



Itineris
health & safety

“WIE ZIJN **BESTEMMING** KENT
VINDT DE **WEG**”

- Lao Tse

Bestemming #GHOR2020

Ruud Houdijk
Thérèse Claassen
Pieter van der Torn



Itineris
health & safety

Waarom #GHOR2020?

De taakstelling van de GHOR wordt momenteel zowel landelijk als in veel regio's tegen het licht gehouden. Landelijk wordt de doorontwikkeling van de Wet Veiligheidsregio's (WVR) voorbereid. Hierbij heeft de reikwijdte van de wettelijke GHOR-taken nadrukkelijk de aandacht. Dit heeft onder andere te maken met de steeds verder uitkristalliserende verantwoordelijkheidsverdeling tussen het "openbaar bestuur" en de zorgketen. Ook in diverse regio's is deze discussie extra actueel.

Dit komt voort uit inhoudelijke overwegingen (waar zijn we nog van?), maar heeft zeer zeker ook een financiële aanleiding (bezuinigingsdruk). Regionaal treedt hierbij de reflex op om in een kerntakendiscussie de GHOR te spiegelen aan de bestaande wettelijke taakomschrijvingen. "Mag" de GHOR een bepaalde taak nog wel uitvoeren, of niet? Het feit dat deze regionale heroriëntatie gelijktijdig plaatsvindt met de landelijke herbezinning op diezelfde wetgeving, brengt een aantal risico's met zich mee. Zo bestaat het risico dat regionaal nu taken worden geschrapt die in de herziene wetgeving toch blijven bestaan, opnieuw worden ingekleurd of – wie weet – zelfs alsnog wettelijk worden verankerd. Ook is het risico aanwezig dat de taakopvatting van de regio's verder gaat divergeren, doordat verschillende uitleg aan de huidige en straks ook aan de herziene wet wordt gegeven. Zelfs bestaat het risico dat de herziening van de WVR een "self-fulfilling prophecy" wordt: vanuit de kerntakendiscussie ontstaat druk op een bepaalde uitleg van de huidige wetstekst, waardoor de wetgever bij de herformulering kiest voor een nóg krappere uitleg. Bij dit alles moet niet vergeten worden dat "de wet" altijd een versimpelde weergave is van de werkelijkheid. Dit geldt eens te meer voor de veiligheidsregio's, omdat de WVR niet het beginpunt was, maar een wettelijke momentopname en compromis (!) in een al decennia lopende ontwikkeling van opeenvolgende wetten. Wat is in deze historische ontwikkeling dan nu de volgende stap?

Wat is eigenlijk het probleem?

Gaat er nu dan zoveel mis dat we alle taakvelden van de GHOR onder de loep moeten nemen? Is er wel noodzaak om te veranderen?

Leuke vragen. De GHOR doet nuttig werk. Punt. Natuurlijk gaat er wel eens wat mis. Als er zoveel diversiteit is tussen wat de regio's doen en laten, dan zitten er vast wel eens keuzes qua taakperceptie tussen die achteraf minder handig blijken te zijn. Dat is echter voor ons niet de belangrijkste reden voor GHOR2020. Continu aanpassen aan het tijdsgewricht is nu eenmaal een noodzakelijkheid om te kunnen blijven leveren waaraan behoefte is. De GHOR is en blijft nog steeds een relatief jonge overheidsorganisatie. De rampenbestrijding mag dan terug te voeren zijn op de tijden van de Bescherming Bevolking, maar de GHOR als vastomlijnde organisatie met wettelijke taken staat anno 2015 eigenlijk pas net op het punt om meerderjarig te worden (afhankelijk van de startdatum die je kiest). En dat terwijl organisaties als brandweer, politie en GGD in mensenjaren gerekend hun pensioen allang gepasseerd zijn. Eigenlijk zijn alleen de veiligheidsregio's en milieudiensten nog jonger dan de GHOR. Het punt dat we hiermee willen maken, is dat de GHOR en zeker ook de veiligheidsregio nog steeds aan het ontwikkelen is. Als iets het kenmerk is van de GHOR, dan is het wel de continue zoektocht naar rollen, taken en positie. De vraagstukken en taken passen steeds bij de ontwikkelingsfasen die de GHOR doormaakt. Van pionieren en zelf doen, naar helpen en verbinden, naar afspraken maken en netwerken, naar...ja, waarheen eigenlijk nu? Nou, dat is precies de zoektocht die we beschrijven. Is er dan dus een probleem? Nee, niet nu acuut, maar misschien wel over een aantal jaar. De maatschappij ontwikkelt zich razendsnel. De politie is aan grote veranderingen onderhevig. Het hele meldkamerdomein gaat



op de kop. De zorgsector incorporeert crisisdenken meer en meer in haar eigen processen. De GGD transformeert op vele vlakken door zowel centralisatie als decentralisatie. De milieudiensten komen tot wasdom. En de veiligheidsregio, ja de veiligheidsregio ontwikkelt zich ook. Dat de GHOR2020 niet precies hetzelfde is als de GHOR2015 is in onze ogen dus onvermijdelijk. De koers naar deze toekomst is op vele fronten allang ingezet. Een duidelijker reisdoel met reisplanning kan echter wel helpen om de reis te bespoedigen. En om ervoor te zorgen dat we in den lande ook allemaal ongeveer op dezelfde bestemming aankomen en niet gaan divergeren.

“ Waarom het jaar 2020? ”

Het jaar 2020 is natuurlijk volstrekt willekeurig, maar bekt beter dan 2019 of 2021. We hebben bewust gekozen voor een jaar dat niet té ver weg ligt. Bij een toekomstvisie kiest men doorgaans een horizon wat verder weg, zodat je de tijd hebt om er naartoe te werken. Je kunt wel speculeren over 2025 of 2030, maar het aantal onvoorspelbare variabelen wordt dan te groot. Bovendien liggen op niet al te lange termijn een update van de Wet veiligheidsregio's en nadere afspraken over de verantwoordelijkheid en financiering van de zorg in het verschiet. 2020 is dan een mooi jaartal en ongeveer 1 regionale beleidsperiode van het heden verwijderd.

Opbouw

Vele ordeningsprincipes voor de discussie zijn mogelijk. We hebben als kapstok gekozen voor een aantal inhoudelijke taakvelden van de GHOR:

1. Zorgrisicoprofiel
2. Risicobeheersing
3. Operationele leiding
4. Naadloos opschalende Publieke Gezondheid
5. Continuïteit
6. Netwerkregie

Op basis van de discussies online en in veldsessies worden wellicht nog andere onderwerpen toegevoegd en uitgewerkt. De bedoeling is dat het een levend geheel wordt, d.w.z. door middel van digitale reacties uit het veld verder wordt verrijkt en gaat groeien. Ben je het ergens niet mee eens? Prima! Gaat niet zitten mokken, maar beargumenteer online je mening zodat je bijdraagt aan de velddiscussie en we samen verder komen.

Dit document is een samengevoegde versie van de afzonderlijke blogs die online zijn geplaatst op www.ghor2020.nl. Per thema wordt begonnen met een korte schets van de maatschappelijke onrust, gevolgd door enkele stellingen met toelichtende beargumenteerde en afgesloten met een concluderend overzicht hoe de GHOR2020 er voor dat thema zou kunnen uitzien.

Versie: 27 augustus 2015



Thema 1: zorgrisicoprofiel

Vraag: wat betekent het risicoprofiel voor de GHOR2020?

Het regionaal risicoprofiel bestaat inmiddels zo'n 5 jaar als wettelijk instrument met een landelijke handreiking. Dit betekent dat de meeste regio's net voor de tweede keer de cyclus hebben doorlopen van het opstellen van een risicoprofiel en beleidsplan. In het project VAVAZ is in de tussentijd door een aantal regio's gewerkt aan instrumentarium voor een zorgrisicoprofiel, dat het openbaar bestuur en de zorgsector moet verbinden.

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De maatschappelijke context van het zorgrisicoprofiel is simpel: het draait hier om risico's. In de visie Publieke gezondheid en veiligheid verbonden zijn de ontwikkelingen al eens geschetst. Er is sprake van toenemende verdichting die leidt tot grotere fysieke veiligheidsrisico's. De kans op natuurrampen, technologische ongevallen en terrorisme is altijd aanwezig. Bepaalde gebieden hebben een verhoogd risicoprofiel, bijvoorbeeld door industriële activiteiten. In een dichtbevolkt land als Nederland hebben incidenten sneller directe effecten op omwonenden en bedrijvigheid. Door toenemende bedrijvigheid en woningbouw komen risicobronnen en kwetsbaarheden steeds dichter bij elkaar in de buurt. Om deze risico's het hoofd te kunnen bieden is meer nodig dan uitsluitend het toepassen van normen voor bijvoorbeeld risicoafstanden. Zelfs met inachtneming van deze normen behoort Nederland tot de meest risicovolle landen van de EU, met een toenemende cumulatieve kans op rampen, simpelweg door de schaarse ruimte waarbinnen maatschappelijke functies met elkaar verenigd moeten worden. Tegelijkertijd wordt de samenleving in toenemende mate kwetsbaar voor crises. De laatste jaren is er meer aandacht voor andersoortige crises, naast de klassieke rampen zoals ongevallen met gevaarlijke stoffen. Het gaat dan bijvoorbeeld om scenario's met allerhande, onverwachte domino-effecten, zoals langdurige uitval van ICT, elektriciteit, gas, drinkwater of rioolwaterzuivering, waarvoor de samenleving steeds kwetsbaarder wordt door de snelle ontwikkelingen in het gebruik van technologieën. Klimaatverandering doet onderwijl de waarschijnlijkheid en impact van diverse risico's doet toenemen. 'Nederland waterland' heeft reeds grote aandacht voor de verwachte effecten van klimaatverandering op het overstromingsrisico. Klimaatverandering kan echter meer gevolgen hebben dan uitsluitend een stijging van de zeespiegel. Zo neemt de kans op extreem weer (storm, onweer, wateroverlast, hagel, sneeuw, hitte, droogte) steeds verder toe. Het dichte ruimtegebruik, de vele infrastructuur en de toenemende afhankelijkheid van nutsvoorzieningen maken Nederland extra kwetsbaar hiervoor. Tot slot leiden sociale onveiligheidsgevoelens vaker tot bredere maatschappelijke onrust. Huiselijk geweld, zedenzaken, criminaliteit en leefbaarheidsproblemen zorgen in toenemende mate voor bredere maatschappelijke onrust. Via social media kan onrust zich sneller en verder verspreiden. De behoefte neemt toe om bij incidenten acuut maatschappelijke opvang en psychosociale hulp te kunnen bieden aan grote groepen mensen. Ook is nauwe samenwerking nodig tussen de Publieke Gezondheid en sociale veiligheidspartners om problemen te signaleren en gecoördineerde zorg te bieden.



STELLING: OM TE BEGINNEN DRAAGT DE GHOR HAAR STEENTJE BIJ AAN HET MULTIDISCIPLINAIRE BELEID OP BASIS VAN HET RISICOPROFIEL

Het regionaal risicoprofiel biedt inzicht in risico's. Het hebben van inzicht is slechts de eerste stap. Het doel van het risicoprofiel is *beleidsopvolging*. Op basis van het risicoprofiel stellen de besturen van de veiligheidsregio's prioriteiten: welke risico's (of trends in de samenleving) vragen de beleidsperiode extra risicogerichte aandacht? Voor deze risico's gaan de kolommen gezamenlijk met hun netwerkpartners aan de slag met vervolganalyses. Wat doen we al, wat kunnen en willen we nog meer doen? Dit wordt wel aangeduid als capaciteitanalyse. Inmiddels is de term *beïnvloedingsanalyse* meer in zwang, omdat capaciteiten zo'n operationeel beeld oproept van "knullen en spullen". Terwijl het nu juist draait om een analyse voor alle schakels van de veiligheidsketen, zo je wilt alle lagen van meerlaagse veiligheid. De GHOR draagt bij deze analyses nadrukkelijk haar steentje bij. De GHOR is daarbij vanzelfsprekend de verbinder tussen het multi-domein en het zorgnetwerk. Want de risicogerichte aanpak op basis van het risicoprofiel betekent boven alles het smeden van netwerken, zodat een ieder zijn steentje bijdraagt aan de oplossing. Dus bijvoorbeeld bij continuïteit van de samenleving, landelijk en in veel regio's een prioriteit, draait het er voor de GHOR om de relevante scenario's te vertalen naar continuïteitsvraagstukken voor de zorg (en de kwetsbare burger met zorgbehoefte), zodat de zorginstellingen weten wat ze voor hun kiezen kunnen krijgen en zich zelf kunnen voorbereiden.

STELLING: DE VOLGENDE ONTWIKKELINGSSTAP IN HET RISICOPROFIEL IS DE OMSLAG VAN RISICOBRONGERICHT NAAR KWETSBAARHEIDSANALYSE

Kwetsbaarheid is in het Nederlandse risicodenken een onderbelicht begrip. Internationaal gezien wordt risico inmiddels gedefinieerd als $\text{risico} = \text{kans} * \text{effect} * \text{kwetsbaarheid}$. Dit brengt een hele andere tak van sport in het vizier: naast de traditionele kans- en effectreductie (preventief en repressief) komt de kwetsbaarheidsreductie. Ook dit kan door middel van risicobeheersing (overdrachtsbeperkende maatregelen om zelfredzaamheid verhogen, specifieke maatregelen om verminderd-zelfredzamen te beschermen) en door middel van preparatie en repressie (bevorderen zelfredzaamheid en resilience). Voor de GHOR kan de kwetsbaarheidsanalyse de brug zijn tussen het risicoprofiel en de adviesrol naar zorginstellingen over hun voorbereiding. Door gezamenlijk te werken aan inzicht in de gevolgeffecten van prioritair risico's voor de zorg en de specifieke kwetsbaarheden van instellingen voor die effecten, kun je beweging stimuleren. Dat inzicht in de "publieke risico's" kan de basis zijn voor de eigen "business impact analysis" (BIA) van de zorginstellingen, waarmee zijn hun eigen beleid kunnen prioriteren.

STELLING: ELKE KOLOM MOET OP GROND VAN DE WVR INZICHT BIEDEN IN OPERATIONELE PRESTATIES

Op grond van de WVR moeten de kolommen inzicht bieden in hun operationele prestaties en dit vastleggen in het beleidsplan VR. Het risicoprofiel geeft inzicht in wat de regio kan treffen. Dit kan worden vertaald in "kernopgaven" voor de vier kolommen ("vraag"). Voor de witte kolom betreft dit in algemene termen het slachtofferaanbod (aantal en soorten letsels) en de behoefte aan PG processen (IZB, GAGS, PSH, GOR). In het project VAVAZ is een methodiek ontwikkeld voor het inzicht geven in de "vraag", waar de zorgsector haar "aanbod" tegenover kan zetten. De GHOR neemt in de schriftelijke afspraken met de ketenpartners op dat deze inzicht bieden in hun presterend vermogen. De combinatie van vraag en aanbod biedt inzicht in welke risico's vanuit de witte kolom gezien niet-beheersbaar zijn. Dit is geen rekenoefening a la Leidraad Operationele Prestaties, maar een proces om gezamenlijk te komen tot inzicht in knelpunten (letseltypen, tijdstippen, locaties in de regio) en flessenhalzen (specifieke processen, overdrachtsmomenten). De GHOR verantwoordt deze knelpunten aan het bestuur van de veiligheidsregio. Het bestuur van de veiligheidsregio moet dan haar afweging maken:



- moet er repressief wat bij?
- moet heb openbaar bestuur een tandje bijzetten bij de risicobeheersing?
- of accepteren we de discrepantie (risico-acceptatie)?

STELLING: HET ZORGRISICOPROFIEL IS HET VEHIKEL OM ZORGINSTELLINGEN TE STIMULEREN TOT RISICOGERICHTE VOORBEREIDING

De veiligheidsregio gaat niet over de beschikbaarheid van reguliere zorg en de financiering vanuit de zorgverzekeraars is berekend op dagelijkse en niet op opgeschaalde zorg. Dit betekent dat repressief bijplussen vaak geen optie is. Wat het openbaar bestuur kan, is sturen op echt aantrekkelijke knelpunten die de zorginstellingen op basis van hun eigen verantwoordelijkheid moeten oplossen. Verder kan door middel van de dialoog en gezamenlijke kwetsbaarheidsanalyse de zorg gestimuleerd worden om zelf risicogericht knelpunten op te pakken. Met risicogerichte voorbereiding bedoelen we dat er specifieke aandacht is voor de accentverschillen in operationele processen en scenariospecifieke aspecten en regelingen. Voor de zorginstellingen spelen daarbij overigens naast de "publieke risico's" uit het regionaal risicoprofiel ook allerlei andere intern en continuïteitsrisico's een grote rol. De GHOR heeft een signalerende en ondersteunende rol richting de zorg, maar de zorg is zelf verantwoordelijk om hun antwoord/respons op de door de GHOR gesignaleerde externe risico's en verstoringen van de vitale infrastructuur (plus cascade effecten) te bepalen en deze te integreren met hun respons op de interne risico's, in eerste instantie per individuele instelling/aanbieder en uiteindelijk voor de ROAZ-regio in zijn geheel.

STELLING: DE GRENZEN AAN DE CRISISBEHEERSING ZIJN DE TOETSSTEEN VOOR DE RISICOBEBEERSING

Daar waar de crisisbeheersing voorzienbaar tekortschiet en niet nog verder kan worden verbeterd, is risicobeheersing de enige beleidsoptie (naast acceptatie natuurlijk). Dit betekent dat de grenzen aan de zorg een toetssteen zijn voor de risicobeheersing. Het bestuur zal een transparante afwegingen moeten maken of een restrisico wordt geaccepteerd of dat zij vanuit eigen verantwoordelijkheid het risico willen reduceren. Hierover meer in de blog over risicobeheersing #GHOR2020.

VOOR DE GHOR2020 ZOU DIT BETEKENEN:

- Actief bijdragen aan het regionaal risicoprofiel
- Voor prioritaire risico's (waar nodig) aansturen op een opvolgende kwetsbaarheidsanalyse in samenwerking met de zorg
- Het regionaal risicoprofiel naar zorgvraag uitwerken in een zorgrisicoprofiel
- De zorginstellingen begeleiden bij het bieden van inzicht in het zorgaanbod en knelpunten
- Zorginstellingen stimuleren om zich risicogericht voor te bereiden op basis van het zorgrisicoprofiel en een eventuele eigen business impact analysis (BIA)
- Het bestuur van de veiligheidsregio rapporteren over de grenzen aan de zorg, als toetssteen voor de risicobeheersing



Thema 2: risicobeheersing

Vraag: hoe ziet risicobeheersing vanuit geneeskundig en gezondheidskundig perspectief eruit?

Is risicobeheersing nu eigenlijk een multidisciplinair vakgebied of blijft het een "rode" aangelegenheid? Wat is eigenlijk *all hazard* risicobeheersing? Hou verhoudt de GHOR zich inzake risicobeheersing tot de GGD?

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Hoe "nuchter" we ook proberen om te gaan met risico's, als een ramp zich voordoet is de schuld-vraag de eerste die wordt gesteld (na: hoeveel slachtoffers zijn er gevallen?). Allerhande rapporten zijn verschenen over risicoperceptie en risicocommunicatie. Kernvraag: hoe krijgen we tussen de oren dat een 100% veilige samenleving niet bestaat? Het zou mooi zijn als we hier als maatschappelijke tendens konden optekenen dat de risicoacceptatie onder de bevolking toeneemt. Er zijn echter slechts weinig tekenen die in die richting wijzen. Sowieso is risicoacceptatie niet de oplossing voor alles. In Nederland doen zich relatief weinig rampen voor en dat heeft een reden: we doen veel aan risicobeheersing. Nederland is echter niet "af", verre van dat. Nederland is als geen ander land enorm verdicht, met heel veel risicovolle activiteiten en weinig tot geen afstand naar de omliggende bevolking. Als er iets gebeurt, dan zijn de externe effecten al snel heel groot. En de snelle technologische ontwikkeling brengt steeds weer nieuwe risico's met zich mee, denk aan Liquid Natural Gas. Uit het hele palet van maatschappelijke ontwikkelingen willen we hier eentje eruit lichten die extra relevant is voor de opgave voor de GHOR in risicobeheersing. Het zal niet verbazen dat dit de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten is. Mensen worden meer aangesproken op zelfredzaamheid en kunnen minder aanspraak maken op zorg. Extramuralisatie (van ouderen, van psychiatrisch patiënten, van functiebeperkten) is sowieso al een langer lopende tendens. Koppel dit aan de toenemende faalkansen van vitale infrastructuren en je ziet een vraagstuk ontstaan: wat moet, kan en wil het lokale bestuur om de kwetsbaren in de samenleving te weerbaarder te maken tegen rampen en crises? Moeten ze het zelf maar uitzoeken of kan de GHOR handelingsperspectief bieden?

STELLING: DE GHOR IS MEER DAN ARTIKEL 32, 33 EN 34 VAN DE WET VEILIGHEIDSREGIO'S

Niet zelden staart men zich blind op de wettelijke definitie van de GHOR en het "hoofdstuk GHOR" van de WVR, bestaande uit de artikelen 32, 33 en 34. De wet omschrijft de GHOR als "de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio, belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied". Een repressief gerichte organisatie zou je dus denken. Artikel 32 WVR stelt de GHOR onder leiding van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en belast de DPG met de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening. Artikel 33 stelt de geneeskundig keten (RAV, GGD, zorginstellingen en zorgaanbieders) verantwoordelijk voor het treffen van de nodig maatregelen ter voorbereiding op hun taak bij rampen en verplicht de keten en het bestuur van de veiligheidsregio om over deze voorbereiding schriftelijke afspraken te maken (en hierover te verantwoorden). Tot slot, geeft artikel 34 het bestuur van de veiligheidsregio de bevoegdheid om in overleg te treden met zorgpartijen als tekortkomingen in de voorbereidingen worden geconstateerd, desnoods een aanwijzing te geven en in het uiterste geval de Minister van VWS in te schakelen. Ook dit is allemaal gericht op crisisbeheersing. *So far, so good*, zou je denken. Nee dus! Dit zijn namelijk de specifieke wettelijke taken die aan de GHOR zijn opgedragen, net zoals er een heel hoofdstuk in de



WVR staat over de brandweer. De veiligheidsregio als geheel (waarvan GHOR en brandweer onderdeel zijn) heeft echter nog meer taken, waaraan de GHOR net als de brandweer haar steentje bijdraagt: risicoprofiel, beleidsplan en crisisplan en advisering over risicobeheersing. Sla artikel 10b van de WVR er maar op na. De veiligheidsregio heeft als taak te adviseren over risicobeheersing en de veiligheidsregio omvat ook de brandweer en GHOR. De overheveling van adviestaken uit de Brandweerwet naar de WVR is geen technische wetsaanpassing, maar een fundamentele: op basis van het risicoprofiel wordt een integrale en *all hazard* adviespositie beoogd, die verdergaat dan alleen brandweeradvies over Externe Veiligheid. Maar meer hierover reeds in de blog over het zorgrisicoprofiel.

STELLING: GEMEENTEN HEBBEN BEHOEFTE AAN EEN GEWIJZIGDE INVULLING VAN RISICOBEBEERSING: INTEGRAAL EN VROEGTIJDIG

Recent is de landelijke visie "risicogerichtheid" ontwikkeld. Hierin staat een kanteling in de risicobeheersing centraal. Kort door de bocht en met een stukje eigen interpretatie komt dit neer op:

- integraal "all hazard" beginnen
- van regelgericht naar risicogericht
- van een vingertje achteraf (met hoge extra kosten) naar meedenken vooraf
- van regeltoepassing naar transparante besluitvorming (governance)
- veiligheid een plaats geven in de brede bestuurlijk-maatschappelijke afweging

Gemeenten hebben al langer aangegeven naar een gewijzigde advisering toe te willen. Er is ontevredenheid over de adviezen op grond van de Handreiking verantwoorde brandweeradviesing. Gehorende kritieken zijn dat de adviezen te laat komen (als het ruimtelijk plan rond is), te versnipperd zijn (individuele gebouwen, locaties, geen integrale visie op het hele grondgebied) en te weinig echte maatschappelijke meerwaarde hebben (hele dure maatregelen in klein gebied, weinig kosten-effectief). Overigens niets ten nadele van de gedegen manier waarop brandweerprofessionals met deze en bijbehorende handreikingen hun rol invullen. Maar er zijn al veiligheidsregio's die de BEVI-advisering over individuele plannen al gestaakt hebben en zich in plaats daarvan richten op integrale advisering over ruimtelijke veiligheid.

De grote beweging die moet worden gemaakt is de vertaling van het risicoprofiel naar regionale visies op risicobeheersing en op ruimtelijk beleid. Dit laatste zou kunnen in de vorm van een thematische structuurvisie voor veiligheid, waarin het gehele grondgebied integraal wordt beschouwd vanuit all hazard optiek: wat zijn de karakteristieke effectzones in de regio en wat zijn daarvoor de ruimtelijke handelingsperspectieven? Ook de specifieke "witte invalshoek" hoort hierin thuis. Bij veel risico's zijn de gezondheidseffecten dominant. De GHOR heeft het netwerk en de GGD heeft de kennis in huis om gemeenten hierover te voorzien van slimme adviezen.

STELLING: BINNEN RISICOBEBEERSING ZIJN ER EEN NADRUKKELIJKE EIGEN "WITTE OPGAVEN"

De advisering over risicobeheersing door de veiligheidsregio richt zich primair op het vitale belang "fysieke veiligheid" (beschermen van de mens) en secundair op het vitale belang "economische veiligheid" (schadebeperking). Zie voor meer duiding de blog over de [aansluiting tussen het Nationaal Veiligheidsprofiel en de regionale risicoprofielen](#). Doel is dus het voorkomen en beperken van doden en gewonden. Ook het voorkomen van chronisch ziekten (door b.v. blootstelling aan gevaarlijke stoffen) behoort tot de hoofddoelen. Dit is juist de kernlegitimatie van de witte kolom: de gezondheid van mensen.



In de landelijke handreiking gezondheidskundige advisering voor ruimtelijke ordening is reeds beschreven waar de witte opgave zich dan precies op richt:

- de aanwezigheid van verminderd en niet-zelfredzame (kwetsbare groepen) in het gebouw;
- de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen (daardoor is er een verhoogd risico aanwezig voor de verminderd en niet-zelfredzamen in de nabijheid);
- de bereikbaarheid voor de hulpdiensten en de haalbaarheid van aanrijtijden van de ambulancetzorg;
- de zorgcapaciteit van de regio.

Advisering gevaarlijke stoffen wordt traditioneel ingevuld door de brandweer, maar richt zich juist op de gevolgen voor de mens. Vanuit die legitimatie is een veel nadrukkelijker rol van GHOR en GGD aangewezen.

STELLING: DE DPG LEGT HET VERBAND TUSSEN RISICOBEBEERSINGSTAKEN VAN DE GHOR EN RISICOBEBEERSINGSTAKEN VAN DE GGD

De GGD heeft al een eigen wettelijke verantwoordelijkheid voor risicobeheersing: advisering over ruimtelijke ordening vanuit MMK over geur, geluid, fijnstof, binnenmilieu en externe veiligheid. Ook vanuit de infectieziektebestrijding is er een beweging naar advisering over risicobeheersing (i.s.m. MMK), zoals advies over veeteelt vanuit risico's van zoönosen, fijnstof, geurhinder, geluidshinder. Omdat het vaak om dezelfde plannen gaat, is nauwe samenwerking tussen GGD, GHOR en brandweer (en ook RUD) aangewezen. In veel regio's wordt dit momenteel ook actief opgepakt. De DPG'en moeten deze kans aangrijpen om de adviesprocessen van GGD, GHOR en veiligheidsregio op elkaar af te stemmen, zodat het bevoegd gezag bediend kan worden met samenhangende advisering.

STELLING: IN HET BELEIDSPLAN VR MOET HET VAKGEBIED RISICOBEBEERSING (NIET-WETTELIJKE TAKEN) VEEL BETER WORDEN UITGEWERKT

De WVR draagt aan de veiligheidsregio een aantal specifieke adviestaken op omtrent met name externe veiligheid. De all hazard adviesrol van de veiligheidsregio is niet wettelijk verankerd. De WVR laat echter de ruimte aan de besturen van de veiligheidsregio's om ook niet-wettelijke adviestaken op te dragen middels het beleidsplan. Als we echt werk willen maken van de visie op risicogerichtheid, dan zullen de regionale besturen een duidelijke en vooral ook concrete visie voorgeschoteld moeten krijgen. Mooie woorden en hoera-begrippen zijn onvoldoende. Het bestuur moet duidelijk worden gemaakt wat de echte consequenties van risicogerichtheid zijn en welke niet-wettelijke adviestaken zij dan aan de veiligheidsregio zouden moeten opdragen. Dit staat helaas in veel regio's op gespannen voet met bezuinigingsdruk en de daaruit volgende focus op wettelijke kerntaken. Gemeenten vragen echter zelf om een hernieuwde taakinfilling (niet regelgericht). Bovendien volgt uit de wettelijke taak van het risicoprofiel logisch een veel meer territoriale en op ruimtelijk gerichte advisering dan sec de individuele planadviesing BEVI etc. Om werk te maken van risicogerichtheid zal dus toch die stap voorwaarts nu gezet moeten worden. Als het blijft bij minimale en regelgerichte taakinfilling voor risicobeheersing dan kun je eigenlijk het bestaansrecht van de veiligheidsregio zo langzaam wel in twijfel gaan trekken.



VOOR DE GHOR2020 ZOU DIT BETEKENEN:

- De wetsuitleg van de GHOR als strikt repressieve organisatie te vuur en te zwaard bestrijden.
- Kwaliteiten en processen ontwikkelen voor vroegtijdige advisering aan gemeenten over ruimtelijke ordening.
- Professionaliteit ontwikkelen om de eigen witte advisering betekenisvol te kunnen invullen.
- Via de DPG een netwerk en adviesproces smeden tussen GHOR, GGD, veiligheidsregio en RUD.
- Bestuurlijke verwachtingen managen door een duidelijke visie op risicobeheersing op te nemen in het beleidsplan veiligheidsregio.



Thema 3: operationele leiding

Vraag: hoe past publieke sturing op de zorgsector in het geheel van multidisciplinaire sturing binnen de "algemene kolom"?

De Wet veiligheidsregio's draagt aan de Directeur Publieke Gezondheid de "operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening" op. Wat is operationele leiding in dit verband? Wat vraagt dit van de DPG? Hoe past publieke sturing überhaupt in een netwerk van private zorgpartijen? En waar hebben het sociaal domein en sociale veiligheid een plek?

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Als zich een ramp of crisis voordoet, weet de burger dat de overheidshulpdiensten en de zorgsector er staan. Door middel van monodisciplinaire opschalingsstructuren en de multidisciplinaire GRIP zorgen de diensten zo snel mogelijk voor leiding & coördinatie van hun optreden. De burgemeester en de voorzitter van de veiligheidsregio kunnen waar nodig het opperbevel op zich nemen en beschikken dan over formele noodbevoegdheden. Deze "algemene kolom" van het openbaar bestuur geeft waar nodig opdrachten aan "functionele kolommen", zoals vitale voorzieningen, waterschappen of de zorgsector ("kolommen" moeten in dit verband niet worden verward met de vier kolommen van rampenbestrijding). De burger staat ondertussen niet met de armen over elkaar. Van burgers wordt verwacht dat zij zo zelfredzaam zijn als mogelijk en ook omstanders hulp verlenen. De burger wil doorgaans ook zelf zoveel mogelijk regie houden en eigen beslissingen nemen. Bij de hulpdiensten is het besef doorgedrongen dat de burger (als slachtoffer, getroffene of omstander) een hele andere "actor" in de crisisbeheersing is dan lang werd gedacht. Daar zijn inmiddels boekenkasten over vol geschreven. De rol van spontane burgerhulpverlening op het rampterrein ("is there a doctor in the room?") wordt door partijen als het Rode Kruis uitermate serieus genomen. Dat zelfverwijzers nog voor de formele hulpverlening al in het ziekenhuis staan, is ook bekend. De traditionele flitsramp met grootschalige acute zorg is in dat opzicht niet zo heel spannend of anders. Wat incidenten als Chemie-Pack in Moerdijk hebben laten zien, is dat voor de witte kolom vaak de crisiscommunicatie en het verwachtingenmanagement richting de bevolking de hoofdpoging is. Crisiscommunicatie over eventueel "gevaar voor de volksgezondheid" is geen bijproduct van de communicatie over bronbestrijding door de brandweer, maar een eigenstandig belang van publieke gezondheid en voor omwonenden vaak het allerbelangrijkste aspect van een incident.

STELLING: HET CRISISMODEL VAN DE GHOR RICHT ZICH OP *PUBLIEKE* STURING EN NEEMT DE EIGEN VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN DE ZORGKETEN NIET OVER

Dat publieke sturing nodig is, staat als een paal boven water. Bij rampen en crises geeft de "algemene kolom" van het openbaar bestuur leiding. Het "bevoegd gezag" – primair de burgemeester of, als het bovenlokaal wordt, de voorzitter van de veiligheidsregio – treedt op als "opperbevelhebber" over de bestrijding en hulpverlening en beschikt dan over allerlei noodbevoegdheden om gebieden af te laten zetten, evacuatie te verordnen, mensen vast te zetten, quarantaine in te stellen et cetera. Dit opperbevel heeft in formele en materiële zin natuurlijk ook betrekking op de zorgketen, of de netwerkpartners dat nu leuk vinden of niet. De wetgever heeft hiertoe aan de DPG de



"operationele leiding" over de geneeskundige hulpverlening opgedragen en het bevoegd gezag kan aanwijzingen geven. Dit gaat echter niet zover dat de overheid de verantwoordelijkheid voor de feitelijke geneeskundige hulpverlening aan slachtoffers overneemt. Zorg wordt nog steeds verleend door dezelfde mensen en organisaties die dat dagelijks ook doen. De zorgsector blijft zelf verantwoordelijk voor kwalitatief verantwoorde zorg onder alle omstandigheden.

Als we het hier dan over eens zijn, dan roept dit automatisch de vraag op of de crisisrollen van de zorgsector (de crisiscoördinatoren) thuishoren in het publieke crisismodel van het RRCP. Het logische antwoord is nee. Het publieke crisismodel dient te beschrijven hoe de overheid (algemene kolom) de sturing binnen rampenbestrijding & crisisbeheersing heeft georganiseerd. Vanzelfsprekend is het handig als de zorgketen haar eigen crisisstructuren zo heeft ingericht dat deze kunnen "communiceren" met het publieke stelsel. Hoe zorginstellingen dat dan, is echter aan henzelf. In het kader van de wettelijke "schriftelijke afspraken" tussen GHOR en zorg wordt vastgelegd hoe gezamenlijk wordt opgetreden, maar de GHOR heeft geen dwingende bevoegdheid om voor te schrijven hoe een RAV, ziekenhuis of huisartsenpost haar crisisteams inricht. Alleen langs de zachtere weg van visitatie in het kader van het "Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO" kan de kwaliteit van de crisisorganisaties van zorginstellingen worden gestimuleerd.

Een stap verder, roept de eigen verantwoordelijkheid van de zorgsector vraagtekens op bij de specifieke invulling van het "knoppenmodel" voor geneeskundige zorg. Het RRCP-model van primaire en secundaire processen met eenduidige sturingsniveaus steekt in beginsel logisch in elkaar. In de uitwerking voor de witte kolom wordt echter voorbij gegaan aan de eigen wettelijke verantwoordelijkheden van de zorgsector. Dit komt tot uiting in twee rollen, waarover niet verrassend in het veld maar geen overeenstemming kan worden bereikt: het Hoofd Acute Zorg en het Hoofd Publieke Gezondheid. Deze zijn bedacht naar analogie van de vele hoofden voor de processen van politiezorg. De publieke sturing door de DPG en GHOR op de twee hoofdprocessen van geneeskundige hulpverlening is echter fundamenteel afwijkend van de sturing die brandweer en politie op hun *eigen organisatie* hebben. Moet de GHOR een eigen functionaris hebben om de rol van Hoofd Publieke Gezondheid in te vullen? Natuurlijk niet. De GHOR zorgt voor ketenafstemming en multidisciplinaire coördinatie, maar de sturing over de processen infectieziektebestrijding, MMK/GAGS, PSH en GOR berust binnen de GGD. Dus het HPG is een en dezelfde rol als de crisiscoördinator GROU. Je kunt er een lans voor breken dat deze bij grootschalige incidenten met een PG-component het beste kan optreden vanuit het ROT/RCC, maar zelfs dat is niet altijd noodzakelijk. Belangrijker is dat deze rol thuishoort in de functionele kolom Publieke Gezondheid (zie een van de volgende stellingen). Iets vergelijkbaars geldt ook voor de tactische sturing op het proces acute zorg. In het *publieke* crisismodel is de centrale vraag hoe de algemene kolom (waar nodig) sturing geeft op de zorgsector. Op het rampterrein is dit ingevuld middels operationele sturing door de OvD-G. In het ROT hebben we hiervoor de Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg. Wat moeten we dan denken van het voorgestelde Hoofd Acute Zorg? Gaan we hiermee een nieuwe GHOR-bemoeizorgrol bedenken terwijl we nu juist rollen als HGN en CGV eindelijk teruggeven aan de zorgsector zelf? Het antwoord zit al besloten in de keuze om het HAZ alleen te laten gaan over de extramurale hulpverlening. Omdat immers de intramurale crisisrollen echt aan de ziekenhuizen etc. zelf zijn. Maar geldt hetzelfde niet ook voor de ambulancezorg? Er zijn drie invullingen mogelijk van de rol HAZ: als rol van de Algemeen Commandant (die occasioneel apart wordt belegd bij een "tweede AC"), als rol opgedragen aan de dienstdoend leidinggevende/crisiscoördinator van de RAV, of als geheel zelfstandige, nieuwe rol. Het eerste is het meest logische. Het tweede – opdragen aan de RAV – kan ook, maar dan wordt het de eigen verantwoordelijkheid van de RAV en hoort het niet thuis in het ROT/RCC, maar bij de RAV zelf. Dat is niet heel logisch, omdat je daarmee de tactische sturing op de OvD-G uit de publieke lijn losweekt. Het derde – een losse, nieuwe rol – is nog minder logisch. Want waarop geeft het HAZ vanuit publieke optiek dan sturing? Niet op ambulancebijstand of gewondenspreiding, want dat ligt bij de meldkamer. Niet op de vrije instroom, continuïteit en materiaalvoorziening van de ambulancezorg, want dat ligt bij de RAV zelf. Wat resteert er dan eigenlijk? Ketenaafstemming met de liaison van het Rode Kruis. Maar dat is niet voldoende voor een aparte rol,



zeker niet als je op termijn de afspraken met het Rode Kruis ook aan de RAV wilt opdragen. Conclusie: primair heb je alleen een AC nodig. Alleen in situaties waarin zowel de acute zorg als de publieke gezondheid groot zijn opgeschaald (bijvoorbeeld influenzapandemie) kan het nodig zijn om de AC te ontlasten door aanvullend een HAZ (en HPG) in te zetten, maar dan gewoon uit dezelfde pool van AC's. En beide rollen, HPG en HAZ, horen zeker niet thuis in het Besluit Personeel Veiligheidsregio's als nieuwe, aparte "GHOR-functies".

STELLING: VOOR OPERATIONELE LEIDING OVER DE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING ZIJN NETWERKAFSTEMMING EN INFORMATIE-UITWISSELING VEEL BELANGRIJKER DAN HIËRARCHISCHE LEIDING OF NOODBEVOEGDHEDEN

De rampenbestrijding en crisisbeheersing bestaat traditioneel uit vier hoofdkolommen: brandweer, politie, bevolkingszorg (gemeenten) en de geneeskundige keten, ook wel bekend als de "witte kolom". Je kunt je in dit verband afvragen of het woord kolom wel op zijn plaats is. Kolom suggereert een hiërarchisch geheel, terwijl de zorg een netwerk – op onderdelen een *keten* – van veelal private organisaties is. Qua sturingsfilosofie is de zorgsector moeilijk vergelijkbaar met de brandweer en politie. De zorg bestaat uit private zorginstellingen (ziekenhuizen, GGZ, verpleeghuizen) en zorgaanbieders (huisartsen), gefinancierd uit zorgverzekeringspremies. Enige uitzondering binnen de geneeskundige keten zijn de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD), een publiek gefinancierd "openbaar lichaam" (overheidsorganisatie). Ook de ambulancezorg, toch een vertrouwde collega-hulpdienst van brandweer en politie, wordt uit zorgpremies gefinancierd, zij het dat deze wordt uitgevoerd door zowel diensten in private als in publieke handen. De brandweer en politie daarentegen zijn 100% publiek georganiseerd en gefinancierd en hebben dagelijks en grootschalig optreden in één hand. Zij kennen bovendien een duidelijk hiërarchische structuur, die past bij zowel hun dagelijkse als opgeschaalde werkzaamheden en zelfs tot uiting komt in rangen met strepen, balken, sterren en eikenloof. Ziehier de uitdaging voor de DPG en de GHOR: hoe geef je, als het eropaan komt, publieke sturing aan een netwerk van partijen waarover je onder normale omstandigheden weinig te zeggen hebt en die bovendien doorgaans wars zijn van hiërarchische sturing door de overheid? In ieder geval niet door bij de voorbereiding zorgpartijen op hun eigen verantwoordelijkheid te wijzen en als het dan zover is en er zich een incident voordoet meteen vanaf het eerste moment met noodbevoegdheden te gaan lopen zwaaien. Nu zal er geen DPG zijn die dat doet; het is eigenlijk maar zeer de vraag hoe vaak het echt voorkomt dat een DPG of het "bevoegd gezag" een aanwijzing aan de zorg geeft. Aanwijzingen passen niet in de Nederlandse bestuurscultuur. Maar bij de andere kolommen kan er wel onbegrip zijn over hoe sturing binnen "wit" nu precies verloopt. Het begrip operationele leiding geeft een inkleuring en wekt verwachtingen die wellicht verkeerd zijn. Daar waar brandweer en politie aan hun eenheden bevelen geven, richt de GHOR zich primair op het informeren van netwerkpartners. Ziekenhuizen krijgen zo snel mogelijk een voorwaarschuwing, zodat zij *zelf* kunnen beslissen of ze wel of niet intern opschalen. Ook bij bijvoorbeeld een pandemie gaat vaak de meeste energie zitten in informatie-updates voor de keten, zodat zij weten wat er aan de hand is en wat hun handelingsperspectief is.

Natuurlijk kent de GHOR een stafsectie binnen het ROT, die hard aan de slag gaat in nauwe samenwerking met de andere diensten. Binnen dat publieke domein zijn er wel degelijk opdrachten en hiërarchische lijnen. Dat gaat voor wit echter alleen op zolang je binnen de publieke kolom blijft (opdrachten van publiek aan publiek), of als het aankomt op bronbestrijding en extramuraal hulpverlening op het rampterrein, alwaar de leidende principes van snelheid en orde in de chaos vragen om eenduidige sturing. Intramuraal heeft de "algemene kolom" weinig te zeggen en worden noodbevoegdheden zelden gebruikt. Dit geldt voor flitsrampen met slachtoffers, maar juist ook voor allerhande crises met (dreigende) impact op de zorg. Voor de DPG en zijn/haar Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg is de kunst derhalve om twee talen en culturen te kunnen verbinden. Enerzijds deelname aan een publiek crisismodel waarbinnen publieke taal wordt gesproken (veel afko's, vaktermen, bestuurlijk taalgebruik) en anderzijds een zorgketen waarin inhoudelijk gezag centraal staat en je met relevante informatie moet zien binnen te komen.



STELLING: STERK MULTIDISCIPLINAIR OPTREDEN VRAAGT STERKE KOLOMMEN

Ook de crisisbeheersing als geheel beweegt zich meer in de richting van netwerken en afstemming. Jazeker, de burgemeester en de voorzitter van de veiligheidsregio beschikken over formele noodbevoegdheden, die ook bij tijd en wijlen worden toegepast, zij het spaarzaam. En jazeker, het moet helder zijn welk team en welke sectie zich met welke vraagstukken bezig houdt en binnen de kolommen moeten eenduidige commando's kunnen worden uitgezet. Maar: crisisbeheersing op strategisch niveau is vooral ook wheelen & dealen tussen belangen van bronbestrijding, zorg voor de bevolking, vitale partners, bedrijven. En bestuurlijk afwegingen maken tussen de algemene keten en functionele ketens. Dergelijke belangenafwegingen horen maar op 1 plek thuis: bij het bevoegd gezag.

Het wordt veel gehoord in het veld, maar weinig opgeschreven: het lijkt soms wel alsof "multidisciplinair" een vijfde kolom aan het worden is. En dat terwijl, al sinds de opheffing van de BB in 1985, het hele basisprincipe van de rampenbestrijding is dat deze is opgebouwd vanuit de reguliere, dagelijkse capaciteiten van de vier kolommen. Wat ooit is begonnen als "coördinatie van de rampenbestrijding" (door de brandweer!) is inmiddels een steeds verder geprofessionaliseerd vakgebied van "ontkleurden" of "veelkleurigen". En dat is natuurlijk ook goed. Dat heeft veel opgeleverd als het gaat om bijvoorbeeld het betrekken van vitale partijen of het integraal aanvliegen van thema's als overstromingen of continuïteit van de samenleving. Chapeau. En ook ten tijde van een incident moeten er integrale afwegingen worden gemaakt, maar dat is niet hetzelfde als integrale sturing of zoiets als "unified command". Ja, op het rampterrein moeten operationeel snel knopen doorgehakt kunnen worden, dus als er tegenstrijdige belangen zijn tussen bijvoorbeeld eigen veiligheid, bronbestrijding en hulpverlening aan slachtoffers, dan moet de Leider CoPI snel knopen kunnen doorhakken. Op strategisch niveau horen integrale afwegingen echter thuis op de tafel van het bevoegd gezag: burgemeester of voorzitter veiligheidsregio. Deze moeten zich laten adviseren door elk van de vier kolommen (voor zover deze betrokken zijn). Integrale strategisch-tactische sturing in een directe lijn van bevoegd gezag naar uitsluitend de "Regionaal Operationeel Leider" (ROL) doet geen recht aan de verschillende wettelijke stelsels en maatschappelijke belangen die de vier kolommen dienen (checks & balances!). Een multidisciplinair ROL kan niet de bevoegdheden in het kader van de Politiewet overnemen. Evenmin die voor de gemeentelijke processen, waar toch echt het eigen gemeentelijk apparaat (al of niet regionaal georganiseerd of ondersteund) verantwoordelijk voor blijft. En dus ook niet voor de witte kolom. De bevoegdheid van "operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening" berust bij de DPG, evenals de leiding over de GGD. Alleen als elk van deze kolommen sterk georganiseerd is en ruimte heeft om haar eigen werk goed te doen, kan het totale samenspel goed werken. En als er op tactisch niveau in het ROT echt tegengestelde belangen worden geconstateerd tussen brandweezorg, politiezorg, geneeskundige zorg en/of bevolkingszorg, dan maakt dat het betreffende vraagstuk al snel tot een strategische en dus bestuurlijke afweging. Het is dan niet de ROL die als een soort bestuurder de knoop zelf doorhakt. Nee, het vraagstuk wordt teruggelegd op de bestuurstafel, door elk diensthoofd voorzien van een advies en de bestuurder hakt de knoop door.



VOOR DE GHOR2020 ZOU DIT BETEKENEN:

- De zorgsector moet haar eigen crisisstructuren bepalen. De GHOR stimuleert dit en stemt dit af op de publieke, algemene kolom.
- Het Hoofd Acute Zorg is een rol van de Algemeen Commandant, die alleen in bijzondere gevallen wordt uitgesplitst en opgedragen aan een tweede AC. Het Hoofd Publieke Gezondheid is een rol van de GGD.
- De GHOR kan aan de andere kolommen uitleggen dat publieke sturing op de gezondheid iets anders is dan hiërarchische sturing binnen brandweer of politie en dat overigens de crisisbeheersing in den brede nog wat kan leren van netwerkregie boven commando's.
- De DPG geeft operationeel leiding aan de geneeskundige hulpverlening op strategisch niveau. De AC op tactisch niveau, rekening houdend met de rol van de operationeel leider, maar zonder bevoegdheden aan de operationeel leider af te staan.



Thema 4: naadloos opschalende Publieke Gezondheid

Vraag: wat moet de GHOR anders of meer met de Publieke Gezondheid?

Wat betekenen de decentralisaties voor de GHOR? Hoe zou de GHOR in 2020 haar rol richting de GGD kunnen invullen? Hoe kan de publieke gezondheid naadloos opschalen? Wat betekent dit alles voor de DPG?

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De decentralisatie van zorgtaken naar de gemeenten is een van de grootste stelselwijzigingen in de afgelopen decennia. Achter de institutionele transitie gaat een inhoudelijke transformatie schuil, die wordt beïnvloed, zo niet gedreven, door een grote bezuinigingsdoelstelling. Wat de maatschappij zal bewegen is een toenemende aanspraak op eigen kracht, zelfredzaamheid en samenredzaamheid. Een toenemende groep mensen zal minder zorg of begeleiding krijgen, of minder gespecialiseerd en minder vaak intramuraal. Het is nog te vroeg om de maatschappelijke effecten te overzien. Meer aanspreken op eigen kracht is in zichzelf een goede beweging. Een dergelijk grote stelselwijziging zal echter niet zonder horten of stoten gaan. Instellingen vallen om, mensen komen zonder zorg te zitten en de routes naar zorg zijn niet altijd duidelijk. Ook de GGD heeft te maken met grote opgaven. Nu gemeenten ook gaat over zorgtaken kunnen zij gezondheid meer direct beïnvloeden. Ook gaan zij nu over vormen van zorgcoördinatie, die raken aan inhoudelijke taakvelden van de Publieke Gezondheid en aan crisismanagement door de GGD (GROP). Tegelijkertijd neemt het aantal incidenten met zorgverlamming, sociale onveiligheid en maatschappelijke onrust zeker niet af. Het zou zelfs kunnen toenemen en in ieder geval zijn coördinatiestructuren op dit moment levendig in ontwikkeling.

STELLING: NAAST DE OPERATIONELE LEIDING OVER DE GENEESKUNDIGE HULP-VERLENING IN DE "ALGEMENE KOLOM", HEEFT DE DPG OOK DE LEIDING OVER DE GGD BINNEN DE FUNCTIONELE KOLOM "PUBLIEKE GEZONDHEID"

Inherent aan de duale wettelijke aanstelling op grond van de Wet publieke gezondheid én de Wet veiligheidsregio's, moet de DPG acteren binnen twee stelsels. Dit maakt dat de DPG niet alleen operationeel leiding geeft binnen de algemene kolom, maar ook leiding geeft aan de functionele kolom publieke gezondheid. Deze functionele kolom heeft eigen wetgeving met eigen bevoegdheden. In ultimo berust hiervoor niet de leiding bij de Minister van VenJ, maar bij de Minister van VWS. Decentraal zijn bij infectieziekte-uitbraken de bestuurlijke bevoegdheden opgedragen aan de burgemeester (B-ziekten) of de voorzitter van de veiligheidsregio (A-ziekten). Ook bij acute dreigingen voor de openbare orde en veiligheid berust bij dezen het opperbevel. Bijvoorbeeld bij (dreigend) gevaar voor de volksgezondheid door een brand of het vrijkomen van gevaarlijke stoffen. Is er echter geen acute dreiging, maar een sluipend of lange termijn risico (vervuilde grond, q-koorts), dan is niet de burgemeester maar de wethouder volksgezondheid aan zet. Net als het gezag over de politie afhankelijk van de situatie kan berusten bij burgemeester óf bij het OM, kan dit bij de DPG dus wisselen tussen burgemeester en wethouder. Het exacte omslagpunt is niet heel vastomlijnd. De meest in het oog springende rampen en crises worden automatisch en vanzelfsprekend door de burgemeester of voorzitter veiligheidsregio opgepakt. Bij dreigingen voor de volksgezondheid is



het niet altijd even duidelijk, omdat deze vaak sluipenderwijs optreden en binnen het wethoudersdomein blijven zolang er geen acuut gevaar is voor de fysieke veiligheid. Nog minder vastomlijnd is het bij incidenten en "calamiteiten" binnen het sociaal domein. De bestuurlijke coördinatie bij ontsporende zorg of zorgverlamming is opgedragen aan de wethouder of wethouders binnen het sociaal domein (zeker niet altijd dezelfde als de wethouder volksgezondheid). De GGD kan op veel verschillende manieren betrokken zijn bij zorgcoördinatie, in wijkteams, op scholen, preventieteams, via Veilig Thuis, het Veiligheidshuis en in ultimo via GROEP of zelfs GRIP. Zolang er geen OOV-belang in het geding is, voert de GGD haar coördinerende rollen uit onder verantwoordelijkheid van de wethouder(s). Het kantelpunt tussen wethouder en burgemeester verschilt per gemeente. Vaak is het kantelpunt als het van een individuele calamiteiten een incident met maatschappelijke impact wordt, bijvoorbeeld bij de inzet van PSH. Maar als alle gemeenten dit anders doen en het onderscheid tussen bestuursportefeuilles en algemene en functionele kolommen niet zo helder is, kan je dan met een in beton gegoten opschalingsmodel werken? Dit brengt ons bij de volgende stelling.

STELLING: OPSCHALING VAN DE CRISISORGANISATIE MOET VEEL EN VEEL FLEXIBELER

GRIP is ooit ontstaan om als hulpdiensten vanuit één taal en begrippenkader gezamenlijk te kunnen optreden. Bij de verdere landelijke uitrol is meer en meer het principe ontstaan van "gelijk opschalen". Als een GRIP-niveau wordt afgekondigd dan moeten ook alle vier de kolommen in dat niveau zitten. Maar wat nu als één kolom niks te doen heeft? Of als er na kortlopend multidisciplinair optreden een langdurig nazorgtraject volgt van alleen bevolkingszorg of alleen GROEP? Om maar niet te spreken over de gememoreerde kleinere calamiteiten in het sociaal domein, die toch maatschappelijke impact kunnen hebben. Als deze in de burgemeestersportefeuille terecht komen, dan is dat niet vanuit fysieke veiligheid, maar vanuit sociale veiligheid. Dit vraagt een nieuwe visie op opschaling. Wellicht dat een helderder scheiding tussen bestuurlijke opschaling (wie is het bevoegd gezag?) en operationele opschaling (welke diensten treden op en hoe coördineren ze dat?) kan helpen om GRIP, GROEP, SGB, sociale veiligheid en sociaal domein met elkaar te verzoenen. Dit zal nog veel ontwikkeling vragen, maar één uitgangspunt is helder: dit lukt alleen als de opschalingsmodellen veel flexibeler gebruikt gaan worden. Tegelijkertijd moet de basis wel helder zijn: wat de GGD en ook de GHOR aan coördinatie kunnen bieden, kan niet voor elke gemeente 100% anders zijn. De kunst is om generieke crisiscapaciteiten te ontwikkelen, die gemeenten op maat kunnen ondersteunen.

STELLING: DE OVD-G MOET WORDEN DOORONTWIKKELD NAAR EEN INTEGRALE ROL VAN GHOR, RAV EN GGD

De Ovd-G is in de huidige situatie op grond van het Besluit personeel veiligheidsregio's een functie (beter: rol) van de GHOR. Het wettelijk kader voor de inzet van de Ovd-G is GRIP: de Ovd-G is adviseur in het CoPI. Het onderscheidende tussen de verantwoordelijkheden van GHOR en RAV omtrent de Ovd-G is het al of niet afkondigen van betrokkenheid van het openbaar bestuur bij de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises (volgens de wettelijke definitie), dan wel de noodzaak van multidisciplinaire coördinatie waarin ook de witte kolom is vertegenwoordigd. De betrokkenheid van het openbaar bestuur ("publiek belang") komt primair concreet tot uitdrukking in het afkondigen van een GRIP-niveau met de daarbij behorende in de Wet en Besluit veiligheidsregio's genoemde crisisteams. Een tweede vorm van betrokkenheid van het openbaar bestuur is als de GHOR monodisciplinair besluit tot inzet van de Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg en/of het Hoofd Acute Zorg, ten behoeve van de ketenafstemming. Ook in een dergelijk geval van flexibele opschaling zonder GRIP wordt de inzet van de Ovd-G gerekend tot het domein van de GHOR. Tot slot is er een derde categorie GHOR-inzetten: bij een incident met inzet van hulpdiensten



(waaronder ambulancezorg, maar niet noodzakelijkerwijs) op een bronincident, waarvoor tegelijkertijd een of meerdere GROF-processen van de GGD worden geactiveerd. In dat geval verzorgt de OvD-G (in nauwe afstemming met de crisiscoördinator GROF) de aansluiting ter plaatse tussen publieke gezondheid, het multidisciplinaire optreden en de eventuele inzet van ambulancezorg. In de overige gevallen wordt de eventuele inzet van een OvD-G niet opgevat als namens het openbaar bestuur, maar ter aansturing van opgeschaalde ambulancezorg onder de verantwoordelijkheid van de reguliere zorg (RAV) zelf. Het onderscheidende tussen de verantwoordelijkheden van GHOR en RAV is dus NIET het multidisciplinaire karakter van de inzet (want ambulancezorg heeft ook regulier dagelijks met brandweer en politie van doen) en ook NIET de breedte van keteninzet (want de ambulancezorg werkt ook regulier dagelijks samen met MMT en ziekenhuizen), maar een besluit om vanuit het openbaar bestuur multidisciplinair, monodisciplinair (GHOR) of in afstemming met de publieke gezondheid (GGD) op te schalen. In de notitie "actualisatie verantwoordelijkheidsverdeling GHOR-RAV" is dit in een "beslisboom" uitgewerkt.

Bij inzet in de eerst genoemde drie situaties berust de operationele coördinatie bij de GHOR, omdat er dan sprake is van formele inzet onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur. De OvD-G wordt dan ingezet onder verantwoordelijkheid van de GHOR. Bij inzet van opgeschaalde ambulancezorg buiten opschaling van het openbaar bestuur, berust de coördinatie bij de ambulancezorg zelf, omdat dit valt onder de eigen verantwoordelijkheid om kwaliteit van zorg te garanderen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij inzet van meerdere ambulances *zonder* GRIP, *zonder* activering van een Algemeen Commandant/Hoofd Acute Zorg en *zonder* activering van GROF, of bij incidenten met uitsluitend interne gevolgen voor de RAV, zoals bij een incident waarbij een personeelslid betrokken is. In het interne opschalingsmodel van de RAV is voor operationele coördinatie van opgeschaalde ambulancezorg buiten GRIP het niveau "geet" beschreven. Dit niveau voorziet in operationele coördinatie (rol) door een functionaris met hetzelfde profiel en vakbekwaamheidsniveau als de OvD-G. Immers, het zou verwarrend werken om met een ander niveau en andere taken te gaan werken.

De operationele coördinatie van opgeschaalde ambulancezorg, of deze nu binnen of buiten GRIP plaats vindt, hoort thuis bij een functionaris met een en hetzelfde profiel, omdat de opschaling naadloos moet zijn, omdat er geen onderscheid in aanwezige coördinerende kwalificaties/kwaliteiten mag zijn en omdat er bij het ingezette personeel geen onduidelijkheid mag bestaan over het "profiel" van hun direct leidinggevende. Ook operationele coördinatie en een vooruitgeschoven post op straat van de GROF-processen (waar nodig) zou bij dezelfde functionarissen kunnen worden belegd. Niet ter vervanging van de rol van de crisiscoördinator GROF, maar als aanvullende handjes en presentie op straat, daar waar een GROF-incident een multidisciplinaire inzet of gelijktijdige inzet van ambulancezorg behelst. Het zou zelfs mogelijk kunnen zijn om de OvD-G zich te laten doorontwikkelen tot "eerste lijns verkenning en intakekwaliteit" voor PG-processen, daar waar dit acuut en op locatie moet gebeuren. Je krijgt dan integrale slachtkracht op straat vanuit GHOR, RAV en GGD. Dit vraagt enerzijds dat deze partijen over hun wettelijke schaduwen heen kunnen springen en tot gedragen inzetcriteria kunnen komen vanuit de drie perspectieven (zeker nodig in het kader van de LMO!). Anderzijds moet het profiel en de kwalificaties van de OvD-G worden doorontwikkeld. De OvD-G moet zich daarbij het veld van Publieke Gezondheid meer eigen maken en in staat zijn om te begrijpen in welke situatie welke sturingslijnen gelden. Of zijn dat onrealistische verwachtingen en kwalificaties die moeilijk zijn te verenigen? Wie de discussie aandurft, mag een aftrap geven!



STELLING: DE GHOR EN GGD MOETEN ZICH NOG MEER BEKWAMEN IN ADVISERING AAN HET BEVOEGD GEZAG OVER "CRISISCOMMUNICATIE BIJ ONZEKERHEID"

Voor de opgeschaalde Publieke Gezondheid is de misschien wel het belangrijkste "omgaan met onzekerheid". Hulpdiensten moeten optreden en adviseren terwijl nog veel onduidelijk is. Bestuurders moeten communiceren op basis van informatie die nog veel vragen onbeantwoord laat en een uur later achterhaald kan zijn. Burgers weten niet wat er gebeurt en hoe ze moeten handelen. Voor hulpdiensten betekent deze onzekerheid vooral "(eigen) veiligheid voorop" en zo snel mogelijk meten. Grip krijgen op de zaak. Zolang er onzekerheid is, worden maximale maatregelen genomen en afstanden aangehouden. Voor de burger betekent deze onzekerheid dat ze zelf op zoek gaan naar informatie. Als de "overheid" dit niet geeft (of als dit niet wordt vertrouwd), dan zoekt men verder (in de directe omgeving, op internet, deskundigen en deskundologen in de media etc.). Bovenal vallen mensen bij onzekerheid terug op zichzelf. De een vlucht en neemt maximale maatregelen, de ander gaat juist nieuwsgierig zelf op zoek en staat met zijn/haar neus het liefst vooraan bij het incident zelf. De verantwoordelijke bestuurder (en daarmee de Directeur PG als adviseur) beweegt zich tussen deze twee werelden: tussen "meten is weten" en "zo snel en zoveel mogelijk communiceren". De rode draad is de impact van onzekerheid op de mens en de "coping mechanismen" van de burger, professional en bestuurder. Als het erop aankomt vraagt grote bekwaamheid in het advisering over crisiscommunicatie. Ook kunnen allerhande communicatieboodschappen goed vooraf voorbereid worden. En bij een ramp moet er vanaf het startmoment goede social media-watching zijn, om in te kunnen springen op vragen en sentimenten van de bevolking. De gezondheidscomponent hiervan is niet te onderschatten en meer dan eens zelfs dominant boven brandweer- of politievraagstukken.

VOOR DE GHOR₂₀₂₀ ZOU DIT BETEKENEN:

- De DPG kan naast, de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening, vanuit eigen bevoegdheden ook leiding geven aan de functionele kolom Publieke Gezondheid.
- Door een helderder scheiding tussen bestuurlijke en operationele opschaling en flexibele inzet van de crisismodellen worden GRIP, GROEP, SGBO, sociale veiligheid en sociaal domein met elkaar verzoend.
- De OvD-G wordt doorontwikkeld tot een integrale, flexibele rol van GHOR, RAV en GGD.
- De GHOR en GGD bekwamen zich meer in de voorbereiding van en advisering over crisiscommunicatie en in social media-watching



Thema 5: continuïteit

Vraag: houdt de GHOR2020 zich nog wel bezig met zorgcontinuïteit?

Lees de Wet veiligheidsregio's en je komt het begrip zorgcontinuïteit nergens letterlijk tegen. Maakt dit dat de GHOR er "niet van is"? Voert de GHOR momenteel dan een "bovenwettelijke taak" uit waarop bezuinigd kan worden? Is het allemaal een kwestie van eigen verantwoordelijkheid van de zorg? Of is er toch nog een publieke taak weggelegd voor de GHOR?

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De burger heeft behoefte aan adequate zorg onder alle omstandigheden. Sterker nog: onder bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld een langdurige stroomuitval, extreem weer of een influenzapandemie) kan de behoefte aan zorg zelfs nog groter worden dan normaal, terwijl tegelijkertijd de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg zelf onder druk staat. Kortom, er kan een discrepantie tussen zorgvraag en het zorgaanbod ontstaan. Ook allerlei interne incidenten, zoals branden, bacteriële besmettingen, infectieziekte-uitbraken en cyberinbraken, kunnen de continuïteit van een zorginstelling bedreigen, met niet zelden uitstralingseffecten in de hele keten. Naar verwachting neemt de druk op zorgcontinuïteit alleen nog maar toe, zowel door externe als interne oorzaken. Door toenemende verdichting, automatisering en interdependenties bij vitale voorzieningen (elektriciteit, drinkwater, telecommunicatie etc.etc.) nemen de kans en met name de (domino)effecten van uitval steeds meer toe, met allerlei gevolgen voor de samenleving als geheel en de zorg in het bijzonder. Ook de verdergaande specialisatie in de ziekenhuiszorg en sluiting van SEH's kan de keten in bepaalde omstandigheden gevoeliger maken voor verstoringen, omdat in bepaalde gebieden het aantal terugvalopties afneemt. Dan is er nog de tendens van extramuralisering en de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten. Ook zorgcontinuïteit wordt daarmee een decentraler en fijnmaziger probleem. Meer kwetsbaren in de samenleving bevinden zich "in de wijk" in plaats van in zorginstellingen. Door het toenemende beroep op zelfredzaamheid en "samenredzaamheid" (mantelzorg) raken formele en informele zorgnetwerken meer verweven. Positief geformuleerd betekent dit dat de gezamenlijke veerkracht van het systeem wellicht zou kunnen toenemen (de informele zorg kan discontinuïteit van de formele zorg wellicht tijdelijk opvangen), maar aan de andere kant wordt het bij verstoringen in de zorg lastiger om goed grip te krijgen op de gevolgen: wie kan het wel even zelf rooien, wie kan terugvallen op het eigen sociale netwerk en wie komt acuut in de problemen? Wat is gegeven deze maatschappelijke context dan de eigen verantwoordelijkheid van individuele zorginstellingen, de gedeelde verantwoordelijkheid van de zorgketen en de eventuele aanvullende verantwoordelijkheid van het (verlengd) lokale openbaar bestuur?

STELLING: HET STARTPUNT IS EN BLIJFT DE EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE ZORG

De WVR en zorgwetgeving stellen zorginstellingen en zorgaanbieders verantwoordelijk voor hun eigen voorbereiding op rampen en crises. Dit geldt ook voor interne incidenten en continuïteitsscenario's en niet alleen voor "flitsrampen" waarbij hulp aan slachtoffers moet worden verleend. De verplichting om "verantwoorde zorg onder alle omstandigheden" te leveren, geldt nadrukkelijk niet alleen voor de cure (ziekenhuizen, huisartsen, ambulancezorg), maar ook voor de care sector (verpleging, verzorging, thuiszorg), zij het dat voor de gedecentraliseerde zorgtaken het concept van



adequate zorg en continuïteit nog opnieuw zal moeten worden gedefinieerd. Op grond van de WVR is de care geen "geneeskundige ketenpartner" (die acute zorg, PG of PSH aan rampenslachtoffers levert) waarmee de VR wettelijk verplicht schriftelijke afspraken moet maken, maar op grond van de zorgwetgeving moeten zij wel verantwoorde zorg leveren. Bijvoorbeeld de voorbereiding op influenzapandemie heeft laten zien dat de care sector heel nadrukkelijk aan preparatie moet doen. Saillant detail is dat bij die voorbereiding de coördinerende rol van de GHOR nadrukkelijk door VWS en VenJ in beleidsbrieven is bevestigd.

De zorgsector is al jaren hard bezig om deze eigen verantwoordelijkheid in te vullen. In het Kwali- teitskader Crisisbeheersing en OTO zijn basisvereisten uitgewerkt voor de crisisorganisatie van zorginstellingen en het Opleiden, Trainen en Oefenen. De actuele ontwikkelingsrichting is het ma- ken van *integrale* crisisplannen, dus zowel voor hulpverlening bij rampen, interne noodsituaties, zorginstelling in effectgebied als voor bedrijfscontinuïteit.

STELLING: VANWEGE DE PUBLIEKE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR RISICO- EN CRISISBEHEERSING HEEFT OOK HET OPENBAAR BESTUUR EEN ROL BIJ ZORG- CONTINUÏTEIT

De rol van de GHOR begint daar waar de continuïteit raakt aan de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur. Dit is in ieder geval daar waar zorgcontinuïteit raakt aan multidisciplinair optre- den onder het opperbevel van de burgemeester in het kader van OOV. Dus rampen en crisissitua- ties met publieke sturing door de "algemene kolom" (burgemeester, voorzitter veiligheidsregio), waarbij ook zorginstellingen in hun continuïteit worden geraakt, dan wel calamiteiten en crises bij zorginstellingen zelf, die uitstraling hebben naar de openbare orde en veiligheid. In die gevallen kan het noodzakelijk zijn dat het bevoegd gezag aanwijzingen geeft aan de zorg, maar dat is zeld- zaam. Belangrijker is dat het openbaar bestuur inzicht wil hebben in wat zorginstellingen – individu- eel en als keten – zelf doen en waar het dusdanig spaak kan lopen dat hulp van overheidswege no- dig is. Zonder de eigen verantwoordelijkheid van de zorg over te nemen, heeft de overheid dus wel degelijk betrokkenheid bij de afstemming van zorgcontinuïteit op het overheidsoptreden.

Vanuit een hele andere invalshoek raakt "aan de voorkant van de veiligheidsketen" ook de risicobe- heersing door het openbaar bestuur aan de continuïteit van de zorg. De al of niet aanwezigheid van kans-, effect- en kwetsbaarheidsreducerende maatregelen voor man-made risicobronnen en vitale infrastructuren kunnen immers direct van invloed zijn op de zorgcontinuïteit. Door middel van ver- gunning verlening en (extern) veiligheidsbeleid heeft het decentrale bestuur directe invloed op di- verse risico's die kunnen leiden tot discontinuïteit van zorg. Om die reden vraagt de publieke ver- antwoordelijkheid voor risicobeheersing om een vorm van betrokkenheid bij zorgcontinuïteit.

STELLING: DE AFBAKENING VAN PUBLIEKE BETROKKENHEID START MET HET ZORGRISICOPROFIEL

De afbakening van de betrokkenheid van het openbaar bestuur/GHOR (en overigens ook GGD) be- gint of zou moeten beginnen bij het risicoprofiel: dit maakt inzichtelijk welke continuïteitsscenario's voor het openbaar bestuur van belang zijn. Het risicoprofiel moet door de GHOR vervolgens, samen met de zorg, worden doorvertaald naar een "zorgrisicoprofiel". Hierin wordt inzichtelijk gemaakt welke zorgvraag het risicoprofiel kan opleveren en wat het bestaande zorgaanbod is. De discrepan- tie tussen vraag en aanbod levert inzicht in de zorggrenzen: onder welke omstandigheden (aantal- len slachtoffers, discontinuïteit van zorg) loopt de zorg tegen haar grenzen aan. Dit kan een be- stuurlijk geaccepteerd restrisico zijn, maar kan ook het beginpunt zijn van gericht risicobeheer- singsbeleid (bijvoorbeeld het voorkomen van discontinuïteit van zorg bij uitval van vitale voorzie- ningen) en soms zelfs gerichte preparatie en flessenhalsbeleid voor de zorg. Het bestuur van de veiligheidsregio is hierbij verantwoordelijk voor het vergelijken van risico's met zorgaanbod, voor



het eigen beleid voor crisisbeheersing, maar ook voor risicobeheersing (vergunningverlening zorglocaties, RO-beleid, BRZO etc.).

De GHOR vertaalt samen met de zorg (care en cure) het risicoprofiel naar een zorgrisicoprofiel. De zorg wordt op de hoogte gebracht van de scenario's uit het risicoprofiel (zorgvraag) en wordt verzocht aan te geven in welke mate zij hiermee om kunnen gaan cq op voorbereid zijn (zorgaanbod). Dit biedt inzicht in restricties en flessenhalzen. De GHOR rapporteert aan het bestuur van de veiligheidsregio wat de stand van zaken is.

STELLING: ZORGCONTINUÏTEIT IS OOK KETENCONTINUÏTEIT

Elke zorginstelling heeft een eigen verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg en moet zichzelf dus in zekere mate voorbereiden op scenario's van discontinuïteit (interne en externe noodsituaties). Dat is echter een individuele verantwoordelijkheid die zich niet uitstrekt tot de onderlinge afstemming. Hier komt allereerst het ROAZ om de hoek kijken. Het ROAZ moet zorgen voor beschikbaarheid van de acute zorgketen, ook onder bijzondere omstandigheden. De GHOR schuift aan in het ROAZ om afspraken te maken en te adviseren over hoe de acute zorgketen de ketenbrede voorbereiding oppakt. De care sector is echter geen onderdeel van de acute zorg en zit niet in het ROAZ. De GHOR zal hiervoor eventueel apart overleg moeten stimuleren of onderwerpgerichte aanhaking van de care bij het ROAZ moeten organiseren. De rol van de GHOR is om te signaleren waar zorgcontinuïteit afspraken boven instellingsniveau vraagt.

STELLING: ZORGCONTINUÏTEIT MOET WORDEN AFGESTEMD OP DE VOORBEREIDING VAN DE MULTIDISCIPLINAIRE PARTNERS

De GHOR zal de individuele en ketenbrede voorbereiding van de zorg inhoudelijk moeten afstemmen op die van de multidisciplinaire partners. Dit betekent het gericht benoemen van koppelvlakken tussen de hulpdiensten en de zorg en het initiëren van afspraken daarover. We hoeven het niet ingewikkelder te maken dan dat! En er is al een Leidraad COBRA (continuïteit van zorg bij rampen) die hier praktisch bij helpt.

STELLING: DE ZORGSECTOR MOET ALS DE WIEDEWEERGA WORDEN AANGEMERKT ALS EEN VITALE SECTOR

De GHOR is als onderdeel van de veiligheidsregio tevens bezig met afstemming met de (andere) vitale sectoren. Kijk maar eens naar de voorwaartse agenda van het Veiligheidsberaad. Hierin is "continuïteit van de samenleving" één van de drie prioriteiten. En ook bij de prioriteit overstromingen is de rol van vitale sectoren zeer groot. Continuïteit van de samenleving gaat heel nadrukkelijk ook over zorgcontinuïteit. Internationaal gezien is de zorgsector in de meeste landen aangewezen als een van de vitale sectoren. Vreemd genoeg is Nederland daar een vrij unieke uitzondering op. Wij hebben nutsbedrijven, voedsel, ICT etc. wel aangemerkt als vitale sector, maar de zorgsector en overigens ook de hulpdiensten zelf niet (de politie weer wel). Vreemd.

Met behulp van de continuïteitsscenario's uit het risicoprofiel kan de veiligheidsregio concrete afstemming zoeken om de continuïteit van de samenleving te vergroten. De GHOR heeft daarbij een eigen kennisgebied en missie naast de brede doelstelling van de veiligheidsregio. Bijvoorbeeld: hoelang moeten zorginstellingen zonder vitale voorzieningen kunnen gegeven de reëel te verwachten tijdsduur van uitval van elektriciteit, water etc.? De GHOR moet zorgen voor de kennisuitwisseling en kruisbestuiving tussen zorgketen en de andere vitale sectoren, opdat ieder vanuit eigen verantwoordelijkheid slimme maatregelen kan nemen. Het is dus niet zozeer de veiligheidsregio of GHOR die zelf maatregelen neemt, maar zij zorgen voor een goed analyse- en beleidsproces



waardoor de andere partijen hun eigen verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Als middel voor o.a. de afstemming tussen zorg en vitale sectoren zou de "kwetsbaarheidsanalyse" in de toekomst extra kunnen worden gepositioneerd in het risicoprofiel. Onder de paraplu van kwetsbaarheidsanalyse zouden de veiligheidsregio's heel gericht kunnen analyseren hoe kwetsbaar bijvoorbeeld de zorg maar ook de burger (verminderd-zelfredzamen) zijn voor specifieke risico's en voor uitval van vitale voorzieningen.

STELLING: IN HAAR RESTRISICOBELID MOET HET OPENBAAR BESTUUR OOK ZORGCONTINUÏTEIT MEEWEGEN

Op grond van de zorggrenzen uit het zorgrisicoprofiel moet de GHOR aan het bestuur van de veiligheidsregio kunnen adviseren over restrisicobeleid: risicobeheersing, risicocommunicatie, beleid voor kwetsbare groepen, acceptatie van het restrisico en eventueel "publiek flessenhalsbeleid" (d.w.z. als in uitzonderlijke gevallen het openbaar bestuur de risico's zo groot vindt dat zij zelf investeert in een stuk zorgcontinuïteit). Dit betekent in voorkomende gevallen ook advisering door de GHOR aan individuele gemeenten over hoe zij met ruimtelijke ordening en specifieke vergunningen kunnen omgaan. Dit vanuit een hele andere invalshoek dan de traditionele brongerichte risicoadvisering door de brandweer. Bij zorgcontinuïteit gaat het immers meestal niet om bronmaatregelen, maar om kwetsbaarheidsreductie in de gevolgtaken. Dit betekent nog niet dat zorgcontinuïteit in eens de meest bepalende factor voor risicobeheersing zou moeten worden, maar wel dat de GHOR zou moeten kunnen adviseren aan het lokale bestuur over gevolgen van ruimtelijke ordening, vestigingsbeleid etc. voor de zorg.

STELLING: DE ROL VAN DE GHOR TEN AANZIEN VAN ZORGCONTINUÏTEIT ZOU IN DE WVR VASTGELEGD MOETEN WORDEN

De GHOR beweegt middels de geschetste rolopvatting mee in het versterken van zelfredzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid van de zorg. Het zou sterk helpen als de rol ten aanzien van zorgcontinuïteit juist wel in de WVR zou worden opgenomen en afgebakend. Niet om de rol van de GHOR groter te maken, maar juist om deze klein te houden en in te kaderen: uitsluitend de koppeling met verantwoordelijkheid openbaar bestuur. Omdat het nu niet in de wet staat, is er teveel interpretatieverschil en ruimte om het groter of kleiner te maken dan het zou moeten zijn. Opnemen in de WVR helpt dus juist het vergroten van eigen verantwoordelijkheid van de zorg in plaats van dat het dit belemmert. Voorts zou het helpen als via de WVR of anderszins kan worden gestimuleerd dat de vitale sectoren, de zorg en de veiligheidsregio op grond van een kwetsbaarheidsanalyse hun interdependenties analyseren als basis voor gezamenlijk beleid.

STELLING: DE KWETSBARE BURGER MOET MEER IN HET VIZIER KOMEN

Laat ons tot slot terugkeren tot de maatschappelijke context. Het is mooi om in te zetten op maximale zelfredzaamheid van de burger, of het nou in het sociaal domein is of bij rampen en crises. We weten echter ook met z'n allen dat er nu eenmaal kwetsbare groepen zijn die voor het ene of het andere risico minder zelfredzaam zijn. Als het gaat om functiebeperkingen, dan hebben we dat aardig geregeld. Maar hoe gaan we om met de groeiende groep ouderen die steeds langer thuiswonen? En met extramuralisering van GGZ-patiënten of cliënten van Wmo-voorzieningen? Continuïteit van zorg wordt meer versnipperd of wordt zelfs deels onzichtbaar. Tot het moment dat dit leidt tot "calamiteiten" op individueel cliëntniveau. Als mensen zoveel mogelijk regie in eigen handen krijgen, dan kun je natuurlijk niet weer volledig naar de overheid gaan kijken als er een ramp of crisis is. Maar dat is nog iets anders dan er geen enkele aandacht aan besteden. Bij de uitwerking van "continuïteit van de samenleving" zal de kwetsbare burger goed in beeld moeten blijven en niet het onderspit moeten delven ten opzichte van bijvoorbeeld continuïteit van het bedrijfsleven. En de



GHOR kan daarbij een goede rol spelen door met de zorg (ook de gedecentraliseerde zorg!) kwetsbaarheidsanalyses uit te voeren om inzicht te krijgen in waar het fout kan gaan. Want als je dat vooraf doet, dan kun je vaak met simpele afspraken heel veel leed voorkomen.

VOOR DE GHOR2020 ZOU DIT BETEKENEN:

- Middels het zorgrisicoprofiel en een gezamenlijke kwetsbaarheidsanalyse inzicht bieden aan de keten in mogelijke continuïteitsproblematiek
- Aan het bestuur van de veiligheidsregio rapporteren over de mate van voorbereiding op continuïteit en wat dit betekent voor de risico's uit het risicoprofiel
- Afstemming tussen ketenpartners faciliteren, in samenspraak met het ROAZ
- De voorbereiding van de keten afstemmen met de multidisciplinaire partners
- Adviseren over risicobeheersing vanuit het perspectief van zorgcontinuïteit
- Zorgcontinuïteit en aandacht voor kwetsbaren integraal meenemen in de multidisciplinaire aanpak van "continuïteit van de samenleving"



Thema 6: netwerkregie

Vraag: wat is regie anno 2020?

De wettelijke omschrijving van de GHOR spreekt over "coördinatie, aansturing en regie". Termen die lekker multi-interpretabel zijn. Wat wordt er exact mee bedoeld? En hoe verhoudt het zich tot eigen verantwoordelijkheid en regie door andere organisaties?

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

In het maatschappelijk verkeer staan netwerken steeds centraler. Vaste en hiërarchische verbanden maken steeds meer plaats voor flexibele relaties en wisselende rollen en verhoudingen. Is het dan niet raar dat over de GHOR steevast wordt gesproken als een "kolom"? Of is dat een noodzakelijke beeldspraak die nu eenmaal hoort bij de publieke rol?

STELLING: DE NETWERKREGIEROL VAN DE GHOR EN HET TRAUMACENTRUM MOETEN EN KUNNEN NAADLOOS OP ELKAAR AANSLUITEN

In de Memorie van Toelichting bij de WVR is netjes toegelicht wat de drie voor de GHOR centrale begrippen coördinatie, sturing en regie zouden moeten betekenen: "coördinatie is het laten samenwerken van de diverse zorgaanbieders met de onderscheiden diensten. Sturing is waar nodig het maken van keuzes in de fase van uitvoering. Regie is het bewaken van de mate van voorbereiding van de zorginstellingen, het eventueel doen van verbetervoorstellen en de planvorming." Sturing is dus bedoeld als een "warme" term en kan hier eigenlijk buiten beschouwing worden gelaten (zie de blogs over "operationele leiding"). Het onderscheid tussen het aanjagen van samenwerking (coördinatie) en het bewaken van voorbereiding (regie) is an sich ook helder. In de wetsartikelen wordt regie vervolgens nog nader ingevuld als: schriftelijke afspraken maken, adviseren over voorbereiding en rapporteren aan het bestuur. Het klinkt complex, maar so far so good. Maar waar is dan de aansluiting op de reguliere coördinatie- en regiemechanismen in de zorg? Niet voor niets zijn met de nota "Met zorg verbonden" in 1997 de GHOR en de traumacentra tegelijkertijd opgericht. In de memorie van toelichting op de WVR is de aansluiting tussen de rol van de GHOR en die van de traumacentra helaas bedroevend marginaal toegelicht. Het gaat niet verder dan dat het traumacentrum een ROAZ in stand houdt alwaar afspraken worden gemaakt over de beschikbaarheid van de acute zorg en dat de DPG zitting heeft in het ROAZ. Daar valt toch meer over te zeggen?

Door middel van de OTO-stimuleringsgelden vervullen de traumacentra een hele centrale rol bij de preparatie van de zorgsector. En het Kwaliteitskader OTO en Crisisbeheersing legt een basis kwaliteitsniveau vast, waarop de zorgsector nota bene zichzelf visiteert om te verbeteren. Wat prachtig is dat dan eigenlijk voor de GHOR: de zorg heeft zelf een kwaliteitskader voor de individuele instellingen en probeert te verbeteren. Dit maakt de bestuurlijke rapportage van de GHOR een stuk eenvoudiger. De GHOR kan voor het basisoordeel meeliften op de visitaties, al moet zij natuurlijk haar eigen oordeel blijven vellen. Je voorkomt daarmee ook dubbele administratieve lasten voor de zorginstellingen, omdat ze niet twee keer gegevens hoeven aan te leveren. De crux zit hem echter momenteel wellicht minder in de voorbereiding van de individuele instellingen, maar in de aansluiting van voorbereidingen tussen schakels van de zorgketen en tussen enerzijds de zorgketen en anderzijds de algemene kolom (gemeenten, VR) en overige functionele kolommen (bijvoorbeeld de vitale partners). En daar komen de traumacentra en GHOR om de hoek kijken. Het traumacentrum als regisseur van het ROAZ, alwaar die ketenaansluiting (dagelijks en bij rampen) concreet moet



worden afgestemd en de GHOR als verbinder van ketenvoorbereiding aan – laten we zeggen – systeemvoorbereiding. Dit is niet nieuw, maar anno 2020 zouden GHOR en traumacentra elkaar veel beter moeten aanvullen. GHOR? Eigenlijk moet je hier spreken over de DPG! De DPG heeft immers ook vanuit het oogpunt van Publieke Gezondheid een regierol die afstemming met de acute zorgketen vergt.

STELLING: VERANTWOORDE ZORG BIJ RAMPEN MOET EINDELIJK EENS GOED GEDEFINIEERD WORDEN

Al eind jaren '90 werd volop gediscussieerd over het adagium $1 \times 100 = 100 \times 1$, wat betekent dat de zorg aan honderd slachtoffers in één keer op hetzelfde kwaliteitsniveau moet kunnen worden geleverd als honderd keer zorgverlening aan één slachtoffer. Ieder kind kan uittekenen dat dit een mythe is. Nog los van de stressvolle en risicovolle omstandigheden bij een ramp, is dit logistiek een onmogelijkheid. Wat dan wel de maatstaf zou moeten zijn, is nooit nader gedefinieerd. De normen uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO richten zich derhalve niet op de feitelijke hulpverlening (output), maar op de generieke basisvoorbereiding (input en throughput). Als eerste stap op de kwaliteitsladder is dit natuurlijk een hele goeie: eerst maar eens de basics op orde, zoals een crisisplan en crisisfuncties. Maar de discussies over GGB en over het sluiten van SEH's hebben duidelijk gemaakt dat het ontbreekt aan duidelijke ontwerpnormen voor kwaliteit van zorg bij rampen en crises.

Wat de inhoudelijke norm voor verantwoorde zorg is en wat niet, is niet aan het openbaar bestuur om te bepalen. De GHOR rapporteert over alle aspecten, maar kan eigenlijk alleen iets vinden van de algemene randvoorwaarden, niet van de beschikbare zorgcapaciteit. De zorgsector zal zelf samen met VWS en IGZ de "lat" (professionele zorgstandaarden) hiervoor moeten bepalen: wat wordt bij een ramp of bij continuïteitsproblematiek als verantwoorde zorg gezien? Wat moet je wel en niet geregeld hebben als individuele instelling? Wat moet het presterend vermogen van de zorg als keten zijn? Aan de hand van het zorgrisicoprofiel kan de GHOR dit vervolgens vergelijken met de aanwezige risico's, zodat het bestuur van de veiligheidsregio haar risico(acceptatie)beleid kan bepalen.

STELLING: AANVULLENDE VOORZIENINGEN VOOR GROOTSCHALIG GENEESKUNDIG OPTREDEN MOETEN APART WORDEN GEFINANCIERD DOOR VWS

Op 1 januari aanstaande wordt de oude Geneeskundige Combinatie vervangen door het concept van Grootchalige Geneeskundige Bijstand (GGB). GGB bestaat uit noodhulpteams van het Rode Kruis, calamiteitenvoertuigen voor de ambulancezorg en landelijke logistieke voorzieningen van het IFV. In de landelijke modelovereenkomst voor de regionale afspraken tussen GHOR en RAV is duidelijk omschreven dat het calamiteitenvoertuig een "aanvullende voorziening voor grootschalig optreden" is, die in het leven is geroepen op verzoek van het openbaar bestuur, i.c. de veiligheidsregio's en het Ministerie van Veiligheid & Justitie. De reden hiervoor is dat de ambulancezorg niet wordt gefinancierd voor aanvullende voorzieningen bovenop de reguliere ambulancecapaciteit. Jazeker, de ambulancezorg is zelf verantwoordelijk voor haar voorbereiding op kwalitatief verantwoorde zorg onder alle omstandigheden, maar dit behelst niet noodzakelijkerwijs het gebruik van speciale calamiteitenvoertuigen (of de inzet van het Rode Kruis, for that matter).

Toch roept deze uitleg links en rechts vraagtekens op. Was de GHOR nu niet juist bezig om de verantwoordelijkheid veel nadrukkelijker terug te leggen bij de reguliere zorg? Dat is an sich juist. Alleen de financieringssystematiek is hier niet op toegesneden. De Zorgverzekeringswet financiert per handeling en in het geval van de ambulancezorg ook op paraatheid. De voorbereiding op rampen wordt echter niet door de Zorgverzekeraars betaald. En dat zou eigenlijk ook niet zo logisch



zijn. Hier geldt: schoenmaker blijf bij je leest. De Zorgverzekeraars zijn goed in reguliere zorg. Centraal in hun paradigma staan begrippen als betaalbaarheid van zorg en gewonnen levensjaren. Voor de opgeschaalde zorg gelden andere principes. Vanuit het aantal gewonnen levensjaren kun je niet verkopen dat je voertuigen koopt die maar eens in de 10 jaar echt nodig zijn. Toch kan voor het openbaar bestuur de discrepantie tussen beschikbare reguliere zorg en de hulpvraag bij een ramp een zeer relevante vraag zijn, ook ligt de frequentie daarvan laag. Vanuit die optiek is het veel logischer om naar het verantwoordelijke departement van VWS zelf te kijken, want dat moet (democratisch gelegitimeerd) dergelijke stelselkeuzes maken. VWS heeft ooit de zogenaamde OTO-stimuleringsmiddelen in het leven geroepen. Deze zijn bedoeld voor een verbetering van de voorbereiding door de zorg op rampen en crises. Wat er ook over te zeggen valt: het heeft positief effect. Alleen een structurele voorziening als calamiteitsvoertuigen of het Rode Kruis valt hier niet onder. VWS zou daarom naar analogie van het OTO-convenant een apart financieringsconstruct kunnen afspreken, vergelijkbaar met maar in plaats van hetgeen VenJ tot op heden doet. Gevolg is een veel verder scheiding tussen de regietaken van de GHOR (algemene kolom) en de eigen verantwoordelijkheid van de reguliere zorg (functionele kolom). Naast aanpassing van de financiering (en eventuele overheveling van middelen), vraagt dit overigens ook aanpassing van allerhande zorgwetgeving. Bijvoorbeeld de Wet ambulancezorg zou zodanig aangepast kunnen worden dat de financiering niet uitsluitend is gericht op vervoer, maar in geval van rampen ook op stabilisatie en behandeling ter plaatse, zodat inzet van Rode Kruis-vrijwilligers door de RAV een logischer wettelijke plek krijgt.

STELLING: DE DPG MOET EEN INTEGRALE LIAISON ZIJN VAN DE ZORG NAAR HET OPENBAAR BESTUUR (EN VICE VERSA)

Bij rampen geeft de DPG operationeel leiding aan de geneeskundige hulpverlening. De DPG vertegenwoordigt aan de bestuurstafel (beleidsteam) het belang van de geneeskundige keten en richting de geneeskundige keten het belang van het openbaar bestuur. Bij de voorbereiding is dit hetzelfde: de DPG is in het ROAZ een liaison namens het publieke belang. Deze liaisonfunctie van de DPG strekt echter verder dan de GHOR. Ook in vraagstukken van Publieke Gezondheid treedt de DPG op als makelaar tussen de bestuurders (in dat geval de wethouders) en allerhande zorgpartners. In het sociaal domein is deze rol een stuk onduidelijker. Door het decentrale karakter van de nieuwe gemeentelijke zorgtaken, is de rol van de DPG sterk regionaal en zelfs lokaal verschillend. In geval van GROG-calamiteiten is de rol al een stuk duidelijker en bij WMO-calamiteiten begint er langzaam meer duidelijkheid te komen. Toch lijkt er vooralsnog een lokale wildgroei aan coördinatiemechanismen te ontstaan. Ook de nationale politie draagt daar wellicht haar steentje aan bij door zelf contacten aan te gaan met zorgpartijen. De stelling is dat de DPG veel duidelijker zou moeten worden gepositioneerd als integrale liaison en regisseur voor de schakelvlakken tussen openbaar bestuur en zorg. Als het ware een duidelijk gezicht en brievenbus voor afstemmingsvraagstukken, maar natuurlijk zonder dat de DPG treedt in de eigenstandige verantwoordelijkheden van gemeentebesturen. Deze behoefte is het meest acuut als het gaat om de raakvlakken tussen zorgverlening, overlast, politie & justitie en publieke gezondheid. Dus bijvoorbeeld bij de Veiligheidshuizen en een Veilig Thuis. De DPG en zijn/haar ondersteuning hoeft daarbij niet zelf het centrale punt van (zorg)coördinatie te worden, maar treedt regisserend op daar waar individuele problematiek in de zorg raakt aan een collectief belang (zoals maatschappelijke onrust) en daar waar zorg raakt aan sociale en fysieke veiligheid. Voor de GHOR2020 en de GGD betekent dit een nadrukkelijker gezamenlijk inzicht in en kennis van sociale veiligheidsproblematiek op het raakvlak tussen de burgemeesters- en wethoudersportefeuille.



VOOR DE GHOR2020 ZOU DIT BETEKENEN:

- Een nauwe afstemming met de traumacentra over wederzijds aanvullende regierollen
- Op basis van professionele veldnormen voor verantwoorde zorg bij rampen en met behulp van het zorgrisicoprofiel rapporteren over de aansluiting tussen het presterend vermogen van de zorgketen en het risiconiveau.
- Grootschalige Geneeskundige Bijstand geheel overdragen aan de zorg en daar vervolgens op toezien vanuit de publieke GHOR-verantwoordelijkheid.
- Samen met de GGD de DPG integraal ondersteunen bij het vervullen van een liaisonfunctie tussen zorg en openbaar bestuur, op het snijvlak van zorg en sociale en fysieke veiligheid.



Itineris
health & safety

Onze contactgegevens

Algemeen
info@itineris.nl

Thérèse Claassen
+31 (0)651 513 165
therese@itineris.nl

Ruud Houdijk
+31 (0)614 316 483
ruud@itineris.nl

Pieter van der Torn
+31 (0)653 446 319
pieter@itineris.nl

www.itineris.nl

www.ghor2020.nl