



# Treinbotsing Amsterdam op 21 april 2012

Een onderzoek naar de slachtofferregistratie en de  
grootschalige geneeskundige hulpverlening



# Treinbotsing Amsterdam op 21 april 2012

Een onderzoek naar de slachtofferregistratie en de  
grootschalige geneeskundige hulpverlening

# Inhoud

<b>Onze missie</b>	<b>5</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>17</b>
1.1 Aanleiding	17
1.2 Onderzoeksdoel	18
1.3 Onderzoeksvragen	18
1.4 Afbakening en afstemming	19
1.5 Beoordelingskader	20
1.6 Onderzoekopzet en methodologie	20
1.7 Leeswijzer	21
<b>2 Bevindingen</b>	<b>23</b>
2.1 Crisisorganisatie in de regio Amsterdam-Amstelland	23
2.2 Verloop van gebeurtenissen	25
2.3 Evaluaties regio Amsterdam-Amstelland	38
2.4 Ontwikkelingen	39
<b>3 Slachtofferregistratie</b>	<b>45</b>
3.1 Definitie en beoordelingskader	45
3.2 Analyse	46
3.3 Conclusies en aanbevelingen	48
<b>4 Triage</b>	<b>51</b>
4.1 Definitie en beoordelingskader	51
4.2 Analyse	52
4.3 Conclusies en aanbevelingen	54
<b>5 Gewondenspreiding</b>	<b>57</b>
5.1 Definitie en beoordelingskader	57
5.2 Analyse	58
5.3 Conclusies en aanbevelingen	60

<b>6 Bovenregionale ambulancebijstand</b>	<b>63</b>
6.1 Definitie en beoordelingskader	63
6.2 Analyse	63
6.3 Conclusies en aanbevelingen	65
<b>Bijlagen</b>	
I. Afkortingen	67
II. Bronnen	69
III. Betrokken organisaties	71
IV. Beoordelingskader	72

# Onze missie

De Inspectie Veiligheid en Justitie houdt toezicht op instellingen en organen die actief zijn op het terrein van veiligheid en justitie. Hierdoor draagt de Inspectie VenJ bij aan verbetering van de kwaliteit van de taakuitvoering binnen haar toezichtdomein en aan een veilige samenleving.'

De Inspectie levert met het toezicht een bijdrage aan het vervullen van de missie van het ministerie: werken aan een veilige en rechtvaardige samenleving.

*Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg* luidt het motto van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie stelt zich tot doel zo weinig mogelijk risico's op gezondheidsschade voor de burger, patiënt en cliënt. Dat doet de Inspectie door zich vooral te richten op bevordering van naleving van wetten, regels en normen. Hoe beter de naleving van wetten, regels, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden, des te beter de beheersing van risico's, des te beter de kwaliteit van zorg. Daardoor kunnen burgers een meer gerechtvaardigd vertrouwen hebben in de gezondheidszorg en verbetert uiteindelijk de volksgezondheid in het algemeen.

# Voorwoord

Uit eerdere onderzoeksrapporten van de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg bleek een aantal hardnekkige knelpunten op het gebied van slachtofferregistratie. Zo zijn tekortkomingen geconstateerd bij het triëren, lokaliseren, registreren en volgen van gewonde slachtoffers. Daarnaast waren vaak geen afspraken gemaakt over bovenregionale samenwerking en bijstand. Naar aanleiding van deze onderzoeken hebben de verantwoordelijke ministers de afgelopen jaren GHOR Nederland en het Veiligheidsberaad gevraagd om deze knelpunten op te lossen.

De treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012 gaf de inspecties gelegenheid om de processen slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand opnieuw te onderzoeken, zowel de voorbereiding als de uitvoering. De inspecties hebben in het bijzonder gekeken of eerdere toezeggingen waren nagekomen. Ook is gekeken of geldende wet- en regelgeving en landelijke en regionale convenanten, procedures en producten zijn gevolgd.

Het onderzoek wijst uit dat de medische hulpverlening bij het treinincident op hoofdlijnen goed is verlopen. Hulpverleners hebben herhaaldelijk en op meerdere locaties ge(her)trieerd. Zij hebben geleerd van eerdere incident(onderzoek)en en waren alert op het risico op een hoogenergetisch trauma. Hoewel een ambulancebijstandsplan ontbrak, waren relatief snel veel bijstandsambulances gealarmeerd en toegezegd. Wel verontrust het de inspecties dat de meldkamer ambulancezorg geen bewuste afweging heeft gemaakt tussen de inzet van eigen of bijstandsambulances in relatie tot het aantal slachtoffers en de ernst van hun verwondingen.

De slachtofferregistratie en gewondenspreiding verliepen ook bij dit incident geïmproviseerd en ongestructureerd. Er vond onvoldoende afstemming plaats tussen betrokken partijen. Plannen en procedures waren niet aanwezig of werden niet nageleefd. De meldkamer ambulancezorg had niet altijd zicht op de spreiding van gewonden over de ziekenhuizen. De slachtoffergegevens werden niet eenduidig vastgelegd. De slachtofferregistratiekaart is hiervoor wederom te beperkt gebruikt. Ondanks de vele eerdere aanbevelingen, toezeggingen en wettelijke verplichtingen constateren de inspecties nog steeds dat slachtofferregistratie niet goed geregeld is.

Sinds 2009 zijn veel ontwikkelingen gaande. Zo loopt op het gebied van slachtofferregistratie een landelijk breed gedragen project. Ook wordt naar verwachting op 1 januari 2013 de tijdelijke wet ambulancezorg van kracht, die de regionale ambulancevoorziening verplicht een slachtoffervolgsystematiek, gewondenspreidingsplan en ambulancebijstandsplan op te stellen. Met de aanbevelingen uit dit rapport beogen de inspecties dat de ook bij dit onderzoek weer gesignaleerde knelpunten in de slachtofferregistratie, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand nu daadwerkelijk worden opgepakt

De inspecties zijn erkentelijk voor de betrokkenheid en medewerking van de bij het onderzoek betrokken organisaties en geïnterviewde functionarissen.

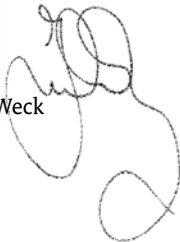
Den Haag, november 2012

Het Hoofd van de Inspectie  
Veiligheid en Justitie

De wnd. Inspecteur-generaal van de Inspectie  
voor de Gezondheidszorg



J.B. Bos



J.W. Weck

# Samenvatting

## *Aanleiding*

Op zaterdagavond 21 april 2012 rond 18.23 uur botsen tussen de stations Amsterdam Sloterdijk en Amsterdam Centraal een intercity en een stoptrein frontaal op elkaar. Bij de botsing raken veel passagiers gewond. Veel lichtgewonden worden op het incidentterrein of in de opvanglocatie behandeld. In totaal zijn zaterdagavond tot zondagmiddag 117 slachtoffers van het treinincident op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis gezien. Hiervan zijn 18 slachtoffers opgenomen. Eén slachtoffer overlijdt helaas een dag na de treinbotsing aan haar verwondingen. In de dagen na het incident gaan meerdere slachtoffers alsnog met klachten naar een ziekenhuis of de huisarts. Bij de bestrijding van het incident verleenden veel omliggende regio's ambulancebijstand om de gewonde slachtoffers naar ziekenhuizen te vervoeren.

## *Onderzoek*

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag hoe de voorbereiding op en de uitvoering van de processen van slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand bij de treinbotsing in Amsterdam zijn verlopen. Naar aanleiding van eerdere inspectieonderzoeken<sup>1</sup> zijn toezeggingen gedaan en initiatieven ontplooid om knelpunten in deze processen op te lossen. In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre deze toezeggingen zijn uitgevoerd en in hoeverre geldende wet- en regelgeving en landelijke en regionale convenanten, procedures en producten bij de incidentbestrijding zijn gevolgd. Hiertoe zijn relevante documenten bestudeerd en gesprekken gevoerd met diverse functionarissen, die bij het incident waren betrokken. Ook zijn de uitkomsten van reeds uitgevoerde interne evaluaties naar de treinbotsing en regionale en landelijke ontwikkelingen op genoemde processen meegenomen. Het onderzoek is gezamenlijk uitgevoerd door de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder te noemen de inspectie).

De inspectie beschrijft hieronder op hoofdlijnen de bevindingen en de daarbij behorende conclusies en aanbevelingen over het verloop van achtereenvolgens de slachtofferregistratie, de triage, de gewondenspreiding en de bovenregionale ambulancebijstand.

## *Slachtofferregistratie*

Bij het treinincident is slachtofferregistratie snel als actiepunt opgepakt. Op het plaats incident zijn door meerdere partijen verschillende slachtoffergegevens genoteerd zonder dat afspraken waren gemaakt over wie, wat en met welk doel zou registreren. Ook in

---

<sup>1</sup> Organisatie van de GHOR (2009), Koninginnedag Apeldoorn (2009), Poldercrash (2009), GHOR-bureaus tijdens de Mexicaanse griep onvoldoende zichtbaar voor de zorgpartners (2011), Schietincident Alphen aan de Rijn (2011)



ziekenhuizen en opvangcentra zijn slachtoffers geregistreerd. Medewerkers van het gemeentelijk proces slachtofferregistratie zijn pas twee uur na het incident gealarmeerd en waren laat ter plaatse. Door hun lange opkomsttijd hebben zij een beperkte rol gehad bij het registratieproces in de opvanglocatie. Zowel de Coördinator GewondenVervoer (CGV) als het actiecentrum GHOR (Ac GHOR) slaagde er niet in om tijdens het incident een actueel overzicht bij te houden van het aantal slachtoffers dat in ziekenhuizen was behandeld en/of opgenomen.

De geldende procedures voor slachtofferregistratie zijn bij de treinbotsing niet of beperkt gevolgd. Zo werd de recent ontwikkelde regionale (proces)richtlijn slachtofferregistratie uit het project ReVo<sup>2</sup> niet gevolgd, maakten de betrokken ziekenhuizen voor de uitwisseling van slachtofferinformatie met het Ac GHOR geen gebruik van het standaard format (Excelbestand 'basisgegevens') en werd de slachtofferregistratiekaart weinig gebruikt.

Uiteindelijk leidden de verschillende slachtofferregistraties niet tot een eenduidige lijst met het totaal aantal slachtoffers en het totaal aantal gewonden van het treinincident. Geen van de partijen ontving van alle andere partijen de geregistreerde gegevens. Veel lijsten zijn handmatig samengevoegd, hetgeen een foutgevoelig proces is. De GHOR beschikte een dag na het incident wel over een lijst met de in het ziekenhuis behandelde en opgenomen slachtoffers maar een aantal slachtoffers stond hier meermaals op.

Zowel in de regio Amsterdam-Amstelland als op landelijk niveau zijn diverse ontwikkelingen gaande op het gebied van slachtofferregistratie. Bij het project ReVo is de keuze gemaakt om het doel van de slachtofferregistratie te beperken tot de identificatie van slachtoffers en het informeren van verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers. Dit is volgens de inspectie een begrijpelijke en duidelijke keuze. Het doel van slachtofferregistratie is daarmee niet het opstellen van een volledige lijst van alle personen, betrokken bij het incident. Dit zal naar mening van de inspectie bij grootschalige incidenten zoals de treinbotsing ook niet lukken. Wel verwacht de inspectie dat er een complete lijst met het aantal gewonde slachtoffers beschikbaar komt. Naast het prioriteren van de benodigde zorg aan (gewonde) slachtoffers en het zo snel mogelijk en correct informeren van verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers, kunnen publieksvoorlichting, nazorg en strafrechtelijk onderzoek aanleiding geven voor het registreren van slachtoffergegevens. Hiervoor is volgens de inspectie nog onvoldoende aandacht in de huidige ontwikkelingen op het gebied van slachtofferregistratie.

Het is niet de eerste keer dat de inspectie knelpunten signaleert bij de registratie van slachtoffers. In meerdere inspectieonderzoeken vanaf 2009 wordt al geconstateerd dat de slachtofferregistratie niet goed verliep. Deze bevindingen en de gedane toezeggingen hebben echter (nog) niet geleid tot een verbetering van de slachtofferregistratie bij de treinbotsing in Amsterdam.

---

<sup>2</sup> Project Registratie en Volgen van de Veiligheidsregio's Kennemerland en Amsterdam-Amstelland.

De inspectie concludeert ten aanzien van de slachtofferregistratie het volgende:

- De hulpverleningsdiensten pakten slachtofferregistratie snel als actiepunt op. De politie, de GHOR en de gemeente maakten echter geen afspraken over het doel en welke gegevens te registreren en te delen. Dit leidde tot een slachtofferregistratie, die door iedere partij naar eigen inzicht werd uitgevoerd.
- Geen van de partijen, betrokken bij de slachtofferregistratie van de treinbotsing, maakte gebruik van bestaande procedures en formats. Mede hierdoor bestond ten tijde van het incident onvoldoende zicht op welke slachtoffers per ambulance waren vervoerd en behandeld en/of opgenomen waren in een ziekenhuis.
- In de regio Amsterdam-Amstelland zijn veel goede ontwikkelingen geïntroduceerd. De implementatie en de toepassing zijn echter nog onvoldoende. Ook wordt in deze ontwikkelingen onvoldoende rekening gehouden met andere doelen van slachtofferregistratie dan verwanteninformatie.

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusies het volgende aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland aan:**

Zorg voor een betere implementatie en toepassing van de (proces)richtlijn slachtofferregistratie. Pas het Excelbestand uit de (proces)richtlijn indien nodig aan op basis van de landelijke handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen. Besteed hierin ook aandacht aan andere doelen van slachtofferregistratie.

Zie er met het oog op de inwerkingtreding van de tijdelijke Wet Ambulancezorg op toe dat de regionale ambulancevoorziening een slachtoffersysteem ontwikkelt. Stimuleer het oefenen en indien nodig het uitvoeren van dit systeem.

### **Triage**

De triage<sup>3</sup> op het plaats incident werd in eerste instantie bemoeilijkt door de chaotische situatie. De eerste ambulanceverpleegkundige koos voor een verdeling van de triagecapaciteit over beide treinen. De chauffeur van de eerste ambulance week af van de procedure en verliet bewust zijn wagen om een beter zicht op het plaats incident en het slachtofferbeeld te krijgen en te houden. Dit had tot gevolg dat hij niet via de mobilfoon met de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) kon communiceren.

De hulpverleners maakten ter plaatse afspraken over wie waar zou triëren. Door interpretatieruimte in de protocollen bestonden tussen hulpverleners verschillen in de wijze waarop zij de primaire triage bij de treinbotsing uitvoerden, maar dit leidde niet tot een onjuiste prioritering. Doordat op verschillende locaties herhaaldelijk hertriage van slachtoffers plaatsvond, zijn classificaties zo nodig tijdig bijgesteld. Bij het triëren zijn de hulpverleners alert geweest op het risico van een hoogenergetisch trauma. De triage-

<sup>3</sup> Triage is het classificeren van slachtoffers van een (grootschalig) incident naar prioriteit van behandeling.

resultaten zijn echter beperkt op papier vastgelegd. Dat heeft het verkrijgen van een overzicht van het aantal gewonde slachtoffers bemoeilijkt. De slachtofferregistratiekaarten, als instrument voor het universeel triëren en registreren van slachtoffers, hadden een ondersteunende rol kunnen vervullen maar zijn weinig gebruikt. Het is niet de eerste keer dat de inspectie constateert dat de kaart beperkt gebruikt wordt.

De inspectie concludeert ten aanzien van de triage het volgende:

- De eerste ambulance maakte een goede keuze door de triagecapaciteit te verdelen over beide treinen en omstanders in te zetten voor het monitoren van slachtoffers. De argumenten van de ambulancechauffeur om de wagen te verlaten wegen niet op tegen de zichtbaarheid en bereikbaarheid per mobilfoon, die hij volgens protocol dient te waarborgen.
- Triagegegevens zijn bij de treinbotsing niet eenduidig vastgelegd. De slachtofferregistratiekaarten zijn hierbij nauwelijks gebruikt. Met het oog op de ruimte voor eigen interpretatie binnen de triageprotocollen, is een eenduidige registratie cruciaal. Mede door het ontbreken hiervan was het lastig een overzicht te krijgen van het aantal (zwaar) gewonde slachtoffers en bestond het risico op een onjuiste prioritering.
- De hulpverleningsdiensten zijn, behalve op de ernst van de verwondingen van de T1- en T2-slachtoffers<sup>4</sup>, ook alert geweest op een mogelijk hoogenergetisch trauma bij (schijnbaar) niet- en lichtgewonden. Gedurende de hulpverlening bij het incident is continu sprake geweest van triage en hertrage op verschillende locaties.

#### De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusies het volgende aan:

##### **Aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland:**

Stimuleer en oefen het gebruik van protocollen bij grootschalige hulpverlening. Zorg dat alle hulpverleners tijdens een incident de bevindingen van de triage eenduidig vastleggen.

##### **Aan het Veiligheidsberaad:**

Onderzoek de praktische (meer)waarde van de slachtofferregistratiekaart. Bepaal naar aanleiding van de onderzoeksresultaten of en hoe het gebruik van de kaart moet worden gestimuleerd of biedt een alternatief.

### **Gewondenspreiding**

Door het ontbreken van een gewondenspreidingsplan verliep de gewondenspreiding tijdens het incident door improvisatie van de MKA. De CGV koos voor de spreiding van de gewonden in eerste instantie voor drie ziekenhuizen. De CGV hield zich echter niet aan zijn keuze en had ook niet altijd zicht op de spreiding. Het gevolg was dat het voor veel ziekenhuizen onduidelijk was wat zij konden verwachten en of ze wel of niet intern

<sup>4</sup> T1-slachtoffers zijn ernstig gewond, moeten binnen 1 uur gestabiliseerd worden en binnen 2 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis.

T2-slachtoffers zijn gewond en dienen binnen 6 uur behandeld te worden en opgenomen zijn in een ziekenhuis.

moesten opschalen. Op zoek naar informatie benaderden zij daarom zowel het Ac GHOR als de MKA. De inspectie stelt vast dat tijdens het treinincident verwarring is ontstaan bij de ziekenhuizen. Deze onduidelijkheid kwam mede doordat alleen de drie in eerste instantie geselecteerde ziekenhuizen een voorwaarschuwing van de MKA ontvingen.

Door gebruik van het meldkamersysteem Meldkamer Informatie & Ondersteunend Systeem (MIOS) kon de MKA niet met Octopus<sup>5</sup> werken. Ook bleek uit de gesprekken met de onderzochte ziekenhuizen dat alle een ander beeld hadden van gewondenspreiding.

De inspectie concludeert ten aanzien van gewondenspreiding het volgende:

- Door het ontbreken van een gewondenspreidingsplan werd de taakuitvoering van de CGV bemoeilijkt en was de MKA niet voorbereid op de spreiding van een groot aantal gewonde slachtoffers over de ziekenhuizen. Hierdoor verliep de gewondenspreiding na het treinincident ongestructureerd.

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusie het volgende aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland aan:**

Zie er op toe dat de MKA en de ziekenhuizen afspraken maken over de gewondenspreiding en leg deze vast in een gewondenspreidingsplan. Stimuleer het oefenen en indien nodig het uitvoeren van het gewondenspreidingsplan door de verschillende partijen.

Zorg dat ziekenhuizen in de regio (en zo nodig aangrenzende regio's) tijdig worden geïnformeerd over incidenten waarbij een groot aantal slachtoffers wordt verwacht.

### **Bijstand**

Bij de incidentbestrijding zijn 35 ambulances ingezet waarvan 23 uit omliggende regio's. De alarmering en toezegging van de bijstandsambulances verliep vlot. De MKA beschikte daarbij niet over een ambulancebijstandsplan of Octopus. In de meest acute fase vervoerden vooral bijstandsambulances slachtoffers naar ziekenhuizen. De MKA nam een bewuste keuze om de reguliere ritten door ambulances uit de eigen regio te laten uitvoeren en de bijstandsambulances te koppelen aan de treinincidentmeldingen. Bij deze keuze werd geen rekening gehouden met de ernst van de verwondingen van de slachtoffers, en dus ook de eventuele tijdsduur, waarbinnen zij naar het ziekenhuis vervoerd moesten worden. Hiermee is volgens de inspectie een risico genomen. Bijstandsambulances hebben immers een langere aanrijtijd dan ambulances uit de eigen regio. De (zwaar)gewonde slachtoffers van het incident hebben daardoor langer moeten wachten voordat zij naar een ziekenhuis vervoerd konden worden. Gezien het beperkte aantal T1-slachtoffers heeft dit uiteindelijk geen ernstige consequenties gehad.

<sup>5</sup> Octopus is een landelijk systeem voor het aanvragen en volgen van ambulancebijstand en voor gewondenspreiding tijdens calamiteiten. De meeste MKA's in Nederland maken gebruik van dit systeem.

De inspectie concludeert ten aanzien van de bijstand het volgende:

- Ondanks het ontbreken van een ambulancebijstandsplan of -afspraken werden snel bijstandsambulances gealarmeerd en toegezegd.
- De MKA nam het besluit in de eerste uren van de incidentbestrijding voor het vervoer van (zwaar)gewonde slachtoffers vooral gebruik te maken van bijstandsambulances. Het besluit tot inzet van bijstandsambulances werd niet gekoppeld aan de ernst van de verwondingen van de slachtoffers. Door het beperkte aantal T1-slachtoffers had dit geen ernstige consequenties. Wel moesten slachtoffers langer wachten op vervoer naar de ziekenhuizen.

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusies het volgende aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland aan:**

Zorg voor een ambulancebijstandsplan waarin is vastgelegd hoe en wanneer bijstandsambulances worden ingezet ten opzichte van de inzet van eigen ambulances. Neem bij de afweging tot het inzetten van bijstandsambulances de ernst van de verwondingen en het aantal (verwachte) slachtoffers mee.

**Tot slot**

De inspectie constateert dat de medische hulpverlening bij de treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012 op hoofdlijnen goed is verlopen. Daarbij werd goed samengewerkt tussen de verschillende hulpverleningsdiensten en ketenpartners. De processen slachtofferregistratie en gewondenspreiding verliepen echter geïmproviseerd en ongestructureerd. Er vond onvoldoende afstemming plaats tussen de betrokken partijen. Plannen en procedures waren niet aanwezig of werden niet nageleefd. Het is niet de eerste keer dat de inspectie dit vaststelt. Vanaf 2009 is in meerdere inspectieonderzoeken al een aantal hardnekkige knelpunten op het gebied van het lokaliseren, registreren en volgen van gewonde slachtoffers geconstateerd. De triage en bovenregionale ambulancebijstand zijn daarentegen goed verlopen. Hulpverleners hebben herhaaldelijk en op meerdere locaties ge(her)trieerd. Zij hebben geleerd van eerdere incident(onderzoek)en en waren alert op het risico op een hoogenergetisch trauma. Hoewel een ambulancebijstandsplan ontbrak, waren relatief snel veel bijstandsambulances gealarmeerd en toegezegd.

In de regio Amsterdam-Amstelland zijn veel van de knelpunten, die in dit onderzoek zijn vastgesteld, ook in interne evaluaties signaleerd. Aan een deel van deze knelpunten zijn direct actiepunten gekoppeld. Zoals de aanscherping van de procedure voor de inzet van bijstandsambulances en de ontwikkeling van een procedure voorwaarschuwing ziekenhuizen. De inspectie vindt het goed dat deze punten actief opgepakt worden en geeft ter aanvulling de hierboven benoemde aanbevelingen mee.

Ook zijn op landelijk en regionaal niveau veel ontwikkelingen op bovengenoemde processen gaande. Het doel van slachtofferregistratie in de diverse ontwikkelingen is volgens de inspectie echter beperkt (identificatie slachtoffers en verwanteninformatie). De inspectie vraagt aandacht voor andere mogelijke doelen van slachtofferregistratie. Zo

hebben bestuurders en media behoefte aan een overzicht met aantallen al dan niet gewonde slachtoffers. Verder laat de implementatie en toepassing van procedures en formats volgens de inspectie nog te wensen over. Het registreren van slachtoffers bij incidenten is nog steeds niet goed geregeld. Ondanks de vele aanbevelingen van de inspectie, de toezeggingen van de minister en de wettelijke verplichtingen zijn de betrokken partijen nog niet geslaagd in het oplossen van dit knelpunt.

De inspectie zal met een vervolgonderzoek in kaart brengen in hoeverre alle veiligheidsregio's voorbereid zijn op de processen van slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand bij incidenten met een groot aantal gewonde slachtoffers.

1

# Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Op zaterdagavond 21 april 2012 rond 18.23 uur botsen tussen de stations Amsterdam Sloterdijk en Amsterdam Centraal Station een intercity en een stoptrein frontaal op elkaar. Bij de botsing raken veel passagiers gewond. De hulpverleningsdiensten van de regio Amsterdam-Amstelland komen massaal in actie en schalen op naar GRIP 2. De regio krijgt bijstand van omliggende regio's om gewonde slachtoffers naar de ziekenhuizen af te voeren. In eerste instantie bestaat onduidelijkheid over het aantal slachtoffers en de aard en ernst van hun verwondingen. Veel lichtgewonden worden ter plaatse of in de opvanglocatie behandeld. In totaal zijn zaterdagavond tot zondagmiddag (16.00 uur) 117 slachtoffers op de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis behandeld; 18 personen zijn opgenomen. Eén slachtoffer overlijdt helaas een dag na de treinbotsing aan haar verwondingen. In de dagen na het incident gaan meerdere slachtoffers alsnog met klachten naar een ziekenhuis of de huisarts.

De GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing. Bij GHOR-functionarissen zijn taken belegd van slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand. De gemeente is vanuit het proces CRIB verantwoordelijk voor slachtofferregistratie. Daartoe kan zij informatie inwinnen van andere registrerende partijen, zoals de GHOR en politie.

Uit eerdere onderzoeksrapporten<sup>6</sup> van de Inspectie Veiligheid en Justitie (Inspectie VenJ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bleek een aantal hardnekkige knelpunten te bestaan op het gebied van de GHOR. De inspectie<sup>7</sup> constateerde onder meer tekortkomingen in het triëren, lokaliseren, registreren en volgen van gewonde slachtoffers. Ook ontbraken een systematiek en normen voor het bepalen van het operationeel presterend vermogen en waren vaak geen afspraken gemaakt over bovenregionale en grensoverschrijdende samenwerking en bijstand.

Naar aanleiding van deze onderzoeken zijn zowel door GHOR Nederland als door het Veiligheidsberaad toezeggingen gedaan en initiatieven ontplooid om gesignaleerde knelpunten op te lossen. Daarnaast zijn inmiddels de Wet veiligheidsregio's en de Wet Publieke Gezondheid 2<sup>e</sup> tranche van kracht geworden. Doel van deze wetten is onder meer

<sup>6</sup> Organisatie van de GHOR (2009), Poldercrash (2009), Koninginnedag Apeldoorn (2009), GHOR-bureaus tijdens de Mexicaanse griep onvoldoende zichtbaar voor de zorgpartners (2011), Schietincident Alphen aan de Rijn (2011).

<sup>7</sup> Waar inspectie staat wordt zowel de Inspectie VenJ als de IGZ bedoeld. Voor de leesbaarheid van het rapport wordt gesproken over de inspectie.



het realiseren van een betere aansluiting tussen de (publieke) gezondheidszorg en het (bestuurlijke) veiligheidsdomein.

Bij de treinbotsing in Amsterdam speelt een aantal processen een rol waarbij de inspectie in eerdere onderzoeken knelpunten signaleerde. De inspectie gebruikt dit incident dan ook als casus om te bezien in hoeverre bovengenoemde knelpunten daadwerkelijk zijn opgepakt. Hierbij kijkt de inspectie zowel naar de voorbereiding (planvorming en afspraken) als naar de praktijk (daadwerkelijke inzet). In een aansluitend vervolgonderzoek zal de inspectie de voorbereiding van andere regio's op incidenten met een groot aantal gewonden in kaart brengen. Afhankelijk van de uitkomsten van beide onderzoeken kunnen best practices en leerpunten worden benoemd.

Ten tijde van dit onderzoek was een aantal regionale en landelijke ontwikkelingen gaande, met name op het gebied van slachtofferregistratie. De inspectie zal deze ontwikkelingen beschrijven en meenemen in haar analyse en conclusies.

## 1.2 Onderzoeksdoel

Dit onderzoek dient inzicht te geven in de voorbereiding op en de uitvoering van de processen slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand bij de treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012. Bekeken wordt in hoeverre eerdere toezeggingen door GHOR Nederland en het Veiligheidsberaad zijn uitgevoerd en in hoeverre geldende wet- en regelgeving, landelijke en regionale convenanten, procedures en producten bij de incidentbestrijding zijn gevolgd.

De GHOR, haar ketenpartners, de gemeente en betrokken koepelorganisaties kunnen de uitkomsten van dit onderzoek gebruiken om te waarborgen en te bevorderen dat verantwoorde zorg aan (gewonde) slachtoffers en zorgvuldige informatie aan verwanten wordt geboden.

## 1.3 Onderzoeksvragen

Het onderzoek moet antwoord geven op de volgende hoofdvragen:

- Hoe verliepen de slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand bij de treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012?
- In hoeverre waren de betrokken partijen op deze processen voorbereid?

Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven, zijn de volgende zes deelvragen opgesteld:

1. Hoe verliepen de registratie en triage van slachtoffers op het plaats incident, in de opvanglocaties, in de ambulances en in de ziekenhuizen?

2. Hoe verliep de spreiding van de gewonden over de ziekenhuizen?
3. Hoe verliep de bovenregionale ambulancebijstand bij het vervoeren van de gewonden naar de ziekenhuizen?
4. Zijn bovenstaande processen conform plannen/afspraken verlopen?
5. Wat heeft de regio Amsterdam-Amstelland gedaan naar aanleiding van de aanbevelingen en kabinetsreacties uit eerdere inspectieonderzoeken naar bovengenoemde processen?
6. Welke ontwikkelingen zijn gaande in de regio Amsterdam-Amstelland voor wat betreft genoemde processen? In hoeverre kunnen de ervaringen uit dit onderzoek bijdragen aan deze ontwikkelingen?

#### 1.4 Afbakening en afstemming

Dit onderzoek beperkt zich voor de uitvoering van de processen slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand tot de gebeurtenissen in de acute fase (de eerste 24 uur). Het registratieproces, met uitzondering van de gegevensverzameling van nieuwe slachtoffers, was op dat moment (grotendeels) beëindigd. Relevante gebeurtenissen na de eerste 24 uur worden op hoofdlijnen in het onderzoek meegenomen.

De inspectie neemt in dit onderzoek de Meldkamer Ambulancezorg (MKA), Regionale Ambulance Voorziening (RAV) en ziekenhuizen<sup>8</sup> als witte ketenpartners van de GHOR mee. Dit, omdat vooral deze partners een rol hebben bij de registratie, de triage en de spreiding van gewonde slachtoffers in de acute fase. Andere partijen, zoals de gemeente en politie, worden in kaart gebracht indien zij een rol gespeeld hebben bij een van deze processen.

Dit onderzoek is gezamenlijk uitgevoerd door twee inspecties. Op basis van de Wet veiligheidsregio's (art. 57) houdt de Inspectie VenJ toezicht op de organisatie van de GHOR. De IGZ ziet op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen (art. 7) toe op de kwaliteit van de geleverde zorg en op zorgaanbieders. De scheidslijn tussen beide toezichtsdomeinen is niet scherp. De inspecties werken daarom intensief samen in hun toezicht op de GHOR.

Naar de treinbotsing zijn meerdere onderzoeken ingesteld. Het Openbaar Ministerie voert samen met het Korps landelijke Politiediensten (KLPD) een strafrechtelijk onderzoek uit naar de oorzaak van de treinbotsing. De Onderzoeksraad voor Veiligheid doet onderzoek naar de oorzaak van de treinbotsing en kijkt daarbij ook naar de botsveiligheid. De Inspectie Leefomgeving en Transport, de Nederlandse Spoorwegen (NS) en ProRail doen eveneens onderzoek naar de mogelijke oorzaken van de botsing, inclusief de benodigde maatregelen

<sup>8</sup> De inspectie selecteerde voor dit onderzoek drie van de betrokken ziekenhuizen: het Academisch Medisch Centrum, het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis en het Vrije Universiteit medisch centrum. De keuze voor deze ziekenhuizen is gebaseerd op oriënterende gesprekken en het aantal behandelde/opgenomen slachtoffers op 21 april.

om dergelijke incidenten te voorkomen. Geen van deze partijen neemt slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand als onderwerpen mee in het onderzoek. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek besluit de Inspectie VenJ om de processen in de toekomst als onderwerpen mee te nemen in het systematisch toezicht (de staat van de rampenbestrijding).

## 1.5 Beoordelingskader

Voor de analyse van de gebeurtenissen bij het treinincident maakt de inspectie gebruik van een beoordelingskader. In hoofdstuk 3 tot en met 6 worden per proces voorafgaand aan de analyse de door de inspectie gehanteerde definitie van en de normen voor de processen slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand gegeven. Het volledige beoordelingskader is te vinden in bijlage 4. Dit beoordelingskader is gebaseerd op geldende wet- en regelgeving, landelijke en regionale convenanten, procedures en producten en aanbevelingen uit eerdere inspectieonderzoeken.

De inspectie is zich ervan bewust dat er veel ontwikkelingen plaatsvinden, onder meer op het gebied van slachtofferregistratie. Daarom neemt de inspectie bij het beoordelen van het verloop van de gebeurtenissen bij het treinincident relevante ontwikkelingen op landelijk en regionaal niveau mee.

## 1.6 Onderzoeksopzet en methodologie

Voor dit onderzoek voerde de inspectie gesprekken met functionarissen van de GHOR, de Meldkamer Ambulancezorg, de Regionale Ambulancedienst, ziekenhuizen, het Nederlandse Rode Kruis, de politie en de gemeente Amsterdam (zie bijlage 3). Ook heeft de inspectie relevante documenten opgevraagd en doorgenomen.

Op basis van deze gesprekken en documenten bracht de inspectie in kaart hoe de registratie en triage van slachtoffers, de spreiding van gewonden over de ziekenhuizen en de bovenregionale ambulancebijstand bij de treinbotsing in Amsterdam verliep. Vervolgens ging de inspectie na in hoeverre tijdens het treinincident de geldende wet- en regelgeving, landelijke en regionale convenanten, procedures en producten en aanbevelingen uit eerdere inspectieonderzoeken zijn gevolgd.

Tot slot nam de inspectie de uitkomsten van uitgevoerde evaluaties en landelijke en regionale ontwikkelingen op het gebied van de onderzochte processen in de regio Amsterdam-Amstelland in het onderzoek mee.

De conceptrapportage is voor hoor en wederhoor voorgelegd aan alle organisaties, die in dit onderzoek betrokken waren.

## 1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 start met een beknopte beschrijving van de crisisorganisatie van de regio Amsterdam-Amstelland. Daarna beschrijft de inspectie het verloop van de gebeurtenissen bij de treinbotsing op 21 april 2012 in Amsterdam, de uitgevoerde evaluaties door de gemeente Amsterdam en de GHOR Amsterdam-Amstelland en de relevante regionale en landelijke ontwikkelingen.

Hoofdstuk 3, 4, 5 en 6 behandelen achtereenvolgens de processen slachtofferregistratie, triage, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand. Per hoofdstuk geeft de inspectie eerst de gehanteerde definitie van het betreffende proces en het beoordelingskader, dat wordt gebruikt om het proces te beoordelen. Dan volgen de analyse, conclusies en aanbevelingen voor het betreffende proces.

Het rapport kent 4 bijlagen.

2

# Bevindingen

In dit onderzoek geeft de inspectie een antwoord op de vraag hoe de slachtofferregistratie, de triage, de gewondenspreiding en de bovenregionale ambulancebijstand bij de treinbotsing in Amsterdam op 21 april 2012 zijn verlopen.

Hieronder volgt eerst een beschrijving van de betrokken eenheden en functionarissen van de crisisorganisatie in de regio Amsterdam-Amstelland. Daarna beschrijft de inspectie het verloop van de gebeurtenissen in de eerste 24 uur na de treinbotsing. Tot slot gaat de inspectie in op de door de regio zelf uitgevoerde evaluaties en de landelijke en regionale ontwikkelingen.

## 2.1 Crisisorganisatie in de regio Amsterdam-Amstelland

Op landelijk niveau is voor de multidisciplinaire crisisbeheersingsorganisatie een hoofdstructuur ontwikkeld. De Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland wijkt hiervan deels af (Regionaal Crisisplan Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland-2012-2016; vastgesteld door het veiligheidsbestuur op 12 december 2011). In deze regio is het Commando Plaats Incident (CoPI) ook verantwoordelijk voor het effectgebied en is er geen Operationeel Team maar een zogeheten Interface. De verschillende onderdelen van de crisisorganisatie worden hieronder kort toegelicht.

### *Meldkamers*

De meldkamers van de Brandweer, Ambulancezorg (MKA) en de politie zijn onder meer verantwoordelijk voor het verwerken van incidentmeldingen in de meldkamersystemen en het opstarten van de crisisorganisatie door betreffende functionarissen te alarmeren en te informeren. De regio beschikt (nog) niet over een gemeenschappelijke meldkamer.

### *Commando Plaats Incident (CoPI)*

Het CoPI is in het crisisgebied (bron- en effectgebied) verantwoordelijk voor het bestrijden van een incident. Het CoPI staat onder leiding van de leider CoPI en bestaat daarnaast uit de officieren van dienst van de GHOR, politie en brandweer, uit ondersteuners en uit een voorlichter. Indien nodig kunnen een gemeentelijke vertegenwoordiger en een officier van de dienst bevolkingszorg (voor de processen opvang en verzorging en registratie) worden opgeroepen. Ook vertegenwoordigers van andere betrokken organisaties kunnen indien nodig worden uitgenodigd aan te sluiten bij het CoPI. De CoPI-leden kunnen bij de uitvoering van taken gebruik maken van een eigen actiecentrum.

### **Interface**

Indien de 'span of control' van de incidentbestrijding voor het CoPI te groot is of er sprake is van een GRIP 2-incident of hoger, wordt het Interface opgestart. Het Interface is de schakel tussen operationele uitvoering (CoPI en Actiecentra) en bestuurlijke besluitvorming. Net als de leden van het CoPI kunnen de leden van het Interface het actiecentrum van hun kolom opstarten en hiervan gebruik maken. Het Interface staat onder leiding van de leider Interface en bestaat, naast de ondersteuning uit vertegenwoordigers van de verschillende diensten waaronder brandweer, GHOR, politie, bevolkingszorg en de officier van Justitie. Indien externe expertise nodig is, kunnen andere diensten en/of externen (zoals NS of Prorail) worden uitgenodigd aan te sluiten bij het Interface overleg.

### **Actiecentra**

Indien nodig kunnen het CoPI en/of het Interface de monodisciplinaire actiecentra laten opstarten. Deze actiecentra voeren op aanvraag van het CoPI of Interface acties uit. De actiecentra zoeken onderling afstemming als de uitvoering van hun monodisciplinaire processen raakvlakken hebben met processen van andere centra. Tijdens het treinincident waren onder andere het actiecentrum bevolkingszorg, het actiecentrum registratie en het actiecentrum GHOR actief.

### **De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)**

De GHOR Amsterdam-Amstelland organiseert de geneeskundige hulpverlening in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. Via een convenant met de Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland organiseert zij ook de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in die regio. De geneeskundige zorg tijdens crisissituaties wordt geleverd door zorginstellingen en zorgaanbieders, zoals de Regionale Ambulancevoorziening (RAV), ziekenhuizen, traumacentra, huisartsen, gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en het Nederlandse Rode Kruis. De GHOR vormt de schakel tussen deze partijen. De GHOR is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening, en met de advisering van overheden en andere organisaties op het gebied van geneeskundige hulpverlening.

### **Gemeente Amsterdam**

De gemeente is verantwoordelijk voor de bevolkingszorg. Hieronder vallen onder meer de processen opvang en verzorging en registratie van slachtoffers. De verantwoordelijkheid voor deze processen is belegd bij het actiecentrum Bevolkingszorg (Dienst Werk en Inkomen, DWI). De vertegenwoordiger van de DWI in het Interface is het eerste aanspreekpunt voor het proces slachtofferregistratie. De uitvoering van slachtofferregistratie is belegd bij de Dienst Basisinformatie (DBI). Het doel van dit proces is om tijdens en na afloop van een incident, informatie over slachtoffers te groeperen en verifiëren. Ook verstrekt de DBI informatie over slachtoffers aan verwanten.

De directeur DWI is verantwoordelijk voor het proces opvang en verzorging. Doel van dit proces is om niet-gewonde slachtoffers van een incident op te vangen en te verzorgen. Het proces is bedoeld voor alle personen die niet onmiddellijk naar een door henzelf gewenste bestemming kunnen gaan.

## 2.2 Verloop van gebeurtenissen

### *Alarmeringen en eerste opschaling*

Op 21 april 2012 botsen om ongeveer 18.23 uur tussen de stations Amsterdam Sloterdijk en Amsterdam Centraal Station een intercity (een dubbeldekker) en een stoptrein (sprinter) frontaal op elkaar. Om 18.26 uur komt de eerste melding van het treinongeval binnen op de MKA van de regio Amsterdam-Amstelland. Er zouden veel slachtoffers zijn. Vrijwel direct daarna alarmeert de MKA twee ambulances uit de eigen regio, het medisch mobiel team (MMT1) van het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) en de officier van dienst geneeskundig zuid (OvD-G).

De officier van dienst van de brandweer schaaft tijdens het aanrijden (18.29 uur) op naar Grip 2. Als gevolg van de opschaling wordt via het automatische alarmeringssysteem (communicator) het team Bevolkingszorg van de Dienst Werk en Inkomen (DWI) gealarmeerd. Kort daarna alarmeert de MKA ook de officier van dienst geneeskundig noord (OvD-G 2), een rapid responder<sup>9</sup> en nog twee ambulances uit de eigen regio.

### *Triage, opvang en afhandeling incident*

De eerste ambulance meldt zich om 18.34 uur ter plaatse. De ambulanceverpleegkundige gaat naar beide treinen om zich een eerste slachtofferbeeld te vormen. De chauffeur verlaat eveneens de ambulance en stelt zich op tussen beide treinen voor de (op dat moment enige aanwezige) opgang naar het treintalud. De eerste ambulanceverpleegkundige werpt een korte blik in beide treinen en schat dat in iedere trein circa 80 gewonden (zowel licht- als zwaargewonden) zijn. Daarnaast ziet hij veel mensen buiten de treinen, zittend of lopend en al dan niet gewond. Hij geeft dit door aan zijn chauffeur. Deze vraagt bij de MKA met spoed circa 20 ambulances aan. De communicatie tussen de MKA en de eerste ambulancechauffeur verloopt in eerste instantie moeizaam<sup>10</sup>. Uiteindelijk communiceert hij met de MKA via het algemene kanaal op de portofoon.

---

<sup>9</sup> Een speciale vorm van ambulancezorg waarbij een ambulanceverpleegkundige, solo en zo nodig met spoed, geheel zelfstandig ambulancezorg verleent. Deze zorg wordt verleend, eventueel vooruitlopend op de komst van een ambulance, huisarts, of andere hulpverlening. Een Rapid Responder (RR) vervoert niet zelf.

<sup>10</sup> Er is geen contact via een gesloten gespreksgroep (voor alleen de eerste ambulancechauffeur en de MKA) op TMO (Trunked Mode Operation) mogelijk en omdat de chauffeur niet bij zijn auto staat, is er ook geen contact via de mobilfoon mogelijk.



De OvD-G neemt kort na aankomst (om 18.42 uur) contact op met de bemanning van de eerste ambulance en laat zich informeren over de situatie ter plaatse. Hij ontvangt het eerste slachtofferbeeld, waarbij onderscheid wordt gemaakt in T1, T2 en T3 slachtoffers<sup>11</sup>. De OvD-G besluit hierop nog 10 ambulances te alarmeren. Ook besluit hij dat T3-slachtoffers opgevangen moeten worden in een gewondennest<sup>12</sup> op het pleintje bij de Zaanstraat.

Ondertussen zijn de tweede ambulance en het MMT1 op het plaats incident. De tweede ambulance en het MMT1 overleggen met de eerste ambulanceverpleegkundige over de taakverdeling. Gezien de omvang van het incident wordt besloten dat het MMT1 en de bemanning van de tweede ambulance in de sprinter triëren en zo mogelijk behandelen<sup>13</sup>. De eerste ambulanceverpleegkundige trieert in de intercity. De keuze om het MMT1 in te zetten in de sprinter is gemaakt, omdat uit de eerste inventarisatie bleek dat daarin de meeste zwaargewonde slachtoffers waren. Tussen 18.45 uur en 19.00 uur krijgt de eerste ambulanceverpleegkundige in de intercity ondersteuning van een tweede MMT uit het VUmc (MMT2). Alle triërende teams koppelen hun bevindingen mondeling terug aan de eerste ambulancechauffeur.

Bij de triage in de intercity ondervindt de eerste ambulanceverpleegkundige ernstige hinder van de omstandigheden in de trein. Dat zijn de slachtoffers die hem aanklampen en -logischerwijze- om hulp vragen, maar ook loshangende panelen, glasscherven en andere treinschade belemmeren hem in zijn werkzaamheden. Ook is het niet mogelijk om in de trein van wagon naar wagon te lopen waardoor de eerste ambulanceverpleegkundige telkens de trein in en uit moet. Bovendien betreft het een dubbeldekker en bemoeilijkt de compartimentering daarvan het verkrijgen van overzicht. De open ruimten in de sprinter bieden meer overzicht.

---

<sup>11</sup> Op basis van de Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) worden slachtoffers ingedeeld in vier categorieën: T1: het slachtoffer is ernstig gewond, moet binnen 1 uur gestabiliseerd worden en moet binnen 2 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis. T2: het slachtoffer is gewond en moet binnen 6 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis. T3: het slachtoffer is lichtgewond en kan ter plaatse worden behandeld en verzorgd. T4: deze categorie komt alleen voor in oorlogsomstandigheden. Het slachtoffer kan niet gered worden of is al overleden.

<sup>12</sup> Een gewondennest is een eerste verzamelplaats waar gewonden worden opgevangen, getrieerd en behandeld.

<sup>13</sup> Trieren heeft in eerste instantie meer prioriteit dan behandelen. Om zoveel mogelijk slachtoffers te redden, is het cruciaal om zo snel mogelijk een goed slachtofferbeeld te hebben. De eerste hulpverleners ter plaatse kunnen daarom alleen enkelvoudige levenreddende handelingen verrichten, zoals het vrijmaken van de ademweg door een aanpassing van de houding van een slachtoffer.



Afbeelding 1: schematisch overzicht plaats incident.

De eerste ambulanceverpleegkundige trekt voor de primaire triage gemiddeld 15 tot 30 seconden per slachtoffer uit. Hij legt zijn bevindingen schematisch op papier vast in een notitieboekje. In overleg met de eerste ambulancechauffeur laat hij de eerste T1-slachtoffers zo snel mogelijk per ambulance afvoeren. Bij een T2-slachtoffer vraagt hij aan omstanders om bij het slachtoffer te blijven tot nadere hulp geboden kan worden. Rond 18.45 uur vertrekt een ambulance uit de regio Amsterdam-Amstelland van het plaats incident met het eerste slachtoffer naar het VUmc. Aan T3-slachtoffers en niet-gewonden vraagt hij buiten op het talud plaats te nemen.

Rond 19.00 uur vindt op het treintalud het eerste motorkapoverleg<sup>14</sup> tussen alle hulpverleningsdiensten plaats. In dit overleg benoemen de deelnemers de onduidelijkheid over het slachtofferbeeld als grootste knelpunt. Daarom besluiten de Ovd-G en officier van dienst van de brandweer na het overleg samen de treinen in te gaan voor een snelle triageronde. Het onderscheid tussen een T1- en T2-slachtoffer is volgens de Ovd-G niet scherp te trekken. Er zijn geen slachtoffers waarbij sprake is van een bedreiging van de ABC-stabiliteit<sup>15</sup>. Op basis van zijn klinische blik in combinatie met het soort incident en een aantal gerichte vragen naar hetgeen een slachtoffer heeft meegemaakt en/of zich nu voelt,

<sup>14</sup> Een motorkapoverleg is een eerste overleg tussen leidinggevenden van de aanwezige hulpverleningsdiensten.

<sup>15</sup> Airway, Breathing, Circulation (luchtweg, ademhaling, circulatie).

beoordeelt hij toch een aantal slachtoffers als T1. Verder zijn er volgens hem ook grensgevallen tussen een T2- en T3-slachtoffer: een slachtoffer met een polsfractuur kan afhankelijk van factoren tot beide categorieën worden gerekend.

De Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA) is om 19.20 uur ter plaatse. Om 19.45 uur hebben zij op het pleintje bij de Zaanstraat, naast het gewondennest, de tent van de Geneeskundige Combinatie (GNK-tent) opgezet. Het eerste ambuteam van de Geneeskundige Combinatie (GNK-C)<sup>16</sup> arriveert korte tijd later en kan direct aan de slag. Het Hoofd Geneeskundige Combinatie stelt een triageteam op bij de ingang van de tent.

De T1- en T2-slachtoffers worden als eerste uit de trein gehaald en door de brandweer per brancard vanaf het treintalud naar het straatniveau vervoerd. De rapid responder staat bij de opstelplaats van de ambulances en geeft de ambulances aan naar welk ziekenhuis slachtoffers vervoerd moeten worden. Hij heeft daarover via de portofoon contact met de Coördinator Gewondenvervoer (CGV) in de MKA. T2-slachtoffers<sup>17</sup>, waarvoor niet direct een ambulance beschikbaar is, worden in de GNK-tent opgevangen, behandeld en voorbereid voor transport naar een ziekenhuis. De slachtoffers die in de GNK-tent zijn behandeld, zijn allen geregistreerd door aanwezige SIGMA-leden en voorzien van een slachtofferregistratiekaart.

Ondertussen besluit de Ovd-G dat alle slachtoffers (gewond en niet gewond) in verband met de kans op een hoogenergetisch trauma medisch gezien moeten worden voordat zij het incidentterrein verlaten. Medewerkers van de brandweer en politie begeleiden de slachtoffers, die nog kunnen lopen, van het treintalud naar het gewondennest. In het gewondennest worden T3-slachtoffers door daar aanwezige ambulanceverpleegkundigen behandeld en verzorgd. Als zij ernstiger gewond blijken dan bij de primaire triage is vastgesteld, worden zij doorgestuurd naar de GNK-tent.

Rond 20.30 uur is het Osira Woonzorgcentrum de Bogt/Westerbeer (hierna 'De Bogt') opengesteld als opvanglocatie<sup>18</sup>. Omdat de triage in het gewondennest, gezien het grote aantal T3-slachtoffers veel tijd in beslag neemt en het bovendien koud wordt, stuurt het Hoofd gewondennest de aanwezige slachtoffers naar de Bogt. Slachtoffers krijgen daar mobiele telefoons aangeboden om hun verwanten te informeren. Daarnaast worden zij voorzien van eten en drinken. In De Bogt zijn het Hoofd en medewerkers van het team opvang en verzorging (van de DWI), het Hoofd Psychosociale Hulp, ambulanceteams, een

---

<sup>16</sup> Bij grootschalige calamiteiten met veel gewonden kan extra geneeskundige inzet nodig zijn. De geneeskundige combinatie (GNK-C) bestaat uit een ambuteam (ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur), een medisch mobiel team (arts en verpleegkundige) en een Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (8 vrijwilligers van het Nederlandse Rode kruis).

<sup>17</sup> Dit zijn uiteindelijk 15 personen.

<sup>18</sup> In eerste instantie zijn slachtoffers van het treinincident in het Westcord Art Hotel opgevangen. Op aangeven van het CoPI wijzigde het actiecentrum bevolkingszorg dit naar De Bogt. Verder zijn ook slachtoffers op het politiebureau op de Houtmankade opgevangen.

MMT uit Rotterdam, een aantal SIGMA-leden en een aantal BHV'ers aanwezig. Het totaal aantal slachtoffers dat in De Bogt is opgevangen is niet bekend. Geschat wordt dat dit er 80 tot 100 zijn.

Rond 20.35 uur komen op het politiebureau op de Houtmankade slachtoffers aangelopen met medische klachten. Het is onbekend om hoeveel slachtoffers het gaat. Rond het derde CoPI, om 20.50 uur wordt de OvD-G hierover geïnformeerd en verzoekt hij de gewonde slachtoffers uit het politiebureau naar De Bogt te vervoeren om daar medisch gezien te kunnen worden. Eerder waren ook al circa 50 slachtoffers op het politiebureau opgevangen.

Een MMT uit Rotterdam verricht de triage in De Bogt. De aanwezige SIGMA-leden assisteren en voorzien de gewonden, die naar het ziekenhuis gaan, van een slachtofferregistratiekaart. Tevens houden zij een lijst bij met persoonsgegevens van deze slachtoffers. Ook in De Bogt zijn de aanwezige hulpverleners alert op het risico van een hoogenenergetisch trauma. Uiteindelijk zijn daarvandaan nog vijf tot negen slachtoffers met nekklachten per ambulance naar een ziekenhuis vervoerd. Verder gaat een bus met slachtoffers naar de spoedeisende eerste hulp (SEH) van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), een tweede bus gaat naar het Academisch Medisch Centrum (AMC). Als begeleiding in de bus naar het OLVG gaan twee SIGMA-leden mee.

Alle slachtoffers, die per ambulance naar het ziekenhuis zijn vervoerd, worden in de ziekenhuizen overgedragen via het ambulanceritformulier. Een aantal slachtoffers heeft daarnaast een slachtofferregistratiekaart. Bij aankomst op de SEH van een ziekenhuis, zijn alle slachtoffers, zoals gebruikelijk, opnieuw getrieerd.

### Registratie

Vlak na de botsing registreren medewerkers van de dienst Service en Veiligheid van de NS de naam, het adres en de woonplaats (NAW-gegevens) van slachtoffers<sup>19</sup>.

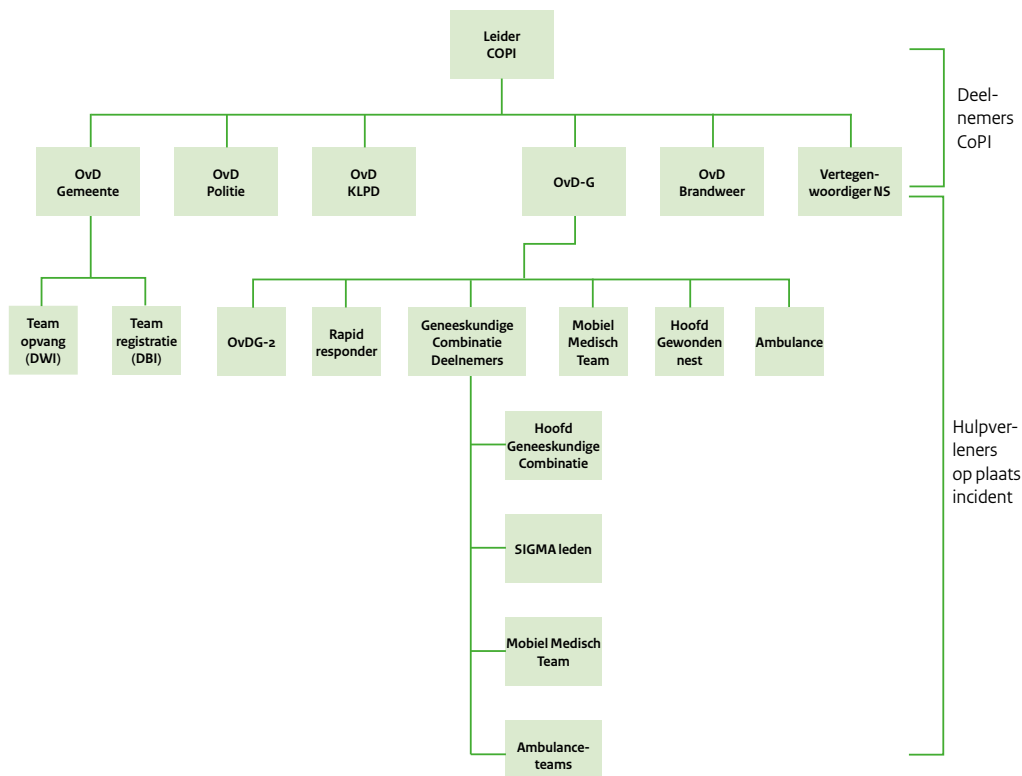
Om 19.35 uur vindt het eerste CoPI plaats (voor deelnemers CoPI, zie afbeelding 2). Een van de actiepunten in dit overleg is de slachtofferregistratie. Het CoPI besluit deze taak, tot betreffende gemeentelijke diensten operationeel zijn, te beleggen bij het KLPD, de regionale politie en de GHOR. Daarbij spreken de deelnemers van het CoPI de volgende taakverdeling af: het KLPD registreert de slachtoffers (zowel gewond als niet-gewond) op het treintalud en in de treinen, de politie registreert de lopende/zelfredzame slachtoffers bij de doorgang van het talud naar de verzamelplaats, beneden aan de spoordijk, en de GHOR registreert, naast de zwaargewonden, ook de lichtgewonden in het gewondennest. Over welke gegevens te registreren en met welk doel worden geen afspraken gemaakt. De regionale politie, het KLPD en de GHOR nemen de registratie van de medewerkers van de NS

---

<sup>19</sup> De NS beschikt over een wachtdienstorganisatie. Hiermee kunnen medewerkers van de dienst Service en Veiligheid worden opgeroepen. Dit is na de treinbotsing in Amsterdam ook gebeurd. Omdat het treinongeval in de buurt van het centraal station Amsterdam was, waren de medewerkers van de dienst Service en Veiligheid ongeveer binnen 5 minuten ter plaatse.

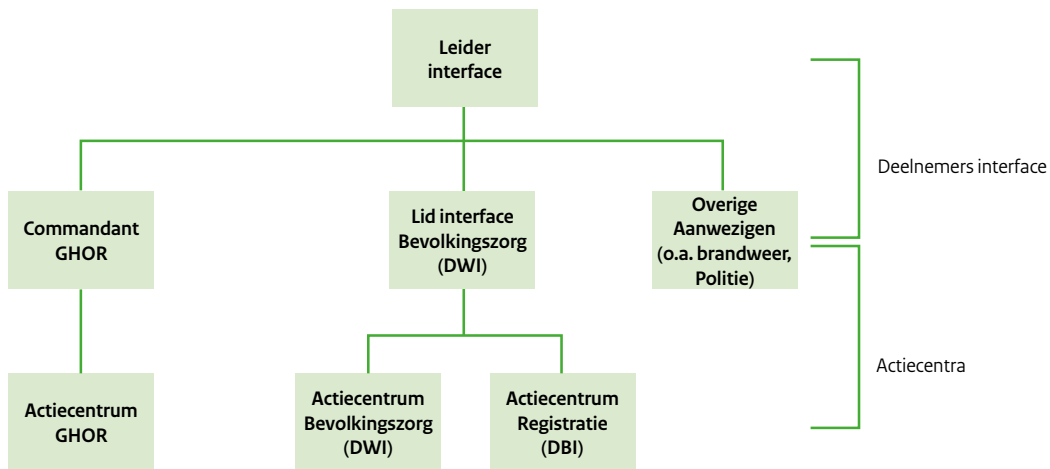
over, die op dat moment circa 25 slachtoffers hebben geregistreerd. De politie en het KLPD registreren op papier zonder een vast format; per slachtoffer zijn verschillende kenmerken genoteerd, soms alleen NAW-gegevens, achternaam of burgerservicenummer.

Om 19.36 uur wordt bekend dat er circa 50 slachtoffers met politiebusjes naar het politiebureau aan de Houtmankade zijn gebracht. Zij zijn daar door de politie geregistreerd.



Afbeelding 2: schematische weergave van de deelnemers CoPI en de hulpverleners op het plaats incident. De OvD-Gemeente en vertegenwoordiger NS waren vanaf het 3e overleg aanwezig.

Het Interface is om 20.00 uur operationeel (voor deelnemers Interface en actiecentra, zie afbeelding 3). In het eerste overleg besluiten de deelnemers dat alle slachtoffers op de opvanglocatie geregistreerd moeten worden. De vertegenwoordiger van DWI meldt dat het Westcord Art Hotel als opvanglocatie wordt gebruikt. Om 20.05 uur geeft het Actiecentrum Bevolkingszorg aan dat niet het Westcord Art hotel maar Woonzorgcentrum De Bogt in de Polanenstraat de opvanglocatie wordt. Rond dat tijdstip gaat het Hoofd opvang ook richting De Bogt.



Afbeelding 3: schematische weergave van de deelnemers Interface

In het tweede Interface-overleg (20.45 uur) meldt de vertegenwoordiger van DWI dat de DBI gealarmeerd is; het team registratie zal in beide opvanglocaties (zowel het Westcord Art Hotel als De Bogt) registreren. Totdat het team registratie ter plaatse is, voert het team opvang de slachtofferregistratie uit. Rond 21.15 uur is het actiecentrum Registratie operationeel. Het team registratie is pas later in de opvanglocatie omdat zij in eerste instantie met hun DBI-pasjes niet door de politieafzetting worden gelaten.

In het derde Interface overleg (21.45 uur) geeft de vertegenwoordiger van DWI aan dat vijf van de circa 25 opgevangen slachtoffers in het Westcord Art Hotel geregistreerd zijn; de overige slachtoffers zijn al eerder vertrokken.

Alle slachtoffers, die per ambulance naar het ziekenhuis zijn vervoerd, worden in de ziekenhuizen overgedragen via het ambulanceritformulier. Een aantal slachtoffers heeft een slachtofferregistratiekaart. Het VUmc registreert alle slachtoffers bij binnenkomst conform het Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZiROP) in het slachtoffervolgsysteem van het ziekenhuis 'Mavention'. Op de SEH krijgen zij een nummer. Dit nummer is gekoppeld aan een digitaal dossier, dat het slachtoffer binnen het ziekenhuis volgt. Het AMC registreert de slachtoffers in het reguliere registratiesysteem van de SEH omdat Fase 1 van het ZiROP niet was geactiveerd. Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) vult op de SEH per slachtoffer een papieren dossier in; deze staan al gereed in de ZiROP-kast. Als een binnengekomen slachtoffer geen slachtofferregistratiekaart heeft, wordt er een op de SEH ingevuld. Een co-assistent staat bij het whiteboard en noteert waar slachtoffers zich bevinden. Een secretaresse doet de administratieve ondersteuning van het triageteam; een tweede secretaresse verwerkt de gegevens van papier naar het digitale systeem.

Het actiecentrum GHOR (Ac GHOR) doet telefonisch navraag bij alle ziekenhuizen naar de opvang van slachtoffers. Het Ac GHOR probeert op deze manier een overzicht te verkrijgen en bij te houden bij te houden welke ziekenhuizen welke slachtoffers behandeld en/of opgenomen hebben.

Tot ongeveer 22.45 uur zijn in De Bogt de aanwezige slachtoffers geregistreerd. De DBI heeft op papier en in een vast format geregistreerd, via het Registratieformulier Informatiecentrum (CRIB). De ingevulde formulieren zijn per koerier naar het actiecentrum registratie gebracht. Rond 23.00 uur ontvangt het actiecentrum registratie een slachtofferlijst van de regionale politie. Rond middernacht ontvangt het actiecentrum registratie ook de slachtofferlijsten van het Ac GHOR.

Zaterdagavond en zondag ontvangt het Ac GHOR van de ziekenhuizen de persoonsgegevens van de opgenomen en behandelde slachtoffers. Zondagnacht (rond 00.30 uur) stuurt de CGV een lijst met alle T1- en T2-slachtoffers, inclusief de ziekenhuizen waar zij opgenomen zijn. In eerste instantie was onduidelijkheid over het al dan niet opvragen van medische gegevens, zowel tussen het interface en het Ac GHOR als tussen het Ac GHOR en de ziekenhuizen. Het Ac GHOR heeft uiteindelijk de persoonsgegevens van de opgenomen en behandelde slachtoffers van de ziekenhuizen en de CGV samengevoegd en ontdebeld. Zondagmiddag rond 16.00 uur heeft het actiecentrum GHOR een complete lijst van alle slachtoffers van de treinbotsing, die op een SEH van een ziekenhuis zijn gezien en die al dan niet opgenomen zijn. Zij stuurt deze lijst naar de DBI.

Op zondag voegt het actiecentrum registratie van de gemeente alle slachtofferlijsten samen, ontdebelt deze en vult waar mogelijk aan vanuit de gemeentelijke basisadministratie en met de laatste gegevens van het Ac GHOR.

In de week na het incident belt de GHOR dagelijks met de ziekenhuizen waar op dat moment nog slachtoffers van het treinincident zijn opgenomen en vraagt naar hun status. Op 22 mei 2012 is het laatste slachtoffer uit de ziekenhuizen ontslagen.

Vanuit het KLPD is na afloop van het incident aan alle agenten (van het KLPD en de regionale politie) gevraagd om een digitaal proces verbaal van bevindingen te maken met onder meer de slachtoffergegevens. Alle processen verbaal zijn samengevoegd in één bestand. Toen bleek dat per slachtoffer verschillende persoonskenmerken waren genoteerd. Ook ontbraken er gegevens over de aard en ernst van de verwondingen; inzicht hierin is nodig in het kader van strafrechtelijk onderzoek. Om de lijst met slachtoffergegevens compleet te maken, zocht het KLPD in de drie weken na het incident telefonisch contact met de meeste slachtoffers.

Na afloop van het treinincident stelde ook de NS een slachtofferlijst samen. In eerste instantie om medeleven te kunnen betuigen, maar ook voor een eventuele schadeafhandeling. De lijst is opgesteld door informatie van verschillende bronnen samen te voegen. Medewerkers van de afdeling Service en Veiligheid hebben ter plaatse NAW-gegevens van slachtoffers geregistreerd. Naderhand heeft een NS-medewerker telefonisch contact gezocht met de ziekenhuizen. Indien de opgenomen slachtoffers daarin toestemden, kreeg de NS hun NAW-gegevens. Ook heeft de NS op haar website en in dagbladen een oproep voor de slachtoffers van het treinincident geplaatst om zich bij de NS te melden. Dit kon via de website of een speciaal daarvoor ingesteld telefoonnummer. De NS heeft geen formele afspraken met de politie, de GHOR en de gemeente over het uitwisselen van gegevens bij een incident<sup>20</sup>. Bij het treinincident heeft de NS alleen gegevens van het KLPD ontvangen.

De organisatie Slachtofferhulp Nederland kreeg van het KLPD een slachtofferlijst. Deze personen zijn uitgenodigd voor een slachtofferbijeenkomst op 8 mei 2012. De algemene opinie op deze bijeenkomst is dat men positief is over de hulpverleningsdiensten. Het enige punt van de kritiek was de registratie. Het is voor slachtoffers moeilijk te begrijpen dat informatie tussen partijen niet gedeeld kan worden.

---

<sup>20</sup> De NS kreeg van de GHOR wel gelegenheid om in de 'nazorgbrief' die de GGD/GHOR gestuurd heeft aan alle geregistreerde slachtoffers een passage op te nemen met het verzoek zich te melden bij de NS.



## Slachtofferlijsten

Naar aanleiding van de treinbotsing stellen meerdere partijen een slachtofferlijst op met verschillen in aantal slachtoffers.

### *Slachtofferlijst van de GHOR*

Van alle personen op de lijst is de naam en de geboortedatum geregistreerd. Daarnaast zijn per ziekenhuis nog andere gegevens aangeleverd, zoals adres, burgerservicenummer en triageklasse. Op de lijst staan 117 personen\* (waarvan 1 slachtoffer is overleden).

### *Slachtofferlijst van het KLPD*

Dit is een lijst met betrokkenen bij het treinincident, zowel zwaar-, licht- als niet-gewond; ook staat een aantal getuigen, dat niet in een van de treinen zat, op deze lijst. Hierbij is niet aangegeven welke personen daadwerkelijk in de treinen zaten. De lijst is volgens de verantwoordelijke KLPD-medewerker voor 99% compleet. Het KLPD kon de lijst niet aanvullen met gegevens van de GHOR of de gemeente. De GHOR beriep zich op privacywetgeving; waarom de gemeente geen gegevens wilde verstrekken, is niet bekend bij het KLPD. Het KLPD ontving wel gegevens van de NS. Op de uiteindelijke lijst van het KLPD staan 336 personen.

### *Slachtofferlijst van de gemeente*

Deze lijst bevat onder andere de namen van slachtoffers. Ook is aangegeven of personen al dan niet gewond zijn. De lijst bevat 317 namen.

### *Slachtofferlijst van de NS*

Na afloop van het treinincident hebben de NS een lijst opgesteld met alle getroffen van het treinincident. Op deze lijst is geen onderscheid gemaakt in gewond en niet-gewond. Op deze lijst staan ook personen, die iemand als vermist hebben opgegeven. Verder is de schade, die mensen opgelopen hebben naar aanleiding van de treinbotsing, genoteerd. Op de uiteindelijke lijst van de NS staan 343\*\* personen.

\* Op de lijst stonden oorspronkelijk 120 slachtoffers, de inspectie verwijderde de personen die dubbel op de lijst voorkwamen en komt daarmee op 117.

\*\* Op de lijst stonden oorspronkelijk 363 slachtoffers, de inspectie verwijderde de doorgestreepte namen op lijst en komt daarmee op 343.

## Gewondenspreiding

De CGV, die zaterdagavond piket heeft, werkt op dat moment als centralist op de MKA. Na de eerste melding gaat hij als CGV aan de slag en besluit niet ter plaatse te gaan maar zijn functie vanuit de meldkamer te vervullen. Zijn plaats als centralist wordt ingenomen door een boventalig ingeroosterde centralist.

De CGV besluit dat alle T1-slachtoffers naar het VUmc gaan en alle T2-slachtoffers naar het OLVG en het SLAZ. Om 19.06 uur ontvangen het SLAZ, het VUmc en het OLVG als voorwaarschuwing van een centralist van de MKA dat er grote aantallen gewonde slachtoffers kunnen komen.

Het Ac GHOR is om 19.32 uur operationeel en onderhoudt vanaf dat moment de contacten met de ziekenhuizen. Het Ac GHOR geeft in opdracht van de commandant GHOR rond 20.00 uur het advies aan het VUmc om het ZiROP op te starten. Om 20.07 uur start het VUmc het ZiROP op. Ook het SLAZ start het ZiROP op. Bij het AMC ontstaat verwarring of zij nu wel of niet het ZiROP op moeten starten en wat zij kunnen verwachten. Het AMC besluit zelf rond 20.30 uur intern op te schalen naar fase 0 omdat onaangekondigd enkele slachtoffers in het AMC worden gepresenteerd. Alle mensen, die nodig zijn, zijn dan stand-by voor een mogelijke inzet<sup>21</sup>. Rond dezelfde tijd heeft het VUmc beperkt Zirop, er kunnen 8 T1-slachtoffers per uur komen. Een uur later kan het VUmc op volledige medische behandelcapaciteit draaien.

Het Ac GHOR probeert een overzicht te verkrijgen en bij te houden welke slachtoffers in welke ziekenhuizen behandeld en/of opgenomen zijn terwijl de CGV een overzicht bijhoudt van de inzet van (bijstands)ambulances. Zij belt meermaals met alle ziekenhuizen in de regio omdat niet duidelijk is naar welke ziekenhuizen slachtoffers zijn vervoerd of zelfstandig zijn gegaan. Gezien de onduidelijkheid of al dan niet naar medische gegevens van de slachtoffers in de ziekenhuizen werd gevraagd, heeft het Ac GHOR haar informatieverzoek geherformuleerd. Uiteindelijk zijn geen medische gegevens verstrekt. Informatie over slachtoffers is per fax of mail naar het Ac GHOR gestuurd. Ziekenhuizen leveren hierbij persoonskenmerken van de slachtoffers aan. Om 20.53 uur is bij het Ac GHOR bekend dat 27 slachtoffers naar diverse ziekenhuizen zijn vervoerd. Ongeveer een kwartier later is bekend dat dit er inmiddels 29 zijn. Ook is hun triageklasse bij het Ac GHOR bekend.

Om 21.45 uur ontvangt het AMC een aankondiging van de MKA dat het ziekenhuis een bus met daarin 20 tot 30 T3-slachtoffers zou ontvangen. Het AMC stelt voor de slachtoffers over andere ziekenhuizen te verdelen, niet over de traumacentra, maar gaat daarna alsnog akkoord. Uiteindelijk ontvangt het AMC een bus met 11 slachtoffers. Een andere bus met 12 slachtoffers gaat naar het OLVG. Tabel 1 bevat een overzicht van het aantal behandelde en opgenomen slachtoffers per ziekenhuis.

Om 22.19 uur vertrekt de laatste ambulance met een slachtoffer naar het VUmc.

---

<sup>21</sup> Ook wordt extra personeel ingezet op de spoedeisende hulp en bij de radiologie.

### Gewondenspreiding

Uiteindelijk behandelden negen verschillende ziekenhuizen op 21 april 117 slachtoffers. Daarvan zijn er 48 per ambulance vervoerd, de rest is per bus of zelfstandig naar het ziekenhuis gegaan. Vijf ziekenhuizen nemen in totaal 18 slachtoffers op; het merendeel ligt in het AMC en het VUmc. Een slachtoffer, dat in eerste instantie in een level 2-ziekenhuis\* is gepresenteerd en daarna is overgeplaatst naar het AMC, overlijdt op 22 april helaas aan de gevolgen van de verwondingen, veroorzaakt door het treinincident. In de dagen na het treinincident melden verschillende slachtoffers van het treinincident zich alsnog in een ziekenhuis of bij de huisarts met lichamelijke klachten.

\* Level 1-ziekenhuizen zijn de traumacentra. Level 2-ziekenhuizen zijn de grote regionale ziekenhuizen met intermediaire faciliteiten. Level 3-ziekenhuizen zijn de lokale ziekenhuizen met algemene faciliteiten.

Ziekenhuis	Aantal patiënten behandeld op 22 april	Aantal patiënten opgenomen
Academisch Medisch Centrum	16	6 en 1 overleden
BovenIJ Ziekenhuis	6	1
Medisch Centrum Alkmaar	8	0
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	24	2
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	14	2
Slotervaartziekenhuis	4	0
Universitair Medisch Centrum Utrecht	1	0
Vrije Universiteit medisch centrum	27	7
Zaans Medisch Centrum	17	0
<b>Totaal</b>	<b>117</b>	<b>18</b>

Tabel 1: overzicht van aantal behandelde en opgenomen slachtoffers per ziekenhuis op 21 en 22 april 2012 (tot 16.00 uur).

### Bijstand

Zowel de eerste ambulance als de Ovd-G vragen met spoed ambulancecapaciteit bij de MKA Amsterdam-Amstelland aan. Gezien de hoge bezettingsgraad van de eigen ambulances en de complexiteit van reguliere 112-meldingen kiest de MKA Amsterdam-Amstelland bewust voor het aanvragen van bijstand, waarbij de bijstandsambulances bij het treinincident worden ingezet en de ambulances uit de eigen regio voor de reguliere werkzaamheden. In eerste instantie neemt de MKA Amsterdam-Amstelland contact op met de MKA van de regio's Utrecht, Noord-Holland Noord en Kennemerland. Om 19.10 uur is de eerste bijstandsambulance uit Noord-Holland Noord ter plaatse.

Om 19.48 uur alarmeert de MKA nog twee ambulances uit de eigen regio. Op dat moment zijn zes ambulances uit de regio Amsterdam-Amstelland gealarmeerd. Rond 20.00 uur heeft de OvD-G het beeld dat er is opgeschaald naar 27 ambulances en dat er een derde MMT is opgeroepen.

De bijstandsambulances melden zich in bij de CGV zodra ze in de regio zijn. De ambulances verzamelen zich vervolgens op een opstelplaats vlak bij het incident. De CGV houdt schriftelijk een overzicht bij van de ingezette ambulances en naar welk ziekenhuis zij een slachtoffer vervoeren. Het is voor de CGV niet mogelijk om de bijstandsambulances via MIOS aan een rit te koppelen en om te zien wat de statuscodering van de ambulances is (wanneer weer leeg en inzetbaar)<sup>22</sup>.

Om 21.40 uur bedankt de MKA Amsterdam-Amstelland alle MKA's uit de omliggende veiligheidsregio's voor de medewerking. Alle bijstandsambulances, die niet meer actief zijn, gaan retour. Tabel 2 bevat een overzicht van het aantal ingezette bijstandsambulances per regio.

---

<sup>22</sup> In MIOS kunnen bijstandsambulances wel aan een regio van herkomst gekoppeld worden.

### Inzet bijstandsambulances

Tussen 18.45 uur en 22.19 uur zette de MKA 35 ambulances in, hiervan waren er 12 uit de regio Amsterdam-Amstelland en 23 uit andere veiligheidsregio's. Sommige zijn alleen ter plaatse actief geweest, andere vervoerden een of meerdere keren slachtoffers naar de ziekenhuizen. Door de regio Amsterdam-Amstelland zijn uiteindelijk 15 slachtoffers vervoerd naar de ziekenhuizen. De bijstandsambulances hebben totaal 33 slachtoffers vervoerd naar de verschillende ziekenhuizen. Hieronder volgt een overzicht van het aantal ingezette ambulances per veiligheidsregio.

Veiligheidsregio	Aantal ingezette ambulances	Ter plaatse actief, geen vervoer	Aantal vervoerde slachtoffers
Amsterdam-Amstelland	12	4 ambuteam, inzet ter plaatse	15
Flevoland	2	-	4
Gooi en Vecht streek	5	-	6
Hollands-Midden	3	-	4
Kennemerland	4	1 ambuteam in GNK-C	4
Noord-Holland Noord	4	1 ambuteam, inzet ter plaatse	7
Utrecht	5	1 ambuteam, inzet in gewondennest	8
<b>Totaal</b>	<b>35</b>	<b>7 teams</b>	<b>48</b>

Tabel 2: overzicht van aantal ingezette bijstandsambulances per regio.

## 2.3 Evaluaties regio Amsterdam-Amstelland

Na het treinincident verzocht de vijfhoek<sup>23</sup> de veiligheidsregio om een evaluatie uit te voeren naar het multidisciplinaire optreden bij het incident. De evaluatie had twee doelen: enerzijds het verbeteren van de crisisorganisatie door te leren van het eigen optreden, anderzijds het uitvoeren van een zelfevaluatie in het kader van rampenbestrijding op orde voor de Inspectie Veiligheid en Justitie. In de evaluatie concludeert de veiligheidsregio dat de hulpverlening en de afhandeling van het incident goed is verlopen. Het uitgangspunt van controle op een hoogerenergetisch trauma was een goede keuze maar had eerder geoperationaliseerd kunnen worden. Als knelpunten noemt zij onder meer de informatie-

<sup>23</sup> De vijfhoek bestaat uit de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR), de politie, de brandweer, het Openbaar Ministerie en de zes gemeenten in de regio, voorgezeten door de voorzitter van de veiligheidsregio.

uitwisseling tussen de actiecentra en het eerder openstellen van het verwantenummer. Ook wordt geconstateerd dat het is niet mogelijk is om snel en gedetailleerd over aantallen slachtoffers te spreken en de aard van hun verwondingen. Desalniettemin kan wel snel(ler) indicatieve informatie worden verstrekt door de GHOR. Dit voorkomt dat andere partijen gaan communiceren over slachtoffers.

Uit meerdere evaluaties van de GHOR en witte ketenpartners naar de treinbotsing blijkt een onduidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van slachtofferregistratie. Ook zijn een aantal verbeterpunten genoemd. Hieraan zijn deadlines verbonden. De inspectie heeft echter geen informatie over de actuele stand van zaken. Voor ambulancebijstand worden onder meer als verbeterpunten genoemd: de inmeldprocedure, de aflossing en de aanlevering van gestandaardiseerde gegevens. In de gewondenspreiding is onder meer verbetering mogelijk door een procedure voorwaarschuwing ziekenhuizen, door een keuze te maken om wel of geen gewondenspreidingsplan op te stellen en door per ziekenhuis een vaste contactpersoon voor de nazorgfase aan te wijzen. Om de slachtofferregistratie te verbeteren, wordt aangegeven dat nut en effectiviteit van de slachtofferregistratiekaarten bij GHOR Nederland wordt aangekaart.

Na de treinbotsing is een vragenlijst 'starten proces registratie' opgesteld om het Interface, de DWI en de DBI te ondersteunen bij het beantwoorden van de vraag 'wat is het doel van de registratie?'. Er worden vragen gesteld over de mate van zelfredzaamheid van slachtoffers, de behoefte aan nazorg, de verwachte maatschappelijke onrust, de potentiële ernst van de gevolgen en de mogelijkheden van registratie door de gemeente en hulpverleningsdiensten.

Uit de interne evaluatie van het VUmc naar het eigen functioneren bij de treinbotsing blijkt dat zich een aantal knelpunten in Mavention hebben voorgedaan. Zo gingen geboortedata 'spoken' en was nog oude informatie van eerdere oefeningen in het systeem aanwezig. Het ziekenhuis heeft een verbeterplan opgesteld om deze knelpunten op te pakken.

Het AMC heeft naar aanleiding van de treinbotsing het ZiROP aangescherpt. Overwogen wordt of er een tussenfase ingesteld wordt. Het huidige systeem schaal van fase 0 (benodigde functionarissen zijn stand-by) direct op naar fase 1 ZiROP.

## 2.4 Ontwikkelingen

### *Regionaal*

Hieronder beschrijft de inspectie een aantal ontwikkelingen op het gebied van slachtofferregistratie, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand. Deze zijn ten tijde van de treinbotsing gaande in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.

### *Procesrichtlijn*

Naar aanleiding van de Poldercrash startte de Veiligheidsregio's Kennemerland en Amsterdam-Amstelland gezamenlijk het ReVo-project. Het project was multidisciplinair van opzet, de GHOR, haar ketenpartners, de politie en de brandweer zijn allen betrokken. De GHOR vervulde een trekkersrol. Het project heeft geresulteerd in een procesrichtlijn slachtofferregistratie (januari 2012, vl. 7). Doel van deze richtlijn is verwanten zo snel en zorgvuldig mogelijk te informeren over de toestand en de locatie van hun (niet zelfredzame) naasten om daarmee de hereniging te vergemakkelijken.

De richtlijn beschrijft welke gegevens (minimaal) geregistreerd en gedeeld moeten worden. Ook geeft de richtlijn een format (Excelbestand 'basisgegevens') voor hoe te registreren en worden taken en processen beschreven. Uitgangspunt daarbij is dat alleen die gegevens uitgewisseld worden, die nodig zijn om slachtoffers te identificeren en verwanten te informeren. Het voordeel van deze keuze is dat de gegevens vaak gedestilleerd kunnen worden uit de gegevens die de ketenpartners en medische disciplines al voor de eigen primaire processen registreren. Het project ReVo streeft niet naar volledigheid van de slachtofferlijst en heeft ook niet als doel het openbaar bestuur te informeren over aantallen slachtoffers.

Naast de vraag wat er geregistreerd dient te worden, is ook de vraag hoe er geregistreerd moet worden aan de orde geweest. Daarbij maakt het project onderscheid in zelfredzame en niet-zelfredzame slachtoffers. Niet-zelfredzame slachtoffers (zwaargewonden, vermisten en overledenen) worden centraal geregistreerd in een backoffice. Het backoffice ontvangt via de hulpverleningsdiensten informatie over slachtoffers (bijvoorbeeld mensen die in het ziekenhuis liggen). De backoffice koppelt, ontdebelt en valideert alle binnengekomen informatie. Zelfredzame slachtoffers worden gefaciliteerd om zelf contact op te nemen met verwanten en om, indien nodig, naderhand zorg/hulp te vragen.

De richtlijn Slachtofferregistratie sluit aan zoveel mogelijk aan bij de landelijke ontwikkelingen op het gebied van slachtofferregistratie, het project Slachtofferinformatie-systematiek (zie onder bij landelijke ontwikkelingen). Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van dezelfde definities en richtlijnen.

### *Project Slachtoffer- en Verwanten Informatie Systeem*

Binnen het project ReVo is een bestaand slachtofferregistratiesysteem omgebouwd tot het Slachtoffer- en Verwanten Informatie Systeem. Dit is een modulair systeem, gekoppeld aan de landelijke Gemeentelijke Basisadministratie. Het systeem kan door de backoffice gebruikt kan worden in zowel de acute fase als de nazorg, voor het vastleggen van gegevens, nog uit te voeren acties, matching en ontdebelling.

### *Projecten Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en Ambulancezorg Nederland*

Ambulances werken normaliter met een digitaal ritformulier waarop vanuit de MKA al gegevens zijn ingevuld. Vanuit het project ReVo worden gesprekken gevoerd met de RAV van Amsterdam-Amstelland over het uitwisselen van informatie. Met Ambulancezorg Nederland

wordt daarnaast gewerkt aan het standaardiseren van informatie. Ook zouden ambulances uit andere regio's via een landelijke server te volgen zijn; dit systeem wordt momenteel getest.

#### *Project slachtofferregistratie door de politie*

De politie is bezig met het ontwerpen van een slachtofferregistratieformulier, dat is gebaseerd op het aanhoudingsformulier dat bij de politie in gebruik is (model en formaat mini-procesverbaal). Dit formulier bevat twee doordrukvelen; één voor de backoffice en één voor de spoedeisende medische hulpverlening.

#### **Landelijk**

Hieronder beschrijft de inspectie een aantal landelijke initiatieven op het gebied van slachtofferregistratie, gewondenspreiding en bovenregionale ambulancebijstand, die ten tijde van de treinbotsing speelden.

#### *Slachtoffer Informatie Systematiek (SIS)*

Onder opdrachtgeverschap van het Veiligheidsberaad is multidisciplinair een nieuwe systematiek opgesteld voor het verzorgen van slachtofferinformatie aan verwanten. De systematiek beschrijft de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken hulpverleningsdiensten en overheden. De systematiek, die aansluit bij de wijze waarop slachtofferregistratie tijdens een crisis realistisch kan plaatsvinden, kiest ervoor dat de overheid zich in eerste instantie concentreert op het informeren van de verwanten van alleen de zwaargewonde en overleden slachtoffers. Lichtgewonde en ongedeerde slachtoffers kunnen meestal heel goed zelf hun verwanten informeren. De gemeenten blijven verantwoordelijk voor de registratie van slachtoffers en het koppelen van slachtoffers aan verwanten. Daarbij maken zij gebruik van een multidisciplinaire backoffice waarin het Landelijk Team Forensisch Opsporing van de politie ook een rol heeft.

Op 11 november 2011 stelde het Veiligheidsberaad de systematiek vast. Daarvoor hadden ook het Landelijk Overleg Coördinerend Gemeentesecretarissen, de Raad van Korpschefs en GHOR Nederland de systematiek al geaccordeerd. Onder regie van het Landelijk Overleg Coördinerend Gemeentesecretarissen werkt de projectgroep momenteel uit hoe de systematiek het beste georganiseerd en geïmplementeerd kan worden. De implementatie van de systematiek zou naar verwachting vanaf begin 2013 van start kunnen gaan.

Op 23 november 2012 heeft het Veiligheidsberaad formeel gekozen voor een landelijke front - en backoffice<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> De frontoffice-medewerkers verzamelen relevante informatie en geven deze door aan de backoffice. In de backoffice komen de gegevens van verschillende bronnen (frontoffice, ziekenhuizen, mortuaria, politie, gemeenten en dergelijke) bijeen. De backoffice valideert, vult gegevens aan en matcht deze, zodat de slachtoffers van een ramp zo snel mogelijk herenigd kunnen worden met hun verwanten.



### *Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen*

Naar aanleiding van knelpunten in de informatie-uitwisseling bij het schietincident in Alphen aan den Rijn in 2010, de aanslag op Koninginnedag en de poldercrash in 2009, is begin 2012 onder aanvoering van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport gestart met het ontwikkelen van een protocol. In deze Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises is uitgewerkt welke informatie onder welke voorwaarden en met welk doel kan en mag worden uitgewisseld. Het biedt daarmee een basis voor afspraken tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur over de uitwisseling van informatie tijdens een crisis. In de handreiking is een centrale rol opgenomen voor de Directeur Publieke Gezondheid bij het verzamelen van slachtofferinformatie van de ziekenhuizen voor het openbaar bestuur. De handreiking is op 18 oktober 2012 onder voorbehoud vastgesteld door de deelnemende partijen<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> De deelnemende partijen aan de handreiking zijn: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Veiligheidsberaad, Nederlandse federatie van Universitaire Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering des Geneeskunst, Inspectie voor de Gezondheidszorg, GGD Nederland, GHOR Nederland. Het akkoord op de handreiking moet nog officieel gegeven worden door het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en door de portefeuillehouder in het Veiligheidsberaad.

3

# Slachtofferregistratie

## 3.1 Definitie en beoordelingskader

### *Definitie*

Onder slachtofferregistratie verstaat de inspectie: het schriftelijk en/of digitaal vastleggen van identiteitskenmerken van al dan niet gewonde slachtoffers van een (grootschalig) incident. De omschrijving wijkt af van de door het veiligheidsberaad vastgestelde definitie voor slachtoffer-registratie in het kader van het project slachtofferinformatiesystematiek (SIS). De inspectie wil slachtofferregistratie breder onderzoeken dan de in het project SIS<sup>26</sup> beschreven systematiek. Naast het prioriteren van de benodigde zorg aan (gewonde) slachtoffers en het zo snel mogelijk en correct informeren van verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers, kunnen onder meer publieksvoorlichting, nazorg en strafrechtelijk onderzoek aanleiding geven voor het registreren van slachtoffergegevens. De inspectie erkent wel dat volledigheid niet haalbaar is. Het (opstarten van het) registratieproces kost tijd en de registratie gebeurt op vrijwillige basis.

De inspectie beschouwt als slachtoffers van de treinbotsing op 21 april: alle inzittenden van de treinen. Omstanders, verwanten of hulpverleners worden hieronder niet verstaan.

### *Beoordelingskader*

Slachtofferregistratie is in wetgeving als specifieke taak belegd bij het team bevolkingszorg, de meldkamer en de Coördinator Gewondenvervoer (CGV). Het team bevolkingszorg valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Conform een modelconvenant dient de RAV te beschikken over een systematiek voor slachtofferregistratie. In kabinetsreacties na eerdere inspectieonderzoeken is toegezegd dat de veiligheidsregio's over een systematiek en procedure voor het registreren van slachtoffers beschikken. Verder is op landelijk niveau de slachtofferregistratiekaart ingevoerd.

---

<sup>26</sup> In het document slachtofferinformatiesystematiek (SIS; vastgesteld door het veiligheidsberaad op 15 november 2011) wordt als doel van slachtofferregistratie genoemd: het op accurate wijze en (zo) snel (als) mogelijk zekerheid verschaffen aan verwanten over de status van slachtoffers'. De focus hierbij ligt op niet-zelfredzame, zwaargewonde en overleden slachtoffers. Zie 2.4.

De ziekenhuizen in de regio's Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland hebben in een convenant vastgelegd dat zij onder opgeschaalde omstandigheden informatie aan de GHOR verstrekken over behandelde en/of opgenomen slachtoffers. De (proces)richtlijn slachtofferregistratie uit het ReVo-project bevat hiervoor een format, het Excelbestand 'basisgegevens'. Daarnaast staat in de Instructie Slachtofferregistratie dat het Ac GHOR afspraken maakt met de ziekenhuizen over de frequentie waarmee zij tijdens een incident slachtofferinformatie sturen en over het aanwijzen van een vaste contactpersoon per ziekenhuis voor het Ac GHOR.

Voor een uitgebreide versie van het beoordelingskader wordt verwezen naar bijlage 4.

### 3.2 Analyse

De inspectie stelt vast dat de hulpverleningsdiensten slachtofferregistratie snel als actiepoint bij de incidentbestrijding oppakten (in het eerste CoPI-overleg) maar dat zij de recent ontwikkelde (proces)richtlijn slachtofferregistratie van het project ReVo niet hebben gevolgd. Functionarissen van de GHOR, de politie, het KLPD, de NS en de gemeente registreerden op het incidentterrein en in De Bogt zoveel mogelijk inzittenden van de treinen terwijl de richtlijn primair gericht is op het identificeren van slachtoffers en het zo snel en zorgvuldig mogelijk informeren van verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers om de hereniging met hun naaste(n) te bespoedigen. Er werden geen afspraken gemaakt over welke gegevens te registreren en met welk doel. Uiteindelijk zijn door de verschillende partijen verschillende gegevens per slachtoffer geregistreerd, hetgeen het samenvoegen en het opstellen van een eenduidige lijst heeft bemoeilijkt.

Een deel van de slachtoffers was al uit de opvanglocaties vertrokken voor de registratie was opgestart. Dit kwam volgens de inspectie mede omdat de medewerkers voor het gemeentelijk proces slachtofferregistratie pas laat gealarmeerd waren. Het gemeentelijk proces registratie startte ongeveer twee uur na de treinbotsing. Het actiecentrum registratie was rond 21.15 uur operationeel. De functionarissen, die in het opvangcentrum De Bogt zouden registreren, zijn daar door oponthoud bij de politieafzetting nog later ter plaatse. De inspectie vraagt zich af welke rol de gemeente kan spelen bij slachtofferregistratie, gezien de lange opkomsttijd van de gemeentelijke diensten.

Dat de richtlijn slachtofferregistratie volledigheid niet tot doel heeft, is voor de inspectie een begrijpelijke en duidelijke keuze. Een volledige slachtofferlijst zal naar mening van de inspectie bij grootschalige incidenten, zoals de treinbotsing, niet lukken. De inspectie vraagt zich echter af in hoeverre de bestuurders en media niet zullen vragen naar een overzicht van het totaal aantal slachtoffers. Daarom is veel aandacht nodig voor een goed verwachtingsmanagement.

De richtlijn slachtofferregistratie schrijft verder voor welke gegevens (minimaal) geregistreerd en gedeeld moeten worden. Het Excelbestand 'basisgegevens', als instrument

voor de informatieverstrekking van de ziekenhuizen aan het Ac GHOR, is niet gebruikt. In gesprekken hebben de onderzochte ziekenhuizen (AMC, VUmc en SLAZ) aangegeven wel bekend te zijn met dit format maar dat het invullen teveel tijd zou kosten, die in de hectiek tijdens een incident niet beschikbaar is. Ziekenhuizen leverden gegevens aan van de behandelde slachtoffers en informatie of deze al dan niet opgenomen waren. Ziekenhuizen hebben geen medische gegevens van slachtoffers verstrekt. Zij gaven aan dat dit privacygevoelige informatie betreft. De inspectie sluit hierbij aan. De Wet veiligheidsregio's biedt het openbaar bestuur weliswaar een wettelijke grondslag waarmee zij tijdens een crisis een beroep kan doen op een zwaarwegend belang om persoonsgegevens over de gezondheid te verwerken, mits het openbaar bestuur passende waarborgen biedt ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer<sup>27</sup>. Maar de inspectie ziet bij de treinbotsing echter geen zwaarwegend belang, dat het openbaar bestuur over deze informatie zou moeten beschikken. Volgens haar heeft de gemeente geen medische gegevens van individuele slachtoffers nodig voor het informeren van verwanten.

Ook de Instructie Slachtofferregistratie is bij de incidentbestrijding niet door het Ac GHOR gevolgd. Het Ac GHOR maakte geen afspraken met de ziekenhuizen over de frequentie waarmee zij tijdens het incident slachtofferinformatie zouden sturen. Ook maakte het Ac GHOR geen afspraken met ziekenhuizen over het aanwijzen van een vaste contactpersoon voor het Ac GHOR. Mede daardoor slaagde het Ac GHOR er niet in om een actueel overzicht bij te houden van de spreiding van de gewonden over de ziekenhuizen. Ook de CGV slaagde er niet in om een actueel overzicht te krijgen van slachtoffers die per ambulance naar een ziekenhuis waren vervoerd (zie hoofdstuk 5 en 6).

Bij het treinincident werd zowel op plaats incident als in de opvanglocaties en in de ziekenhuizen beperkt gebruik gemaakt van de slachtofferregistratiekaart. Alleen de SIGMA-leden en het SLAZ gebruikten de kaart om slachtoffers te registreren. Andere hulpverleners en ziekenhuizen hebben de slachtoffers op een andere wijze geregistreerd.

Met de (proces)richtlijn slachtofferregistratie uit het Revo-project beschikt de veiligheidsregio wel over een systematiek en procedure voor het registreren van slachtoffers. De implementatie en toepassing laat echter te wensen over. De RAV beschikt niet over systematiek voor deze taak.

### **Lijsten met slachtoffers**

De registratie van diverse partijen leidde tot verschillende lijsten. Er is geen eenduidig overzicht beschikbaar van het totaal aantal slachtoffers en het aantal gewonden, dat betrokken was bij de treinbotsing. Op alle lijsten staan andere aantallen en verschillende persoonsgegevens. De GHOR-lijst kent gewonde slachtoffers, die op geen van de andere lijsten staan. Ook staan sommige slachtoffers als gewond op de GHOR-lijst maar als niet-gewond op de DBI en KLPD-lijst. En andersom. Er is niet één partij, die van alle andere

---

<sup>27</sup> Zie ook Wet bescherming persoonsgegevens art.23.

partijen de geregistreerde slachtoffergegevens ontvangen heeft. Veel slachtofferlijsten zijn handmatig samengevoegd en ontdebeld. Dit maakt het mede daarom foutgevoelig proces. Hoewel de GHOR binnen 24 uur na het incident wel over een lijst beschikt met de slachtoffers die op dat moment in een ziekenhuis waren gezien en/of opgenomen, stonden ook in die lijst dubbelingen.

De inspectie kan uit de lijst afleiden dat van zaterdagavond (21 april) tot zondagmiddag 16.00 uur (22 april) 117 personen behandeld zijn in een ziekenhuis en dat daarvan 18 personen zijn opgenomen. Op basis van de lijsten kan de inspectie geen uitspraken doen over het totaal aantal gewonde slachtoffers en het totaal aantal slachtoffers van deze treinbotsing.

### 3.3 Conclusies en aanbevelingen

#### Conclusies

De inspectie concludeert op basis van de bovenstaande analyse het volgende:

- De hulpverleningsdiensten pakten slachtofferregistratie snel als actiepunt op. De politie, de GHOR en de gemeente maakten echter geen afspraken over het doel en welke gegevens te registreren en te delen. Dit leidde tot een slachtofferregistratie, die door iedere partij naar eigen inzicht werd uitgevoerd.
- Geen van de partijen, betrokken bij de slachtofferregistratie, maakte gebruik van bestaande procedures en formats. Mede hierdoor bestond ten tijde van het incident onvoldoende zicht op welke slachtoffers per ambulance waren vervoerd en behandeld en/of opgenomen waren in een ziekenhuis.
- In de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland zijn veel goede ontwikkelingen geïntroduceerd. De implementatie en de toepassing zijn echter nog onvoldoende. Ook wordt in deze ontwikkelingen onvoldoende rekening gehouden met andere doelen van slachtofferregistratie dan verwanteninformatie.

#### Aanbevelingen

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusies het volgende aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland aan:**

Zorg voor een betere implementatie en toepassing van de (proces)richtlijn slachtofferregistratie. Pas het Excelbestand 'basisgegevens' uit de (proces)richtlijn indien nodig aan op basis van de landelijke handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen. Besteed hierin ook aandacht aan andere doelen van slachtofferregistratie.

Zie er met het oog op de inwerkingtreding van de tijdelijke Wet Ambulancezorg op toe dat de regionale ambulancevoorziening een slachtoffervolgsysteem ontwikkelt. Stimuleer het oefenen en indien nodig het uitvoeren van dit systeem.

4

# Triage

## 4.1 Definitie en beoordelingskader

### *Definitie*

Triage is het classificeren van slachtoffers van een (grootschalig) incident naar prioriteit van behandeling. Het doel is om te bepalen in welke volgorde slachtoffers geholpen moeten worden, zodat zoveel mogelijk slachtoffers het incident overleven en dat hun gezondheidsschade zoveel mogelijk beperkt blijft. Triëren is noodzakelijk als de vraag naar zorg (door het aantal slachtoffers en/of de ernst van hun verwondingen) het aanbod van de direct beschikbare professionele hulpverlening overstijgt.

Triage is een dynamisch proces. De toestand van de patiënt kan verbeteren door medische behandeling, maar ook verslechteren door fysiologische ontregeling. Het is daarom belangrijk dat herhaaldelijk triage plaatsvindt. Er wordt een onderscheid gemaakt in primaire triage op het incidentterrein (een eerste grove indeling op het plaats incident) en secundaire triage (op een behandellocatie).

### *Beoordelingskader*

Als beoordelingskader hanteert de inspectie - naast de algemene wetgeving - het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Dit protocol besteedt naast de reguliere hulpverlening ook aandacht aan de triage tijdens grootschalige incidenten<sup>28</sup> en schrijft het gebruik van slachtofferregistratiekaarten voor. Het LPA sluit aan op de algemene, (inter)nationaal erkende MIMMS-methodiek (Major Incident Medical Management and Support). Een variant voor de ziekenhuizen is de Hospital Major Incident Management Support.

---

<sup>28</sup> Landelijk Protocol Ambulancezorg. Herziene versie 7.2. 5.3: grootschalig incident en 5.18: Triage grootschalig incident. Maart 2011.



### Triage volgens de MIMMS-methode\*

Slachtoffers worden ingedeeld in de volgende categorieën:

- T1: het slachtoffer is ernstig gewond, ABC-instabiel, ofwel een of meer van diens vitale lichaamsfuncties (Airway, Breathing, Circulation) is/zijn bedreigd. Het slachtoffer moet zo snel mogelijk – maar in elk geval binnen 1 uur – worden gestabiliseerd. Binnen 2 uur moet het slachtoffer opgenomen zijn in een ziekenhuis.
- T2: het slachtoffer is gewond. Het slachtoffer dient binnen 6 uur behandeld te worden en opgenomen in een ziekenhuis.
- T3: het slachtoffer is licht gewond en kan ter plaatse worden behandeld en verzorgd.
- T4: deze categorie komt in principe alleen voor tijdens oorlogsomstandigheden. Het zijn slachtoffers die in de gegeven situatie niet gered kunnen worden of die overleden zijn. Behandeling wordt niet ingezet. In niet-oorlogsomstandigheden kan de categorie worden gebruikt om aan te geven dat het slachtoffer is overleden.

Het gebruik van de T-classificatie verdient voorrang boven de begrippen licht- en (zeer) zwaargewonden aangezien deze verschillend kunnen worden geïnterpreteerd.

*\*MIMMS geeft een systematiek voor de prioritering van activiteiten van de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige incidenten. De MIMMS-systematiek heeft de status van professionele norm. Binnen de ambulancewereld is de MIMMS de landelijk geaccepteerde norm.*

Voor een uitgebreide versie van het beoordelingskader wordt verwezen naar bijlage 4.

## 4.2 Analyse

De triage op plaats incident is in eerste instantie vertraagd door de chaotische situatie met veel rondlopende slachtoffers en omstanders en de schade in de treinen, die een goed overzicht en een vlotte doorloop belemmerden. In overleg met de andere reeds aanwezige geneeskundige hulpverleners, heeft de eerste ambulanceverpleegkundige gekozen voor een verdeling van de triagecapaciteit over beide treinen. Voor het monitoren van slachtoffers, die niet direct konden worden vervoerd, zette de eerste ambulanceverpleegkundige omstanders in.

De chauffeur van de eerste ambulance verliet bewust zijn wagen om een beter zicht op het plaats incident en het slachtofferbeeld te krijgen en te houden. Hij koos voor een centrale opstelling bij de treinen. Dit wijkt af van de procedure 'Grootschalig incident – chauffeur (eerste ambulance)' in het LPA waarin staat dat hij zijn ambulance strategisch en goed zichtbaar moet opstellen en zelf bij de ambulance dient te blijven om ambulancepersoneel op te vangen. In zijn positie had hij contact met de trierders en kon hij de aanrijdende ambulances wijzen welk slachtoffer te behandelen en te vervoeren. Het nadeel van deze positie was dat hij niet via de mobilfoon met de MKA kon communiceren. Dit was alleen mogelijk via de portofoon.

Door interpretatieruimte in de protocollen bestaan tussen hulpverleners verschillen in de wijze waarop zij de primaire triage bij de treinbotsing uitvoerden. Hierdoor was niet altijd sprake van een eenduidige classificatie. De slachtofferregistratiekaarten hadden een ondersteunende rol kunnen vervullen maar zijn, behalve door de SIGMA-leden in de GNK-tent en later in De Bogt, voor de triage weinig gebruikt. De meeste hulpverleners gaven als reden dat zij de kaart vergeten hebben te gebruiken. De inspectie concludeerde in eerdere onderzoeken ook dat slachtofferregistratiekaarten weinig gebruik werden. De inspectie is voorstander van een uniforme triage en registratie maar twijfelt door het geringe gebruik van de slachtofferregistratiekaart aan de praktische waarde ervan.

De triageresultaten werden door hulpverleners op papier genoteerd en mondeling doorgegeven aan de eerste ambulancechauffeur, die hiervan een overzicht bijhield. Wat door een hulpverlener als een T2-slachtoffer is geïnterpreteerd, kan op basis van vergelijkbare informatie door een andere hulpverlener als T3-slachtoffer worden geclassificeerd. Behalve een vertekend beeld kan dit ook een onjuiste prioritering veroorzaken. De inspectie heeft niet geconstateerd dat hiervan bij het treinincident ook daadwerkelijk sprake is geweest.

Doordat er herhaaldelijk hertriage van slachtoffers plaatsvond op meerdere triagepunten, zijn de classificaties, indien nodig, tijdig bijgesteld. Door de adrenalinerush direct na een incident kunnen slachtoffers soms een tijdelijk verminderde pijnsensatie hebben en daardoor in eerste instantie te laag geclassificeerd worden. Ook zijn niet alle symptomen en letsels direct duidelijk, soms worden deze pas duidelijk als zij langer bestaan. De geneeskundige hulpverleners moeten hier alert op zijn. Bij de treinbotsing bleek een aantal slachtoffers op de SEH van een ziekenhuis juist minder zwaar gewond. Een aantal slachtoffers, dat op het plaats incident als T1 was getrieerd, bleek bij aankomst op de SEH een T2. Dit kan worden verklaard doordat de onderzoeksmogelijkheden op de SEH uitgebreider zijn. Uit gesprekken met de ziekenhuizen heeft de inspectie de indruk dat patiënten ter plaatse goed zijn behandeld en getrieerd. Er zijn geen signalen dat het beeld van de primaire triage op het plaats incident en de secundaire triages sterk afwijken van het beeld dat de ziekenhuizen hadden bij het zien van de slachtoffers.

De hulpverleningsdiensten hebben, conform de MIMMS-methodiek, alle aanwezige niet- en lichtgewonde slachtoffers uitdrukkelijk geadviseerd om zich te laten onderzoeken voor het verlaten van het incidentterrein. Dit in verband met het risico op een hoog-energetisch trauma. Dit is conform de MIMMS-methodiek en volgens de OvD-G een leerpunt van de Poldercrash in 2009. De inspectie sluit aan bij de uitkomst van de interne evaluatie van de vijfhoek, dat controle op een hoogenergetisch trauma een goede keuze was maar dat deze eerder geoperationaliseerd had kunnen worden door de betrokken hulpverleners hierover te instrueren.

Het is volgens de inspectie moeilijk te voorkomen dat niet- en lichtgewonde slachtoffers zelfstandig en zonder medisch gezien te zijn het incidentterrein verlaten. Soms gebeurt dit al voor aankomst van de hulpverleningsdiensten. Uit de registratie van de NS is gebleken dat zich naderhand nog slachtoffers bij een huisarts of het ziekenhuis hebben gemeld.

De inspectie heeft geen aanwijzingen gevonden dat de triage en de medische hulpverlening aan het slachtoffer, dat uiteindelijk is overleden aan de verwondingen als gevolg van het treinincident, te kort is geschoten.

### 4.3 Conclusies en aanbevelingen

#### Conclusies

De inspectie concludeert op basis van de bovenstaande analyse het volgende:

- De eerste ambulance maakte een goede keuze door de triagecapaciteit te verdelen over beide treinen en omstanders in te zetten voor het monitoren van slachtoffers. De argumenten van de ambulancechauffeur om zijn wagen te verlaten wegen niet op tegen de zichtbaarheid en bereikbaarheid per mobilofoon die hij volgens protocol dient te waarborgen.
- Triagegegevens zijn bij de treinbotsing niet eenduidig vastgelegd. De slachtofferregistratiekaarten zijn hierbij nauwelijks gebruikt. Met het oog op de ruimte voor eigen interpretatie binnen de triageprotocollen, is een eenduidige registratie cruciaal. Mede door het ontbreken hiervan was het lastig een overzicht te krijgen van het aantal (zwaar) gewonde slachtoffers en bestond het risico op een onjuiste prioritering.
- De hulpverleningsdiensten zijn, behalve op de ernst van de verwondingen van de T1- en T2-slachtoffers, ook alert geweest op een mogelijk hoogenergetisch trauma bij (schijnbaar) niet- en lichtgewonden. Gedurende de hulpverlening bij het incident is continu sprake geweest van triage en hertriage, op verschillende locaties.

#### Aanbevelingen

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusies het volgende aan:**

##### *Aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland:*

Stimuleer en oefen het gebruik van protocollen bij grootschalige hulpverlening. Zorg dat alle hulpverleners tijdens een incident de bevindingen van de triage eenduidig vastleggen.

##### *Aan het Veiligheidsberaad:*

Onderzoek de praktische (meer)waarde van de slachtofferregistratiekaart. Bepaal naar aanleiding van de onderzoeksresultaten of en hoe het gebruik van de kaart moet worden gestimuleerd of biedt een alternatief.

5

# Gewondenspreiding

## 5.1 Definitie en beoordelingskader

### *Definitie*

Onder het proces gewondenspreiding verstaat de inspectie: het gericht verdelen van (zwaar) gewonde slachtoffers van een (grootschalig) incident met meerdere slachtoffers over ziekenhuizen om hen zo snel mogelijk de benodigde zorg te verlenen. Hierbij spelen de beschikbare behandelcapaciteit en levelindeling<sup>29</sup> van de ziekenhuizen een centrale rol. Bij een groot aantal slachtoffers is het belangrijk dat er binnen het ziekenhuis een goede doorstroom is vanuit de spoedeisende eerste hulp naar andere afdelingen. Ook moeten indien nodig operatiekamers en bedden op de intensive care vrijgemaakt worden. Uitgangspunt is dat de slachtoffers zoveel mogelijk worden verspreid om de druk over de ziekenhuizen en de verpleegafdelingen te verdelen. Een grootschalig incident met veel en/of zwaargewonde slachtoffers kan grote impact hebben op de reguliere processen in ziekenhuizen.

De inspectie is zich bewust van de specifieke context in de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. In een regio als Amsterdam (met veel ziekenhuiscapaciteit) is dit uitgangspunt niet vanzelfsprekend. Het is, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, ook te overwegen om slechts één of enkele ziekenhuizen in te zetten zodat de overige ziekenhuizen de reguliere (acute) zorg kunnen continueren.

### *Beoordelingskader*

Iedere Regionale Ambulanceoorziening (RAV) dient zowel volgens de wet als volgens landelijke richtlijnen te beschikken over een gewondenspreidingsplan. Het coördineren van de gewondenspreiding is belegd bij de Coördinator Gewondenvervoer (CGV). Voor de gewondenspreiding is een landelijk systeem, Octopus<sup>30</sup> beschikbaar.

GHOR Amsterdam-Amstelland heeft in een convenant met de ziekenhuizen afgesproken dat de ziekenhuizen in opgeschaalde omstandigheden informatie aan de GHOR verstrekken over de opvang- en behandel mogelijkheden. De GHOR Amsterdam-Amstelland beschikt niet over een specifieke procedure of richtlijn voor gewondenspreiding.

Voor een uitgebreide versie van het beoordelingskader wordt verwezen naar bijlage 4.

---

<sup>29</sup> Level 1-ziekenhuizen zijn de traumacentra. Level 2-ziekenhuizen zijn de grote regionale ziekenhuizen met intermediaire faciliteiten. Level 3-ziekenhuizen zijn de lokale ziekenhuizen met algemene faciliteiten.

<sup>30</sup> Octopus is een landelijk systeem voor het aanvragen en volgen van ambulancebijstand en voor gewondenspreiding tijdens calamiteiten. De meeste MKA's in Nederland maken gebruik van dit systeem.

## 5.2 Analyse

Door het ontbreken van een gewondenspreidingsplan verliep de verdeling van de slachtoffers over de ziekenhuizen door improvisatie van de MKA. De CGV koos voor de spreiding van de gewonden in eerste instantie voor drie ziekenhuizen. Zijn keuze baseerde hij onder meer op de locatie, de medische behandelcapaciteit en het level van de ziekenhuizen. In principe zouden alle T1-slachtoffers naar het VUmc gaan en alle T2-slachtoffers naar het OLVG en het SLAZ<sup>31</sup>. In de overige ziekenhuizen zou dan de reguliere acute zorg kunnen worden gecontinueerd. De CGV hield zich echter niet aan zijn keuze en had ook niet altijd zicht op de spreiding. Uiteindelijk zijn een bus met slachtoffers en daarnaast veel ambulances naar andere dan deze drie ziekenhuizen gereden. Hierbij was ook een aantal ambulances met slachtoffers, die op het plaats incident als T1 waren geclassificeerd. Het gevolg was dat het voor veel ziekenhuizen onduidelijk was wat zij konden verwachten en of ze wel of niet intern moesten opschalen. Op zoek naar informatie benaderden zij daarom zowel het Ac GHOR als de MKA. De inspectie stelt vast dat tijdens het treinincident verwarring is ontstaan bij de ziekenhuizen. Deze onduidelijkheid kwam mede doordat alleen de drie in eerste instantie geselecteerde ziekenhuizen een voorwaarschuwing van de MKA ontvingen. De zes overige ziekenhuizen, die slachtoffers van de treinbotsing hebben behandeld, ontvingen geen voorwaarschuwing en konden zich hierdoor naar eigen zeggen niet optimaal voorbereiden. De MKA geeft achteraf aan onvoldoende tijd te hebben om tijdens een incident alle ziekenhuizen een voorwaarschuwing te geven. De MKA vroeg hiervoor ook geen ondersteuning van andere MKA's. Naar aanleiding van de evaluatie van de GHOR is afgesproken dat een procedure voor het voorwaarschuwen van ziekenhuizen een onderdeel wordt van het regionaal protocol communicatie tussen de MKA en de ziekenhuizen.

In het verleden beschikte de MKA wel over een gewondenspreidingsplan maar door de komst van het landelijke systeem Octopus is dit veranderd. De MKA werkt niet met Octopus omdat een koppeling aan MIOS<sup>32</sup> tijdens een incident veel tijd kost. De Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland zal naar verwachting eind 2012 overschakelen op het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS) en kan dan wel gebruik maken van Octopus en het nieuwe systeem voor opschaling Pariter.<sup>33</sup>

De Veiligheidsregio beschikte ten tijde van het treinincident alleen over een 'bijlage gewondenspreidingsplan'. Hierin zijn naast de contactgegevens het aantal bedden per

<sup>31</sup> In de MKA is besloten (met het oog op de locatie) om alle slachtoffers met trauma van het incident naar het VUmc te sturen en alle overige trauma's (dus buiten het incident) naar het AMC.

<sup>32</sup> De MKA Amsterdam-Amstelland gebruikt het Meldkamer Informatie & Ondersteunend Systeem (MIOS) terwijl de meeste meldkamers gebruik maken van het Gemeenschappelijk Meldkamersysteem (GMS).

<sup>33</sup> Pariter is een nieuw systeem waarmee MKA's ambulancebijstand kunnen organiseren. Het systeem maakt, in tegenstelling tot Octopus, integraal onderdeel uit van de reguliere, landelijke IT-infrastructuur van Ambulancezorg Nederland. Hierdoor hoeven centralisten ten tijde van een crisis niet meer te switchen tussen verschillende systemen. Naar verwachting zal Pariter eind 2012 op alle MKA's operationeel zijn.

ziekenhuis en de medische behandelcapaciteit opgenomen. Die capaciteit is op een fictief beddenaantal bepaald en zegt dus weinig over daadwerkelijke capaciteit voor diverse triagecategorieën. De MKA beschikt daarnaast in MIOS over een overzicht van alle mutaties van de ziekenhuizen, zoals opnamestops.<sup>34</sup> Hierdoor heeft de MKA zicht op de opvangcapaciteit van de ziekenhuizen. Dit is volgens de ziekenhuizen echter niet altijd de meest actuele stand van zaken. De inspectie twijfelt daarom aan de meerwaarde van het overzicht van de opnamecapaciteit in MIOS en het overzicht met de medische behandelcapaciteit.

Naast de slachtoffers, die door de hulpverleningsdiensten naar ziekenhuizen werden vervoerd, was er ook een groot aantal zelfverwijzers. Zo waren alle 17 slachtoffers in het Zaan Medisch Centrum zelfverwijzers. Het is volgens de inspectie belangrijk dat de ziekenhuizen in de regio (en bij voorkeur ook in aangrenzende regio's) op de hoogte zijn dat een grootschalig incident heeft plaatsgevonden en dat men mogelijk slachtoffers met bepaalde letsels, zoals in dit geval een hoogenenergetisch trauma, kan verwachten.

Zowel het Ac GHOR als de MKA had tijdens het treinincident meestal geen vast aanspreekpunt binnen de ziekenhuizen. Bij het treinincident is het ZiROP en daarmee de ZiROP-coördinator niet in alle ziekenhuizen operationeel geworden. Het gevolg was dat de MKA en het Ac GHOR in de verschillende ziekenhuizen vaak met wisselende personen contact hadden. De inspectie benadrukt het belang van een vast aanspreekpunt in de ziekenhuizen voor de MKA en het Ac GHOR. Dit geldt dan voor situaties tussen het reguliere werk en inwerkingtreding van het ZiROP. Dit knelpunt is actief opgepakt in de interne evaluatie van de GHOR.

Ten slotte constateert de inspectie dat het AMC, het VUmc, het SLAZ en de MKA allen een ander beeld hebben van de afspraken over de gewondenspreiding. Het SLAZ en de MKA stellen dat in de regio hierover geen specifieke afspraken zijn gemaakt. Volgens het VUmc heeft zij naar aanleiding van de Poldercrash in 2009 de volgende afspraken met het AMC gemaakt: bij grote incidenten met veel slachtoffers worden de T1-slachtoffers gelijk verdeeld over de twee traumacentra. Het AMC meldt dat er een ongeschreven regel bestaat dat de slachtoffers in eerste instantie naar het ene ziekenhuis gaan terwijl het andere ziekenhuis het MMT levert. Het bevreemdt de inspectie dat tussen de ziekenhuizen en de MKA verschillende beelden ontstaan over de afspraken over de verdeling van (T1-)slachtoffers.

---

<sup>34</sup> Dit wordt door de ziekenhuizen zelf bijgehouden.

## 5.3 Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

De inspectie concludeert op basis van de bovenstaande analyse het volgende:

- Door het ontbreken van een gewondenspreidingsplan werd de taakuitvoering van de CGV bemoeilijkt en was de MKA niet voorbereid op de spreiding van een groot aantal gewonde slachtoffers over de ziekenhuizen. Hierdoor verliep de gewondenspreiding na het treinincident ongestructureerd.

### Aanbevelingen

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusie het volgende aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland aan:**

Zie er op toe dat de MKA en de ziekenhuizen afspraken maken over de gewondenspreiding en leg deze vast in een gewondenspreidingsplan. Stimuleer het oefenen en indien nodig het uitvoeren van het gewondenspreidingsplan door de verschillende partijen.

Zorg dat ziekenhuizen in de regio (en zo nodig aangrenzende regio's) tijdig worden geïnformeerd over incidenten, waarbij een groot aantal slachtoffers wordt verwacht.



6

# Bovenregionale ambulancebijstand

## 6.1 Definitie en beoordelingskader

### *Definitie*

Onder het proces bovenregionale ambulancebijstand verstaat de inspectie dat ambulances van buiten de eigen regio worden ingezet bij een (grootschalig) incident met meerdere slachtoffers in de eigen regio. Dit om slachtoffers de benodigde medische zorg op het plaats incident te kunnen verlenen en hen zo snel mogelijk naar ziekenhuizen te kunnen vervoeren.

### *Beoordelingskader*

Iedere Regionale Ambulanceoorziening (RAV) dient zowel volgens de wet als volgens landelijke richtlijnen te beschikken over een ambulancebijstandsplan. De CGV signaleert op basis van het aantal slachtoffers in relatie tot de aanwezige vervoerscapaciteit of (extra) ambulancebijstand nodig is, registreert dit en vraagt deze aan bij de MKA of via de OvD-G. Voor het inschakelen van ambulancebijstand is een landelijk systeem, Octopus beschikbaar.

De GHOR Amsterdam-Amstelland beschikt niet over een ambulancebijstandsplan maar wel over een procedure ambulancebijstand. In deze procedure zijn de taken van de CVG en MKA beschreven. Daarnaast is opgenomen dat bijstand kan worden aangevraagd via de Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg (LMAZ).

Voor een uitgebreide versie van het beoordelingskader wordt verwezen naar bijlage 4.

## 6.2 Analyse

De MKA van de regio Amsterdam-Amstelland alarmeerde in korte tijd veel ambulances. Dit betrof vooral veel bijstandsambulances. De omliggende veiligheidsregio's stelden 23 ambulances beschikbaar voor het treinincident. De inzet van bijstandsambulances verliep niet volgens de procedure ambulancebijstand. Zo ging de CGV niet ter plaatse met de verbindingscommandowagen (VC) maar vervulde de taak vanuit de MKA. Hij heeft er bewust voor gekozen om de VC niet op te starten omdat deze procedure ten minste een uur tijd in beslag zou nemen. Dat zou ten koste gaan van het overzicht dat hij op dat moment had op de MKA. Een andere afwijking van de procedure ambulancebijstand was de keuze van de MKA om geen gebruik van het LMAZ te maken voor bijstand. Volgens de MKA was de hulp van het LMAZ niet nodig.

Bij de inzet van de bijstandsambulances is geen gebruik gemaakt van Octopus<sup>35</sup>. De reden hiervoor is dat de MKA Amsterdam-Amstelland niet beschikt over dit systeem omdat het niet aansluit op MIOS. Door het gebruik van MIOS was het niet mogelijk om de ambulances uit andere regio's aan een rit te koppelen. Ook waren de statuscoderingen van de ambulances (wanneer weer leeg en inzetbaar<sup>36</sup>) niet inzichtelijk. Dit bemoeilijkte in de ogen van de inspectie de taak van de CGV. Zowel tijdens als na het incident was niet duidelijk vast te stellen wanneer welke ambulances waren ingezet. De inspectie constateert dat het gebruik van MIOS in plaats GMS invloed had op zowel het proces van ambulancebijstand als het proces van gewondenspreiding. De inspectie benadrukt dan ook het belang van een snelle overschakeling naar GMS. De regio Amsterdam-Amstelland heeft dit gepland voor eind 2012.

De Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland beschikt niet over een ambulancebijstandsplan of over afspraken voor de inzet van ambulances uit de omliggende Veiligheidsregio's. In de periode vóór de invoering van Octopus had de regio wel een bijstandsplan, samen met de Veiligheidsregio's Noord-Holland Noord en Flevoland.

In het eerste uur na de treinbotsing zijn slechts vier ambulances uit de eigen regio gealarmeerd, waarvan twee binnen tien minuten ter plaatse waren. Gezien het grote aantal gewonden en de locatie van het ongeval lag het volgens de inspectie voor de hand om direct na het treinincident meer ambulances uit de eigen regio te alarmeren. Het was die avond, zoals gebruikelijk op zaterdagavond en -nacht, echter erg druk op de MKA en datzelfde eerste uur moesten 11 eigen ambulances worden ingezet voor 15 reguliere, niet aan het incident gerelateerde spoedmeldingen<sup>37</sup>. Naast de 23 bijstandsambulances zijn uiteindelijk 12 ambulances uit de regio bij het incident actief geweest. Dit gebeurde vooral later op de avond (rond 22.00 uur). Volgens de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland is het een bewuste keuze geweest om de reguliere ritten door de eigen ambulances te laten uitvoeren en de bijstandsambulances te koppelen aan de treinincidentmeldingen. Het argument hiervoor is dat de slachtoffers van het incident al waren getrieerd en enkel afgevoerd hoefden te worden, terwijl de reguliere 112-meldingen in Amsterdam over het algemeen complexer zijn. Door bij deze bewuste keuze echter voorbij te gaan aan de ernst van de verwondingen van de slachtoffers, en dus ook de eventuele tijdsduur waarbinnen zij naar het ziekenhuis vervoerd moesten worden, is volgens de inspectie een risico genomen. Mede door het relatief beperkt aantal T1-slachtoffers bij het treinincident heeft dit voor zover bekend geen invloed gehad op de medische zorg aan de slachtoffers van het treinincident. Wel hebben slachtoffers langer moeten wachten op vervoer naar de ziekenhuizen.

---

<sup>35</sup> Octopus is een landelijk systeem voor het aanvragen en volgen van ambulancebijstand en gewondenspreiding tijdens calamiteiten. De meeste MKA's in Nederland maken gebruik van dit systeem.

<sup>36</sup> In MIOS kunnen bijstandsambulances wel aan een regio van herkomst gekoppeld worden.

<sup>37</sup> Ten tijde van het treinincident waren 13 ambulances uit de regio Amsterdam-Amstelland, 4 uit de regio Zaanstreek-Waterland en 1 rapid responder paraat.

Uit een aantal interviews komt de zorg naar voren over de geringe acute beschikbaarheid van de ambulances in de regio Amsterdam-Amstelland. Na afloop is in de diverse evaluaties door de GHOR kritiek geuit op zowel het aantal ingezette bijstandsambulances als op de tijdige aflossing door ambulances uit de eigen regio. De inspectie sluit zich daarbij aan. Het is niet te achterhalen hoe laat de meeste ambulances ter plaatse waren. Volgens de eerste ambulance duurde het lang voordat de aangevraagde ambulances arriveerden. Bijstandsambulances hebben logischerwijze een langere aanrijtijd.

### 6.3 Conclusies en aanbevelingen

#### Conclusies

De inspectie concludeert op basis van de bovenstaande analyse het volgende:

- Ondanks het ontbreken van een ambulancebijstandsplan of -afspraken werden snel bijstandsambulances gealarmeerd en toegezegd.
- De MKA nam het besluit door in de eerste uren van de incidentbestrijding voor het vervoer van (zwaar)gewonde slachtoffers vooral gebruik te maken van bijstands-ambulances. Het besluit tot inzet van bijstandsambulance werd niet gekoppeld aan de ernst van de verwondingen van de slachtoffers. Door het beperkte aantal T1-slachtoffers leidde dit niet tot ernstige consequenties. Wel moesten slachtoffers langer wachten op vervoer naar de ziekenhuizen.

#### Aanbevelingen

**De inspectie beveelt op basis van de bovenstaande conclusies het volgende aan de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland aan:**

Zorg voor een ambulancebijstandsplan waarin is vastgelegd hoe en wanneer bijstandsambulances worden ingezet ten opzichte van de inzet van eigen ambulances. Neem bij de afweging tot het inzetten van bijstandsambulances de ernst van de verwondingen en het aantal (verwachte) slachtoffers mee.

Met het oog op de inwerkingtreding van de tijdelijke Wet Ambulancezorg per 1 januari 2013 beveelt de inspectie aan een ambulancebijstandsplan op te stellen.

# Bijlagen

# I. Afkortingen

<b>Afkorting</b>	<b>Volledige naam</b>
ABC	Airway, Breathing, Circulation (luchtweg, ademhaling, circulatie)
Ac GHOR	Actiecentrum GHOR
Ambu	Ambulance
AMC	Academisch Medisch Centrum
CGV	Coördinator Gewondenvervoer
CoPI	Commando Plaats Incident
CRIB	Centraal Registratie en Informatie Bureau
DBI	Dienst Basisinformatie
DWI	Dienst Werk en Inkomen
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio
GRIP	Gecoördineerde Regionale incidentbestrijdingsprocedure
GMS	Geïntegreerd Meldkamer Systeem
GNK-C	Geneeskundige Combinatie
GNK-tent	Tent van de geneeskundige combinatie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Inspectie VenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie
KLPD	Korps Landelijke Politiediensten
LMAZ	Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support
MIOS	Meldkamer Informatie & Ondersteunend Systeem
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Medisch Mobiel Team
NAW	Naam adres woonplaats
NS	Nederlandse Spoorwegen
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
OvD	Officier van dienst
OvD-G	Officier van dienst geneeskundig
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ReVo	Project over slachtofferregistratie ReVo staat voor registreren en volgen
SEH	Spoeisende hulp
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
SIS	Slachtoffer Informatie Systematiek
SLAZ	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

<b>Afkorting</b>	<b>Volledige naam</b>
T1	het slachtoffer is ernstig gewond, ABC-instabiel, Het slachtoffer moet zo snel mogelijk – maar in elk geval binnen 1 uur – worden gestabiliseerd. Binnen 2 uur moet het slachtoffer opgenomen zijn in een ziekenhuis.
T2	het slachtoffer is gewond. Het slachtoffer dient binnen 6 uur behandeld te worden en opgenomen in een ziekenhuis.
T3	het slachtoffer is licht gewond en kan ter plaatse worden behandeld en verzorgd.
tWAZ	Tijdelijke Wet Ambulancezorg
VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum
ZiROP	Ziekenhuis Rampenopvangplan

## II. Bronnen

De inspectie maakte bij dit onderzoek gebruik van de volgende bronnen:

- Bijlage Gewondenspreidingsplan
- Convenanten tussen de ziekenhuizen en de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland en de veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland
- Evaluatie en debriefing VUmc
- Evaluaties treinincident van de GHOR
- Evaluatie treinincident van de vijfhoek
- Format Slachtofferlijst Ziekenhuizen van het Ac GHOR
- GMS gegevens (brandweer en compleet)
- Handleiding Slachtoffervolgsysteem VUmc
- Instructie - Slachtofferregistratie
- Instructie ZiROP VUmc
- LCMS gegevens treinincident Westerpark
- Logboekformulieren DWI
- Logboek MIOS
- OTO beleidsplan 2012-2013 VUmc
- Overzicht ambulanceritten MIOS
- Overzicht ingezette ambulances totaal
- P2000 uitdraai
- Procedure ambulancebijstand MKA handboek
- Procesrichtlijn Slachtofferregistratie
- Regionaal crisisplan 2012-2016
- Registratie GNK-C
- Registratieformulier - DBI Amsterdam
- Rit informatie RAV Hollands Midden
- Rit informatie RAV Utrecht
- Rit informatie RAV Gooi en Vechtstreek
- Rit informatie RAV Kennemerland
- Rit informatie RAV Flevoland
- Rit informatie RAV Noord Holland Noord
- Totaal overzicht verloop slachtoffers treinincident GHOR
- Verslagen COPI
- Verslag RAC
- Verslagen interface



### Lijsten met slachtoffers:

- Totaallijsten KLPD
- Totaallijst gemeente
- Namenlijst slachtoffers NS
- Registratielijst Ac GHOR

# III. Betrokken organisaties

De inspectie sprak voor dit onderzoek met verschillende functionarissen en vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- Ambulance Amsterdam
- Academisch Medisch Centrum
- Brandweer Amsterdam-Amstelland
- Gemeente Amsterdam
- GHOR Amsterdam-Amstelland
- GHOR Nederland
- Korps Landelijke Politie Diensten
- Meldkamer Ambulancezorg Amsterdam-Amstelland
- Nederlandse Rode Kruis Amsterdam
- Nederlandse Spoorwegen
- Politie Amsterdam-Amstelland
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
- Slachtofferhulp Nederland
- Vrije Universiteit medisch centrum

# IV. Beoordelingskader

## Beoordelingskader slachtofferregistratie

### *Wet- en regelgeving*

- De Wet veiligheidsregio's (art. 35) stelt onder meer dat de meldkamer belast is met het ontvangen en registreren van alle acute hulpvragen ten behoeve van de geneeskundige hulpverlening en het ambulancevervoer.
- In het Besluit personeel veiligheidsregio (art. 2) en bijlagen worden de GHOR-functionarissen en hun kerntaken benoemd. In bijlage B (art. 1 lid 2) is onder meer als kerntaak van de Coördinator Gewondenvervoer opgenomen: het coördineren van de slachtofferregistratie.
- In het Besluit veiligheidsregio's (art. 2.1.3) staat dat het team bevolkingszorg van een gemeente verantwoordelijk is voor onder meer het registreren van slachtoffers van een grootschalig incident, ramp of crisis.
- Met ingang van 1 januari 2013 staat de invoering van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg gepland. Bijbehorende beleidsregels<sup>38</sup> stellen onder meer dat de Regionale Ambulancevoorziening een slachtoffersvolg-systeem heeft.

### *Landelijke procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

- In het modelconvenant Ambulancezorg en GHOR (2010) worden concrete producten benoemd als uitwerking van de wettelijke taken van de Regionale Ambulancevoorziening en GHOR bij rampen of crisis. Per product zijn ook prestatie-indicatoren beschreven. Als product wordt onder meer een systematiek voor slachtofferregistratie genoemd.
- Per 1 juli 2007 heeft de GHOR de slachtofferregistratiekaart landelijk ingevoerd. Deze kaart ondersteunt bij het op uniforme wijze triëren en registreren van slachtoffers.

### *Regionale procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

- GHOR Amsterdam-Amstelland heeft in een convenant samenwerkingsafspraken vastgelegd met alle ziekenhuizen in de eigen regio en de regio Zaanstreek-Waterland over de voorbereiding op en uitvoering van de taken bij een ramp of crisis. In dit convenant staat onder meer dat ziekenhuizen in opgeschaalde omstandigheden informatie aan de GHOR verstrekken over de behandelde en/of opgenomen slachtoffers. Dit met inachtneming van privacyregels, zoals vastgelegd in de (proces) richtlijn slachtofferregistratie. Deze richtlijn bevat een format voor de gegevensuitwisseling, het Excelbestand 'basisgegevens'.

<sup>38</sup> Beleidsregels ter uitvoering van artikel 6, derde lid van de Tijdelijke Wet op de Ambulancezorg; par. 8 Opschaling, art. 20+21.

- Verder is er een regionale Instructie Slachtofferregistratie voor het Actiecentrum GHOR (2009). Hierin staat dat het Ac GHOR afspraken met de ziekenhuizen maakt over de frequentie waarmee zij tijdens een incident slachtofferinformatie sturen en over het aanwijzen van een vaste contactpersoon per ziekenhuis voor het Ac GHOR.

#### *Aanbevelingen eerdere inspectieonderzoeken*

- De inspectie heeft in eerdere onderzoeken onder meer tekortkomingen gesignaleerd op het gebied van slachtofferregistratie. Bijbehorende aanbeveling en kabinetsreactie stellen beide dat de veiligheidregio's beschikken over een eenduidige systematiek en procedure voor het registreren van slachtoffers. Alle (zorgketen)partners zijn op hoogte van deze systematiek en gebruiken deze.

### **Beoordelingskader triage**

#### *Landelijke procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

##### **Protocol Eerste ambulance**

In de regio Amsterdam-Amstelland wordt het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) gevolgd. Hierin staat dat de eerste ambulance verantwoordelijk is voor een situatierapport volgens METHANE<sup>39</sup> aan de MKA. De ambulanceverpleegkundige coördineert de zorg ter plaatse tot de OvD-G aanwezig is. De ambulancechauffeur onderhoudt contact met zijn verpleegkundige, de MKA en de aanrijdende ambulances. Ook houdt hij het overzicht over het incident, het aantal gewonde slachtoffers en het aantal benodigde eenheden.

##### **Triage volgens MIMMS-methodiek**

Op basis van de Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) worden slachtoffers ingedeeld in vier categorieën:

- T1: het slachtoffer is ernstig gewond, moet binnen 1 uur gestabiliseerd worden en moet binnen 2 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis.
- T2: het slachtoffer is gewond en moet binnen 6 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis.
- T3: het slachtoffer is lichtgewond en kan ter plaatse worden behandeld en verzorgd.
- T4: deze categorie komt alleen voor in oorlogsomstandigheden. Het slachtoffer kan niet gered worden of is al overleden.

Het belang van herhaaldelijke hertrage van alle slachtoffers wordt benadrukt.

#### *Aanbevelingen eerdere inspectieonderzoeken*

Tijdens de Poldercrash in 2009 concludeerde de inspectie dat de hulpverleners de MIMMS-methodiek te beperkt hadden toegepast. Met name was men onvoldoende en pas in een

<sup>39</sup> METHANE staat voor Major incident, Exact location, Type of incident, Hazards (potentiële en/of aanwezige gevaren), Access (aanrijroute), Numbers (geschat aantal en type slachtoffers) en Emergency services (hulpverleningsdiensten aanwezig en vereist).

laat stadium alert op eventueel hoog energetisch trauma bij (schijnbaar) niet- en lichtgewonde slachtoffers.

## Beoordelingskader gewondenspreiding

### *Wet- en regelgeving*

- Het Besluit personeel veiligheidsregio (art. 2) en bijlagen benoemen de GHOR functionarissen en hun kerntaken. In bijlage B bij artikel 1 lid 2 zijn de kerntaken van de Coördinator Gewondenvervoer (CGV) opgenomen. Een van die taken is het coördineren van gewondenvervoer.
- De Nota Verantwoorde Ambulancezorg (2009) stelt dat de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) integraal verantwoordelijk is voor het verrichten van verantwoorde ambulancezorg, zowel in de dagelijkse situatie als bij rampen en ongevallen. Met ingang van 1 januari 2013 staat de invoering van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg gepland. In de beleidsregels wordt geëist dat de RAV schriftelijke afspraken heeft met de Directeur Publieke Gezondheid. De RAV dient hiertoe onder meer een gewondenspreidingsplan te hebben.

### *Landelijke procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

- In het modelconvenant Ambulancezorg en GHOR (2010) worden concrete producten benoemd als uitwerking van de wettelijke taken van de Regionale Ambulancevoorziening en de GHOR. Het betreft onder ander het gewondenspreidingsplan.
- Sinds 2008 is er een landelijk systeem, Octopus voor onder andere gewondenspreiding beschikbaar.
- In de voormalige basisleerstof GHOR is opgenomen dat gewonde slachtoffers van een (grootschalig) incident, indien het aantal te groot is om in één ziekenhuis te kunnen opvangen en behandelen, gespreid worden over meerdere ziekenhuizen. Dit wordt uitgevoerd aan de hand van een gewondenspreidingsplan. Hierbij wordt gekeken naar de capaciteit en de specialismen van de ziekenhuizen, in volgorde van oplopende afstand.

### *Regionale procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

- GHOR Amsterdam-Amstelland heeft in een convenant samenwerkingsafspraken met alle ziekenhuizen in de eigen regio en de regio Zaanstreek-Waterland over de voorbereiding op en uitvoering van de taken in geval van een ramp of crisis vastgelegd. In dit convenant staat dat de ziekenhuizen in opgeschaalde omstandigheden informatie aan de GHOR verstrekken over de opvang- en behandelmogelijkheden.
- De GHOR Amsterdam-Amstelland beschikt niet over een specifieke procedure of richtlijn voor gewondenspreiding.

### *Aanbevelingen eerdere inspectieonderzoeken*

- De inspectie signaleerde in eerdere onderzoeken tekortkomingen op het gebied van gewondenspreiding. Een van de kabinetsreacties was dat de veiligheidsregio dienst te beschikken over afspraken over bovenregionale gewondenspreiding;

## **Beoordelingskader bovenregionale ambulancebijstand**

### *Wet- en regelgeving*

- De Wet Veiligheidsregio's (art. 19) bepaalt dat het Bestuur van de veiligheidsregio, het Regionaal College en de Minister van veiligheid en Justitie een convenant opstellen over de samenwerking tussen de hulpverleningsdiensten bij rampen en crises. Voor de meldkamerfunctie (art. 35) worden in het convenant onder meer afspraken vastgelegd over het beleid en de operationele prestaties. Hetzelfde artikel geeft aan dat de meldkamer is belast met het ontvangen, registreren en beoordelen van alle acute hulpvragen ten behoeve van de brandweer, de geneeskundige hulpverlening, het ambulancevervoer en de politie, het bieden van een adequaat hulpaanbod, en het begeleiden en coördineren van de hulpverleningsdiensten.
- De Nota Verantwoorde Ambulancezorg (2009) stelt dat de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) integraal verantwoordelijk is voor het verrichten van verantwoorde ambulancezorg, zowel in de dagelijkse situatie als bij rampen en ongevallen. Met ingang van 1 januari 2013 staat de invoering van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg gepland. In de beleidsregels wordt geëist dat de RAV schriftelijke afspraken heeft met de Directeur Publieke Gezondheid. De RAV dient hiertoe onder meer een ambulancebijstandsplan te hebben.
- Het Besluit personeel veiligheidsregio (art. 2) en bijlagen benoemen GHOR-functionarissen en hun kerntaken. In bijlage B bij artikel 1 lid 2 zijn de kerntaken van de Coördinator Gewondenvervoer (CGV) opgenomen. Deze taken zijn onder andere het inrichten en in stand houden van een ambulancestation.

### *Landelijke procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

- In het modelconvenant Ambulancezorg en GHOR (2010) worden concrete producten benoemd als uitwerking van de wettelijke taken van de Regionale Ambulancevoorziening en de GHOR. Het betreft onder andere een ambulancebijstandsplan.
- Sinds 2008 een landelijk systeem, Octopus voor onder andere gewondenspreiding beschikbaar.

### *Regionale procesplannen, richtlijnen en handreikingen*

- De GHOR Amsterdam-Amstelland beschikt niet over een specifieke procedure of richtlijn voor de inzet van bijstandsambulances.



## Colofon

Dit is een uitgave van de Inspectie Veiligheid en Justitie  
en de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Lange Houtstraat 26 | 2511 CW Den Haag

Postbus 20301 | 2500 EH Den Haag

[www.ivenj.nl](http://www.ivenj.nl)

December 2012 | J-16461