegaan. De melding was dat een munitiedepot zou zijn ontploft en er meer dan 100 gewonden zouden zijn. Binnen 10 minuten was hij op de CPA. Het lukte maar ten dele om de situatie in kaart te brengen. Conform de geldende afspraken (ramp beperkt tot één gemeente) is de RGF vervolgens naar het gemeentehuis Enschede gegaan in de veronderstelling dat de burgemeester een rampenstaf bijeen zou roepen. Hij heeft daartoe geen oproep ontvangen. Met eigen vervoer is de RGF naar Enschede gegaan en arriveerde daar om circa 17.15 uur. Bij aankomst in het gemeentehuis heeft hij direct aan de burgemeester gevraagd het formele verzoek voor interregionale bijstand en voor inzet van de luchtmachtbasis te doen uitgaan. Hierbij tekende hij aan dat materieel een en ander reeds vanuit de GHOR in gang was gezet. Direct na aankomst in het gemeentehuis te Enschede heeft de RGF contact gezocht met de CPA om een actueel situatierapport te vragen. Het eerder gegeven beeld werd bevestigd met weinig aanvulling. Voor eigen ondersteuning heeft hij om een van de secretariaatsmedewerkers van de GGD verzocht. Als lid van het Beleidsteam (BT) was hij samen met de politie in een kamer gehuisvest.

De eerste uren was de situatie op het rampterrein chaotisch. De druk op de werkzaamheden gedurende de eerste uren is zeer hoog geweest, zowel op het rampterrein als op regionaal en

gemeentelijk leidinggevend niveau. De RGF heeft zitting genomen in het BT, bij de GRS, waar op basis van het gemeentelijke rampenplan het beleid wordt bepaald. De HSGA zat in het OT, dat deel uitmaakt van het RCC, waar hij zich onder meer bezighield met de gezondheidsaspecten naar aanleiding van de ramp, de benodigde geneeskundige inzet en met informatie over aantallen slachtoffers en opvangcapaciteit van de ziekenhuizen. Enkele dagen na de ramp kwam daar de meer structurele opzet van nazorg aan slachtoffers van de ramp bij.

In de avond van 13 mei 2000 heeft de RGF de HSGA verzocht om voor zijn functie aflossing te regelen middels een verzoek aan de RGF van de GGD Regio IJssel-Vecht. De gehele periode van inzet van de RGF in de GRS/BT hebben beide functionarissen elkaar afgewisseld.

De concrete taken van de RGF tijdens een inzet vallen in drie delen uiteen: het bewaken en bevorderen van de geneeskundige hulpverleningsketen, het bewaken van volksgezondheidsaspecten (waaronder medische milieuzaken) en de psychosociale hulpverlening en opvang. De eerste avond waren de taken van de RGF geconcentreerd op het gebied van informatieverzameling en -voorziening van GHOR/AC-GGD richting GRS en omgekeerd. De eerste uren bestond (mede vanwege de situatie op het rampterrein) onvoldoende zicht op de omvang van de ramp. De RGF had behoefte aan een overzicht van aantallen gewonden, locaties waarheen gewonden werden gebracht, voorzieningen ten behoeve van opvang van slachtoffers, de locatie van het Zaustat etc. Hiertoe heeft hij situatierapporten (sitrap) ontvangen van de HSGA, die mede op zijn verzoek via het AC-GGD waren samengesteld. Vóór de GRS-vergaderingen moesten de sitrap aan de RGF zijn doorgegeven. Dit lukte niet altijd.

De volgende dagen richtten de werkzaamheden zich tevens op de asbestproblematiek, op de nazorg aan de slachtoffers en op het gezondheidszorgonderzoek. Deze laatste twee taken zijn op verzoek van de RGF vanaf 16 mei 2000 ter hand genomen door de nieuwe directeur GGD, die daarbij terzijde werd gestaan door het hoofd JGZ van de GGD. Deze had gedurende de vacante directeurspost de RGF-taken in preparatieve zin waargenomen en was derhalve goed geïnformeerd over de opzet van het GHOR-nazorgtraject.

In de avondvergadering van de GRS op 16 mei 2000 is de asbestproblematiek nadrukkelijk aan de orde gekomen. Aanleiding hiertoe was de toelichting die de voorzitter van het 'coördinatieteam milieu' gaf op de diverse meetresultaten en de consequenties daarvan voor onder meer de diverse groepen van hulpverleners op het rampterrein (zie paragraaf 12.5.6). Onder meer werd uitgelegd dat het vereiste beschermingsniveau voor hulpverleners die actief met bergingswerkzaamheden bezig waren, van een andere orde was dan de mondkapjes, die voldoende geacht werden voor andere aanwezigen op het rampterrein. De conclusies van de eerder gevoerde besprekingen van dit team zijn schriftelijk overhandigd en opgenomen in de mappen bij de GRS. Aangezien zowel de eerstelijns milieupart als de medisch milieukundige (MMK) van de GGD deel hadden uitgemaakt van het team, ging de RGF ervan uit dat mede namens hen gesproken werd door de voorzitter. De informatie was duidelijk en op dat moment vroeg de RGF geen nadere inhoudelijke toelichting.

5.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen

De communicatie tussen de RGF, brandweer en politie verliep mondeling via de GRS. Daarnaast was op operationeel niveau contact met het RCC. (Telefonisch) contact met het AC-GGD verliep zowel structureel als ad hoc. De RGF onderhield vanuit de GRS geen contacten met de CPA. Ook met de functionarissen op het rampterrein onderhield de RGF geen structureel contact. Deze communicatielijnen verliepen via de HSGA.

Overleg met de eigen medewerkers in het OT verliep mondeling nadat het RCC op dinsdag 16 mei 2000 naar Enschede was verplaatst. Als communicatiemiddelen zijn de telefoon (zowel vast als mobiel), de fax en mondelinge overdracht van gegevens gebruikt.

6 HSGA

6.1 Algemeen

Hoofd sectie geneeskundige aangelegenheden (HSGA) is een operationele titel voor een functie tijdens een rampsituatie. De HSGA is enerzijds verantwoordelijk voor de coördinatie en operationele aansturing van de gehele geneeskundige kolom en anderzijds voor de vertaling van het beleid richting het operationele vlak en vice versa. In de GHOR-regio Twente zijn twee GHOR functionarissen beschikbaar: de medisch coördinator GHOR en de staffunctionaris rampenbestrijding GHOR. Beiden kunnen als HSGA worden ingezet en bij toerbeurt dienst doen. In de Regio IJssel-Vecht is één dergelijke functionaris beschikbaar, die als HSGA kan worden ingezet, de regionaal geneeskundig coördinator. Tussen de beide regio's bestaat reeds jaren een afspraak over waarneming voor de functie HSGA.

6.2 Preparatie

De HSGA's Twente en Regio IJssel-Vecht zijn goed geïnformeerd over de situatie in beide regio's. Naast de reguliere taak ten aanzien van voorbereiden, opzetten en uitvoeren van oefeningen, wordt zowel in Twente als in de Regio IJssel-Vecht de taak HSGA geoefend.

Alarmering van de HSGA Twente gebeurt via een callmaxer en via de mobiele telefoon, volgens een geautomatiseerd systeem op een stand-alone computer bij de CPA A.A.D. Oost. De HSGA heeft bij een eventuele alarmering geen opkomsttijd. De HSGA-taken staan beknopt beschreven in hoofdstuk 17 van de procedure GGH/RT. Betrokkenen zijn goed op de hoogte van deze taken.

6.3 Op en na 13 mei

Op 13 mei 2000 is de dienstdoende HSGA Twente om 15.39 uur per callmaxer gealarmeerd. Direct heeft hij vanuit huis telefonisch contact opgenomen met de CPA en is op weg gegaan. Hij heeft de waarnemend directeur GGD gewaarschuwd en vanuit de auto aanvullend telefonisch contact gehad met de CPA. Rond 15.50 uur was hij ter plaatse op de CPA.

De beide HSGA's Twente waren direct operationeel, terwijl slechts één van hen dienst had. De andere functionaris was door de explosies gealarmeerd en is spontaan aan het werk gegaan. Gaandeweg ontstond tussen hen een werkverdeling. In de volgende dagen is de functie HSGA ondersteund door andere regio's, waaronder de GHOR Regio IJssel-Vecht. Voor de HSGA's stond de locatie van een coördinatiecentrum al vast. Uitgaande van de situatie in millenniumperiode, twijfelden zij er niet aan dat het RCC op de locatie Westermaat bij de regionale brandweer moest worden ingericht. De structuur van het Regionaal Operationeel Team (ROT) op de Westermaat is in de regio Twente welbewust gekozen vanwege de korte lijnen voor de coördinatie teams naar de alarmcentrales van brandweer en ambulancevervoer. Op 16 mei 2000 is van (deels) regionaal niveau afgeschaald tot gemeentelijk niveau en is het OT van de Westermaat verhuisd naar het gemeentehuis te Enschede.

Concrete taken/verantwoordelijkheden van de HSGA waren respectievelijk de volgende:

- Bekijken en vergelijken van de eerste Sitraps geneeskundig met die van brandweer en politie (bleken vrijwel eensluidend).
- Zorgdragen dat de GNK vanaf de locatie CPA A.A.D. Oost kon vertrekken.
- Opschalen, eerst telefonisch, vervolgens op de CPA en later vanuit het RCC.
- Het RCC bemannen namens de GHOR/GGD (waarbij de HSGA's elkaar afwisselden).

- Gezien deze specifieke ramp (verwachting van veel evacués, gewonden en overledenen) het operationeel maken van de Vliegbasis Twenthe. Deze stap is niet opgenomen in de procedure GGH/RT.
- Genereren van actuele situaties en zich op de hoogte stellen van de situatie op het rampterrein.
- Informatie uit de operationele en geneeskundige keten aan het BT doorgeven, beleidsvoornemens vertalen en uitwerken.

Onderwerpen die de volgende dagen ook aan de orde kwamen waren de aansturing van de MLRT ter plaatse, de interdisciplinaire afstemming in de staven, de asbestproblematiek, de psychosociale nazorg, de aflossing van het ingezette personeel, het overleg met de directie van de Arbeidsinspectie en het informeren van het GHOR-bestuur. De HSGA werd hierbij maximaal ondersteund door het AC-GGD.

Zaterdagavond 13 mei 2000 werd bekend dat de mogelijkheid bestond dat asbest was vrijgekomen. Daarnaast kon sprake zijn van 'fall-out' van het vuurwerkbedrijf. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verrichtte metingen.

Als procesverantwoordelijke zette de brandweer een traject in gang waarin werd uitgegaan van inmenging en medewerking van politie, gemeente en GHOR. In dat kader is om capaciteit gevraagd om meetresultaten op volksgezondheidsrisico's te kunnen beoordelen (voor hulpverleners én bewoners). Het bericht op de avond van 13 mei 2000 van een mogelijk risico op een ontploffing bij de Grolschfabriek met kans op het vrijkomen van ammoniak is vanuit volksgezondheidsperspectief direct gecontroleerd bij de brandweer. Het bleek niet nodig te zijn om ten behoeve van de algemene bevolking tot actie over te gaan. Er bestond geen daadwerkelijk risico. De melding heeft wel tot enige onduidelijkheid in de communicatie geleid.

Zodra bekend was dat asbest aanwezig was op het rampterrein, zijn persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar gesteld, zoals geadviseerde maskers en kleding voor het ingezette hulpverlenende personeel vanuit de diverse parate diensten. De HSGA's hebben de genoemde middelen laten verspreiden. Zij zijn tevens betrokken geweest bij het treffen van voorbereidingen voor het binnenlaten van bewoners op het rampterrein.

Eén van de ervaren knelpunten bleek de registratie van slachtoffers ten behoeve van het CRIB. De registratie is niet op uniforme wijze uitgevoerd. Mede omdat niet alle gewonde slachtoffers van een gewondenkaart waren voorzien, kon het CRIB geen gebruik maken van registratiegegevens van buiten instellingen behandelde slachtoffers.

6.4 Communicatie (intern/extern)

Tijdens de ramp is hoofdzakelijk het reguliere telefoonnetwerk gebruikt en is in mindere mate gebruik gemaakt van het nationale noodnet. De HSGA's hebben onderling vooral mondeling gecommuniceerd. Met de HSGA Regio IJssel-Vecht werd op 13 mei 2000 per mobiele telefoon gecommuniceerd.

De communicatie met de CPA verliep zowel mondeling als per telefoon. Met de geneeskundige functionarissen op het rampterrein is grotendeels via de (mobiele) telefoon gecommuniceerd. Er is hoofdzakelijk contact geweest tussen de HSGA en de MLRT. Contact met de CGV of de OvDG verliep via de CPA en het Zaustat, waarna de HSGA zich bij de CPA op de hoogte stelde. Contact met het AC-GGD verliep grotendeels mondeling. Aanvankelijk bevond het AC-GGD zich in hetzelfde gebouw als het RCC van waaruit de HSGA operationeel was. Contact met andere

GGD-medewerkers verliep in hoofdzaak via het AC-GGD.

Met de directeur GGD/RGF en zijn secretariële ondersteuning, die zich bij de GRS/BT te Enschede bevonden, is contact per (mobiele) telefoon onderhouden. In de navolgende week communiceerde men mondeling aangezien het OT eveneens in het gemeentehuis te Enschede werd ondergebracht.

In het RCC deelden de operationele leiding van de diverse diensten dezelfde ruimte, waardoor uitwisseling van informatie in hoofdzaak mondeling plaatsvond. Nadat het RCC was verhuisd naar Enschede deelde de geneeskundige staf samen met de politie één ruimte. De brandweer zat in een andere ruimte, met als gevolg dat minder duidelijke en minder vanzelfsprekende communicatie plaatsvond met de brandweer.

6.5 Verbindingen (intern/extern)

De alarmering van de HSGA geschiedt vanaf de CPA via het callmax-systeem en de mobiele telefoon. Tijdens de inzet hebben de HSGA's van zowel het vaste als het mobiele telefoonnet gebruik gemaakt. Ook de in het RCC aanwezige verbindingsmiddelen, zoals het nationale noodnet en de fax zijn gebruikt. Opmerkelijk is dat het noodnet weinig gebruikt is.

7 RGF en RGF-bureau Regio IJssel-Vecht

De Regio IJssel-Vecht bestaat uit 21 gemeenten. Het Regiobestuur is tevens GHOR-bestuur. Onder dit bestuur valt een algemeen directeur en daaronder een aantal sectordirecteuren. Per 1 januari 2000 is de structuur gewijzigd en is het RGF-bureau formeel buiten de GGD geplaatst. De GGD en het RGF-bureau zijn aparte organisatieonderdelen van de Regio IJssel-Vecht.

De taken van de RGF en van het RGF-bureau alsmede die van de medisch directeur GGD, zijn duidelijk beschreven. Ook voor een inzet tijdens een ramp zijn deze taken beschreven, alsmede de afbakening van verantwoordelijkheden van RGF en medisch directeur GGD. De taak van de directeur algemene zaken GGD tijdens een ramp staat beschreven in een dienstinstructie, welke recent is aangepast en in februari 2000 is vastgesteld. Preparatie is gewaarborgd, zowel door opleiding en training van de diverse functionarissen als door deelname aan een uitgebreid regionaal oefenschema.

De taken van de regionaal geneeskundig coördinator (zowel de dagelijkse als voor de functie van HSGA) zijn vastgelegd en worden met behulp van functioneringsgesprekken geëvalueerd. De alarmeringsinstructies van deze functionaris zijn bekend op de CPA en bij de wachtdienststartsen en worden regelmatig geactualiseerd. Er is een bereikbaarheidsregeling en tevens een waarnemingsregeling voor de HSGA. Alarmering verloopt via callmaxer en de mobiele telefoon.

In januari 2000 is een nieuwe dienstinstructie geschreven. De HSGA wordt in het geval van grootschalige hulpverlening zowel door de wachtdienststartsen geïnformeerd als door de CPA. Dit laatste gebeurt zodra de GNK wordt ingezet. Al deze systemen hebben op 13 mei 2000 gefunctioneerd. Direct na de eerste alarmering heeft de HSGA IJssel-Vecht de RGF in de eigen regio op de hoogte gebracht. Alarmeringsinstructies worden niet geoefend. De papieren procedure wordt regelmatig getest zoals bij gemeentelijke rampenstafoefeningen.

De HSGA regelt namens de RGF de operationele aansturing van de geneeskundige organisatie en kan tijdens de GHOR bindende aanwijzingen geven aan andere geneeskundige organisaties. Deze bevoegdheden worden momenteel in de regio IJssel-Vecht vastgelegd in de raakvlakbeschrijving binnen het kwaliteitstraject GHOR Regio IJssel-Vecht. Daarnaast is de persoonlijke of gedelegeerde aansturing (HSGA) door de RGF voor dergelijke situaties, vastgelegd in overeenkomsten tussen het GHOR-bestuur Regio IJssel-Vecht en de diverse actoren. Actoren waarmee de RGF te maken heeft zijn zowel de ketenpartners GHOR als de andere betrokken hulpverleningsdiensten politie en brandweer.

Een GHOR bijstandsplan bestaat nog niet. De oplevering staat echter gepland voor 2001. In het kader hiervan hebben de regio's IJssel-Vecht, Groningen, Friesland en Drenthe een onderlinge RGF-waarneming schriftelijk vastgelegd. Voor de genoemde noordelijke provincies is een gezamenlijke 'procedure geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen' in ontwikkeling. Een conceptversie is reeds beschikbaar. Hierin komt ook de opschaling aan de orde. Bovenregionale bijstandsoefening op het gebied van de GNK's en ambulancecapaciteit vindt nauwelijks plaats.

Tijdens de inzet te Enschede zijn uit de Regio IJssel-Vecht vanaf 13 mei 2000 de RGF en de HSGA ingezet. Later heeft de Regio IJssel-Vecht voor aflossing gezorgd voor de functie hoofd AC-GGD.

Er zijn twee opvallende punten te noemen. In tegenstelling tot de structuur in de eigen regio was in Twente aanvankelijk gekozen voor gescheiden locaties van het BT (bij de GRS) en het OT (in het RCC). Afstemming binnen de eigen sectie werd daardoor bemoeilijkt. Dit had als gevolg dat

besluitvormingstrajecten los van elkaar konden verlopen. Op 16 mei 2000 zijn de teams alsnog samengevoegd in het gemeentehuis te Enschede. Daar waren politie en GGD/GHOR in één ruimte gehuisvest en de brandweer elders. Deze gescheiden huisvesting bemoeilijkte de onderlinge (in dit geval multidisciplinaire) afstemming met de brandweer.

Een tweede punt betreft de inzet van het AC-GGD in de verschillende regio's. Deze inzet verschilt enigszins. Zo ondersteunt het AC-GGD in Twente primair de HSGA. In de Regio IJssel-Vecht is de RGF bovendien gewend aan het rechtstreeks neerleggen van vragen bij het AC-GGD. Tevens is het schema van aflossing binnen het AC-GGD afwijkend. Deze verschillen hebben op de inhoudelijke inzet van uit een andere regio afkomstige sleutelfunctionarissen geen invloed gehad.

8 Wachtdienststarts

8.1 Algemeen

De wachtdienststarts van de GGD is een functionaris die zowel wettelijk verplichte taken als niet-wettelijk verplichte taken moet uitvoeren. De wachtdienststarts vervult in wezen de 24-uurs bereikbaarheid van de GGD en waarborgt de continuïteit van dienstverlening door de GGD buiten kantooruren. Tussen GGD'en kan de inhoud van de functie van wachtdienststarts verschillen. Taken die in ieder geval zijn opgenomen, zijn de infectieziektenbestrijding, de functie MLRT en de eerste opvang van medisch milieukundige vragen. Indien een GGD de forensische geneeskunde in het uitvoerende takenpakket heeft, verricht de wachtdienststarts tevens deze taken, waaronder die van gemeentelijk lijkschouwer. Bij de GGD Twente is dat het geval. In de praktijk blijkt een wachtdienststarts zelden voor twee problemen tegelijkertijd geraadpleegd te worden. Het aanspreekpunt zijn voor diverse taken op hetzelfde moment blijkt dan ook zelden tot nooit tot knelpunten te leiden.

Bij de GGD Twente ontbreekt zowel voor de reguliere taken als voor de wachtdiensttaken een actuele taak-/functieomschrijving GGD-arts.

8.2 Alarmering en opschaling

Voor de wachtdiensten bestaat een rooster, waarin bij de GGD Twente negen artsen zijn opgenomen. Een dienst bedraagt 24 uur op weekdays en loopt gedurende het weekeinde van vrijdag 17.00 uur tot maandag 17.00 uur. Tijdens de wachtdienst mag men de regio niet uit. Specifiek voor de functie is communicatieapparatuur (een semadigit en een mobiele telefoon) beschikbaar, welke bij overdracht van de dienst wordt overgedragen. De mogelijkheden van de communicatiemiddelen, zoals in het geheugen opnemen van een telefoonlijst met relevante nummers, is onvoldoende bekend bij de gebruikers.

De wijze van alarmering is bij alle wachtdienststartsen bekend. Een eventuele alarmering verloopt via de meldkamer van de CPA A.A.D. Oost. Ten aanzien van de forensisch geneeskundige taken wordt in principe uitgegaan van een opkomsttijd van $\frac{1}{2}$ tot 1 uur. Voor de andere taken is geen opkomsttijd gedefinieerd. Welke andere functionarissen vanuit de GGD (behoudens de HSGA) in rampsituaties eventueel nog meer gealarmeerd worden, is niet bekend bij de wachtdienststartsen. Ook weet men niet welke instructie voor andere functionarissen geldt bij een dergelijke alarmering.

Bij aanvang van de dienst wordt lopende casuïstiek besproken. Tevens worden dan de communicatieapparatuur en de dienstauto overgedragen. In de dienstauto bevindt zich de uitrusting van de wachtdienststarts. Deze bestaat uit een set van de vigerende (landelijke) protocollen infectieziekten, een koffer voor forensische zaken, een overdrachtschrift met medische gegevens betreffende forensische gevallen, een lijst met telefoonnummers en plattegronden.

8.3 Preparatie

De taak-/functieomschrijving van de arts GGD Twente is (nog) niet formeel vastgesteld. Voor de forensische geneeskunde en de (eenvoudige) infectieziektenbestrijding is continuïteit van de dienstverlening gewaarborgd. De artsen (zowel AGZ- als JGZ-artsen) hebben daarvoor volgens rooster beschikbaarheidsdienst. Afspraken hoe te handelen bij een eventuele dubbelfunctie tijdens een dienst zijn niet gemaakt. Tijdens de millenniumperiode bestonden dergelijke afspraken wel.

De eisen ten aanzien van de taakuitoefening van de diverse deeltaken staan niet vast. Ook de benodigde deskundigheid voor de eerstelijns functie, die een wachtdienststarts vervult, is niet bepaald. Bovendien blijkt de aanwezige deskundigheid op de diverse taakvelden te wisselen. Daarnaast wordt de expertise met behulp van bij- en nascholing wisselend onderhouden. De artsen op het rooster zijn niet allen even deskundig op de diverse deelterreinen. Zo hebben vier van de negen artsen in het verleden de training tot MLRT gevolgd. Omdat niet alle wachtdienststarters voor alle aspecten van de wachtdienstfunctie zijn opgeleid, kan zich de situatie voordoen dat de continuïteit onvoldoende is gewaarborgd. Bij- en nascholing op de diverse deelaspecten vindt in zeer beperkte mate plaats. Er is onvoldoende expertise om voor elk terrein een deskundige achterwacht te hebben. Een deskundige achterwacht bestaat in wezen alleen voor de medisch milieukundige taak in de persoon van de medisch milieukundige (MMK). De functie van wachtdienststarts in zijn algemeenheid wordt niet geoefend.

8.4 Op en na 13 mei

De dienstdoende wachtdienststarts is door de CPA van de A.A.D. Oost gealarmeerd voor de inzet als MLRT en heeft enige tijd later de wachtdiensttaken aan een collega-arts overgedragen. De MLRT hield de beschikking over de verbindingsmiddelen. De collega heeft zijn eigen mobiele telefoon gebruikt en het nummer aan de CPA doorgegeven. Deze mobiele telefoon is de volgende dagen aan iedere volgende wachtdienststarts doorgegeven.

Op 14 mei 2000 is de functie van wachtdienststarts nogmaals gesplitst doordat op het rampterrein de permanente aanwezigheid van een gemeentelijk lijkschouwer bij het Rampenidentificatieteam (RIT) van de politie nodig was. Daardoor waren gedurende de gehele inzet permanent drie functionarissen uit de pool van negen wachtdienststarters van de GGD Twente ingeschakeld. De naburige Regio IJssel-Vecht heeft ondersteuning voor de wachtdiensttaken aangeboden. Hiervan is geen gebruik gemaakt.

Verdere aspecten komen in het hoofdstuk MLRT aan de orde.

9 MLRT

9.1 Algemeen

Eén van de taken, die de dienstdoende wachtdienststarts in zijn pakket heeft, is de taak van Medisch Leider Rampterrein (MLRT). Dit betreft een pikettaak gedurende de gehele dienstperiode, dus ook tijdens kantooruren. In een zeer ruime tijdsspanne is slechts éénmaal een operationele inzet van een MLRT nodig geweest, toen enkele jaren geleden een F-16 straaljager neerstortte in de regio Twente. De taak van MLRT is een zeer specifieke GHOR-taak, waarbij in een operationele situatie taken en verantwoordelijkheden gelden, die afwijken van de dagelijkse praktijk. Ook de beleidsstructuur en de operationele structuur zijn in een dergelijke situatie anders dan in de reguliere taakuitvoering. De MLRT heeft op en rond het rampterrein de leiding over de uitvoering van de GHOR-inzet. Daarnaast moet hij de geneeskundige inzet afstemmen op de andere diensten. Bij de coördinatie daarvan krijgt de MLRT steun van de OvDG. In operationele zin valt de MLRT direct onder leiding van de HSGA.

9.2 Preparatie

Ten aanzien van de GHOR heeft in de regio Twente niet in alle gevallen een getraind MLRT dienst. Er is evenmin een procedure beschreven voor de eventuele overdracht van de taak MLRT aan een collega, die daartoe wel de training heeft gevolgd. De opkomst van de MLRT is nooit geoefend. Er is geen geformaliseerde opkomsttijd voor de MLRT. Voor het specifieke aspect van de functie MLRT is binnen de GGD (nog) geen structureel overleg op uitvoeringsniveau. Er zijn geen specifieke voorbereidingen voor de functie van MLRT getroffen, zoals checklijsten, GHOR-telefoonlijsten, voorbedrukte sitraps e.d.

Zoals vermeld onder 8.3 zijn vier GGD-artsen getraind tot MLRT. Voor hen bestaat geen geformaliseerd trainingsprogramma tot het bijhouden van de kennis en deskundigheden. In wisselende mate wordt deelgenomen aan de GHOR-oefeningen. De laatste MLRT-oefening in de regio vond plaats in 1998.

Zoals aangegeven draagt de wachtdienststarts de dienst over ten kantore van de GGD te Almelo, of op een andere tevoren afgesproken locatie. Daarbij draagt de arts bij de overdracht van de dienstauto ook de semadigit en de mobiele telefoon over. De dienstauto is op geen enkele wijze herkenbaar (en kan ook niet herkenbaar gemaakt worden) voor de functie van MLRT. Ter herkenning van de MLRT op het rampterrein is een jasje met rugtitel in de auto aanwezig. De persoonlijke beschermingsmiddelen bestaan uit laarzen en een helm. Er is geen specifieke instructie 'persoonlijke bescherming MLRT', zoals bijvoorbeeld bij de blootstelling aan gevaarlijke stoffen. In het algemeen neemt de aanwezige brandweer de beslissing over vrijgifte van een rampterrein.

9.3 Op en na 13 mei

Op 13 mei 2000 is de dienstdoende GGD-arts om 15.47 uur vanuit de CPA A.A.D. Oost gealarmeerd via het geautomatiseerde GHOR-alarmeringssysteem. Vrijwel direct was er telefonisch contact en werd duidelijk dat het ging om een inzet als MLRT. De CPA-centralist gaf de arts aanvankelijk de instructie zich te voegen bij het Medisch Spectrum Twente (MST) waar de leden van de Sigma zich zouden verzamelen, maar corrigeerde dit in de locatie waar het Zaustat heen zou gaan, namelijk de Boddenkampsingel nabij het rampterrein. Na ongeveer 40 minuten

was de MLRT ter plaatse en vond een eerste overleg plaats met de reeds aanwezige OvDG'en. Tijdens dat overleg zou duidelijk zijn afgesproken dat de MLRT de leiding over de GHOR-inzet had. Ook zou afgesproken zijn welke OvDG als direct aanspreekpunt voor de MLRT zou fungeren. De OvDG'en deelden mee dat 'grootschalig opgeschaald' was. Dit is geen bekende term binnen de GHOR en is op dat moment niet nader gedefinieerd. De MLRT trok de conclusie dat 'de rampenstructuur' in werking was gesteld. Daarbij verwachtte zij dat de GNK ingezet was, er een alarmering MMT was gedaan, ambulancebijstand geregeld was en dat ook de GHOR-verantwoordelijken binnen de GGD gealarmeerd waren. De MLRT heeft op dat moment geen contact gezocht met functionarissen (zoals van de CPA, de HSGA of de directeur GGD) buiten het rampterrein om dit te verifiëren. De HSGA kon zij niet bereiken, omdat de telefoonnummers van de HSGA en het RCC niet op haar telefoonlijst stonden.

Nadat de MLRT door de OvDG'en was geïnformeerd, is zij op 13 mei 2000 hoofdzakelijk in de buurt van de verbindingscommandowagen van de brandweer (aan de Deurningerstraat) gebleven. Deze stond op een afstand van zo'n 400 meter van het Zaustat. De concrete taken van de MLRT bestonden op dat moment uit de coördinatie van de geneeskundige kolom op het rampterrein en afstemming van de werkzaamheden met politie en brandweer.

Toen op een later tijdstip (rond 19.00 uur) de HSGA contact met de MLRT opnam, was dat voor haar een bevestiging van haar eerdere aanname dat de rampenstructuur in werking was gezet. Zijn eerste vraag of multidisciplinair overleg was gevoerd, is door de MLRT ontkennend beantwoord. Mogelijk kwam dit doordat zich in de buurt van de verbindingscommandowagen van de brandweer geen leidinggevende van de politie bevond. Ook het feit dat de Officier van Dienst (OVD) van de brandweer gewond was, kan hierbij een rol gespeeld hebben. De HSGA wilde tevens weten wat de status was van uit het rampterrein afkomstige gewonden. Vanaf dat moment is met wisselende frequentie telefonisch overleg gevoerd tussen HSGA en MLRT. Zodra het Coördinatie Team Plaats Incident (CTPI) in functie was en met tevoren afgesproken regelmaat vergaderde, is in ieder geval voor én na die vergadertijdstippen telefonisch informatie uitgewisseld.

Een spontaan naar het rampterrein gekomen collega-arts is ingezet als toegevoegd Medisch Leider (tML) en heeft samen met één van de OvDG'en een verkenning van het rampterrein uitgevoerd. Tijdens deze verkenning merkte de OvDG op dat de verpleegkundige van de eerste ambulance bezig was met het inrichten van een gewondennest aan de Hulsmaatstraat (CBB-gebouw). Dit gewondennest is later verplaatst op aanwijzing van de brandweer. Volgens de informatie van de MLRT verliep die verplaatsing zonder problemen omdat op dat moment geen gewonden aanwezig waren in het gewondennest. Uit informatie van de betreffende verpleegkundige blijkt dat op het moment van evacuatie alleen lichtgewonde en niet-gewonde slachtoffers aanwezig waren. Informatie over slachtoffers in het gewondennest (locatie CBB-gebouw) was de MLRT niet bekend. Tussen de MLRT en de betreffende verpleegkundige is niet rechtstreeks gecommuniceerd. De MLRT is door de brandweer geïnformeerd over de evacuatie van dit gewondennest.

Ten aanzien van de geneeskundige inzet op het rampterrein en in de gewondennesten heeft de MLRT zelf geen contacten onderhouden met geneeskundige functionarissen. De MLRT werd door de OvDG'en op de hoogte gehouden. Aspecten van het multidisciplinaire overleg worden belicht in hoofdstuk 10.

Het gewondennest aan het Van Heekpark werd geëvacueerd zonder dat de MLRT daarvan op de hoogte was (zie paragraaf 15.3). De MLRT heeft, toen zij van deze verplaatsing op de hoogte kwam, een leidinggevende van de politie gezocht en is samen met hem naar de verbindingscommandowagen van de brandweer gegaan. Daar hebben zij verzocht om overleg met de OVD brandweer.

Rond 17.30 uur heeft de MLRT met een collega (eveneens als MLRT getraind) telefonisch contact opgenomen. Later die avond heeft zij met deze collega concrete afspraken gemaakt over haar aflossing. Uiteindelijk heeft de collega de eerste twee nachten als MLRT gewerkt. De eerst ingezette MLRT is de gehele resterende periode (13 mei tot 24 mei 18.00 uur) in functie geweest, vanaf 15 mei 2000 gedurende de nachturen op piket.

Rond 20.50 uur had de MLRT nog steeds geen antwoord op haar vraag naar het aantal gewonden. Zij vernam toen dat ruim 100 ambulances beschikbaar waren, terwijl in haar perceptie sinds 19.00 uur vanaf het rampterrein weinig gewonden vervoerd waren.

De dagen volgend op 13 mei 2000 bestond de geneeskundige inzet op het rampterrein hoofdzakelijk uit een voorwaardenscheppende aanwezigheid van ambulances en het Zaustat. De MLRT bleef vanuit de GHOR verantwoordelijk voor de multidisciplinaire afstemming en binnen het CTPI voor de geneeskundige inbreng. Zij heeft zich onder meer actief bezig gehouden met de asbestproblematiek, hetgeen uitgebreid in paragraaf 12.5 wordt toegelicht.

In tegenstelling tot de politie en de brandweer, die administratieve ondersteuning hadden, waren de MLRT's op zichzelf aangewezen en hebben zij pas later administratieve ondersteuning (en de beschikking over een laptop) gekregen. Voor het vastleggen van gegevens in GHOR-verband is binnen de GGD geen format beschikbaar.

Gedurende de werkzaamheden op het rampterrein hebben de MLRT's eigen aantekeningen gemaakt, die later verwerkt zijn in een logboek.

9.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen

Voor de alarmering van de MLRT wordt gebruik gemaakt van een semadigit en een mobiele telefoon. De mogelijkheden van deze telefoon, zoals in het geheugen opnemen van relevante nummers en de terugbelfunctie, blijken bij de MLRT niet bekend te zijn. In de uitrusting van de MLRT zit geen telefoonlijst met relevante nummers.

Op het rampterrein is mondeling gecommuniceerd met de andere aanwezige hulpdiensten, politie en brandweer. Met de hulpverleners uit de (eigen) geneeskundige kolom op het rampterrein is zowel mondeling als per mobiele telefoon gecommuniceerd. Alhoewel ook voor de MLRT een portofoon beschikbaar was, is op het rampterrein hoofdzakelijk van de mobiele telefoon gebruik gemaakt en van de fax van de politie (bus van het Korps Landelijke Politie Diensten, KLPD).

In de verbindingscommandowagen van de brandweer zijn faciliteiten opgenomen voor een verbindingsmedewerker van zowel de politie als de GHOR, zodat per mobilfoon direct met de eigen meldkamer gecommuniceerd kan worden. Dit is ter ondersteuning van de multidisciplinaire afstemming. In tegenstelling tot de politie heeft de GHOR hiervan geen gebruik gemaakt. De reden daarvan is onduidelijk. Voor de MLRT, die zich in de buurt van de verbindingscommandowagen van de brandweer bevond, had dit in belangrijke mate kunnen bijdragen aan de communicatiemogelijkheden en ook aan de informatievoorziening en afstemming binnen de geneeskundige sectie.

Met extern ingezette geneeskundige hulpverleners (zoals huisartsen, GNK, MMT, Duitse hulpverleners) heeft de MLRT geen contact gehad. Met de operationele leiding van de eigen organisatie (HSGA in het RCC) is per mobiele telefoon structureel contact onderhouden. Met de ondersteuning vanuit het AC-GGD is het contact eveneens telefonisch verlopen. Met de eerstelijns

arts milieu verliep de communicatie pas soepel vanaf 17 mei 2000, toen deze arts per mobiele telefoon bereikbaar was. Met de dienstdoende MMK is telefonisch contact geweest. Eénmaal heeft de MLRT mondeling overleg gevoerd met de RGF. Dit gesprek had betrekking op de asbestproblematiek.

10 Coördinatie Team Plaats Incident (CTPI)/CoRT (Commando Rampterrein) en communicatie op het rampterrein

In dit rapport zal het aspect van de communicatie tussen de operationele diensten slechts beperkt aan de orde komen. Voor nadere details wordt verwezen naar het rapport 'algemene coördinatie van de bestrijding' van de IBR.

10.1 Standby-situatie

In de periode voorafgaand aan de zware explosies waren de drie hulpverleningsdiensten (politie, brandweer en ambulancedienst) aanwezig. Wegens de brand stond een ambulance stand-by. De bemanning van deze ambulance heeft de CPA A.A.D. Oost verzocht een tweede ambulance te sturen en heeft daarnaast kort voor de explosies om de inzet van de OvDG verzocht.

De eerste ambulance heeft zich na aankomst niet voor overleg bij de politie gemeld. Voor benodigd overleg is niets vastgelegd voor een situatie waarin een ambulance stand-by staat. Bij de brandweer heeft de chauffeur van de eerste ambulance formeel geïnformeerd naar de stand van zaken bij de bluswerkzaamheden. Een formeel overleg met de leidinggevende van de brandweer en de eerste ambulance heeft niet plaatsgevonden. Politie en brandweer hebben ad hoc overlegd, maar er is geen sprake geweest van een 'motorkapoverleg', zoals een afstemmingsoverleg tussen de leidinggevenden van de hulpverleningsdiensten genoemd wordt, of van een CTPI.

10.2 Explosies en opschaling

Direct na de zware explosies was de situatie ter plaatse niet meer overzichtelijk en was aanvankelijk geen mogelijkheid meer tot gestructureerd overleg. De OvDG, die omstreeks dat moment ter plaatse kwam, heeft zich niet bij de politie of bij de brandweer gemeld (of kunnen melden). Bij de brandweer was een aantal functionarissen op het rampterrein weggevallen (op dat moment vermist) en de OVD van de brandweer was gewond. Alle hulpverleners waren druk bezig met de reddingswerkzaamheden binnen het eigen takenpakket. De dienstdoende OvDG kwam kort voor de ernstige explosies aan. Vanwege de vele mensen moest hij omrijden naar de hoek Walhofstraat/Roomweg. Op dat moment vond een grote ontploffing plaats. Vervolgens zag hij de chaos en voerde een verkenning uit in het rampgebied. Via de portofoon wist hij waar de chauffeur van de eerste ambulance zich bevond. Een korte ontmoeting kwam tot stand. De OvDG hield zich vervolgens bezig met het inrichten van het gewondennest bij het Van Heekpark. Korte tijd later arriveerden twee collega-OvDG'en aan wie hij de inrichting van het gewondennest overdroeg. Zelf richtte hij zich daarna op de onderlinge verbindingen en had hij contact met brandweerfunctionarissen. Dit leidde niet tot het instellen van een CTPI.

Rond 16.30 uur meldde de MLRT zich ter plaatse bij het Zaustat (locatie Boddenkampsingel). De verbindingswagens van de operationele diensten stonden op dat moment niet bij elkaar. De MLRT had direct contact met de OvDG'en, vroeg wie van hen de leiding had en daarmee haar aanspreekpunt en verzocht om een situatierapport. Volgens de geldende afspraken is de MLRT vanaf dat moment de hoogst in rangorde aanwezige GHOR-functionaris op het rampterrein. Bij alle afstemmingsoverleg en alle besluitvorming dient de MLRT betrokken te zijn.

Een eerste contact tussen de leidinggevendenden van de politie en de geneeskundige kolom ter plaatse kwam pas tot stand in het Van Heekpark, mede op aandringen van de MLRT. De MLRT was geconfronteerd met de in gang gezette verplaatsing van een gewondennest, waar zij niet in was gekend (zie voor nadere details de paragrafen 9.3 en 15.3). De coördinerend politiefunctionaris in het Van Heekpark (herkenbaar aan een groen hesje) en de MLRT gingen rond 19.30 uur samen naar de verbindingcommandowagen van de brandweer, waar na enige tijd een eerste overleg plaatsvond en verantwoordelijkheden werden besproken. Het overleg was van korte duur omdat de OVD wegens brandbestrijdingstaken beperkt tijd beschikbaar had. Pas nadat de commandoauto van de politie ter plaatse was (in de reconstructie bus KLPD genoemd) lukte het om het CTPI in te stellen. Vanaf dat moment kreeg de samenwerking tussen de hulpverleningsdiensten op het rampterrein de geplande vorm. Het was toen inmiddels bijna 21.30 uur. Afspraken over tijdstippen van multidisciplinair overleg werden gemaakt. Vanuit de GHOR nam de MLRT deel aan het CTPI en was veelal ook één van de OvDG'en aanwezig. Inmiddels was binnen iedere hulpverleningsdienst de (eigen) leidinggevende structuur helder. Op het moment dat bekend werd wie de OVD Brandweer was en dat deze op het rampterrein de algemeen coördinerend functionaris was, werd in feite de structuur Commando rampterrein ingevuld. Hiermee is in wezen de overgang van CTPI naar CoRT gemaakt, alhoewel de geneeskundige kolom de term CTPI² blijft hanteren.

Brandweer, politie en GHOR bevonden zich aanvankelijk niet op één plaats en bovendien is het Zaustat enkele uren gestationeerd geweest bij het gewondennest Miracle Planet bij het Arke Stadion. Pas na 23.00 uur is het Zaustat weer operationeel bij garage Roeloffzen aan de Boddenkampsingel. Wanneer de brandweercommando-eenheden zich vanaf omstreeks 23.30 uur ook op de Boddenkampsingel bevinden, is afstemming en intensief overleg tussen de diensten mogelijk.

Vanwege mogelijk explosiegevaar, instortingsgevaar en de enorme hitte gaf de brandweer het rampgebied niet voor hulpverlening vrij. Zodra de brandweer het rampgebied vrijgaf, werd het terrein in vier sectoren verdeeld en doorzocht met een multidisciplinair team (politie, brandweer en geneeskundig). In ieder team ging een OvDG mee. Het wachten op het tijdstip van zoeken op het rampterrein naar eventuele overlevenden viel de geneeskundige hulpverleners moeilijk. Uiteindelijk werd na de verkenning geconcludeerd dat er geen tekenen van leven meer waren in het rampgebied.

In het CTPI/CoRT kwam op 13 mei 2000 rond 23.10 uur de mogelijke asbestproblematiek van het rampgebied aan de orde. Zoals eerder vermeld heeft de MLRT zich hiermee actief beziggehouden.

Vanuit de GHOR is gedurende de gehele periode tot 24 mei 2000 18.00 uur deelgenomen aan het CTPI/CoRT. Aanvankelijk was daar altijd de MLRT bij aanwezig en meestal een OvDG. Vanwege de geneeskundige afschaling was vanaf 15 mei 2000 de MLRT in de nachturen op afroep beschikbaar. In deze uren verving de OvDG de MLRT.

Geneeskundig zijn de uitvoerende taken in de periode na 13 mei 2000 beperkt. Een aantal ambulances was uit voorzorg aanwezig bij het rampterrein. Ook de aanwezigheid van het Zaustat werd door de aanwezige hulpverleners op prijs gesteld. In de loop van de dagen werd geneeskundig steeds verder afgeschaald. Het Zaustat vertrok op 19 mei 2000 na de stille tocht en kwam om 22.30 uur terug in de garage bij de A.A.D. Oost.

² In een CTPI gebeurt de inbreng van de hulpverleningsdiensten op basis van gelijkwaardigheid, terwijl in een CoRT de brandweer de hiërarchische leiding heeft.

10.3 Communicatie

Veel overleg verliep mondeling en door elkaar op te zoeken. Van de CTPI/CoRT bijeenkomsten zijn verslagen gemaakt. De MLRT kreeg deze verslagen niet automatisch in afschrift. Pas aan het eind van de eerste week is na herhaald verzoek het gehele pakket overhandigd.

Communicatie tussen de op het rampterrein aanwezige GHOR-functionarissen was in principe mogelijk per portfoon. Van deze mogelijkheid is wisselend gebruik gemaakt. Ook is er veel per mobiele telefoon gecommuniceerd en heeft men elkaar opgezocht om te overleggen.

Het Zaustat heeft een zeer beperkte binnenruimte beschikbaar en is in feite alleen als werkplek voor de coördinator gewondenvervoer geschikt. Monodisciplinair GHOR-overleg is veelal buiten gevoerd. Rondom het Zaustat waren hiertoe stoelen geplaatst. Het moge duidelijk zijn dat dit alleen mogelijk is bij goede weersomstandigheden.

Communicatie van de MLRT met personen buiten het rampterrein is per mobiele telefoon gegaan en per fax (van het KLPD). De specifiek voor de GHOR aanwezige verbindingsmogelijkheid in de verbindingsscommandowagen van de brandweer is niet gebruikt. Vanuit het Zaustat en door de OvDG'en is zowel per mobilfoon als per mobiele telefoon gecommuniceerd.

11 AC-GGD

11.1 Algemeen

In het kader van een GHOR-inzet kunnen diverse GGD-medewerkers voor specifieke taken worden ingezet. Deze inzet kan zich beperken tot de directie, de GHOR-staffunctionarissen en de MLRT, maar kan ook de gehele GGD omvatten. In dat geval stelt de directeur GGD het AC-GGD in, waar voorwaardenscheppende taken worden uitgevoerd die noodzakelijk zijn voor het goede verloop van de geneeskundige hulpverlening.

In de procedure GGH/RT is het begrip AC-GGD opgenomen.

11.2 Preparatie

Het GHOR-organisatieplan is in de Regio Twente nog in ontwikkeling. Het AC-GGD is daarin nog niet structureel opgenomen. In het kader van de millenniumvoorbereidingen heeft de GGD nadrukkelijk aandacht besteed aan de opzet van een AC-GGD. De onderscheiden functies in het AC-GGD zijn schriftelijk vastgelegd evenals de noodzakelijke voorwaardenscheppende taken. Voor de invulling van het AC-GGD is een kernbezetting samengesteld. Deze bestaat uit: een hoofd AC-GGD, een secretariële medewerker en een beleidsmedewerker. Voor de diverse functies is bepaald welke functionarissen daadwerkelijk inzetbaar zouden zijn.

Per functie van het kernteam is bij diverse mensen aangekondigd dat zij (via de reguliere telefoon) benaderd zouden kunnen worden met de vraag het AC-GGD te bemensen. Een formele bereikbaarheids- of beschikbaarheidsregeling wordt niet gehanteerd, evenmin een opkomsttijd. Het uitgangspunt is dat de pool van inzetbare functionarissen voldoende groot is om in alle gevallen tot de samenstelling van een kernteam te kunnen komen. De alarmeringsregeling wordt niet geoefend.

Voor inhoudelijke expertise maakt het AC-GGD op basis van een voorliggende vraag/probleem gebruik van andere GGD-functionarissen, die daarvoor ad hoc benaderd worden.

De taken AC-GGD zijn in het najaar van 1999 geoefend. Tijdens de millenniumnacht was het AC-GGD (in preparatieve zin) ingezet.

Een AC-GGD kan in het eigen GGD-gebouw te Almelo worden ondergebracht. Als locatie voor het AC-GGD is in de millenniumperiode gekozen voor de Westermaat, bij de regionale brandweer. Dit is een centraal punt in Hengelo met de beschikking over een aantal faciliteiten, zoals een noodstroomaggregaat en verbindingsmiddelen. Een inhoudelijk voordeel is het feit dat in geval van grootschalige hulpverlening het RCC vanuit dezelfde locatie operationeel is.

11.3 Op en na 13 mei

De hoorbare explosies op 13 mei 2000 zijn beschouwd als een vooraankondiging van de start van een AC-GGD. Toen enige tijd later de daadwerkelijke alarmering kwam, waren de diverse functionarissen direct inzetbaar. Om 17.30 uur was het AC-GGD op de Westermaat te Hengelo operationeel.

Tot en met dinsdag 16 mei 2000 is het AC-GGD permanent volledig operationeel geweest. Vanaf 17 mei 2000 zijn de avond- en nachtdiensten op piket gedraaid. Op 17 mei 2000 is het AC-GGD in opdracht van het RCC verhuisd naar het GGD-pand te Almelo. 's Middags is tijdelijk op twee locaties gewerkt om de continuïteit te waarborgen. Op 20 mei 2000 is personele bijstand verleend

vanuit de GGD regio IJssel-Vecht. Die avond is het AC-GGD gesloten en zijn de taken bij de reguliere GGD-organisatie ondergebracht.

Vanuit het AC-GGD is vrijwel direct secretariële ondersteuning ingezet voor de directeur GGD/RGF. Andere GGD-medewerkers zijn door het AC-GGD ingezet voor specifieke taken, zoals de arts met eerstelijns milieutaken en medewerkers voor bemensing van het GGD-informatienummer. Ten kantore van de GGD te Almelo is een telefonisch informatiepunt geopend, dat gedurende kantooruren en avonden bemenst werd. Daarnaast was er het landelijk 008-informatienummer.

Het AC-GGD heeft 'vraaggestuurd' gewerkt en onder meer sitraps opgesteld. Naar aanleiding van de vragen (van het RCC of het BT) is per keer de inhoud van een sitrap opgesteld. Het AC-GGD heeft geen formele sitraps ontvangen, maar werd voortdurend door de HSGA op de hoogte gehouden.

De werktijden in het AC-GGD waren aanvankelijk bepaald op zes aaneengesloten uren met vervolgens een rustperiode van zes uur. Dit bleek een te grote belasting voor de medewerkers, waarna de werktijden zijn aangepast.

11.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen

Het AC-GGD had één telefonisch toegangsnummer met vier lijnen, dat primair bedoeld was voor contact binnen de rampenorganisatie en niet verder bekend is gemaakt. Een aansluiting op het noodnet was in de AC-GGD ruimte aanwezig. Aan gebruik van het noodnet was vanuit het AC-GGD geen behoefte. Daarnaast zijn eigen mobiele telefoons gebruikt en de fax (inclusief aansluiting op noodnet) van de brandweer. De op de Westermaat aanwezige communicatiemiddelen waren in principe voldoende, maar niet direct in het AC-GGD beschikbaar.

Hoe in de aanvangsfase de bereikbaarheid van de GGD geregeld was en of de normale telefoon was doorgeschakeld is niet bekend.

De afwezigheid van bepaalde communicatiemiddelen ten behoeve van het AC-GGD riepen problemen op die om een structurele oplossing vragen. In de ruimte van het AC-GGD was geen radio en aanvankelijk ook geen televisietoestel beschikbaar. Ook ontbrak een computer en een laptop met modem. Bovendien had het AC-GGD niet de beschikking over een eigen kopieerapparaat. Als oplossing is gebruik gemaakt van apparatuur van de brandweer.

De communicatie met de HSGA verliep veelal mondeling in de periode dat zowel de HSGA als het AC-GGD zich op de Westermaat bevonden. In de periode daarna was er telefonische communicatie. Het contact met de GRS/BT verliep via de daarin zitting hebbende directeur GGD/RGF en was hoofdzakelijk vraaggestuurd. Met name in het begin was er meermalen per uur contact. Het contact met de ziekenhuizen verliep voornamelijk via de afdeling spoedeisende hulp. De taak/rol van het AC-GGD bleek bij de ziekenhuizen bekend en elk uur was er contact.

12 Milieutaken GGD

12.1 Algemeen

Ten aanzien van de medische milieukunde is sedert 1989 een landelijk netwerk van medisch milieukundigen (MMK's) operationeel. Dit netwerk is tot stand gekomen met financiële steun van het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). De MMK's, dit zijn sociaal geneeskundigen met een specifieke specialisatie, zijn gestationeerd bij GGD'en en bedienen elk diverse GGD'en, waardoor een landelijk dekkend netwerk wordt verkregen. In de WCPV is de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het bewaken van de gezondheid in relatie tot het leefmilieu vastgelegd (Art.2, lid 2). De MMK fungeert als consulent voor de GGD en is intermediair voor provinciale en landelijke instanties (waaronder ook onderzoeksinstituten). Daarnaast heeft de MMK een bevorderende taak ten aanzien van de deskundigheid van de GGD-medewerkers en initieert, coördineert en begeleidt bovenregionale projecten. Het RIVM doet dienst als kenniscentrum, vervult een brugfunctie tussen wetenschap en uitvoering en ondersteunt bij complexe zaken. Voor eerstelijns taken hebben GGD-artsen en GGD-verpleegkundigen in het verleden applicatiecursussen gevolgd.

De financiering van het landelijke netwerk van MMK's is in 1996 gedecentraliseerd door overheveling van de Rijksgelden naar het Gemeentefonds. Uit een onderzoek door de IGZ van januari 1998 blijkt, dat de continuïteit van het dienstverband van de MMK's niet meer gewaarborgd is.

12.2 Milieutaken GGD Twente

Voor de eerstelijns milieutaken bij de GGD Twente was tot april 2000 een volledig opgeleid arts Algemene Gezondheidszorg (AGZ-arts) verantwoordelijk (afkomstig van de voormalige GGD Hengelo), samen met een niet volledig opgeleide AGZ-arts (afkomstig van de voormalige GGD Enschede). Vanaf april 2000 berust de eerstelijns verantwoordelijkheid bij de laatstgenoemde arts. Buiten kantooruren verricht de wachtdienst de eerste opvang en advisering bij medisch milieukundige vragen. Aan gerichte bij- en nascholing blijkt nauwelijks aandacht besteed te (kunnen) worden. Een mondeling verzoek aan de MMK door de GHOR Twente (voorjaar 1999) tot bij-/en nascholing inzake chemische calamiteiten heeft nog niet geleid tot concrete afspraken of tot een daadwerkelijk plan.

Omdat de eerstelijns milieutaken naast andere taken worden verricht, blijft de feitelijke eerstelijns inzet beperkt tot het beantwoorden van vragen. Een verpleegkundige bij de GGD houdt zich vooral bezig met klachten inzake het binnenmilieu, publieksvoorlichting en soms ondersteuning van hulpverleners. Voor de eerstelijns arts milieu wordt geen bereikbaarheidsregeling gehanteerd. Er zijn binnen de GGD evenmin afspraken over de beschikbaarheid. De MMK van de GGD Twente is als tweedelijns functionaris voor vier GGD'en verantwoordelijk. Taken van de MMK zijn advisering bij milieucalamiteiten, de afhandeling van milieu-incidenten en beleidsadviesing.

De MMK's dragen geen verantwoordelijkheid voor het onderhouden van een aanvaardbaar deskundigheidsniveau bij de wachtdienstartsen. De MMK Twente heeft het probleem van de geringe aanwezige deskundigheid binnen de GGD vorig jaar schriftelijk bij de GGD Twente aangekaart. Daarnaast heeft de Vakgroep MMK de koepelorganisatie GGD Nederland schriftelijk om een oplossing verzocht.

12.3 Afbakening eerstelijns functie/MMK

Ten aanzien van het raadplegen van de tweedelijns functionaris ontbreken vastgestelde regels, zowel tijdens als buiten kantooruren. De eerstelijns arts milieu bepaalt in wezen zelf wanneer advies wordt ingewonnen bij de MMK. Wanneer de wachtdienststarts/MLRT dit nodig acht, schakelt hij buiten kantooruren de MMK in als tweedelijns functionaris. In de praktijk kan dit eveneens plaatsvinden op verzoek van de HSGA. De MMK van de GGD Twente wordt niet door de CPA gebeld, maar rechtstreeks door de GGD of door de HSGA. De MMK heeft een ondersteunende functie en kent een 24-uurs bereikbaarheidsregeling, maar geen beschikbaarheidsregeling. In de praktijk wordt de MMK ook om advies gevraagd als de wachtdienststarts geen kennis van zaken heeft op medisch milieukundig gebied. Hiervoor bestaan geen vastgestelde procedures. De verantwoordelijkheid ligt bij de betreffende wachtdienststarts.

12.4 Preparatie

Het organisatieplan GHOR regio Twente is in concept bekend. Hoe dit plan de taken van de eerstelijns arts milieu beschrijft, is echter aan de betreffende functionaris niet duidelijk. Tijdens de millenniumvoorbereidingen was de positie van het AC-GGD onduidelijk voor de artsen van de GGD. Door deelname aan de millenniumoefening is deze onduidelijkheid deels weggenomen. De eerstelijns arts milieu vervult in het kader van de medisch milieukundige functie een adviserende rol met betrekking tot risico's inzake de volksgezondheid. Hij is daarbij verantwoordelijk voor het beantwoorden van individuele vragen van burgers en doet dit, indien nodig, in overleg met de MMK.

De eerstelijns milieufunctie is een 24-uurs functie van iedere GGD. Door tijdgebrek komt de deskundigheidsbevordering door de MMK in de praktijk niet uit de verf. Ook de beperkte formatie voor de eerstelijns medisch milieukundig medewerkers frustrereert de mogelijkheden tot bij-/en nascholing. Specifieke oefeningen voor een inzet van de eerstelijns arts milieu, zijn niet in een vast schema opgenomen. De MMK's zijn inhoudsdeskundigen op het terrein van de medische milieukunde en zijn op inhoudelijke aspecten van deze functie goed voorbereid. In wisselende mate blijken de MMK's deel te nemen aan oefeningen.

12.5 Op en na 13 mei

De explosies deden zich voor op een zaterdag, terwijl de eerstelijns functie milieu binnen de GGD Twente werd waargenomen door de wachtdienststarts. Deze arts is primair ingezet als MLRT en heeft op 13 mei 2000 rond 19.00 uur de andere wachtdiensttaken aan een collega overgedragen. Zodra bleek dat mogelijk sprake was van asbestproblematiek op het rampterrein heeft de MLRT zich daar vanuit haar functie op het rampterrein actief mee bezig gehouden en telefonisch de (op dat moment waarnemend) MMK geraadpleegd. De GGD-arts, die gedurende de rest van het weekeinde de wachtdienst-(eerstelijns milieu)functie vervulde is niet geraadpleegd. Relevante aspecten van de medisch milieukundige inbreng van de MLRT komen in een aparte paragraaf aan de orde.

Vanaf maandagochtend 15 mei 2000 was de arts, die als reguliere taak de eerstelijns functie milieu vervult, aanwezig. Deze arts heeft aanvankelijk vanuit het GGD-kantoor en later vanuit Enschede de taken verricht. Diverse aspecten daarvan komen in de onderscheiden onderdelen van dit hoofdstuk aan de orde.

12.5.1 Inzet en communicatie

Ten tijde van het alarmeren van de dienstdoende wachtdienst voor de functie van MLRT was nog

geen sprake van eventuele medisch milieukundige problematiek. Zodra de verbindingen het weer toestonden (mobiele telefoonnetwerk) heeft de MLRT haar andere wachtdiensttaken rond 19.00 uur telefonisch aan een collega-arts van de GGD overgedragen.

Voor de communicatie op het rampterrein werd gebruik gemaakt van portofoons, die aanvankelijk van weinig nut bleken vanwege overbelasting van het net. De mobiele telefoons waren aanvankelijk evenmin bruikbaar, waarschijnlijk eveneens vanwege overbelasting. Een ander probleem was het feit dat men vaak in gesprek was. Elkaar persoonlijk spreken ging, mede vanwege de grootte van het rampterrein, soms moeizaam. De MLRT heeft vooral gebruik gemaakt van de mobiele telefoon.

De verplaatsing van het gewondennest bij het Van Heekpark naar de locatie Miracle Planet is door één van de OvDG'en in gang gezet na informatie van de politie over vermeend explosiegevaar van de Grolschfabriek (zie de paragrafen 9.3 en 15.3). De politie heeft geen contact gehad met de MLRT. Het is de MLRT niet bekend of een eventuele evacuatie van het omliggende gebied is overwogen. In het RCC is die overweging wel gemaakt en was besloten dat een evacuatie van de wijk niet nodig was.

De eerstelijns arts milieu van de GGD Twente was pas vanaf maandag 15 mei 2000 bereikbaar via het AC-GGD en was vanaf dat moment (op verzoek van de HSGA) het rechtstreekse aanspreekpunt aangaande milieuzaken voor de MLRT. Deze arts heeft enkele dagen later samen met andere milieudeskundigen via het coördinatieteam milieu advies uitgebracht aan het BT. De eerstelijns arts milieu hield kantoor bij de Bouw & Milieudienst (BMD) in Enschede. Pas na een aantal dagen (vanaf 17 mei 2000) had zij een mobiele telefoon en was ook voor de MLRT goed bereikbaar. Het uitwisselen van schriftelijke informatie met het rampterrein ging moeizaam omdat faxen (via de bus van de KLPD) regelmatig niet goed doorkwamen. Met de MLRT op het rampterrein werd ad hoc contact onderhouden, zowel per telefoon als per fax. Met de HSGA onderhield de eerstelijns arts milieu ad hoc contact rechtstreeks of via het AC-GGD. Met de GRS/waarnemend directeur GGD was direct contact via de telefoon, fax of in persoon in het gemeentehuis. Met de brandweer of de politie heeft zij geen contact gehad over de situatie op het rampterrein.

12.5.2 Asbest

In de rapportages van diverse rijksinspecties komen verschillende aspecten inzake asbest aan de orde. Dit IGZ-rapport beschrijft hoofdzakelijk aspecten die samenhangen met de specifieke taken van de GGD op het terrein van de medische milieukunde. De Inspectie Milieu Hygiëne (IMH) doet verslag van de diverse metingen en het omgaan met de milieubelasting en volksgezondheidsrisico's. De Inspectie voor de politie (IP) schrijft onder meer in het rapportonderdeel 'beschermende maatregelen' over asbest. De Arbeidsinspectie rapporteert over de bescherming van de hulpverleners. Ten slotte belicht de IBR aspecten van de bescherming voor hulpverleners. Daarnaast behandelt de IBR aandachtspunten voor de algemene coördinatie.

Omdat de MLRT deskundig is op het terrein van de medische milieukunde heeft zij zich actief beziggehouden met vragen vanuit het rampterrein. Bij gebrek aan eigen deskundigheid zou de MMK geraadpleegd zijn. Op zondag 14 mei 2000 heeft de MLRT vanwege de asbestproblematiek op het rampterrein overdag telefonisch contact gehad met de (waarnemend) MMK. Daarnaast heeft zij over dit onderwerp regelmatig telefonisch informatie uitgewisseld met de HSGA. De GGD-arts, die twee nachten als MLRT dienst heeft gedaan, achtte zich niet deskundig op het gebied van de medische milieukunde en heeft zich onthouden van besluitvorming op dit terrein.

12.5.3 Maatregelen ten behoeve van persoonlijke bescherming

Op het moment dat het zeer waarschijnlijk werd geacht dat asbest was vrijgekomen, zijn in het CTPI maatregelen getroffen ter bescherming van hulpverleners. Zo heeft de MLRT P₃-maskers laten bestellen zodra bleek dat sprake was van een mogelijk risico op asbestbesmetting. Het is geen taak van de GGD om zich actief uit te spreken over arbeidsomstandigheden en daaraan gerelateerde persoonlijke beschermingsmaatregelen. Toch heeft de MLRT vanuit haar directe betrokkenheid op het rampterrein de beslissing genomen om een adviserende en beleidsbepalende rol te vervullen. In de acute fase is in het CTPI goede informatie verstrekt over asbest in relatie tot de gezondheid van de hulpverleners. Daarbij is een protocol opgesteld waaraan zowel hulpverleners als voertuigen werden onderworpen. Daarnaast is in het CTPI bij herhaling aandacht geweest voor de gemaakte afspraken en voor het toezicht op de naleving ervan. Een decontaminatie unit werd ingericht. Van hieruit hield men toezicht op het naleven van de maatregelen bij het 'grensverkeer' bij de binnenring. Ook verstrekte men vanuit deze unit de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen. Vanuit de geneeskundige kolom werd gezorgd voor voldoende aanvulling van de voorraad. Alle hulpverleningsinstanties waren zelf verantwoordelijk voor handhaving van het protocol en voor toezicht op de naleving binnen de eigen discipline. De brandweer voerde de decontaminatie uit. Herhaaldelijk heeft de MLRT via het CTPI aandacht gevraagd voor onder meer de naleving van het protocol en voor het tijdig vervangen van filters.

Uitgangspunt op het rampterrein ter voorkoming van asbestbesmetting was decontaminatie in combinatie met de persoonlijke beschermingsmaatregelen. Als onderdeel van het asbestprotocol werd alles op het rampterrein nat gehouden. Op een bepaald moment bleken hulpverleners op en rondom het rampterrein gebruik te maken van chirurgische maskers. Men veronderstelde hierdoor minder last van eventuele stank te hebben. Het is de MLRT niet bekend dat hulpverleners door het gebrek aan beschermende middelen om extra chirurgische maskers hebben gevraagd om zich daarmee tegen asbestbesmetting te beschermen.

Binnen het CTPI bestond geen verschil van mening over de aanpak van de asbestproblematiek. Het rampterrein was verdeeld in verschillende ringen, waarvan de binnenring het schadegebied was. Later verscheen een asbestverspreidingskaartje, waaruit bleek dat het gebied met de (mogelijke) asbestbesmetting kleiner was dan het gehele binnenringgebied. Op logistieke gronden is besloten deze twee gebieden met elkaar te laten samenvallen, zodat toegangscntrole op bevoegdheid tot het binnentreden van de binnenring kon samenvallen met toepassing van het asbestprotocol.

De GGD-functionarissen op het rampterrein (MLRT en de forensische geneeskundige in de functie van gemeentelijk lijkschouwer) zijn vanuit hun functie geïnformeerd over een eventueel risico op blootstelling aan gevaarlijke stoffen. De gemeentelijk lijkschouwer had daar in directe zin mee te maken en heeft zich geconformeerd aan de beschermende maatregelen zoals die geldend waren voor het RIT. De MLRT is nauwelijks in de binnenring op het rampterrein (het gebied met asbestbesmetting) geweest.

12.5.4 Knelpunten

Vanaf het rampterrein heeft de MLRT aangegeven dat behoefte bestond aan een voorlichtingsdocument over asbest ten behoeve van de hulpverleners. Hoewel dit stuk na deze melding ook daadwerkelijk is geschreven, heeft het enige tijd ongebruikt in het voorlichtingscentrum gelegen. In het CTPI werd vervolgens geconstateerd dat deze informatie niet aan de hulpverleners in het rampgebied werd verspreid. Voor het CTPI bleef lange tijd onduidelijk of en zo ja hoe de verspreiding van de informatie was geregeld.

Een ander knelpunt was dat de informatie over onderzoek op asbest niet automatisch bij de milieudeskundigen van de GGD terecht kwam. Zo heeft de MLRT informatie gemist om haar taak inzake de asbest (en andere mogelijke gezondheidsbedreigende factoren) goed te kunnen vervullen. Zij vernam mondeling (echter niet bevestigd) dat geen asbestvervuiling gemeten zou zijn, maar kreeg niet de beschikking over de schriftelijke meetresultaten. Er was discussie over de methode van meting in de acute fase (Dräger-buisjes). Deze methode levert slechts een indicatieve waarde op. Op een bepaald moment is de MLRT met haar vraag naar feitelijke beschikbare informatie over asbest, verwezen naar een medewerker van TNO/MEP. Deze persoon had leiding gegeven aan het coördinatieteam-milieu³ dat op 16 mei 2000 bij de gemeente Enschede operationeel was.

Ook later hebben medisch milieukundige medewerkers van de GGD herhaaldelijk moeten aandringen op het verstrekken van de uitslagen van meetinformatie. Zo kon het in de tweede week na de ramp gebeuren, dat op hetzelfde moment bepaalde informatie beschikbaar kwam voor zowel de MMK als voor het algemene publiek. In de eerste week was dit probleem minder groot, doordat informatie rechtstreeks verstrekt werd door aanwezige collegae van het RIVM.

De medewerkers op het rampterrein bleken verstoken te zijn van informatie. De MMK's hadden verwacht dat vanuit de rampenstaf informatie (zoals ook hun adviezen) zou worden doorgegeven naar de diverse geledingen. Ook voorlichtingsbrieven over asbest (onder andere voor terugkerende bewoners), welke in het AC-GGD gemaakt waren, bleken door interventie van de afdeling voorlichting van de gemeente Enschede niet verspreid te zijn.

12.5.5 Inzet MMK

De (waarnemend) MMK vernam via de media het nieuws over Enschede. Op basis van de televisiebeelden ging hij ervan uit dat zich geen grote medisch milieukundige problemen voordeden. Hij schatte in dat de hoeveelheden asbest vergelijkbaar waren met normale bouwkundige hoeveelheden. Het belang van eventuele redding van slachtoffers had bovendien op dat moment de prioriteit. Wel was hij zich er van bewust dat met name de beelden van politie met mondkapjes zouden kunnen leiden tot onrust bij het publiek. Deze kapjes gaven bovendien niet de juiste bescherming. Derhalve heeft hij desgevraagd aan de MLRT gemeld dat als voorzorgsmaatregel op korte termijn gezorgd diende te worden voor persoonlijke beschermingsmiddelen en heeft hij het telefoonnummer gegeven van firma 3M om deze te bestellen. De discussie over P3- of normale maskers speelde pas later.

In de eerste dagen was de MMK Twente in het buitenland en is hij waargenomen door diverse MMK's, die met elkaar afspraken maakten en de eerstelijns arts hebben geadviseerd en ondersteund in haar taken. Zo was er regelmatig telefonisch contact en hebben zij op 15 mei 2000 stukken uit het (landelijk opgestelde) asbestprotocol beschikbaar gesteld.

Op 16 mei 2000 heeft de MMK zitting gehad in een tijdelijk ingesteld coördinatieteam milieu, dat in paragraaf 12.5.6 wordt besproken.

Vrijdag 19 mei 2000 is de MMK gebeld met het verzoek om zaterdag naar het Molenplein te komen om daar een telefonische helpdesk te bemannen. Via de kabelkrant en de radio was het publiek geïnformeerd over de telefonische helpdesk, waar men terecht kon voor milieugerelateerde vragen. Het bemannen van de helpdesk was in feite een oneigenlijke taak van de MMK's.

Op maandag 22 mei 2000 was de eigen MMK weer aanwezig. Hij heeft zich vanaf dat moment actief met de problematiek beziggehouden. Ter ondersteuning van de telefonische helpdesk-

³ zie paragraaf 12.5.6

functie heeft hij een stuk opgesteld voor de GGD-medewerkers met antwoordinformatie. Opnieuw zijn adviezen opgesteld over gezondheidsrisico's door blootstelling aan asbest en zware metalen op basis van meetresultaten.

De MMK beschouwt de reeds bestaande relatie met de Bouw & Milieu Dienst (BMD) van de Gemeente Enschede als prima. Kennis van het lokale netwerk wordt als een zeer belangrijk punt in deze beschouwd. Indien de eigen MMK tijdens de eerste periode aanwezig zou zijn geweest, zou hij een rol als adviseur op afstand (zoals nu bleek) waarschijnlijk anders hebben ingevuld. Ook ten aanzien van de niet verstuurde adviesbrieven had hij zich waarschijnlijk meer direct tot de operationele GHOR-leiding gericht.

12.5.6 Ad hoc coördinatieteam-milieu op 16 mei en deelname MMK

Op dinsdag 16 mei 2000 werd de waarnemend MMK Twente door de MMK van het RIVM verzocht naar Enschede te komen voor deelname aan een adviesgroep. In deze adviesgroep namen verschillende functionarissen deel: de arts eerstelijns milieu van de GGD, vertegenwoordigers van de Arbeidsinspectie, van de BMD, van de brandweer en van het RIVM/VROM. De voorzitter was een extern deskundige van TNO. De MMK had verwacht dat over gezondheidskundige aspecten zou worden gesproken. De discussie ging echter voornamelijk over de asbestinventarisatie in de getroffen wijk en de nodige arbeidshygiënische maatregelen. De opdracht van de werkgroep bleek voor de leden onduidelijk, evenals aan wie moest worden gerapporteerd. Uiteindelijk is besloten één adviesbrief op te stellen voor hulpverleners en één voor direct getroffen. De brieven zouden informeren over asbest en andere stoffen. Ook sprak men af dat personen van verschillende adviesbureaus een inspectie zouden uitvoeren. Dit zou gebeuren in aanvulling op een reeds uitgevoerde visuele inspectie op asbest. Op een gegeven moment kwam echter het bericht dat een bepaalde sector reeds was vrijgegeven door de Gemeentelijke Rampen Staf (GRS) terwijl nog geen inspectie was gehouden. Vervolgens is gebeld met de GRS over de vrijgegeven sector. Het bleek dat men op basis van de zondag 14 mei 2000 gehouden visuele inspectie, een risicocirkel had getrokken op de kaart. In het gebied buiten deze cirkel zou hoogstwaarschijnlijk geen asbest worden aangetroffen. De MMK beschouwde dit als een foute interpretatie. De eerder genoemde onderzoeksgroep is alsnog het gebied ingegaan. De MMK heeft vervolgens de adviesbrieven opgesteld.

Op 16 mei 2000 rond 17.00/18.00 uur is besloten dat de voorzitter van het coördinatieteam milieu de GRS zou informeren over de adviezen van de groep. Ook moest de voorzitter de brieven aan hulpverleners en publiek voorleggen aan de GRS. Alhoewel de MMK op inhoudelijke gronden graag was meegegaan, is de voorzitter uiteindelijk alleen naar de GRS gegaan. De rest van het team is achtergebleven en heeft gewacht. Om 20.00 uur heeft de GGD-arts met de GRS gebeld omdat de voorzitter nog niet was teruggekeerd. Via de afdeling voorlichting werd vernomen dat de brief van het coördinatieteam milieu niet nodig bleek te zijn geweest. Vanuit de GRS/BT was dezelfde middag een (regionale) brief uitgegaan waarin een paragraaf over asbest was opgenomen. De brief van het coördinatieteam milieu had echter een verdergaande strekking, met name voor de direct getroffen. Het is de artsen van de GGD niet bekend of van de bespreking in het coördinatieteam milieu een verslag is gemaakt. Evenmin zijn vervolgspraken gemaakt.

Enkele dagen later is de MMK gebeld door de politie Rijnmond met het verzoek om een afschrift van de brief met adviezen voor hulpverleners. Vrijdag 19 mei 2000 bleek deze nog niet aan alle hulpverleners verzonden. Het is niet duidelijk waarom niet.

12.5.7 Contact met de Arbeidsinspectie

Over het gebruik van filterbussen heeft de MMK op 14 mei 2000, na een verzoek om nadere informatie van de MLRT, informatie ingewonnen bij de Arbeidsinspectie regio Noord. Vanuit zijn

dagelijkse werk heeft de MMK met deze Arbeidsinspectie te maken. Men vertelde hem dat in de regeling is opgenomen dat in een dergelijke situatie gebruik moet worden gemaakt van P3-maskers. Dit zouden geen volgelaatsmaskers hoeven te zijn.

Vanaf 15 mei 2000 was op het rampterrein sprake van actieve bemoeienis door de Arbeidsinspectie. Een faxbericht van de Arbeidsinspectie inzake het asbestrisico veroorzaakte onrust op het rampterrein. Deze fax werd bij het CTPI op 17 mei 2000 (één dag na het versturen) ontvangen. Met de Arbeidsinspectie is in het CTPI overleg geweest. Dat resulteerde onder meer in een meningsverschil rond de filterbusmaskers. De MLRT was van mening dat de interventie van de Arbeidsinspectie eerder een verslechtering dan een verbetering van de bescherming opleverde. Uiteindelijk heeft de CTPI op vrijdag 19 mei 2000 het werk op het rampterrein stilgelegd, in afwachting van een uitspraak van de GRS/BT over de brief van de Arbeidsinspectie. Na de uitspraak van het BT kon men weer aan het werk. Deze uitspraak had tot gevolg dat de brandweerondersteuning in het Rampenidentificatieteam (RIT) onder bevel van het RIT werd geplaatst. Daardoor golden voor hen dezelfde persoonlijke beschermingsmiddelen als voor het RIT. Uitgaande van de op dat moment beschikbare mondelinge informatie van de deskundige van TNO over de meetuitslagen van asbest, kwam de MLRT tot de conclusie dat het vigerende protocol zeker afdoende was geweest.

In het overleg dat op dinsdag 16 mei 2000 binnen het coördinatieteam milieu plaatsvond, is uitgebreid gediscussieerd over het wél (standpunt Arbeidsinspectie) of niet (standpunt GGD) gebruiken van een volgelaatsmasker. Vanuit de politie en RIT was de mededeling gekomen dat zij hun werk niet konden doen met een volgelaatsmasker. Een dergelijk masker zou het zicht aanzienlijk beperken. Het gebruik hiervan leek de GGD niet nodig. De eerste resultaten van de metingen wezen namelijk niet op een aantoonbaar risico.

De Arbeidsinspectie was het hier niet mee eens en stelde (stringent vasthoudend aan de veiligste regels) dat sprake was van een verhoogd risico. Voor het overige was men in het coördinatieteam milieu vrij eensgezind. De Arbeidsinspectie was voor gebruik van volgelaatsmaskers terwijl het coördinatieteam milieu van mening was dat de P3-maskers door alle andere hulpverleners dan saneerders gebruikt konden worden. Het was voor de overige leden van het team onduidelijk of de voorzitter nog adviezen inzake een eventuele blootstelling aan zware metalen heeft gemeld aan de GRS. In het coördinatieteam milieu was het voorstel geopperd om een steekproef te nemen uit de groep mensen die het meest was blootgesteld en deze direct de volgende dag te onderzoeken op lood en andere zware metalen. Met dit voorstel is op dat moment niets gedaan. Pas later bij het bevolkingszorgonderzoek is daaraan aandacht besteed. De MMK gaf aan dat hij de periode tussen eventuele blootstelling en onderzoek als te lang beschouwde om indicatief te kunnen zijn.

12.5.8 Overige milieuzaken rampterrein

Op het terrein van het nabijgelegen revalidatiecentrum 'Het Roessingh' (zie paragraaf 15.4) waren veel brokstukken terechtgekomen en had een (kleine) brand gewoed. Het buitenterrein is op zondag 14 mei 2000 op de gebruikelijke manier (droog) gereinigd. Korte tijd later bleken op het terrein asbestmetingen te worden uitgevoerd. Het Roessingh was tot op dat moment niet geïnformeerd over een mogelijk asbestrisico en evenmin over de mogelijkheid van metingen op het terrein. Dit heeft tot ongerustheid onder de medewerkers geleid. Vanuit het revalidatiecentrum heeft men zelf actie moeten ondernemen om de uitslagen van de metingen te achterhalen. Achteraf bleek geen asbestbesmetting te zijn opgetreden.

De MMK's bleken niet op de hoogte te zijn dat op zondag 14 mei 2000 metingen zijn verricht op het terrein van Het Roessingh.

De GGD zou een protocol voor besmette waren opstellen. In de loop van de tijd ontstond namelijk veel stank door het bederven van etenswaren die in de huizen waren achtergebleven. Het AC-GGD zou hiervoor actie ondernemen. De MLRT heeft hiermee geen bemoeienis gehad. Uiteindelijk is door de GGD een brief opgesteld inzake gezondheidsrisico's gerelateerd aan infectieziekten, waarin onder meer gesproken wordt over de maatregelen inzake de etenswaren (gedateerd 26 juni 2000).

12.5.9 Medische milieukunde en inzet VWS

In de week volgend op de ramp waren op een bepaald moment veel vertegenwoordigers vanuit VWS in Enschede aanwezig voor de voorbereiding van het gezondheidsonderzoek voor getroffen door de vuurwerkramp. Hun status was niet duidelijk. Zo werd aan de eerstelijns arts milieu van de GGD een naam doorgegeven van een deskundige, die voor haar vanaf dat moment het aanspreekpunt zou zijn. De rol en taak van deze persoon waren niet duidelijk. Evenmin bleek hij een inhoudsdeskundige te zijn. Andere medewerkers van VWS bleken niet op de hoogte te zijn van de rol van de MMK. Dit is ervaren alsof er vanuit VWS uitsluitend contact plaatsvond met de GRS, met name over het gezondheidsonderzoek, en de medisch milieukundigen van de GGD buiten beschouwing werden gelaten.

Op een gegeven moment ging het gezondheidsonderzoek van start en zouden de resultaten van de RIVM-metingen worden gepresenteerd. In verband met de verwachting van vragen inzake asbest verzocht de directeur GGD de MMK aanwezig te zijn in de zaal. De indruk van de MMK is dat de medewerkers van VWS de behoefte aan informatie over asbest in relatie tot het gezondheidsonderzoek mogelijk hebben onderschat. Voor eventuele metingen ten behoeve van het gezondheidsonderzoek, heeft men geen gebruik gemaakt van de deskundigheid van de MMK. Als reden hiervoor werd genoemd dat de ten behoeve van het bevolkingsonderzoek ingestelde ethische commissie bezwaar zou hebben tegen de betrokkenheid van (te veel) lokale mensen.

12.5.10 Wens MMK's

Zodra duidelijk is dat een (medische milieukundig) gezondheidsprobleem zich voordoet, zou direct een informatiegroep moeten worden samengesteld bestaande uit medewerkers van onder andere VWS en de GGD. Een dergelijk operationeel gezondheidsteam zou direct onder de GRS geplaatst moeten worden en structureel bij elkaar dienen te komen. Situatiemetingen van RIVM, TNO, brandweer en anderen, zouden moeten aanhaken bij de adviezen van een dergelijk team. Vanuit volksgezondheidsbelang zouden van tevoren vraagstelling en methodiek moeten worden besproken. Uitslagen van de metingen zouden voorts centraal moeten binnenkomen bij dit team. Vervolgens zou de interpretatieslag kunnen plaatsvinden. In de huidige opzet gaan de meetresultaten van het RIVM naar de Inspectie Milieuhygiëne (IMH) of het ministerie van VROM. De standaardmeetkoffer die de brandweer hanteert, achten de MMK's vanuit volksgezondheidsbelang ontoereikend. Zij adviseren bij dit soort ongevallen de Milieu Ongevallen Dienst (MOD) direct in te schakelen. Het feit dat de MOD-rapportage primair aan het ministerie van VROM of de IMH is gericht en pas secundair aan de lokale overheid verdient daarbij aandacht.

13 GNK

13.1 Algemeen

Het begrip geneeskundige combinatie (GNK of GNK-combi) is geïntroduceerd tijdens het landelijke project GHOR, een gezamenlijk project van de ministeries van BZK en VWS. Doel van de GNK is om de overgang van reguliere hulpverlening naar grootschalige hulpverlening op operationeel niveau geleidelijker te laten verlopen. Door een optimale logistieke en personele inzet brengt een GNK de operationele zorg naar de plaats van het incident en wordt de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening verhoogd.

De personele samenstelling van een GNK bestaat uit een MMT, twee ambulanceteams en een Sigma. De ambulanceteams van de GNK zijn niet belast met het transport van gewonden naar een ziekenhuis, maar worden ingezet voor het behandelen van gewonden op de plaats van het incident. Per inzet wijst de geneeskundige hulpverleningsdienst een OvDG of een (toegevoegd) medisch leider aan, die de leiding van een GNK op zich moet nemen.

In 1998 en 1999 zijn door het ministerie van BZK, verspreid over het land, 43 uniforme uitrustingen ten behoeve van de GNK's ter beschikking gesteld. De uitrusting bestaat uit twee voertuigen met een aanhangwagen, waarin een basisvoorraad voor twee uur zit voor respectievelijk de ambulanceteams en de Sigma. Daarnaast heeft iedere GNK de beschikking over een haakarmbak met 2-uur extra voorraad. Het vervoer van de haakarmbak is een taak van de brandweer.

De taken van een GNK bestaan uit triage, veilig stellen en bewaken van de vitale functies van de slachtoffers, stabiliseren en vervoersgereedmaken van de slachtoffers en het geven van benodigde zorg aan de slachtoffers. Door uniforme kwaliteitseisen aan samenstelling en uitrusting voor de GNK's is het eenvoudiger geworden om bij zware ongevallen en/of rampen assistentie verlenen aan een GNK uit een naburige regio.

De GNK is nog niet overal compleet geïmplementeerd. Voor de inzet van een GNK bestaat nog geen eenduidigheid, ondanks het feit dat men in alle regio's deze titel hanteert. Dit kan ten dele samenhangen met het nog niet effectief zijn van de traumacentra. Deze centra zijn verantwoordelijk voor de levering van een MMT. De uitbreiding van een GNK met een MMT is landelijk voor medio 2000 gepland. In Nijmegen is bijvoorbeeld nog geen 24-uurs inzetbaarheid mogelijk van een MMT als onderdeel van de GNK. In de regio IJssel-Vecht wordt met het begrip GNK de gehele combinatie van mensen en middelen bedoeld. In Twente maakt een MMT nog geen vast onderdeel uit van de GNK.

Iedereen in de GNK heeft een specifieke taak, gericht op de optimale geneeskundige hulpverlening aan de slachtoffers. Het zogenaamde 'golden hour', de directe periode van het eerste uur na een ontstane verwonding, zou door hoog gekwalificeerde geneeskundige inzet op het rampterrein optimaal benut kunnen worden. Gedacht kan worden aan stabilisatie van slachtoffers in de acute fase en eventueel behandeling van de slachtoffers. In het ziekenhuis kan een op het rampterrein gestarte behandeling worden voortgezet.

Een deel van de functionarissen in een GNK verricht dagelijkse werkzaamheden, zij het onder andere omstandigheden. Specifieke training dient ertoe bij te dragen dat de inzet goed verloopt.

De communicatie met de GNK verloopt in principe via de CPA.

De snelheid van inzet bij gezamenlijk vertrek van een GNK wordt bepaald door de laatst

aankomende functionaris. Zeker bij de inzet van een GNK uit een andere regio heeft dat gevolgen voor de benutting van het zogenaamde 'golden hour'.

Het Bestuur van de GHOR-regio Twente heeft in september 1999 de operationalisering van de GNK kenbaar gemaakt met als stand van zaken:

- De chauffeur van het Sigmavoertuig en aanhanger is een medewerker van de A.A.D. Oost. De functie kent een bereikbaarheidsregeling. Alarmering verloopt via de CPA A.A.D. Oost.
- Aansturing van de leden van de Sigma vindt plaats via de CPA A.A.D. Oost. De leden van de Sigma zijn bereikbaar via een semadigit en kennen de opkomstplaatsen.
- ALS-voertuig met aanhanger wordt bemenst door reguliere ambulances.
- Een OvDG geeft aansturing aan de GNK.
- De regionale brandweer heeft een brengplicht voor het transport van de haakarmbak, waarbij aansturing plaatsvindt via de RAC brandweer.
- Na aanwijzing van het traumacentrum is voorbespreking gestart omtrent invoeren van het MMT.

13.2 Op en na 13 mei

Direct na aankomst bij de A.A.D. Oost heeft één van de twee GHOR-functionarissen Twente voorbereidingen getroffen voor de operationele inzet van de GNK. De materiaalwagens zijn gescheiden ingezet en zijn beide naar de locatie Van Heekpark vertrokken. Om ongeveer 16.10 uur was het materiaal van de GNK-Twente 'inzet gereed' en kon men vertrekken naar het rampterrein. De CPA A.A.D. Oost heeft om 18.52 uur de RAC verzocht om vervoer van de haakarmbak naar het Van Heekpark. Dit is vrijwel direct uitgevoerd.

In de naburige Regio IJssel-Vecht is eveneens direct na de alarmering een aanvang gemaakt met het operationeel maken van de GNK. Het MMT maakt in die regio reeds integraal onderdeel uit van de GNK, welke onder politie-escorte is vertrokken toen het team compleet was. Om 19.21 uur was deze GNK inzetbaar bij het Spartastadion.

Diverse andere regio's is verzocht om een GNK in te zetten. Weer andere regio's boden een GNK aan.

De GNK Nijmegen is opgeroepen vanuit de Regio IJssel-Vecht en eveneens volledig ingezet. De materiaalvoorziening van de GNK Flevoland was op eigen initiatief gekomen en is stand-by gebleven.

Vanuit de Regio Achterhoek is een materiaalwagen gestuurd, na oproep daartoe door de CPA A.A.D. Oost. Vanuit de GHOR-regio Noordwest-Veluwe is eveneens een materiaalwagen ingezet.

13.3 MMT als specifiek onderdeel GNK

13.3.1 Algemeen

Een Mobiel Medisch Team (MMT) verricht buiten het ziekenhuis triage en verleent kwalitatief hoogwaardige spoedeisende anesthesiologische en chirurgische hulp, gericht op het veilig stellen van de vitale functies en het voorkomen/verminderen van restinvaliditeit. De MMT's blijken wisselend samengesteld uit medisch specialisten (anesthesioloog en (trauma)chirurg) en verpleegkundigen (met specialisatie SEH of anesthesiologie). Een MMT kan uit twee tot vier personen bestaan. De leiding van een MMT kan zowel bij de anesthesioloog als bij de chirurg liggen. Daarnaast is ook de wijze van samenstellen van een MMT wisselend. Zo kunnen de leden voor een MMT aan de op dat moment in een ziekenhuis aanwezige professionals worden onttrokken. Ook kan een MMT worden samengesteld uit een pool van aanwezige professionals in diverse nabijgelegen ziekenhuizen of uit specifiek daartoe opgeroepen functionarissen.

De MMT's hebben een bereikbaarheidsregeling, waarbij echter niet in alle gevallen de 24-uurs inzetbaarheid gegarandeerd is. In principe komt de oproep (eventueel via de SEH) bij de dienstdoende arts-assistent anesthesiologie of arts-assistent chirurgie binnen. De SEH alarmeert de overige leden van het MMT. Alarmering geschiedt meestal via het vaste telefoonnet. De anesthesioloog verlaat het ziekenhuis voor het verlenen van hulp, zodra zijn vervanger aanwezig is. Zijn vervanger zorgt voor aanvulling van personeel. Bij de (reguliere) bereikbaarheidsdienst voor de specialisten gaat men uit van een opkomsttijd tussen de tien en vijftien minuten. Voor een vervangende dienst kan dat tot 45 minuten bedragen.

Uitgaande van de dagelijkse verantwoordelijkheden beschouwen de leden MMT hun taak, verantwoordelijkheid en bevoegdheden als bekend. In de regel liggen deze echter niet schriftelijk vast.

Voorheen waren er diverse typen van teams, die vanuit een ziekenhuis voor specifieke aspecten van de spoedeisende zorg konden worden ingezet, zoals crashteam, traumateams, LOTT-teams⁴ en LOTT-B teams. De diverse benamingen hadden deels te maken met de samenstelling van een team. De brandwondencentra hebben destijds LOTT-B teams opgericht, met een triagefunctie bij grootschalige rampen met brandwondenslachtoffers. Voor LOTT-B teams wordt een opkomsttijd van 10 minuten gehanteerd. Deze LOTT-B teams verrichten de triage in de diverse betrokken ziekenhuizen en niet op het rampterrein.

Recentelijk heeft de minister van VWS tien ziekenhuizen in Nederland aangewezen als traumacentrum. De specifieke taak van deze ziekenhuizen is om een traumazorgnetwerk te ontwikkelen. Daarbij dragen zij zorg voor kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Ook zullen zij beschikken over een MMT. Een MMT bestaat dan in ieder geval uit een gespecialiseerde arts en een gespecialiseerde verpleegkundige en maakt deel uit van het landelijk dekkende traumazorgnetwerk.

Met het opheffen van de LOTT-organisatie is onduidelijkheid ontstaan ten aanzien van de teams met brandwondenspecialisten. Onder de door de minister aangewezen traumacentra bevindt zich namelijk geen brandwondencentrum.

13.3.2 Preparatie

De MMT's van de regio Twente zijn bekend met het document procedure GGH/RT. Recentelijk is bekend geworden dat het Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede is aangewezen als traumacentrum. In de regio Twente is het MMT nog niet als vast onderdeel bij de GNK opgenomen, maar wordt apart en eventueel vanuit diverse ziekenhuizen ingezet.

De GHOR-regio Gelderland Zuid is bezig met het voorbereiden, ontwikkelen en implementeren van een actieplan GHOR. Het plan is nog niet vastgesteld. Voor het maken van afspraken met de ketenpartners is de eerste aanzet gegeven. In deze regio is formeel het MMT nog niet in de GNK opgenomen.

In de regio IJssel-Vecht is het plan GHOR vastgesteld. Het MMT is in deze regio een permanent onderdeel van de GNK.

Omdat een deel van de werkzaamheden van een MMT overeenkomt met de dagelijkse, ligt de

⁴ De Stichting Landelijke Organisatie Trauma Teams (Stichting LOTT), is per 1 juli 1998 opgeheven.

individuele deskundigheid in de traumazorg veelal op hoog niveau. Door middel van relevante gespecialiseerde bijscholingen wordt dit niveau gehandhaafd. Oefeningen in MMT-verband vinden wisselend plaats. Sommige plaatsen kennen (nog) geen jaarlijks oefenschema. Specifieke training voor de inzet in GHOR-omstandigheden is niet door alle leden van de MMT's gevolgd. Daar waar MMT's deelnemen aan GHOR-oefeningen vindt dat beperkt plaats (alleen in bepaalde opgeschaalde oefeningen). Omdat voor de operationele inzet van een MMT uit een zeer grote pool van functionarissen wordt geput hebben (nog) lang niet alle potentiële MMT-leden deelgenomen aan een GHOR-oefening. Om die reden hebben ze nog niet de daadwerkelijke operationele inzet en samenwerking geoefend. Daar waar ziekenhuizen zelf rampenoefeningen doen, is dat van een geheel andere orde dan bij een GHOR-inzet. Deelname aan rampenoefeningen van ziekenhuizen is niet voldoende geschikt als voorbereiding op een GHOR-inzet.

13.3.3 Op en na 13 mei

Te Enschede zijn MMT's vanuit diverse plaatsen ingezet. Deels is de alarmering via een CPA verlopen. Eénmaal is een verzoek van een ambulanceverpleegkundige beschouwd als alarmering door de CPA. De MMT's hadden een wisselende samenstelling, met daarin als deskundigen: een chirurg, traumatoloog, anesthesioloog, brandwondenspecialist, verpleegkundige SEH en een anesthesieverpleegkundige. Een andere regio leverde een crashteam. Een van de teams bestond uit brandwondenspecialisten.

De MMT's uit de eigen regio zijn direct ingezet op het rampterrein. De (later) aankomende MMT's uit andere regio's zijn deels eerst naar de loodspost geleid en vandaar pas later ingezet in een gewondennest. Deze wachtperiode heeft men als uiterst onplezierig ervaren, mede omdat nauwelijks informatie beschikbaar was over de gewondensituatie op het rampterrein.

In het Van Heekpark heeft één van de leden van het MMT van het MST de coördinatie gehad in het gewondennest. Problemen daarbij waren het gebrek aan informatie en communicatie, onder andere met de OvDG, die coördinator transport was. Ter plaatse werd gebruik gemaakt van koeriers. Om op de hoogte te blijven van wat zich elders afspeelde, werd met de (eigen) mobiele telefoon contact onderhouden met het MST. Voor het MST bleek deze informatie eveneens van belang om te weten wat zich in de nabijheid van het rampterrein afspeelde en wat men aan gewonden kon verwachten. Er waren voldoende artsen aanwezig om aan iedere brancard een arts toe te wijzen.

De GNK Regio IJssel-Vecht bleef integraal bijeen en is uiteindelijk naar de locatie Sportpark Sparta geleid. Men was voorbereid op anesthesiologische en chirurgische spoedeisende hulpverlening en kreeg de opdracht een noodhospitaal in te richten. Doel was om daar gewondenopvang te kunnen verzorgen indien het aanbod van gewonden de capaciteit van de ziekenhuizen te boven zou gaan. Er bleek nauwelijks behoefte te zijn aan de opgezette (gespecialiseerde) medische opvang, alhoewel zeer lange tijd onduidelijkheid bestond over nog te verwachten slachtoffers. Voor de opzet van een noodhospitaal blijkt de materiaalvoorziening niet volledig geschikt. Er is gedeeltelijk geïmproviseerd en met hulp van de politie is aanvullende medicatie via een apotheek betrokken.

Het MMT uit Nijmegen is via de loodspost naar de locatie Miracle Planet geleid. Men is daar begonnen met het inrichten en het opzetten van een noodhospitaal. Een functionaris uit Nijmegen fungeerde op deze locatie als verantwoordelijk OvDG. Nadere details komen aan de orde in paragraaf 15.7.

Na telefonisch contact bleek dat het MST geen behoefte had aan brandwondenspecialisten. De specialisten zijn vervolgens naar een gewondennest geleid. Daar bleken geen slachtoffers met (ernstige) brandwonden aanwezig en men heeft geen daadwerkelijk patiëntenzorg verleend.

De herkenbaarheid van de MMT-leden op het rampterrein is niet uniform geweest. Deels is gebruik gemaakt van oude materialen uit de tijd van de LOTT-teams en deels is gebruik gemaakt van de dagelijkse OK-kleding (OK-pet).

13.3.4 Communicatie en verbindingen

Geen van de MMT's heeft de beschikking over een eigen communicatiemiddel. In de praktijk wordt gebruik gemaakt van privé mobiele telefoons. Bij de inzet ter plaatse heeft men niet de beschikking gehad over portofoons. Deels werden koeriers ingezet.

Op de diverse locaties heeft men informatie gemist over de stand van zaken op het rampterrein en wat nog aan slachtoffers te verwachten was.

13.4 Sigma als specifiek onderdeel GNK

13.4.1 Algemeen

Over de gegevens van de interne evaluatie van het Nederlandse Rode Kruis (NRK) kon tijdens het opstellen van deze rapportage nog niet beschikt worden.

Het NRK is op drie manieren betrokken bij de hulpverlening bij rampen. Ten eerste door ondersteuning van de GHOR, in de tweede plaats door aanvullende en ondersteunende hulp bij de opvang van niet medisch geïndiceerde rampslachtoffers en ten derde door aanvullende hulp in het Registratie Informatiesysteem Slachtoffers. In deze rapportage zal alleen op de GHOR-taken worden ingegaan, waarvoor een Sigma wordt ingezet.

Een Sigma bestaat uit acht personen, onder wie een coördinator en een chauffeur. Het team wordt geformeerd uit een pool van vrijwilligers van het NRK. Per GHOR-regio wordt voor het samenstellen van een Sigma geput uit een Geneeskundige eenheid van veertig vrijwilligers. De taken van een Sigma bestaan uit het assisteren en ondersteunen van de professionele geneeskundige hulpverleners. Landelijk worden minimumeisen gesteld op het gebied van uitrusting, paraatheid, opleiding en deelname aan oefeningen. Uitgangspunt is dat binnen maximaal dertig minuten na de alarmering door de CPA een Sigma op het verzamelpunt aanwezig moet zijn om daarna eveneens binnen dertig minuten inzetbaar te zijn op de plaats incident. Aldaar zet een Sigma de gewondentent op, richt het gewondennest in en assisteert onder meer bij het voor transport gereed maken van slachtoffers, bij de bewaking van slachtoffers en bij de registratie. Registratie gebeurt met behulp van gewondenkaarten. Deze worden meegegeven met het slachtoffer naar de volgende locatie (bijvoorbeeld het ziekenhuis). Het nummer op de kaart wordt doorgegeven aan de Zaustat voordat vervoer vanaf het rampterrein plaatsvindt. Dit faciliteert het overzicht over locaties waarheen slachtoffers zijn vervoerd en wordt tevens gebruikt voor de slachtofferregistratie van het CRIB.

13.4.2 Preparatie

Het regionale GHOR-procedureplan (procedure GGH/RT) is bij het NRK bekend.

De leden van een Sigma zouden twee maal per jaar moeten deelnemen aan oefeningen met een ambulanceteam. In de regio Twente nemen de Sigmavrijwilligers gemiddeld één maal per jaar deel aan een oefening. Alle leden van een Sigma moeten de relevante opleiding Hulpverleners bij ongevallen en calamiteiten (HOC-opleiding) bij de Stichting Opleidingen en Scholing Ambulancehulpverlening (SOSA) volgen. Een certificaat heeft een geldigheidsduur van twee jaar en wordt verlengd bij periodieke nascholing.

Er bestaat voor de Sigma een alarmeringsregeling interne opschaling, welke via de CPA A.A.D. Oost verloopt. De CPA alarmeert de regiocoördinator, die via de semafoon de GNK-groepen informeert. De regiocoördinator ziet er op toe dat het Sigma-voertuig wordt bemand en naar de plaats van de ramp kan vertrekken.

Eén maal per maand vindt een controle plaats van de semafoonwerking en drie keer per jaar wordt een alarmeringsoefening gehouden. Vrijwel alle medewerkers nemen deel aan oefeningen. De laatste oefening in de regio Twente vond plaats tussen februari en mei 2000.

13.4.3 Op en na 13 mei

In het GHOR-alarmeringssysteem van de Regio Twente is de alarmering van de Sigma opgenomen. Op 13 mei 2000 is tussen 15.50 en 16.00 uur per callmaxer de eerste alarmering uitgegaan naar de diverse Sigma's. Op welke wijze deze alarmering tot inzet heeft geleid, is niet duidelijk. De opgeroepen functionaris droeg zijn semafoon niet bij zich en heeft derhalve de oproep niet ontvangen. Toch is snel een Sigma Twente (bestaand uit vrijwilligers uit Enschede en Hengelo) samengesteld en kort na de explosies op het rampterrein ingezet.

Vanuit de CPA Regio IJssel-Vecht is rond 16.15 uur de Sigma in die regio gealarmeerd. Deze Sigma is, zoals reeds is aangegeven, als onderdeel van de GNK naar Enschede gegaan en na een wachtperiode op de loodpostlocatie ingezet bij het Spartastadion.

Daarnaast zijn in diverse andere regio's Sigma's gealarmeerd, waarvan niet altijd duidelijk is welke procedure is gevolgd.

Een medewerker van de A.A.D. Oost is de vaste chauffeur van de Sigma Twente. De personenbus van de Sigma (met materiaalaanhangwagen) staat in de garage bij de A.A.D. Oost. Ook de haakarmbak staat bij de A.A.D. Oost. De chauffeur heeft eerst de materiaalwagen en vervolgens de teamleden opgehaald en is naar het Van Heekpark gegaan. Rond 17.25 uur was men ter plaatse in het Van Heekpark en is de Sigmatent opgezet. De Sigma is ingezet ter ondersteuning van onder andere het coördinerende MMT. Categorie T1 en T2 slachtoffers werden in de tent opgevangen. Naast de tent in het park werden T3 slachtoffers opgevangen, waarbij spontaan aangekomen EHBO-ers een rol vervulden. Binnen de Sigma Twente was geen duidelijke taakverdeling. Het werd als een gemis ervaren dat men niet gekoppeld was aan een ambulanceteam. Tot de aankomst van het MMT is een spontaan gekomen verpleegkundige door de OvDG verzocht de taak van hoofd gewondennest te vervullen.

De CPA A.A.D. Oost verzocht de brandweer om 18.52 uur de haakarmbak naar het Van Heekpark te vervoeren. Rond 19.05 uur is de haakarmbak vervoerd. Eén van de OvDG'en in het Van Heekpark gaf aan de Sigma de opdracht te gaan inpakken om naar de locatie Miracle Planet te verhuizen. De haakarmbak met de extra voorraad was toen juist door de brandweer gebracht en moest achterblijven omdat de brandweer al weer vertrokken was. De leden van de Sigma hebben daarna de situatie als onveilig beleefd. De meeste hulpverleners waren redelijk snel vertrokken, maar zij moesten de tent nog inpakken.

Bij aankomst in Miracle Planet bleek de Sigma uit Nijmegen reeds aanwezig te zijn en was er weinig werk voor de Sigma Twente. In overleg met het team Nijmegen en de aanwezige OvDG, is het team Twente rond 22.00 uur vertrokken met de afspraak om 2.00 uur de dienst over te nemen. Dit bleek later niet meer nodig. De aanhanger is achtergebleven bij Miracle Planet.

De Sigma uit de Regio Gelderland Zuid/Nijmegen maakte deel uit van de GNK uit die regio en is ingezet geweest op de locatie Miracle Planet. Voor de grote inzet van andere NRK-vrijwilligers wordt verwezen naar de rapportage van de IBR over bevolkingszorg.

13.4.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen

De Sigma maakt gebruik van een portofoon en een mobilfoon. De communicatie met de Twentse

Sigma verliep via de chauffeur, die vanuit zijn dagelijkse functie bij de A.A.D. Oost beter is getraind en bekend is met de GHOR-functionarissen. De communicatie vanuit de Sigma verloopt via de OvDG. Communicatie tussen Sigma en CPA is technisch niet gewaarborgd.

14 PSHO onder GHOR-omstandigheden

In het verlengde van de verantwoordelijkheid van de directeur van de GGD (conform de WGHR) voor de gehele geneeskundige hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen, is de organisatorische voorbereiding van nazorg aan slachtoffers één van de specifieke GHOR-taken. Het proces psychosociale hulpverlening is onder te verdelen in een acute fase, de opvangfase en de nazorgfase. De nazorgfase start na het sluiten van de opvangcentra. De opvang van de slachtoffers van de ramp en de opvangcentra komen aan de orde in de rapportage van de IBR.

14.1 PSHO Twente

In 1998 is door het GHOR-bureau van de GGD Twente een (concept-)procesplan psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHO) opgesteld, waarin de met de GGZ-instellingen gemaakte afspraken zijn vastgelegd.

Voor de organisatie van de Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en rampen (PSHO) voor de slachtoffers van de ramp en de uitvoering daarvan verwijzen we naar de deelrapportage Nazorg. Nazorg voor de eigen ingezette hulpverleners is een taak van iedere organisatie. De GHOR is verantwoordelijk voor de nazorg aan de leden van de GNK. Over de nazorg aan de hulpverleners wordt gerapporteerd in het rapport van de Arbeidsinspectie.

14.2 PSHO Regio IJssel-Vecht

De GGD Regio IJssel-Vecht heeft een overeenkomst met de RIAGG te Zwolle voor psychosociale nazorg. De RIAGG zet teams op met onder andere medewerkers van Slachtofferhulp. Deze nazorg is in principe alleen bedoeld voor medewerkers van de GNK. Op 13 mei 2000 is door de HSGA Regio IJssel-Vecht rond 19.00 uur contact opgenomen met de RIAGG. Dit in verband met de te plannen debriefing van de hulpverleners. Daarbij is afgesproken om een debriefing voor alle ingezette personeel, dus inclusief het ambulancepersoneel, te organiseren. Direct na terugkomst bij de CPA IJssel-Vecht heeft debriefing van alle ingezette medewerkers plaatsgevonden.

Als verbeterpunt is genoemd dat alle hulpverleningspartners eenzelfde contract afsluiten voor psychosociale nazorg. Daarmee kan voorkomen worden dat na een daadwerkelijke GHOR-inzet voor de opvang van hulpverleners ad hoc een beroep gedaan moet worden op een reeds maximaal ingezette organisatie.

15 Gewondennesten

De grootte van het rampterrein is mogelijk van invloed geweest op de veelheid aan gewondennesten. Op diverse plaatsen in en rondom het rampterrein zijn gewondennesten ontstaan, zowel spontaan als gepland. Voor een geografisch overzicht van de gewondennesten en relevante zorginstellingen verwijzen we naar bijlage 1. De politie is actief betrokken geweest bij het kiezen van een aantal locaties voor gewondennesten, zoals op de Stroinksbleekweg/Roomweg (melding band Regionaal Meldcentrum, RMC, van de politie 15.52 uur), de Hulstraat tegenover Wessels (melding 15.55 uur) en de Hulstraat/Voortsweg (melding 16.11 uur). Deze laatste twee meldingen betreffen waarschijnlijk dezelfde locatie (CBB-gebouw).

De politie heeft tevens verzocht om onder meer EHBO-verenigingen te informeren (RMC 15.52 uur). Vrijwilligers die zich meldden zijn naar de opvanglocaties verwezen.

15.1 CBB-gebouw

Op de CPA-band wordt om 16.04 uur melding gemaakt van 'gewonden, die in ieder geval allemaal zelf kunnen lopen' en waar 'particulieren van ons' hulp aan verlenen, maar die wel 'medische hulp' kunnen gebruiken. Dit betreft een locatie aan de Hulstraat tegenover het tankstation. De CPA-centralist geeft aan zorg te dragen voor hulp ter plaatse.

De operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening heeft nooit overwogen op de locatie CBB-gebouw (Hulstraat tegenover het tankstation) een gewondennest in te richten. De (gewonde) ambulanceverpleegkundige van de eerste ambulance had zich op zijn vlucht vanaf de plaats nabij het terrein van S.E. Fireworks ontfermd over een gewonde politieagente en was (onder andere) met haar via het Grolschterrein verder gevlucht. Op een bepaald moment kwamen zij politie tegen en zijn zij in de politieauto meegenomen. Even later dacht de verpleegkundige over de politiemobilofoon de (hem bekende) stem van de HSGA te horen met de mededeling dat bij het CBB-gebouw (Hulstraat/Voortsweg) een gewondennest zou worden ingericht.⁵ De politieauto bevond zich daar in de buurt. De ambulanceverpleegkundige verzocht de politie te stoppen en te assisteren met het klaarmaken van de locatie voor de aankomst van de GNK en de opvang van grote aantallen slachtoffers. Bij aankomst waren nog geen slachtoffers bij het CBB-gebouw aanwezig. Spontaan kwamen gewonden en andere slachtoffers. De ambulanceverpleegkundige is met de opvang gestart en heeft daartoe ook een aantal vrijwilligers ingezet, die zich ter plaatse meldden. Met zijn mobiele telefoon lukte het niet om contact te krijgen met de CPA. Eigen hulpverleningsmateriaal had hij niet. EHBO'ers zorgden voor de aanvoer van verbandmiddelen. Spontane hulp kwam onder andere van een langskomende verpleegkundige, EHBO'ers en vier huisartsen. Eén van de aanwezige politiefunctarissen registreerde de persoonsgegevens van de slachtoffers. Pas na geruime tijd lukte het de verpleegkundige om met een mobiele telefoon van één van de omstanders met de CPA in contact te komen. Dat was om 16.54 uur. Hij verzocht om bijstand van de OvDG en om ambulances. Op zijn verzoek om een Sigma werd afwijzend geantwoord, omdat de centralist niet wist waar zich op dat moment de Sigma bevond. Rond 16.55 uur adviseerde de CPA-centralist een zich spontaan meldende huisarts om naar het gewondennest bij het CBB-gebouw te gaan. Enige tijd later heeft een van de OvDG'en uit het rampterrein de locatie CBB-gebouw bezocht, samen met de toegevoegd medisch leider. De ambulanceverpleegkundige beschouwde dit als het begin van de daadwerkelijke opschaling en had moeite met het gebrek aan

⁵ De HSGA heeft niet via de politiemobilofoon gecommuniceerd.

communicatiemiddelen en het uitblijven van de komst van de GNK en het MMT. In de hectiek van de situatie is de OvDG niet toegekomen aan het effectueren van zijn toezeggingen voor ondersteuning aan de eerste verpleegkundige.

Voor het vervoer van (behandelde) gewonden vanaf deze locatie is door de politie zorggedragen door twee bussen van Connexxion in te zetten. De eerste (ongeveer vijftien) gewonden zijn op deze wijze vervoerd onder begeleiding van twee meegestuurde EHBO'ers. Ook zijn er gewonden per ambulance opgehaald en vervoerd. De MLRT bleek niet op de hoogte te zijn van de aanwezigheid van gewonden op deze locatie en evenmin van vervoer van gewonden vanaf deze locatie.

Na 18.00 uur kwam via de politie het bericht van ontploffingsgevaar van de Grolschfabriek en de noodzaak tot evacuatie van het gewondennest. Het Spartaveld aan de Kotkampweg werd als nieuwe locatie genoemd en de politie regelde vervoer middels twee bussen.

15.2 Nieuwe Weme

Bij deze locatie is een spontaan gewondennest ontstaan. Over de start daarvan zijn twee lezingen. Beide worden hier weergegeven. Duidelijk is dat het een zeer tijdelijk gewondennest is geweest, dat verplaatst is naar het Van Heekpark. Zowel zwaargewonden als lichtgewonden zijn in dit gewondennest opgevangen.

De chauffeur van de eerste ambulance geeft aan op zijn vlucht na de explosies bij de supermarkt de Nieuwe Weme te zijn gekomen. Hij vatte het plan op daar slachtoffers te verzamelen, zodat die later opgehaald konden worden. Terwijl hij daarmee bezig was, arriveerde een van de OvDG'en, met wie hij de zaken besproken heeft. Hij heeft zich bij de Nieuwe Weme actief met de hulpverlening bemoeid, totdat vanwege de risico's ter plaatse het gewondennest verplaatst is naar het Van Heekpark.

Het ambulanceteam van de tweede ambulance geeft aan na de ernstige explosie met de beschadigde ambulance naar de supermarkt De Nieuwe Weme te zijn gereden. Nadat de eigenaar een kleine brand had geblust, is het team gestart met het inrichten van een gewondennest. Zij maakten zich kenbaar door het blauwe zwaailicht. Op dat moment dachten zij in de hectiek niet aan het groene zwaailicht en evenmin aan het zich middels groene hesjes herkenbaar maken. Zij hadden voldoende geneeskundige hulpmiddelen. De gewonden kregen geen gewondenkaarten. Vanwege de drukte met de gewonden is niet gedacht aan overleg met andere hulpverlenende diensten. Toen de OvDG kwam, hebben zij om extra ambulances verzocht. Deze kwamen niet en bovendien werd de situatie te gevaarlijk. Vervolgens zijn zij met medeneming van de gewonden (een ernstig gewonde werd liggend in de ambulance vervoerd) uitgeweken naar het Van Heekpark.

15.3 Van Heekpark

Er ontstond een spontaan gewondennest op de hoek Hengelosestraat naast het Van Heekpark. De toegang tot het park via de Walhofstraat was afgesloten. Eén van de OvDG'en is gestart met de inrichting van het gewondennest in het Van Heekpark. Ook heeft de OvDG zorggedragen voor de opvang van de gewonden die van de locatie Nieuwe Weme afkwamen. Vanwege de nabijheid bij het rampterrein en de grootte van het Parkterrein konden alle typen slachtoffers (zowel gewonden als niet-gewonden) hier worden opgevangen. Naast de geplande en georganiseerde inzet van

⁶ een 'eerste ambulance' is herkenbaar middels groen zwaailicht en groene hesjes, zie bijlage 5.4

geneeskundige hulpverleners (zoals ambulancepersoneel, MMT en GNK) hebben diverse geneeskundige hulpverleners (onder wie een aantal huisartsen) zich spontaan gemeld op deze locatie. Mogelijk heeft dit, in samenhang met de grootte van park, ertoe geleid dat diverse hulpverleners (één van de huisartsen, lid van een MMT, OvDG, Duitse hulpverlener) zich als coördinerend verantwoordelijke op deze locatie hebben beschouwd. Mogelijk ook dat dit samenhang met de gevarieerde inzet. Het heeft de inhoud van de hulpverlening in ieder geval niet nadelig beïnvloed.

In het van Heekpark is een gewondentent opgezet, is triage van slachtoffers verricht, een eerste medische behandeling gegeven en zijn ook niet gewonde en lichtgewonde slachtoffers opgevangen. De geneeskundige keten heeft zich alleen gericht op de opvang van gewonde slachtoffers. Een van de aanwezige OvDG'en heeft zich ingezet voor de afvoer van behandelde slachtoffers en de gewondenregistratie. Voor de afvoer van patiënten zijn vooral bussen ingezet. Slachtoffers zouden per bus zijn vervoerd naar het ziekenhuis te Almelo, te Winterswijk en naar Gronau. Ambulances werden gereserveerd voor de nog verwachte ernstig gewonde slachtoffers.

Op deze locatie zijn ook Duitse hulpverleners ingezet. Onder meer vijftien Duitse chirurgen en anesthesiologen verzamelden zich bij Glanerbrug en zijn onder leiding van een Duitse 'Notarzt' ingezet in het Van Heekpark. Op een afgezet gedeelte in het park is een Duits gewondennest opgezet. In dit gewondennest zijn circa 150 T3 slachtoffers behandeld. Tevens is psychosociale hulp verleend.

De HSGA heeft om 15.50 uur verzocht om de helikopter van Rheine. Daarnaast zijn (zonder medeweten van de HSGA) zes Duitse helikopters ingezet met elk een arts en twee reddingswerkers aan boord. Deze helikopters hebben mensen en materiaal in het Van Heekpark afgeleverd en zijn op twee na weer vertrokken. Drie zijn naar de Vliegbasis Twenthe gegaan en één is naar zijn standplaats teruggekeerd. Vanuit Duitsland is een container met reddingseenheden (inclusief beademingssets) stand-by in Osnabrück gehouden. Communicatie geschiedde hoofdzakelijk per koerier (politie op motor).

Van een opdracht tot het verplaatsen van het gewondennest is nooit sprake geweest. Vanwege geruchten over een mogelijk explosiegevaar bij de Grolschfabriek heeft de leidinggevend politiefunctaris in het Van Heekpark overlegd met waarschijnlijk één van de OvDG'en. De vraag van de politie hoeveel tijd men nodig zou hebben om het noodhospitaal op te breken en te verplaatsen werd beantwoord met 'ongeveer een half uur'. De politie gaf aan daartoe de voorbereidingen te starten, zodra de opdracht zou komen. Iemand vanuit de geneeskundige kolom heeft daar echter niet op gewacht en het inpakken is gestart. Niet duidelijk is wie van de OvDG'en dat is geweest. De MLRT als hoogst verantwoordelijke geneeskundige functionaris op het rampterrein is in deze overweging noch vanuit de geneeskundige kolom, noch vanuit de politie gekend. Evenmin is zij geraadpleegd over de mogelijke volksgezondheidsrisico's van een eventuele explosie bij de Grolschfabriek. Tijdens het inpakken bleek geen daadwerkelijk risico bij de Grolschfabriek te bestaan. Vanuit het Zaustat zou toen zijn aangegeven de verplaatsing toch door te zetten om logistieke redenen, zoals ook de mogelijke landingsplaatsen voor helikopters op de andere locatie. Er waren toen zowel gewonde als niet gewonde slachtoffers van de ramp aanwezig op het terrein van het Van Heekpark. Pas op dat moment werd de MLRT geïnformeerd en heeft deze een onderhoud met de politie geregeld.

Bij de verplaatsing is het Zaustat naar Miracle Planet gegaan, evenals de MMT-leden, de aanwezige GNK (inclusief Sigma) en de Duitse hulpverleners. De MLRT is bij het rampterrein gebleven. Op de locatie Miracle Planet zijn door de Duitse hulpverleners acht behandel eenheden ingericht, waar echter nauwelijks slachtoffers zijn gezien.

Rond 23.00 uur was het Zaustat weer operationeel bij het rampterrein. In de dagen volgend op de ramp tot na de stille tocht, is het Zaustat aanwezig geweest bij het rampterrein. Aanvankelijk was zowel overdag als 's nachts het Zaustat bemand, later alleen overdag.

15.4 Revalidatiecentrum Het Roessingh

15.4.1 Preparatie

Revalidatiecentrum Het Roessingh beschikt op 13 mei 2000 over een actueel rampenplan, dat in de Bedrijfs hulperlenings (BHV-)structuur is opgenomen. Het rampenplan is gericht op een interne calamiteit. De taak van de directeur is conform de dagelijkse en is expliciet in het plan opgenomen. Deze taak bestaat uit het aanwezig zijn, de algehele leiding op zich nemen en het zorgdragen voor een goed lopende organisatie. Bij een ramp heeft het hoofd BHV de operationele leiding en voert regelmatig overleg met de directeur. Uit alle geledingen van de organisatie zijn werknemers opgeleid tot BHV-er. Voor de alarmering van de BHV wordt een 'telefoonboom' gehanteerd, waarbij mensen op hun huisadres worden opgebeld. Een BHV-er heeft een bereikbaarheidsdienst, maar geen beschikbaarheidsdienst. Uitgangspunt is dat de grote hoeveelheid inzetbare BHV-ers leidt tot een voldoende opkomst. Daarnaast zijn verpleegkundigen van de afdelingen getraind in bijvoorbeeld bluswerkzaamheden in afwachting van de komst van de BHV.

15.4.2 Op en na 13 mei

Het Roessingh bevindt zich in de nabijheid van het rampterrein en is direct getroffen door enerzijds de kracht van de explosies (onder meer veel glasschade) en inslaande brokstukken en anderzijds door brandende delen, die tot (een kleine) brand hebben geleid. Deze werd door de eigen medewerkers geblust. Het rampenplan is direct na de explosies in werking gesteld en de alarmering is conform plan verlopen. Het Roessingh is niet vanuit de rampenorganisatie gealarmeerd. Het lukte vanuit het Roessingh niet om telefonisch contact met de CPA of de brandweer te krijgen. Doordat op een bepaald moment twee politieagenten uit Hengelo vanuit de rampenstaf 'werden toegewezen' aan Het Roessingh werd men over de stand van zaken geïnformeerd. In het rampenplan van de instelling is het parkeerterrein opgenomen als verzamelplaats bij een eventuele evacuatie. Omdat in de berichtgeving sprake zou zijn van hernieuwd explosiegevaar is (tot tweemaal toe) besloten alle revalidanten te verzamelen. Vanwege het voorliggende scenario werd besloten dat het parkeerterrein buiten mogelijk te gevaarlijk was en is de sporthal gebruikt. Een daadwerkelijke evacuatie van Het Roessingh is niet aan de orde geweest.

Onder het aanwezige personeel en de revalidanten zijn slechts enkele lichtgewonden geweest, die goed in eigen huis te behandelen waren. Kort na de vuurwerkexplosies ontstond een spontane toeloop van slachtoffers vanuit de nabije omgeving. In totaal zijn tussen de dertig en vijftig slachtoffers gezien en behandeld. De verwondingen varieerden van kleine snijwonden tot hechtwonden en mogelijke fracturen. Alle slachtoffers zijn gezien op een geïmproviseerde SEH, deels door de eigen artsen en deels door twee huisartsen uit de buurt, die spontaan hun hulp aanboden. Er is geen registratie van gewonden verricht.

Het eerder genoemde politieteam heeft zorggedragen voor het vervoer van slachtoffers naar elders. Indien nodig is vervoer naar een ziekenhuis geregeld en anderen zijn waarschijnlijk naar opvanglocaties vervoerd. Of het politieteam een registratie van deze personen heeft verricht, is niet bekend. Men ging ervan uit dat de rampenorganisatie van het bestaan van het gewondennest op de hoogte was door informatie van de politie.

In de periode direct volgend op de ramp is een aantal mensen (meer permanent) opgevangen geweest in Het Roessingh omdat zij niet naar hun eigen woning terug konden keren. Deze

mensen zijn evenmin geregistreerd. Het is niet bekend of de rampenorganisatie van hun verblijfplaats op de hoogte was.

Onder de medewerkers van het revalidatiecentrum bevonden zich directe slachtoffers van de ramp. Bij nazorg van medewerkers is de recent (intern) opgestelde procedure 'schokkende werkervaringen medewerkers' gehanteerd. Naast een individueel traject zijn gezamenlijke bijeenkomsten belegd. Voor psychosociale nazorg aan de revalidanten is gekozen voor de reguliere teamstructuur (team van revalidatiearts, maatschappelijk werkende en verpleegkundige). Naar eventuele nazorg van familieleden was geen vraag. Het aanbod van revalidanten met fysieke beperkingen ten gevolge van opgelopen verwondingen blijkt minimaal te zijn en geen apart traject te vereisen.

15.4.3 Communicatie en verbindingen

De BHV-ers zijn bij een inzet herkenbaar door hesjes. Ze maken gebruik van een (intern) portfoonnetwerk. De directeur heeft geen portfoon maar kan ook intern gebruik maken van zijn mobiele telefoon. Daarnaast onderhield hij persoonlijk contact met het hoofd BHV.

Op 13 mei 2000 is rond 23.00 uur besloten tot gedeeltelijke afschaling van de inzet van de BHV. Vanaf 14 mei 2000 heeft het hoofd BHV zich regelmatig op de hoogte gesteld door zich naar de nabijgelegen garage Roeloffzen te begeven waar het Commando Rampterrein (CoRT) zich bevond en hij daar onder andere bij het Zaustat zijn vragen stelde. Die vragen hadden onder meer betrekking op de (weg)afzettingen en de asbestproblematiek.

Het gemis aan informatie richting het revalidatiecentrum is als storend ervaren.

15.5 Verzorgingshuis Dr. Ariënhuis

Op deze locatie heeft geen georganiseerde geneeskundige hulpverlening plaatsgevonden, maar zijn enkele gewonden behandeld. Daarnaast is opvang verleend aan bewoners uit het rampgebied. Over evacuatie is gesproken maar daar bleek geen noodzaak toe te bestaan.

15.6 Vliegbasis Twenthe

15.6.1 Algemeen

De militaire Vliegbasis Twenthe heeft een Gezondheidscentrum, waar naast defensieartsen onder andere door defensie opgeleide geneeskundige verzorgers werken. De medische sectie op de Vliegbasis bestaat uit 26 fulltime formatieplaatsen, waarvan drie artsen. In geval van eventuele krapte in de medische formatie wordt direct in Den Haag de benodigde aanvulling aangevraagd.

De Vliegbasis heeft een eigen (defensie) rampenplan voor het geval zich op de Vliegbasis een calamiteit of ramp voordoet. Naast het Calamiteitenplan Vliegbasis Enschede en Enschede Airport Twente (meest recente aanpassing januari 2000) bestaat het Rampen bestrijdingsplan Vliegbasis Twenthe (aangepast in augustus 1999). Deze plannen en de daarin opgenomen functies worden met grote regelmaat geoefend. Een beoordeling daarvan valt buiten het kader van het IGZ-onderzoek.

Over de eventuele inzet van de Vliegbasis bij een ramp in de omgeving zijn met de civiele dienst afspraken gemaakt. Een aanvraag voor een eventuele inzet verloopt dan via de OVD van de Vliegbasis. Deze OVD is gemandateerd tot het nemen van een beslissing. In de GHOR-structuur verloopt de officiële weg voor een dergelijke aanvraag via de Commissaris der Koningin (CdK) van Overijssel. De CdK dient vervolgens de aanvraag in bij de betreffende ministers.

Over de specifieke taken van de Vliegbasis Twenthe in geval van een verzoek om assistentie zijn voor de GHOR de volgende afspraken gemaakt:

- Hangar 9: het RIT kan afgeschermd haar werkzaamheden verrichten.
- Hangar 9: kan voor opvang voor lichtgewonde (T3) slachtoffers gebruikt worden.
- Behandelde slachtoffers kunnen in de filmzaal opgevangen worden.
- De Noaberschap (ruimte met recreatieve functie vliegbasispersoneel) kan voor de opvang van niet-gewonden gebruikt worden.
- Opvang van helikopters kan op de Vliegbasis gebeuren.
- Het depot geneesmiddelen kan gebruikt worden.
- Eventueel kan medische hulp op de plaats incident verleend worden door de inzet van een aanhanger met een buffervoorraad middelen voor de behandeling van circa 60 gewonden.
- Verlenen van logistieke ondersteuning.

15.6.2 Preparatie

Naast de besproken inzetafspraken is de Vliegbasis betrokken in het GHOR-oefenschema en wordt regelmatig van de faciliteiten van de Vliegbasis gebruik gemaakt voor GHOR-oefeningen. Bij alle GHOR-oefeningen doet altijd één van de drie ambulances van de Vliegbasis mee. De datum van de laatste oefening was ongeveer twee weken voor 13 mei 2000. De alarmeringsregeling/instructie interne opschaling van de medische sectie Vliegbasis wordt regelmatig geoefend. De alarmering verloopt via callmaxers. De communicatie met de CPA A.A.D. Oost is gewaarborgd via drie communicatiemiddelen: de mobilofoon, een telefonische verbinding en via het Nationale Noodnet. Alle telefonische verbindingen op de Vliegbasis verlopen via de centrale.

15.6.3 Op en na 13 mei

Op 13 mei 2000 heeft de HSGA tussen 15.30 en 16.00 uur de mondelinge aanvraag gedaan voor bijstand van de Vliegbasis Twenthe. Hierna zijn ook daadwerkelijke inzetvoorbereidingen getroffen op de Vliegbasis. De waarnemend directeur GGD/RGF heeft bij aankomst in het gemeentehuis van Enschede om circa 17.30 uur de burgemeester geïnformeerd, waarna deze direct het officiële verzoek naar de CdK heeft gedaan. Door het volgen van deze procedure is tijd gewonnen.

Op 13 mei 2000 is conform de afspraken op de Vliegbasis assistentie en geneeskundige hulp verleend en opvang van slachtoffers (zowel gewonde als niet-gewonde) verricht. In totaal zijn ongeveer zeventig gewonden opgevangen op de Vliegbasis, vrijwel allemaal T3-slachtoffers. Een aantal van de aangekondigde bussen met slachtoffers is vanwege een omleidingsroute nooit bij de Vliegbasis aangekomen, maar uitgeweken naar het Arke Stadion, de eerder genoemde locatie Miracle Planet. Alle gewonden zijn bij aankomst voorzien van een gewondenkaart. Twee personen hebben zich specifiek met de registratie beziggehouden.

Medische hulpmiddelen waren voldoende aanwezig. Medicatie eveneens, maar specifieke zaken (zoals bijvoorbeeld insuline) zijn door een apotheker geleverd.

Vanaf de Vliegbasis is contact onderhouden met de HSGA in het RCC. Direct contact met de CPA, het Zaustat of het AC-GGD vond niet plaats. Rond 23.00 uur is in overleg met de HSGA overgegaan tot afschaling tot de helft van het aanwezige geneeskundige personeel.

In overleg met de HSGA is de inzet van helikopters geregeld en de overnachting van de helikopterpiloten tot aan het vertrek op 14 mei 2000.

Conform de daartoe opgestelde plannen heeft men nazorg verleend aan het eigen Vliegbasis-personeel. Daarnaast heeft de GHOR aanvullende nazorg aangeboden. Hiervan is geen gebruik gemaakt.

Uit een interne evaluatie over de inzet van de Vliegbasis is de aanbeveling gekomen om de locaties voor opvang van lichtgewonde slachtoffers te scheiden van de locatie waar het RIT werkzaamheden verricht. Dit zal tot aanpassing van de procedure leiden.

15.7 Miracle Planet bij het Arke Stadion

De CGV in het Zaustat meldde om 18.39 uur aan de CPA dat het Van Heekpark ontruimd was en men met gewonden, Sigma en helikopters naar de locatie Miracle Planet vertrok.

De GNK uit de Regio Nijmegen is om circa 18.00 uur aangekomen op de aangewezen loodspost. Daar stonden veel ambulances en ambulancemedewerkers. De aanwezige OvDG gaf de GNK opdracht - in verband met ontploffingsgevaar - uit te wijken naar een nabijgelegen industrieterreintje. Na ongeveer dertig minuten wachten kreeg men de opdracht om onder politiebegeleiding naar Miracle Planet te vertrekken. Bij Miracle Planet aangekomen (rond 19.20 uur) trof men veel aanwezigen, zoals artsen, verpleegkundigen en Rode Kruismedewerkers. Er was geen OvDG aanwezig en coördinatie ontbrak. Om 19.37 uur meldde een ambulancemedewerker aan de CPA A.A.D. Oost dat 'veel geneeskundige hulpverleners klaar staan, alles gereed is voor medische interventie en er veel ambulances staan'. Hij gaf tevens aan dat er grote behoefte bestond aan informatie, communicatie en verbindingsmiddelen.

De OvDG Nijmegen nam de functie van OvDG ter plaatse op zich en startte met het organiseren van het geneeskundige deel van de hulpverlening. Korte tijd later arriveerde de OvDG van de A.A.D. Oost, werden afspraken gemaakt en telefoonnummers uitgewisseld. Door middel van een portofoon konden de beide OvDG'en contact houden.

Naast het eerder genoemde gemis aan coördinatie, zijn op deze locatie ook communicatieproblemen ervaren. Door het verplaatsen van het Zaustat was enige tijd geen communicatie mogelijk. Daarnaast ontstonden communicatieproblemen vanwege de plaats, waar het Zaustat bij Miracle Planet was opgesteld.

Met behulp van het GNK-materiaal werd een gewondennest ingericht ten behoeve van T1 en T2 slachtoffers. Dit gewondennest had de status van een noodhospitaal. Iedere brancard kreeg zijn eigen team artsen en verpleegkundigen. Ten behoeve van de opvang van T3-slachtoffers werd een EHBO-post ingericht, waarin huisartsen dienst namen. Het gewondennest Miracle Planet had capaciteit voor veel gewonden, maar uiteindelijk zijn hier naast vele T3-patiënten slechts vier T2-slachtoffers behandeld.

Alle slachtoffergebonden gegevens zijn geregistreerd. Deze gegevens zijn niet gebundeld en blijken niet meer terug te vinden.

Ten aanzien van de psychische opvang van slachtoffers heeft de OvDG naast de reeds aanwezige medewerkers van slachtofferhulp twee Mediant-medewerkers ter plaatse laten komen.

Het bericht tot afschalen kwam van de politie en is bij navraag bij de CPA A.A.D. Oost bevestigd. Rond 22.45 uur is aan het AC-GGD doorgegeven dat de op deze locatie 'opgevangen personen' naar de Diekmanhal vervoerd werden. Het Zaustat is rond 22.10 uur gaan inpakken bij de locatie Miracle Planet en was rond 23.00 uur weer operationeel bij het rampterrein, bij garage Roeloffzen op de Boddenkampsingel.

15.8 Bij het Spartastadion

Dit gewondennest is op aanwijzing van de politie tot stand gekomen. Omstreeks 17.30 uur is de kantine op verzoek van de politie ontruimd. Onder andere de hulpverleners die geëvacueerd waren

van het CBB-gebouw zijn hier ingezet. Tevens is de GNK uit de Regio IJssel-Vecht op deze locatie ingezet. Naast de materiele inzet kwam dit neer op de aanwezigheid van een MMT, een Sigma en twee ambulanceteams. Rond 18.30 uur was deze GNK aanwezig bij de loodspost bij het Avia-tankstation. Daar heeft men ruim een half uur gewacht op de opdracht om naar het Spartastadion te gaan. Rond 19.20 uur kwam de GNK daar aan met de opdracht een noodhospitaal in te richten. De aanwezige middelen waren ontoereikend voor dat doel. Men heeft deels geïmproviseerd en deels extra middelen bij een apotheek gehaald. De verwachting was dat nog op een redelijk aantal ernstig gewonden gerekend moest worden en dat het noodhospitaal dienst zou moeten doen om de capaciteit van de ziekenhuizen te vergroten. Ter plaatse waren Duitse hulpverleners aanwezig. Twee Duitse artsen zijn aan het MMT IJssel-Vecht toegevoegd.

De hulpverleners misten coördinatie ter plaatse in de persoon van een OvDG. Informatie kreeg men op verschillende manieren: via de radio en televisie in de kantine, door zelf met ziekenhuizen te bellen en van politiefunctionarissen die informatie verstrekten over de situatie bij het rampterrein. Per mobilofoon werd contact met het Zaustat onderhouden.

Er zijn geen ernstig gewonden geweest op deze locatie.

Een aantal ambulances was aanwezig voor eventueel vervoer van patiënten.

De afschaling en ontmanteling van het gewondennest bij het Spartastadion vond plaats op 14 mei 2000 om 1.10 uur.

15.9 Pathmoshal

Om 16.40 uur verzocht een van de OvDG'en bij het rampterrein de CPA A.A.D. Oost om een hal vrij te laten maken voor de opvang van lichtgewonden. De OvDG schatte op dat moment dat er honderden gewonden en een onbekend aantal doden zouden zijn. De CPA verzocht de politie om een hal te regelen. Om 16.44 uur meldde de centralist van de meldkamer van de politie dat de Pathmoshal wordt vrijgemaakt en zal worden ingeruimd voor de opvang van gewonden. De CPA-centralist gaf dit bericht vervolgens door aan de CGV in het Zaustat. Rond 17.17 uur verwees de CPA diverse hulpverleners naar de Pathmoshal, zoals een huisarts, een GGD-arts en ambulancechauffeurs. In het daarop volgende halfuur ontstond op diverse plaatsen het beeld dat in deze hal veel gewonden zijn opgevangen. Zo verzocht het ziekenhuis te Enschede de CPA om gewonden uit de Pathmoshal naar het ziekenhuis te sturen, waar op dat moment weinig gewonden waren. Om 17.50 en om 18.30 uur wordt aan de CPA gemeld dat in de Pathmoshal geen werkzaamheden zijn voor geneeskundige hulpverleners. De CPA-centralist geeft aan de Zaustat nogmaals de locatie van dit gewondennest door en verzekert de hulpverleners dat de gewonden zullen komen. Uiteindelijk zijn in deze hal alleen niet-gewonde slachtoffers opgevangen.

16 Huisartsen

16.1 Algemeen

In het GHOR-traject Twente waren ten tijde van de ramp nog geen inzetafspraken tot stand gekomen betreffende de huisartsgeneeskundige zorg. De huisartsen nemen middels een vertegenwoordiging vanuit de District Huisartsen Vereniging (DHV) deel aan de regionale projectgroep GHOR. In de planning is opgenomen dat in 2001 de taak van huisarts opgenomen moet zijn in het GHOR-organisatieplan.

16.2 Preparatie

De individuele huisartsen blijken nauwelijks op de hoogte te zijn van de structuur van de GHOR en van de operationele mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld de GNK en de GHOR-materiaalvoorziening. Ook zijn zij niet specifiek getraind voor een eventuele operationele inzet onder GHOR-omstandigheden.

In de periode voorafgaand aan de millenniumwisseling is zowel vanuit de IGZ als vanuit de GHOR de rol van de huisarts in een GHOR-traject benadrukt. In die periode is gebleken dat het niet eenvoudig is om met een grote groep zelfstandig werkende individuele zorgverleners tot sluitende, voor het collectief van de groep geldende afspraken te komen.

De vanaf 1 mei 2000 buiten kantooruren fungerende Centrale Huisartsenpost te Enschede (CHP-E) was ten tijde van de ramp nog onvoldoende bij het publiek bekend. Het functioneel zijn van de CHP-E was op 13 mei 2000 binnen de GHOR niet bekend. Bekendheid met de post was evenmin ingebed bij andere zorgverlenende instellingen. Ook de eigen CHP-E organisatie was niet voorbereid op een dergelijk grootschalig optreden. Zo zijn (conform de richtlijnen van de beroepsgroep) wel afspraken gemaakt over het inroosteren van een extra huisarts als achterwacht, maar bestond er geen rampenplan.

Uit centrale structuren voor huisartsgeneeskundige hulp (een zogenaamde centrale huisartsenpost) buiten kantooruren kan inzet van huisartsen in de directe hulpverlening tijdens en na een ramp gemobiliseerd worden, zowel ter ondersteuning van de geneeskundige hulpverleners op het rampterrein als ook in de opvanglocaties. Dit punt vergt landelijk nadere uitwerking.

16.3 Op en na 13 mei

Zowel in de stad als op de CHP-E waren de explosies hoorbaar. Dit heeft direct geleid tot een spontane inzet van zowel huisartsen als ook leiding vanuit de DHV voor de CHP-E. De huisartsen in Almelo waren later actief betrokken in de directe patiëntenzorg.

Vanuit de CHP-E is vrijwel direct een coördinatieteam opgezet. Dit bestond uit leden van het Bestuur van de CHP-E en de coördinator CHP-E. Vervolgens heeft men actief diensten aangeboden aan zowel het nabijgelegen ziekenhuis MST als aan de rampenorganisatie. Met grote inzet is (deels spontane) dagelijkse zorg verleend aan slachtoffers van de ramp.

Op het moment van de explosies waren nauwelijks patiënten op de CHP-E aanwezig. Slachtoffers van de ramp zijn de eerste uren niet gezien op de CHP-E. Pas later op de avond vonden patiënten hun weg naar de huisartsenpost. Vanuit de GHOR-organisatie is in aanvang geen gebruik gemaakt van het aanbod tot geneeskundige hulpverlening op de locatie van de CHP-E. Op zondag 14 mei 2000 zijn veel patiënten gezien op de post.

Huisartsen zijn op 13 mei 2000 deels door spontane aanmelding, deels op verzoek van de CHP-E ingezet bij de diverse gewondennesten en later ook in de opvanglocaties. Bij het vervoer hebben de huisartsen geen problemen ervaren. Volgens bestaande afspraken met de politie mogen zij namelijk onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van de busbaan. Bij eventuele afzettingen heeft de politie hen geassisteerd zodat zij konden doorrijden.

Bij de inzet van huisartsen elders in de stad was de benodigde inzet van huisartsen op de CHP-E gewaarborgd.

De normale structuur voor de telefonische achterwacht voor de CHP-E in nachturen (via de doktersdienst Eindhoven) is gedurende de eerste dagen verlaten. Een huisarts uit Enschede heeft in die periode alle inkomende telefoontjes beantwoord. Wegens de drukte op de CHP-E is zowel op zaterdagavond als op zondag een extra doktersassistente ingezet.

Op de locatie Van Heekpark waren diverse huisartsen betrokken bij de directe zorgverlening. Deze inzet was zowel spontaan als gecoördineerd vanuit de CHP-E. Vanaf de CHP-E hadden de huisartsen allerlei extra verbandmiddelen meegenomen. Hier bleek geen behoefte aan te zijn. De voorraad van de GNK was toereikend.

In het Van Heekpark waren zeer veel hulpverleners aanwezig. Een duidelijke coördinatie leek te ontbreken. Een van de huisartsen is toen gaan triëren. Ook een aantal andere hulpverleners deden triage van slachtoffers. De hoeveelheid patiënten was geringer dan men (zo dichtbij het rampterrein) verwachtte. Het wachten op 'wat nog zou gaan komen' is als belastend ervaren, omdat men vermoedde dat er nog veel ernstig gewonden zouden komen. Na de verplaatsing van het gewondennest naar de locatie Miracle Planet bleek de coördinatie te verbeteren. Ook daar bleef het aantal slachtoffers achter bij de verwachting en waren voldoende geneeskundige hulpverleners aanwezig. De huisartsen hebben in Miracle Planet een bijdrage geleverd in de opvang en directe psychosociale nazorg.

Het gebrek aan herkenbaarheid als huisarts (vooral richting de andere hulpverleners) is bij de inzet in onder meer de gewondennesten als een frustrerende factor ervaren.

Bij de behandeling van een aantal gewonden in het MST (de interne poli was tijdelijk als SEH ingericht) is niet aan de benodigde tetanusprofylaxe gedacht. Toen men dit ontdekte, zijn met de CHP-E afspraken gemaakt. Op zondag 14 mei 2000 is dan ook een aanzienlijk deel van de genoemde gewonden naar de CHP-E gekomen om alsnog de injectie te krijgen. Voor de logistiek rond de uitgifte van de vaccins heeft overleg plaatsgevonden met de nabij gelegen Centrum Apotheek. Voor het verkrijgen van relevante behandelgegevens van slachtoffers uit het rampgebied (zoals de juiste medicatiegeschiedenis) heeft men afspraken gemaakt met deze apotheek. Zo konden gegevens uit het registratiesysteem van de apotheek worden geraadpleegd ten behoeve van patiënten die hun juiste medicatie (type en/of dosis) niet kenden.

In de beide door de gemeente ingestelde opvanglocaties zijn huisartsen voor de geneeskundige hulpverlening ingezet. In de Pathmoshal bleken geen gewonden te zijn en was geen behoefte aan huisartsgeneeskundige inzet. In de Diekmanhal daarentegen werden reeds behandelde gewonden opgevangen. Er bestond daar een grote vraag naar huisartsgeneeskundige hulp. Zo beschikten slachtoffers niet meer over hun reguliere (veelal chronische) medicatie, waren bloedsuikercontroles nodig en ontstonden nieuwe medische problemen. Nieuwe gewonden vanaf het rampterrein zijn nauwelijks gezien.

In de Diekmanhal deed een afgescheiden ruimte dienst als wacht- en spreekkamer. Op deze manier was het voor patiënten mogelijk om onder vier ogen met een arts te spreken. In de praktijk fungeerde de EHBO-post in de Diekmanhal als het centrale meldpunt voor hulpverleners. Om

efficiënt met de Centrum Apotheek te kunnen communiceren, werd een fax geïnstalleerd. EHBO-ers reden naar de apotheek om door de huisarts voorgeschreven medicatie op te halen. Een (centrale) patiëntenregistratie is op deze locatie nauwelijks gevoerd.

Tot de nacht van 14 op 15 mei 2000 is permanent een huisarts aanwezig geweest in de Diekmanhal. Daarna was iedere huisarts aanspreekpunt voor zijn eigen daar verblijvende patiënten. Extra aandacht aan de slachtoffers is besteed door vanuit de CHP-E visites te rijden naar de hal.

De eerste twee dagen bleken medewerkers van Mediant niet eenvoudig te bereiken. De huisartsen hadden echter wel voldoende informatie van Mediant beschikbaar en zijn tevreden over de hulpverlening. Vanuit de CHP-E is met de coördinator van Mediant omtrent extra spreekuren rechtstreeks contact geweest. In de avond van 14 mei 2000 zijn de huisartsen te Enschede per fax geattendeerd op deze spreekuren van Mediant.

De CHP te Almelo is gevestigd op een locatie in het Twenteborg Ziekenhuis. De CHP heeft zelf geen directe rol gehad in de hulpverlening, maar is ingeschakeld door de naastgelegen SEH. Op het moment dat slachtoffers per bus werden binnengebracht was de SEH nog in afwachting van ernstig gewonden. De huisartsen hebben hulp verleend aan de lichtgewonden.

In de periode na de ramp hebben in het kader van nazorg verschillende bijeenkomsten plaatsgevonden voor de meest getroffen huisartsgroepen. Ook is nazorg aan de slachtoffers een onderwerp geweest voor de nascholing van zowel huisartsen als doktersassistenten. Tenslotte is het huisartsenregistratiesysteem uitgebreid met een aparte registratie ten behoeve van patiëntgebonden rampgerelateerde klachten. De afspraak is dat alle huisartsen in Enschede aan deze registratie meewerken.

16.4 Communicatie (intern/extern) en verbindingen

Communicatie van en naar de CHP-E verliep hoofdzakelijk per telefoon, zowel via het vaste als het mobiele netwerk. Alle betrokken huisartsen zijn mobiel bereikbaar en de nummers zijn bij de CHP-E bekend. In de aanvangsfase zijn problemen ervaren wegens overbelasting van het telefoonnet. Communicatie vanuit de CHP-E met de rampenorganisatie was niet goed mogelijk. Hierin speelden twee factoren een rol. Ten eerste was men onbekend met de structuur van de rampenorganisatie en ten tweede waren de juiste telefoonnummers niet bekend. In een later stadium vond geregeld telefonisch contact plaats met onder meer het AC-GGD over bijvoorbeeld de registratie van slachtoffers. De DHV heeft op aanvraag daartoe registratiegegevens verstrekt aan het CRIB.

In de gewondennesten communiceerden de huisartsen veelal mondeling of via hun eigen mobiele telefoons. Zij hadden niet de beschikking over portofoons.

De CHP-E heeft met het MST telefonisch contact onderhouden.

In de Diekmanhal verliep de communicatie mondeling. Portofoons waren niet aanwezig. De telefoon in de hal bleek niet te worden opgenomen. De huisartsen waren via hun eigen mobiele telefoon bereikbaar.

In verband met het te starten nazorgtraject en het gezondheidszorgonderzoek heeft de GGD overlegd met de DHV.

Tijdelijk is via het coördinatieteam van de CHP-E een aantal direct getroffen huisartsen voor de praktijkvoering elders ondergebracht. Vrijwel direct na de ramp zijn in overleg met KPN de

praktijktelefoonnummers doorgeschakeld zodat de bereikbaarheid van de getroffen praktijken gewaarborgd bleef. Voor één van de getroffen huisartsen duurt de tijdelijke praktijksituatie eind 2000 nog altijd voort.

17 Apotheken en medicatieverstrekking

De voorraad van de GNK bestaat uit specifieke genees- en verbandmiddelen voor hulpverlening op een rampterrein. Algemene middelen voor dagelijks gebruik zijn niet opgenomen. Anders dan in de periode van de millenniumvoorbereidingen is in de GHOR-structuur geen vaste plaats ingeruimd voor de continuïteit van de geneesmiddelen-verstrekking. Een apotheker uit Hengelo heeft op 13 mei 2000 zelf contact opgenomen met de CPA om zijn hulp aan te bieden. Via deze apotheker zijn geneesmiddelen verstrekt aan de Vliegbasis Twenthe en in de Diekmanhal ten behoeve van directe patiëntenzorg.

Ook zijn extra geneesmiddelen geleverd aan de gewondenlocatie in het Spartastadion voor de inrichting van het noodhospitaal.

Op het moment dat de bewoners van een hele woonwijk in Enschede geen toegang meer hadden tot hun eigen (dagelijkse benodigde) medicijnen bleek de toegang tot een apotheek van essentieel belang. In de eerste uren na de ramp bestond behoefte aan glucosemeters en (dagelijkse) medicatie. Bijkomend probleem was dat een aantal slachtoffers niet kon vertellen wat de juiste medicatie (type/dosering) was. De Centrum Apotheek te Enschede is als 24-uurs apotheek het eerste aanspreekpunt geweest voor farmaceutische hulp aan slachtoffers. Het geautomatiseerde systeem waar de meeste apotheken te Enschede op zijn aangesloten, bood via de Centrum Apotheek de mogelijkheid om per patiënt de medicatiegeschiedenis na te gaan en direct de juiste middelen in de juiste doseringen te verstrekken. Met de apotheken in en rondom het rampgebied bestond (nog) geen koppeling van de registratiesystemen. Aanvankelijk is dat opgelost door vanuit apotheek Deppenbroek (gelegen nabij het rampgebied) benodigde patiëntengegevens te faxen. Later is de elektronische koppeling tot stand gebracht. Op 14 mei 2000 is apotheek Deppenbroek extra open geweest. Besloten werd om slechts voor de eerste paar dagen medicatie te verstrekken. Daarnaast bestond een grote vraag naar alledaagse benodigdheden zoals lenzenvloeistof, babyvoeding en luiers.

De Centrum Apotheek heeft telefonisch contact gehad met het MST en met de CHP-E. Het contact met de CHP-E verliep grotendeels per fax om de telefoonlijnen zo veel mogelijk open te houden. De huisartsen uit de Diekmanhal hebben telefonisch en per fax contact onderhouden met de apotheek en de aangevraagde middelen werden per koerier (EHBO) opgehaald.

Door de afzettingen rond het rampterrein bleek de bereikbaarheid van de Centrum Apotheek een, overigens niet onoverkomelijk, knelpunt.

De grote vraag naar alledaagse medicatie heeft bij de Centrum Apotheek geleid tot een extra bestelling op 14 mei 2000 bij de groothandel. Ook is uit de voorraad van enkele andere apotheken geput. Een relatief tekort aan insulinepennen werd opgelost door wegwerppennen te verstrekken. Doordat het MST de Centrum Apotheek had ingelicht over de nog te geven tetanusprofylaxe, heeft de apotheek een extra bestelling bij de groothandel gedaan. De juiste voorraad was daardoor tijdig aanwezig.

Pas op 16 mei 2000 is telefonisch contact tot stand gekomen tussen de apotheek en de rampenorganisatie. Namen van slachtoffers uit het rampgebied zijn in verband met de vermistenlijst ter beschikking gesteld aan het CRIB.

18 Thuiszorg

De afgelopen jaren heeft een verschuiving opgetreden in de populatie die van thuiszorg afhankelijk is. De groep zogenaamde 'kwetsbaren' (zorgafhankelijke thuiswonenden) is toegenomen. De effecten van de explosies hadden direct gevolgen voor de werkzaamheden van de thuiszorgorganisatie. In de getroffen wijk woonden onder andere ouderen en chronisch zieken die op de Thuiszorg waren aangewezen voor huishoudelijke, verpleegkundige en/of verzorgende hulp. Als slachtoffers van de ramp waren deze mensen niet meer via het bij de thuiszorgorganisatie bekende adres te bereiken. Een deel van deze mensen was in dusdanig hoge mate verpleeg- en verzorgingsbehoefstig, dat daardoor risico's in de individuele patiëntenzorg zijn ontstaan. Het heeft de thuiszorgmedewerkers veel tijd gekost om de thuiszorgcliënten te traceren.

Voor communicatiedoeleinden maakt de Stichting Thuiszorg Enschede-Haaksbergen in reguliere omstandigheden gebruik van de meldkamer van de CPA A.A.D. Oost. Ten gevolge van de drukte door de ramp heeft de meldkamer van de A.A.D. Oost prioriteiten gesteld ten koste van de zorgverlening aan de thuiszorgorganisatie. Het gevolg hiervan was dat zowel thuiszorgmedewerkers als thuiszorgcliënten minder gebruik konden maken van het voor hen vertrouwde communicatiemedium. In hoeverre dit tot ongunstige gezondheidszorgeffecten heeft geleid, is niet bekend.

19 Enkele effecten van de vuurwerkcramp op andere zorgverlenende instanties

In de nabijheid van de getroffen wijk zijn verschillende zorgverlenende instanties en instellingen gevestigd. Zoals reeds in hoofdstuk 15 over de gewondennesten is beschreven, hebben slachtoffers van de ramp spontaan hulp gezocht bij deze instellingen. De instanties hadden deels een 'asielfunctie' en deels beantwoordden zij de direct medische vraag bij opgelopen letsels. Op diverse plaatsen vervulden bekende instellingen een dergelijke asielfunctie. Aan medische opvang bleek, waar het lichte verwondingen betrof, voldoende deskundigheid aanwezig. Daarnaast bestond er een spontane inzet van (onder andere) huisartsen, die zich bijvoorbeeld bij revalidatiecentrum Het Roessingh meldden. Zij verleenden geneeskundige assistentie en gingen vervolgens op pad om elders hun hulp aan te bieden. Op deze spontane locaties is echter geen registratie bijgehouden van gewonden of slachtoffers. Dit is als een knelpunt ervaren, want bij het verifiëren van de vermistenlijst kon geen beroep worden gedaan op deze locaties. Ook het hoofdbureau van politie vervulde een asielfunctie.

Een aantal directe effecten van de ramp heeft een nadelige invloed gehad op de geneeskundige zorg in en rondom de getroffen wijk. We beschrijven enkele van deze gevolgen. Zo was een aantal huisartspraktijken niet bereikbaar. Het was om deze reden aanvankelijk onmogelijk om toegang te krijgen tot de medische gegevens en vanuit deze praktijken patiëntenzorg te leveren. Een fysiotherapiepraktijk was niet bereikbaar en ontoegankelijk. Het gebouw van Mediant lag binnen het gebied dat niet toegankelijk was. Het (verzorgingshuis) dr. Ariënshuis had materiële schade en heeft opvang van ontheemden verzorgd. 't Bouwhuis, instelling voor verstandelijk gehandicapten, heeft cliënten die in de getroffen wijk woonden en heeft voor hen opvang moeten regelen.

Onder het geneeskundige en verzorgende personeel van instellingen bevonden zich slachtoffers. Dit was van invloed op de inzet van personeel, zowel in de directe periode na de ramp als langere tijd daarna.

De ketenbenadering van de GHOR

De GHOR is te beschouwen als een virtuele organisatie opgebouwd uit schakels van reguliere zorginstellingen, de zogenaamde ketenpartners. Omdat de GHOR zich bevindt op het raakvlak van het openbaar bestuur en de gezondheidszorg, zijn deze beide partijen nodig voor het resultaat. Een deel van de verantwoordelijkheid tot voorbereiding op uitvoerende taken berust bij de ketenpartners. Het GHOR-bestuur en de RGF zijn in beleidsmatige zin verantwoordelijk, onder meer voor organisatorische aspecten en het versterken van de regie op de geneeskundige keten. De verantwoordelijkheid van de RGF en het GHOR-bestuur strekt zich uit tot de kwaliteit van de afstemming in de keten. In hoeverre dit tevens de inhoudelijke kwaliteit van de hulpverlening door de afzonderlijke actoren betreft is landelijk nog in discussie. Daarnaast behouden de diverse ketenpartners uiteraard zowel inhoudelijke als ook proces-verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van inbreng binnen de GHOR vanuit hun organisatie.

Het landelijke project GHOR, dat eind 1999 is afgerond, heeft een impuls gegeven aan de GHOR-ontwikkelingen in de Regio Twente. In oktober 1999 is een nota 'Versterking GHOR in Twente' opgesteld dat enerzijds rapporteert over de in het project-GHOR bereikte resultaten en anderzijds door een 'beslispuntennota' aangeeft welke activiteiten resteren. Een van de conclusies van een (globale) risico-inventarisatie uit 1998 was, dat in de regio de gegarandeerde geneeskundige hulpverleningscapaciteit bij ongevallen en rampen (nog) niet was vastgelegd. Dit is als de doelstelling voor het project GHOR in Twente 2000+ opgenomen.⁷

Ketensamenwerking in Regionaal Geneeskundig Platform

In de Regio Twente is onder meer via het Regionaal Geneeskundig Platform op organisatorisch niveau overeenstemming bereikt over de uitgangspunten van de GHOR. Aan dit Platform nemen de diverse ketenpartners uit de gezondheidszorg deel. Zij hebben uitgesproken bereid te zijn om mee te werken aan het GHOR-traject. Alhoewel men eventuele knelpunten nog niet heeft geanalyseerd is men wel al van mening dat deze struikelblokken moeten worden aangepakt. De RGF is door de ketenpartners erkend als centraal aanspreekpunt. Een structurele deelname van de huisartsen aan het GHOR-traject was er op 13 mei 2000 nog niet. Dit heeft een daadwerkelijke inzet van de huisarts niet belemmerd. Op de diverse locaties hebben huisartsen hulp verleend. Deels kwam dit spontaan tot stand en deels door aansturing vanuit de CHP-E in overleg met het AC-GGD.

Apotheken waren tijdens de millenniumperiode vanuit de GHOR een aandachtspunt, maar zijn niet standaard in de GHOR-structuur opgenomen. Bij de gebeurtenissen te Enschede is gebleken dat apotheken een belangrijke rol kunnen vervullen bij zowel het verstrekken van verloren gegane dagelijkse medicatie en hulpmiddelen aan slachtoffers, als ook ten behoeve van de slachtofferregistratie van het CRIB.

⁷ uit: de nota Versterking GHOR in Twente, oktober 1999: 'Bestuurlijke vastlegging van het inzetniveau van de medische hulpdiensten op alle taakvelden in de veiligheidsketen, alsmede de concrete invulling en uitvoering van het vastgestelde niveau in samenhang met de andere operationele partners. Daaraan verbonden is het beschikbaar stellen van voldoende financiële middelen om invulling te kunnen geven aan het gewenste ambitieniveau. Draagvlak bij alle partners is en blijft essentieel.'

Een regionaal rampenplan uit 1997 heeft geleid tot een procedure GGH/RT, waarin geneeskundige sleutelfuncties tijdens een GHOR-inzet staan beschreven. De uitvoerende functionarissen kennen het bestaan van deze procedure, maar blijken slecht op de hoogte van de inhoud. Bovendien verwarren ze deze met een organisatieplan GHOR, dat nog in ontwikkeling is.

Preparatie op grote ongevallen en rampen

Bij een operationele GHOR-inzet is een veelheid aan geneeskundige instellingen en functionarissen betrokken. Voor alle actoren is adequate voorbereiding vereist. Hieraan is in de Regio Twente om diverse redenen maar ten dele invulling gegeven. Meerdere factoren zijn hier debet aan: de relatief korte periode sinds het project GHOR, te krappe formatie waardoor deelname aan GHOR-oefeningen is afgezegd (A.A.D. Oost), de veelheid aan functies waarin (één type van) functionarissen getraind moet worden (wachtdienststartsen), de veelheid aan functionarissen die voor één bepaalde functie getraind moeten worden (MMT's) en tenslotte de beschikbare formatie van de functionarissen die de oefeningen moeten voorbereiden.

Naast de GHOR heeft elke ketenpartner een eigen verantwoordelijkheid. In de praktijk kan dit bij een ketenpartner leiden tot een afweging van belangen en het stellen van prioriteiten. Zo heeft de A.A.D. Oost op 30 maart 2000 schriftelijk aangegeven niet deel te kunnen nemen aan de in voorbereiding zijnde multidisciplinaire oefeningen.

Naast voorbereiding op de eigen functie en het oefenen daarvan dienen ook combinaties van functies gezamenlijk geoefend te worden. Beide aspecten zijn in de regio Twente nog in ontwikkeling. Voor een nieuwe functie als OvDG zijn bijvoorbeeld wel de aangewezen functionarissen getraind, maar de implicaties van de inzet van deze OvDG zijn niet bekend bij alle andere GHOR-functionarissen. Dit geldt met name voor de MLRT. Een operationele inzet met OvDG én MLRT is nog niet geoefend. De genoemde onbekendheid heeft tot onduidelijkheid geleid in de uitwerking van verantwoordelijkheden.

Daarnaast is interdisciplinaire samenwerking tussen de gezondheidszorg, de politie en de brandweer essentieel. De stand van zaken daaromtrent in de regio Twente wordt besproken in de rapporten van de IBR. Met betrekking tot de GHOR-aspecten volstaat hier de mededeling dat aan monodisciplinaire aspecten van deze samenwerking ten dele aandacht was besteed. Specifieke multidisciplinaire aspecten van de samenwerking waren voor uitwerking en training voor 2001 gepland. Daarbij kan gedacht worden aan CTPI-trainingen.

Wat betreft de organisatorische en voorbereidende aspecten kunnen we stellen dat de virtuele GHOR-organisatie in de Regio Twente op 13 mei 2000 nog niet ten volle gereed was voor een daadwerkelijke grootschalige inzet.

Alarmering en opschaling

Aanvankelijk was vanuit een stand-by inzet van een ambulance bij een brand alleen sprake van een opschaling van de ambulanceorganisatie (2e ambulance en OvDG). Na de ernstige explosies werd de opschaling van de GHOR-organisatie vanuit de CPA A.A.D. Oost in gang gezet. Voor de alarmering werd een geautomatiseerd systeem gebruikt waarbij (van tevoren bepaalde) groepen sleutelfunctionarissen worden opgeroepen. Slechts een beperkt aantal van hen heeft de CPA gebeld voor nadere informatie. De meeste oproepen verliepen via een van tevoren afgesproken meldbericht. Dit systeem werd door een van de CPA-centralisten bediend en heeft adequaat gefunctioneerd. Door de benodigde tijdsduur per groepsalarmering (maximaal 45 seconden) ervoer de centralist deze procedure als tijdrovend. Omdat een terugkoppeling op ontvangst van een melding niet in het alarmeringssysteem zit, herhaalde de centralist na enige tijd een eerder gedane alarmering.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat de GHOR-alarmering volgens plan is verlopen en dat de noodzakelijke sleutelfunctionarissen snel inzetbaar waren. Verdere opschaling met inzet vanuit andere regio's is gedeeltelijk gelijktijdig gestart. Daarbij is uitgegaan van de eerste gegevens van ambulancemedewerkers die op het rampterrein aanwezig waren. Ook baseerde men zich op berichten van de regionale meldkamer van de brandweer over aantallen zwaargewonden (10 tot 20 zwaargewonden, CPA-band tussen 15.39 en 15.44 uur). De meldkamer van de politie (CPA-band 15.44 uur) vermeldde 100 gewonden. De meldingen van particulieren bij de CPA inzake slachtoffers droegen bij aan deze beeldvorming. Om 15.43 uur komt op de CPA-band zelfs het bericht 'misschien wel honderden doden' voor. Deze gegevens waren op dat moment niet of onvoldoende verifieerbaar, maar vormden de basis voor de grootschalige opschaling. Zo werd op verzoek van de HSGA de traumahelikopter uit Duitsland gealarmeerd en werden later ook de brandwondencentra gebeld.

De alarmering van de RGF via de GHOR is conform de afspraak verlopen. Nadat hij zich een eerste beeld had gevormd op de CPA en bij het RCC, heeft de RGF zich op 13 mei 2000 op eigen initiatief in Enschede gemeld. Op basis van de eerste indrukken is direct vanuit de GHOR het informele verzoek aan de Vliegbasis Twenthe gedaan tot opschaling. Conform de afspraken heeft de burgemeester, na geïnformeerd te zijn door de RGF, het formele verzoek gedaan, evenals het verzoek tot interregionale bijstand. Aan het verzoek tot bijstand op en na 13 mei 2000 is direct gehoor gegeven.

Communicatie en communicatieapparatuur

De MLRT heeft zich direct na aankomst bij het rampterrein gemeld bij het Zaustat en heeft direct met de aanwezige OvDG'en overlegd. Eén van hen is daarbij het aanspreekpunt voor de MLRT geworden. Om te communiceren zocht men elkaar op of werd de mobiele telefoon gebruikt. De mogelijkheid tot het inzetten van een GHOR-verbindingfunctionaris in de verbindingcommandowagen van de brandweer is niet gebruikt, hetgeen de communicatiemogelijkheden van de MLRT heeft belemmerd. De MLRT communiceerde niet met andere geneeskundige hulpverleners en heeft niet zelf contact gezocht met andere GGD-functionarissen. Rond 19.00 uur nam de HSGA telefonisch contact op met de MLRT voor een sitrap rampterrein. Pas daarna is structureel contact tussen de HSGA en de MLRT tot stand gekomen.

Op het rampterrein zijn beslissingen met grote gevolgen genomen. Met name wordt hier bedoeld op de ingezette verplaatsing van het gewondennest van het Van Heekpark naar de locatie Miracle Planet. Hiervan was de op dat moment op het rampterrein hoogst verantwoordelijke GHOR-persoon (de MLRT) niet op de hoogte. Deze gang van zaken geeft aan dat de commandostructuur bij de GHOR-functionarissen op het rampterrein onvoldoende helder was. Bij de overweging het gewondennest aan het Van Heekpark te verplaatsen (zie paragraaf 15.3) hebben de OvDG'en de MLRT kennelijk niet betrokken. Een verantwoordelijk politiefunctaris heeft ter inventarisatie gevraagd hoeveel tijd nodig zou zijn voor het eventueel evacueren van de aanwezige geneeskundige hulpverleners. Die vraag stelde hij vanwege een mogelijk risico op een ontploffing bij de Grolschfabriek. Op dat moment bestond echter geen directe reden om tot daadwerkelijke evacuatie over te gaan. Korte tijd later bleek inderdaad geen risico te bestaan. Een OvDG heeft na de vraag van de politie besloten tot het inpakken en verplaatsen, alhoewel daarvoor géén expliciete opdracht was verstrekt. Later heeft de CGV als aanvullende reden voor de verplaatsing de betere landingsmogelijkheden voor helikopters genoemd. De geneeskundige hulpverleners in het gewondennest (met name de MMT's) hebben de verplaatsing als storend en inbreuk makend op de gewondenopvang ervaren. Hulpverleners zonder eigen vervoer hadden daarnaast een probleem

om bij het Van Heekpark weg te komen. Op de nieuwe locatie moest alles opnieuw worden opgebouwd en zijn weinig gewonden gezien. De haakarmbak van de GNK Twente was kort voor de verplaatsing door de brandweer gebracht en moest nu wederom worden vervoerd. De Sigma uit Twente heeft zich vanwege de benodigde tijd voor het inpakken van de tent onveilig gevoeld in het Van Heekpark. Zij waren niet op de hoogte van het feit dat er geen explosiegevaar dreigde.

Bij aankomst op de andere locatie (Miracle Planet) bleek reeds een Sigma uit een andere regio (Gelderland Zuid) aanwezig te zijn. Er was geen behoefte aan hulp van de Sigma Twente. Aanvankelijk is afgesproken dat de leden van dit team zouden rusten tot 02.00 uur. Later bleek dat hun inzet helemaal niet meer nodig was.

Door de verplaatsing van het Zaustat was tot twee keer toe gedurende een bepaalde tijdsduur geen communicatie met het Zaustat mogelijk en verliep de communicatie via de CPA. De eerste keer (bij het verplaatsen naar Miracle Planet) vond bovendien ook geen registratie plaats van ambulancevervoer vanaf het rampterrein. Indien op dat moment nog sprake was geweest van een grote stroom gewonden vanuit het rampterrein, had de verplaatsing ook implicaties kunnen hebben voor de individuele zorg voor slachtoffers. De ene locatie werd afgebroken terwijl de andere locatie nog niet was opgebouwd.

Het heeft lang geduurd voordat de leidinggevendenden van de aanwezige hulpverleningsdiensten op het rampterrein onderling direct contact hadden. Toen dit uiteindelijk tot stand kwam, mondde dit uit in de geplande CTPI-structuur. In het rapport van de IBR wordt de algemene coördinatie op het rampterrein uitgebreid besproken. Voor nadere details wordt naar die rapportage verwezen. De MLRT heeft alle CTPI-contacten naar de HSGA teruggekoppeld. Niet duidelijk is waarom vanuit de GHOR de term CTPI gehandhaafd blijft, terwijl de structuur op het rampterrein een duidelijke overgang naar een Commando Rampterrein en het daaruit volgende CoRT te zien geeft. De MLRT kreeg niet direct de afschriften van de CTPI-verslagen uitgereikt, terwijl dit wel essentieel was. Mogelijk speelt ook hier het aspect van training een rol. Specifieke (multidisciplinaire) CTPI-trainingen waren in de periode 1995-2000 in Twente nog niet standaard in het oefenschema opgenomen. CTPI-procedures maakten wel deel uit van de multidisciplinaire oefeningen.

Het Zaustat biedt alleen ruimte aan de CGV's, die achter de meldtafel hun taken uitvoeren. Er is geen ruimte voor overleg of voor de opvang van bijvoorbeeld andere geneeskundige hulpverleners. Geneeskundige hulpverleners hebben nu veelal buiten het Zaustat op daar geplaatste stoelen in de open lucht gezeten. De MLRT bleek onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheid tot een werkplek in de verbindingscommandowagen van de brandweer. In de planmatige fase zouden afspraken moeten zijn gemaakt over een locatie op het rampterrein van waaruit aanwezige GHOR-medewerkers, zoals de MLRT en de OvDG, 'kantoor kunnen houden'. De MLRT had in feite alleen de eigen mobiele telefoon en het eigen schrift met aantekeningen. Voor communicatiedoeleinden buiten het rampterrein gebruikte de MLRT de fax in de bus van het KLPD. Pas na enkele dagen kreeg de MLRT vanuit de GHOR de beschikking over een laptop.

Het gedurende de eerste dagen op gescheiden locaties functioneren van het Beleidsteam (Enschede) en het Operationele team (Hengelo) heeft binnen de eigen geneeskundige kolom niet tot vertraging geleid bij de informatie-uitwisseling. De RGF zat te Enschede en de HSGA te Hengelo. Aanvankelijk was het AC-GGD in het gebouw van de regionale brandweer gevestigd. Hier bevond zich ook de HSGA in het RCC. Het AC-GGD heeft gebruik gemaakt van de logistieke ondersteuning van de brandweer, maar eigen communicatiemiddelen (in het begin) node gemist. Na afschaling van het RCC naar gemeentelijk niveau (16 mei) is op 17 mei 2000 het AC-GGD eveneens verhuisd vanaf de Westermaat en ondergebracht in het GGD-gebouw te Almelo. Daar

was inmiddels ook een informatietelefoonnummer geopend. Het AC-GGD heeft in hoofdzaak vraaggestuurd gewerkt. Het belang en de waarde van de ondersteunende functie is vanuit diverse kanten benadrukt. Alleen de RGF, die sitraps nodig had voorafgaand aan de vergaderingen van de GRS, moest soms wat lang op de gewenste informatie wachten. Dit kwam mede omdat bij diverse ziekenhuizen informatie moest worden opgevraagd die niet altijd direct beschikbaar was. Daarnaast heeft het AC-GGD met name voor de HSGA en de ziekenhuizen een duidelijke functie gehad.

Door het uitblijven van contact met de rampenorganisatie en door het verstoken blijven van informatie heeft revalidatiecentrum Het Roessingh zich direct na de explosies geïsoleerd gevoeld. Met name omdat het centrum slachtoffers opving terwijl er herhaaldelijk geruchten waren over explosiegevaar. Deels is aan de informatiebehoefte tegemoet gekomen door twee politieagenten die ondersteuning boden bij het vervoer van slachtoffers en dan ook informatie gaven over het rampterrein. Indien daadwerkelijk geëvacueerd had moeten worden, was de slechte bereikbaarheid een probleem geweest. Ook in de volgende dagen moest Het Roessingh steeds zelf achter informatie aan gaan, zoals bijvoorbeeld rond mogelijke asbestproblematiek.

Inzet en capaciteit personeel

In algemene zin valt te stellen dat de inzet van extra personeel in de acute fase mogelijk is voor alle zorginstellingen en zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren. Extra inzet bij langdurige opschaling of voor activiteiten in de nasleep van de ramp is veel moeizamer te realiseren.

Voor de functie RGF wordt door Twente nog niet deelgenomen aan een waarneemregeling voor Noord-Nederland. De RGF Regio IJssel-Vecht neemt wel deel aan die regeling. De HSGA's Twente hebben een waarneemregeling met de regio IJssel-Vecht. Andere bijstandsafspraken inzake de GHOR zijn niet gemaakt. Een belangrijk knelpunt van een grootschalige, langer durende GHOR-inzet blijkt voor de GGD te liggen in de capaciteit van de eigen organisatie. In de weken na de vuurwerkramp is het gebrek aan eigen capaciteit deels opgevangen door aflossing (onder andere RGF, HSGA) vanuit een andere regio en deels door uitstel van eigen GGD-taken. In de acute fase heeft het uitstel nauwelijks tot problemen geleid. De structurele nasleep aan extra taken voor de GGD ten gevolge van de ramp, interfereert echter met de eigenlijke taken vanwege de beperkte capaciteit. Als knelpunt op de lange termijn wordt hier het gezondheidszorgonderzoek genoemd, alhoewel nadere uitwerking daarvan buiten het kader van dit inspectieonderzoek valt.

Problemen die ervaren zijn bij de uitvoering van de HSGA-taken hadden betrekking op de continuïteit van de dienst. Er ontstond een spanningsveld tussen enerzijds vermoeidheid en anderzijds het belang om informatie over te dragen bij de aflossing van functionarissen. Binnen de GHOR bestaan geen vaste afspraken over inzet en aflossing van functionarissen bij een GHOR-inzet. Doordat op 13 mei 2000 aanvankelijk de beide HSGA's Twente als operationele functionarissen waren ingezet moest ten aanzien van de aflossing voor deze functie worden geïmproviseerd. In het huidige systeem lossen in het operationele team alle aanwezige (ook niet-GHOR) diensten vrijwel gelijktijdig de functionarissen af. De HSGA's pleiten voor een niet gelijktijdige aflossing.

Voor de inzet van functionarissen in beleids- en operationele teams van niet GGD-diensten (met name worden dan politie en brandweer genoemd) is aflossing uit andere regio's structureel in de planning opgenomen. Hierdoor worden minder problemen geconstateerd in de beschikbare personele capaciteit.

Alleen voor het AC-GGD waren van tevoren werktijden en aflostijden bepaald. Verder bestaat binnen de GGD geen omschreven structuur of procedure voor de verantwoordelijkheid ten aanzien van toezicht op maximale inzeturen of de aflossing van functionarissen. De RGF heeft de HSGA verzocht een aflosschema op te stellen, maar heeft dit niet geverifieerd.

In de functie wachtdienststarts is de 24-uurs beschikbaarheid van de GGD voor een aantal essentiële functies (onder meer infectieziektenbestrijding, forensische geneeskunde, MLRT, eerstelijns opvang milieu) gewaarborgd. De alarmering voor deze functie verloopt via de CPA. Alleen voor de functie forensische geneeskunde is een opkomsttijd bepaald. Een aantal GGD-artsen doet volgens rooster wachtdienst. Een structureel wachtdienstoverleg bestaat niet. Het eventueel tegelijkertijd vervullen van meerdere (wachtdienst)functies is niet in een procedure vastgelegd. Alleen voor de eerstelijns functie milieu bestaat een deskundige (telefonische) achterwacht. De dienstdoende wachtdienststarts heeft op 13 mei 2000 enkele uren na de inzet als MLRT zelf haar vervanging voor de reguliere wachtdiensttaken geregeld.

Registratie van gewonden en van GHOR werkproces

De registratie van getroffenen (licht en zwaar gewonden) liet tijdens de vuurwerkcramp te wensen over. Dit betreft zowel de geneeskundige (patiënten)registratie als registratie ten behoeve van het CRIB. Zich spontaan in het ziekenhuis meldende slachtoffers kunnen uiteraard niet reeds op het rampterrein geregistreerd zijn. Uit informatie van de ziekenhuizen blijkt echter dat ook per ambulance vervoerde slachtoffers niet in alle gevallen van een gewondenkaart voorzien waren. Dit wordt bevestigd uit informatie van het logboek Zaustat. Bij vervoer per ambulance was een regulier ambulanceformulier ingevuld met patiëntgegevens. Niet in alle gewondennesten is aandacht besteed aan de registratie van de gewonden waardoor het CRIB niet kon beschikken over de meest actuele situatie en geen overzicht had over het aantal vermisten. Daar waar wel ten behoeve van het CRIB is geregistreerd (CBB-gebouw, Miracle Planet) is de informatie niet op de juiste plaats terechtgekomen en verloren gegaan. Het Roessingh heeft geen registratie van gewonden verricht. Achteraf gaat Het Roessingh ervan uit dat de twee aanwezige politieagenten de slachtoffers geregistreerd hebben.

Binnen de GGD is (nog) geen format voor het vastleggen van gegevens binnen GHOR-verband. Uit eigen aantekeningen zijn achteraf een logboek Zaustat en een logboek MLRT samengesteld. De OvDG'en hebben evenmin registratie-instructies.

Medische Milieukunde functie GGD

De medisch milieukundige functie binnen de GGD is gericht op volksgezondheidsrisico's en is onder te verdelen in een eerste- en een tweedelijns functie. De laatste wordt door de MMK vervuld. De eerste opvang wordt door de eerstelijns functionaris gedaan. Buiten kantooruren wordt de eerstelijns taak milieu vervuld door de wachtdienststarts. De MMK heeft een taakondersteunende functie en kent een bereikbaarheids- maar geen beschikbaarheidsregeling. De verantwoordelijkheid voor het raadplegen van de MMK ligt bij de dienstdoende eerstelijns functionaris.

Gedurende kantooruren is voor de eerstelijns functie medische milieukunde bij de GGD Twente een sociaal-geneeskundige AGZ het aanspreekpunt. De huidige functionaris houdt zich reeds jaren bezig met de medische milieukunde, maar is daartoe niet volledig opgeleid. Bij de uitvoering van de eerstelijns milieutaken is tevens een sociaal-verpleegkundige betrokken. Wanneer de eerstelijns arts niet aanwezig is, worden voorkomende vragen eventueel door een collega beoordeeld. Daarnaast kan men altijd telefonisch de MMK raadplegen, waarmee de continuïteit van een deskundige achterwacht is gewaarborgd. Over het raadplegen van de MMK bestaan geen

vaste afspraken of protocollen. De totaal beschikbare ruimte voor medisch milieukundige taken bij de GGD (zowel eerste lijnstaken, formatie MMK en beschikbare tijd voor bij-/nascholing) staat onder druk, waardoor met name het bevorderen en onderhouden van de deskundigheid van de eerstelijns functionarissen in de knel is gekomen.

Buiten kantooruren doet de wachtdienst de eerste opvang van vragen of problemen op het terrein van de medische milieukunde. De deskundigheid van de wachtdienst voor de diverse functies (infectieziektenbestrijding, forensische geneeskunde, MLRT, eerstelijns opvang milieu) is niet vastgelegd en blijkt te variëren. De wachtdienst heeft evenmin vaste afspraken of protocollen voor het raadplegen of informeren van de MMK.

De inbedding van de MMK in de organisatorische structuur van de rampenorganisatie blijkt niet duidelijk te zijn. Landelijk hebben de MMK's daar al in 1999 aandacht voor gevraagd. Ten tijde van en na de ramp lijkt de rampenstaf maar ten dele gebruik te hebben gemaakt van de vakinhoudelijke kennis van de MMK's. Niet één maal is vanuit de GRS/BT of door de RGF direct advies aan de MMK gevraagd. Tijdens oefeningen in Twente wordt de MMK vanwege zijn deskundigheid wel betrokken. In andere regio's blijkt dat wisselend te zijn. Waarom de MMK nauwelijks als inhoudelijke kennisbron is ingezet, is niet geheel duidelijk. Ten dele kan dit samenhangen met de terugkoppeling van het coördinatieteam milieu in de GRS op dinsdagavond 16 mei 2000. De RGF beschouwde de mededelingen van de (externe) voorzitter van het milieuoverleg in de GRS als een terugkoppeling waarbij de inhoudelijke inbreng van de MMK was betrokken. Op dat moment had de RGF geen reden om de uitspraken bij de MMK te controleren of te verifiëren.

Uit de diverse inspectieonderzoeken komen knelpunten naar voren inzake de vereiste duidelijkheid van een te voeren asbestbeleid. De mogelijkheden van het instellen van een specifiek team ter advisering over alle milieukundige aspecten zouden nader onderzocht moeten worden. De landelijke structuur rond de infectieziektenbestrijding zou als voorbeeld genomen kunnen worden.

Inzet van Mobiel Medische Teams en GNK's

Op 13 mei 2000 zijn twee Mobiel Medische Team's (MMT's) uit de eigen regio ingezet. Daarnaast zijn op basis van de berichten vanuit het rampterrein ook MMT's uit diverse andere regio's ingeschakeld. De vroeg aanwezige MMT's zijn ingezet op de locatie Van Heekpark en hebben daar veel gewonden gezien, waarvan het grootste deel T3-slachtoffers. De MMT's die op de andere locaties zijn ingezet, zijn nauwelijks betrokken geweest bij patiëntenzorg.

De inzet van een MMT binnen het totaal van een GNK biedt door de aanwezigheid van GNK-ambulanceteams en de Sigma directe personele ondersteuning van de MMT-leden. Dit heeft ook positieve gevolgen voor de continuïteit van de geleverde zorg, een toereikende aanwezigheid van materiële middelen, en de inpassing binnen en communicatie met de operationele GHOR-organisatie.

Doordat niet voor iedere functionaris binnen een GNK dezelfde opkomsttijd geldt, kan vertraging ontstaan bij een operationele inzet. Daarnaast kan, mede vanwege reistijd van de gehele combinatie, het 'golden hour' niet benut worden wanneer een GNK uit een andere regio wordt ingezet. De inzet van MMT's is mede gericht op het optimaal benutten van het 'golden hour', om ernstig gewonden een geneeskundig optimale kans op overleving en herstel te bieden. Spoedvervoer van een MMT naar de plaats incident (met escorte van de politie) zou dan moeten

leiden tot directe doorleiding naar een plaats van operationele inzet in plaats van tot wachten op een loodspost.

Uit de gesprekken met leden van de MMT's kwam naar voren dat de inzet van de Sigma's zeer groot was, maar niet alle leden van de Sigma's even deskundig bleken. Met betrekking tot de GNK's blijkt nog geen uniformiteit in inzet te bestaan. Er was in de GNK-materiaalwagens voldoende materiaal aanwezig voor de basiswerkzaamheden van MMT en Sigma. De opdracht tot het opzetten van een noodhospitaal bleek voor een GNK moeilijk uitvoerbaar met de beschikbare middelen. Dit leidde tot veel benodigde improvisatie, die bij een eventuele patiëntenstroom tot problemen had kunnen leiden.

Op diverse locaties nabij het rampterrein zijn spontane en georganiseerde gewondennesten tot stand gekomen. Zowel de politie als de OvDG'en hebben een rol gehad in het bepalen van de locaties. Met name in de periode kort volgend op de explosies zijn veel slachtoffers opgevangen in de gewondennesten. Ook zijn veel slachtoffers vrijwel direct vervoerd in onder meer personenauto's, ambulances en door de politie geregelde bussen. Toen het Zaustat operationeel was bij het rampterrein waren al slachtoffers vervoerd. De grootte van het rampterrein was van invloed op het overzicht van het Zaustat op het gewondenvervoer.

Alleen op de geplande en georganiseerde locaties voor gewondennesten zijn GNK's en MMT's ingezet. Op diverse plaatsen zijn Duitse geneeskundige hulpverleners ingezet. Bij de CPA en de GHOR-functionarissen op het rampterrein waren diverse gewondennesten bekend. Zo stuurde de CPA huisartsen naar het gewondennest bij het CBB-gebouw, waar de MLRT pas na een verkenning van het rampterrein kennis van nam.

Een van de OvDG'en is gestart met de inrichting van het gewondennest Van Heekpark. Dit gewondennest heeft mede door de ligging nabij het rampterrein een belangrijke rol vervuld in de opvang. Bij de diverse gewondennesten zijn door de EHBO-ers ook niet-gewonde slachtoffers opgevangen.

Het gewondennest aan de noordoost hoek van het rampterrein (CBB-gebouw) is onder leiding van de verpleegkundige van de 'eerste ambulance' ontstaan. Wat deze verpleegkundige over de politiemobilfoon heeft gehoord, is niet duidelijk. De HSGA heeft nooit via de politiemobilfoon gecommuniceerd en er is nooit gesproken over het inrichten van een officieel gewondennest op deze locatie. Bij het CBB-gebouw is door deze verpleegkundige van de A.A.D. Oost met ondersteuning van de politie gestart met de voorbereidingen voor een gewondennest. De organisatie heeft dit initiatief echter niet bekrachtigd. Daardoor bleef voldoende facilitaire ondersteuning uit, waren er geen communicatiemiddelen, kwam er geen Sigma, geen GNK, etc. Een van de OvDG'en is bij een verkenning van het rampterrein bij het CBB-gebouw geweest. De verpleegkundige heeft de OvDG gevraagd om opschaling ter plaatse. Uit het antwoord heeft hij opgemaakt dat diverse GHOR-ondersteuning zou komen, maar de praktijk bleek anders. Vanwege mogelijk ontploffingsgevaar werd (na 18.00 uur) het gewondennest verplaatst naar het Spartaveld. Voor de aanwezigen regelde de politie vervoer in twee bussen.

Door de inzet van de Vliegbasis Twenthe kon snel gestart worden met opvang van gewonden en niet-gewonden aldaar. In de nacht van 13 op 14 mei 2000 hebben helikopterpiloten overnacht op de Vliegbasis. Daarnaast maakte ook het RIT gebruik van de faciliteiten.

Na verhuizing van het Van Heekpark naar de locatie Miracle Planet en van het CBB-gebouw naar het Spartastadion bleken er nog maar weinig gewonden in de (volledig beschikbare) gewondennesten te worden opgevangen. Op beide nieuwe gewondennest-locaties is een

noodhospitaal voorbereid. Op hetzelfde moment bleken eveneens nog weinig gewonden in de ziekenhuizen te komen. De hulpverleners op de diverse locaties waren toen hoofdzakelijk in afwachting van de (vermoedelijk ernstig) gewonden, die nog uit het rampgebied gered moesten worden. Het gemis aan informatie over wat zich op het rampterrein afspeelde, gaf onzekerheid bij de geneeskundige hulpverleners over hun nog benodigde inzet. Toen het gebied door de brandweer werd vrijgegeven en men het in vier ploegen doorzocht, werd echter duidelijk dat de kans klein was dat er nog gewonden gevonden zouden worden.

Gezien de aanvankelijke berichten uit het rampterrein en van de meldkamers van politie en brandweer is op de CPA A.A.D. Oost rekening gehouden met grote aantallen (ernstig gewonde) slachtoffers en mogelijk veel overledenen. Deze informatie was in de hectische beginfase niet verifieerbaar en heeft geleid tot enerzijds een grote GHOR-opschaling in de eigen regio en middels een verzoek tot bijstand bij de CPA IJssel-Vecht tot opschaling vanuit andere regio's. In de beginfase was omtrent de opschaling veelvuldig contact met de HSGA van de Regio IJssel-Vecht. Verificatie van de aanvankelijke verwachtingen middels het opvragen van situaties bleek (mede gezien de situatie op het rampterrein) niet goed mogelijk. Het hanteren van het aanvankelijke scenario heeft geleid tot adviezen aan ziekenhuizen om een hoge mate van opschaling te handhaven en rondom het rampterrein tot het inrichten van noodhospitaals. Dat terwijl vanaf het rampterrein rond 19.00 uur de patiëntenstroom duidelijk was afgenomen. Het gebrek aan informatie en verificatie heeft tot een langdurige opschaling geleid, waaraan geen directe behoefte meer was. Indien de verwachtingen van aantallen ernstig gewonden uit waren gekomen, was aan een grote opschaling wel daadwerkelijk behoefte geweest. De opgeroepen organisaties en hulpverleners hebben juist gehandeld door aan het verzoek tot inzet en opschaling direct gehoor te geven. Daarmee is kostbare tijd gewonnen.

Deel 3: Ziekenhuizen

Inhoudsopgave Deel 3: Ziekenhuizen

1	<i>Algemeen</i>	90
2	<i>Preparatie</i>	91
	2.1 Algemeen	91
	2.2 Preparatie van betrokken ziekenhuizen	91
	2.3 Onderdelen van rampenplannen	91
3	<i>Uitvoering</i>	93
	3.1 Bereikbaarheid en inzet	93
	3.2 Melding en vooraankondiging slachtoffers per ziekenhuis	93
	3.3 Aankomst slachtoffers MST	93
	3.4 Inzet MMT's	94
	3.5 Aantal slachtoffers en aard der verwondingen	94
	3.6 Rampenplan in werking	95
	3.7 Crisiscoördinatiecentra in de ziekenhuizen	95
	3.8 Crisisteam	95
	3.9 Beschikbaarheid	95
	3.9.1 Diensten en afdelingen	95
	3.9.2 Opvang familie en anderen	96
	3.9.3 Personeel	96
	3.9.4 Materiaal	97
	3.9.5 Medicijnen	97
4	<i>Communicatie</i>	98
	4.1 Intern	98
	4.2 Extern	98
	4.3 Verbindingen	98
5	<i>Registratie</i>	100
6	<i>Afschaling</i>	102
7	<i>Nazorg</i>	103
8	<i>Evaluatie</i>	104
9	<i>Ervaren knelpunten</i>	105

1 Algemeen

Alle ziekenhuizen in de regio Twente zijn betrokken geweest bij de geneeskundige hulpverlening aan de slachtoffers van de vuurwerkramp in Enschede op 13 mei 2000. Dit zijn het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede (de locaties Haaksbergerstraat, Ariënsplein en Oldenzaal), het Streekziekenhuis Midden Twente (SMT) in Hengelo en het Twenteborgziekenhuis in Almelo. Daarnaast heeft het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) in Winterswijk zijn rampenplan in werking gesteld en een aantal patiënten opgevangen.

Academische ziekenhuizen en brandwondencentra vanuit het gehele land boden hulp en ondersteuning aan. Naar het brandwondencentrum in Groningen is daadwerkelijk een slachtoffer vervoerd.

Het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft zich voor wat betreft de ziekenhuizen grotendeels beperkt tot de drie Twentse ziekenhuizen en het ziekenhuis in Winterswijk. De gegevensinventarisatie is op verschillende manieren uitgevoerd. Ten eerste heeft de IGZ schriftelijk relevante gegevens opgevraagd. Hierbij moet gedacht worden aan een feitenregistratie en eigen evaluatiegegevens van de ziekenhuizen. Deze informatie is aangevuld met gegevens uit interviews met de Raden van Bestuur van de drie ziekenhuizen en met hulpverleners die op 13 mei 2000 in actie zijn geweest. Voor deze interviews heeft de IGZ gebruik gemaakt van op elkaar afgestemde vragenlijsten.

Aan het Deventer Ziekenhuis en de Isalakliniek in Zwolle heeft de IGZ schriftelijk om informatie gevraagd over hun inzet op 13 mei 2000. Dit geldt ook voor het brandwondencentrum in Groningen. Het brandwondencentrum in Beverwijk voorzag de IGZ telefonisch van informatie.

2 Preparatie

2.1 Algemeen

Een goede voorbereiding is noodzakelijk om in geval van een ramp kwalitatief verantwoorde en efficiënte zorg te verlenen. Een rampenplan dient als kader voor deskundige en geoefende medewerkers. In dit plan staan taken en functies omschreven voor alle bij de (spoedeisende) hulpverlening bij een ramp betrokken medewerkers. Ziekenhuizen dienen over hun eigen rampenplannen te beschikken waarvan de inhoud richtinggevend is voor het handelen tijdens het in werking zijn van het plan. Een rampenplan voor een ziekenhuis bestaat uit een rampenopvangplan en een rampenevacuatieplan. Bij de ramp op 13 mei 2000 heeft, met uitzondering van revalidatie-instelling Het Roessingh, niet één van de betrokken ziekenhuizen gebruik gemaakt van een rampenevacuatieplan.

In 1999 hebben alle ziekenhuizen met het oog op de millenniumovergang hun rampenplannen geëvalueerd en geactualiseerd. Allerlei noodscenario's zijn geoefend en in de millenniumnacht is sprake geweest van een preventieve opschaling. De onderscheiden ziekenhuizen zijn in wisselende mate betrokken bij de ontwikkeling van het organisatieplan Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) van de regio Twente en bleken voor het merendeel onbekend met de GHOR-structuur.

Grootschalige oefeningen kosten veel geld en menskracht en blijven om die reden vrijwel overal achterwege. Wel vinden oefeningen op onderdelen plaats met een beperkte groep deelnemers.

2.2 Preparatie van betrokken ziekenhuizen

Op basis van het rampenplan, dat ook op 13 mei 2000 is uitgevoerd, organiseert men in Deventer iedere anderhalf jaar herhalingsoefeningen. Men controleert de bereikbaarheid van specialisten en andere medewerkers van het ziekenhuis. In de Isakliniek in Zwolle hanteert men het rampenplan dat ten behoeve van de millenniumovergang is aangepast. Ook het MST in Enschede beroept zich op het rampenplan dat met het oog op de millenniumperiode was aangescherpt. Voor de ramp van 13 mei 2000 is bovendien de uitgebreide millenniumversie van dit plan toegepast. Ten aanzien van de gewondenspreiding bij een dergelijke ramp, ontbraken echter nadere afspraken met omliggende ziekenhuizen.

Het rampenplan van het MST wordt op onderdelen geoefend. Dit geldt ook voor het plan van het Twenteborgziekenhuis in Almelo. In het SMT in Hengelo hebben de laatste jaren geen rampenoefeningen plaatsgevonden.

De taken beschreven in het rampenplan van het SKB in Winterswijk worden op onderdelen geoefend, echter niet organisatiebreed. Het ziekenhuisbudget laat dit niet toe. Wel wordt jaarlijks het rampenplan doorgenomen en zonodig aangepast.

2.3 Onderdelen van rampenplannen

Alle rampenplannen van de betrokken ziekenhuizen bevatten organisatorische en hiërarchische lijnen waarlangs de rampenorganisatie dient te functioneren. Taak- en functieomschrijvingen voor betrokken medewerkers zijn in de rampenplannen opgenomen.

Elk van de bezochte ziekenhuizen beschikt over een organigram met aanvullende reglementen voor de Raad van Bestuur en de medische staf. Ook taak- en functieomschrijvingen alsmede een bereikbaarheidsregeling voor de directieleden zijn hierin terug te vinden.

In het MST geldt een bereikbaarheidsregeling voor de clustermanagers. De Raad van Bestuur vervult daarbij in principe een achterwachtfunctie. Ook bestaat er een bereikbaarheidsregeling voor de bedrijfshulpverlening (BHV). De medewerkers van de BHV zijn per rooster van 12 mensen 24 uur per dag bereikbaar. Samen vormen zij het calamiteitenteam. Voor het dienstdoende lid (BHV) van het calamiteitenteam geldt een opkomsttijd van acht minuten. De BHV organisatie wordt opgeroepen in overleg met de externe functionaris van de brandweer. De opkomst BHV moet 50% zijn. Dit wordt geoefend. In het MST zijn ook de clustermanagers volgens rooster te allen tijde bereikbaar. Zij moeten binnen een redelijke tijd, ongeveer 30 minuten, aanwezig kunnen zijn.

In het SKB heeft bij toerbeurt ook één der managers een rampbereikbaarheidsdienst.

Alle rampenplannen voorzien in een alarmeringsregeling/instructie interne opschaling. Via deze regeling (telefoonboom) worden medewerkers op grond van hun functie binnen de rampenorganisatie opgeroepen. Deze medewerkers hebben slechts ten dele een piketregeling. De alarmeringsregeling heeft zonder uitzondering in alle ziekenhuizen goed gewerkt. De specifieke omstandigheden van de ramp in Enschede (explosie met veel rookvorming) droegen bij aan de spontane komst van veel medewerkers naar de ziekenhuizen.

3 Uitvoering

3.1 Bereikbaarheid en inzet

De ziekenhuizen in Twente en Winterswijk hebben de rampenplannen geheel of gedeeltelijk gevolgd. In het MST kwamen de eerste patiënten vrijwel gelijktijdig met de melding van de ramp binnen. Men heeft direct naar bevind van zaken gehandeld. In een later stadium, toen men het rampenplan er op nasloeg, bleek dat men conform het plan te werk was gegaan.

De directieleden die bereikbaarheidsdienst hadden, werden zonder uitzondering in de eerste uren na de ramp bereikt. Na hun komst vervulden ze hun functie binnen het crisisteam. De bedrijfshulpverleningsstructuur heeft met name in het MST een belangrijke rol gespeeld in de organisatie en logistiek van de hulpverlening. In de Twentse ziekenhuizen bleken, ten tijde van de ramp en vlak daarna, alle dienstdoende chirurgen operationeel aanwezig te zijn in de ziekenhuizen. Hoewel de hoofden SEH geen bereikbaarheidsdienst hebben, zijn zij toch goed bereikbaar. Op 13 mei 2000 zijn zij óf gewaarschuwd óf spontaan naar de ziekenhuizen gekomen. De verantwoordelijke functionarissen waren in voldoende mate bekend met de taken van de hoofden SEH, de medewerkers SEH en de (coördinerende) chirurgen, zoals deze staan beschreven in de rampenplannen. Deze kennis droeg bij aan een adequate uitoefening van hun functie.

3.2 Melding en vooraankondiging slachtoffers per ziekenhuis

Het MST in Enschede is niet vanuit de CPA gealarmeerd. Om ongeveer 15.35 uur bereikte de eerste melding van de explosie het MST via een anesthesie-assistent vanuit de stad. Hij belde de chirurg op de OK met de mededeling het rampenplan in werking te stellen vanwege een ontploffing bij de Grolschfabriek. De dienstdoende chirurg kwam direct in actie en stelde het rampenplan in werking. De anesthesioloog van het MST hoorde op de OK de explosie en begaf zich naar de SEH alwaar hij een ambulanceverpleegkundige tegen kwam, die hem verzocht mee te gaan. Dit vatte hij op als een oproep van de CPA om als Mobiel Medisch Team (MMT) in actie te komen en hij vertrok met een anesthesie-assistent kort na de explosies met de ambulance naar het Van Heekpark.

Ook het SMT in Hengelo werd door een eigen medewerker vanuit de stad op de hoogte gebracht van de ramp. De CPA verzocht de SEH van het SMT om ongeveer 15.40 uur om opschaling wegens een ramp als gevolg van een explosie.

De CPA gaf om 15.40 uur een melding aan de SEH van het Twenteborgziekenhuis in Almelo van een explosie in Enschede met veel gewonden. De chirurg stelde het rampenplan in werking en de telefoonboom werd gevolgd. De mogelijkheid van het uitrukken van een MMT werd besproken en de chirurg nam de coördinatie van de hulpverlening in het ziekenhuis op zich. Het SKB te Winterswijk kreeg van de CPA Twente de eerste melding binnen om 16.20 uur, na eerder al te zijn gewaarschuwd door een eigen medewerker vanuit Enschede.

3.3 Aankomst slachtoffers MST

In Enschede hebben veel slachtoffers zich spontaan en op eigen gelegenheid naar de drie locaties van het ziekenhuis begeven. Meestal betrof dit lichtgewonden met brand- en snijwonden. Van drie ernstig gewonde slachtoffers, waarvan de band van A.A.D. Oost melding maakt, is geen vooraankondiging ontvangen. Om 16.00 uur zijn 37 slachtoffers aangekomen op de SEH. Rond

17.00 uur heeft de SEH contact gehad met de CPA over het aantal te verwachten patiënten. Op dat moment kon daarvan nog geen inschatting worden gemaakt. Veel mensen hebben hulp gezocht bij de locatie Ariënsplein van het MST aangezien dit vanaf het rampterrein op de route lag. De coördinatie was daar in handen van de dienstdoend internist die later geassisteerd werd door de chef de clinique chirurgie.

3.4 Inzet MMT's

Vanuit het MST is direct na het bekend worden van de ramp een anesthesioloog met een anesthesie-assistent naar het Van Heekpark vertrokken. Binnen het Twenteborgziekenhuis werd om 15.40 uur het uitzenden van een MMT besproken waarbij de chirurg besloot de coördinatie op zich te nemen. De CPA heeft tussen 15.53 uur en 15.56 uur alle MMT's opgeroepen. Om 15.57 uur werd aan het Twenteborgziekenhuis gevraagd om de inzet van een MMT bij de Deurningerstraat. Via de politie zou het MMT worden opgehaald. Het MMT van het Twenteborgziekenhuis arriveerde om 16.40 uur in het Van Heekpark.

Daarnaast is in het Van Heekpark een crashteam ingezet vanuit Deventer. Het crashteam kwam daar rond 17.00 uur aan. De inzet van het MMT komt nader aan de orde in het rapportdeel 2 GHOR paragraaf 13.

3.5 Aantal slachtoffers en aard der verwondingen

Totaal heeft men in het MST (inclusief de locatie Oldenzaal) 433 patiënten behandeld, van wie 67 zijn opgenomen. Alle ernstig gewonden konden direct worden behandeld. De lichtgewonden hebben wel enige tijd op hun behandeling moeten wachten.

De drie ernstig gewonde slachtoffers (categorie T₁) waren vóór 16.00 uur in het ziekenhuis en hadden respectievelijk schedelletsel, open buikletsel (leverruptuur) en een miltruptuur met een armfractuur.

In het SMT in Hengelo zijn drie T₁- slachtoffers zonder vooraankondiging in meerdere ambulances binnengekomen. Zij konden direct worden behandeld. Eén ervan had een verbrijzeld been en is direct geopereerd. Een ander leed aan een inhalatietrauma en is op de IC opgenomen. Het derde slachtoffer is met cardiale klachten op de verpleegafdeling opgenomen. Veel lichtgewonden zijn met eigen vervoer naar Hengelo gekomen. Totaal heeft men in het SMT tien tot vijftien slachtoffers behandeld van de categorie T₁, tien slachtoffers van de categorie T₂ en 30 tot 35 slachtoffers uit categorie T₃.

Het Twenteborgziekenhuis kreeg om 16.40 uur twee maal een vooraankondiging van een bus met lichtgewonde slachtoffers. De eerste grote bus met ongeveer 25 slachtoffers kwam aan rond 17.00 uur. De tweede bus is nooit aangekomen. Op hetzelfde tijdstip van 16.40 uur kondigde de CPA de komst van zeven zwaargewonden en vier middelzwaar gewonden aan. Ook deze slachtoffers zijn niet aangekomen.

De 25 slachtoffers uit de bus waren allen T₃ slachtoffers en konden op de SEH, de Centrale Huisartsen Post en in het verrichtingencentrum van het ziekenhuis behandeld worden. Deels werden zij in de Twentezaal opgevangen.

Het SKB ontving van de CPA om ca. 16.50 uur de vooraankondiging van een bus met 40-50 slachtoffers, onder wie zwaargewonden. Om 18.10 uur arriveerde de bus, waarin slechts zes lichtgewonden zaten. Tot ieders verbazing waren zij reeds behandeld in een veldhospitaal. Men heeft deze slachtoffers opgevangen en psychische hulp verleend totdat duidelijk was naar welk opvangadres zij gebracht konden worden.

3.6 Rampenplan in werking

In alle betrokken ziekenhuizen is vrijwel onmiddellijk na de eerste melding van de ramp het rampenplan in werking gesteld. Dit gebeurde op verschillende manieren. In sommige gevallen werd hiertoe concreet opdracht gegeven door de daartoe volgens het rampenplan aangewezen functionaris. In andere instellingen waren het de receptionisten die de alarmeringsregeling startten of gaven andere acties aanleiding om het rampenplan uit te voeren. Bij een latere toetsing van de feitelijke gang van zaken aan de inhoud van het rampenplan kwamen geen grote discrepanties aan het licht.

3.7 Crisiscoördinatiecentra in de ziekenhuizen

Het was in elk ziekenhuis duidelijk waar het interne crisiscoördinatiecentrum gevestigd was. Helaas bleek niet in alle gevallen dat de gekozen locatie ook de gunstigste was. Qua plaats en aanwezigheid van communicatieapparatuur lieten sommige crisiscoördinatiecentra te wensen over.

Het crisiscoördinatiecentrum van het Twenteborgziekenhuis bleek voor sommige leden van het crisisteam niet de geschikte locatie om overzicht te houden over met name de gebeurtenissen op de SEH. Als gevolg hiervan verlieten zij hun post in het centrum en zwierven door het ziekenhuis. Dit maakte hen moeilijk traceerbaar.

In het SMT was het centrum gevestigd in de bespreekruimte van de afdeling radiologie. Deze locatie bleek te afgelegen en men verplaatste het centrum naar een dagverblijf en een patiëntenkamer. Binnen 10 minuten beschikte dit nieuwe crisiscoördinatiecentrum over telefoon- en faxlijnen en een televisie om de ontwikkelingen op het rampterrein te kunnen volgen. Een noodnetaansluiting was hier niet aanwezig.

3.8 Crisisteam

De crisisteams van de ziekenhuizen stonden onder leiding van de Directeur Patiëntenzorg of van een lid van de Raad van Bestuur. Elk crisisteam bestond in ieder geval uit de volgende leden: vertegenwoordigers van de medisch specialisten, verpleegkundig management, bedrijfshulpverlening, technische en facilitaire dienst en soms ook personeelszaken. De crisisteams functioneerden in het ene ziekenhuis nadrukkelijker als team dan in het andere. Uiteraard bleek het crisisteam in het MST van groot belang gezien de locatie van het MST ten opzichte van de ramp en de daar beschikbare expertise op het terrein van de traumazorg. Naast het onderhouden van interne contacten, werd er gecommuniceerd met externe functionarissen en de pers.

3.9 Beschikbaarheid

3.9.1 Diensten en afdelingen

In alle ziekenhuizen lag op de SEH de coördinatie in handen van de dienstdoend chirurg die hetzij de triage op zich nam, hetzij zorg droeg voor de afstemming met zijn collega's wanneer gelijktijdig geopereerd moest worden. Op het moment van de ramp en de aankondiging van de komst van slachtoffers waren de operatiekamers in de ziekenhuizen in bedrijf en beschikbaar. Ook op de IC-afdelingen bestond voldoende capaciteit om patiënten op te nemen. De capaciteit werd maximaal opgeschaald. In het MST is één reeds op de IC opgenomen patiënt uit voorzorg naar het Academisch Ziekenhuis Groningen overgeplaatst. Vanuit het land werd aangeboden 'reguliere'

IC-patiënten over te nemen. Dit aanbod is weliswaar overwogen maar niet aangenomen omdat de CPA geen ambulances aan het rampterrein wilde onttrekken. Ook elders op verpleegafdelingen kon voldoende capaciteit worden vrijgemaakt. Direct op de zaterdag van de ramp is een aantal electieve ingrepen voor de navolgende week afgezegd, mede met het oog op de krapte van de IC-bedden.

Slachtoffers meldden zich ook op de locatie aan het Ariënsplein, waar geen SEH is, maar waar de interne noodopvang geschikt gemaakt werd voor het verlenen van eerste hulp aan lichtgewonden. Deze opvang stond onder leiding van de dienstdoende internist.

In de Deventer ziekenhuizen was een complete afdeling vrijgemaakt voor slachtoffers en men beschikte over zeker vijf beademingsplaatsen. De Isakliniek in Zwolle had onbeperkte capaciteit voor T₃-slachtoffers en vier IC-bedden beschikbaar voor T₁- slachtoffers.

Van de tien beschikbare IC-bedden in het SKB te Winterswijk, waaronder twee beademingsplaatsen, heeft men geen gebruik hoeven te maken.

Ook andere ziekenhuizen in de regio hadden een dubbele bezetting aanwezig voor de opvang van slachtoffers. De brandwondencentra van Beverwijk, Groningen en Rotterdam hebben bedden vrijgemaakt voor brandwondenpatiënten. Op verzoek van de Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG) zijn via de leidinggevende 'Notarzt' (LNA) uit Duitsland om 17.20 uur de naburige Duitse ziekenhuizen verzocht traumatologische en brandwonden-bedden beschikbaar te stellen. Reeds om 17.38 uur ontving de OvDG het bericht dat in de ziekenhuizen van Ahaus, Steinfurt-Borghorst, Gronau en Ochtrup 233 bedden beschikbaar waren, waarvan veertien IC-bedden, negentien bedden voor volwassen brandwonden-slachtoffers en vijftien bedden voor kinderen met brandwonden. Om 18.35 uur zijn acht slachtoffers in Duitse ambulances naar het ziekenhuis in Gronau vertrokken.

3.9.2 Opvang familie en anderen

Voor de opvang van familie en ontheemden is in het MST vrijwel direct na het binnenstromen van gewonden en familieleden het zogenaamde Bruin Café opengesteld, waar mensen konden verblijven en waar de catering verzorgd werd door de medewerkers van de keuken van het ziekenhuis. Ook de journalisten en eventueel ambulancepersoneel werden hier ontvangen en van koffie en thee voorzien.

In het Twenteborgziekenhuis in Almelo is om 16.00 uur een vergaderzaal, de Twentezaal, in gebruik genomen voor de opvang van niet-gewonden of al behandelde lichtgewonden. Ook vond hier de administratie van de binnengekomen slachtoffers plaats. Een kinderarts was aanwezig en voerde een medische controle uit bij iedereen die de zaal verliet.

In het SMT in Hengelo is eveneens een vergaderzaal, de A. Schweitzerzaal, in gebruik genomen als een mini-hospitaal waar kleine letsels werden behandeld en waar mensen werden opgevangen. Dit centrum stond onder leiding van een chirurg. Ook andere specialisten en huisartsen boden hulp in de A. Schweitzerzaal.

3.9.3 Personeel

In het weekend van de ramp is voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig geweest. Daarbij was het mogelijk om personeel van andere, niet direct met SEH-activiteiten verwante afdelingen, in te zetten. Door de ruime aanwezigheid van personeel in het rampweekend was de bezetting in het MST gedurende de week na de ramp redelijk krap. Dit gold zowel voor het personeel op de IC als op andere afdelingen.

Een aantal medewerkers was zelf direct getroffen door de ramp en daarom niet in staat de werkzaamheden na het weekend te hervatten. Van de personeelsleden van het MST zijn vijftien personen dakloos geworden. Daarnaast hebben velen familie of kennissen verloren.

Op zondag arriveerde in het MST (Enschede) wederom een grote stroom patiënten. Dit waren lichtgewonde slachtoffers die alsnog kwamen en al behandelde slachtoffers die voor controle kwamen. De personele bezetting leverde daarbij geen probleem. Door het grote aanbod van medewerkers was het namelijk zaterdag al mogelijk geweest een rooster voor het weekeinde te maken voor met name de SEH, de OK en de chirurgische afdelingen.

In het SKB te Winterswijk waren twee volledige OK-teams paraat en was extra verpleegkundig-, röntgen- en laboratoriumpersoneel in huis. Vrijwel de gehele medische staf was aanwezig, maar heeft niets te doen gehad. Men heeft het MST aangeboden om personeel te leveren voor de aflossing. Dit was niet nodig.

3.9.4 Materiaal

In alle ziekenhuizen was voldoende materiaal beschikbaar. In het MST heeft men uit voorzorg extra middelen aangevoerd.

3.9.5 Medicijnen

Medicijnen waren voldoende aanwezig. In het MST is de (ziekenhuis)apotheker in huis gekomen en voor extra (thuis)medicatie konden de slachtoffers bij de nabijgelegen Centrum Apotheek terecht.

Op de locatie Ariënsplein van het MST heeft men op de interne opvang, waar ook eerste hulp werd verleend, verzuimd tetanusvaccins toe te dienen. Dit als gevolg van onbekendheid met de materie. Het bleek onduidelijk of het toedienen van het tetanusvaccin binnen 24 dan wel 48 uur moest gebeuren. Op zondag heeft men alsnog aan 78 patiënten in het MST en aan een aantal patiënten op de Centrale Huisartsenpost Enschede (CHP-E) het tetanusvaccin toegediend.

4 Communicatie

4.1 Intern

Intern waren in alle betrokken ziekenhuizen crisisteam operationeel. Deze teams ontvingen relevante informatie van buiten en verspreidden deze vervolgens naar de desbetreffende afdelingen of functionarissen. Niet iedereen was echter op ieder moment even goed bekend met de taken van de crisisteam en volgde zijn eigen inzichten. Dit had tot gevolg dat bijvoorbeeld leden van het crisisteam van hun taken afweken, niet op hun in het rampenplan vastgestelde plek aanwezig waren en dát gingen doen waar zij hun prioriteiten zagen. Dit maakte hen soms onvindbaar voor anderen.

4.2 Extern

Bij twee ziekenhuizen was de eerste melding van de ramp met de vooraankondiging van slachtoffers afkomstig van de CPA. Zoals reeds eerder vermeld, geldt dit niet voor het MST, het ziekenhuis waar de meeste slachtoffers zijn behandeld. Ook de andere ziekenhuizen hebben spaarzaam contact gehad met de CPA. Herhaaldelijk is door de ziekenhuizen geprobeerd informatie te verkrijgen over de komst van slachtoffers. De hectische eerste uren, de onbekendheid over de precieze omvang van de ramp en het aantal nog te verwachten gewonden, maakte het de CPA echter onmogelijk om tijdig en adequaat de ziekenhuizen te informeren. De ziekenhuizen hebben contact gehad met het Actiecentrum GGD (AC-GGD) over de beschikbare capaciteit in de ziekenhuizen. Met andere centra en functionarissen, zoals het Regionaal Coördinatie Centrum (RCC), de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) en de directeur GGD heeft vanuit de ziekenhuizen geen communicatie plaats gevonden.

Onderling hebben met name de chirurgen uit de Twentse ziekenhuizen regelmatig afstemmend contact gehad.

Niet overal waren de juiste telefoonnummers van de rampenorganisatie aanwezig en bekend. Indien dat wel het geval was, bleek de rampenorganisatie niet bereikbaar te zijn. Geen enkel ziekenhuis heeft van het noodnet gebruik gemaakt.

Door gebrek aan informatie van buiten heeft men in de ziekenhuizen lange tijd in onzekerheid verkeerd over het aantal en de aard van de slachtoffers. Medische teams stonden werkeloos te wachten op aanbod van gewonden. Een door de CPA Doetinchem aan Winterswijk aangemeld verkeersslachtoffer is op verzoek van het SKB naar het Slingelandziekenhuis in Doetinchem gebracht omdat men alle capaciteit beschikbaar wilde houden voor de slachtoffers van de vuurwerkcramp. Deze kwamen echter niet.

4.3 Verbindingen

Intern

Het oproepen van functionarissen met bereikbaarheidsdiensten verloopt via een afgesproken structuur. Ook de volgorde van de te kiezen elektronische telecommunicatiemiddelen ligt vast. In één geval is men hiervan afgeweken. Als gevolg hiervan kon een directeur pas later worden bereikt. In plaats van hem, zoals voorgeschreven, per semafoon op te roepen, heeft men hem thuis proberen te bereiken en trof daar het antwoordapparaat. Intern communiceerde men via de normale telefoonlijn, de mobiele telefoon en via portofoons. Dit heeft nergens tot problemen geleid.

Extern

In het MST was direct na de ramp geen communicatie met de buitenwereld en met de rampenorganisatie mogelijk. Later onderzoek heeft geen storing aan het vaste telefoonnet van het ziekenhuis aan het licht gebracht. Het mobiele net is op verschillende tijdstippen overbelast geweest, waardoor men medewerkers pas later kon bereiken.

5 Registratie

Het grootste deel van de gewonden is op eigen initiatief gekomen en was op het rampterrein niet voorzien van een gewondenkaart. Ook de ernstig gewonde slachtoffers die per ambulance werden binnen gebracht, droegen geen gewondenkaarten.

MST

In het MST zijn de slachtoffers grotendeels bij binnenkomst geregistreerd, voor een deel ook achteraf. Het ziekenhuis heeft een intern systeem voor registratie bij rampen, waarbij 100 noodstatussen klaar liggen. De eerste patiënten met geringe letsels zijn in de wachtkamer behandeld. Het is mogelijk dat hiervan een onbekend aantal niet is geregistreerd. In het ziekenhuis is een centraal registratiepunt ingericht en vandaar uit zijn gegevens verstrekt aan het centrale registratiepunt op het gemeentehuis. Vanaf 18.30 uur namen twee politiefunctionarissen deel aan de crisisteambesprekingen. Zij ontvingen de personalia van de behandelde slachtoffers ten behoeve van het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB).

Twenteborgziekenhuis

In het Twenteborgziekenhuis is eerst op de reguliere wijze geadministreerd. Toen de grote bus kwam, was daar eigenlijk geen tijd meer voor, want men verwachtte nog steeds zeven zwaargewonden. Een aantal slachtoffers kreeg een gewondenkaart om de hals met daarop gegevens. Bij een deel van de patiënten gebeurde dit later. Het avond/nachthoofd, heeft later een lijst gemaakt van alle binnengekomen slachtoffers en om 23.30 uur waren alle gegevens compleet en in de computer ingevoerd. Er is ook geregistreerd waar mensen na behandeling naar toe gingen. Het ziekenhuis beschikte over een volledige administratie van de mensen die voor controle terug zouden komen. Waarschijnlijk heeft men niemand gemist. De personalia van de slachtoffers zijn aan de politie doorgegeven. De medewerkers van de SEH hebben hun eigen patiëntenregistratie uitgevoerd. Deze gegevens worden in het ziekenhuis bewaard.

SMT

Bij aankomst in het SMT te Hengelo kregen sommige slachtoffers een nummer. Van anderen werden naam, adres en woonplaats geregistreerd op ponskaartjes met een dumminummer. Men had een doos met 30 nummers en armbandjes. Achteraf moest nog vrij veel geregistreerd worden, maar uiteindelijk zijn de gegevens van alle patiënten vastgelegd.

De personalia van de slachtoffers zijn later op de avond per fax op lijsten doorgegeven aan de politie. Vooraf heeft het SMT over de personalia van slachtoffers frequent contact gehad met de brandweer. Aanleiding hiertoe was de vermissing van brandweerlieden.

SKB

Ook de patiënten die in het SKB zijn opgevangen en die reeds behandeld waren, droegen geen gewondenkaart. Zij zijn in het registratiesysteem van het ziekenhuis opgenomen. Er is gebruik gemaakt van noodstatussen, genummerde armbandjes en ponsplaatjes. De personalia van de patiënten zijn meerdere malen doorgegeven aan het crisiscentrum in Hengelo en aan het MST. Toch kwamen op zondag nog mensen naar het ziekenhuis op zoek naar informatie over vermisten.

6 Afschaling

MST

In het MST heeft men met de afschaling gewacht totdat van de gewondennesten geen slachtoffers meer kwamen. Rond 22.00 uur heeft men contact gehad met de rampenorganisatie over de afschaling. Om ongeveer 22.45 uur heeft het laatste crisisoverleg in het ziekenhuis plaatsgevonden. Om 23.00 uur heeft het crisisteam, na overleg met de CPA, de beslissing tot afschaling genomen. Er is op dat moment aandacht besteed aan de roostering van de medewerkers voor de volgende dag. Op de volgende dagen heeft men gewerkt met een dubbele bezetting op de OK en de SEH. De weekendcapaciteit op de IC (drie medewerkers minder dan normaal) is aangepast met extra personeel.

Twenteborgziekenhuis

In het Twenteborgziekenhuis had men om 20.00 uur contact met het AC-GGD over afschaling. Men adviseerde nog niet af te schalen omdat men nog in onzekerheid was of nog slachtoffers gevonden zouden worden.

Om 21.30 uur kon op advies van het AC-GGD de paraatheid naar beneden en werd met afschaling begonnen. Het normale niveau werd rond 0.30 uur bereikt.

SMT

In het SMT heeft de directeur de beslissing tot afschaling genomen om ongeveer 19.30 uur. Hierover was geen contact met de rampenorganisatie. Het crisisteam is om 22.45 uur opgeheven.

SKB

In het SKB heeft men veel te lang een te hoge alarmfase gehanteerd. Men had veel eerder kunnen afschalen. De dienstdoende chirurg heeft om 18.45 uur contact opgenomen met de medisch coördinator van het MST. Men adviseerde om paraat te blijven. Om 19.15 uur volgde contact met de CPA. Als gevolg van de dreigende ontploffing van de Grolschfabriek stagneerde het slachtoffervervoer en vroeg men paraat te blijven. Deze mededeling werd herhaald om 20.50 uur. Om 21.10 uur was er weer contact met de medisch coördinator van het MST en op grond van de hieruit verkregen informatie is men begonnen met afschaling. Om 22.10 uur hoorde men van de CPA dat in Enschede reeds was afgeschaald en volgde volledige afschaling in het SKB. Na bericht van de CPA A.A.D. Oost aan de CPA IJssel-Vecht heeft deze de ziekenhuizen elders in het land gemeld dat zij konden afschalen.

7 Nazorg

Onder de medewerkers van het MST bevonden zich directe slachtoffers van de ramp en daarnaast waren er veel medewerkers met slachtoffers in hun nabije omgeving. Het MST beschikt over een structuur voor de opvang en begeleiding van getraumatiseerde medewerkers. Deze structuur is in werking gezet en tevens is professionele hulp ingeroepen. Een ziekenhuisbrede bijeenkomst is georganiseerd om gezamenlijk te kunnen napraten. Een langdurig traject ter begeleiding van individuele medewerkers is opgezet in samenwerking met de Arbodienst van het ziekenhuis. Ook in het Twenteborgziekenhuis bleek een grote behoefte aan een vorm van nazorg. In een aantal sessies is de ramp en de hulpverlening met inbreng van een psychiater en een psycholoog besproken. De overige ziekenhuizen hebben in mindere mate actieve nazorg hoeven te geven aan de betrokken medewerkers.

8 Evaluatie

In alle direct betrokken ziekenhuizen zijn de acties in het weekend van 13 mei 2000 intern geëvalueerd en in alle gevallen heeft de evaluatie geleid tot aanscherping, aanvulling en verbetering van de rampenopvangplannen. Zo bestaat er nu een betere registratie en een meer gestroomlijnd verloop van de patiëntenstromen.

De medische acties zijn op 1 november 2000 in een traumatologiebespreking van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie geëvalueerd. Ten aanzien van de evaluatie van de externe contacten in de keten van de hulpverlening wordt gewacht op de door de GGD te starten GHOR-evaluatie.

9 Ervaren knelpunten

Een door elk ziekenhuis ervaren knelpunt was de onbereikbaarheid van de rampenorganisatie. De ziekenhuizen werden vanuit de rampenstaven niet of nauwelijks gevoed met wezenlijke informatie over de te verwachten patiëntenstroom. Dit was gedurende de gehele rampperiode op 13 mei 2000 het geval. Ook informatie over de situatie op het rampterrein, in de gewondennesten en in het veldhospitaal kwam maar spaarzaam binnen.

De beslissing tot afschaling heeft men slechts deels na overleg met de CPA genomen. De beslissing is veelal naar eigen inzicht genomen. Het RCC is hierbij niet betrokken geweest. Aangegeven werd dat men in de planning van de inzet van mensen en middelen informatie miste om de werkzaamheden goed te kunnen uitvoeren. De medische behandeling van de aangeboden slachtoffers heeft hier echter niet onder geleden.

Deel 4: Ambulancezorg

Inhoudsopgave Deel 4: Ambulancezorg

1	<i>Inleiding</i>	111
2	<i>De ambulancevoorzieningen in de regio's Twente en IJssel-Vecht</i>	113
	2.1 Inleiding	113
	2.2 Organisatie Alarmerings- en Ambulancedienst Oost	113
	2.3 Organisatie RAV IJssel-Vecht	115
3	<i>Vorbereidingen op een grootschalige inzet</i>	117
	3.1 Inleiding	117
	3.2 Bevindingen voorbereidingen op de grootschalige inzet op 13 mei 2000	119
	3.2.1 A.A.D. Oost	119
	3.2.2 RAV IJssel-Vecht	127
4	<i>Uitvoering van de grootschalige inzet 13 mei 2000</i>	129
	4.1 Alarmering, opschaling en afschaling geneeskundige hulpverlening	129
	4.1.1 CPA A.A.D. Oost	129
	4.1.2 CPA IJssel-Vecht	133
	4.2 Ambulancezorg ter plaatse en in de regio	134
	4.2.1 Inleiding	134
	4.2.2 Eerste ambulance	135
	4.2.3 Tweede ambulance	135
	4.2.4 OvDG'en Van Heekpark	136
	4.2.5 Zaustat	137
	4.2.6 Loodsposten	138
	4.2.7 Continuïteit reguliere ambulance zorg in de regio Twente	138
5	<i>Communicatie</i>	141
	5.1 Inleiding	141
	5.2 A.A.D. Oost	141
	5.3 RAV IJssel-Vecht	144
6	<i>Nazorg</i>	146
	6.1 Inleiding	146
	6.2 A.A.D. Oost	146
	6.3 RAV IJssel-Vecht	147

1 Inleiding

‘Ambulancezorg is de zorg die in opdracht van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) beroepsmatig of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of slachtoffer 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’⁸. De CPA is belast met de coördinatie van de ambulancezorg en bepaalt de toegang tot de ambulancezorg.

De ambulancezorg is een essentiële schakel in het systeem van de spoedeisende medische hulpverlening. De ambulance is doorgaans als eerste ter plaatse. Van de ambulancehulpverlener wordt verwacht dat deze een snelle en nauwkeurige inschatting kan maken van de conditie van het slachtoffer, het slachtoffer kan stabiliseren, gereed kan maken voor transport en kan transporteren naar het juiste ziekenhuis.

De spoedeisende medische hulpverlening vormt de basis voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR). Wanneer zich een ramp voordoet, zullen de parate ambulances als eerste door de CPA naar de plaats van de ramp worden gedirigeerd en aanvangen met de spoedeisende medische hulpverlening. Tegelijkertijd zal de CPA, onder meer op basis van de gegevens van de ambulance die als eerste ter plaatse is, de opschaling van de geneeskundige hulpverleningsketen⁹ in gang zetten. Deze opschaling begint bij de normale, kleinschalige hulpverleningsketen en wordt aangepast aan de omvang van het aantal slachtoffers.

Zodra is vastgesteld dat sprake is van een ramp, treedt een speciale gezagsstructuur in werking. De directeur van de GGD, respectievelijk RGF, is vanaf dat moment eindverantwoordelijk voor het gehele proces van de geneeskundige hulpverlening. De CPA en de ambulancediensten komen daarbij onder zijn gezag en fungeren als één van de schakels binnen de geneeskundige hulpverleningsketen.

De ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben zich in 1997 op het standpunt gesteld dat, onafhankelijk van het type ramp, de geboden geneeskundige hulpverlening aan een groot aantal slachtoffers tegelijkertijd van dezelfde kwaliteit dient te zijn als die aan één slachtoffer (nota ‘Met zorg verbonden’).

Bovenstaande betekent dat tijdens een ramp hoge eisen worden gesteld aan de CPA en aan de parate ambulancediensten.

Tijdens de vuurwerkramp was de ambulancezorg één van de schakels in de geneeskundige hulpverleningsketen. In het navolgende rapportdeel wordt de verleende ambulancezorg nader belicht. De indeling van dit rapportdeel is als volgt.

In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van de ambulancevoorzieningen in de regio’s Twente en IJssel-Vecht, die tijdens de vuurwerkramp een belangrijke rol hebben gespeeld.

Hoofdstuk 3 beschrijft de wijze waarop deze voorzieningen zich op de eigen rol tijdens een

⁸ uit: nota ‘Met zorg verbonden’, VWS 1997

⁹ De geneeskundige hulpverleningsketen is de keten van samenhangende en georganiseerde medische en paramedische handelingen vanaf het opsporen van de gewonden, tot het moment dat verdere behandeling in een ziekenhuis niet meer nodig is. uit: Handboek geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, min. WVC okt. 1990

grootschalige inzet hebben voorbereid. In hoofdstuk 4 en 5 worden de bevindingen betreffende de uitvoering van ambulancezorg tijdens de vuurwerkramp beschreven. Deze uitvoering strekt zich uit van alarmering, opschaling en afschaling tot de ambulancezorg ter plaatse (hoofdstuk 4) en de communicatie (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 worden enkele aspecten rond de nazorg aan de hulpverleners belicht.

2 De ambulancevoorzieningen in de regio's Twente en IJssel-Vecht

2.1 Inleiding

Enschede bevindt zich in de verzorgingsregio van de Alarmerings- en Ambulancedienst Oost (de A.A.D. Oost) te Hengelo. De A.A.D. Oost voert zowel CPA-taken als ambulancetaken uit. De CPA heeft de gehele regio Twente als verzorgingsgebied, de Ambulancedienst van de A.A.D. Oost is met de Ambulancedienst Diepemaat B.V. te Haaksbergen verantwoordelijk voor de ambulancezorg in de regio Twente. De beide ambulancediensten werken nauw samen; het is de bedoeling dat de A.A.D. Oost en Ambulancedienst Diepemaat binnen afzienbare tijd tezamen de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Twente oprichten. In afwachting hiervan kan Ambulancedienst Diepemaat B.V. reeds worden beschouwd als een uitvoeringsorganisatie van de A.A.D. Oost.

Het verzorgingsgebied van de CPA van de A.A.D. Oost wordt aan de noordzijde begrensd door de CPA regio IJssel-Vecht, aan de zuidwest zijde door de CPA regio Stedendriehoek en aan de Zuid-Oostzijde door de CPA regio Achterhoek.

Tijdens en na de periode van de vuurwerkcramp hebben ambulancediensten en CPA's uit het hele land¹⁰ en uit Duitsland hulp en/of bijstand verleend. Precieze aantallen zijn hierover niet te geven aangezien niet alle CPA's en ambulancediensten hun deelname hebben gemeld. Voor zover de gegevens strekken, hebben ongeveer 25 ambulancediensten met ca. 140 ambulances tijdens en na de vuurwerkcramp hulp geboden. Daarbij is de grootste inzet geleverd door de A.A.D. Oost, inclusief de Ambulancedienst Diepemaat B.V. en de RAV IJssel-Vecht te Zwolle, waarbij de rol van de RAV IJssel-Vecht voornamelijk neerkwam op het verlenen van bijstand aan de A.A.D. Oost.

2.2 Organisatie Alarmerings- en Ambulancedienst Oost

De A.A.D. Oost, bestaande uit de CPA en de ambulancedienst, heeft een rijk fusieverleden. De fusie is niet vlekkeloos verlopen. Integratie- en financiële problemen spelen de organisatie nog steeds parten.

In afwachting van de benoeming van (wederom) een nieuwe directeur werd op 13 mei 2000 de A.A.D. Oost geleid door een waarnemend directeur, oud lid van de Raad van Toezicht van de A.A.D. Oost. Hij heeft deze functie op 1 april 2000 op zich genomen voor 1,5 dag per week en is per 1 oktober 2000 uit dienst getreden. De (waarnemend) directeur wordt in zijn functie bijgestaan door een beleidsmedewerker van de A.A.D. Oost. Over de taakverdeling zijn afspraken gemaakt. Deze zijn opgenomen in het aanhangsel behorend bij de arbeidsovereenkomst (8 maart 2000) van de beleidsmedewerker. Deze ondersteunt en adviseert de waarnemend directeur en is niet eindverantwoordelijk voor het dagelijkse beleid, inclusief de GHOR. Vanuit zijn functie is hij beleidsadviseur en vanwege de directiewisseling tijdelijk belast met extra ondersteuning van de waarnemend directeur.

CPA A.A.D. Oost

De CPA van de A.A.D. Oost is een zelfstandige CPA waar, naast de CPA taken, ook taken voor de centrale doktersdienst, de crisisdienst Mediant, de GGD, de thuiszorg, de tandartsen en de

¹⁰ Zie bijlage 5.1

verloskundigen worden uitgevoerd. De meldkamer bevindt zich in Hengelo. Het totaal aantal meldtafels van de meldkamer waarover beschikt kan worden is vier. Onder normale omstandigheden zijn twee hiervan in gebruik. Alle gesprekken vanaf de meldtafels worden digitaal geregistreerd. Het verzorgingsgebied van de CPA komt niet overeen met de GHOR regio en overschrijdt de grenzen van de provincie Overijssel. Met Duitsland (Nordhorn) bestaat een noodhulpproject. Dit houdt in dat op elkaars grondgebied mensen en middelen ingezet kunnen worden voor spoedeisende hulpverlening.

Op de CPA zijn plattegronden van het verzorgingsgebied aanwezig. De centralisten kunnen via de computer plattegronden oproepen. Risicogebieden staan hierop echter niet aangegeven.

De brandweer gaat er van uit dat zij tijdens de ramp de hulpverleningsdiensten adequaat over de gevaren kan informeren. De plaats van het vuurwerkbedrijf was vóór 13 mei 2000 niet op de CPA bekend.

De CPA wordt geleid door een parttime hoofd CPA (0,5 fte). Het totale aantal fte's voor centralisten CPA is 9,3 fte verpleegkundig centralist en 1,5 fte centralist niet-verpleegkundige, verdeeld over vijftien personen. De centralisten hebben allen de vereiste basisscholing (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening, SOSA) en bijscholing gevolgd.

Ambulancedienst A.A.D. Oost, Ambulancedienst Diepemaat

De Ambulancedienst van de A.A.D. Oost en Ambulancedienst Diepemaat B.V. hebben, volgens het Provinciaal Spreidingsplan zeven (zes A.A.D. Oost + één Diepemaat) standplaatsen, op 13 mei 2000 zijn er acht (zeven A.A.D. Oost + één Diepemaat) beschikbaar. De diensten hebben tezamen de beschikking over 21 (20 A.A.D. Oost + één Diepemaat) ambulances, waarvan er in de regel maximaal veertien (dertien A.A.D. Oost + één Diepemaat) ingezet worden. Daarnaast zijn er vier piket auto's.

De ambulancetaken worden uitgevoerd door vier teams (drie A.A.D. Oost + één Diepemaat), verdeeld over vier locaties. Dit zijn: Hengelo, Almelo en Enschede en Haaksbergen. Aan het hoofd van elk team staat een meewerkend teamleider.

Het aantal fte's ambulanceverpleegkundige van de A.A.D. Oost bedraagt 39,8. Het aantal fte's ambulancechauffeur is eveneens 39,8. Het aantal fte's ambulanceverpleegkundige van Ambulancedienst Diepemaat is 1,3. Het aantal fte's ambulancechauffeur is twee. Nagenoeg alle in dienst zijnde verpleegkundigen en chauffeurs hebben de betreffende vereiste basisscholing (SOSA) gevolgd.

Eén van de ambulanceverpleegkundigen van de A.A.D. Oost is specifiek belast met GHOR taken. Een terzake kundig medisch manager ambulancezorg is voor 0,3 fte in de formatie van de stichting A.A.D. Oost opgenomen.

De ambulancehulpverlening van de beide diensten is gestandaardiseerd: het Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening (september 1996) is ongewijzigd ingevoerd.¹¹

Zaustat

Bij de A.A.D. Oost, locatie Hengelo, is een zogenaamd Zaustat (ziekenautostation) gestationeerd. Dit is een voorziening die in feite onder de GHOR-organisatie valt. Het Zaustat wordt ingezet bij grootschalige hulpverlening en is tijdens deze inzet verantwoordelijk voor de geneeskundige communicatie op en rond het rampgebied. De CPA blijft verantwoordelijk voor het resterende gedeelte van de verzorgingsregio. Dit Zaustat is in het najaar van 1999 voor de

¹¹ Er is inmiddels een Landelijk Protocol Ambulancezorg 2000. Dit was op 13 mei 2000 nog niet bij de A.A.D. Oost en Ambulancedienst Diepemaat B.V. ingevoerd, omdat de ambulancehulpverleners de daaraan voorafgaande scholing nog niet hadden ontvangen.

millenniumovergang aangepast door middel van de aanschaf van een speciale communicatieunit en functioneert in feite als een pseudo Verbindingscommandovoertuig (VC). Twee centralisten van de CPA van de A.A.D. Oost zijn speciaal voor het Zaustat opgeleid en vervullen tijdens een inzet de functie van Coördinator Gewondenvervoer (CGV).

Tijdens het laatste reguliere IGZ-bezoek in juli 2000 aan zowel de A.A.D. Oost als aan Ambulancedienst Diepemaat B.V. constateerde de IGZ onder meer dat het aantal CPA centralisten, ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs van de beide diensten net toereikend is om aan de dagelijkse hulpvraag te kunnen voldoen.

Daarnaast constateerde de IGZ dat de medewerkers van de A.A.D. Oost teleurgesteld waren in de effecten van de fusies. De bezuinigingsmaatregelen en de frequente wisseling in de directie hebben bij de medewerkers tot veel onbegrip en tot het verlies van vertrouwen in de toekomst geleid.

2.3 Organisatie RAV IJssel-Vecht

De RAV IJssel-Vecht, bestaande uit de CPA IJssel-Vecht, de ambulancedienst van de Regionale Ambulancevoorziening IJssel-Vecht B.V. en de Ambulancedienst Hardenberg B.V. te Hardenberg, is verantwoordelijk voor de ambulancehulpverlening in de regio IJssel-Vecht.

De RAV IJssel-Vecht wordt geleid door de directeur RAV IJssel-Vecht.

CPA IJssel-Vecht

De CPA IJssel-Vecht bevindt zich in de Regionale Meldkamer IJssel-Vecht te Zwolle, waar -naast de CPA taken- ook taken voor de centrale doktersdienst, de bejaardenalarmering, de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), de GGD (o.a. wachtdienststarts) en de verloskundigen worden uitgevoerd. De CPA heeft één meldtafel met twee bedientafels.

Het verzorgingsgebied van de CPA komt overeen met de GHOR regio. Op de CPA zijn plattegronden van de regio Twente aanwezig. De centralisten kunnen daarnaast gebruik maken van stratenboeken van de provincies Gelderland en Overijssel. De CPA heeft geen zicht op de specifieke risico's in de eigen regio.

De CPA wordt geleid door een hoofd CPA die tevens de functie bedrijfsleider vervult voor de ambulancedienst. Het totale aantal fte's voor centralisten CPA is 6 fte verpleegkundig centralist en 2,6 fte centralist niet-verpleegkundige.

Ambulancedienst RAV IJssel-Vecht B.V.

De ambulancedienst van de RAV IJssel-Vecht B.V. heeft vijf standplaatsen. De dienst heeft de beschikking over vijftien ambulances en vijf piket auto's. De ambulancedienst Hardenberg B.V. beschikt over vier ambulances. De dienst wordt geleid door de bedrijfsleider die tevens de functie hoofd CPA vervult. Het aantal fte's ambulanceverpleegkundige is 28,2. Het aantal fte's ambulancechauffeur is eveneens 28,2. Nagenoeg alle in dienst zijnde verpleegkundigen en chauffeurs hebben de betreffende vereiste basisopleidingen (SOSA) gevolgd.

Een terzake kundig medisch manager ambulancezorg is voor 0,4 fte in de formatie opgenomen.

Binnen de CPA regio IJssel-Vecht is de ambulancehulpverlening gestandaardiseerd volgens het Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening (september 1996).¹²

¹² Ook bij deze dienst was op 13 mei 2000 de bijscholing voor het 'landelijk protocol ambulancezorg' 2000 nog niet gevolgd.

Tijdens het laatste reguliere IGZ-bezoek in juli 2000 aan de ambulancedienst van de RAV IJssel-Vecht en aan de Ambulancedienst Hardenberg constateerde de IGZ onder meer dat de aantallen CPA centralisten, ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs van de beide diensten toereikend zijn om aan de dagelijkse hulpvraag te kunnen voldoen.

3 Voorbereidingen op een grootschalige inzet

3.1 Inleiding

Een ramp is geen alledaagse gebeurtenis. Een ramp dient zich meestal onverwacht aan. Op dat moment zal de hulpverlening direct vanuit de normale, parate diensten op gang worden gebracht. Tegelijkertijd zal de grootschalige organisatie opgebouwd moeten worden. Onafhankelijk van het type ramp moet de geboden geneeskundige hulpverlening aan een groot aantal slachtoffers tegelijkertijd van dezelfde kwaliteit zijn als die aan één slachtoffer (Uit nota 'Met zorg verbonden'). Om deze ambitieuze doelstellingen te kunnen bereiken, moeten de organisaties binnen de geneeskundige hulpverleningsketen zich ieder apart en gezamenlijk optimaal voorbereiden op een grootschalige inzet.

Ingevolge artikel 3 ex van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (WGHR) is de directeur GGD eindverantwoordelijk voor het gehele proces van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en de voorbereiding daarop (voor het wetgevend kader voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen, zie bijlage 2).

In artikel 5 van de WGHR staat vermeld dat provinciale staten de gemeenten aanwijzen die tezamen een gemeenschappelijke regeling inzake de geneeskundige hulpverlening alsmede de voorbereiding daarop aangaan met het doel een doelmatig georganiseerde en gecoördineerde hulpverlening te bewerkstelligen. Artikel 8 van de WGHR geeft aan dat elke gemeenschappelijke regeling, c.q. regio, een organisatieplan GHOR moet hebben. Hieruit volgt dat de GGD verantwoordelijk is voor het opstellen van het zogenaamde 'geneeskundig procesplan' dat een onderdeel vormt van het gezamenlijke (politie, brandweer, GGD) rampenplan van de betreffende GHOR-regio. Aansluitend aan dit procesplan zal het uitvoeringsplan worden opgesteld. Hierin worden de GHOR-functies en -taken beschreven en de GHOR-procedures en -protocollen uitgewerkt.

De GGD, respectievelijk het RGF-bureau, beheert het door de overheid toegekende budget voor de voorbereidingen op de GHOR. Vanuit dit budget worden ook de voor de GHOR noodzakelijke voorbereidingen van de deelnemende organisaties betaald, althans, voor zover deze niet onder de reguliere zorg kunnen worden ondergebracht.

De schakels in de geneeskundige hulpverleningsketen zijn bij de voorbereidingen op een grootschalige inzet dus deels afhankelijk van de GGD. De GGD moet het procesplan en het uitvoeringsplan opstellen op basis waarvan de hulpverlening tijdens de ramp zal worden georganiseerd. Het is van belang dat de diverse schakels in de geneeskundige hulpverleningsketen hierbij betrokken worden. Zij zullen mede een taak (moeten) hebben in het uitwerken van de procedures en protocollen. Daarnaast hebben de schakels ook nog ieder hun eigen taken en verantwoordelijkheden. Zij zijn zelf verantwoordelijk voor een kwalitatief verantwoorde uitvoering van de taken. Voor de ambulancezorg betekent dit dat er niet alleen op moet worden toegezien dat zowel de CPA taken als de ambulancetaken tijdens een ramp beschreven zijn (en in procedures en protocollen uitgewerkt) maar dat ook de taken en bevoegdheden, procedures, protocollen bij alle betrokken medewerkers en bestuurders bekend zijn en beheerst worden.

In 1990 is door het ministerie van VWS het 'Handboek Geneeskundige Hulpverlening bij ongevallen en rampen' uitgegeven. De hierin vermelde taken van de CPA en de Ambulancehulpverlening tijdens een ramp zijn nog steeds actueel. Deze zijn als volgt.

Taken van de CPA

De CPA is in het eigen verzorgingsgebied belast met de coördinatie van het ambulancevervoer. Zodra zich een ramp voordoet heeft de CPA de volgende taken¹³:

- eerste inzet van reguliere ambulances
- coördineren met de meldkamer van de politie en de alarmcentrale van de brandweer
- alarmeren/oproepen van diverse eenheden en functionarissen
- voorwaarschuwen van (mogelijk) betrokken ziekenhuizen
- ambulancebijstand aanvragen (volgens voorbereid ambulancebijstandsplan)
- gewondenspreidingsplan uitvoeren (volgens voorbereid gewondenspreidingsplan)
- bijstand van geneeskundig potentieel aanvragen
- informatie bij ziekenhuizen in de regio inwinnen om de gewondenspreiding te kunnen bijsturen
- doormelden van behoefte aan medische verbruiksartikelen bij de ziekenhuizen in de regio.

Taken van een Ziekenautostation (Zaustat)

Vanuit een Zaustat wordt in het rampterrein het vervoer van gewonden naar ziekenhuizen geregeld. Een Zaustat heeft de volgende taken:

- geven van ritopdrachten aan ambulances en andere gewondentransportvoertuigen
- registreren van het gewondenvervoer

Taken ambulancehulpverlening

- ter plaatse verlenen van spoedeisende medische hulp
- gewondenvervoer

Regelingen, procedures en protocollen

Uitgaande van de hiervoor vermelde taken van de CPA en van de ambulancedienst tijdens een grootschalige inzet mag worden verwacht dat de volgende regelingen, procedures en protocollen zijn ontwikkeld en ingevoerd:

CPA

Regeling interne alarmering/opschaling CPA

Een voorbereide en bij betrokkenen bekende regeling interne alarmering/opschaling CPA draagt bij aan een snelle en effectieve interne opschaling van de CPA.

Alarmeringsregeling GHOR functionarissen

Een voorbereide en bij betrokkenen bekende alarmeringsregeling GHOR functionarissen draagt bij aan een snelle opkomst van de sleutelfunctionarissen GHOR.

Alarmeringsregeling ziekenhuizen

Een voorbereide en bij betrokkenen bekende alarmeringsregeling ziekenhuizen draagt bij aan een snelle, effectieve voorbereiding op de komst van slachtoffers in de ziekenhuizen.

Regeling opschaling ambulances

Een voorbereide en bij betrokkenen bekende regeling opschaling ambulances draagt bij aan een snelle, effectieve opschaling van de in de regio beschikbare ambulances.

¹³ uit : Handboek geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, min. WVC okt. 1990

Bijstandsregeling CPA

Een voorbereide en bij betrokkenen bekende bijstandsregeling CPA draagt zorg voor een snelle bijstand van ambulances uit andere CPA regio's.

Gewondenspreidingsplan

Met behulp van een van tevoren opgesteld en bij betrokkenen bekend gewondenspreidingsplan kunnen de gewonden op een verantwoorde wijze over de ziekenhuizen worden verdeeld.

Inzet criteria Zaustat

Met van tevoren opgestelde en bij betrokkenen bekende inzetcriteria ontstaat duidelijkheid over de wijze en het moment van inzetten van het Zaustat.

Ambulancedienst

(Landelijk) protocol triage en beoordeling ongevalssituatie (zie bijlage 5.2)

Met behulp van het landelijk protocol 'Triage en beoordeling ongevalssituatie' kan de ambulanceverpleegkundige die als eerste ter plaatse is, zich een oordeel vormen over het aantal en de ernst van de slachtoffers.

(Landelijk) protocol eigen veiligheid (zie bijlage 5.3)

Het landelijk protocol 'eigen veiligheid' geeft de bemanning van de ambulance aanwijzingen om zichzelf en anderen zoveel mogelijk tegen onveilige situaties te beschermen.

(Landelijk) protocol groot ongeval, c.q. ramp (zie bijlage 5.4)

In het landelijk protocol 'groot ongeval c.q. ramp' staan de taken beschreven van de bemanning van de ambulance die als eerste op de plaats van de ramp arriveert en de taken van de volgende ambulances en de Mobiel Medische Teams (MMT's).

Nazorgregeling hulpverleners

Teneinde de dikwijls traumatische ervaringen van de ambulancehulpverleners in goede banen te helpen geleiden, is nazorg noodzakelijk. Hiertoe dient een nazorgregeling te worden opgesteld, op basis van de Arbo-wetgeving. In deze nazorgregeling, welke in ontwikkeling is, kan de beschikbaarheid van een Bedrijfs Opvang Team (BOT) worden opgenomen.

3.2 Bevindingen voorbereidingen op de grootschalige inzet op 13 mei 2000

Navolgend wordt een beschrijving gegeven van de wijze waarop en de mate waarin de A.A.D. Oost op 13 mei 2000 was voorbereid op een grootschalige inzet in de eigen verzorgingsregio. Aansluitend wordt beschreven hoe de RAV IJssel-Vecht op haar bijstandsverlenende rol was voorbereid.

3.2.1 A.A.D. Oost

Procedure Grootschalige Geneeskundige Hulpverlening

De GGD regio Twente heeft in 1997 een Procedure Grootschalige Geneeskundige Hulpverlening regio Twente (procedure GGH/RT) opgesteld. Op basis van deze Procedure GGH/RT worden de successievelijke stappen in het GHOR-proces vastgelegd. Deze ontwikkeling bleek in mei 2000 nog niet geleid te hebben tot een concretisering van de Procedure GGH/RT in een uitvoeringsplan GHOR voor de A.A.D. Oost. Omdat er nog geen uitvoeringsplan GHOR A.A.D. Oost bestaat, bestaat er evenmin een geformaliseerd systeem van procedures en protocollen met behulp waarvan de grootschalige hulpverlening kan worden georganiseerd en uitgevoerd.

Wel is al een aantal GHOR-procedures ontwikkeld en bij de A.A.D. Oost ingevoerd. Ook de taken

van bepaalde specifieke GHOR-functies zijn beschreven en medewerkers van de A.A.D. Oost zijn opgeleid tot de functie Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG) en de functie Coördinator Gewondenvervoer (CGV).

De Procedure GGH/RT is aanwezig bij zowel de CPA als de ambulancedienst van de A.A.D. Oost. De Procedure GGH/RT genoot op 13 mei 2000 nog geen brede bekendheid, hoewel deze eind '97, begin '98 aan alle medewerkers was uitgereikt en middels bijscholingsavonden was besproken. Alleen de leidinggevendenden van de A.A.D. Oost en de medewerkers die voor een GHOR functie zijn opgeleid, waren bekend met de inhoud van deze procedure.

Tegen de achtergrond van deze hiervoor geschetste ontwikkeling was de CPA A.A.D. Oost 13 mei 2000 als volgt op haar taken tijdens een ramp voorbereid.

CPA A.A.D. Oost - Functies

De (waarnemend) directeur A.A.D. Oost

De taken en verantwoordelijkheden van de (waarnemend) directeur A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet zijn niet beschreven. De (waarnemend) directeur heeft, naar zijn mening, tijdens een grootschalig optreden geen specifieke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De (waarnemend) directeur A.A.D. Oost en/of zijn vervanger is wel permanent bereikbaar. Hij heeft geen opkomsttijd. Tijdens vakanties wordt de (waarnemend) directeur waargenomen door een lid van de Raad van Toezicht.

Het hoofd CPA

De taken en verantwoordelijkheden van het hoofd CPA A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet zijn niet beschreven. Het hoofd CPA behoudt, naar zijn mening, tijdens een grootschalig optreden zijn eigen leidinggevende functie en vervult zijn eigen taken. Zijn verantwoordelijkheden omvatten dan ook de operationele inzet van het Zaustat. Het hoofd CPA heeft formeel geen vervanger. Hij is in principe permanent bereikbaar via zijn mobiele telefoon en callmaxer. Hij heeft geen opkomsttijd. In de praktijk wordt hij waargenomen door de beleidsmedewerker CPA. Bij gelijktijdige afwezigheid nemen de dienstdoende teamleiders ambulancezorg waar, indien mogelijk met het hoofd CPA Regio IJssel-Vecht op de achtergrond.

De beleidsmedewerker A.A.D. Oost

De taken en verantwoordelijkheden van de beleidsmedewerker A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet waren op 13 mei 2000 niet beschreven. De beleidsmedewerker heeft tijdens een grootschalig optreden geen bijzondere taken en verantwoordelijkheden. De beleidsmedewerker heeft geen vervanger. Via een mobiele telefoon is hij permanent bereikbaar. Hij heeft geen opkomsttijd.

De centralisten CPA

De taken en verantwoordelijkheden die de centralisten van de CPA A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet hebben, zijn niet beschreven. De centralisten zijn, naar hun eigen mening, tijdens een grootschalig optreden verantwoordelijk voor de coördinatie van het vervoer, voor de opschaling van de hulpverlening en voor de communicatie.

Zij verrichten daarbij de volgende taken:

- eerste inzet reguliere ambulance
- inzetten van meer reguliere ambulances
- alarmeren/oproepen van sleutelfunctionarissen CPA en GGD
- inzetten MMT
- inzetten Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (Sigma)

- voorwaarschuwen van betrokken ziekenhuizen
- vragen ambulancebijstand buurregio's
- vragen CPA-bijstand naburige CPA
- gewondenspreidingsplan uitvoeren

Zodra het Zaustat is ingezet, ontstaat er een andere taakverdeling tussen de centralisten van de CPA en de CGV van het Zaustat. Het Zaustat is daarbij verantwoordelijk voor de communicatie op en rond het rampgebied, de CPA voor het resterende gedeelte van de verzorgingsregio. Voor de centralisten bestaat een piket regeling die erin voorziet dat bij onverwachte afwezigheid van één van de centralisten, bijvoorbeeld vanwege ziekte, een collega-centralist ter vervanging kan worden opgeroepen en ingezet. Deze regeling is in het dienstrooster opgenomen. De centralisten hebben geen formele opkomsttijd. Wel moeten zij binnen de CPA-regio Twente wonen.

De Coördinator Gewonden Vervoer (CGV)

Naast de hiervoor vermelde reguliere CPA functies wordt door de CPA A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet de specifieke GHOR functie CGV uitgevoerd.

De CGV is verantwoordelijk voor de coördinatie van het vervoer van de gewonden op en om het rampterrein.

De CGV verricht daarbij de volgende taken:

- regelen aanvoer ambulances
- coördineren afvoer van gewonden
- geven van ritopdrachten aan afvoerende ambulances
- laten uitvoeren gewondenspreidingsplan
- opstellen van situatierapporten (sitrap)
- inventariseren logistieke behoeften ambulances
- inventariseren materiële behoeften ambulances
- registratie van vervoerde slachtoffers

Deze taken van de CGV bleken op 13 mei 2000 (in concept) beschreven en bij betrokkenen bekend te zijn.

Voor de functie CGV zijn in het verleden vier medewerkers van de A.A.D. Oost opgeleid, hiervan hebben inmiddels twee CGV'en de A.A.D. Oost verlaten. De training van een aantal andere CGV'en staat gepland.

Volgens de leiding van de CPA zijn de CGV'en volgens een rooster oproepbaar en hebben zij een verschijningsplicht. De beide CGV'en hebben hierover meegedeeld dat zij geen formele bereikbaarheidsregeling hebben. Zij zijn, vrijwillig, zoveel mogelijk afwisselend bereikbaar. De CGV'en hebben geen formele opkomsttijd, zij hanteren zelf een opkomsttijd van 30 minuten.

Ambulancefuncties

Bemanning eerste ambulance

Na ontvangst van de melding stuurt de CPA de ambulance naar de plaats van het incident. De taak van deze 'eerste ambulance' is in het Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening opgenomen (zie bijlage 5.4).

De bemanning van de eerste ambulance voert deze taken uit tot de aankomst van de OvDG.

De bemanning van alle volgende ambulances

De bemanning van de eerste ambulance (en later de OvDG) geeft de behandelings- en transporturgentie van de slachtoffers aan en voert zelf geen behandeling uit. De bemanning van alle volgende ambulances en de ambulancehulpverleners die deel uitmaken van de Geneeskundige Combinaties (GNK's) begeven zich naar het door de CPA aangegeven verzamelpunt, letten op

risico's eigen veiligheid en volgen in eerste instantie de aanwijzingen op van de bemanningen van de eerste ambulance en later van de daarmee belaste functionaris.

De taken van de volgende ambulances zijn eveneens in het Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening opgenomen.

De OvDG

Naast de hiervoor vermelde 'reguliere' ambulancefuncties wordt door de A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet de specifieke GHOR functie Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG) uitgevoerd. De OvDG is verantwoordelijk voor de coördinatie van de inzet van de geneeskundige hulpverleners en de coördinatie van de afvoer van gewonden tot de komst van de MLRT en het Zaustat.

Daarbij verricht de OvDG de volgende taken:

- coördinatie van de inzet van de geneeskundige hulpverleners
- coördinatie van de afvoer van gewonden
- het uitvoeren van maatregelen ter verhoging van de veiligheid van de gewonden en de hulpverleners
- verkennen rampterrein
- verstrekken mondelinge informatie aan de Medisch Leider Rampterrein (MLRT)
- onderhouden van contacten met het Zaustat en de CPA

De taken van de OvDG bleken op 13 mei 2000 (in concept) beschreven en bij betrokkenen bekend te zijn.

De A.A.D. Oost heeft op verzoek van de GHOR Twente de OvDG functie op zich genomen. Hiertoe zijn zeven ambulanceverpleegkundigen (hoofdzakelijk teamleiders) van de A.A.D. Oost geselecteerd en opgeleid. Het betreft een pilot. Na verloop van tijd zal deze pilot worden geëvalueerd. De OvDG'en hebben gezamenlijk een bereikbaarheidsregeling. Deze is in het dienstrooster opgenomen. Vanwege het (te) geringe aantal OvDG'en is een permanente vervanging niet gegarandeerd. Soms is er gedurende een dagdeel geen OvDG beschikbaar. Eén OvDG heeft dienst voor de gehele regio. De OvDG heeft een opkomsttijd van dertig minuten. Gezien de grootte van de regio vormt dit een knelpunt.

De Loodspostfunctionaris

Tijdens de grootschalige inzet op 13 mei 2000 is besloten om loodsposten in te stellen.

Twee medewerkers van de A.A.D. Oost zijn vervolgens voor de functie loodspostfunctionaris aangewezen.

Deze loodspostfunctionarissen hadden de volgende taken:

- het registreren van de op de loodspost gereedstaande ambulances
- het regelen van politiebijstand bij vertrek naar het rampterrein
- het onderhouden van contacten met het Zaustat en de CPA
- het zorgen voor de logistiek van de loodspost

Regelingen, procedures en protocollen CPA

Regeling interne alarmering/opschaling CPA

Volgens de leiding van de CPA is geen regeling interne opschaling op de CPA aanwezig. Van de centralisten wordt verwacht dat zij in de praktijk eerst de dienstdoende CGV oproepen en vervolgens eventueel extra (vrije) centralisten. De centralisten hebben een bereikbaarheidsregeling, geen piketregeling. De CGV'en zijn conform een rooster oproepbaar en zouden een informele opkomstplicht hebben. Deze (mondelinge) afspraak wordt door de leiding bij iedereen bekend verondersteld.

Volgens de centralisten daarentegen bestaat wel een instructie 'interne alarmering/opschaling CPA'. De alarmering van de centralisten verloopt via het callmax-systeem en de mobiele telefoon.

Alarmeringsregeling GHOR functionarissen

Op de CPA is een alarmeringsregeling sleutelfunctionarissen GHOR aanwezig. Iedere GHOR functionaris heeft een eigen telefoonnummer en/of callmaxnummer. Voor de GHOR-alarmering is op de CPA A.A.D. Oost een geautomatiseerd systeem aanwezig, waarin te alarmeren nummers en meldtekens opgenomen zijn. Per groep van te alarmeren functies/functionarissen is het aanklikken van één icoon voldoende. Iedere alarmering vergt een tijdsduur van maximaal 45 seconden. Bij de alarmering op 13 mei 2000 moesten diverse iconen worden aangeklikt.

Alarmeringsregeling ziekenhuizen

Er is geen alarmeringsregeling ziekenhuizen op de CPA aanwezig. In de regio Twente bevinden zich drie ziekenhuizen op vijf locaties.

Regeling opschaling ambulances

Er is geen regeling opschaling ambulances op de CPA aanwezig. Evenmin is bepaald of, en zo ja, in hoeverre (en voor welke duur) de paraatheid in de verzorgingsregio tijdens een grootschalige inzet gewaarborgd dient te blijven. In voorkomende gevallen handelen de centralisten naar eigen inzicht.

Bijstandsregeling CPA

Voor GHOR-omstandigheden bestaat geen bijstandsregeling met één van de naburige CPA's.

Gewondenspreidingsplan

Op de CPA is geen gewondenspreidingsplan aanwezig. Wel is er een overzicht van de medische behandelcapaciteit van de ziekenhuizen, een 'Medisch Behandel Capaciteitsplan (MBC) regio Twente' op de CPA aanwezig. Dit MBC is echter niet actueel.

Inzet criteria Zaustat

Er bleken op 13 mei 2000 geen formele inzetcriteria voor het Zaustat te bestaan. De CPA is verantwoordelijk voor de inzet en de bemanning van het Zaustat. Of het Zaustat al dan niet wordt ingezet, is afhankelijk van de dienstdoende OvDG. Deze bepaalt de inzet naar eigen inzicht.

Nazorgregeling slachtoffers

Op de CPA is een concept nazorgplan slachtoffers aanwezig. Dit nazorgplan is door de GGD regio Twente opgesteld.

Regelingen, procedures en protocollen ambulancehulpverlening

Procedure stand-by

Het komt regelmatig voor dat de brandweer, preventief, om stand-by van een ambulance verzoekt. Deze ambulance fungeert ter plaatse tevens als ogen en oren van de CPA. Deze procedure is niet vastgelegd, maar wel bij zowel de centralisten als bij de ambulancehulpverleners bekend. De procedure is op 13 mei 2000 als zodanig toegepast.

(Landelijk) protocol triage en beoordeling ongevalsituatie

Het landelijk protocol 'trage en beoordeling ongevalsituatie' is bij de ambulancedienst A.A.D. Oost ongewijzigd ingevoerd en bij betrokkenen bekend.

(Landelijk) protocol eigen veiligheid

Het landelijk protocol 'eigen veiligheid' is bij de ambulancedienst A.A.D. Oost ongewijzigd ingevoerd en bij betrokkenen bekend.

(Landelijk) protocol groot ongeval c.q. ramp

Het landelijk protocol 'groot ongeval c.q. ramp' is bij de ambulancedienst A.A.D. Oost ongewijzigd ingevoerd en bij betrokkenen bekend.

Nazorgregeling hulpverleners

Bij de ambulancedienst A.A.D. Oost is geen nazorgregeling hulpverleners aanwezig. Evenmin bleek er op 13 mei 2000 een Bedrijfs Opvang Team (BOT) te bestaan.

Oefenbeleid en oefenervaring

Hoewel er in de dagelijkse praktijk zelden of nooit wordt teruggegrepen naar beschrijvingen van taken, protocollen en procedures zijn ze van wezenlijk belang tijdens een grootschalige inzet. Men moet ze door middel van oefening eigen maken. Uit het onderzoek blijkt het volgende.

Binnen de A.A.D. Oost wordt in het kader van de GHOR een jaarlijks oefenprogramma opgesteld. De specifieke taken van de ambulancedienst (protocol eerste ambulance en taken 'volgende ambulances') en de taken van het Zaustat (CGV taak) worden regelmatig geoefend. De ambulancehulpverleners van de A.A.D. Oost moeten volgens de wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) het Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening op bekwaame wijze kunnen uitvoeren. Ook daarvoor zijn de oefeningen aangewezen.

Er worden kleinschalige en grootschalige oefeningen gehouden. Het oefenschema is zodanig dat iedere medewerker van de ambulancedienst minimaal eens per drie jaar aan een oefening deelneemt. Deze doelstelling is in mei 2000 nog niet gehaald.

Het hoofd CPA, de beleidsmedewerker A.A.D. Oost en de centralisten CPA nemen aan oefeningen deel, zij het niet in hun specifieke functie. De (waarnemend) directeur neemt geen deel aan de oefeningen omdat hij, naar zijn mening, geen specifieke taken en/of verantwoordelijkheden tijdens een ramp heeft. Ook de functie OvDG wordt regelmatig geoefend. De loodspostfunctie is nooit geoefend.

Rampenoefeningen vinden alleen binnen de eigen CPA regio plaats. De CPA taken worden daarbij niet geoefend. Alarmeringsregelingen en opschalingsregelingen voor centralisten zijn dan ook nooit geoefend. Hetzelfde geldt voor de alarmeringsregeling sleutelfunctionarissen GHOR. Ook deze regeling wordt niet geoefend.

De laatste (kleine) rampoefening vond plaats op 19 april 2000. Dit was een multidisciplinaire oefening met ongeveer 10 medewerkers van de A.A.D. Oost. Ook het Zaustat heeft aan de oefening deelgenomen. De laatste in april 2000 geplande grote oefening, is om formatieve en financiële redenen door de A.A.D. Oost afgezegd.

Oefenervaring medewerkers die tijdens de eerste uren van de vuurwerkcramp zijn ingezet

- De beide CGV'en: de laatste GHOR oefeningen in de functie van CGV hebben in 1999 en op 19 april 2000 plaatsgevonden. Beide oefeningen waren een multidisciplinaire oefening.
- Centralisten CPA: de laatste GHOR oefening voor de centralisten, die het eerste uur na de melding van de vuurwerkcramp met één van de hiervoor vermelde CGV'en de hulpverlening coördineerden, heeft begin 2000 plaatsgevonden; voor één centraliste in de functie van centralist op het Zaustat, voor de andere centraliste in de functie van ambulanceverpleegkundige.
- Ambulanceverpleegkundige eerste ambulance: de laatste GHOR-oefening heeft een aantal jaren

geleden plaatsgevonden, waarschijnlijk in 1995. Tijdens deze oefening zijn ook de taken van de eerste ambulance geoefend.

- Ambulancebemanning volgende, i.c. 'tweede', ambulance: de laatste grote monodisciplinaire oefening 'eerste ambulance' voor de bemanning van de tweede ambulance heeft in 1998 plaatsgevonden en een kleine multidisciplinaire oefening voor deze bemanning in 1999.
- OvDG'en: de bij de hulpverlening betrokken OvDG'en hebben allen in 1999 of 2000 aan een multidisciplinaire oefening deelgenomen. Aan deze oefeningen heeft ook het Zaustat meegedaan.
- Loodspostfunctionarissen hebben allen in 1999 of 2000 vanuit de eigen functie (ambulanceverpleegkundige of ambulancechauffeur) aan een kleine, multidisciplinaire oefening deelgenomen. De loodspostfunctie zelf wordt nooit geoefend.

Verbindingen en communicatiemiddelen

Tijdens een grootschalige inzet zijn verbindingen en communicatiemiddelen van cruciaal belang voor zowel de hulpverleners als de hulpverlening zelf. Op 13 mei 2000 zijn bij de A.A.D. Oost de verbindingen als volgt geregeld.

Nationaal noodnet

De CPA is aangesloten op het nationale noodnet.

CPA-politie

Door middel van een directe telefoonlijn is de communicatie tussen de CPA en de politie gewaarborgd. De contacten tijdens een inzet lopen in principe via de meldkamers en niet via de verbindingscommandowagen.

CPA-brandweer

Door middel van een interne telefoonlijn is de communicatie tussen de CPA en de brandweer gewaarborgd. Hoewel een directe technische verbinding tussen de CPA en de verbindingscommandowagen van de brandweer mogelijk is, verlopen de contacten tijdens een inzet in principe via de meldkamers en niet via de verbindingscommandowagen.

CPA-ambulance

De communicatie tussen de CPA en de ambulance is, volgens de ambulance hulpverleners, niet altijd gewaarborgd. Naast de mobilfoon, beschikt elke ambulance over één portofoon. Daarnaast beschikken zowel de ambulancechauffeur als de ambulanceverpleegkundige over een mobiele telefoon. Deze telefoons zijn echter gedeeltelijk geblokkeerd. Slechts drie vaste nummers zijn geprogrammeerd: die van de CPA, de collega chauffeur of verpleegkundige, en het alarmnummer 112. De mobiele telefoons kunnen niet gebruikt worden voor communicatie met het Zaustat en met andere ambulances. De mobiele telefoons zijn voorzien van een telefoonkaart. Als het beltegoed is verbruikt (en met een ramp kan dat snel het geval zijn) is communicatie door middel van de mobiele telefoon niet langer mogelijk.

Ten slotte ontbreken afspraken over het gebruik van mobilfoonkanalen en is, volgens betrokkenen, tijdens de inzet op 13 mei 2000 gebleken dat de ambulancehulpverleners dikwijls niet getraind zijn in etherdiscipline.

CPA-Zaustat

Wanneer het Zaustat onderweg is, wordt met de CPA via de mobilfoon in het bestuurderspaneel en vanaf de standplaats via vier mobilfoons, in een apart bedieningspaneel, gecommuniceerd. Daarnaast hebben de CGV'en mobiele telefoons. Automatische registratie van de gesprekken vanuit het Zaustat is bovendien niet mogelijk. De registratie moet handmatig worden bijgehouden.

Omdat het Zaustat niet als een volwaardige verbindingscommandowagen blijkt te kunnen functioneren, is al eerder besloten om voor de coördinatie van het gewondenvervoer een volwaardige verbindingscommandowagen aan te schaffen. Naar verwachting zal deze, volgens de GHOR begroting, in het jaar 2001 worden aangeschaft.

CPA-Twentse ziekenhuizen

De CPA heeft een directe verbinding met de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van de ziekenhuislocaties van het Medisch Spectrum Twente (Enschede en Oldenzaal) en met het Twenteborgziekenhuis te Almelo. Bij het Streekziekenhuis Midden Twente (SMT) te Hengelo verloopt elk telefonisch contact via de centrale van het ziekenhuis.

CPA-naburige CPA's

Met de naburige CPA's bestaat alleen een telefonische verbinding.

Ambulance-Zaustat

De verbinding van een ambulance van de A.A.D. Oost met het Zaustat verloopt via de mobilfoon en de portofoon. Het bereik is beperkt, namelijk ca. 5 kilometer. De communicatie van de ambulance met het Zaustat is alleen gewaarborgd als de mobilfoons van beide voertuigen op hetzelfde kanaal staan.

Ambulance-ambulance

Ook de communicatie tussen ambulances van de A.A.D. Oost onderling is niet altijd gewaarborgd. De verbinding verloopt door middel van mobilfoon en portofoon. De regio Twente is in drie frequentiegebieden voor mobilfoon opgedeeld. Deze indeling dateert uit de periode voor de oprichting van de A.A.D. Oost, toen in de regio Twente nog drie GGD-ambulancediensten functioneerden. Deze ambulancediensten hadden elk hun eigen mobilfoonkanaal. Deze frequentie-indeling is ongewijzigd gebleven. De afspraak is dat elke ambulance het mobilfoonkanaal kiest van de regio waarin hij zich bevindt. In de praktijk houdt men zich niet altijd aan deze afspraak.

Ambulancebemanning onderling

De communicatie tussen de verpleegkundige en de chauffeur is niet altijd gewaarborgd. Het portofoon-/GSM-net blijkt soms overbelast te zijn.

OvDG-CPA

De (dienstdoende) OvDG beschikt over een aparte OvDG auto van de dienst. De communicatie van de (dienstdoende) OvDG met de CPA is gewaarborgd met een mobilfoon, portofoon, een niet geblokkeerde mobiele telefoon en een callmaxer. Deze communicatiemiddelen zijn gebonden aan de betreffende OvDG auto.

Loodspost-CPA

De communicatie tussen de CPA en de loodspost is niet altijd gewaarborgd. De communicatiemiddelen van de loodspostfunctionaris zijn dezelfde als de communicatiemiddelen van de ambulancebemanning, namelijk een mobilfoon, een portofoon en een (gedeeltelijk geblokkeerde) mobiele telefoon met belkaart.

In deze paragraaf is nagegaan op welke wijze de A.A.D. Oost zich op 13 mei 2000 heeft voorbereid op een grootschalige inzet. Daarbij is geconstateerd dat van de zijde van de GGD regio Twente weliswaar een procedure Grootschalige Geneeskundige Hulpverlening is aangeleverd, maar dat deze nog niet in een operationeel plan van aanpak is vertaald.

Daarom is afzonderlijk gekeken naar hetgeen de A.A.D. Oost zelf op dit terrein heeft ontwikkeld.

CPA

Voor de CPA van de A.A.D. Oost zijn geen specifieke 'rampen'-taken in de reguliere functies opgenomen. Niettemin hebben de betreffende functionarissen hierover wel een opvatting. De opvattingen van de centralisten CPA over hun taken en verantwoordelijkheden tijdens een grootschalige inzet waren gelijk en kwamen grotendeels overeen met hetgeen terzake in het Handboek geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is opgenomen. De taken van de (waarnemend) directeur en de beleidsmedewerker A.A.D. Oost tijdens een grootschalige inzet zijn niet duidelijk. Het hoofd CPA behoudt ook tijdens de grootschalige inzet de leiding over de CPA. De taken en verantwoordelijkheden van de specifieke GHOR functie CGV zijn (in concept) beschreven en bij betrokkenen voldoende bekend. Hoewel bij betrokkenen geen misverstand bestaat over de taken van de CPA tijdens een ramp is ter ondersteuning van deze taken slechts een beperkt aantal protocollen en procedures op de CPA aanwezig. Het betreft dan een regeling interne alarmering/opschaling CPA, een regeling alarmeringsregeling GHOR functionarissen en een concept nazorgplan slachtoffers. Deze regelingen zijn niet geoefend.

Een alarmeringsregeling ziekenhuizen, een regeling opschaling ambulances, een bijstandsregeling CPA, een gewondenspreidingsplan, inzetcriteria voor het Zaustat alsmede een nazorgregeling hulpverleners ontbreken.

Ambulancedienst

Voor de ambulancedienst van de A.A.D. Oost zijn de taken van de eerste ambulance en de algemene taken van de ambulancehulpverleners tijdens een grootschalige inzet in het landelijk protocol ambulancehulpverlening protocol opgenomen. Dit protocol is bij alle ambulancehulpverleners bekend. Van de door de ambulancedienst uitgevoerde specifieke functie OvDG zijn de taken in (concept) beschreven en bij alle betrokkenen bekend. Degenen die de functie loodpostfunctionaris op 13 mei 2000 hebben uitgevoerd, hebben een gelijke opvatting over de uitoefening van de functie.

Oefenbeleid

Het oefenbeleid is vooral gericht op de situatie op/en rondom het rampterrein. De specifieke taken van de CPA functies zijn niet geoefend. Degenen die tijdens de ramp op/en rond het rampterrein zijn ingezet, hebben nagenoeg allen recente oefenervaring. Deze ervaring kwam echter niet altijd overeen met de functie waarvoor men verantwoordelijk was. De centralisten hebben geen oefenervaring in de eigen taak.

Verbindingen en communicatie

Het merendeel van de tijdens een ramp noodzakelijke verbindingen is niet altijd gewaarborgd. Alleen de verbindingen tussen de CPA en de politie en brandweer, tussen de CPA en twee van de drie ziekenhuizen in de regio Twente en tussen de CPA en de dienstdoende OvDG zijn in principe gewaarborgd. Het niet altijd kunnen waarborgen van de overige verbindingen schuilt in de vaak gebrekkige en/of beperkte communicatie apparatuur die de medewerkers ten dienste staat. Bovendien ontbreken afspraken over het gebruik van mobilofoonkanalen en zijn de medewerkers onvoldoende getraind in etherdiscipline.

3.2.2 RAV IJssel-Vecht

Organisatie plan GHOR IJssel-Vecht

Bij de RAV IJssel-Vecht is een organisatieplan GHOR IJssel-Vecht aanwezig. Met het GHOR bureau IJssel-Vecht zijn afspraken gemaakt over het aandeel van de ambulancezorg in de

rampenbestrijding. Dit aandeel is in het organisatieplan GHOR opgenomen. Het GHOR IJssel-Vecht plan ligt ter inzage in de meldkamer.

Regelingen, procedures en protocollen CPA

Alarmeringsregeling intern

Op de CPA is een instructie interne opschaling aanwezig. De leidinggevenden van de RAV IJssel-Vecht hebben een bereikbaarheidsregeling. Deze is in het dienstrooster opgenomen. De leidinggevende van de RAV IJssel-Vecht heeft een opkomsttijd van ongeveer dertig minuten.

Alarmeringsregeling GHOR functionarissen

Een alarmeringsregeling GHOR functionarissen is op de CPA aanwezig.

Regeling opschaling ambulances

Een regeling opschaling ambulances is op de CPA aanwezig. Deze regeling garandeert een permanente paraatheid in de eigen CPA regio.

Ambulance bijstandsregeling

Met alle omringende CPA's is, bij eventuele knelpunten in de dagelijkse zorg, ambulancebijstand geregeld. De RAV IJssel-Vecht heeft bovendien een alarmeringsregeling getroffen met de CPA Stedendriehoek te Apeldoorn. Dit is een regeling waarbij de andere CPA de inzet van de benodigde ambulancebijstand alarmeert. Deze regeling is op de CPA aanwezig.

Gewondenspreidingsplan

Een gewondenspreidingsplan regio IJssel-Vecht is op de CPA aanwezig.

Regelingen, procedures en protocollen ambulancedienst

De RAV IJssel-Vecht heeft het Landelijk protocol ambulancehulpverlening 1996 ingevoerd. Dit betekent dat de protocollen

- triage en beoordeling ongevalssituatie
 - eigen veiligheid
 - groot ongeval c.q. ramp
- tevens bij de RAV IJssel-Vecht zijn ingevoerd.

Oefenbeleid

Binnen de RAV IJssel-Vecht is een oefenplan aanwezig. Dit oefenplan is vanaf 1998 gefaseerd ingevoerd. Er worden monodisciplinaire oefeningen en multidisciplinaire oefeningen gehouden. De laatstgenoemde oefeningen worden onder meer met de Sigma's van het Nederlandse Rode Kruis gehouden. In 1999 zijn zes oefeningen gehouden. De laatste grootschalige GHOR oefening vond in 1996 plaats. De alarmeringsregeling GHOR-functionarissen wordt ieder jaar geoefend en is voor het laatst in 2000 geoefend. De alarmeringsregeling met een andere CPA wordt niet geoefend.

Samenvatting

Bij de RAV IJssel-Vecht zijn op 13 mei 2000 regelingen en procedures ingevoerd met behulp waarvan zowel de interne organisatie als de sleutelfunctionarissen GHOR snel kunnen worden gealarmeerd en opgeschaald. Met één van de naburige CPA's is bovendien een alarmerings/bijstandsregeling getroffen. Ook binnen de ambulancedienst zijn protocollen ingevoerd op basis waarvan de taken van de bemanning tijdens een grootschalige inzet duidelijk zijn. Deze taken worden regelmatig geoefend.

4 Uitvoering van de grootschalige inzet 13 mei 2000

4.1 Alarmering, opschaling en afschaling geneeskundige hulpverlening

De melding van een ramp komt in het algemeen via het alarmnummer 112 binnen bij de politiemeldkamer. Zijn slachtoffers te verwachten, dan verbindt 112 door naar de CPA voor ambulance bijstand. De CPA zal vervolgens een ambulance naar de opgegeven plaats sturen. Deze ambulance komt als eerste ter plaatse en zal de functie 'eerste ambulance' op zich nemen. De bemanning inventariseert zo snel mogelijk het aantal slachtoffers en de aard van de verwondingen en geeft de CPA een situatierapport (Sitrap). Aansluitend zal de CPA zorgdragen voor een snelle opschaling. Dat wil zeggen dat de organisatie wordt uitgebreid tot op het niveau dat voor een adequate hulpverlening nodig wordt geacht. Bij een ramp zal de centralist daarbij ook de sleutelfunctionarissen GHOR oproepen. Al deze werkzaamheden moeten in zo kort mogelijke tijd gebeuren. Voor de geneeskundige hulpverlening aan slachtoffers is het eerste uur na het ontstaan van het letsel van vitaal belang, daarom wordt dit uur ook wel het 'golden hour' genoemd.

Niet alleen de opschaling is van belang. Omdat bij de opschaling mensen en materieel aan de reguliere hulpverlening worden onttrokken, is een tijdige stopzetting van de opschaling en een tijdige afschaling eveneens van belang. Hoe eerder de reguliere hulpverlening weer normaal kan functioneren, hoe beter.

In deze paragraaf worden de bevindingen over de alarmering, opschaling en afschaling vermeld.

4.1.1 CPA A.A.D. Oost

Op zaterdag 13 mei 2000, om 15.00 uur, zijn op de CPA A.A.D. Oost drie centralisten aanwezig. Twee van hen waren om 15.00 uur de dienst begonnen, de derde centralist had zojuist haar dienst beëindigd, maar bleef nog napraten. Eén van de drie centralisten is tevens CGV.

Om 15.00 uur is het erg druk in de regio, er zijn nauwelijks ambulances beschikbaar.

Om 15.08 uur ontvangt de CPA A.A.D. Oost het verzoek van de Regionale Alarmcentrale (RAC) van de brandweer om een ambulance stand-by te dirigeren naar een grote brand aan de Roombeekstraat te Enschede. Er zijn op dat moment geen slachtoffers. Het is dan de bedoeling dat een ambulance preventief naar de plaats van de brand gaat, voor het geval er gewonden vallen. Dergelijke verzoeken van de brandweer komen vaker voor. Op de CPA is men op dat moment niet op de hoogte van het feit dat het een brand in een vuurwerkbedrijf betreft. Een ramp wordt daarom niet voorzien.

De opdracht om stand-by te gaan staan wordt aan ambulance 18 van de A.A.D. Oost gegeven.

Om 15.16 uur meldt de eerste ambulance zich ter plaatse. De chauffeur weet vanuit zijn privé situatie dat op de plaats van de brand een vuurwerkbedrijf staat. Dit geeft hij niet aan de CPA door. De chauffeur gaat op verkenning uit en keert terug met de mededeling dat de brand -volgens de Officier van Dienst van de brandweer (OVD)- onder controle is. De CPA verkeert in de veronderstelling dat er op dat moment alleen sprake is van een grote brand, zonder slachtoffers.

De CPA geeft, op verzoek van de eerste ambulance, om 15.21 uur, ook een tweede ambulance (58) de opdracht met spoed de eerste ambulance te gaan assisteren. Daarbij wordt vanwege de plaats van de brand een aanrijdadvies gegeven. Omdat de CPA niet weet dat het om een vuurwerkbedrijf

gaat, wordt dit ook niet aan de bemanning van de tweede ambulance doorgegeven.

De verpleegkundige van de eerste ambulance informeert om 15.22 uur de CPA A.A.D. Oost voor het eerst over een explosie en over paniek onder het publiek. Hij deelt daarbij de CPA mee dat hij de tweede ambulance zal verzoeken om aan de andere kant van de straat de hulpverlening op te starten. Hij verwacht dat er gewonden zullen vallen.

Vanaf dat moment treedt de fase van alarmering en opschaling door de CPA in werking. De derde meldtafel wordt in gebruik genomen, de dienstdoende OvDG wordt als eerste via zijn mobiele telefoon opgeroepen en naar de plaats van de brand gestuurd. Aan de OvDG wordt een aanrijroute door de CPA opgegeven. Daarbij wordt hem meegedeeld dat er explosies zijn en dat al twee ambulances aanwezig zijn. Nog steeds is het voor de CPA niet duidelijk dat het om een vuurwerkbedrijf gaat.

De eerste ambulance meldt om 15.26 uur aan de CPA dat een vuurwerkopslag de lucht in gaat. Dit is voor de centralisten aanleiding direct verder op te schalen. Als eerste worden twee centralisten en vervolgens twee OvDG-en, die geen dienst hebben -via callmaxers en mobiele telefoons- verzocht contact op te nemen met de CPA.

Omdat inmiddels twee ambulances aan de paraatheid van het gebied zijn onttrokken, verzoekt de CPA een aantal andere ambulances van de A.A.D. Oost nieuwe posities in te nemen om toch de paraatheid in de verzorgingsregio te kunnen blijven garanderen. Daarbij wordt ook de naburige CPA IJssel-Vecht om hulp gevraagd. Deze zegt toe een ambulance van IJssel-Vecht naar het grensgebied met Twente te laten opschuiven.

Als de tweede ambulance op de plaats van de brand arriveert, parkeert deze, op aanwijzing van de eerste ambulance, vanwege het gevaar niet achter de eerste ambulance, maar om de hoek van de volgende straat.

De CPA geeft de bemanning van de eerste ambulance de opdracht zich terug te trekken, omdat de situatie onveilig is. Dit lukt niet meer. Er vinden kort na elkaar explosies plaats. Tijdens de laatste grote explosie, om 15.36 uur, wordt de bemanning uit de ambulance geslingerd. De ambulance brandt volledig uit. Het eerst aangekomen ambulance-team is niet meer in staat de functie van eerste ambulance-team te vervullen. De bemanning van de tweede ambulance, die na de grote explosie aanneemt dat er van de eerste ambulance niet veel over kan zijn, neemt de functie 'eerste ambulance' over. De CPA wordt over de situatie ter plaatse door de bemanning van de tweede ambulance ingelicht.

Op basis van de berichtgeving van de bemanning van de eerste ambulance, de OvDG ter plaatse, de meldkamer van de brandweer en de bemanning van de tweede ambulance over veel gewonden, zijn de centralisten vanaf 15.36 uur, na de fatale klap, op eigen initiatief begonnen met het alarmeren van de GHOR sleutelfunctionarissen, de leiding van de CPA, de CGV, Sigma's, het oproepen van de Duitse trauma heli (Rheine), van alle beschikbare centralisten, alle beschikbare bemanningen met ambulances en met het geven van voorwaarschuwingen aan een deel van de ziekenhuizen.

Tijdens deze drukke werkzaamheden neemt één van de centralisten op de CPA de coördinatie op zich.

Om 15.40 uur verzoekt het Hoofd Sectie Geneeskundige Aangelegenheden (HSGA) Twente aan de

CPA A.A.D. Oost ook buiten de regio op te schalen, wegens ontploffing van een vuurwerkbedrijf waarbij 10 tot 20 zwaargewonden zijn gevallen. Aansluitend neemt de CPA A.A.D. Oost opnieuw contact op met de CPA IJssel-Vecht en met de CPA's regio Achterhoek, Stedendriehoek en Nijmegen en verzoekt daarbij om alle beschikbare ambulances te sturen.

Direct na aankomst van de tweede CGV, om 16.00 uur, vertrekt het Zaustat, met twee CGV'en, van de standplaats Hengelo naar Enschede.

Om 16.05 vraagt de HSGA Twente de CPA IJssel-Vecht de complete Geneeskundige Combinatie (GNK) van IJssel-Vecht te sturen.

Omdat de dienstdoende OvDG om 16.05 uur besluit bij het Van Heekpark een gewondennest en een loodspost in te richten, stuurt de CPA A.A.D. Oost vanaf dat moment alle ambulances naar het Van Heekpark. Op het moment dat het Zaustat zich, om 16.30 uur, bij het Van Heekpark ter plaatse meldt, staan daar reeds ongeveer 10 ambulances ter beschikking.

Om ca. 16.20 uur regelt de CPA A.A.D. Oost een coördinatiepunt bij de parkeerplaats van het AVIA tankstation aan de A1, richting Oldenzaal. De ambulances van buiten de regio worden hierheen gedirigeerd en opgevangen, aanvankelijk door de politie, later door medewerkers van de A.A.D. Oost. Vanwege de enorme toestroom van ambulances uit het gehele land wordt hier later een loodspost ingericht. Deze loodspost wordt om ca. 19.00 uur verhuisd naar het beter gelegen parkeerterrein bij het truckerscafé 'Frans op den Bult', aan de andere kant van de A1.

Als de CPA IJssel-Vecht om ca. 16.40 uur zelf contact opneemt met de CPA A.A.D. Oost meldt deze laatste dat er honderden gewonden zijn en verzoekt daarbij de CPA IJssel-Vecht om verdere bijstand te coördineren van de ambulances uit de rest van Nederland. De CPA A.A.D. Oost baseert deze gegevens op de informatie die men om 15.44 uur van de politiemeldkamer en daarna ook van de eigen ambulances heeft ontvangen. Ook de heli's Lifeline 1 en 2 uit Amsterdam en Rotterdam worden omstreeks deze tijd door de HSGA Twente via de CPA's opgeroepen.

Kort na vijf uur vraagt de CPA A.A.D. Oost aan de CPA IJssel-Vecht voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen te geven en de brandwondencentra te waarschuwen.

Vanaf 18.30 uur neemt het aantal ambulances snel toe.

Om 19.30 uur staan er in totaal meer dan honderd ambulances en vijftien traumahelikopters voor het gewondenvervoer ter beschikking. Om 20.00 uur zijn dat ca. honderddertig ambulances, voornamelijk verspreid over de loodspost 'Frans op den Bult' (ca. zeventig) en het Arkestadion (ca. zestig). Van de ongeveer zeventig ambulances bij de loodspost bij 'Frans op den Bult' zijn er uiteindelijk niet meer dan tien daadwerkelijk ingezet. Een klein aantal ambulances, voornamelijk van de RAV IJssel-Vecht staan bij het Spartaterrein.

Bij aankomst op de CPA om ca. 16.30 uur neemt de beleidsmedewerker van de CPA A.A.D. Oost, in afwachting van de komst van het hoofd van de CPA, de coördinatie van de CPA over. Het hoofd van de CPA, die zich tijdens de alarmering buiten de regio bevond, arriveert om 17.00 uur op de CPA. Het wordt dan zijn taak de verbindingen met het Zaustat te waarborgen, contact met de HSGA Twente en met de andere CPA's te onderhouden en het verkrijgen en behouden van een overzicht van de situatie.

De (waarnemend) directeur van de A.A.D. Oost, die zich tijdens de alarmering eveneens buiten de regio bevond, spreekt telefonisch met het hoofd CPA af dat hij door hem van de ontwikkelingen op

de hoogte wordt gehouden. Wanneer de omvang van de ramp duidelijk wordt, besluit hij toch naar de CPA te gaan. Hij komt daar om ca. 19.30 uur aan en laat zich informeren over de situatie.

In verband met mogelijk ontploffingsgevaar van de Grolschfabriek verhuist het Zaustat om ca. 18.30 uur –volgens de OvDG op verzoek van de brandweer- van het Van Heekpark naar Miracle Planet bij het Arke stadion. Ook al het aanwezige materieel bij het Van Heekpark, waaronder de ambulances en helikopters, verhuist vanaf ca. 18.30 uur mee naar het Arkestadion.

Omdat er na ca. 19.30 uur geen gewonden meer bij de gewondennesten aankomen en er voldoende ambulances beschikbaar staan, wordt om ca. 20.00 uur, op verzoek van het Zaustat, door de CPA A.A.D. Oost besloten de opschaling te staken. Dit bericht wordt aan het AC-GGD Twente doorgegeven. De CPA A.A.D. Oost deelt deze informatie om ca. 20.30 uur aan de CPA IJssel-Vecht mee.

Wanneer om ca. 21.00 uur duidelijk wordt dat men de eerst komende uren, vanwege de branden en de enorme hitte aldaar, het rampterrein niet zal kunnen betreden, begint de CPA A.A.D. Oost met de afschaling van de eigen ambulances van de A.A.D. Oost.

Na een tussentijdse briefing om ca. 22.15 uur wordt er verder afgeschaald. Deze afschaling wordt door zowel de CPA A.A.D. Oost als de CPA IJssel-Vecht ter hand genomen. Het overgrote deel van de (Duitse) heli's en de meeste Sigma's vertrekken. De loodspost bij 'Frans op den Bult' wordt omstreeks 22.20 uur opgeheven. Het gewondennest in Miracle Planet wordt omstreeks 23.00 uur opgeheven. De ambulances van de RAV IJssel-Vecht blijven tot kort na 01.00 uur, op zondag 14 mei 2000, op het Spartaterrein gestationeerd en keren dan terug naar hun regio.

Het Zaustat gaat om ca. 22.30 uur weer terug naar de oorspronkelijke uitgangspositie bij het Van Heekpark en neemt daar een plaats in bij de verbindingswagens van de politie en de brandweer. Het aantal ambulances bij het Arkestadion wordt teruggebracht naar veertig. Deze ambulances verhuizen mee naar het Van Heekpark en worden bij het rampterrein gestationeerd. Enkele heli's (1 Duitse en twee Nederlandse heli's) blijven nog op de vliegbasis Twenthe beschikbaar. Zij vertrekken op zondag 14 mei 2000 om omstreeks 8.30 uur.

Na een eerste verkenningstocht van zoekploegen in het rampgebied, waarbij geen slachtoffers worden gevonden, wordt op zondag 14 mei 2000 om ca. 2.30 uur besloten het aantal ambulances verder af te schalen naar tien. Er blijven dan voornamelijk de ambulances van buiten de regio over. Alle AAD-Oost ambulances zijn dan beschikbaar voor de eigen paraatheid.

Op zondag 14 mei 2000 om 17.00 uur wordt het aantal ambulances dat stand-by staat bij het rampgebied afgebouwd tot vijf. Dit aantal blijft voorlopig de dagen daarna gehandhaafd.

Ervaren knelpunten

De centralisten hebben de kleine formatie van de CPA en het geringe aantal meldtafels als een knelpunt ervaren. Het aantal beschikbare centralisten en meldtafels wordt te weinig geacht voor het organiseren van een grootschalige inzet. Men heeft het als een 'gelukkige' omstandigheid ervaren dat de eerste melding binnenkwam op het moment dat de diensten zojuist waren gewisseld en dat de beide CGV'en voor het Zaustat beschikbaar bleken te zijn. Ook degenen die op 13 mei 2000 op de CPA verantwoordelijk zijn voor de alarmering en de opschaling zijn ervaren en goed op elkaar ingespeelde centralisten. Desondanks hebben de centralisten het als een gemis ervaren dat zij de taken van de CPA tijdens een ramp nooit eerder hebben kunnen oefenen.

Naast de opschaling voor de hulpverlening aan de slachtoffers van de vuurwerkcramp moeten de centralisten de paraatheid in de eigen CPA regio zo veel mogelijk waarborgen. Dit is niet altijd

gelukt. Met name tijdens het eerste uur van de opschaling is er een aantal momenten geweest (o.a. rond 15.45 uur), dat de CPA het overzicht op de situatie dreigt te verliezen. Er zijn geen ambulances meer van de A.A.D. Oost om in te zetten voor de hulpverlening, het is niet meer duidelijk welke aanrijdroutes nog veilig zijn, de paraatheid is dan niet meer gegarandeerd. Nadat het Zaustat eenmaal ter plaatse is, en de communicatieverbindingen werken (16.39 uur) worden de werkzaamheden op de CPA minder hectisch en komt geleidelijk aan het overzicht op de situatie terug.

Samenvatting

De eerste melding van de brandweer alsmede de eerste informatie van de 'eerste ambulance' ter plaatse doen op de CPA A.A.D. Oost niet vermoeden dat er een ramp op komst is. Toch hebben de centralisten van de CPA A.A.D. Oost vrij snel na de eerste melding de opschaling van de geneeskundige hulpverlening ter hand genomen. Zodra duidelijk is dat er explosies en meerdere gewonden zijn, wordt groot opgeschaald. De centralisten schalen de eigen interne A.A.D.-organisatie op, alarmeren de sleutelfunctionarissen GHOR, verzoeken om bijstand aan de naburige CPA's, roepen Sigma's en helikopters op, zetten het Zaustat in en geven voorwaarschuwingen aan een deel van de ziekenhuizen in de regio. Hoewel de centralisten geen overzicht hebben over de omvang van de ramp, bereiden de centralisten zich drie kwartier na de eerste melding voor op een ramp met honderden gewonden. Het verzoek van de CPA A.A.D. Oost aan de CPA IJssel-Vecht om zorg te dragen voor de buitenregionale opschaling blijkt doelmatig. Hiermee delegeert de CPA A.A.D. Oost veel regelwerk.

Over het juiste aantal slachtoffers blijft men op de CPA geruime tijd in het ongewisse. De opschaling door zowel de CPA A.A.D. Oost als de CPA IJssel-Vecht gaat daarom, op basis van de eigen inschattingen over het aantal doden en gewonden, door tot ca. 20.00 uur. Die opschaling levert ca. honderddertig ambulances en vijftien traumahelikopters uit binnen- en buitenland (Duitsland) op die beschikbaar zijn voor de hulpverlening bij de vuurwerkcramp. De centralisten worden pas na 16.30 uur bijgestaan door hun leidinggevende functionarissen.

Tijdens de alarmering en opschaling lukt het de centralisten niet goed het overzicht op de paraatheid in de eigen regio te houden. Er zijn momenten dat in het verzorgingsgebied onvoldoende ambulances beschikbaar zijn voor de (overige) spoedeisende hulpverlening. Zodra om ca. 20.00 uur duidelijk is dat (voorlopig) geen slachtoffers meer te verwachten zijn, wordt de opschaling gestopt. Om ca. 21.00 uur wordt begonnen met het afschalen van de eigen ambulances van de A.A.D. Oost, om ca. 22.15 uur wordt de verdere afschaling in gang gezet.

4.1.2 CPA IJssel-Vecht

Op 13 mei 2000 ontvangt de CPA IJssel-Vecht om 15.32 uur van de CPA A.A.D. Oost het verzoek een ambulance stand-by te stellen voor de regio Twente in verband met een grote brand in Enschede. Hierop wordt direct actie ondernomen. Om 15.40 uur vraagt de CPA A.A.D. Oost, naar aanleiding van een nieuwe melding van de meldkamer van de brandweer over een grote ontploffing, aan de CPA IJssel-Vecht met spoed ambulances van de RAV IJssel-Vecht naar Enschede te sturen. Hoewel de regio IJssel-Vecht formeel geen bijstandsregeling heeft met de regio Twente, roept de CPA IJssel-Vecht onmiddellijk diverse ambulances van de RAV IJssel-Vecht alsmede de GNK IJssel-Vecht op. Daarbij wordt zorg gedragen voor het waarborgen van de paraatheid in de eigen regio.

De leidinggevende van de RAV IJssel-Vecht arriveert om 16.15 uur op de CPA. Hij stelt op weg naar de RAV de HSGA op de hoogte. Kort na 16.30 uur blijkt uit het contact van de CPA IJssel-Vecht met de HSGA Twente dat er sprake is van een ramp in Enschede met mogelijk honderden

gewonden. Dit is aanleiding voor de CPA IJssel-Vecht om een grootschalige bijstand van ambulances uit CPA regio's in het land te organiseren. Vanaf ongeveer 17.00 uur worden door de CPA IJssel-Vecht, na overleg met de CPA A.A.D. Oost, ook voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen gegeven.

De leidinggevende van de RAV IJssel-Vecht neemt aanvankelijk alleen de coördinatie van de bijstand op zich en wijst een leidinggevende GNK aan. Vervolgens brengt hij ook de bedrijfsleider en de directeur RAV IJssel-Vecht op de hoogte van de ramp in Enschede.

De taken die de RAV IJssel-Vecht tijdens de bijstand op zich neemt zijn:

- Activeren van de alarmeringsregeling
- Inzetten van meer reguliere ambulances
- Oproepen van sleutelfunctionarissen van de CPA en de GGD
- Inzet van crash- en traumateams, waaronder ook de brandwondenteams uit Beverwijk en Rotterdam
- Inzetten van de GNK's
- Voorwaarschuwen van ziekenhuizen, waaronder ook de brandwondencentra in Rotterdam, Beverwijk en Groningen
- Vragen om ambulancebijstand vanuit de regio en later vanuit bijna het hele land
- Vragen om CPA bijstand van naburige CPA's. Dit gebeurt in nauw overleg met de CPA A.A.D. Oost.

Bij het uitvoeren van deze taken worden op de CPA IJssel-Vecht geen problemen ervaren. Het blijkt niet nodig het aantal meldtafels uit te breiden. De centralisten houden elkaar mondeling op de hoogte. Men houdt de taken zoveel mogelijk gescheiden.

De leidinggevende en de HSGA van de RAV IJssel-Vecht behouden, in een afzonderlijke ruimte op de CPA, het overzicht over de acties vanuit de RAV IJssel-Vecht. Zij houden zich voornamelijk bezig met het inventariseren en regelen van de bijstand. Ook onderhouden zij regelmatig contact met de CPA A.A.D. Oost. De langdurige onduidelijkheid over het mogelijke aantal slachtoffers (een melding van mogelijk honderden doden en gewonden) maakt het moeilijk de omvang van de benodigde bijstand in te schatten. Tot na 19.00 uur gaat men daarom uit van meer dan 100 zwaargewonden. Wanneer om ca. 18.30 uur duidelijk is dat de ambulances het rampterrein voorlopig niet in kunnen gaan, wordt de verdere opschaling vanuit de CPA IJssel-Vecht overigens al gestaakt.

Samenvatting

Wanneer de CPA A.A.D. Oost kort nadat informatie is over de ramp in Enschede aan de CPA IJssel-Vecht om bijstand vraagt, wordt die snel en adequaat verleend. De CPA IJssel-Vecht informeert regelmatig bij de CPA A.A.D. Oost over het verloop van de situatie. Daardoor kan de CPA IJssel-Vecht goed inspelen op de behoefte tot een verdere opschaling die in verband met de vuurwerkramp gewenst lijkt. De eigen werkzaamheden van de CPA IJssel-Vecht zijn, tijdens hun bijstandsverlenende taak, niet in het geding geweest. De paraatheid in de eigen regio is verzekerd gebleven.

4.2 Ambulancezorg ter plaatse en in de regio

4.2.1 Inleiding

De eerste melding op de CPA A.A.D. Oost, voorafgaand aan de vuurwerkramp, is geen 112 melding geweest, maar een verzoek van de RAC om een ambulance stand-by te plaatsen bij een grote brand.

Binnen vijftien minuten na aankomst van de ambulance ter plaatse, wijzigen de omstandigheden zich van een ogenschijnlijk controleerbare brand tot een vuurwerkkramp. De alarmering en de opschaling worden door de CPA A.A.D. Oost in gang gezet. Tot het moment dat de GHOR-organisatie operationeel is, zijn de ambulancehulpverleners belast met de coördinatie en de organisatie van de geneeskundige hulpverlening aan de slachtoffers. Voor het functioneren van de GHOR organisatie tijdens de vuurwerkkramp verwijzen we naar deelrapportage GHOR.

In de volgende paragrafen worden daarom alleen de bevindingen over de ambulancezorg ter plaatse beschreven vanaf het moment van aankomst van de eerste ambulance tot aan het moment dat de GHOR-organisatie operationeel is. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de continuïteit van de reguliere ambulancezorg in de regio Twente. Omdat het inrichten en coördineren van de loodsposten de taak is geweest van de medewerkers van de A.A.D. Oost worden de bevindingen over het functioneren van de loodsposten eveneens in dit hoofdstuk opgenomen. Aangezien het Zaustat wordt beschouwd als een vooruitgeschoven post van de CPA, gaat dit hoofdstuk tevens in op het functioneren van het Zaustat.

4.2.2 Eerste ambulance

De bemanning van ambulance no.18 is afkomstig van de ambulancepost Enschede en bestaat uit een volledig opgeleide en ervaren ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur. Deze bemanning krijgt om 15.08 uur van de CPA A.A.D. Oost als eerste de opdracht stand-by te gaan staan bij een grote brand aan de Roombeekstraat. Binnen 8 minuten na deze eerste melding over brand aan de CPA komt de ambulance ter plaatse aan. Omdat er vooralsnog geen slachtoffers worden verwacht, neemt de bemanning na aankomst geen bijzondere voorzorgsmaatregelen. Zij dragen ook geen zorg voor de specifieke herkenbaarheid van de ambulance als 'eerste ambulance'. Wel laat de chauffeur zich op het terrein van de brand informeren door de OVD van de brandweer over de stand van zaken. De chauffeur heeft als vrijwilliger bij de brandweer gewerkt en kent de brandweermedewerkers goed. De chauffeur keert terug met de mededeling dat de brandweer de brand onder controle heeft.

Ruim vijf minuten na de terugkeer van de chauffeur, gaat het eerste vuurwerk de lucht in en vindt de eerste explosie plaats. De bemanning vraagt de politie het toestromende publiek op afstand te houden. In de tien minuten durende periode hierna vinden kort na elkaar enkele explosies plaats. De laatste zware explosie is om 15.36 uur. Na de eerste explosie geeft de bemanning een situatieoverzicht aan de CPA, vraagt om een tweede ambulance en geeft daarbij een aanrijdadvies. Na de tweede explosie breekt onder het publiek paniek uit. Hierop meldt de bemanning aan de CPA dat de situatie niet langer veilig is.

Tijdens de laatste zware explosie wordt de bemanning uit de ambulance geslingerd. Zij vluchten van het rampterrein. De chauffeur gaat naar de hoofdpoot van de Grolsch fabriek, de verpleegkundige gaat via het Grolsch terrein naar het CBB gebouw waar hij een gewondennest inricht, hoewel hij zelf gewond is. (Zie rapportdeel 2, 15.1)

4.2.3 Tweede ambulance

De bemanning van ambulance no.58 is afkomstig van de standplaats Hengelo en bestaat uit een volledig opgeleide en ervaren ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur. Een spoedeisende hulp verpleegkundige uit één van de ziekenhuizen rijdt als stagiaire met de bemanning mee. Om 15.21 uur ontvangt de tweede ambulance van de CPA de opdracht met spoed naar de eerste ambulance te gaan om deze te assisteren. Daarbij wordt vanwege de brand een aanrijdadvies gegeven. De bemanning van de tweede ambulance weet op dat moment niet dat het een brand in een vuurwerkbedrijf betreft.

Bij het inrijden van de Tollensstraat probeert de tweede ambulance verbinding te krijgen met de eerste ambulance. Dit mislukt, omdat men communiceert op verschillende mobilfoonfrequenties. Wanneer de tweede ambulance de eerste ambulance passeert, hoort men dat de verpleegkundige van de eerste ambulance aangeeft om door te rijden. Inmiddels beginnen de explosies en wordt duidelijk dat de situatie gevaarlijk is. Via de portofoon bericht de bemanning aan de CPA over de gevaarlijke situatie.

De ambulance wordt om de hoek van de Tollensstraat en de Roomweg bij de achteringang van de Grolschfabriek geparkeerd. Na de laatste zware explosie om 15.36 uur gaat de bemanning ervan uit dat de eerste ambulance is ontploft. Er zijn heel veel (zwaar)gewonden en de bemanning begint met de hulpverlening.

Vijf minuten na de laatste, zware explosie richt de bemanning van de tweede ambulance een gewondennest in bij de supermarkt de Nieuwe Weme. Er zijn daar ook veel gewonden. De ambulance wordt duidelijk in het zicht geparkeerd, de blauwe lampen worden ter herkenning aangezet. De bemanning denkt er op dat moment niet aan om zelf specifieke kleding aan te trekken.

De ambulanceverpleegkundige neemt in het gewondennest de leiding over de geneeskundige hulpverlening (zie rapportdeel GHOR 15.2). Aan de CPA wordt om meer ambulances gevraagd. Omdat er nog geen ambulances ter plaatse beschikbaar zijn, worden de slachtoffers lopend of met particuliere auto's afgevoerd.

De bemanning heeft geen contact met de brandweer en/of politie. Op dat moment is alleen een gewonde brandweerman ter plaatse. Binnen vijftien minuten wordt de situatie bij de Nieuwe Weme te gevaarlijk om daar te blijven en wordt het gewondennest opgeheven. De gewonden worden naar het veiliger gelegen Van Heekpark verwezen, waar in opdracht van de OvDG, die inmiddels ter plaatse is, een nieuw gewondennest wordt ingericht. In het Van Heekpark neemt één van de inmiddels gearriveerde collega OvDG'en de coördinatie van de hulpverlening over (zie rapportdeel GHOR 15.3). De chauffeur van de tweede ambulance heeft op verzoek van de OvDG zijn auto een eind terug in de richting van het rampterrein geparkeerd om op die wijze als herkenningsteken voor de richting van het gewondennest te fungeren.

4.2.4 OvDG'en Van Heekpark

De OvDG die 13 mei 2000 bereikbaarheidsdienst heeft, is een volledig opgeleide en ervaren ambulanceverpleegkundige. Hij heeft daarnaast de opleiding OvDG gevolgd.

De dienstdoende OvDG wordt om 15.29 uur door de CPA gealarmeerd. Binnen vijf minuten is hij in de buurt van de brand. Vanwege het talrijke publiek lukt het hem niet de Tollensstraat in te rijden. Tijdens zijn gedwongen omweg hoort hij de zware explosie van 15.36 uur. Hij is dan nog enkele straten van de Tollensstraat verwijderd.

Kort daarop neemt de chauffeur van de eerste ambulance via de portofoon contact met hem op en deelt hem mee dat hij bij de Grolschfabriek staat. Hierop gaat de OvDG naar de Grolschfabriek en treft daar de chauffeur van de eerste ambulance. Deze deelt hem mee niet te weten waar 'zijn' verpleegkundige is. De OvDG denkt er op dat moment niet aan om aan de CPA door te geven dat de verpleegkundige van de eerste ambulance wordt vermist.

De OvDG zoekt vervolgens contact met de bemanning van de tweede ambulance, die daar in de buurt (bij de Nieuwe Weme) aan het werk is. Onder zijn leiding wordt dit gewondennest opgebroken en verplaatst naar het Van Heekpark.

Aanvankelijk vervult de eerst aangekomen OvDG in het gewondennest bij het van Heekpark zelf de functie van OvDG. Wanneer echter kort na 16.00 uur twee collega's arriveren die ook tot OvDG

zijn opgeleid, vraagt hij hen ook de functie van OvDG op zich te nemen. Zij verdelen vervolgens de taken. Twee van de drie OvDG'en hebben specifieke OvDG kleding aangetrokken, voor de derde OvDG is geen specifieke kleding aanwezig.

Het gewondennest bij het Van Heekpark wordt om ca. 18.40 uur vanwege ontploffingsgevaar van de Grolschfabriek opgebroken en naar Miracle Planet bij het Arke stadion verhuisd.

4.2.5 **Zaustat**

Het Zaustat wordt bij zijn vertrek uit Hengelo bemand door één CPA-centralist en één CPA-verpleegkundige. Beiden hebben als enigen van de A.A.D. Oost de opleiding CGV gevolgd. Eén van beiden was reeds op de CPA aanwezig, de tweede CGV is van huis opgeroepen. Om 16.30 uur parkeren zij het Zaustat tegenover het Van Heekpark, in de nabijheid van de verbindingscommandowagen van de brandweer. Om 16.39 uur is alle communicatieapparatuur getest en kan de bemanning aan zijn taak beginnen.

De CGV'en zijn vanaf dat moment verantwoordelijk voor de coördinatie van het gewondenvervoer rond het rampterrein. Zij regelen, voor zover mogelijk, de aanvoer en afvoer van ambulances vanuit de loodsposten en geven ritopdrachten aan de ambulances die gewonden afvoeren. De inzet van de GNK's en Sigma's en de voorwaarschuwingen aan de ziekenhuizen wordt door de CPA A.A.D. Oost en de CPA IJssel-Vecht gedaan.

De beide CGV'en hebben een onderlinge taakverdeling. Eén van beiden neemt het telefoon- en mobilfoonverkeer op zich, de andere CGV regelt de logistiek. Zij registreren zoveel mogelijk zelf hun gegevens (met de hand). Hiervoor zijn geen richtlijnen.

Aanvankelijk mist het Zaustat een volledig overzicht van de situatie rondom het rampterrein. De CGV'en hebben weliswaar een beeld van de situatie bij het Van Heekpark, maar zij zijn niet op de hoogte van de andere, inmiddels ingerichte gewondennesten (CBB gebouw en later Spartaterrein, zie rapportdeel GHOR 15.8). Het vervoer van gewonden door de ambulances wordt daarom vooral door de CPA geregeld. Pas om ca. 17.00 uur informeert de CPA het Zaustat over de gewondennesten.

Het werk van de CGV'en wordt bemoeilijkt omdat aanvankelijk de communicatieverbindingen in het Zaustat verkeerd zijn geïnstalleerd. Om dit te herstellen, moet om 18.16 uur de stroom worden afgesloten en worden de communicatieverbindingen weer verbroken. Uitsluitend GSM verkeer en mondeling contact zijn dan nog mogelijk. Daarnaast blijkt enerzijds de zender van het Zaustat te zwak en anderzijds het portofon/mobilfoon bereik van de OvDG'en en de ambulances te gering om lange afstanden te kunnen overbruggen, zodat communicatie met de ambulances en vooral met de loodsposten moeilijk of onmogelijk is. In voorkomende gevallen vindt het contact mondeling of per mobiele telefoon plaats. Wanneer ook dit niet toereikend is, gaat de CPA A.A.D. Oost als intermediair functioneren. Eén van de centralisten wordt het aanspreekpunt voor het Zaustat.

Om 18.40 uur breekt het Zaustat op bij het Van Heekpark vanwege het ontploffingsgevaar van de Grolschfabriek en verhuist met alle materieel naar het Arke stadion. Daar komt het Zaustat om ca. 19.00 uur aan (Zie rapportdeel GHOR 15.7). Ook gedurende de tussenliggende periode zijn de CGV'en alleen nog per mobiele telefoon te bereiken.

Na aankomst van de ambulances en het Zaustat bij het Arkestadion ontstaat aanvankelijk een nieuwe communicatiestoornis. De ambulances staan geparkeerd op het terrein van het Arke stadion bij Miracle Planet, waar gewondennesten worden ingericht, het Zaustat is bij de ingang van het stadion blijven staan. Hierdoor is onderlinge communicatie niet mogelijk. De communicatie verbetert nadat de CPA twee OvDG'en heeft opgedragen de verbindingen te coördineren.

4.2.6 Loodsposten *Van Heekpark*

Na aankomst bij het Van Heekpark geeft de dienstdoende OvDG één van de ambulancechauffeurs van de A.A.D. Oost, die zich spontaan heeft gemeld, de opdracht bij het Van Heekpark een loodspost in te richten. Deze loodspostfunctionaris is een volledig opgeleide en ervaren ambulancechauffeur en teamleider van de A.A.D. Oost. Hij ontvangt bij het Van Heekpark de ambulances en ander materieel, regelt politiebijstand en geeft logistieke ondersteuning zoals bijvoorbeeld het regelen van een aftankplaats voor de ambulances. De binnenkomende ambulances worden door hem niet geregistreerd, daar heeft hij geen tijd voor. Voor de herkenbaarheid heeft hij een overall aangetrokken.

Loodspost Avia tankstation/'Frans op den Bult'

Kort na 16.30 uur worden er door de CPA A.A.D. Oost alle ambulances van buiten de regio naar de parkeerplaats van het Avia tankstation aan de A1 gestuurd. In eerste instantie vangt de politie de ambulances op, daarna dient een ambulance van de A.A.D. Oost als contactpunt. Eén van de ambulancechauffeurs, tevens centralist van de A.A.D. Oost krijgt om 18.10 uur van de CPA de opdracht om, vanwege de grote toestroom van ambulances, bij het coördinatiepunt op de parkeerplaats bij het Avia Tankstation aan de A1, richting Oldenzaal, een loodspost in te richten. Dit doet hij met behulp van een (leerling)chauffeur, die bekend is bij de A.A.D. Oost. Beiden zijn niet bekend met de functie loodspostfunctionaris. Samen ontvangen en registreren zij de ambulances, regelen politiebegeleiding, en zorgen voor de logistiek. Daarbij houden ze aanvankelijk contact met het Zaustat en de CPA, later vanwege de moeilijke communicatie met het Zaustat alleen nog met de CPA. Vanwege het slechte bereik van de mobilfoon en de portofoon van de ambulance maken zij gebruik van de veel sterkere (privé)mobiele telefoon van de chauffeur.

Rond 19.00 uur wordt in overleg met de CPA besloten de loodspost te verhuizen naar de parkeerplaats van het Truckerscafé 'Frans op den Bult', aan de overkant van de weg. Van daaruit is Enschede beter door de ambulances aan te rijden. Na 18.30 uur neemt het aantal uit het land toestromende ambulances en ander materieel snel toe¹⁴. Op de loodspost is geen eten of drinken aanwezig. Omdat veel ambulances lange reizen achter de rug hebben, vraagt de loodspostfunctionaris rond 19.00 uur de CPA om eten te bezorgen voor 80 personen. De CPA zegt toe dit te regelen. Door een misverstand arriveert de gevraagde fourage pas na half negen. Om ca. 22.20 uur wordt de loodspost in opdracht van de CPA opgeheven.

4.2.7 Continuïteit reguliere ambulance zorg in de regio Twente

Zodra de CPA bericht ontvangt dat er (aanvankelijk) tientallen en (later) zelfs honderden (zwaar)gewonden zijn, worden alle beschikbare ambulances ingezet voor de hulpverlening ter plaatse van de ramp. Hierdoor zijn tot de komst van de bijstand verlenende ambulances vanuit de andere regio's in Nederland geen ambulances beschikbaar voor de spoedeisende hulpverlening buiten het rampgebied. Deze situatie heeft ruim een uur geduurd (15.30 uur - 16.45 uur). Vanaf dat moment probeert de CPA voldoende ambulances te reserveren voor het reguliere vervoer. Dit lukt echter niet permanent. In voorkomende gevallen tracht de centralist van de CPA, met de melder die om ambulancehulpverlening vraagt, wel een alternatief te vinden. Na afweging van de ernst van de situatie door de centralist wordt de melder verzocht zelf de hulp te regelen, of dit wordt door de CPA gedaan. In alle gevallen vraagt de centralist de melder opnieuw contact op te nemen met de CPA indien de voorgestelde oplossing niet mogelijk blijkt.

¹⁴ zie bijlage 5.1

Voor zover dat uit de beschikbare informatie is na te gaan, heeft deze periode van onvoldoende paraatheid in de regio Twente geen ernstige consequenties voor de reguliere hulpverlening gehad.

Ervaren knelpunten

Communicatie middelen

Met uitzondering van de OvDG die dienst had, hebben alle centralisten, ambulancehulpverleners, overige OvDG'en, CGV'en en loodspostfunctionarissen de gebrekkige communicatiemiddelen die hen tijdens de hulpverlening ter beschikking staan als een belangrijk knelpunt ervaren.

Coördinatie afvoer gewonden

De bemanning van de tweede ambulance heeft coördinatie van de afvoer van de gewonden bij de Nieuwe Weme gemist: er was op dat moment nog geen OvDG aanwezig, die deze taak op zich zou kunnen nemen. Hierdoor verliep de afvoer van gewonden (te) chaotisch.

Onvoldoende functioneren Zaustat

De bemanning van het Zaustat is van mening dat het Zaustat niet meer van deze tijd is. Deze verbindingscommandowagen is nodig aan vervanging toe. Daarnaast hebben zij procedures en protocollen ter ondersteuning van hun taken gemist.

Onvoldoende logistiek

De loodspostfunctionarissen en de OvDG'en hebben het gebrek aan logistieke faciliteiten als een groot knelpunt ervaren. De organisatie was niet voorbereid op een langdurige inzet van een groot aantal hulpverleners. Er waren onvoldoende faciliteiten om de wachtende hulpverleners te voorzien van eten, drinken, warme kleding, toiletfaciliteiten, e.d.

Roosterproblematiek en werklust

Als tijdens de nacht van 14 mei 2000 de rust enigszins weerkeert en men aan de volgende werkdag gaat denken, wordt het voor de leiding van de CPA A.A.D. Oost duidelijk dat, zowel op de CPA zelf als bij de ambulancedienst, een roosterprobleem gaat ontstaan. Veel medewerkers hebben overgewerkt, sommigen zijn nog steeds aan het werk, anderen zullen vanwege persoonlijk letsel voorlopig niet kunnen werken. Daarnaast is voor de komende dagen extra personeel nodig ter aflossing van de bemanning van het Zaustat en voor de bemanningen van de ambulances die stand-by bij het rampterrein moeten blijven staan.

Deze problematiek is door de CPA A.A.D. Oost gedeeltelijk opgelost door (opnieuw) via andere CPA-regio's in het land de hulp in te roepen van ambulancebemanningen en centralisten (CGV'en). Tot enkele weken na de vuurwerkramp is de A.A.D. Oost organisatie door deze collega's adequaat geholpen.

Desondanks heeft het merendeel van de medewerkers in de periode na de ramp nauwelijks vrij kunnen nemen. Dit maakt de ervaringen voor de betrokkenen extra zwaar. Sommige medewerkers zijn hierdoor overbelast geraakt. De directie geeft aan dat indien medewerkers aangaven niet meer te kunnen werken, zij zijn vrijgemaakt. Anderen hebben aangegeven door te willen werken. Ook is een aantal medewerkers tegen hun zin in voor rust naar huis gestuurd.

Samenvatting

De opdracht van de CPA A.A.D. Oost aan de ambulance no 18 betreft een verzoek van de RAC om stand-by te gaan staan bij een grote brand. Binnen 15 minuten na aankomst van de ambulance wijzigen de omstandigheden zich van een ogenschijnlijk controleerbare brand tot een vuurwerkramp. Daarmee veranderen de status en de functie van de ambulance die als eerste ter plaatse is, van een positie van 'stand-by' naar 'eerste ambulance'. De omstandigheden maken het

onmogelijk om de functie van 'eerste ambulance' daadwerkelijk uit te oefenen. Al snel vindt de eerste explosie plaats. De bemanning komt niet verder dan een verzoek aan de politie om het publiek op afstand te houden, het informeren van de CPA over de ontstane situatie, het geven van een aanwijzing aan de tweede ambulance en het proberen zichzelf in veiligheid te stellen. Dit laatste lukt nadat beiden tijdens een zware explosie om 15.36 uur uit de ambulance zijn geslingerd. Van de eerste ambulance blijft niets over.

De bemanning van de tweede ambulance, die enkele seconden voor deze zware explosie de eerste ambulance passeert, parkeert de auto op een veiliger plaats. Na de grote explosie richt de bemanning van de tweede ambulance zich op de hulpverlening van een groot aantal (zwaar)gewonden en richten daarna bij de Nieuwe Weme een gewondennest in. De gewonden worden grotendeels in privé auto's vervoerd. Onder leiding van de inmiddels gearriveerde dienstdoende OvDG wordt dit gewondennest om veiligheidsredenen opgeheven en verplaatst naar het verder gelegen Van Heekpark. Daar wordt de coördinatie van de geneeskundige hulpverlening overgenomen door twee OvDG'en die door de CPA zijn opgeroepen (ze hebben geen dienst en beschikken niet over een auto). De dienstdoende OvDG richt vervolgens bij het Van Heekpark een nieuwe loodspost in. Daar arriveert een half uur later ook het Zaustat. De CGV'en hebben aanvankelijk moeite om inzicht en overzicht op de situatie krijgen. Zij worden gehinderd door de gebrekkige communicatiemiddelen en -mogelijkheden die zowel het Zaustat als de ambulancehulpverleners ter beschikking staan.

Zodra een groot aanbod van ambulances vanuit de omringende regio's en later vanuit het hele land beschikbaar komt, wordt eerst een coördinatiepunt en later een loodspost ingericht bij het Avia tankstation aan de A1. De loodspostfunctionarissen regelen de aan en afvoer van de door de CPA en Zaustat gevraagde ambulances. Zij ondervinden daarbij eveneens communicatieproblemen en logistieke problemen. De organisatie blijkt niet voorbereid op een langdurige inzet van een groot aantal hulpverleners.

Tijdens het eerste uur van de opschaling lukt het de CPA niet de continuïteit van de spoedeisende hulp te garanderen. Mede dankzij het improviserend optreden van de centralisten van de CPA A.A.D. Oost lijkt dit geen ernstige consequenties te hebben gehad.

Nadat de hulpverlening in de loop van de nacht van 13 op 14 mei 2000 is afgeschaald, wordt de balans voor de komende dagen opgemaakt. Daarbij wordt het voor de leiding van de CPA duidelijk dat er te weinig personeel zal zijn om de reguliere taken en de stand-by taken bij het rampterrein te kunnen verrichten. De dagen na de vuurwerkramp wordt de A.A.D. Oost hierbij adequaat geholpen door CPA-regio's uit het hele land, die zorgdragen voor vervanging en aflossing van personeel.

5 Communicatie

5.1 Inleiding

Een goede communicatie is voor een juiste alarmering, opschaling en de uitvoering van de hulpverlening zelf, op en rondom het rampterrein, van essentieel belang. De kwaliteit van de communicatie wordt bepaald door de inhoud van de verstrekte informatie, de wijze waarop de informatie wordt (door)gegeven en de toereikendheid van de verbindingsmiddelen met behulp waarvan de informatie wordt doorgegeven. In hoofdstuk 3 is reeds een beschrijving gegeven van de communicatiemiddelen en verbindingen die de A.A.D. Oost en de CPA IJssel-Vecht tijdens hun werkzaamheden op 13 mei 2000 ter beschikking hebben gestaan.

De navolgende paragrafen beschrijven de bevindingen met betrekking tot de communicatie, vanaf het moment van de eerste melding op de CPA A.A.D. Oost tot aan het moment dat de GHOR-organisatie operationeel is.

5.2 A.A.D. Oost

CPA intern

Tot middernacht zijn drie meldtafels (vier tussen 17:30- en 22:00 uur) in gebruik. Tijdens het eerste uur van de ramp hebben de centralisten in de meldkamer onderling nauwelijks contact. Daar was geen tijd voor. Aanvankelijk neemt één van de centralisten de coördinatie op zich, later heeft de beleidsmedewerker CPA de coördinatie overgenomen. De beleidsmedewerker CPA en het hoofd CPA hebben een regelmatig mondeling contact met elkaar. Het hoofd CPA houdt de directeur A.A.D. Oost, voornamelijk telefonisch, op de hoogte van de ontwikkelingen.

CPA-eerste ambulance

De communicatie tussen de CPA en de bemanning van de eerste ambulance verloopt moeizaam. De CPA en de eerste ambulance beschikken beide over (te) weinig informatie, waardoor de bemanning van de ambulance onverwacht in een gevaarlijke situatie belandt. Vanuit die situatie is de bemanning nog in staat twee keer essentiële informatie over de (gevaarlijke) situatie aan de CPA door te geven, maar in de periode na de zware explosie is met name de communicatie met de verpleegkundige niet meer mogelijk. De verpleegkundige is zelfs ruim een uur 'vermist' omdat het hem bij herhaling niet lukt contact te krijgen met de CPA. De oorzaak hiervan is dat hij alleen over een mobiele telefoon met beperkingen beschikt: een geblokkeerde telefoon, met enkele vast ingeprogrammeerde telefoonnummers voorzien van een belkaart. Hij heeft geen portofoon.

Met de chauffeur kan de CPA wel contact houden, deze heeft de (enige) portofoon bij zich. De chauffeur geeft na de laatste, zware explosie nog regelmatig een overzicht van de situatie aan de CPA.

CPA-tweede ambulance

De informatie die de CPA tijdens de eerste opdracht aan de tweede ambulance kan geven is, gezien het gebrek aan informatie, eveneens onvoldoende. Ook de bemanning van de tweede ambulance is daardoor niet op de hoogte van de ernst van de situatie en neemt geen bijzondere voorzorgsmaatregelen. Na de laatste zware explosie informeert de bemanning van de tweede ambulance de CPA over de situatie. Volgens de bemanning zoekt men daarna nog een aantal keren contact met de CPA, maar niet alle berichten blijken daar te zijn doorgekomen. Zodra de (dienstdoende) OvDG zich bij de bemanning van de tweede ambulance heeft gevoegd, neemt deze de communicatie met de CPA over.

Eerste ambulance-tweede ambulance

Op het moment dat dit noodzakelijk is, namelijk bij het inrijden van de Tollensstraat, lukt het de tweede ambulance niet om verbinding te krijgen met de eerste ambulance. Communicatie via de mobilfoon lukt niet doordat men gebruik maakt van verschillende frequenties.

Ambulancebemanning tweede ambulance onderling

De ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur van de tweede ambulance hebben onderling een permanent mondeling contact omdat de mobiele telefoon niet werkt. Dit komt waarschijnlijk door een overbelasting van het GSM-net. De onderlinge samenwerking is uitstekend.

CPA-OvDG'en

Hoewel de dienstdoende OvDG over een mobilfoon, een portofoon, een (niet geblokkeerde) mobiele telefoon van de dienst, een privé mobiele telefoon, en een callmaxer beschikt, is tijdens het eerste uur de communicatie met de CPA, door een overbelasting van het net, niet altijd mogelijk. De communicatie verbetert zodra het Zaustat ter plaatse is.

De communicatie tussen de CPA en de overige OvDG'en verloopt moeilijker omdat het GSM-net regelmatig overbelast is, de mobilfoon niet altijd goed functioneert en het beltegoed van de mobiele telefoons opdraakt.

OvDG'en onderling

De OvDG'en hebben onderling, incidenteel, contact via de portofoon, de mobiele telefoon en mondeling. Ook hier treedt het probleem van het opgeraakte beltegoed op.

In het Van Heekpark hebben de OvDG'en bovendien veel last van lawaai. Men kan zich slecht verstaanbaar maken en anderen eveneens slecht verstaan. Ook de telefoon is dikwijls moeilijk te verstaan. De OvDG'en hebben een onderlinge taakverdeling, de samenwerking is goed.

CPA-loodsposten

De loodspostfunctionaris van de loodspost bij het Van Heekpark heeft zeer incidenteel, via zijn mobiele telefoon, contact met de CPA. De loodspostfunctionaris van de loodspost bij het Avia tankstation (later 'Frans op den Bult') heeft regelmatig contact met de CPA, zowel per mobilfoon als met een privé telefoon en een privé portofoon. De beide loodspostfunctionarissen bij het Avia tankstation hebben een onderlinge taakverdeling. De samenwerking is goed.

CPA-Zaustat

De communicatie tussen de CPA en het Zaustat verloopt niet zonder problemen. Vooral tijdens de eerste uren van de inzet van het Zaustat zijn er regelmatig communicatiestoringen. Eerst vanwege de overbelasting van het GSM-net, daarna vanwege een verbroken verbinding omdat de stroom in het Zaustat er "tijdelijk af moet", later omdat het Zaustat "uit de lucht" gaat vanwege de verhuizing van het Zaustat van het Van Heekpark naar het Arke stadion. Uiteindelijk raakt ook het beltegoed van de CGV'en op en moeten zij gebruik maken van een privé mobiele telefoon, of het (gratis) 112 nummer.

De CGV'en hebben bovendien tijdens hun werkzaamheden last van het ongedisciplineerde mobilfoongebruik van de ambulancebemanningen. Hierdoor is het mobilfoonverkeer ernstig belemmerd.

Desondanks hebben de CGV'en de CPA (en de loodsposten), naar vermogen geïnformeerd. Elke Sitrap is door het Zaustat aan de CPA doorgegeven.

Zaustat-OvDG'en

Met de OvDG'en heeft het Zaustat structureel contact. Dit contact verloopt via de portofoon, de

mobiele telefoon en - vanwege de te zwakke zender van het Zaustat - vooral mondeling. De onderlinge afstemming is goed.

Zaustat-loodsposten

Met de loodspostfunctionarissen heeft het Zaustat incidenteel, voornamelijk mondeling, contact via de portofoon, de mobilfoon en met de loodspostfunctionaris in het Van Heekpark. De verbinding met de loodspost bij het Avia tankstation is slecht en veroorzaakt daardoor veel misverstanden. Daarom wordt al snel na het inrichten van deze loodspost besloten de communicatie met het Zaustat via (een coördinator op) de CPA te laten verlopen.

Zaustat-ambulances

Het Zaustat heeft zowel via de mobilfoon als ad hoc, contact met de ambulances. Vanwege de zwakke zender van het Zaustat kunnen de ambulances het Zaustat slecht bereiken zodra zij op enige afstand van het Zaustat zijn. Na aankomst bij Miracle Planet ontstaan hierdoor communicatieproblemen.

CPA A.A.D. Oost-CPA IJssel-Vecht

Met de CPA IJssel-Vecht vindt regelmatig afstemming plaats. De contacten verlopen telefonisch (geen directe lijn). De onderlinge communicatie is goed, de geleverde bijstand van de CPA IJssel-Vecht is voor de CPA van de A.A.D. Oost van grote waarde geweest.

CPA-AC GGD

Tussen de CPA en het AC-GGD bestaat incidenteel telefonisch contact en daarnaast in persoon via de HSGA. Tijdens deze contacten wordt informatie uitgewisseld en worden eventuele boodschappen doorgegeven, zoals bijvoorbeeld het verzoek (aan het Actiecentrum) om levensmiddelen voor de loodspost bij 'Frans op den Bult' en bij Miracle Planet. Ook is aan het AC-GGD om warme kleding voor de ambulancebemanningen gevraagd.

CPA-ziekenhuizen

Met de ziekenhuizen in de regio heeft de CPA incidenteel contact. Doordat de CPA weinig exacte informatie heeft over aantallen en categorieën gewonden en daarom bij de voorwaarschuwingen van schattingen uit moet gaan, treden in de communicatie hierover met de ziekenhuizen soms misverstanden op. Ook blijkt de CPA niet altijd goed geïnformeerd over de bestemming van de ambulances en de ingeschakelde bussen, waarmee gewonden worden vervoerd. Sommige ziekenhuizen komen hierdoor voor verrassingen te staan. Volgens de medewerkers van de CPA is de onderlinge relatie goed gebleven. De ziekenhuizen toonden steeds begrip voor de situatie. Hoewel ook de ziekenhuizen soms niet in staat waren om verbinding te krijgen met de CPA A.A.D. Oost is het noodnet niet gebruikt.

CPA-brandweer

Met de meldkamer van de brandweer heeft de CPA slechts enkele malen contact. De centralisten van de CPA vinden dat de brandweer de CPA onvoldoende heeft geïnformeerd over de risico's die de ambulancehulpverleners hebben gelopen. De brandweer heeft de CPA er nooit van op de hoogte gesteld dat de plaats van de brand een vuurwerkbedrijf betrof.

CPA-politie

Met de meldkamer van de politie is wel regelmatig contact. De onderlinge communicatie is goed op een enkel incident na waarbij de politie, zonder overleg met de CPA, bij herhaling zelf ambulancevervoer voor een patiënt regelt. Via de politiemeldkamer wordt de inzet en begeleiding van bussen voor gewondenvervoer naar de ziekenhuizen geregeld. Ook de noodzakelijke afzetting

van gebieden rond het rampterrein wordt goed tussen CPA en politiemeldkamer afgestemd. De centralisten vinden dat de samenwerking met de politiemeldkamer goed is geweest en dat zij in het algemeen veel steun van de geüniformeerde politie hebben gehad.

Eerste ambulance-brandweer

De chauffeur van de eerste ambulance heeft na aankomst bij de plaats van de brand contact met de OVD van de brandweer die de leiding heeft over de bluswerkzaamheden bij de vuurwerkbedrijf. Tijdens dit contact wordt hij niet op eventuele gevaren gewezen. Daarna heeft de bemanning van de eerste ambulance geen contact meer met de brandweer.

Eerste ambulance-politie

Na aankomst heeft de eerste ambulance contact met de (geüniformeerde) politie ter plaatse. Aan hen wordt gevraagd het publiek op afstand te houden, dit probeert de politie ook te doen.

Tweede ambulance-brandweer-politie

De bemanning van de tweede ambulance heeft geen contact met de brandweer en evenmin met de politie.

OvDG-brandweer

De dienstdoende OvDG heeft vooral mondeling, maar ook via de portofoon, en de mobiele telefoon contact met de OVD van de brandweer. Naar zijn mening is de onderlinge communicatie goed verlopen. De overige OvDG'en hebben de eerste uren geen contact met de brandweer. Zij weten aanvankelijk niet wie de leidinggevend van de brandweer (en de politie) zijn, deze contacten komen pas later tot stand.

OvDG-politie

Met de leidinggevend van de politie is geen contact, met de geüniformeerde politie hebben de OvDG'en, daarentegen, een structureel mondeling contact. De onderlinge samenwerking is uitstekend. De politie verricht voor de geneeskundige hulpverlening allerhande hand- en spandiensten, zoals bijvoorbeeld het begeleiden van ambulances en bussen en het opvangen van de eerste ambulances bij het Avia tankstation.

Zaustat-brandweer

Het Zaustat heeft, ad hoc, via de mobilfoon en via een directe lijn contact met de brandweer.

Zaustat-politie

Het Zaustat heeft structureel, via de mobilfoon, en via een directe lijn contact met de politie, de onderlinge communicatie is goed.

Loodspost-politie

De loodspostfunctionarissen hebben met de geüniformeerde politie een structureel mondeling contact. De onderlinge samenwerking is uitstekend. De politie heeft veel ondersteuning gegeven. Zij heeft, waar nodig, de begeleiding van ambulances van buiten de regio en van de Duitse ambulances op zich genomen. Bovendien heeft de politie als eerste 'aanspreekpunt' bij de aankomst van de eerste ambulances gediend bij de loodspost Aviatankstation aan de A1.

5.3 RAV IJssel-Vecht

Bij de RAV IJssel-Vecht verloopt zowel de interne als de externe communicatie met de andere CPA-regio's, die om bijstand worden gevraagd, probleemloos. Het aantal telefoons is voldoende,

de lijnen raken niet overbelast. De communicatie tussen de CPA IJssel-Vecht en de CPA A.A.D. Oost wordt soms bemoeilijkt omdat de CPA A.A.D. Oost door alle hectiek van de situatie niet altijd goed bereikbaar is. Het noodnet is niet gebruikt. Het telefoonverkeer dat de leidinggevende van de RAV IJssel-Vecht en de HSGA van de GGD IJssel-Vecht voerden kon niet op een band vastgelegd worden.

Hoewel er door de CPA IJssel-Vecht weinig concrete informatie over de ramp kan worden verstrekt, is daar bij de andere CPA-regio's en de ziekenhuizen begrip voor getoond. Bij de afschaling door de CPA zijn ingeschakelde voorzieningen bedankt voor hun inspanningen.

Ervaren knelpunten

A.A.D. Oost

De medewerkers van de A.A.D. Oost hebben de beperkte en soms verouderde communicatiemiddelen als een groot knelpunt ervaren. Daarnaast verliep de communicatie, vanwege onvoldoende etherdiscipline bij de ambulancebemanningen, soms ongedisciplineerd. Degenen die zich voor een groot publiek verstaanbaar moesten maken (OvDG'en en loodspostfunctionarissen) hebben een megafoon gemist.

RAV IJssel-Vecht

De medewerkers van de RAV IJssel-Vecht hebben in het algemeen geen communicatieproblemen ervaren.

Samenvatting

De CPA A.A.D. Oost heeft, vanwege het feit dat ook de brandweer geen informatie had over de situatie en de risico's ter plaatse, tijdens en gedurende de eerste periode na de eerste melding hierover onvoldoende informatie van de brandweer ontvangen. Hierdoor is de CPA niet in staat geweest anderen adequaat te informeren en hebben de bemanningen van de eerste en de tweede ambulance gevaar gelopen.

De communicatie van de bij de hulpverlening betrokken centralisten, ambulancehulpverleners, OvDG'en, CGV'en en loodspostfunctionarissen is ernstig gehinderd door tekort schietende communicatiemiddelen. Hierdoor hebben de centralisten, de OvDG'en, het Zaustat, de loodspostfunctionarissen en de (overige) ambulancehulpverleners bij toerbeurt informatie gemist, waardoor misverstanden zijn ontstaan, en een goede aansturing vanuit het Zaustat en de CPA bijna onmogelijk was.

Desondanks is de onderlinge samenwerking goed gebleven en zijn er nauwelijks irritaties geweest.

De ambulancehulpverleners hebben tijdens het gebruik van de communicatieapparatuur onvoldoende etherdiscipline betracht. Dit hinderde de onderlinge communicatie nog eens extra. De samenwerking met de RAV IJssel-Vecht, de ziekenhuizen, en de politie was goed.

6 Nazorg¹⁵

6.1 Inleiding

Nazorg aan hulpverleners die zijn ingezet tijdens een ramp, is belangrijk voor de verwerking van de ervaren gebeurtenissen. Met behulp van nazorg kan worden getracht verwerkingsstoornissen te voorkomen of deze zo snel mogelijk op te sporen en adequaat te behandelen. In paragraaf 6.2 en 6.3. wordt uitgebreid op dit onderwerp ingegaan aan de hand van de bevindingen over de nazorg die de A.A.D. Oost en de RAV IJssel-Vecht aan de eigen medewerkers hebben geboden.

6.2 A.A.D. Oost

Op 13 mei 2000 organiseert Mediant 's avonds een debriefing bijeenkomst voor alle bij de vuurwerkkramp betrokken hulpverleners in het Dish Hotel in Enschede. Met uitzondering van de chauffeur van de eerste ambulance wonen geen van de bij de vuurwerkkramp betrokken medewerkers van de A.A.D. Oost deze bijeenkomst bij. Het merendeel ziet hiertoe geen noodzaak, een enkeling is niet op de hoogte van deze bijeenkomst. De A.A.D. Oost verzuimt om de personen die ingrijpende ervaringen hebben opgedaan (zoals bijvoorbeeld de bemanningen van de eerste en de tweede ambulance) afzonderlijk te benaderen om na te gaan hoe zij met hun ervaringen omgaan. Dit gebeurt evenmin op 14 mei 2000. Wel wordt herhaaldelijk, zowel door de centralisten als door de leiding van de CPA aan de loodspostfunctionarissen, de OvDG'en, de CGV'en doorgeven dat zij aan de bemanningen van de ambulances melding moeten maken van de debriefing in het Dish Hotel.

Op 15 mei 2000 wordt, in aanwezigheid van een medewerker van Mediant, een bijeenkomst voor personeel van de A.A.D. Oost en partners gehouden in een ruimte van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. De opkomst is groot, de sfeer emotioneel. Ook dan worden de mogelijk getraumatiseerde hulpverleners niet actief door of namens de leiding van de A.A.D. Oost benaderd.

Op 16 mei 2000 vindt een werkoverleg van staf en teamleiders plaats en wordt een informatiebulletin opgesteld, waarin informatie wordt gegeven over de bereikbaarheid van Mediant. Om de drempel laag te houden worden inloopsprekuren georganiseerd, bovendien kan men ook buiten de spreekuren bij Mediant terecht.

Van 22 tot 26 mei 2000 functioneert een team bestaande uit medewerkers van Mediant, de bedrijfsarts en de teamleiders als BOT-team.

Begin oktober 2000 is bij twee medewerkers van de A.A.D. Oost nog sprake van uitval die waarschijnlijk rampgerelateerd is.

Ervaren knelpunten

Over de kwaliteit van de nazorg wordt door de ambulancehulpverleners verschillend geoordeeld. Vooral degenen die tijdens het eerste uur intensieve ervaringen hebben opgedaan, zijn van mening dat met name de werkgever onvoldoende structurele nazorg aan de hulpverleners besteedt.

¹⁵ Zie ook rapportdeel Nazorg, 7.6

Samenvatting

De leiding van de A.A.D. Oost heeft weliswaar ruime aandacht besteed aan de (melding van) nazorg aan de eigen medewerkers, maar lijkt zich onvoldoende bewust te zijn geweest van de effecten van de traumatische ervaringen die bepaalde medewerkers tijdens de hulpverlening hebben opgedaan. Hierop is onvoldoende professioneel gereageerd.

6.3 RAV IJssel-Vecht

Door de RIAGG en slachtofferhulp is in de nacht van terugkomst van de medewerkers van de RAV IJssel-Vecht nazorg geboden. Nadien zijn aan alle medewerkers enquêtes verstuurd met vragen over de inzet bij de ramp. Daarnaast is iedereen nog afzonderlijk telefonisch benaderd.

Samenvatting

De leiding van de RAV IJssel-Vecht heeft de nazorg aan de eigen medewerkers adequaat opgepakt.

Deel 5: Nazorg

Inhoudsopgave Deel 5: Nazorg

1	<i>Algemene uitgangspunten</i>	153
2	<i>GGZ in Twente</i>	154
3	<i>Mediant</i>	155
4	<i>Vorbereiding op rampen in Enschede</i>	156
5	<i>PSHO in Enschede</i>	157
6	<i>Alarmering-opkomst-inzet</i>	158
	6.1 Dienstensysteem voor rampen	158
	6.2 Opschaling	158
7	<i>Evaluatie</i>	160
	7.1 Referentiekader	160
	7.2 Mediant - inhoud	160
	7.3 Mediant - Preventie	161
	7.4 Zorg voor slachtoffers - Mediant	161
	7.5 Mediant - Huisartsen	162
	7.6 Mediant - Zorg hulpverleners	163
	7.7 Mediant - Zorg eigen medewerkers	164
	7.8 Reguliere zorg - Mediant	164
8	<i>Kwantitatieve inzet</i>	165
9	<i>Meldingen en klachten</i>	166
10	<i>Communicatie, accommodatie, ondersteuning</i>	167
	10.1 Telefoon	167
	10.2 Voorlichting	167
	10.3 Accommodatie	167
	10.4 Ondersteuning	167
	10.5 Legitimatie/herkenning	168

1 Algemene uitgangspunten

Bij een ramp dient psychosociale nazorg te worden geboden aan slachtoffers en hun directe omgeving en aan de betrokken hulpverleners. In het meest extreme geval kan zware psychische belasting leiden tot een posttraumatische stress stoornis (PTSS).

De Nederlandse burger is voor nazorg in eerste instantie aangewezen op de nulde- en eerstelijns zorg (EHBO, het algemeen maatschappelijk werk en de huisartsen). De nulde- en eerstelijns zorg kan personen zonodig doorverwijzen naar de tweedelijns zorg, waar de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder vallen. De (openbare) GGZ heeft ook een taak bij de preventie van psychische stoornissen bij de bevolking in het algemeen.

GGZ instellingen dragen zorg voor de nazorg aan hulpverleners, meestal in de vorm van 'debriefings'. Dit gebeurt veelal op contractbasis.

Bij een ramp blijft de hierboven geschetste reguliere structuur intact maar wordt het hulp- en ondersteuningsaanbod toegesneden op de bijzondere situatie die door de ramp is ontstaan. De reguliere structuur maakt bij een ramp onderdeel uit van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Het hulp- en ondersteuningsaanbod geschiedt op basis van een procesplan Psychosociale Hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHO)¹⁶. De werknemers van bedrijven kunnen voor nazorg terecht bij hun ARBO dienst.

Het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) richt zich op de hulp die zorginstellingen hebben verleend op het gebied van de nazorg. De nazorg die verleend is door instellingen van vrijwilligers en maatschappelijk werk is onderzocht door de Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding (IBR)¹⁷. De rol van de ARBO dienst komt aan de orde in de rapportage van de Arbeidsinspectie.

¹⁶ Ontleend aan 'Psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen- een handleiding voor het ontwikkelen van een procesplan psychosociale hulpverlening' van de voormalige Landelijke Vereniging van GGD-en.

¹⁷ zie IBR-rapportage, onderzoek naar de bevolkingszorg, hoofdstuk 7 - Opvang en verzorging, psychosociale en maatschappelijke hulpverlening

2 GGZ in Twente

Mediant was als eerste GGZ instelling in Twente betrokken bij de nazorg van de vuurwerkkramp. Deze instelling is ontstaan in januari 1999 door het samengaan van de RIAGG'en van Hengelo en Enschede en het Twents Psychiatrisch Ziekenhuis (Helmerzijde). Er is een geheel nieuwe organisatie ontstaan met ruim 800 medewerkers. Mediant vervult alle taken op het gebied van ambulante GGZ, preventie, crisisdienst en acute klinische- en deeltijdbehandeling. Het klinische deel heeft een BOPZ aanwijzing (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen).

De ziekenhuizen in Enschede, Hengelo, Hardenberg en Almelo beschikken over psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en). In het kader van de vuurwerkkramp vervulden zij de GGZ functie voor slachtoffers die op 13 mei 2000 in het ziekenhuis werden opgenomen. Bovendien konden huisartsen personen naar de poliklinieken van de PAAZ'en verwijzen. De PAAZ'en hebben geen directe taak gehad bij de nazorg, zoals omschreven in het PSHO en blijven in dit rapport buiten beschouwing. De IGZ heeft geen onderzoek verricht naar de behandelde slachtoffers op de diverse PAAZ'en.

3 Mediant

Op het tijdstip van de ramp was Mediant een instelling die normaal functioneerde. Er was geen sprake van een reorganisatie, een hoog ziekteverzuim of veel openstaande vacatures. Mediant was als instelling volledig inzetbaar. Hierbij moet worden aangetekend dat twee psychiaters een congres bijwoonden in Detroit (USA), onder wie het hoofd van de A-opleiding psychiatrie. De Raad van Bestuur was niet voltallig aanwezig. Zoals gebruikelijk was tenminste één van de drie leden bereikbaar. Op 13 mei 2000 was dit de voorzitter.

Lang niet alle medewerkers wonen in Enschede. Sommigen, zoals de circuitmanager acute zorg en behandeling, wonen op enige afstand van Enschede. De ongeveer 60 medewerkers van Mediant die door de ramp getroffen waren, werden uiteraard niet ingezet. Voor de opvang van deze eigen medewerkers is een apart team gevormd. Hoewel de ramp ook Mediant niet onberoerd liet, waren voldoende medewerkers inzetbaar voor het nazorgtraject.

De inzet van Mediant werd logistiek bemoeilijkt doordat het gebouw van de Mediant-vestiging aan de Raiffeisenstraat beschadigd was door de explosies. Het gebouw lag binnen de afgesloten zone (ring). In dit gebouw was voorheen de RIAGG Enschede gevestigd. Wanneer kort tevoren geen fusie van GGZ instellingen had plaats gevonden, was de RIAGG niet of pas veel later in staat geweest nazorg te verlenen.

Uit voorzorg voor eventuele problemen bij de millenniumwisseling had Mediant geparticipeerd in de landelijke actie van VWS en een calamiteitendraaiboek opgesteld. Deze voorbereiding stelde Mediant in staat om adequaat in te spelen op de gevolgen van de ramp in Enschede.

4 Voorbereiding op rampen in Enschede

In Twente was sinds december 1998 het concept-'Procesplan Psychosociale Hulpverlening bij ongevallen en rampen' gereed. De uitgangspunten wijken niet af van hetgeen landelijk gebruikelijk is (zie hoofdstuk 1, voetnoot 1). Het plan kent zes hoofdstukken: doelstelling PSHO, uitgangssituatie, opzet PSHO, de werkzaamheden van de PSHO, relatie met de subsystemen geneeskundige hulpverlening en bevolkingszorg, de voorbereiding en actualisering van het procesplan en de organisatie, uitvoering, logistiek, leiding en communicatie.

Er dienen volgens het procesplan PSHO multidisciplinaire teams ingezet te worden. De hulpverleners zijn in het plan als volgt gespecificeerd: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, pedagogen, andragologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en specifiek opgeleide vrijwilligers. Een coördinator, van één van de deelnemende instellingen, zou de leiding over de PSHO moeten krijgen; de directeur van de GGD draagt de eindverantwoordelijkheid.

Belangrijk is dat bij de doelstelling van de PSHO in Twente gesteld wordt dat de PSHO zich in principe richt op de direct en indirect getroffen en niet op professionele reddingswerkers en andere (vrijwillige en professionele) hulpverleners. De psychosociale hulpverlening voor deze laatste doelgroepen maakt deel uit van de reguliere ARBO zorg. Het plan geeft aan dat, afhankelijk van de situatie, professionele hulpverleners uiteraard geholpen worden.

Ten tijde van de vuurwerkramp was het plan nog niet door alle deelnemende instanties goedgekeurd en dus nog niet officieel van kracht. Mediant was in hoofdlijnen akkoord gegaan. Men werkte in GHOR verband aan de verdere uitwerking. Een oefening had nog niet plaats gevonden. Bijscholing was ook nog niet gerealiseerd. Wat dat betreft trof de ramp de bij PSHO betrokken instellingen terwijl men nog niet goed was voorbereid. Het rampenplan van de RIAGG Enschede bleek niet meer actueel.

5 PSHO in Enschede

In de acute fase heeft de GHOR op 13 mei rond 19.00 uur Mediant ingeschakeld om de psychosociale hulpverlening op te starten. Mediant maakte organisatorisch deel uit van het Beleidsteam (BT) en werd aangestuurd door de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) van de regio Twente. Daarnaast was het actiecentrum Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) van de gemeente Enschede actief dat een coördinerende rol vervulde bij de opvang van de slachtoffers.

Vanaf maandag 15 mei 2000 verliepen de DMO-aanvragen aan Mediant via de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD). Bij de DMO ervoer men deze constructie als inefficiënt; de contacten met Mediant verliepen beter. Vanaf dinsdag 16 mei 2000 voegden de GGD en de DMO hun nazorgfuncties samen. Zo ontstond min of meer de PSHO organisatie zoals bedoeld in het procesplan. In het cluster Zorg werkten Mediant, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (SMD), EHBO, huisartsen, Bureau Slachtofferhulp, GGD en DMO samen. Daarnaast werd een Beleidsoverleg Zorg ingesteld. Vanuit de overheid namen vertegenwoordigers van Enschede, Twente en het ministerie van VWS deel aan dit overleg. Ook de leider van het crisisteam van Mediant was een deelnemer van dit overlegorgaan.

De opdracht voor het cluster Zorg bestond uit:

- het coördineren/ afstemmen en kanaliseren van de actuele hulpvragen
- het komen tot een samenhangend plan van aanpak voor de psychosociale zorg.

De uitgangspunten van het cluster Zorg waren:

- eerste opvang door nulde- of eerstelijnsvoorzieningen als slachtofferhulp, GGD en SMD; Mediant in de tweede lijn
- coördinatie en afstemming via cluster Zorg van de verzoeken waarbij meerdere instellingen en/of grote groepen en dus veel hulpverleners betrokken zijn (individuele bewoners kunnen natuurlijk ook zelf contact opnemen met een instelling voor hulp; dit handelt de instelling zelf af)
- vervolgspraken worden vanuit de instelling zelf geregeld/afgehandeld
- rampgerelateerde hulp moet zoveel mogelijk aansluiten bij reguliere hulp en vanuit reguliere structuren gegeven worden.

Voor meer informatie over de opdracht, en de uitgangspunten van het cluster Zorg wordt verwezen naar het rapport van de GGD Twente van juni 2000¹⁸. De diensten van Mediant voor de brandweer en andere hulpverlenende instanties vallen hier echter buiten. Deze hadden alleen betrekking op de levering van diensten op contractbasis.

¹⁸ Psychosociale hulpverlening vuurwerkcramp Enschede- periode 13 mei tot en met 31 mei 2000

6 Alarmering-opkomst-inzet

Het Bedrijfs Opvang Team (BOT) van de brandweer heeft Mediant als eerste gealarmeerd. De brandweer verzocht om 'debriefing' van de brandweermannen in verband met de ramp. Op welk moment de inschakeling in het kader van de GHOR heeft plaatsgevonden, valt niet te achterhalen. Een formeel verzoek kwam van het Actiecentrum GGD (AC-GGD). De circuitmanager acute zorg van Mediant werd benoemd als coördinator PSHO. Hij was echter van mening dat de coördinatie nadrukkelijk buiten Mediant zou moeten liggen en kon zich niet vinden in de gekozen constructie. De dag erna veranderde de instelling van het cluster Zorg de situatie evengoed. Het geeft aan dat de coördinatie van de PSHO de eerste twee dagen te wensen over liet.

In de stukken van Mediant valt de term GHOR voor het eerst op 13 mei 2000 om 19.00 uur. De term PSHO komt helemaal niet voor. Een exemplaar van het GHOR plan van Mediant bevond zich nu juist in het pand Raiffeisenstraat dat beschadigd was door de explosie (zie ook onder 10.5 legitimatie).

6.1 Dienstensysteem voor rampen

De circuitmanager acute zorg en behandeling is de eerstverantwoordelijke binnen Mediant voor de inzet van Mediant bij een ramp. Er bestaat een dienstensysteem waar de vijf circuitmanagers van Mediant aan deelnemen. De circuitmanagers zijn permanent bereikbaar per vaste- of mobiele telefoon. Er wordt geen opkomsttijd gehanteerd. Gestreefd wordt naar een zo spoedig mogelijke aanwezigheid. Dit betekent in de praktijk maximaal drie kwartier. De circuitmanager acute zorg en behandeling had op 13 mei 2000 geen dienst. Officieus was echter geregeld dat hij bij een verzoek om bijstand gebeld zou worden. Dit is ook gebeurd. De circuitmanager acute zorg en behandeling heeft onmiddellijk de leiding op zich genomen en is vertrokken naar het Dish Hotel te Enschede (voor een plattegrond van het rampgebied zie bijlage 1).

In korte tijd zijn veel medewerkers gemobiliseerd en zijn de taken verdeeld. Normaal gesproken wordt de crisisdienst van Mediant gemobiliseerd door de CPA en nemen de overige medewerkers contact met de crisisdienst op. Uit de stukken blijkt echter dat een aantal medewerkers van Mediant dat geen dienst had, zich via de CPA heeft aangemeld om hulp te verlenen. De circuitmanager van Mediant was hiervan niet op de hoogte. Hij vermoedt dat de crisisdienst niet bereikbaar was wegens overbelasting van het GSM net. Men zou hier dus kunnen spreken van een oneigenlijk gebruik van de CPA. Daarnaast kwamen veel telefonische verzoeken om opheldering over de inzet terecht bij de echtgenote van de circuitmanager. Gelukkig heeft deze verwarrende gang van zaken geen invloed gehad op het aantal medewerkers dat ingezet kon worden.

6.2 Opschaling

Tussen 17.00 en 18.00 uur heeft de circuitmanager acute zorg en behandeling de eerste opdracht gegeven tot interne opschaling. Ongeveer een uur later was naar zijn oordeel een redelijke ploeg gemobiliseerd. Problemen zijn hierbij niet opgetreden. Het is belangrijk om te vermelden dat er officieel sprake was van twee soorten alarmering, alarmering van het Bedrijfs Opvang Team van de brandweer en van de GGD/GHOR voor de debriefing van hulpverleners en de psychosociale hulp aan de getroffen bevolking.

Op zondag 14 mei 2000 is een organisatiestructuur opgezet dat door de inzet van een apart team voor hulp aan de slachtoffers, goed in de richting kwam van het plan PSHO. In deze structuur

waren ook zorgteams beschikbaar voor de hulpverleners en voor de eigen medewerkers die door de ramp getroffen waren. Het crisisteam van Mediant stond onder leiding van de circuitmanager acute zorg en behandeling. Deze organisatie trad op 15 mei 2000 in werking. De onderscheiden disciplines in het procesplan PSHO waren voldoende inzetbaar. Het ontbrak echter aan samenwerking tussen multidisciplinaire PSHO teams en andere PSHO instanties zoals vastgelegd in het (concept-)Procesplan Psychosociale Hulpverlening bij ongevallen en rampen. De in dit plan genoemde disciplines waren aanwezig, maar deden hun werk zonder adequate coördinatie. Vanaf 16 mei 2000 nam Mediant deel aan het cluster Zorg en kwam de regie tot stand.

7 Evaluatie

7.1 Referentiekader

In Nederland is nog betrekkelijk weinig ervaring opgedaan met het geven van nazorg bij grote rampen. De belangrijkste gebeurtenis op dit gebied is de Bijlmermeerramp in 1992. De ervaring die daar is opgedaan, is vooral bekend dankzij het werk van Prof. dr. B. Gersons, psychiater en hoogleraar te Amsterdam. Hij werd door VWS als adviseur aangetrokken. Prof. Gersons heeft Mediant in deze functie, maar ook collegiaal, geadviseerd. Van belang zijn hier ook de artikelen die hij en zijn medewerkers onder meer in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Journal of Traumatic and Stress in 1997 hebben geschreven. Hieruit komt een zekere reserve naar voren ten aanzien van het nut van debriefing. Belangrijk is verder het rapport van het Trimbos Instituut uit 1998: 'Preventie van psychische en gedragsproblemen: een beknopt overzicht van de stand van de wetenschap'. Allereerst geeft men een definitie van debriefing: 'Het gaat om het aanbieden van opvanggesprekken, individueel of in groeps- of bedrijfsverband. Het onderscheid tussen preventie en behandeling is moeilijk te maken. Tijdens de opvanggesprekken wordt in een vertrouwde omgeving emotionele steun gegeven, de gelegenheid geboden gevoelens te uiten en wordt de traumatiserende gebeurtenis gereconstrueerd' (Carlier & Gersons, 1998). Men selecteerde negen gecontroleerde onderzoeken. Slechts één van de negen studies leverde bewijs ten gunste van debriefing. Uit de overige studies kan geconcludeerd worden dat debriefing op zijn gunstigst ineffectief is, aldus het rapport van het Trimbos Instituut. Deze conclusie komt overeen met een studie van het Cochrane netwerk uit 1998: 'There is no current evidence that psychological debriefing is a useful treatment for the prevention of post traumatic stress disorder after traumatic incidents. Compulsory debriefing of victims of trauma should cease.' In een hernieuwde review (Cochrane database Syst Rev 2000) wordt dit nog weer herhaald. In een zeer recent artikel van Carlier, Voerman en Gersons (Br J. Med Psychol 2000) over de debriefing van politiemensen komt naar voren dat het nut van debriefing niet is vastgesteld. Een ander onderzoek naar het effect van debriefing van verkeersslachtoffers geeft als conclusie: 'Psychological debriefing is ineffective and has adverse effects. Is not an appropriate treatment for trauma victims.' (Mayou RA et al Br J. Psychiatry 2000).

7.2 Mediant - inhoud

In hoofdstuk 1 is al opgemerkt dat men uitging van de noodzaak tot preventieve maatregelen en debriefing. Dit kon dan ook ten tijde van de ramp niet ter discussie staan. Wel is van belang hoe Mediant de nazorg inhoudelijk, gegeven de stand van de wetenschap, gestalte heeft gegeven. Er waren geen instructies, richtlijnen of protocollen aanwezig die gericht waren op de nazorg bij een ramp.

Ook voorlichtingsmateriaal ontbrak. Gebruikmakend van materiaal dat onder meer de RIAGG Amsterdam Zuidoost beschikbaar stelde, zijn met spoed folders ontwikkeld. De folder voor getroffen en verwondde was op 14 mei gereed en werd diezelfde dag gebruikt bij de bijeenkomst met de brandweermensen. Op 16 mei 2000 waren vijf folders gereed: voor volwassenen, ouders, leerkrachten, verwijzers en betrokkenen die alleen de Turkse taal beheersen. Enige dagen later verscheen er ook een folder gericht op kinderen.

De folders maken een consistente indruk. Ze zijn in begrijpelijke taal geschreven. De algemene boodschap heeft betrekking op de emotionele reacties waarmee betrokkenen te maken krijgen. Er wordt duidelijk gemaakt dat schaamte voor deze reacties niet nodig is. Andere thema's die in het

voorlichtingsmateriaal aan de orde komen zijn het optreden van eventuele slaapstoornissen en het belang van goede gesprekken met de familie of andere vertrouwde personen. Mediant hanteerde, met andere woorden, een voorzichtige aanpak die in lijn is met de huidige stand van de wetenschap ter zake.

Op 18 mei 2000 kwamen hulpverleners van de Bijlmerramp, van de RIAGG Amsterdam Z-O op bezoek. Ze gaven aanbevelingen die schriftelijk zijn vastgelegd en uitgereikt aan de leden van het crisisteam. Ook is er contact geweest met het Instituut voor Psychotrauma te Utrecht. Schriftelijke richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, een intakeformulier en een screeningslijst op traumaontwikkeling waren vanaf 19 juni 2000 beschikbaar.

7.3 Mediant - Preventie

Preventie is een normale functie van een RIAGG en dus ook van Mediant. Bij Mediant bestaat een afdeling preventie. De vermenging van zorg en preventie is dusdanig dat bij preventieve activiteiten niet uitsluitend preventiemedewerkers actief zijn maar ook hulp- en zorgverleners. Ook bij de nazorg van de vuurwerkramp was van een dergelijke samenwerking sprake. Soms gaan dienstverlening en preventie samen. Tal van activiteiten zijn onder deze term te vatten: advisering aan de GGD, DMO, maatschappelijke dienstverlening, huisartsen, het maken van folders, het begeleiden van scholen, het aanwezig zijn bij de uitvaart van brandweerlieden, het aanwezig zijn bij de stille tocht, het begeleiden van het bezoek van getroffen bewoners aan het rampterrein.

7.4 Zorg voor slachtoffers - Mediant

De psychosociale hulp voor slachtoffers van een ramp gaat ervan uit dat men in principe te maken heeft met normale, gezonde mensen die iets vreselijks hebben meegemaakt. Deze mensen hebben behoefte aan informatie, materiële hulp en troost. Nuldelijns psychosociale zorg wordt verleend door medewerkers van het Bureau Slachtofferhulp en EHBO'ers. Eerstelijns zorg is in handen van de medewerkers van het algemeen maatschappelijk werk en huisartsen. Op verwijzing van een maatschappelijk werkende, huisarts of arts van de GGD komt de GGZ, als tweedelijnszorg in actie. Een dergelijke organisatie van de zorg bij rampen sluit aan bij de normale praktijk. En dat is ook precies het uitgangspunt voor de hulp bij rampen. Deze werkwijze voorkomt ongewenste medicalisering, psychologisering en psychiatrisering.

Maatschappelijk werkenden mogen gezien hun opleiding in staat worden geacht een screening op mogelijke GGZ problematiek te beheersen en te weten wanneer doorverwijzing naar de GGZ noodzakelijk is.

In een memo van 15 mei 2000 van de Raad van Bestuur van Mediant aan de medewerkers van Mediant staat helder omschreven welke rol Mediant vervulde in de eerste fase na de vuurwerkramp:

“In eerste aanleg is de bevolking opgevangen door de reguliere medische- en maatschappelijke voorzieningen, die ook hun rampenscenario's van toepassing verklaarden. Te denken is aan de algemene ziekenhuizen in geheel Twente en de Achterhoek, de opvangvoorzieningen in twee plaatselijke sporthallen, de financiële bevoorschotting van gedupeerden. Mediant is in de eerste fase ingezet als ondersteuning. Zoals verwacht is daarvan weinig gebruikt gemaakt (onderstreping IGZ). Al snel is de volgende fase aan de orde. Hierin krijgt de geestelijke gezondheidszorg een andere, meer directe rol. Vandaag wordt er een hulpverleningsteam opgestart dat bestaat uit drie medewerkers van circuit Jeugd, Volwassenen en Ouderen. In totaal dus 9 medewerkers. Dit team

is via eerstelijnsvoorzieningen (huisarts, maatschappelijk werk) toegankelijk op een eigen telefoonnummer van de locatie RIAGG Enschede. De eerstelijnsvoorzieningen en relevante anderen zullen daarover snel geïnformeerd worden. Dit team fungeert achter de eerstelijnsvoorzieningen. Als vandaar uit diagnostiek, hulpverlening en/of consultatie wordt verlangd, dan zal dit snel worden gerealiseerd. Waar nodig zullen zij (de leden van de teams) binnen de circuits een beroep doen op collegae.”

Het tweede memo, van 19 mei 2000, vermeldt het volgende:

“De druk op het team neemt toe. De eerste cliënten hebben zich aangemeld en de eerste gesprekken zijn al gevoerd. Voor de medewerkers van het circuit jeugd zijn specifieke informatiemappen aangelegd met recente artikelen en ander informatiemateriaal. Relevant informatiemateriaal voor de hulpverleners uit de andere circuits wordt momenteel verzameld.”

In hetzelfde memo wordt ook al aan de meer langdurige zorg gedacht:

“Binnen Mediant wordt gewerkt aan een plan van aanpak voor het aandeel dat Mediant in het Informatie- en Adviescentrum (IAC) zal leveren. Onder andere zal een schatting worden gemaakt van de te verwachten toename van cliënten, hoe wij deze cliënten willen opvangen, welke personele inzet daarvoor nodig is en op welke wijze wij dat gaan organiseren.”¹⁹

Het derde memo, van 24 mei 2000, geeft alleen aan dat er ongeveer 70 aanmeldingen binnen waren, waarvan 13 voor circuit jeugd, 6 voor ouderen en 51 voor volwassenen.

Voor geautoriseerde kwantitatieve gegevens over de inzet van Mediant wordt verwezen naar het evaluatierapport van de GGD (zie onder 8).

De IGZ heeft op grond van de stukken van Mediant, bovengenoemde informatiemappen van Mediant, het evaluatierapport Psychosociale hulpverlening van de GGD, de weergave van de banden van de A.A.D. Oost en het logboek van het AC-GGD, de indruk dat de memo's de gang van zaken correct weergegeven.

De IBR plaatst enige kritische kanttekeningen bij de rol van Mediant in de opvangcentra, met name in de Diekmanhal. Mediant reageerde weliswaar snel op de verzoeken om hulp, maar hield -naar de mening van de IBR- teveel vast aan de tweedelijns positie. Zo zou sprake zijn geweest van psychotische slachtoffers die opgevangen werden door leken (medewerkers van Bureau Slachtofferhulp en EHBO'ers). Volgens Mediant heeft een beperkt aantal slachtoffers psychotische reacties vertoond. Deze zijn door Mediant op de gebruikelijke wijze geholpen. Medewerkers van Mediant zijn veelvuldig in de Diekmanhal geweest, maar waren niet altijd als zodanig herkenbaar.

7.5 Mediant - Huisartsen

Huisartsen werden geacht de eerste zorg aan slachtoffers te leveren. Voor consultatie en verwijzing konden ze bij Mediant terecht.

In deze paragraaf gaat het om de communicatie van Mediant met de huisartsen over de afstemming van de zorg. Ook volgt een beschrijving van de voorlichtingsactiviteiten (inhoudelijke adviezen) die Mediant heeft gegeven.

Op 14 mei 2000 besloot het crisisteam dat de beleidspsychiater inhoudelijke informatie voor huisartsen zou opstellen. Het contact met de huisartsen zou gaan lopen via de District Huisartsen

¹⁹ zie hiervoor het Projectplan Mediant traumahulpverlening. De eerste versie was op 29 mei 2000 gereed

Vereniging (DHV). Op die dag is contact tussen Mediant en de DHV tot stand gekomen en heeft de DHV vervolgens per fax alle huisartsen geïnformeerd. De voorlichting voor huisartsen buiten Enschede zou gaan lopen via de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV). Op 16 mei 2000 staat genoteerd dat de Mediant-afdeling Preventieve Dienstverlening en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (PDO) bezig is met het samenstellen van een informatiepakket voor huisartsen. De mailing zou op 17 mei 2000 verstuurd kunnen worden. Op 18 mei 2000 was er een apart overleg, niet nader gespecificeerd, over de ondersteuning van huisartsengroepen.

Voorlichting van Mediant

De IGZ beschikt alleen over een vijf pagina's tellende informatie-uitgave van Mediant gedateerd 14 mei 2000 met als titel: 'Na de schok.... De draad weer oppakken; informatie voor verwijzers over betrokkenen bij de explosieramp'. De folder geeft een beeld van de reacties die mensen kunnen vertonen na schokkende gebeurtenissen. Het gaat om slaapstoornissen, angstgevoelen, agressieve wraakgedachten, overmatig gebruik van alcohol, medicijnen of drugs en contactuele stoornissen. Verder is ontkenning mogelijk en overige reacties in de vorm van verhoogde prikkelbaarheid etc. Apart wordt ingegaan op reacties van kinderen. In de folder is ook aandacht besteed aan allochtonen. De reacties en klachten moeten geleidelijk minder worden. Treden ze na drie maanden nog veelvuldig op dan kan dat wijzen op het ontstaan van een posttraumatische stress stoornis. Professionele hulp is dan noodzakelijk. De hulp die Mediant kan bieden, wordt als volgt in algemene termen omschreven: individuele- en groepstherapie, partner-relatie behandeling of ondersteuning met medicatie. Voor medici is nog een kort extra advies toegevoegd: het afraden van het voorschrijven van benzodiazepinen; de opmerking dat slaapproblemen bij een normale verwerking behoren en behandeld kunnen worden met eenvoudige middelen. Verder geeft men advies hoe te handelen bij uitputting. Consultatie en advies is te krijgen via een speciaal daartoe opengesteld telefoonnummer.

Kern van de benadering is dat men de huisartsen instrumenten aanreikt om de slachtoffers te helpen. Na drie maanden moet het weer goed gaan, anders is een verwijzing naar Mediant noodzakelijk. De termijn van drie maanden is arbitrair maar als vuistregel zeer wel te verdedigen. Een uitzondering hierop vormt wellicht het ontstaan van een zogenaamde dissociatie: personen gaan anders handelen of denken of reageren los van hun persoonlijkheid. Elders wijst de beleidspsychiater er op dat deze stoornis eerder kan optreden dan het posttraumatisch stress syndroom. Een dergelijke stoornis vereist naar het oordeel van de IGZ meer aandacht. Belangrijk is de opmerking van Mediant dat de huisartsen ten onrechte niet in het GHOR plan zijn opgenomen.

7.6 Mediant - Zorg hulpverleners

De zorg voor hulpverleners vormde de start van de inzet van Mediant. De IGZ kreeg een niet gedateerd stuk, opgesteld door een psychiater van Mediant, lid van het crisisteam, getiteld: 'Instructie voor begeleiders, brandweer en ambulancepersoneel na trauma'. Dit zou gebruikt zijn als richtlijn voor de medewerkers die ingezet zijn voor de debriefing in het Dish Hotel. De inhoud van het stuk is gericht op stabilisatie van de geestestoestand van de betrokkene, niet op een intensieve verwerking van het trauma. De instructie is naar het oordeel van de IGZ wel erg summier, maar voldoende gegeven het feit dat de instructie ad hoc ontwikkeld moest worden. Op 16 mei 2000 vraagt men zich in het crisisteam af of er literatuur beschikbaar is over hulp aan hulpverleners.

De debriefing van het beroepsbrandweerpersoneel is in organisatorische zin in ieder geval goed verlopen. Bij het vrijwillig personeel waren er enige moeilijkheden maar deze konden worden

opgelost. Ambulancepersoneel verscheen echter in hoge mate niet. De IGZ heeft naar aanleiding hiervan extra inlichtingen van Mediant gevraagd en verkregen. Het komt er op neer dat Mediant had opgemerkt dat er iets mis was en dat vervolgens actief is geprobeerd om alsnog de debriefing van ambulancepersoneel te laten plaatsvinden. Dit is in een later stadium maar zeer ten dele gelukt.

De debriefing heeft ook elders plaatsgevonden. Zo zijn brandweerlieden van Zwolle die zijn ingezet bij de ramp, opgevangen door de RIAGG Zwolle. Dit gebeurde volgens lokaal contract. Het onderzoek van IGZ beperkt zich evenwel tot Enschede.

7.7 Mediant - Zorg eigen medewerkers

Ongeveer 60 medewerkers waren op enigerlei wijze zelf slachtoffer van de ramp. Mediant heeft deze medewerkers met behulp van de postcodes snel in kaart gebracht. Het 'Rampen-opvangteam 2' van het crisisteam nam de hulp en begeleiding van deze medewerkers voor zijn rekening. Dit onderdeel, hoe belangrijk ook, valt verder buiten het evaluatieonderzoek.

7.8 Reguliere zorg - Mediant

Zoals reeds vermeld is er een splitsing gemaakt tussen crisishulpverlening en reguliere werkzaamheden. De reguliere werkzaamheden werden zoveel mogelijk op de gebruikelijke wijze voortgezet. Echter iedere medewerker werd geacht, desgevraagd door het crisisteam, medewerking te verlenen aan de noodzakelijke activiteiten in verband met de ramp. De cliënten hadden, zeker in de eerste weken na de ramp, veel begrip voor het feit dat niet alles liep zoals gebruikelijk was.

In het begin was bij Helmerzijde veel aanloop van 'bekende' cliënten. Dit leidde tot enige overlast. Daarop heeft men besloten een medewerker van het inloophuis tijdelijk bij Helmerzijde te stationeren. Hiermee was het probleem kennelijk opgelost.

Een bijzondere groep vormde de ingeschreven cliënten die in het rampgebied woonden. Het beleid was er op gericht dat deze personen in principe door de eigen hulpverleners zouden worden opgevangen. Drie cliënten die hun huis hadden verloren, zijn ondergebracht binnen Mediant-Helmerzijde. Volgens het memo van 24 mei 2000 ging Mediant alle bestaande cliëntenbestanden screenen op postcode. Alle cliënten woonachtig in het rampgebied zouden pro-actief benaderd worden door hun hulpverlener. Ook de mensen op de wachtlijsten werden actief benaderd. Dit besluit is terug te vinden in de lijst van afspraken van het crisisteam van de vergadering van 19 mei 2000. De opdracht tot het actief benaderen viel op 23 mei 2000. De bewoners zouden benaderd worden via de mobiele telefoons die ze hadden gekregen, aldus het verslag. De IGZ heeft geen gegevens over het resultaat van deze actie. Men zou zich kunnen afvragen of deze actieve benadering niet eerder had moeten plaatsvinden. Dit zou nader onderzoek door Mediant zelf, of een onderzoeksinstituut vergen. Vast staat dat Mediant in ieder geval ter zake alert is geweest en voor een actieve houding heeft gekozen.

8 Kwantitatieve inzet

Volgens opgave van de GGD was de inzet van Mediant als volgt:

13-14 mei 2000	
– Pathmos/Diekman/Miracle Planet	18
– Dish Hotel/brandweerkazerne Hengelo	550
– Diverse	15 uren ondersteuning
15- 31 mei 2000	
– Onderwijs	60
– Hulp hulpverleners	175
– Begeleiding rampgebied/stille tocht/uitvaart	219
– Diverse	
– ondersteuning nulde- en eerstelijns	35
– preventie, folders, voorbereiding groepsbijeenkomsten, slachtofferhulp, actieve benadering herhuisveste bewoners	506 uren ondersteuning.
13-31 mei 2000	
Individuele hulpverleningscontacten	
– crises	56 uren; 35 cliënten
– beschikbaarheid/aanmeldingen	800 uren; 120 cliënten

Volgens opgave van Mediant is aan circa 26 instellingen psychosociale hulp geboden ten behoeve van hulpverleners.

9 Meldingen en klachten

Mediant beschikt over een klachtencommissie volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (In bijlage 2 vindt u het wetgevend kader voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen). Hier zijn geen klachten ingediend die betrekking hebben op de nazorg van de ramp. Bij de IGZ in regio Noordoost te Arnhem zijn geen 'meldingen' (klachten) binnengekomen met betrekking tot de hulpverlening op GGZ gebied. Mediant kent verder een MIP/FONA regeling. Dit is een kwaliteitsbevorderende commissie die incidenten onderzoekt ter lering en ter voorkoming van herhaling. Bij de betreffende commissie zijn door medewerkers geen meldingen gedaan.

10 Communicatie, accommodatie, ondersteuning

10.1 Telefoon

Vanaf het begin tot het einde van de ramp hebben de leiding en de medewerkers van Mediant met elkaar kunnen communiceren per normale telefoon en GSM. Alleen bij het GSM net heeft men één maal met een kortdurende storing te maken gehad. De receptie van het gebouw Raiffeisenstraat was door de beschadiging van het gebouw en de ligging binnen de afgesloten zone niet bemand. Dit is opgevangen door doorschakeling van telefoonnummers, uitbreiding van het aantal lijnen en een verdubbeling van de bezetting van Helmerzijde. Alle teamleiders werden voorzien van mobiele telefoons. Een lijst met telefoonnummers was op 14 mei 2000 beschikbaar. Van belang is ook dat op 14 mei 2000 reeds besloten werd alle recepties van Mediant van instructies te voorzien. Hier blijkt weer het voordeel van de wat grotere organisatie met verscheidene locaties.

10.2 Voorlichting

Om de eigen medewerkers in te lichten heeft de Raad van Bestuur driemaal een memo opgesteld. In de contacten met de pers is men terughoudend, maar wel open geweest. Slechts eenmaal, namelijk op 23 mei 2000 (dit is niet zeker) gaf de Raad van Bestuur een (ongedateerd) persbericht uit. De contacten met de pers liepen via de leider van het crisisteam. Mediant was van mening dat een goede verhouding met de pers in het eigen voordeel zou werken. Zo kon gebruik gemaakt worden van deze kanalen ten behoeve van publieksinformatie. De afdeling communicatie van de gemeente Enschede vormde het centrum van de persvoorlichting. Hiermee zou geen contact onderhouden zijn.

Op 16 mei 2000 wordt in het crisisteam gevraagd de leider van het crisisteam vooral van informatie te voorzien: "het te woord staan van de pers is erg zwaar".

10.3 Accommodatie

Zoals al eerder is opgemerkt, was de locatie Raiffeisenstraat enige dagen niet bereikbaar. Men kon dus ook niet beschikken over de dossiers van cliënten. Dit is goed opgevangen, mede omdat van de zijde van de cliënten veel begrip voor de situatie bestond.

De ruimten in het Dish Hotel waren volgens de leider van het crisisteam adequaat. Men beschikte over een zaal voor de groeps-debriefing. Zo nodig kon men een kamer gebruiken voor een individueel gesprek.

De accommodatie voor de hulp aan slachtoffers onder de bevolking blijft hier buiten beschouwing. (zie rapport IBR).

10.4 Ondersteuning

De rol van de ondersteuning bij het optreden van Mediant kan het beste omschreven worden als een 'silent service'. Dit is, volgens de voorzitter van de Raad van Bestuur, dankzij de geweldige inzet van veel personen zeer goed verlopen. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan administratieve ondersteuning maar ook aan de medewerkers van de stafafdelingen van Mediant.

10.5 Legitimatie/herkenning

Medewerkers van Mediant hebben bij hun werkzaamheden zo nodig visitekaartjes van Mediant als legitimatiebewijs gebruikt. Dit heeft zonder problemen gewerkt. Wel heeft de leider van het crisisteam zeer veel moeite moeten doen om enig noodzakelijk materiaal op te halen uit het pand Raiffeisenstraat toen dat nog in de afgesloten zone lag.

In de Diekmanhal zou het zijn voorgekomen dat om bijstand van Mediant gevraagd werd terwijl medewerkers van Mediant in de hal aanwezig waren. Ze waren echter niet als zodanig herkenbaar.

Deel 6: Conclusies en aanbevelingen

Inleiding

In de voorgaande rapportdelen zijn de diverse aspecten van de geneeskundige hulpverlening beschreven en geanalyseerd. In dit deel treft u per onderscheiden rapportdeel de conclusies aan, gevolgd door de specifieke aanbevelingen.

Uit het onderzoek naar de ramp in Enschede blijkt dat veel aanbevelingen uit de evaluaties van eerdere rampen ter harte zijn genomen. Het regionale rampenplan was beschikbaar. De praktische vertaling voor de geneeskundige kolom (opleiding, rampenoefeningen, nadere concretisering samenwerkingsafspraken) was echter nog in volle gang. Bij de geneeskundige hulpverlening aan de getroffen van de vuurwerkcramp hebben de hulpverleners een grote betrokkenheid en inzet getoond.

1 Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

Conclusies

- 1 De vuurwerkexplosies in Enschede hebben geleid tot een massale inzet van geneeskundige hulpverleners en materieel. Grotendeels is dit op verzoek van de CPA en de GHOR-organisatie gebeurd. Daarnaast meldden geneeskundige hulpverleners zich spontaan, zowel op het rampterrein als in de instellingen. De zeer grote betrokkenheid en inzet van geneeskundig personeel uit de eigen en andere regio's zijn vermeldenswaardig. Deze inzet werd niet alleen in de acute fase getoond, maar ook in de periode volgend op 13 mei 2000.
- 2 De grootte van het rampterrein in combinatie met de impact van de explosies belemmerde het overzicht over de behoefte aan geneeskundige hulpverlening. Op grond van de eerste berichten (van hulpverleners op het rampterrein en van de meldkamers van brandweer en politie) is een grote GHOR-opstapeling in gang gezet. Uit Duitsland zijn eveneens veel hulpverleners ingezet. De samenwerking tussen Duitse en Nederlandse hulpverleners is door alle betrokkenen als 'goed' beschouwd. In deze rapportage blijft de Duitse inzet grotendeels buiten beschouwing.
- 3 In de aanvankelijke chaos en hectiek hebben de aanwezige hulpverleners op het rampterrein zich maximaal ingezet tot het verlenen van hulp aan de gewonde slachtoffers en hebben zij reddende werkzaamheden uitgevoerd. Het overgrote deel van de bewoners van het gebied bleek goed in staat zichzelf in veiligheid te stellen. Bij nadere beschouwing blijkt dat met name de periode kort na de explosies van groot belang is geweest voor het vervoer van slachtoffers van het rampterrein. Later werden nauwelijks nog slachtoffers in de gewondennesten gezien noch voor vervoer aangeboden.
- 4 De regio Twente heeft een enkele jaren oude procedure Grootschalige Geneeskundige Hulpverlening. De diverse GHOR-functies (ook van functionarissen van CPA en ambulancedienst) zijn in deze procedure benoemd en worden beschreven. Deze procedure stond gepland om aangepast te worden. De GHOR-organisatie op zich is nog volop in ontwikkeling evenals het organisatieplan GHOR Twente. Zo had men binnen de GHOR-organisatie nog niet met alle partners afspraken gemaakt over een eventuele inzet en bestond nog niet voor iedere functie een sluitend oefenplan. Daarnaast zou iedere functionaris door middel van een eigen oefenschema de deskundigheid moeten onderhouden. Hieraan is nog slechts ten dele invulling gegeven. Niet voor alle functies bestaan taak-/functiebeschrijvingen waarin alle specifieke GHOR-taken zijn opgenomen. Bij de diverse organisaties is nog nauwelijks aandacht besteed aan eventuele dubbelfuncties die één persoon moet vervullen bij een GHOR-inzet. Ook de personele invulling bij een langer durende inzet verdient nog aandacht.
- 5 Het landelijke project GHOR heeft de afgelopen jaren een enorme impuls gegeven aan de preparatie voor een daadwerkelijke inzet. Daarnaast zijn de voorbereidingen op de afgelopen millennium-wisseling een stimulans geweest. Deze hebben geleid tot een betere (h)erkenning van de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) en het GHOR-bureau als verantwoordelijke in beleidsmatige en organisatorische zin. Een GHOR-inzet betekent voor de GGD het inzetten van functionarissen op een andere dan de dagelijkse taak. Naast het beschrijven van functies (deels voltooid) is specifieke training vereist. In de praktijk komt het voor dat deze functies vervuld worden door een volgens rooster aangewezen functionaris (wachtdienst) zonder dat de vereiste deskundigheid wordt gewaarborgd en zonder dat in alle gevallen een deskundige achterwacht beschikbaar is.

- 6 Aspecten van aflossing en bijstand voor sleutelfuncties zijn in de GHOR-voorbereiding in de regio Twente nog onderbelicht. In de buurregio IJssel-Vecht is aflossing en bijstand wel gewaarborgd. Een verzoek tot bijstand in deze buurregio is ondanks het ontbreken van afspraken wel direct gehonoreerd. Indien goed voorbereid op de eigen taken, blijkt het inzetten in een andere regio probleemloos te kunnen.
- 7 Ten tijde van de ramp was de functie directeur GGD Twente vacant. De waarnemend directeur was door training voorbereid op een inzettaak als RGF. Voor de nazorg is de GGD-functionaris ingezet die in voorbereidende zin bij het nazorgtraject betrokken was geweest. De op 15 mei 2000 in dienst getreden nieuwe directeur is ingezet op het nazorgtraject en bij de voorbereidingen van het gezondheidszorgonderzoek.
- 8 De GHOR-alarmering en opschaling zijn op 13 mei 2000 volgens planning verlopen. Daarbij is uitgegaan van de eerste gegevens van op het rampterrein aanwezige ambulancemedewerkers. Ook werd uitgegaan van berichten van de regionale meldkamer van de brandweer over aantallen zwaargewonden (10 tot 20 zwaargewonden, CPA-band tussen 15.39 en 15.44 uur) en van de meldkamer van de politie (CPA-band 15.44 uur) over 100 gewonden. Ook de meldingen van particulieren bij de CPA over slachtoffers droegen bij aan de beeldvorming. Om 15.43 uur komt op de CPA-band zelfs het bericht 'misschien wel honderden doden' voor. Deze op dat moment niet of onvoldoende verifieerbare gegevens vormen de basis voor de grootschalige opschaling. Zo verzocht de HSGA om interregionale opschaling en om alarmering van de traumahelikopter uit Duitsland.
- 9 Doordat van tevoren nummers zijn geprogrammeerd en oproepberichten gecodeerd, bewees de GHOR-alarmering via een geautomatiseerd systeem bij de A.A.D. Oost een duidelijke meerwaarde te hebben. Wel kost deze methode tijd doordat diverse groepen functionarissen gealarmeerd moeten worden en alarmeringen herhaald worden vanwege het ontbreken van een ontvangstcontrole. Daarnaast zijn functionarissen spontaan aan het werk gegaan. Hierdoor was een dubbele bezetting Hoofd Sectie Geneeskundige Aangelegenheden (HSGA) aanwezig.
- 10 De GHOR-opschaling heeft in korte tijd geleid tot een volledig operationeel kader. Bij het vervullen van sleutelposities (zoals RGF en HSGA) zijn voor de continuïteit functionarissen uit een naburige regio ingezet. De aflossing van de eigen medewerkers is deels ad hoc geregeld en deels aan de functionarissen zelf overgelaten. Een sluitende structuur voor aflossing en waarneming (door een gelijkwaardige functionaris) verdient de voorkeur.
- 11 Geplande structuren van (multidisciplinair) overleg op het rampterrein zijn pas later tot stand gekomen. Ten dele kan dit komen doordat bij de brandweer personeel vermist werd en anderen gewond waren. Het heeft ook te maken met de aanvankelijk grote gerichtheid op de hulpverlening binnen de eigen geneeskundige kolom. Opmerkelijk is dat in de benaming de verwachte multidisciplinaire commandostructuur achterwege is gebleven. Zo blijft men spreken over het Coördinatie Team Plaats Incident (CTPI) in plaats van over een Commando Rampterrein (CoRT). Binnen de GHOR-structuur blijkt voor de functionarissen op het rampterrein de 'eigen' commandostructuur in ieder geval in de eerste uren niet gevolgd te zijn. Zo is wel overleg gevoerd tussen de aanwezige Officieren van Dienst Geneeskundig (OvDG) en de Medisch Leider Rampterrein (MLRT), maar was de MLRT niet op de hoogte van de plannen tot het verplaatsen van het gewondennest van het Van Heekpark. Dit kan samenhangen met de beperkte communicatiemiddelen op het rampterrein maar ook met onvoldoende oefening en bekendheid met elkaars functie. Uit het onderzoek blijkt dat op éénzelfde locatie diverse geneeskundige hulpverleners de coördinerende verantwoordelijkheid dachten te hebben. Het gebrek aan structurele coördinatie stimuleerde deze hulpverleners tot het nemen van eigen initiatieven

hiertoe. Tot problemen in de zorg voor slachtoffers lijkt dit niet geleid te hebben. Het benadrukt wel het belang van een duidelijk herkenbare coördinerende functionaris en adequate training op deze functie.

- 12 Ten aanzien van de verbindingen en communicatie op en rondom het rampterrein geven vrijwel alle functionarissen aan beperkingen te hebben ervaren. Mobiele telefoons bleken in de aanvangsfase onvoldoende bruikbaar. Portofoons waren onvoldoende beschikbaar en gedurende een deel van de tijd eveneens onvoldoende bruikbaar. Deels zijn deze knelpunten opgelost door elkaar op te zoeken of door gebruik te maken van koeriers. Met name de politie heeft veel assistentie verleend bij de inzet van koeriers. De verbindingcommandowagen van de brandweer biedt de mogelijkheid dat een politiefunctaris en (ter ondersteuning van de interdisciplinaire afstemming en de informatie/communicatie van de GHOR) een GHOR-functionaris per mobilofoon met de eigen meldkamer contact onderhouden. Deze faciliteit had de MLRT duidelijk kunnen ondersteunen in haar taak. Hiervan is echter door de GHOR geen gebruik gemaakt. Dit heeft bijgedragen aan de communicatieproblemen op het rampterrein.
- 13 Gewondennesten zijn zowel spontaan als gepland ontstaan. Bij de planning heeft de politie een leidende rol vervuld. Het gewondennest Van Heekpark (door een OvDG gestart) was dichtbij het rampterrein gelegen en zowel voor hulpverleners als voor bewoners goed bereikbaar. Een nadeel was dat het een benedenwindse locatie was. De in gang gezette verplaatsing van dit gewondennest had effect op de communicatie en op het overzicht van het Ziekenautostation (Zaustat) op het ambulancevervoer. Wanneer op dat moment nog sprake zou zijn geweest van een gewondenstroom vanuit het rampterrein, had deze verplaatsing gevolgen kunnen hebben voor de individuele geneeskundige zorg aan slachtoffers.
- 14 De als specialist opgeleide medisch milieukundige (MMK) van de GGD heeft een 24-uurs bereikbaarheidsdienst. De taak en rol van deze MMK tijdens een GHOR-inzet blijkt onvoldoende ingebed te zijn in de structuur en daardoor een te vrijblijvend karakter te hebben. De specialistische deskundigheid van de MMK van de GGD lijkt maar in beperkte mate ingezet te zijn.
- 15 In de acute fase heeft de MLRT zich op het rampterrein actief beziggehouden met risicobeheersing van mogelijke asbestbesmetting. Ook later, toen de Arbeidsinspectie nadrukkelijk aanwezig was, is de GGD via de MLRT en de eerstelijns arts milieu betrokken gebleven bij een actief beleid ten aanzien van de bescherming van hulpverleners. De wisselende beleidsadviezen ten aanzien van de persoonlijke bescherming hebben tot onrust bij de hulpverleners geleid.
- 16 Gezien de grootte van het rampterrein was een indeling in sectoren een vereiste. Het asbestgebied viel samen met de binnenring. Onduidelijkheid over de vrijgifte van gebieden voor de bewoners bleek mede samen te hangen met het hanteren van verschillende kaarten.
- 17 De structuur van een gemeentelijke rampenstaf, waar het beleidsteam zetelde en een regionaal coördinatiecentrum waar zich de operationele GHOR-leiding bevond, heeft binnen de GHOR tot interne communicatiebeperkingen geleid. De inzet en de hulpverlening hebben daarvan geen nadelige effecten ondervonden. Het aanvankelijk onderbrengen van het Actiecentrum GGD (AC-GGD) in de nabijheid van de operationele leidinggevende is positief beleefd. De roosters van de medewerkers AC-GGD bleken te weinig ruimte voor rust te bieden bij een langer durende inzet en zijn aangepast. De logistieke ondersteuning van het AC-GGD leverde knelpunten op ten aanzien van de communicatiemiddelen, hetgeen gaandeweg is opgelost.

- 18 Uitgaande van de aanvankelijke berichtgeving en de verwachtingen vanuit het rampterrein is geneeskundig maximaal opgeschaald en zijn uit de eigen en naburige regio's hulpverleners ingezet. MMT's hebben zowel zelfstandig als deel uitmakend van een Geneeskundige Combinatie (GNK) gewerkt. De inzet van een MMT heeft voor de individuele patiënt zo kort mogelijk na een incident de grootste waarde. Op 13 mei 2000 bleken MMT's als onderdeel van een GNK vertraagd ingezet te worden doordat het uitrukken vanaf een CPA werd bepaald door de laatst aankomende functionaris. Tevens werd men via de loodsposten geleid, waar soms gewacht moest worden op een opdracht. De leden van de MMT's zijn in hoge mate deskundig op het terrein van hun dagelijkse werkzaamheden, maar blijken matig op de hoogte te zijn van de structuur van de GHOR. Praktisch heeft dat geen knelpunten gegeven omdat zij hoofdzakelijk zijn ingezet op hun specifieke terrein. Ten aanzien van de samenwerking op en nabij het rampterrein dient dit echter wel een aandachtspunt te zijn. De LOTT-organisatie (Stichting Landelijke Organisatie Trauma Teams) is opgeheven terwijl de nieuwe structuur van een MMT afkomstig uit een traumacentrum nog niet in werking is. In de nieuwe structuur is over de positionering van brandwondenspecialisten onder GHOR-omstandigheden (nog) geen duidelijkheid. Een GNK blijkt een goede inbreng van zowel personeel als ook materiaal te zijn. Het wachten op het laatst aankomende lid GNK en de benodigde reistijd voor het in colonne rijden zijn echter beperkende factoren voor de snelheid van inzet.
- 19 Gedurende vele uren bleven berichten aanhouden over nog te verwachten (mogelijk ernstig) gewonde slachtoffers vanuit het rampterrein. De geneeskundige hulpverleners op diverse plaatsen rondom het rampterrein, in ziekenhuizen en bij huisartsenposten bleven daardoor in spanning voorbereid. Achteraf bleek dit niet nodig te zijn geweest. Op de diverse locaties werd actuele informatie gemist over wat zich op het rampterrein afspeelde en wat nog te verwachten was. De meeste slachtoffers bleken reeds in de beginfase van het rampterrein te zijn vervoerd. De inzet van zoveel geneeskundige hulpverleners valt te rechtvaardigen door de materiële impact van de explosies, de berekening aan de hand van wetenschappelijke modellen en het belang van kwalitatief goede zorgverlening voor ieder slachtoffer.
- 20 De registratie van slachtoffers vanuit het rampterrein (onder andere ten behoeve van het CRIB) is niet conform de tevoren gemaakte planning verlopen. Ten behoeve van de slachtofferregistratie heeft men de gewondenkaarten slechts beperkt gebruikt en de NAW-gegevens (naam, adres, woonplaats) nauwelijks.
- 21 Een aantal zorgpartners blijkt bij de opvang en mogelijke registratie van slachtoffers een rol van betekenis te spelen terwijl zij niet in de structuren zijn opgenomen. Met name de apotheken en de Thuiszorg blijken voor de zorg aan individuele slachtoffers in dergelijke omstandigheden belangrijke partijen.
- 22 In algemene zin kan gesteld worden dat de GGD Twente op haar taak bij een grootschalige inzet was voorbereid, alhoewel verbeteringen wenselijk/noodzakelijk zijn. De virtuele GHOR-organisatie in de Regio Twente was op 13 mei 2000 nog niet ten volle voorbereid op een dermate grootschalige inzet die ten gevolge van de explosies bij het bedrijf S.E. Fireworks noodzakelijk bleek. Daarnaast bestaan er duidelijke verschillen tussen de onderscheiden organisaties die tezamen de GHOR-ketenpartners vormen. De GHOR-regio IJssel-Vecht is zowel op haar eigen taak voorbereid als ook op het (ongepland) verlenen van bijstand in een andere regio.
- 23 In feite was de vuurwerkrampe een 'gemeentelijke rampe'. De grootte van het rampterrein en de impact van de rampe op de geneeskundige hulpverlening roept de vraag op in hoeverre één regio in

staat geacht kan worden zich adequaat op een dergelijk grootschalig optreden voor te bereiden. De eerste inzet dient uiteraard vanuit de eigen regio te komen. Daarnaast kunnen de gebeurtenissen van 13 mei 2000 aanleiding vormen tot een landelijke discussie over de wenselijkheid van een meer landelijke structuur voor invulling van (diensten voor) specifieke sleutelfuncties en benodigd materiaal.

Aanbevelingen GHOR

De aanbevelingen GHOR zijn onder te verdelen in een aantal categorieën.

Beleidsmatig

- 1 Medisch milieukundige inbreng moet een structurele plaats binnen de structuur van de rampenorganisatie krijgen. De MMK heeft naast de gemeentelijke milieudienst en de Arbeidsinspectie een eigen deskundigheid ten aanzien van volksgezondheidsrisico's. De mogelijkheid tot het instellen van een (landelijk) specifiek team ter advisering inzake alle milieukundige aspecten bij een ramp verdient nader onderzoek.
- 2 Bij een langer durende GHOR-inzet moet aan voldoende beschikbaarheid van deskundige functionarissen in structurele zin aandacht worden gegeven.
- 3 Voor de inzet van sleutelfunctionarissen dienen bijstandsafspraken te bestaan met andere GHOR-regio's.
- 4 Daarin dient aandacht gegeven te zijn aan eventuele opkomsttijden van de sleutelfunctionarissen, zowel voor de eigen regio als bij inzet in een andere regio.
- 5 Ten aanzien van de inzet van een GNK (landelijk) heroverwegen of het MMT als integraal onderdeel meereist met de rest van de combinatie.
- 6 Op landelijk niveau heroverwegen op welke wijze de eventuele inzet van brandwondenspecialisten zou moeten verlopen.
- 7 Overwegen of het verstandig is de apotheken op te nemen in de GHOR-structuur.
- 8 Een mogelijk effect van een ramp op de zorgverlening (en 'asielfunctie') van andere zorginstellingen in de regio als aandachtspunt in de regionale GHOR-planning meenemen.
- 9 Aan tetanusprofylaxe is extra aandacht besteed voor slachtoffers die in het ziekenhuis waren gezien. Dit aspect zou structureel opgenomen dienen te zijn voor op het rampterrein behandelde slachtoffers.
- 10 Uit centrale structuren voor huisartsgeneeskundige hulp (een zogenaamde centrale huisartsenpost) buiten kantooruren kan inzet van huisartsen in de directe hulpverlening tijdens en na een ramp gemobiliseerd worden, zowel ter ondersteuning van de geneeskundige hulpverleners op het rampterrein als ook in de opvanglocaties. Dit punt vergt landelijk nadere uitwerking.

Personeel en formatie

- 11 Voor reguliere taken dienen taak-/functiebeschrijvingen actueel te zijn en waar nodig voorzien van

een specifieke paragraaf inzake omstandigheden, die van de dagelijkse afwijken.

- 12 De beperkt beschikbare formatieve inzet vanuit het eigen GGD-potentieel dient reeds in voorbereidende zin een punt van aandacht te zijn, evenals het maken van preventieve afspraken voor bijstand.
- 13 In de personele planning bij instellingen met een GHOR-betrokkenheid moet aandacht zijn voor de benodigde formatieve ruimte voor training en deskundigheidsbevordering voor zowel reguliere als GHOR-taken.
- 14 Voor de zogenaamde eerstelijns taken is een deskundige achterwacht noodzakelijk. Bij zogenaamde 24-uursdiensten moet ook de achterwacht een adequate 24-uurs bereikbaarheid hebben.
- 15 De raadpleging van een tweedelijns functionaris opnemen in procedures en deze met regelmaat evalueren en bijstellen.

Procedurele aspecten

- 16 De commandostructuur in de eigen GHOR-kolom dient bij alle betrokken medewerkers bekend te zijn en door oefening te worden getraind.
- 17 Van landelijke uniformering van de invulling van functies, afspraken en procedures ten aanzien van de GHOR dient niet afgeweken te worden (zie Verslag Werkconferentie Urgentiegeneeskunde november 2000).
- 18 Goed (en identiek) kaartmateriaal op de diverse locaties is essentieel. Gezien de grootte van het rampterrein was een indeling in sectoren nodig. Dit benadrukte het belang van goede en identieke kaarten.
- 19 Indien hulpverleners pasjes of identiteitsbewijzen gekoppeld aan hun functie hebben, vergemakkelijkt dat de toegang tot het rampterrein. In preparatieve zin kan hier aandacht aan besteed worden ter voorkoming van knelpunten bij een inzet.
De visuele herkenbaarheid van hulpverleners (bij voorbeeld door gekleurde hesjes met opdruk) dient landelijk uniform te zijn.
- 20 Een registratie opzetten, volgens welke de diverse GHOR-functionarissen een logboek kunnen bijhouden.
- 21 Aan het belang en de vereisten van de registratie ten behoeve van het CRIB dient binnen de GHOR ook in voorbereidende zin aandacht te worden besteed.
- 22 Het hanteren van een stringent, van bovenaf opgelegd, aflossingsschema is wenselijk.
- 23 Het verhogen van de efficiëntie van het GHOR-alarmeringssysteem met het daarin opnemen van een terugmelding op gedane alarmeringen zou onderzocht moeten worden.

Training

- 24 De benodigde coördinerende structuren zowel binnen de eigen discipline als multidisciplinair

voor alle functies dienen voldoende bekend en getraind te zijn.

- 25 Communicatiestructuren en de mogelijkheden om gebruik te maken van faciliteiten bij de andere hulpverlenende disciplines, moeten nadrukkelijk onderdeel van training zijn.
- 26 Voor alle GHOR-functies dient een apart oefenplan te komen, waarbij een overzicht wordt bijgehouden van de onderhouden persoonlijke deskundigheid. Alarmeringsinstructies en opkomsttijden dienen in de oefenschema's te zijn opgenomen.
- 27 Oefeningen dienen geëvalueerd te worden, waarbij de evaluatiepunten als leermomenten dienen.

2 Ziekenhuizen

Conclusies

- 1 De eerste en belangrijke conclusie van de IGZ onderzoeken in de betrokken ziekenhuizen is dat de medische opvang van slachtoffers goed is verlopen. De hectiek van de eerste uren, de onbekendheid met de situatie op het rampterrein en de daardoor ontstane onzekerheid over type en aantal te verwachten slachtoffers hebben geen noemenswaardige gevolgen gehad voor de kwaliteit van de zorg die de ziekenhuizen op 13 mei 2000 hebben geleverd. Met veel inzet en betrokkenheid heeft men de slachtoffers de noodzakelijke zorg verleend. Uiteraard zijn zaken te noemen die niet goed zijn gegaan. Informatieachterstand, communicatie- en verbindingproblemen en een ontoereikende voorbereiding kunnen hierbij een rol hebben gespeeld. De (naar achteraf bleek) onnodige beslissing om veel mensen in te zetten, heeft de volgende dagen geleid tot capaciteitsproblemen op allerlei afdelingen. Toch is de mening vanuit het gezondheidszorgveld dat, gezien de ernst van de ramp en de omvang van de schade, dit niet anders had gekund. De IGZ volgt hen in die mening. Het gevaar voor meer en ernstiger gewonde slachtoffers was reëel aanwezig.
- 2 Alle ziekenhuizen beschikten over een rampenopvangplan. In deze rampenopvangplannen liggen structuren en verantwoordelijkheden vast. Oefeningen hebben slechts op onderdelen en met een beperkt aantal medewerkers plaatsgevonden. Van een vaste regelmaat is eigenlijk in geen enkel ziekenhuis sprake. Dit heeft tot gevolg dat niet alle betrokkenen even goed bekend zijn met de inhoud van de rampenplannen. De interne alarmeringsregeling/opschaling heeft vrijwel overal goed gewerkt, vooral wanneer men zich realiseert dat het vaste en het mobiele telefoonnet direct na de ramp overbelast waren. De specifieke omstandigheden van de ramp (explosie met veel rookontwikkeling) hebben geleid tot de spontane komst van veel medewerkers. Omdat men niet altijd de structuur van het rampenplan volgde, waren niet in alle gevallen de verantwoordelijkheden duidelijk. Dit heeft echter niet tot problemen in de behandeling van slachtoffers geleid.
- 3 De ziekenhuizen zijn nog niet voldoende ingevoerd in de GHOR-structuur en zijn in operationele zin onbekend met deze structuur.
- 4 De structuur van de bedrijfshulpverlening biedt ondersteuning bij de rampenopvang.
- 5 De ziekenhuizen zijn niet (MST) of laat door de CPA geïnformeerd over de ramp. Slachtoffers kwamen al binnen vóór of gelijktijdig met de melding van de ramp. Vervolgens zijn de ziekenhuizen onvoldoende adequaat op de hoogte gehouden door de CPA. Vooraankondigingen van slachtoffers verliepen wisselend. Zij kwamen niet of te laat of werden niet gevolgd door de daadwerkelijke komst van slachtoffers. In verschillende ziekenhuizen hebben medische teams tevergeefs op slachtoffers gewacht. Er was onvoldoende bekend welk type en aantal slachtoffers verwacht kon worden.
- 6 De dienstdoende chirurgen en diensthoofden van de betrokken ziekenhuizen hebben onderling frequent gecommuniceerd en elkaar geïnformeerd. Er is meermalen contact geweest met het AC-GGD over het verstrekken van gegevens door het ziekenhuis over het aantal gewonden in de ziekenhuizen en de beschikbare capaciteit.
- 7 De inzet van personeel was in alle ziekenhuizen voldoende, mede doordat een beroep kon worden

gedaan op het personeel van andere afdelingen. Dit gaf in sommige gevallen capaciteitsproblemen in de dagen na de ramp. Dit speelde vooral in het Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede. Hier had men ook te maken met de forse psychische gevolgen van rechtstreeks door de ramp getroffen medewerkers en van medewerkers die op 13 mei 2000 daadwerkelijk zijn ingezet.

- 8 De klinische opvangcapaciteit van slachtoffers bleek voldoende. Een reeds op de Intensive Care (IC) van het MST Enschede opgenomen patiënt is preventief overgeplaatst naar het Academisch Ziekenhuis Groningen. Andere overplaatsingen naar IC-afdelingen elders zijn overwogen, maar niet gerealiseerd omdat men uit Enschede geen ambulances wilde weghalen. De dagen na de ramp bleef de IC-capaciteit krap, maar voldoende, mede door het uitstellen van reeds geplande operaties. Gedurende lange tijd na de ramp heeft men in het MST de gevolgen van de ramp op de bezetting van de IC ervaren.
- 9 Het uitrukken van de Mobiel Medische Teams (MMT's) is grotendeels op eigen initiatief en ongecoördineerd verlopen.
- 10 De registratie van de slachtoffers ten behoeve van het Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB) is niet vlekkeloos verlopen. Geen van de behandelde slachtoffers droeg bij binnenkomst een gewondenkaart. Bij gespreide binnenkomst is volgens de normale patiëntenregistratie gewerkt. Bij grotere groepen waren aanvankelijk onvoldoende patiëntendossiers (noodstatussen) aanwezig en moest geïmproviseerd worden of is later alsnog geregistreerd. De inzet van politiemensen bij de registratie ten behoeve van het CRIB is van veel betekenis geweest.
- 11 De afschaling is ongecoördineerd verlopen. In sommige gevallen heeft men op eigen initiatief afgeschaald, in andere gevallen na overleg met de CPA of met andere ziekenhuizen. Het tijdstip van afschaling is zeer wisselend geweest. Door ontbreken van informatie over de situatie op het rampterrein en in de gewondennesten is men te lang in een te hoge alarmfase gebleven.
- 12 Door onbekendheid met de spoedeisende hulpverlening heeft men op de locatie Ariënsplein van het MST verzuimd de slachtoffers tetanusvaccin toe te dienen. Daarna is verwarring ontstaan over de termijn waarop dit nog zinvol is. Het protocol bleek hierin niet duidelijk.
- 13 Onder de medewerkers van de ziekenhuizen bleek veel behoefte aan nazorg. Hieraan is al vrij spoedig na 13 mei 2000 veel aandacht besteed. Niet elk ziekenhuis beschikt over een vaste structuur voor de nazorg aan eigen medewerkers.

Aanbevelingen ziekenhuizen

- 1 Bij de ramp in Enschede is geconcludeerd dat de opvang van slachtoffers bij rampen en grootschalige ongevallen niet of slechts op onderdelen geoefend wordt. Het is duidelijk dat een dergelijke alles omvattende oefening veel tijd, inzet en geld kost. Een ramp is in de beleving van de meeste medewerkers een ver van mijn bed show. Het is in Enschede pijnlijk duidelijk geworden dat in Nederland veel meer risicovolle objecten zijn dan men zich realiseert. Dit leidt tot de aanbeveling dat elk ziekenhuis het rampenplan en rampenopvangplan multidisciplinair, in al zijn aspecten en volgens een vast schema, moet oefenen. Alleen op deze manier is het op het moment van een ramp voor iedere medewerker duidelijk, waar de structuren, taken en verantwoordelijkheden liggen.
- 2 Gezien de gesignaleerde tekortkomingen in de communicatie en bij de informatievoorziening binnen de gehele geneeskundige kolom moet de gehele keten van hulpverlening bij deze

voorbereidingen worden betrokken. Dit leidt tot de aanbeveling dat de ziekenhuizen actief hun rol dienen in te nemen in de verder te ontwikkelen GHOR-structuur.

- 3 Binnen de structuur van de rampenplannen zou elk ziekenhuis over een protocol moeten beschikken waarin opvang en nazorg van de eigen medewerkers geregeld zijn. Ook buiten de rampensituatie kan een dergelijk protocol als vangnetconstructie dienen voor medewerkers die traumatische ervaringen hebben opgedaan binnen hun werk. Dit past in het zorgvuldig omgaan met hulpverleners in de zorg. Zij hebben een zwaar beroep en hun inzet is hard nodig.

3 Ambulancezorg

Conclusies

- 1 De CPA van de A.A.D. Oost is op 13 mei 2000 niet goed voorbereid op een grootschalige inzet. Een aantal belangrijke procedures en regelingen ter ondersteuning van een grootschalige inzet ontbreken, de continuïteit van de CGV functie is niet gewaarborgd, niet alle specifieke taken zijn door de betreffende functionarissen structureel geoefend, de kwaliteit van de verbindingen en communicatiemiddelen laat te wensen over. De ambulancedienst van de A.A.D. Oost is op 13 mei 2000 redelijk goed voorbereid op een grootschalige inzet. Belangrijke procedures en protocollen ter ondersteuning van een grootschalige inzet zijn aanwezig en getraind, de continuïteit van de OvDG functie is nagenoeg volledig gegarandeerd, de kwaliteit en het gebruik van de verbindingen en communicatiemiddelen laten echter te wensen over.
- 2 De RAV IJssel-Vecht is op 13 mei 2000 goed voorbereid op haar bijstandverlenende rol.
- 3 De centralisten van de CPA A.A.D. Oost hebben de geneeskundige hulpverlening ten behoeve van de vuurwerkramp snel en adequaat gealarmeerd en opgeschaald, ondanks het geringe aantal meldtafels en het ontbreken van ondersteunende procedures en protocollen. Doordat het voor de CPA gedurende lange tijd onduidelijk is hoeveel slachtoffers er bij de vuurwerkramp betrokken zijn, is de afschaling mogelijk pas op een later tijdstip begonnen dan -achteraf gezien- noodzakelijk is gebleken.
- 4 De CPA Regio IJssel-Vecht heeft adequaat en efficiënt bijstand verleend aan de CPA A.A.D. Oost.
- 5 De ambulancemedewerkers die tijdens de vuurwerkramp de taken van de eerste ambulance, de OvDG, de CGV en de loodspostfunctionaris opgedragen hebben gekregen, hebben deze taken met grote inzet en naar vermogen uitgevoerd.
De bemanning van de eerste ambulance heeft aanvankelijk niet volgens het protocol 'groot ongeval c.q. ramp' hoeven te handelen. Op het moment dat dit protocol wel van toepassing was, bleek het daarvoor te laat te zijn. De situatie was te onveilig geworden. De bemanning van de tweede ambulance heeft adequaat gehandeld door direct na de zware explosie een gewondennest in te richten op de plaats waar veel gewonden waren.

De (dienstdoende) OvDG'en de CGV'en hebben de taken volgens voorschrift uitgevoerd. Ook de loodspostfunctionarissen hebben hun taken conform de voorschriften uitgevoerd.

De A.A.D. Oost-organisatie blijkt niet goed op een dergelijke inzet toegerust te zijn. De communicatiemiddelen zijn daarvoor ontoereikend. Het Zaustat kan in de staat waarin deze verkeert niet behoorlijk als verbindingscommandowagen functioneren. De logistiek hapert. De personele organisatie reageert reactief in plaats van proactief waardoor sommige medewerkers mogelijk te zwaar belast zijn geraakt.
De indruk is dat de hulpverlening niet daadwerkelijk onder deze knelpunten heeft geleden.
- 6 De communicatie van de CPA A.A.D. Oost, het Zaustat, de OvDG'en, de CGV'en, de loodspostfunctionarissen en de ambulancehulpverleners is ernstig gehinderd door tekort schietende communicatiemiddelen en een onvoldoende etherdiscipline van de kant van de ambulancehulpverleners. Hierdoor werd aansturing door de CPA en/of Zaustat bemoeilijkt. Doordat de CPA A.A.D. Oost onvoldoende informatie heeft ontvangen over de situatie ter plaatse,

was de informatievoorziening door de CPA aan anderen, die in het kader van alarmering en opschaling zijn ingeschakeld, onvoldoende.

Ondanks de vaak gebrekkige communicatie is de onderlinge samenwerking binnen de ambulancezorg in het algemeen goed verlopen.

- 7 De leiding van de A.A.D. Oost heeft weliswaar ruime aandacht besteed aan de (melding van) nazorg van de eigen medewerkers, maar lijkt zich onvoldoende bewust te zijn geweest van de effecten van de traumatische ervaringen die bepaalde medewerkers tijdens de hulpverlening hebben opgedaan. Hierop is onvoldoende professioneel gereageerd.
- 8 De leiding van de RAV IJssel-Vecht heeft de nazorg aan de eigen medewerkers adequaat opgepakt.

Aanbevelingen Ambulancevervoer

Regionaal

- 1 De GGD/GHOR regio Twente en de A.A.D. Oost moeten zich gezamenlijk, ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, inspannen voor een adequate voorbereiding van de A.A.D. Oost op een grootschalige inzet.

Hiertoe dienen in ieder geval de volgende maatregelen te worden genomen:

- De procedure GGH/RT moet zo snel mogelijk worden uitgewerkt in een organisatieplan GHOR. Dit organisatieplan moet bekendheid krijgen onder alle medewerkers van de A.A.D. Oost.
- De aan de A.A.D. Oost opgedragen specifieke GHOR-taken moeten in procedures en protocollen worden beschreven en geoefend.
- Om de continue beschikbaarheid van de aan de A.A.D. Oost opgedragen specifieke GHOR functies te garanderen, moeten voor deze functies voldoende functionarissen worden aangewezen en getraind.
- Voor de gehele organisatie moet een oefenbeleid worden ontwikkeld en uitgevoerd dat voorziet in een structurele deelname aan zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire oefeningen door alle potentieel bij een grote inzet betrokken medewerkers.

- 2 De materiële infrastructuur van de A.A.D. Oost dient zodanig te zijn dat bij opschaling kan worden teruggevallen op een reserve capaciteit.

Hiertoe dient in ieder geval het volgende te gebeuren:

- Overwogen moet worden het aantal meldtafels van de CPA uit te breiden met één reserve-meldtafel, die alleen tijdens een grootschalige inzet in gebruik wordt genomen.
- Overwogen moet worden het aantal telefoons van de CPA uit te breiden; deze telefoons zullen alleen tijdens een grootschalige inzet in gebruik worden genomen.
- De mobiele telefoons met belkaarten van de medewerkers met een GHOR functie moeten worden vervangen door mobiele telefoons met een vast abonnement.
- Het aantal portofoons moet worden uitgebreid tot twee per ambulance.
- De CPA moet over een goed functionerende verbindingcommandowagen beschikken.
- In de OvDG auto moet een aantal megafoons aanwezig zijn.

- 3 Teneinde tijdens een grootschalige inzet de paraatheid in de eigen verzorgingsregio te kunnen blijven garanderen, moet de CPA A.A.D. Oost een procedure opschaling ambulances ontwikkelen, die voorziet in een permanente waarborging van de paraatheid in de regio. De omringende CPA's

dienen bij het opstellen van deze procedure te worden betrokken.

- 4 Om misverstanden te voorkomen moet de A.A.D. Oost een regeling ontwerpen, waarin voor alle functies een opkomsttijd, de paraatheid en de bereikbaarheid staat beschreven.
- 5 Hoewel centralisten in staat zijn om de hulpverlening op te schalen, is het te overwegen een opkomsttijd voor de leidinggevende van de CPA in te voeren. Met name tijdens de eerste periode van de opschaling dient de leidinggevende de coördinatie van de werkzaamheden op zich te nemen, daarnaast kan hij de centralisten ondersteunen in hun werkzaamheden.
- 6 De A.A.D. Oost moet afspraken maken over het mobilifoongebruik tijdens reguliere omstandigheden en tijdens calamiteiten. Daarnaast moeten de medewerkers worden getraind in etherdiscipline.
- 7 De A.A.D. Oost moet een nazorgplan hulpverleners ontwikkelen en invoeren.

Landelijk

- 1 Om de werklast van de centralisten tijdens een grootschalige inzet te verlichten en de doelmatigheid van de werkzaamheden van de CPA te bevorderen moet iedere CPA een bijstandsregeling met naburige CPA's ontwikkelen en formaliseren.
- 2 Teneinde de opschaling van ambulances te sturen en de paraatheid in alle regio's te blijven verzekeren, zal de opschaling van ambulances van buiten de eigen regio in een landelijk ambulance bijstandsplan vorm moeten krijgen.
- 3 Bij een langdurige inzet van mensen en materieel moet overbelasting worden voorkomen. Daartoe dient op landelijk niveau een kader te worden ontwikkeld. Hierbij kan de organisatie van een grootschalige inzet van brandweer en politie als referentiekader dienen.

4 Nazorg

Conclusies

- 1 De nazorg van de ramp is door het nog niet operationeel zijn van het procesplan Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHO) zeker in de eerste dagen gekenmerkt door coördinatieproblemen.
- 2 Naar de indruk van de IGZ is alert ingespeeld op allerlei vaak niet te voorziene situaties.
- 3 De afstemming tussen de GGD en de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) en hiermee tussen Mediant en de instellingen die actief waren bij de opvang van slachtoffers verliep in de eerste dagen problematisch in de Diekmanhal. Aanwijzingen dat dit geleid zou hebben tot knelpunten in de verleende zorg zijn er niet. Het heeft wel geleid tot onduidelijkheid en irritatie tussen de aanwezige hulpverleners.
- 4 De medewerkers van Bureau Slachtofferhulp en van de EHBO die zich in de Diekmanhal bevonden, voelden zich in de steek gelaten.
- 5 Ondanks het feit dat de eigen organisatie van Mediant ook getroffen was (medewerkers die slachtoffer waren; uitval accommodatie) is alert gereageerd op het verzoek om nazorg. Men heeft adequaat ingespeeld op nieuwe hulpvragen zoals het begeleiden van de stille tocht en de excursie van slachtoffers naar het rampterrein. Advies is gevraagd aan alle instanties en personen die enige ervaring hebben met nazorg bij rampen. Zeer snel is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld en verspreid.
- 6 De interne organisatie, het crisisteam van Mediant, heeft slagvaardig gewerkt. Er is continue aandacht geweest voor een goede verslaglegging. De inzet van medewerkers van collega-instellingen is strak georganiseerd verlopen.
- 7 Zowel Mediant als de leiding van de A.A.D. Oost en de GHOR hebben zich actief opgesteld toen de komst van ambulancepersoneel bij de eerste debriefing op 13 mei 2000 in het Dish Hotel stagneerde.
- 8 Mediant heeft de integratie van de eigen organisatie in de totale zorg bij de ramp als enigszins onevenwichtig ervaren. Volgens Mediant bestond er onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden. Men heeft wel bewust vastgehouden aan een (laagdrempelige) tweedelijns positie. Op deze wijze wilde men voorkomen dat hulpverleners elkaar voor de voeten liepen en dat zich ongewenste medicalisering van de problemen van slachtoffers voordeed. Ook moest de positie van Mediant duidelijk blijven.
- 9 De inhoudelijke onderbouwing van de nazorg was aanvankelijk mager. Dit komt omdat Mediant daarop niet was voorbereid en omdat er nog geen 'evidence based' protocol beschikbaar is. Informatiemappen voor de GGZ hulpverleners moesten ad hoc samengesteld worden.
- 10 De inzet van medewerkers van collega-instellingen dient, zoals in Enschede goed is verlopen, via gemengde teams te gebeuren. De verantwoordelijkheid voor deze medewerkers berust geheel en al bij de GGZ instelling die primair bij de ramp is betrokken, zoals in Enschede is gebeurd.

Aanbevelingen nazorg

- 1 Het procesplan PSHO dient zo snel mogelijk operationeel te worden. Dit geldt niet alleen voor Enschede maar voor alle gemeenten in Nederland.
- 2 Het verdient aanbeveling de Gezondheidsraad een advies te laten uitbrengen over de inhoud van de psychosociale nazorg bij ongevallen en rampen.
- 3 Het dient voor een ieder duidelijk te zijn wat het beleid bij rampen is van de GGZ instelling, de instellingen voor maatschappelijke hulp en de huisartsen. Het gaat dan met name om het in principe handhaven van het tweedelijs karakter van de GGZ hulp.
- 4 Alle GGZ instellingen die betrokken kunnen worden bij de nazorg van een ramp, moeten beschikken over richtlijnen voor GGZ medewerkers voor de hulp aan slachtoffers en debriefing van hulpverleners. De inhoud moet regelmatig worden aangepast aan de laatste inzichten.
- 5 Onderzocht moet worden of Mediant zelf niet kan zorgen voor een centraal meldpunt, bijvoorbeeld de receptie van Helmerzijde, van waaruit informatie kan worden gegeven over de gewenste inzet van eigen medewerkers. Een dergelijk meldpunt ontlast de CPA van berichtenverkeer tussen GGZ-medewerkers.
- 6 De GGZ instelling moet, in overleg met de politie, zorgen voor een legitimatiebewijs en een batch voor medewerkers.
- 7 Folders en voorlichtingsmateriaal dienen (landelijk) in concept gereed te zijn.
- 8 Bezien moet worden of de combinatie leider crisisteam en voorlichter pers niet een te grote belasting is. Wellicht kunnen deze functies beter gesplitst worden.
- 9 De bijstand van collega-GGZ instellingen dient van tevoren geregeld te zijn. Het is een goede zaak als deze collega-instellingen bij een ramp meteen een contactpersoon benoemen. Deze kan dan de inzet regelen.
- 10 Bij het opzetten van een protocol voor PSHO oefeningen zouden elementen van de VWS 'millennium'-oefening gebruikt kunnen worden.
- 11 Bij een ramp binnen een bedrijf moet men gerichte aandacht besteden aan de nazorg voor het personeel van dat bedrijf.
- 12 Een GGZ instelling van een zekere omvang met meerdere locaties is bij een ramp minder kwetsbaar dan een kleine instelling met maar één vestiging. Dit punt verdient aandacht.
- 13 Het verdient aanbeveling een zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uit te voeren naar de effecten van een ramp op de mensen die tijdens en na de ramp in zorg zijn bij de GGZ.

Afkortingen

A.A.D. Oost	Alarmerings- en Ambulancedienst Oost
AC-GGD/AC	Actiecentrum GGD
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AI	Arbeidsinspectie
ALS	Advanced Life Support
AVIV-Twente	Milieuadviesbureau
BHV	Bedrijfshulpverlening
BMD	Bouw en Milieudienst (gemeente Enschede)
BMW	Bedrijfs maatschappelijk werk
BOT	Bedrijfs opvangteam
BT	Beleidsteam
BWC	Brandwondencentrum
BZK	(Ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CdK	Commissaris der Koningin
CHP	Centrale Huisartsenpost
CHP-A	Centrale Huisartsenpost Almelo
CHP-E	Centrale Huisartsenpost Enschede
CGV	Coördinator Gewondenvervoer
CoRT	Commando Rampterrein
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CRIB	Centraal Registratie en Informatie Bureau
CTPI	Coördinatie Team Plaats Incident
DHV	District Huisartsen Vereniging
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (gemeente Enschede)
EHBO	Eerste Hulp bij Ongevallen
EHBO'er	Persoon met een geldig EHBO-diploma
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGH/RT	(Procedure) Grootschalige Geneeskundige Hulpverlening/ Regio Twente
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
	– in voorbereidende zin een functie en taak ondergebracht bij de RGF en de diverse actoren in de zorgketen
	– in operationele zin bij een groot ongeval of een ramp de in werking tredende organisatiestructuur rond de coördinatie van de hulpverlening in de geneeskundige kolom, staat onder leiding van de RGF
GNK	Geneeskundige Combinatie
GNK combi	Geneeskundige Combinatie
GRS	Gemeentelijke Rampenstaf
HOC	Hulpverleners bij Ongevallen en Calamiteiten (opleiding voor Sigma)
HSGA	Hoofd Sectie Geneeskundige Aangelegenheden
IAC	Informatie- en Adviescentrum (te Enschede opgezet)
IBR	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding
IC	Intensive Care-unit
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMH	Inspectie Milieuhygiëne
IP	Inspectie voor de politie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KLPD	Korps Landelijke Politiediensten

LOTT	(Stichting) Landelijke Organisatie Trauma Teams
LOTT-B	LOTT-team van brandwondenspecialisten
LUVO	Luchtverontreiniging
MBC	Medische Behandeling Capaciteit (van ziekenhuizen)
ME	Mobiele Eenheid
MIP/FONA	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg/Faults or Near Accidents
MLRT	Medisch Leider Rampterrein (functionaris GGD)
MMK	Medisch Milieukundige (tweedelijns functie binnen de GGD)
MMT	Mobiel Medisch Team
MOD	Milieu Ongevallen Dienst
MST	Medisch Spectrum Twente (locaties Enschede en locatie Oldenzaal)
MW	Maatschappelijk Werk
NIBRA	Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding
NRK	Nederlandse Rode Kruis
OT	Operationeel Team
OVD	Officier van Dienst (politie en brandweer)
OvDG	Officier van Dienst Geneeskundig (ambulancedienst)
PAAZ	Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen
PAC's	Poly-aromatische koolwaterstofverbindingen
PBM	Persoonlijke beschermingsmaatregel/ persoonlijk beschermingsmiddel
PDO	Preventieve Dienstverlening en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (afdeling Mediant)
PSH	Psychosociale Hulpverlening
PSHO	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
RAC	Regionale Alarmcentrale (brandweer)
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RCC	Regionaal Coördinatiecentrum
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
RHV	Regionale Huisartsen Vereniging
RIAGG	Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIT	Rampen Identificatieteam (politie)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMC	Regionaal Meldcentrum van de politie
ROC	Regionaal Operationeel Centrum
ROT	Regionaal Operationeel Team
SEG	Schnelle Einsatzgruppe (Duitse geneeskundige ondersteuning)
SEH	(Afdeling) Spoedeisende Hulp
Sigma	Snel inzetbare groep ter medische assistentie
Sitrap	Situatierapport
SKB	Streekziekenhuis Koningin Beatrix
SOSA	Stichting Opleidingen en Scholing Ambulancehulpverlening
SMD	Stichting Maatschappelijke Dienstverlening
SMT	Streekziekenhuis Midden Twente (Hengelo)
T1, T2, T3	Categorisering naar aard van de slachtoffers
tML	toegevoegd Medisch Leider
TNO/MEP	(Instituut voor) Toepasbaar Nederlands wetenschappelijk Onderzoek/Milieu Energie Procesinnovatie
UT	Universiteit Twente
VC	Verbindingscommandovoertuig
VROM	(Ministerie van) Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer

VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAV	Wet Ambulancevervoer
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WVC	(Ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WGHR	Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen
Zaustat	Ziekenautostation

Begrippen

Actiecentrum (AC)

De plaats van waaruit een dienst of organisatie de eigen bijdrage aan de rampbestrijding regelt.

Actiecentrum GGD (AC-GGD)

De locatie van waaruit GGD-ondersteuning plaatsvindt ten behoeve van de geneeskundige hulpverlening.

Acute rampvoorlichting

Voorlichting die plaatsvindt wanneer een ramp dreigt, zich voltrekt of zojuist heeft plaatsgevonden en die erop gericht is de bevolking adequaat te laten reageren op de actuele omstandigheden om zo schadelijke gevolgen te vermijden, te beperken of er tegen op te treden.

Aflossing

De vervanging van een functionaris c.q. eenheid door een andere functionaris/eenheid, die in principe dezelfde taak ter plaatse overneemt.

Alarmeren

Het geven van een attentiesignaal dat, al of niet via hetzelfde medium, dient te worden gevolgd door een oproep (eenheden/diensten) of een waarschuwing (o.a. het publiek). Zie ook: waarschuwen.

ALS-wagen

Materiaalwagen, die deel uitmaakt van de GNK en die het materiaal bevat voor de twee-uurs werkvoorraad voor geneeskundige handelingen op het terrein van de Advanced Life Support (ALS).

Ambulancebijstandsplan

- a. Een plan waaruit blijkt hoe, waar en binnen hoeveel tijd ambulancebijstand te verkrijgen is.
- b. Een plan waarin op volgorde van afstand CPA-en staan vermeld met het aantal voor bijstand beschikbare ambulances, verdeeld over dag, avond, nacht en weekeinde.

Behandelcentrum

Een plaats waar de lichtgewonde, niet te hospitaliseren, slachtoffers van een grootschalig ongeval/ramp bijeengebracht zijn en waar de behandeling van deze categorie slachtoffers plaatsvindt. De personele invulling van het behandelcentrum geschiedt afhankelijk van de lokale situatie. Hiervoor kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de opvang en verzorgingstaak van het Rode Kruis. Het behandelcentrum moet niet worden verward met het gemeentelijk opvangcentrum.

Beleidsteam (BT)

Orgaan, waarbinnen onder voorzitterschap van de burgemeester of Commissaris der Koningin besluitvorming, beleidsbepaling en beleidscoördinatie plaatsvindt.

Besmetting

De neerslag en/of absorptie van radioactief materiaal, biologische of chemische (strijd)middelen of andere (industriële) chemische producten op en door gebouwen, terrein, materieel, voedingsmiddelen en personen.

Bestuurlijke organisatie

Het gedeelte van de leidingstructuur op nationaal, provinciaal en gemeentelijk niveau: bestuurders en hun staven waaronder de Gemeentelijke Rampenstaf.

Bevoegd gezag

Al naar gelang de van toepassing zijnde wettelijke bepaling de burgemeester, de voorzitter van de regionale brandweer, de Commissaris der Koningin, de minister van Binnenlandse Zaken.

Bijstand

Aanvullend potentieel van buiten de eigen dienst, aangevraagd door het bevoegd gezag.

Callmaxer

Systeem van alarmering, waarbij een meldbericht in het scherm van de ontvanger aangeeft welke actie wordt verlangd of welk telefoonnummer teruggebeld moet worden. Directe (persoonlijke) communicatie is middels dit systeem niet mogelijk.

Centraal Registratie en informatiecentrum

Het bureau, dat gegevens verzamelt omtrent doden, gewonden, vermisten en geëvacueerde personen, deze gegevens registreert, opdat door het bevoegd gezag informatie aan belanghebbende kan plaatsvinden.

Centrale Post Ambulancevervoer (CPA)

De organisatie belast met de coördinatie van het ambulancevervoer binnen een bepaalde regio.

Commandant Rampterrein

De commandant die, onder het opperbevel van de burgemeester(s), in het rampterrein leiding geeft aan eenheden.

Commando Rampterrein (CoRT)

Groep bestaande uit de commandant rampterrein met zijn operationele staf. Voor de operationele leiding over de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening op het rampterrein heeft de Medisch Leider Rampterrein zitting in het CoRT.

Commandostructuur

De leidingstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie op uitvoerend niveau, de operationeel gerichte leidingstructuur van een bepaalde dienst, van militaire eenheden of anderszins.

Coördinatie Team Plaats Incident (CTPI)

Team ingesteld door en bestaande uit de hoogst aanwezigen van de parate diensten en organisaties ter plaatse. Voor de coördinatie (van de uitvoering) van de geneeskundige hulpverlening op de ongevalplaats neemt in eerste instantie de verpleegkundige van de eerste ambulance deel aan het CTPI-overleg. Vanuit de GHOR neemt de OvDG na aankomst ter plaatse de coördinerende taak over. Bij verdere opschaling neemt de MLRT deze taken van de OvDG over.

Coördinator Gewonden Vervoer (CGV)

Een door de medisch leider van de CPA aan te wijzen functionaris van de dienst die op het rampterrein zorg draagt voor het instellen van een Ambulancestation vanwaar de (uitvoering van de) coördinatie van het gewondenvervoer van af het rampterrein/verzamelplaats(en) gewonden naar de ziekenhuizen (conform het gewondenspreidingsplan) plaatsvindt. Ten behoeve van de verbindingen met de CPA maakt hij gebruik van het Zaustat.

De CGV is tevens verantwoordelijk voor het coördineren van de verbindingen tussen de betrokken sleutelfunctionarissen van de GHOR op het rampterrein.

Crash Team

Een crash team is een oude term, waarmee een team bestaand uit een arts en een gespecialiseerde verpleegkundige werd bedoeld dat de ambulancehulpverleners medische ondersteuning verleende. De inzet geschiedde via de lokale CPA. Het gebruik van de term crash team is vervallen met de nieuwe MMT-structuur.

Evacuatie

Een door de overheid gelaste verplaatsing van groepen personen in Nederland met daaronder begrepen: vervoer(sbegeleiding), opnemings-, verzorging en terugkeer van deze groepen, de voorbereiding daarvan en de nazorg.

Gemeentelijke Rampenstaf

Het door de burgemeester samengestelde orgaan dat hem bij het voeren van het opperbevel over de rampbestrijding bijstaat.

Gemeentelijk Opvangcentrum

De plaats waar evacués worden ondergebracht, in afwachting van de mogelijkheid tot terugkeer naar de eigen woongelegenheden of het onderbrengen elders.

Geneeskundige hulpverlening

Het in georganiseerd verband verrichten van gewondenzorg vanaf de vindplaats tot het moment waarop de behandeling door een ziekenhuis of de eerstelijns gezondheidszorg wordt overgenomen.

In de Regio Twente is dit inclusief het traject van psychosociale nazorg.

Geneeskundige hulpverleningsketen

De keten van samenhangende en georganiseerde reddings-, medische en paramedische handelingen, vanaf het opsporen van de gewonden tot het moment dat verdere behandeling in een ziekenhuis niet meer nodig is.

Art. 7. (§4 Ov. reg. gen. hulpverl. rampen) Toelichting

Bij een ramp zal achtereenvolgens op verschillende plaatsen hulp moeten worden verleend in de zogenaamde hulpverleningsketen. De hulpverleningsketen omvat het geheel van handelen vanaf het moment van opsporing van gewonden op het rampterrein tot het moment dat de behandeling in een ziekenhuis geëindigd is.

De geneeskundige elementen in de hulpverleningsketen zijn:

- a. de hulpverlening op het rampterrein aan de gewonden;
- b. de hulpverlening in het gewondennest;
- c. het vervoer vanuit het gewondennest naar de verzamelplaats gewonden, alsmede de begeleiding tijdens dat vervoer;
- d. de hulpverlening in de verzamelplaats gewonden;
- e. het vervoer van de verzamelplaats gewonden naar een ziekenhuis, alsmede verzorging tijdens dat vervoer;
- f. de behandeling, nazorg en revalidatie in de ziekenhuizen.

In de Regio Twente strekt de geneeskundige hulpverleningsketen zich vanwege het opgenomen PSHO-traject tot en met de GGZ uit.

Gewondenkaart

Kaart waarop -vanaf de vindplaats van het slachtoffer- de persoonlijke en medische registratie plaatsvindt en die steeds bij het slachtoffer blijft.

Gewondennest

Eerste verzamelpunt van slachtoffers op het rampterrein waar door georganiseerde hulpverleners een voortgezette triage plaatsvindt ten behoeve van het bepalen van de behandel- en vervoersurgentie, levensreddende en stabiliserende behandelingen worden verricht en waar slachtoffers gereed gemaakt worden voor verder vervoer naar een ziekenhuis. Administreren en registreren van de op behandeling en afvoer betrekking hebbende gegevens (op de gewondenkaart) dient tevens in het gewondennest te gebeuren.

Gewondenspreidingsplan

Een plan, waarin de spreiding van een groot aantal gewonden over ziekenhuizen wordt voorbereid, en waarin wordt uitgegaan van de medische behandelcapaciteit (MBC) van de betrokken ziekenhuizen.

Gezondheidsdienst (GGD)

Een gemeentelijke of intergemeentelijke gezondheidsdienst ter uitvoering van aan de gemeente opgedragen taken op het gebied van de volksgezondheid.

Inloophuis

Een veelal in het centrum van een stad gelegen laagdrempelige voorziening, waar GGZ-cliënten gedurende daguren terecht kunnen voor opvang.

Landelijke Organisatie Trauma Teams (LOTT)

Stichting opgericht door de minister van VWS samen met vertegenwoordigers van verschillende verenigingen van medische beroepsbeoefenaren en enkele andere instanties. (Organisatie opgeheven)

Loodspost

- a. Een als regel vooraf bepaalde, gemakkelijk te vinden plaats waar bijstandverlenend potentieel wordt opgevangen en van waaruit het naar een gewenste plaats wordt geleid.
- b. In regio gehanteerde definitie: Plaats waar niet uit regio afkomstige en ter plaatse onbekende ambulances door hun eigen CPA naar toe worden gedirigeerd om verdwalen te voorkomen en overmatig gebruik van verbindingsmiddelen tegen te gaan. Hier is een escorte (bv. Motorpolitie) beschikbaar die de ambulances in groepen naar het ambulancestation brengt.

Medische behandelcapaciteit (MBC)

- a. Het aantal gewonden van urgentieklasse 1 en 2, dat per uur volgens de geldende medische inzichten kan worden behandeld (in een ziekenhuis).
- b. Uit regionaal gehanteerde definitie: Dit is gebaseerd op de aanlevering van één operatiekamer patiënt tegenover drie polipatiënten. Als norm wordt gehanteerd dat de medische behandelcapaciteit van ieder ziekenhuis drie procent van het aantal bedden bedraagt.

Medisch Leider Rampterrein (MLRT)

Een arts van de GGD die belast is met de coördinatie van de uitvoering en de operationele organisatorische leiding over de totale geneeskundige hulpverlening ter plaatse.

De MLRT kan worden bijgestaan door een toegevoegd Medisch Leider (tML). In de Regio Twente is de functie van tML vervangen door de OvDG.

Mobiel Medisch Team (MMT)

Voor de specifieke zorgtaak voor zeer ernstig gewonde ongevalsslachtoffers beschikken de traumacentra over een MMT, dat ter aanvulling op de ambulancezorg zorg kan bieden op de plaats van een ongeval. Een MMT bestaat (tenminste) uit een arts en een verpleegkundige, die op het terrein van de spoedeisende medische hulpverlening deskundig zijn. In organisatorisch verband maakt een MMT deel uit van de GNK.

(Op 13 mei is het MMT nog niet landelijk geformaliseerd).

Operationeel leider

De functionaris in de gemeentelijke rampenstaf (GRS) die door het bevoegd gezag is aangewezen om de operationele leiding uit te oefenen. Hij adviseert de burgemeester in het beleidsteam over operationele aangelegenheden. Beleidsbeslissingen vertaalt hij binnen het operationeel team in operationele opdrachten en hij coördineert de uitvoering daarvan. Ten tijde van de vuurwerkcramp te Enschede had de operationeel leider zitting in het RCC te Hengelo.

Operationeel team

Een team van vertegenwoordigers van de betrokken diensten/organisaties in een (inter)gemeentelijke, regionale of provinciale rampenstaf dat onder leiding van respectievelijk de operationeel leider (GRS of RCC) of de stafcoördinator een gecoördineerde uitvoering van de rampbestrijding bevordert.

Operationele leiding

De bevoegdheid tot het in opdracht van de burgemeester geven van bindende aanwijzingen aan commandanten/hoofden van de bij de rampbestrijding samenwerkende zelfstandige diensten, zonder daarbij te treden in de bevoegdheden van de commandanten/hoofden van de diensten aangaande de wijze van uitvoeren van de taken.

Opvangcentrum

De plaats waar niet-gewonde en (behandelde) lichtgewonden worden ondergebracht in afwachting van de mogelijkheid tot terugkeer naar de eigen woongelegenheid of onderbrenging elders.

OvDG

Een Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG) is een operationeel leidinggevend functionaris van de GHOR, die getraind is om onder te voren bepaalde omstandigheden de leiding en coördinatie van de geneeskundige hulpverlening over te nemen van de verpleegkundige van de eerste ambulance. Een OvDG is 24 uur per dag beschikbaar en heeft een opkomsttijd (in Twente van 30 minuten). Een OvDG wordt in Twente ingehuurd van de A.A.D. Oost en valt bij een inzet onder verantwoordelijkheid van de RGF.

Ramp

Een gebeurtenis,

1. waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel grote materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden en
2. waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisatie van verschillend vakgebied vereist is.

Rampbestrijdingsplan

Het samenstellen van maatregelen dat voorbereid is voor het geval zich een ramp voordoet die naar plaats, aard en gevolgen voorzienbaar is. (met 'plaats' wordt niet slechts één gebied bedoeld, maar ook een object of een traject (spoorweg, weg))

Rampenbestrijding

Het geheel van overheidsmaatregelen ter bescherming van de bevolking en gericht op de beperking of verzachting van de gevolgen van grote ongevallen en rampen.

Rampenplan

Een organisatieplan waarin in algemene zin is aangegeven hoe in geval van een ramp of een dreigende ramp gehandeld dient te worden ten einde tot een doelmatig bestrijden van de ramp en de gevolgen daarvan te komen.

Rampenopvangplan

Een door een ziekenhuis opgesteld plan, waarin opgenomen alle noodzakelijke interne medisch/organisatorische maatregelen voor de medische behandeling van gewonden, waarmee de MBC maximaal benut kan worden.

Rampterrein

Het door de opperbevelhebber aangewezen gedeelte van een gemeente waarbinnen bijzondere regimes gelden ten aanzien van de handhaving en het herstel van openbare veiligheid en openbare orde.

Regionaal/Gemeentelijk Coördinatie Centrum (Rampenbestrijding)

De plaats waar de (coördinerende) burgemeester en zijn rampenstaf, inclusief de operationeel leider, zijn ondergebracht (gemeentelijk, intergemeentelijk dan wel regionaal in te richten).

Traumateam

- a. Een team dat in staat is ter plaatse (buiten een ziekenhuis) triage uit te voeren en hoogwaardige specialistische hulp te verlenen.
- b. Uit regionale definitie: De taak is tweeledig: chirurgische en anesthesiologische hulpverlening op het rampterrein en uitbreiding van de medische behandelcapaciteit van ziekenhuizen in de directe omgeving van de ramp. Het team werkt onder de operationele organisatorische leiding van de OvDG/Medisch Leider Rampterrein.

Triage

Het classificeren van gewonden naar de ernst van de opgelopen letsels. Deze classificatie resulteert in een aantal urgentieklassen voor behandeling en/of vervoer.

Urgentieklasse

De medische behandelurgentie van bepaalde gewonden. Resultaat van triage. De classificatie geschiedt aan de hand van de toestand van de Airways (A), Breathing (B) en Circulation (C).

De urgentieklassen zijn:

- 1 Urgentieklasse 1 (A, B, C-instabiele slachtoffers):
Gewonden wier leven onmiddellijk wordt bedreigd door een obstructie van de ademwegen en/of door stoornissen van de ademhaling en/of circulatie.
- 2 Urgentieklasse 2 (A, B, C-stabiele slachtoffers te behandelen binnen 6 uur):
Gewonden wier leven na enkele uren wordt bedreigd door een obstructie van de ademwegen, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie of die gevaar lopen op ernstige infecties of invaliditeit, wanneer zij niet binnen 6 uur na oplopen van het letsel behandeld worden.
- 3 Urgentieklasse 3 (A, B, C-stabiele slachtoffers):
Gewonden die niet bedreigd worden door een ademwegenobstructie, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie, ernstige infectie of invaliditeit. Daarnaast bestaat een urgentieklasse 4. Deze kan in principe alleen onder oorlogsomstandigheden worden gehanteerd:

4 Urgentieklaas 4 (A, B, C-instabiele slachtoffers):

Gewonden, waarbij onder de gegeven omstandigheden de ademweg niet kan worden vrijgemaakt en vrijgehouden, de ademhaling niet kan worden veiliggesteld, bloedingen niet tot staan kunnen worden gebracht en shock niet toereikend kan worden bestreden.

Verpleegkundige van de eerste ambulance

Eerste ingezette of daartoe door de CPA aangewezen verpleegkundige die de leiding en coördinatie van de geneeskundige hulpverlening ter plaatse in eerste instantie op zich neemt. Na de komst van de OvDG en/of MLRT draagt de verpleegkundige van de eerste ambulance zijn of haar bevoegdheden over met een mondelinge overdracht en assisteert deze functionaris zonnig bij het uitvoeren van diens taak.

Ziekenautostation

- a. Een plaats waar de aan het gewondenvervoer deelnemende ziekenauto's zich melden om een rijopdracht te ontvangen.
- b. Uit regionale situatie: In de Regio Twente beschikt men over een speciale wagen voorzien van communicatie apparatuur ten behoeve van de Eerste Hulpverlening op het rampterrein. De wagen is een vooruitgeschoven post van de CPA die als ambulancestation kan functioneren.

Bronnen IGZ-rapportage

- 1 A.A.D. Oost. Uitgeschreven bandtekst gesprekken meldkamer 13-05-00 t/m 19-05-00.
- 2 A.A.D. Oost. IGZ-reconstructie bandteksten meldkamer 13/05/00 t/m 19/05/00. 19 augustus 2000 (LCI 0893).
- 3 A.A.D. Oost. Logboek/verslag CGV die op 13 mei het Zaustat hebben bemand. 28 juli 2000.
- 4 A.A.D. Oost. IGZ-reconstructie Logboek Zaustat A.A.D. Oost. 12 september 2000 (LCI 968).
- 5 A.A.D. Oost. Rapportage Hoofd CPA 13 mei. 18 mei 2000.
- 6 Achtergrondinformatie uit diverse medische tijdschriften.
- 7 Bij diverse diensten opgevraagde inventarisatiegegevens, waaronder: dienstroosters, (ambulance)bijstandsregelingen, gewondenspreidingsplannen, ritformulieren, behandelcapaciteit, inzetcriteria, reeds uitgevoerde en nog geplande evaluaties, (na)scholingsoverzichten, alarmeringsgegevens.
- 8 Brandweer Regio Twente. Regionaal Rampenplan Twente. 1997-2000.
- 9 Brandweer Regio Twente. Aangepast regionaal rampenplan (CD-ROM). Hengelo, 5 april 2000.
- 10 Commissarissen van de Koningin. Procedure bijstand van geneeskundige eenheden bij rampen. Augustus 1996.
- 11 Gemeente Enschede. Logboek rampenstaf. Start rampenstaf 13 mei om 15.30 uur in het gemeentehuis Enschede. (LCI 981)
- 12 Gemeente Enschede. Voorlopig verslag van de vergaderingen van de rampenstaf van de gemeente Enschede naar aanleiding van de ramp op 13 mei 2000 aan de Tollensstraat en wijde omgeving. (LCI 185).
- 13 GGD Twente. Communicatiestructuur GHOR Twente. Versie juni 2000.
- 14 GGD Twente. Logboek Actiecentrum GGD Twente. Vuurwerkramp Enschede 13 mei tot en met 26 mei 2000 (LCI 979).
- 15 GGD Twente. Logboek R.C.C./GHOR Ramp Enschede op 13 mei 2000. (LCI 980)
- 16 GGD Twente. Logboek Ramp Enschede 13 mei 2000 Medisch Leider Rampterrein. 10 september 2000 (LCI 1131).
- 17 GGD Twente. IGZ-Reconstructie Logboek Medisch Leider Rampterrein (MLRT), versie 1.2. 3 oktober 2000 (LCI 1185).
- 18 GGD Twente. Logboek Sociaal geneeskundige AGZ, arts 1e lijn milieu, tot en met 26 mei 2000 (LCI 985).
- 19 GGD Twente. Procedure grootschalige geneeskundige hulpverlening. 26 september 1997. (LCI 488)
- 20 GGD Twente. Procesplan psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen regio Twente. December 1998. (LCI 489)
- 21 GGD Twente. Psychosociale hulpverlening (psh)Vuurwerkramp Enschede. Periode 13 mei t/m 31 mei 2000. Juni 2000.
- 22 GHOR Regio IJssel-Vecht. Nieuwsbrieven nr.10, 16 juli 2000 en nr. 11, 24 augustus 2000.
- 23 GHOR Twente. Versterking GHOR in Twente. Rapportage en beslispuntennota. Oktober 1999.
- 24 IGZ. Medische Milieukunde bij GGD's. 1998.
- 25 Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, Bezirksregierung Münster. Großchadensereignis vom 13. Mai 2000 in Enschede/Niederlande. Einsatzdokumentation und Übersicht eingesetzter Kräfte/Einheiten. Mai 2000.

- 26 Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding. Eindrapport Vliegtuigongeval Vliegbasis Eindhoven 15 juli 1996, Den Haag 1997.
- 27 Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding. Interviewverslag Hoofd Algemene Zaken Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Enschede (LCI-1193). 14 juli 2000.
- 28 Interviewverslag Inspectie voor de politie met politiefunctionaris d.d. 8 september 2000.
- 29 Internet/krantenartikelen m.b.t. informatie over de ramp.
- 30 Landelijke vereniging voor GGD'en. Psycho Sociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen, handleiding voor het ontwikkelen van een procesplan PSHO. 1997.
- 31 Mediant. Literatuuroverzicht hulpverlening na rampen band I + II. Mei 2000.
- 32 Mediant. Uitdeel-info en tips ten behoeve van volwassenen (incl. Turkse en Arabische info), jeugd en hulpverleners. Mei 2000.
- 33 Medisch Spectrum Twente, Enschede. Feitenregistratie Vuurwerkkramp 13 mei 2000 Enschede.
- 34 Medisch Spectrum Twente, Enschede. Noodscenario's.
- 35 Medisch Spectrum Twente, Enschede. Risico & Ketenanalyse; Noodscenario's per afdeling. 15-09-99.
- 36 Ministerie BZK en VWS, Deelproject GHOR. Basisontwerp GHOR - bijlagen. 8 juli 1998.
- 37 Ministerie BZK. Leidraad Geneeskundige Combinatie. Februari 1998.
- 38 Ministerie van BZK. Concept-onderzoeksrapport: Onderzoek treinongeval 28 november 1999. 16 mei 2000.
- 39 Ministerie van BZK/ diverse Inspecties. Deelreconstructies onderzoek vuurwerkkramp Enschede. Versie 1 november 2000. (LCI 1554).
- 40 Ministeries BZK en VWS, Deelproject GHOR. Basisontwerp GHOR. 8 juli 1998.
- 41 Ministeries BZK en VWS, Project GHOR. Definitiestudie Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). 8 juli 1998.
- 42 Ministeries BZK en VWS, Project GHOR. Eindrapportage Project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. November 1999.
- 43 Ministeries BZK en VWS, Project GHOR. GHOR Hand-outs. Oktober 1999.
- 44 Ministeries BZK en VWS, Project GHOR. Samenvatting rapport Definitiestudie Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). 8 juli 1998.
- 45 Ministeries BZK en VWS, Project GHOR-deelproject kwaliteit. "Voor verbetering vatbaar". Het organiseren van het SMH kwaliteitssysteem in de regio, een procesmatige benadering. 8 juli 1998.
- 46 Ministeries BZK en VWS, Project GHOR-deelproject kwaliteit. Schematische beschrijving SMH-proces. 8 juli 1998.
- 47 Ministeries BZK en VWS. Met zorg verbonden. Naar een nieuwe structuur voor ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. 1 juni 1997.
- 48 Ministerie van VWS. Communicatieve aspecten eerste rapportage gezondheidsonderzoek. 20 juli 2000.
- 49 Nederlands Ambulance Platform, SOSA. Landelijk protocol ambulance hulpverlening 4e druk 1996.
- 50 Nederlands Ambulance Platform, SOSA. Toelichting Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening. September 1996.
- 51 NIBRA. Bestrijding van grootschalige incidenten. Hoofdstuk 6: Bestrijding van grootschalige incidenten; algemene en brandweeraspecten.
- 52 NIBRA. Interviewverslag met medewerker Mediant. September 2000.
- 53 Politie Twente. Proces-verbaal medewerker A.A.D. Oost (LCI-0350). 24 mei 2000.
- 54 Politie Twente. Proces-verbaal medewerker A.A.D. Oost. (LCI-0641) 29 mei 2000.
- 55 Politie Twente. Proces-verbaal medewerker A.A.D. Oost. 22 mei 2000.

- 56 RAV IJssel-Vecht. Kopie van de geluidsregistratie van de gevoerde gesprekken op de meldkamer van de CPA IJssel-Vecht ten tijde van de ramp op 13e mei.
- 57 RAV IJssel-Vecht. IGZ-reconstructie banden CPA IJssel-Vecht. 19 september 2000.
- 58 Referentiedocumenten wetgeving.
- 59 Sovam. Traumaverwerking Ambulancepersoneel. Een handreiking. Den Haag, Juni 1995.
- 60 Stichting Deventer Ziekenhuizen. Rampenplan oktober 1994.
- 61 Streekziekenhuis Koningin Beatrix. Extern Rampenplan. Februari 1999.
- 62 W.E.J. Tjeenk Willink. Wet rampen en zware ongevallen. Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen. Wet rechtspositionele voorzieningen rampbestrijders. Wet tegemoetkoming schade bij rampen en zware ongevallen. Vierde druk 1999.
- 63 IGZ-interviewverslagen medewerkers en leidinggevendenden diverse gezondheidsdiensten:
- OvDG en GHOR-functionaris A.A.D. Oost (LCI 1415)
 - Waarnemend directeur A.A.D. Oost (LCI 1488)
 - OvDG A.A.D. Oost (LCI 1416)
 - OvDG A.A.D. Oost (LCI 1263)
 - Teamleider A.A.D. Oost/OvDG (LCI 1248)
 - Verpleegkundig centralist CPA/ambulanceverpleegkundige A.A.D. Oost (LCI 1247)
 - Centralist CPA/verpleegkundige A.A.D. Oost (LCI 1261)
 - Ambulanceverpleegkundige A.A.D. Oost (LCI 1289)
 - Ambulancechauffeur A.A.D. Oost (LCI 1124)
 - Ambulanceverpleegkundige A.A.D. Oost (LCI 1418)
 - Ambulanceverpleegkundige/verpleegkundig centralist A.A.D. Oost (LCI 1249)
 - Ambulancechauffeur/teamleider Almelo A.A.D. Oost (LCI 1184)
 - Ambulancechauffeur in opleiding A.A.D. Oost (LCI 1576)
 - Chauffeur Sigma-voertuig A.A.D. Oost (LCI 1542)
 - Hoofd CPA A.A.D. Oost (LCI 1128)
 - Beleidsmedewerker A.A.D. Oost (LCI 1126)
 - Centralist/Coördinator gewondenvoer A.A.D. Oost (LCI 1509)
 - Verpleegkundig centralist/coördinator gewondenvoer/ambulanceverpleegkundige A.A.D. Oost (LCI 1536)
 - Directeur + waarnemend directeur GGD Twente (LCI 1335)
 - Medisch coördinator GHOR regio Twente/HSGA + staffunctionaris rampenbestrijding GHOR regio Twente/HSGA, GGD Twente (LCI 1334)
 - RGF regio IJssel-Vecht/Medisch Directeur + Directeur algemene zaken GGD Regio IJssel-Vecht (LCI 1287)
 - Regionaal Geneeskundig Coördinator/HSGA GHOR Regio IJssel-Vecht (LCI 0934)
 - Waarnemend bedrijfsleider CPA/ ambulancedienst RAV IJssel-Vecht (LCI 1448)
 - GHOR staffunctionaris Gelderland-Zuid, OvDG GHOR Regio Gelderland Zuid (LCI 1417)
 - Hoofden Actiecentrum GGD Twente (LCI 1437)
 - Sociaal geneeskundige AGZ, eerstelijns arts milieu + Provinciaal MMK, GGD Twente (LCI 1438)
 - Sociaal geneeskundige AGZ/MLRT + sociaal geneeskundige AGZ (LCI 1506)
 - Directeur patiëntenzorg Twenteborg ziekenhuis Almelo (LCI 1262)
 - Diensthoofd Zorg I + chirurg Twenteborg ziekenhuis Almelo (LCI 1584)
 - Anesthesioloog + verpleegkundige SEH (MMT) Twenteborg ziekenhuis Almelo (LCI 1510)
 - Anesthesioloog + assistent anesthesie + verpleegkundige SEH (MMT) Isala Klinieken Zwolle (LCI 1466)
 - Anesthesioloog + verpleegkundige SEH (MMT) AZN St. Radboud, Nijmegen (LCI 1469)

- Medisch coördinator brandwondencentrum (MMT) Zuiderzeeziekenhuis Rotterdam (LCI 1585)
- Directeur Patiënten zorg + hoofd SEH.+ 2 verpleegkundigen SEH Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk (LCI 1535)
- Voorzitter Raad van bestuur Medisch Spectrum Twente, Enschede (LCI 1288)
- Clustermanager + Staffunctionaris facilitaire zaken/coördinator Arbo, BHV en beveiliging Medisch Spectrum Twente Enschede (LCI 1486)
- Eerste medewerker SEH + chirurg Medisch Spectrum Twente Enschede (LCI 1473)
- Anesthesioloog Medisch Spectrum Twente Enschede (MMT) (LCI 1419)
- Lid Raad van Bestuur Streekziekenhuis Midden Twente Hengelo (LCI 1467)
- Hoofd SEH en behandelpoliklinieken + chirurg Streekziekenhuis Midden Twente Hengelo (LCI 1291)
- Algemeen Directeur Het Roessingh Enschede, centrum voor revalidatie (LCI 1485)
- Orthopäde en Rettungsmedizin Gronau (LCI 1450), incl. bijlage: Einsatzbericht. Explosion in Enschede (NL), 21 mei 2000.
- 3 Medisch milieukundigen (LCI 1487)
- Specialist geneeskundige verzorging Vliegbasis Twenthe (LCI 1527)
- Circuitmanager acute zorg en behandeling Mediant, Enschede (LCI 1468)
- Coördinator grootschalige hulpverlening ten behoeve van de regio's Groningen, IJssel-Vecht en Twente van het Nederlandse Rode Kruis (LCI 1449)
- Coördinator Coöperatieve Centrale Huisartsen Post Enschede (LCI 1507)
- 5 Huisartsen + coördinerend doktersassistente CHP-E, Districts Huisartsen Vereniging Twente (LCI 1508)

Betrokken IGZ-medewerkers bij onderzoek en rapportage

mr. H. Plokker, arts, hoofdinspecteur PCG

E.C.M. van der Wilden-van Lier, arts, MPH, Inspecteur (rapportdeel GHOR)

mr. A.H. Schoenmaker-Miedema, arts, Inspecteur (rapportdeel ziekenhuizen)

B. Hazelzet-Crans, Inspecteur (rapportdeel ambulancezorg)

dr. D.J.B. Ringoir, arts, Inspecteur (rapportdeel nazorg)

drs. E.M. Boer, algemene en secretariële ondersteuning, verslaglegging interviews

drs. D. de Bruijn, Inspecteur, algemene ondersteuning

C.A.E. Bijlsma, secretariële ondersteuning

mr. J.E. Graniewski, Inspecteur, algemene ondersteuning

J. Haeck, arts, Inspecteur, interviews MMT, algemene ondersteuning

dr. A.M. Koster, onderzoeker, methodologische ondersteuning

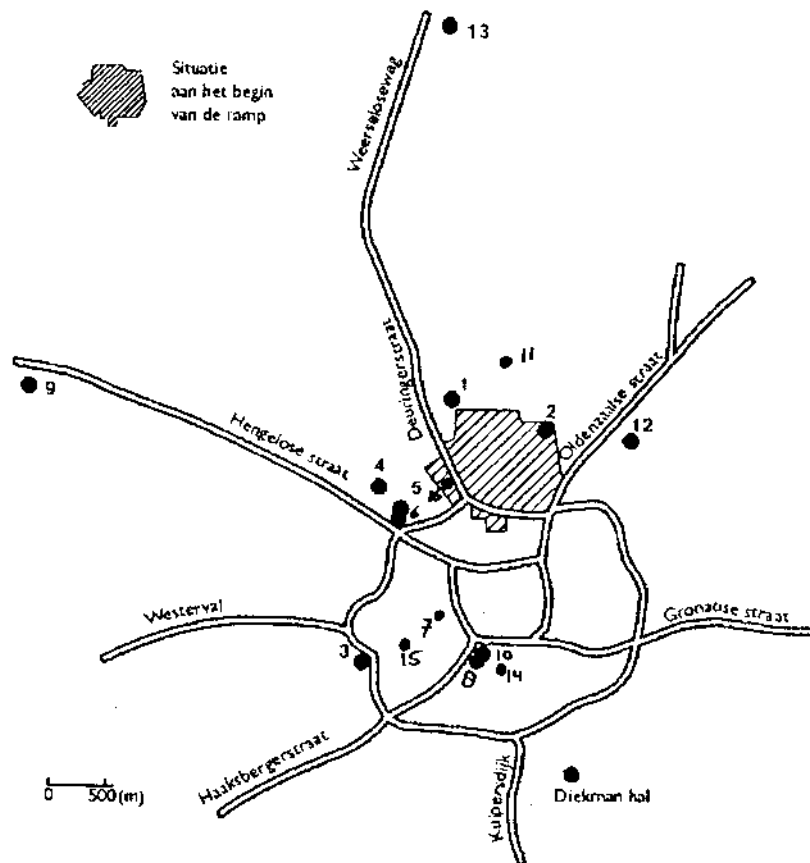
H.B. Paats, Inspecteur, ondersteuning interviews

drs. J. de Vries, Inspecteur, ondersteuning interviews ambulancezorg

Bijlage 1: Plattegrond rampterrein en omgeving

(aangepast aan plattegrond Nibra)

Overzicht gewondennesten en relevante zorginstellingen



1. Dr. Ariëns verzorgingshuis
2. CBB-gebouw
3. Pathmoshal
4. Het Roessingh, revalidatiecentrum
5. Van Heekpark
6. Boddenkampsingel – Zaustat
7. MST locatie Haaksbergerstraat
8. MST locatie Ariënsplein
9. Miracle Planet / Arkestadion
10. Dish Hotel
11. Apotheek Deppenbroek
12. Sparta stadion
13. Het Noaberschap / Vliegbasis Twenthe
14. Centrum Apotheek
15. CHP-E
16. Supermarkt Nieuwe Weme

Bijlage 2: Begrippen en wetgeving

Begrippen

Voor het juiste begrip van een ramp of een zwaar ongeval geeft de Wet rampen en zware ongevallen de volgende omschrijving:

Artikel 1 *‘een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen of grote materiële belangen in ernstige mate worden bedreigd of zijn geschaad, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken’.*

Het antwoord op de vraag wanneer een ongeval als een zwaar ongeval of een ramp wordt aangemerkt, wordt bepaald door de omstandigheden van de concrete gebeurtenis die in de ene gemeente als een ongeval wordt ervaren en in een andere gemeente een zwaar ongeval of ramp kan zijn.

Bij een gewoon ongeval is niet meer dan een routinematige coördinatie vereist, die de dagelijkse samenwerking tussen ambulancehulpverlening, politie en brandweer niet te boven gaat. Bij een zwaar ongeval of een ramp daarentegen is sprake van een situatie op een zodanige schaal of intensiteit dat een éénhoofdige bestuurlijke en operationele leiding noodzakelijk is.

Nog steeds is er verwarring over het feit of het bevoegd gezag al of niet een ‘rampverklaring’ of een verklaring van intrekking daarvan dient te geven.

De rampverklaring werd expliciet genoemd in de toenmalige Wet op de rampenplannen. Met het uitkomen van de Rampenwet is die passage vervallen. Ook in de huidige Wet rampen en zware ongevallen is de rampverklaring niet meer opgenomen.

Wetgeving

De geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen is gebaseerd op onderstaande wetgeving, tevens zijn enkele wetten opgenomen inzake voorzieningen zomede de behandeling en de rechten van getroffen:

- Wet rampen en zware ongevallen;
- Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen;
- Wet ambulancevervoer;
- Kwaliteitswet zorginstellingen;
- Wet op de bijzondere medische verrichtingen;
- Wet op de geneesmiddelenvoorziening;
- Wet ziekenhuisvoorzieningen;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst;
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector;
- Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen;
- Wet op de medische hulpmiddelen en het Besluit medische hulpmiddelen;
- Wet inzake bloedvoorziening;
- Relevante informatie verwoord in circulaire, uitgebracht door de Ministers van BZK en VWS.

Overige toetsingskaders

Besluit Rode Kruis (1998)

Schematische beschrijving van het SMH proces, landelijk projectbureau GHOR

Landelijk protocol ambulancehulpverlening

Procedure en protocollen NRK

In de regio aanwezige documenten betreffende de GHOR

Belangrijke wetsartikelen:

Kwaliteitswet zorginstellingen

Art. 1. De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Art. 3. De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (1993, 1999)

Art. 40. Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

Wet rampen en zware ongevallen

Art. 2. Burgemeester en wethouders zijn belast met de voorbereiding van de bestrijding van rampen en zware ongevallen in de gemeente, voor zover niet bij of krachtens de wet anders is bepaald. Zij bevorderen in het bijzonder het houden van oefeningen en de totstandkoming van afspraken, die nodig zijn voor een doelmatige bestrijding van rampen en zware ongevallen.

Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen

Art. 1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

a. geneeskundige hulpverlening: het in georganiseerd verband verrichten van gewondenzorg op of nabij de plaats van een ramp of een zwaar ongeval, de gewondenzorg door militairen niet begrepen;

Art. 2. - 1. Burgemeester en wethouders dragen zorg voor de geneeskundige hulpverlening in de gemeente.

- 2. Degene die de leiding heeft over de gemeentelijke gezondheidsdienst die door de gemeente is ingesteld, is, behoudens het op grond van artikel 8, tweede lid, bepaalde in de gemeenschappelijke regeling, bedoeld in artikel 5, belast met de leiding over de geneeskundige hulpverlening. Hij is in geval van een ramp bevoegd aan degene die is belast met de leiding van de centrale post voor het ambulancevervoer, bedoeld in de Wet ambulancevervoer, aanwijzingen te geven omtrent de door deze te treffen maatregelen.

Art. 3. Degene die de leiding heeft over de gemeentelijke gezondheidsdienst, die door de gemeente is ingesteld draagt, behoudens het op grond van artikel 8, tweede lid, bepaalde in de gemeenschappelijke regeling, bedoeld in artikel 5, zorg voor de afstemming van de activiteiten die enerzijds door centrale posten voor het ambulancevervoer en ziekenhuizen en anderzijds op grond

van deze wet worden ondernomen ter voorbereiding op het optreden bij rampen en zware ongevallen. De centrale posten en de ziekenhuizen verlenen aan die afstemming hun medewerking.

Art. 4. De ziekenhuizen en de centrale posten voor het ambulancevervoer treffen de nodige maatregelen met het oog op de voorbereiding van hun optreden bij rampen en zware ongevallen.

Toelichting

- Degene die de leiding heeft over de geneeskundige hulpverlening kan aanwijzingen verstrekken aan degene die de geneeskundige eenheid leidt.
- De gemeentelijke gezondheidsdienst zelf staat ingevolge het bepaalde in artikel 11 van de Wet Rampen en zware ongevallen onder opperbevel van de burgemeester en valt onder de operationele leiding van, in beginsel, de brandweercommandant. (MvT II, 21 023, nr. 3, p.14)

Art. 8.- 1. De regeling, bedoeld in artikel 5, bevat in elk geval bepalingen omtrent:

- a. een plan met betrekking tot de samenwerking, organisatie en coördinatie ter zake van de geneeskundige hulpverlening en door de ziekenhuizen te verlenen medische zorg;
 - b. de taken van de binnen het grondgebied van de aan de regeling deelnemende gemeenten werkzame gemeentelijke gezondheidsdiensten ten aanzien van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening;
 - d. het verlenen van onderlinge bijstand bij de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening.
- 4. De besturen van de ziekenhuizen, centrale posten voor het ambulancevervoer, gemeentelijke gezondheidsdiensten, regionale brandweren en bedrijven voor ambulancevervoer die werkzaam zijn binnen het grondgebied van de aan die regeling deelnemende gemeenten, worden omtrent het ontwerp van de regeling gehoord.

Art. 9. Bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur kunnen uit een oogpunt van volksgezondheid noodzakelijke eisen worden vastgesteld, waaraan gemeentelijke gezondheidsdiensten, ziekenhuizen en centrale posten voor het ambulancevervoer bij de voorbereiding en de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening moeten voldoen.

Art. 18. 1. Behoeft een burgemeester in geval van een ramp of een zwaar ongeval of van ernstige vrees voor het ontstaan daarvan bijstand van een geneeskundige eenheid van buiten de provincie, dan richt hij een verzoek daartoe aan de commissaris van de Koning die zich ter zake wendt tot Onze Minister van Binnenlandse Zaken.

• 2. Onze Minister van Binnenlandse Zaken beslist op het verzoek. De betrokken commissarissen van de Koning treffen de nodige voorzieningen.

Art. 25. Met het toezicht op de naleving van de eisen, bedoeld in de artikelen 9 en 12, en van voorschriften als bedoeld in artikel 14, zijn belast de hoofdinspecteur, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van de geneeskundige hoofdinspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

3.1 Overzicht van onderzoeksclusters

Nr.	Clusteromschrijving	hoofd onderzoeker	neven onderzoeker	opmerkingen
1	Pro-actie en Preventie	Inspectie Milieuhygiëne Inspectie Ruimtelijke Ordening	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding Rijksverkeersinspectie	
2	Preparatie (plannen, deskundigheid personeel, oefenen bestrijding van relevante ramptypen)	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	Inspectie Gezondheidszorg Arbeidsinspectie Inspectie Politie	
3	Bestrijding initiële brand incl. directe aanleiding	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding		
4	Alarmering, coördinatie, informatievoorziening en verbindingen op alle niveaus	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	Inspectie Gezondheidszorg Arbeidsinspectie Inspectie Politie	
5	Redding, brandbestrijding en coördinatie op rampterrein incl. CoRT, logistiek en bijstand	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	Inspectie Gezondheidszorg Inspectie Politie	
6	Geneeskundige hulpverleningsketen	Inspectie Gezondheidszorg		Dit cluster zal samen met cluster 14 onderzocht worden.
7	Voorkomen besmetting	Inspectie Milieuhygiëne Arbeidsinspectie Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding Inspectie Gezondheidszorg		Het onderwerp 'inzamelen besmette waren' (4.4) zal niet worden onderzocht, omdat het bij dit onderzoek niet van toepassing is gebleken.
8	Openbare orde en strafrechtelijk onderzoek	Inspectie Politie		Cluster 8 en 9 zullen samen onderzocht worden, ivm. de parallelle samenloop

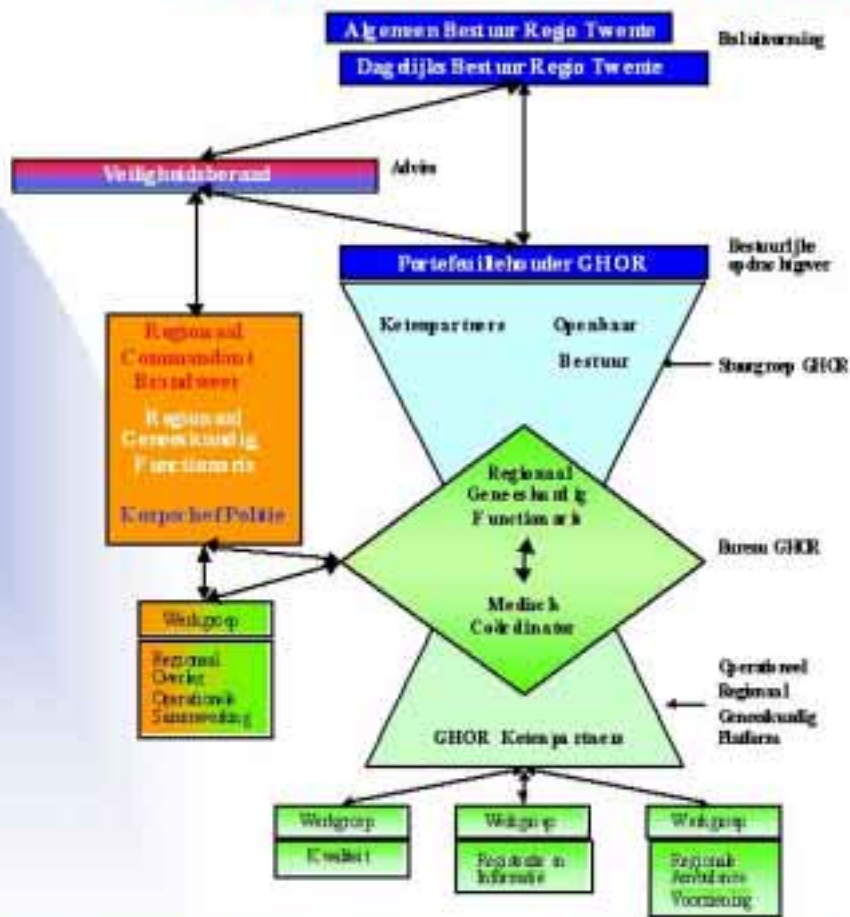
Nr.	Clusteromschrijving	hoofd onderzoeker	neven onderzoeker	opmerkingen
9	Bereikbaarheid en afzetting rampterrein	Inspectie Politie	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	
10	Evacuatie en registratie bewoners rampterrein	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	Inspectie Politie	
11	Voorlichting aan bevolking op alle niveaus	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding		
12	Waarschuwen bevolking, opvang en erzorging	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding	Inspectie Gezondheidszorg inspectie Politie	
13	Overledenzorg (identificatie)	Inspectie Politie		Het onderwerp 'uitvaartverzorging' (6.6) zal, gezien het grote aantal deelonderzoeken dat moet worden uitgevoerd en de tijdsdruk niet in het onderzoeksprogramma worden opgenomen.
14	Geestelijke gezondheidszorg incl. traumapreventie incl. nazorg bevolking en hulpverleners	Inspectie Gezondheidszorg	Arbeidsinspectie Inspectie Politie	Dit cluster zal samen met cluster 6 onderzocht worden.
15	Schadebehandeling	Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding		Dit cluster zal voorlopig niet onderzocht worden. Zowel voor een onderzoek naar de schaderegistratie en –afhandeling als naar de financiële ondersteuning van getroffenen, is het op dit moment te vroeg. Mogelijk zullen deze onderwerpen in een later stadium door één van de inspecties onderzocht worden.

3.2 Overzicht (bekende) inzet GNK's en delen van GNK's

GNK afkomstig uit	Samenstelling	Door wie gealarmeerd	Tijdstip alarmering	Ter plaatse geweest
Twente	Sigma, haakarmbak, geen ambulanceteam, MMT	CPA A.A.D. Oost	Sigma: 15.48	Van Heekpark (17.25 uur) Arkestadion/Miracle Planet
IJssel-Vecht Zwolle	Complete GNK: MMT, ALS-wagen met 2 ambulanceteams, Sigmawagen+ 8 Sigmaleden, haakarmbak	HSGA Twente aan CPA IJssel-Vecht	16.15 vertrek uit Zwolle: 17.15	AVIA tankstation (18.30 uur) Spartaterrein (19.21 uur)
Gelderland Zuid, Nijmegen	Materiaalwagen, 2 ambulanceteams, Sigma. MMT separaat	CPA A.A.D. Oost alarmeert CPA Nijmegen, die OvDG Nijmegen alarmeert	Alarmering OvDG Nijmegen 16.30. Aanbod tot inzet GHOR gedaan.	AVIA tankstation (18.00 uur) Miracle Planet (19.20 uur)
Flevoland	Sigma, ambulanceteam, haakarmbak, OvDG	CPA A.A.D. Oost	Na 16.07, meldt zich 7.47 onderweg	AVIA tankstation Arkestadion (CPA-band 18.57 uur) (in ieder geval haakarmbak, rest niet duidelijk)
CPA regio Achterhoek	Materiaalwagen, twee vrije ambulanceteams, Sigma en haakarmbak	HSGA Twente aan regio Achterhoek	16.15	AVIA tankstation p.m. wegens problemen met de haakarmbak-auto is vanaf Haaksbergen het verdere vervoer gescheiden gedaan.
CPA Gemeenschapelijke Meldkamer Apeldoorn	Materiaalwagen en ambuteam van de GNK Noordwest-Veluwe	CPA A.A.D. Oost	Ergens na 16.07	AVIA tankstation
GNK Groningen	Deel GNK Deel MMT	Spontane inzet		Meldt zich om 19 uur bij de CPA IJssel-Vecht

3.3 Communicatiestructuur GHOR Twente

COMMUNICATIESTRUCTUUR GHOR TWENTE



Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

3-4 Overzicht bekende inzet MMT's

Afkomst MMT	Samenstelling MMT op 13 mei	Gealarmeerd door	Vervoer	Waar ter plaatse geweest	Communicatiemiddelen	Kleding	Patiënten behandeld
Twenteborg Ziekenhuis Almelo	- anesthesioloog - chirurg (leider MMT) - verpleegkundige SEH - anesthesieverpleegkundige	CPA A.A.D. Oost	Door politie in ziekenhuis opgehaald	1. Van Heekpark 2. Miracle Planet	Geen. Heeft op een gegeven moment een mobiele telefoon geleend om het Ziekenhuis Twenteborg te bellen.	Witte jas met reflecterende strepen, laarzen, helm met lamp.	Onduidelijk, mogelijk 3 lichtgewonden
Isala klinieken Zwolle	- anesthesioloog - verpleegkundige, anesthesie-assistent - verpleegkundige SEH	CPA Regio IJssel-Vecht	Als onderdeel van de GNK vertrokken van de CPA IJssel-Vecht	1. loodspost AVIA tankstation 2. Sportpark Sparta	Eigen mobiele telefoon	Oude LOTT-pakken: witte parka, witte broek en helm.	5 lichtgewonden
UMC St. Radboud Nijmegen	- anesthesioloog - verpleegkundige SEH en SOSA	CPA Nijmegen	Met eigen VITO-bus, niet als onderdeel van de GNK	1. loodspost AVIA tankstation 2. Miracle Planet	Geen (NB: er is gebruik gemaakt van een GSM)	Geen speciale kleding (witte jassen)	Onduidelijk, waarschijnlijk wel, maar weinig
Brandwondenteam MCRZ Rotterdam/ Groningen	- chirurg - brandwondenarts	CPA Rijnmond	Met ambulance van (locale) GGD	1. Miracle Planet	Geen.	Witte jas met LOTT-B-team erop. Geen helm.	Geen contact met patiënten gehad
MST Enschede	- dienstdoende anesthesioloog - één van de dienstdoende (verpleegkundig) anesthesie-assistenten p.m. bij uitdrukkelijk verzoek zou een chirurg zijn toegevoegd	Op SEH: vraag verpleegkundige ambulance aan anesthesioloog is opgevat als oproep CPA. Anesthesioloog heeft anesthesie-assistent OK meegevraagd.	Meegegaan met ambulance A.A.D. Oost. MMT maakt (nog) geen onderdeel van de GNK uit	1. Van Heekpark 2. Miracle Planet	Eigen mobiele telefoon.	MMT-pak: jas en laarzen. Daarnaast een OK-pet, om herkenbaar te blijven.	1 zwaargewonde gestabiliseerd, circa 40 lichtgewonden behandeld

Bijlage 4: Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ressorteert onder de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en bestaat uit een Hoofdinspectie en vier Regionale Inspecties.

De Inspectie heeft onder meer als taak:

- a het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan alsmede, waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen tot verbetering daarvan;
- b het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijk voorschrift;
- c het uitbrengen van adviezen en het verstrekken van inlichtingen aan de Minister van VWS op verzoek of uit eigen beweging, met betrekking tot hetgeen de IGZ op grond van het gestelde onder a en b ter kennis is gekomen.

(bron: Gezondheidswet)

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) is belast met de organisatie van het geneeskundig deel van de rampbestrijding.

De Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding is conform de Brandweerwet belast met het onderzoek op dat deel van de rampbestrijding.

De taken op het gebied van de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampbestrijding, inclusief het toezicht hierop, behoren tot de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS. Zo is dat vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 13 december 1993.

De scheiding tussen de organisatorische en de geneeskundige aspecten van de rampbestrijding en de voorbereiding daarop is in de praktijk bij onderzoek moeilijk te maken. Daarom wordt er onder andere met de Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding intensief samengewerkt.

Bij een onderzoek wordt niet alleen aandacht besteed aan repressieve aspecten van de ramp of het zwaar ongeval, maar wordt de gehele veiligheidsketen, voor zover relevant, in ogenschouw genomen. Dit houdt in dat ook de wijze waarop verantwoordelijke instanties zich hebben voorbereid op een ramp of een zwaar ongeval en hoe de nazorgfase is verlopen bij het onderzoek, kunnen worden betrokken.

Ook kan het onderzoek de samenwerking met andere inspectiediensten dan die van BZK omvatten. Een goede coördinatie en afstemming is hierbij van belang.

Bijlage 5.1: Overzicht bekende inzet ambulancediensten van buiten de regio

Naam	Alarmering door:	Aantal ingezette ambulances	Acties	Patiënten vervoerd op 13/14 mei	Opmerkingen
RAV IJssel-Vecht, Zwolle	CPA A.A.D. Oost	13 mei: 7 14 mei: 2 15 mei: 1	CPA IJssel-Vecht: bijstandsverlening, voorwaarschuwing ziekenhuizen GNK ingezet bij Spartaterrein	Nee	inzet complete GNK
Ambulancedienst GG&GD Amsterdam	1e verzoek van CPA A.A.D. Oost, latere contacten met CPA IJssel-Vecht	13 mei: 6 14 mei: 2 15 mei: 1	13-5: Eerste hulp ter plaatse, stand-by op loodspost 14/15 mei: ambulance ondersteuning	Nee	
VZA Ambulancedienst Amsterdam b.v. + Ambulancezorg Zaanstreek Waterland	CPA Amsterdam e.o.	13 mei: 6 14 mei: 1 15 mei: 2 17 mei: 2 19 mei: 2 22 mei: 2 23 mei: 1 5 juni: 1	Stand-by	Nee	
Regio Stedendriehoek, Apeldoorn (RAS, RAD N.W. Veluwe, Elburg, Ambulancedienst Van de Pol uit Nunspeet)	CPA A.A.D. Oost bij de CPA Stedendriehoek van de Gemeenschappelijke Meldkamer Apeldoorn	13 mei: 11 14 mei: 3 15 mei: 1 16 mei: 1	Stand-by	Nee	13 mei: +1 ambuteam van de GNK Ambubus van GNK Noordwest-Veluwe tijdens de inzet toegevoegd aan GNK Achterhoek
Dienst Brandweer en Volksgezondheid/GGD Arnhem	CPA A.A.D. Oost	6	niet bekend	niet bekend	

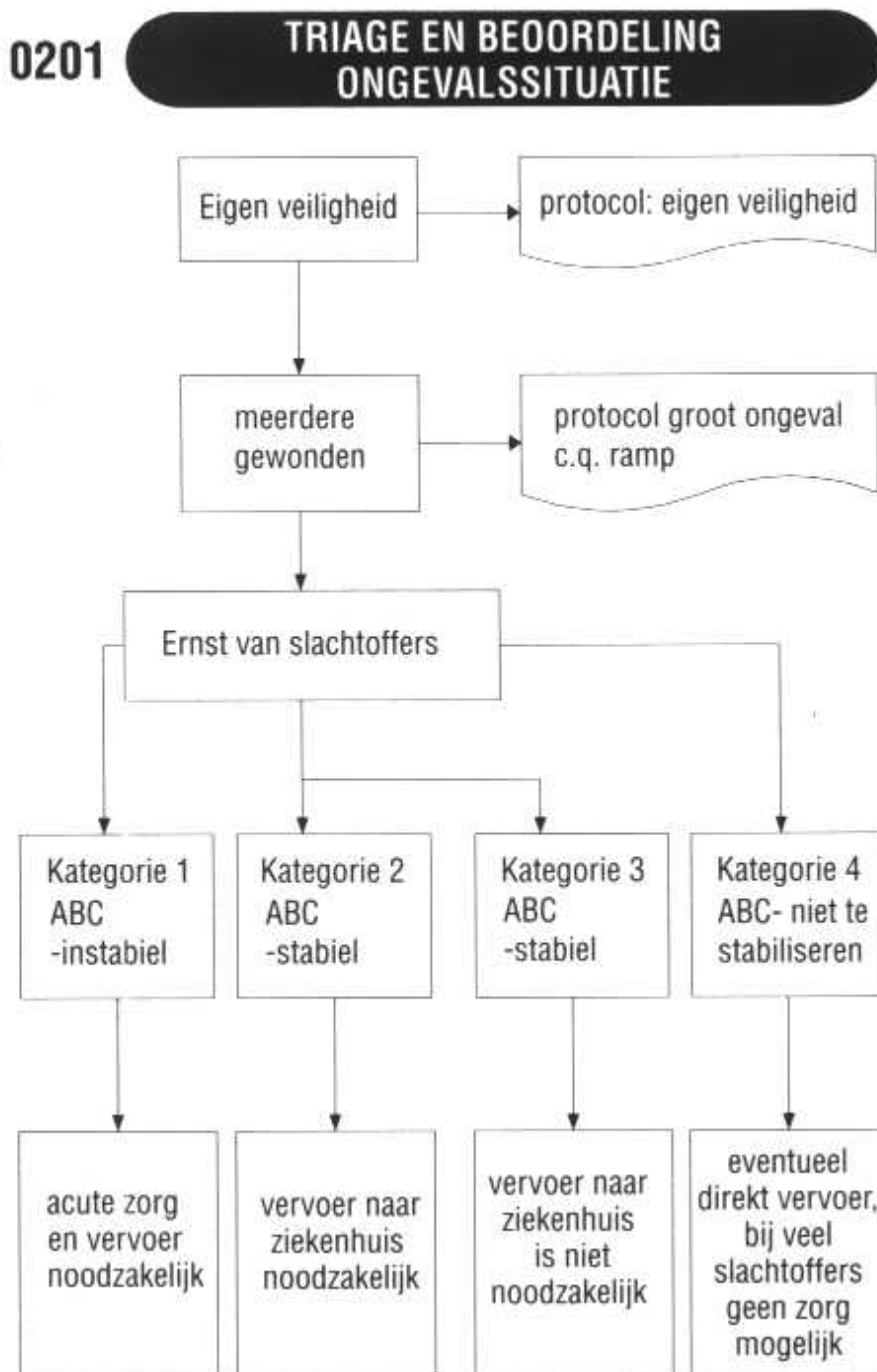
Naam	Alarmering door:	Aantal ingezette ambulances	Acties	Patiënten vervoerd op 13/14 mei	Opmerkingen
RAV Drenthe, Assen	CPA A.A.D. Oost	13 mei: 9 14 mei: 3 15 mei: 2 16 mei: 1 17 mei: - 18 mei: 1 19 mei: 1	Stand-by	Nee	
Van Doornik, Barneveld	CPA (GGD West/ Veluwe/Vallei)	1	Stand-by	Nee	
RAV Gooi en Vechtstreek, Bussum	CPA A.A.D. Oost	5	Stand-by	Nee	
GGD Kop van Noord-Holland, Den Helder	CPA	3	Stand-by + vervoer	Ja (1)	NB: Sigma opgeroepen; niet ingezet
GGD regio Achterhoek, Doetinchem	CPA A.A.D. Oost aan CPA Achterhoek 15.47 uur	13 mei: 4 15 mei: 3	8 stand-by opdrachten, 11 ritopdrachten waaruit 8 patiënten zijn vervoerd. (13+15 mei)	Ja, 8	NB: GNK + Sigma 13 mei
Kijlstra Drachten	CPA Fryslân	3	Stand-by	Nee	+ dienst overgenomen in Nijverdal op 18 en 19 mei
GGD West Veluwe/ Vallei, Ede	CPA A.A.D. Oost	4 (?): betrokken hulpverleners = 8	Stand-by	Nee	
Ambulancehulpverlening Haarlem	CPA via CPA IJssel-Vecht ca. 18.10 uur	5	Stand-by op loodspost	Nee	ambulance uit Leiden ingezet voor de paraatheid in de eigen CPA-regio
Ambulancedienst Kennemerland	CPA Kennemerland	2 + 1 op piket	Stand-by op loodspost	Nee	

Naam	Alarmering door:	Aantal ingezette ambulances	Acties	Patiënten vervoerd op 13/14 mei	Opmerkingen
GGD West Friesland, Hoorn	1. CPA IJssel-Vecht 2. Via CPA Noord Holland Noord	3 (waarvan 1 piketambulance)	Stand-by op opstelpunt vóór Enschede	Nee	
CPA Fryslân, Leeuwarden	CPA IJssel-Vecht	0	N.v.t.	N.v.t.	17 ambulances paraat gehouden op 13 mei.
GGD Flevoland, Lelystad	CPA A.A.D. Oost 15.54 uur	13 mei: 6 16 mei: 1 22 mei: 1	Stand-by	Nee	Tevens inzet van GNK: 1 ambuteam, 1 Sigma, 1 haakarm, 1 OvDG (uiteindelijk niet ingezet)
GGD GHOR Gelderland-Zuid	CPA A.A.D. Oost	9 ambulances uit regio Nijmegen	Loodspost gewondennest Miracle Planet	Ja, onbekend hoeveel.	Tevens inzet van GNK: Sigma, vrij ambulanceteam en MMT
GGD Rotterdam	HSGA regio Twente Later: CPA IJssel-Vecht	13 mei: 6 17 mei: 1 19, 21 mei: 1	13 mei: nee, standby op loodspost 17,19,21 mei: bijstand t.b.v. reguliere paraatheid	Nee	Tevens inzet brandwondenteam
Bornkamp ambulancezorg, Rotterdam	OvDG ambulancedienst GGD Rotterdam e.o. Na 13-5: ambulancedienst GGD Rotterdam e.o. en/of via een teamleider van ambulancedienst A.A.D. Oost	13-5: 2 na 13-5: 5	13 mei: nee, stand-by op loodspost na 13 mei: ondersteuning plaatselijke ambulancedienst	Nee	
Stichting ambulancehulpverlening West-Betuwe, Tiel	Inzet extra ambulance: via centralist CPA Nijmegen/Rivierenland Reguliere ambulances: rechtstreekse alarmering	3	Stand-by	Nee	Loodspost Avia tankstation, via politie naar rampterrein en vervolgens (op eigen initiatief) naar Arkestadion

Naam	Alarmering door:	Aantal ingezette ambulances	Acties	Patiënten vervoerd op 13/14 mei	Opmerkingen
GGD Utrecht	CPA IJssel-Vecht	13 mei: 9 14,15 mei: 2	Stand-by	Nee	
Ambulancehulpverlening Alevan	CPA Arnhem	13 mei: 1	Stand-by	Nee	
Stichting Ziekenvervoer Zutphen Lochem	CPA Stedendriehoek	13 mei: 2	Stand-by	Nee	

Bijlage 5.2: Landelijk protocol ambulancehulpverlening 0201: Triage en beoordeling ongevalssituatie

Uit: Nederlands Ambulance Platform, SOSA; Landelijk protocol ambulance hulpverlening 4e druk
1996



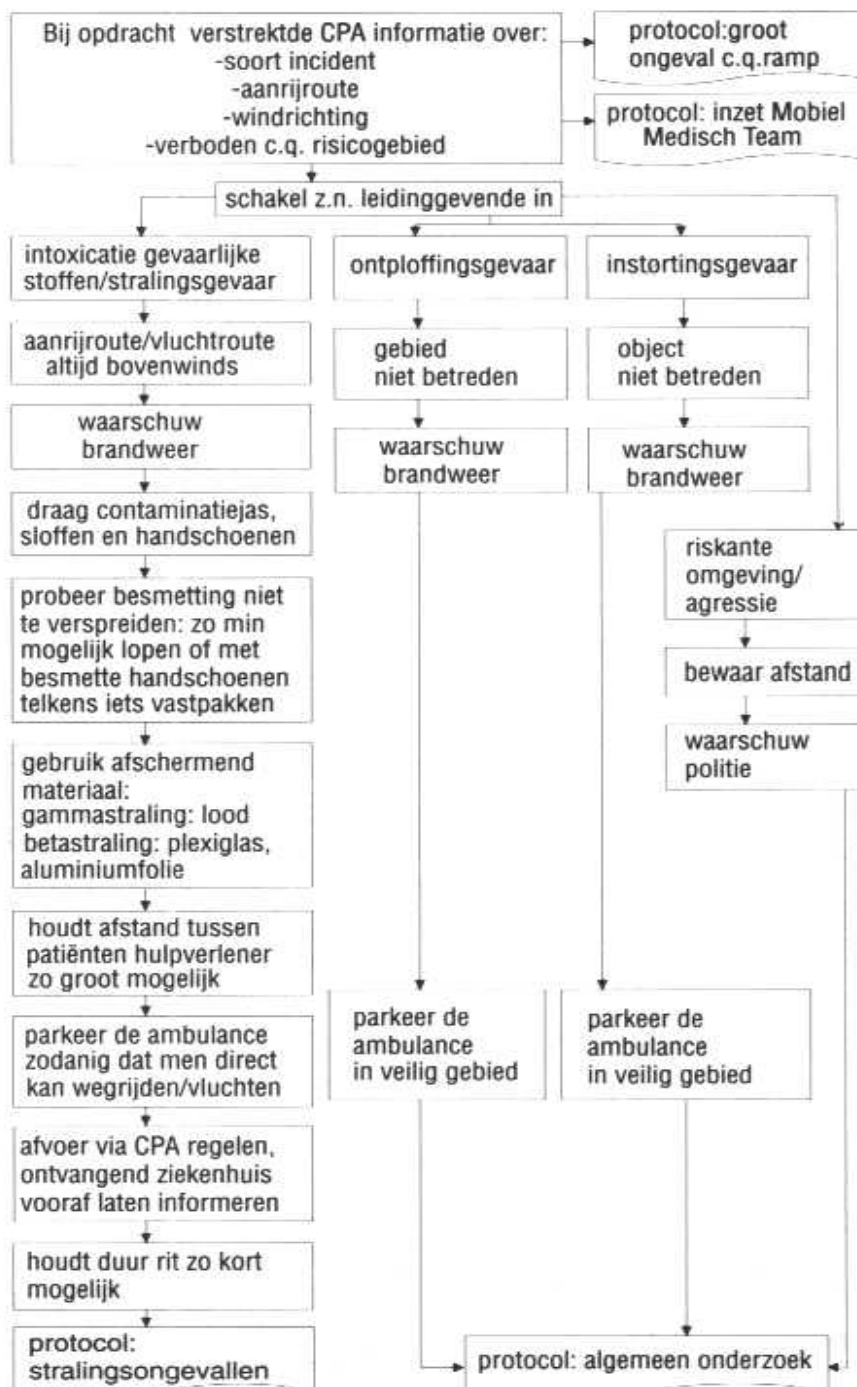
Bijlage 5.3: Landelijk protocol

ambulancehulpverlening 0202: Eigen Veiligheid

Uit: Nederlands Ambulance Platform, SOSA; Landelijk protocol ambulance hulpverlening 4e druk 1996

0202

EIGEN VEILIGHEID



Bijlage 5.4: Landelijk protocol

ambulancehulpverlening 0203: Groot ongeval c.q. ramp

0203

GROOT ONGEVAL C.Q. RAMP



Samenstelling

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Staatstoezicht op de Volksgezondheid
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Hoofdinspectie te Den Haag
regio noordoost - locatie Arnhem
Postbus 9013
6800 DR Arnhem

Productiebegeleiding

Directie Voorlichting en Communicatie
Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Ontwerp omslag

Grafisch Buro van Erkelens, Den Haag

Zetwerk

Aeroset, Rijswijk

Druk

De Bink BV, Leiden

Bestelwijze

Deze publicatie is schriftelijk te bestellen bij het
Logistiek Centrum Brandweer
Chroomstraat 151
2718 RJ Zoetermeer
Fax 079 361 49 86
Bestelnummer 7610016055
Prijs fl. 10,- inclusief verzendkosten

Januari 2001
21031h