

VERBETERING VAN DE HULPVERLENING AAN SLACHTOFFERS VAN VERKEERSONGEVALLEN

Een zwartboek

R-89-40

Ir. F.C. Flury

Leidschendam, 1989

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid SWOV

INHOUD

Voorwoord

Inleiding

1. De statistische ruimte voor hulpverlening
2. "Zwarte" incidenten in de hulpverlening
3. Achtergronden voor het ontstaan van "zwarte" incidenten
 - 3.1. Gedragsregels voor hulpverlening op de plaats van het ongeval
 - 3.2. Vals alarm van ambulancediensten
 - 3.3. Overeenkomsten tussen gemeenten en particuliere ambulancebedrijven
 - 3.4. Bevoegdheden ambulancevervoer
 - 3.5. Bevoegdheden van ambulancepersoneel
 - 3.6. Hulpverlening in verband met psychotrauma
4. Maatregelen en hun mogelijke doelmatigheid
 - 4.1. Ongevallendetectie
 - 4.2. Ongevallenmelding
 - 4.3. Landelijk nummer
 - 4.4. Regeling ambulancevervoer
 - 4.5. Bevoegdheden van ambulanceverpleegkundigen
 - 4.6. Hulpverlening bij psychische problemen
 - 4.7. Juridische hulpverlening
5. Conclusies en aanbevelingen

Literatuur

Bijlagen

1. Hulpverlening bij overige schade en problemen
2. Verzameling kranteknipsels betreffende zwarte incidenten

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

VOR	Dienst Verkeersongevallenregistratie te Heerlen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek te Voorburg
SIG	Stichting Informatie Gezondheidszorg
WA	Wettelijke Aansprakelijkheid
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Dienst
CPA	Centraal Post Ambulancevervoer
LOS	Landelijke Organisaties Slachtofferhulp
SBS	Stichting Bescherming Slachtoffers

VOORWOORD

Sinds het begin van de jaren '80 is regelmatig door mensen werkzaam in de hulpverlening aan ongevalsslachtoffers (zowel traumatologen als ambulance verpleegkundigen) betoogd, dat de hulpverlening aan slachtoffers van ongevallen op basis van bestaande kennis en kunde belangrijk verbeterd kan worden.

Dit standpunt is ingenomen door tal van sprekers op congressen van de Vereniging voor Traumatologie, Arts en Auto, het congres "Safety First" in Maastricht, in een notitie van de Vereniging voor Traumatologie, in proefschriften en daarop voortbouwende publikaties en in vaktijdschriften.

Verbetering wordt mogelijk geacht in iedere behandelingsfase, omdat in iedere fase van de behandeling fouten gemaakt blijken te worden, kostbare tijd verloren gaat en/of noodzakelijke behandelingen achterwege blijven. Gevolgen van deze tekortkomingen zijn:

- Vermijdbare dodelijke afloop in een aantal gevallen (op basis van een evaluatieonderzoek geschat op enige honderden gevallen per jaar).
- Vermijdbare invaliditeit/functieverlies in een vooralsnog niet bekend aantal gevallen.

Veel gebeurtenissen die met bovengeschetste problematiek verband houden zijn in de loop der jaren bij een breder publiek bekend geworden, hetzij door berichtgeving in de pers, hetzij door mondelinge overlevering. Dit rapport is gebaseerd op een verzameling gebeurtenissen (incidenten) die zich in enige fase van de hulpverlening aan slachtoffers van ongevallen hebben voorgedaan. Het gaat om incidenten die aan een breder publiek bekend konden worden, hetzij door berichtgeving in de pers, hetzij door mondelinge overlevering. Er is onderscheid gemaakt tussen:

- Witte incidenten, gebeurtenissen waarbij de beschouwde fase van de hulpverlening vlekkeloos verliep, en
- Zwarte incidenten, gebeurtenissen waarbij ernstige tekortkomingen te constateren zijn, die voor de kansen op overleving en herstel ongunstig kunnen zijn. Bij de meeste van deze incidenten is het welzijn van een enkele betrokkene in het geding. Vele van zulke incidenten kunnen echter het leven en de gezondheid van velen aantasten.

Sommige van deze incidenten kunnen een nauwelijks te pareren, ongelukkige samenloop van omstandigheden zijn.

Andere incidenten zijn echter symptomatisch, i.e. ze worden bevorderd door

bestaande gewoonten en situaties of door geldende regels, die voor verandering vatbaar zijn.

Bij dit rapport, samengesteld door Ir F.C. Flury, stond het opsporen van dergelijke structurele problemen voorop.

INLEIDING

Het post-crash beleid beoogt hulpverlening, in de ruimste zin, aan betrokkenen bij verkeersongevallen en het scheppen van de voorwaarden daartoe.

Kenmerkend voor alle hulpverlening is, dat daarmee in eerste instantie geen schade in welke vorm dan ook voorkomen kan worden. Slechts is het mogelijk om schade die in de crashfase van een verkeersongeval ontstaan is te herstellen of deze op andere wijze te vereffenen, danwel het schadeontwikkelingsproces tijdens de post-crashfase in gunstige zin bij te sturen.

In de praktijk is het niet mogelijk alle schade te herstellen en voor zover dat wel mogelijk is wordt slechts een deel van de schade feitelijk vereffend.

Voor een kwalitatieve beoordeling van de vraag in hoeverre de hulpverlening nog kan bijdragen in het totaal van het verkeersveiligheidsbeleid, is het van belang na te gaan, welk deel van de ongevalsschade herstelbaar of op andere wijze vereffenbaar is, welk deel van de herstelbare ongevalsschade feitelijk vereffend wordt, en welke mogelijkheden er zijn om dit aandeel te vergroten.

Uitgangspunt vormen de persoonlijke problemen van ongevalsbetrokkenen. Bij de besluitvorming over maatregelen ter verbetering van de hulpverlening dient wel overwogen te worden, dat ook de deskundigen die in de post-crashfase werkzaam zijn medemenselijke betrokkenheid voelen met de verkeersslachtoffers, ook wanneer zij die beroepshalve tegenover zich vinden (bijv. als vertegenwoordiger van de aansprakelijk gestelde partij). Deze attitude vormt evenwel geen garantie voor optimale hulpverlening. Het ontbreken van een doelmatig systeem voor detectie en melding van de behoefte aan professionele hulp, een tekort aan doelmatigheid bij de inzet van personele en materiële hulpmiddelen waar deze het meest dringend vereist is, leidt tot "zwarte" incidenten, tot verlies aan herstelkansen en in extreme gevallen tot verlies aan mensenlevens.

Voor een deel van de slachtoffers is de snelheid waarmee hulp geboden wordt van doorslaggevend belang voor de afloop. Professionele hulp kan doorgaans niet tijdig aanwezig zijn in geval van brand, auto te water, blokkering van luchtwegen en bij ernstige slagaderlijke bloedingen. De overlevingskans van slachtoffers is dan in sterke mate afhankelijk van het vermogen van leken om in dergelijke gevallen adequaat te handelen.

De ervaring leert dat bij auto te water ongevallen de overlevingskans in het merendeel van de gevallen afhangt van het vermogen van de slachtoffers om zichzelf te redden.

In dit rapport wordt de aandacht gericht op problemen ten aanzien van de hulpverlening bij persoonsschade. In de eerste plaats betreft dit lichamelijk letsel. In toenemende mate wordt echter duidelijk dat ook psychische schade een niet te verwaarlozen aspect van de schade bij verkeersongevallen vormt. Ook de hulpverlening voor andere schadevormen en problemen ten gevolge van ongevallen functioneert echter niet perfect, waarvan enkele voorbeelden in de bijlage zijn gegeven. Men mag niet verwachten, dat incidenten van een uitzonderlijke soort effectief te bestrijden zijn door middel van maatregelen met een algemeen bestuurlijk of organisatorisch karakter. Van die typen incidenten die veelvuldig plaatsvinden, gespreid in ruimte en tijd, mag worden verondersteld dat er een gemeenschappelijke verklaring te vinden is in regelgeving, procedures, organisatie en management. In dat geval zijn mogelijke aangrijpingspunten ter bestrijding van dergelijke typen incidenten aan te wijzen.

Dit onderzoek naar "zwarte" incidenten heeft een inventariserend karakter ten aanzien van incidenten die zich in de hulpverlening voordoen. Als bron is in dit stadium uitsluitend gebruik gemaakt van informatie waarover het niet beroepsmatig bij de hulpverlening betrokken publiek kan beschikken, hetzij door ervaringen of waarnemingen in de eigen omgeving, danwel door informatie via de media.

Bij een dergelijke benadering mag men verwachten met relatief geringe onderzoekinspanningen betrekkelijk snel een eerste verzameling gevallen ter beschikking te kunnen krijgen, die evenwel zeker niet representatief zal zijn. Men moet veronderstellen, dat het geheugen van de meeste ondervraagden selectief is voor gebeurtenissen met een dramatisch karakter, voor de dramatische aspecten van de gebeurtenissen, van de individuele perceptie in dit opzicht, en dat men bij de weergave daarvan de dramatische aspecten benadrukt en overbelicht. Hetzelfde verschijnsel mag men verwachten bij de berichtgeving in de media. Ook verslaggevers kunnen behept zijn met selectieve belangstelling danwel op de selectieve belangstelling van het publiek inspelen. Wanneer men kennis neemt van de argumenten die naar voren worden gebracht bij discussies tussen professionele hulpverleners over experimenten of voorgestelde maatregelen op het gebied van de medische hulpverlening dan is niet te ontkomen aan de indruk, dat

emotionele en/of subjectieve overwegingen en groepsbelangen ook daar een rol spelen (zie bijv. de discussie rond het Haagse crashteam-experiment, Bijlage 2).

Het verklarend karakter van het onderzoek blijft daarom beperkt tot het niveau van hypothesevorming. Voor het vermijden van "zwarte" incidenten in de toekomst zijn uiteraard die verklaringen van belang die betrekking hebben op factoren die gewijzigd kunnen worden door maatregelen, bijv. ten aanzien van procedures en regelgeving, infrastructuur en organisatiestructuur.

1. DE STATISTISCHE RUIMTE VOOR HULPVERLENING

Anno 1988 bedraagt de verwachting van het jaarlijks aantal verkeersdoden omstreeks 1500 personen. Een niet nauwkeurig bekend gedeelte daarvan zal op slag gedood worden. Deze groep slachtoffers is ook met de meest snelle en effectieve wijze van hulpverlening niet te redden. Zij maken deel uit van de grotere groep slachtoffers, die op de plaats van het ongeval overlijden voordat medische hulp beschikbaar is. Voor deze groep, die naar schatting, op grond van vroeger onderzoek omstreeks 700 personen telt, komt medische hulp te laat. Een deel van deze groep zou echter te redden zijn door het niveau van de hulpverlening op te voeren. Deze slachtoffers kunnen voorlopig worden beschouwd als de eerste doelgroep voor verbetering van de medische hulpverlening. De overige 800 slachtoffers vormen de tweede doelgroep voor verdere ontwikkeling van de traumatologische zorg.

De derde doelgroep wordt gevormd door een deel van de letselslachtoffers. Blijkens recent onderzoek [5] bedraagt het aantal gewonden ten gevolge van verkeersongevallen tenminste 430.000 per jaar. Daarvan worden omstreeks 90.000 gewonden geregistreerd door schadeverzekeraars, terwijl bij het CBS minder dan 50.000 gewonden per jaar geboekt worden. Daarvan worden er volgens SIG registratie ongeveer 23.000 opgenomen in ziekenhuizen. Voor een deel van deze groep is geen herstel mogelijk, zij zijn blijvend invalide. Voor een deel van de groep is slechts partieel herstel mogelijk. Over aantallen slachtoffers ten gevolge van blokkering van luchtwegen en van slagaderlijke bloedingen zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar. Jaarlijks komen ca. 50 mensen om en raken er 200 gewond bij auto te water ongevallen. Het aantal brandwonden-slachtoffers door verkeersongevallen is niet bekend. Jaarlijks worden 60.000 mensen poliklinisch behandeld, ca. 4.000 mensen worden in een ziekenhuis opgenomen, waarvan 500 in een der brandwondencentra. Van die laatste groep omstreeks 5% na een verkeersongeval. Over de andere groepen is echter niet bekend of het percentage verkeersslachtoffers hoger, gelijk of lager is.

Over het aantal gehandicapten dan wel mensen met functieverlies ten gevolge van verkeersongevallen zijn geen recente gegevens beschikbaar. De grootte-orde is te schatten op basis van gegevens in de CBS-publicatie "Gehandicapten wel geteld" 1971/72 [6] en het Compendium Gezondheidsstatistiek [7]. Het aantal gehandicapten bedraagt omstreeks 50.000, met gezamenlijk omstreeks 80.000 functiestoornissen, waarvan ongeveer tweederde ten aanzien van de loopfunctie en/of de arm/handfunctie. De overige

gewonden herstellen na kortere of langere tijd. Ook over de duur van het herstellingsproces is weinig statistisch materiaal voorhanden. Van een voortschrijdende traumatologische technologie, maar ook van een systematische optimale toepassing van de huidige stand van kennis en kunde op dit gebied is te verwachten, dat de benodigde duur voor herstel korter wordt, dat het percentage blijvend invaliden afneemt, dat de herstelgraad hoger wordt.

Als gevolg daarvan zal ook de financiële belasting op de gezondheidszorg en de sociale voorzieningen wegens verkeersongevallen af kunnen nemen.

- Over het verschijnsel psychotrauma als gevolg van verkeersongevallen is kwantitatief nog weinig bekend. Er zijn echter indicaties die aannemelijk maken, dat het mogelijk om tienduizenden personen gaat. In thans lopend onderzoek wordt nagegaan in hoeverre herstel kan worden bereikt door diverse vormen van psychotherapie of crisisinterventie. Verwacht mag worden, dat als resultaat van verdere ontwikkelingen op dit terrein en door ruimere bekendheid bij het publiek van de mogelijkheden op dit gebied veel slachtoffers met deskundige hulp van hun problemen verlost zullen kunnen worden.

2. "ZWARTE" INCIDENTEN IN DE HULPVERLENING

Aan betrokkenen bij verkeersongevallen wordt in vele vormen hulp geboden, zowel door leken als door deskundige professionele hulpverleners op velerlei gebied. De kwaliteit van deze hulpverlening is niet steeds boven discussie verheven. Herhaaldelijk worden fouten gemaakt, waardoor niet altijd tot het beoogde doel van de hulpverlening, vereffening van de ontstane schade, wordt bijgedragen. In ernstiger gevallen kunnen fouten bij de hulpverlening vereffening van de schade belemmeren of nog erger, additionele schade veroorzaken. Er is voldoende aanleiding om dergelijke gebeurtenissen aan te duiden als "zwarte" incidenten, met name voorzover aanmerkelijke verschillen blijken met overeenkomstige gebeurtenissen waarbij de hulpverlening wel optimaal verliep.

Het merendeel van de hierna vermelde incidenten zijn publiekservaringen van het soort waarvan men kennis kan nemen via de media, of in gesprekken in eigen omgeving, met familie, vrienden en collega's.

Een eerste verzameling is geput uit de herinnering van de auteur, over een reeks jaren, ten dele uit eigen waarneming, deels van anderen gehoord of gelezen. Details van tijd, plaats en omstandigheden zijn in die groep relatief schaars. Recentere gevallen zijn uiteraard beter gedocumenteerd. Mogelijk zijn sommige van de zwarte incidenten inderdaad incidenteel, met andere woorden uitzonderlijk. Een aantal typen incidenten blijkt echter regelmatig voor te komen over een reeks jaren op verschillende plaatsen en onder uiteenlopende omstandigheden. Aannemelijk is dat voor dergelijke incidenten een systematische verklaring te geven is, hetzij in de soorten situaties waarin dergelijke incidenten zich voordoen (tijd en plaats), hetzij als gevolg van de wijze waarop de hulpverlening georganiseerd is. Voor zover symptomatisch moet een veelvoud aan gevallen te vinden zijn in de archieven van de betreffende hulpverleningsorganisaties.

In de volgende paragrafen worden een aantal van dergelijke "zwarte" incidenten beschreven, gerangschikt naar aard en fase van de hulpverlening. Als vergelijkingsmateriaal zijn ook overeenkomstige "witte" incidenten beschreven.

a. Detectie

Aannemelijk is dat de condities voor detectie gunstig zijn waar veel verkeer aanwezig is en wanneer de zichtomstandigheden goed zijn. Buiten de

bebouwde kom en 's nachts zijn meer detectieproblemen te verwachten dan overdag binnen de bebouwde kom. Bij ongevallen op kruispunten zijn doorgaans meer verkeersdeelnemers betrokken en is de kans relatief groter, dat niet betrokken verkeersdeelnemers getuige zijn van het ongeval.

a0. Een veel voorkomend type ongeval is de kop-staart botsing voor een kruispunt met verkeerslichten. Onafhankelijk van de direct betrokkenen is in dergelijke gevallen de detectie doorgaans instantaan, doordat andere weggebruikers voor rood licht staan te wachten. Voorbeeld is een ongeval te L. op 11-2-1987. (zie b0)

a1. Krantebericht: "Een bromfietser raakt 's nachts van de weg in een sloot. Hij is gewond, het lukt hem niet zich van zijn bromfiets te ontdoen. 's Morgens rond 8 uur wordt hij door een voorbijganger ontdekt." Een soortgelijk geval, dat plaats vond omstreeks 1970 op de weg tussen Dronten en Biddinghuizen wordt gemeld door collega DT.

a2. Krantebericht: "Een automobilist raakt van de weg. Hij is gewond en bekneeld in zijn voertuig. Hij claxonneert om voorbijgangers te alarmeren tot zijn accu leeg is, zonder enig effect. Na 24 uur wordt hij bevrijd." Een autotelefoon zou in dit geval snelle hulpverlening hebben betekend.

a3. In het Noordhollands kanaal wordt bij werkzaamheden het wrak van een personenauto aangetroffen waarvan de inzittenden jaren eerder vermist waren.

a4. Flevoland, omgeving Lelystad, omstreeks 1985. Een personenauto slipt en verdwijnt onder het ijs van de Oostvaardersplas en wordt ondanks aanwezige remsporen niet terug gevonden voordat het ijs verdwenen is.

a5. Limburg, omstreeks 1986. Bij lage waterstand wordt in de Maas het wrak van een personenauto ontdekt waarin de stoffelijke resten van 2 broers, die 12 jaar eerder als vermist waren opgegeven.

b. Melding

Uit eenvoudige interviews in eigen omgeving onder privé-relaties kan men leren, dat weinig mensen feitelijke ervaring hebben als eerst aanwezige,

met het inroepen van deskundige hulp naar de plaats van het ongeval. Bij verder vragen blijkt dan dat de meningen over wat men in een voorkomend geval zou moeten doen ook nogal uiteen lopen. De problemen waarvoor men zich geplaatst ziet houden verband met de beperktheid van de beschikbare publieke telefoons en andere communicatiemiddelen, en met het feit dat men zelfs in eigen omgeving de belangrijkste alarmnummers veelal niet paraat heeft. Met de invoering van een uniform landelijk alarmnummer is dat laatste probleem maar ten dele opgelost. Een veel voorkomende reactie is nog steeds dat men het ongeval bij de politie zou melden. Dat is niet altijd het meest urgent, en het kan tot tijdverlies leiden voor wat betreft medische hulpverlening. Illustratief is op dat punt incident cl.

b0. Ongeval te L. op 11-2-1987.

Een automobilist die voor een verkeerslicht staat te wachten ziet dat in de tegemoetkomende verkeersstroom een personenauto die voor een overstekende wielrijdster moet remmen van achteren wordt geramd door een vrachtauto. De personenauto wordt gelanceerd en komt na enige tientallen meters in de middenberm tot stilstand. De drie inzittenden blijven bewegingloos. De automobilist beschikt over autotelefoon en meldt het ongeval aan de plaatselijke politie. Deze alarmeert een ambulance, is binnen 2 minuten ter plaatse en alarmeert dan ook de brandweer en een tweede ambulance.

b1. Op tal van plaatsen en in tal van situaties zijn de mogelijkheden voor melding van verkeersongevallen zeer beperkt. Op autosnelwegen zijn praatpalen geplaatst op onderlinge afstanden van 2 kilometer. Deze zijn te voet gemiddeld in 10 tot 15 minuten te bereiken. Op niet-autosnelwegen zijn geen praatpalen voorhanden. In de Flevopolder en andere dun bevolkte gebieden kunnen de afstanden tot communicatiemiddelen beduidend groter zijn en de benodigde tijd overeenkomstig langer, in het bijzonder waar en wanneer (in afgelegen gebieden 's nachts) de bereidheid om vreemden toe te laten gering is. Overdag binnen de bebouwde kom kan men doorgaans binnen enkele minuten een telefoon bereiken.

b2. Krantebericht medio 1988

Onder de kop: "Landelijk alarmnummer nog steeds een ramp" meldt een landelijk dagblad, dat in gebieden waar het landelijk alarmnummer 06-11 is ingevoerd nog veel problemen optreden. Als mensen bij brand of wateroverlast in paniek 06-11 bellen krijgen ze te horen dat ze zelf de brandweer moeten

bellen. De woordvoerder van binnenlandse zaken verklaart dat het alarmnummer alleen gebruikt kan worden bij levensbedreigende situaties, die met de grootste spoed afgewikkeld dienen te worden, zoals bij brand, explosies, een hartinfarct, en ernstige ongelukken. Bij hem blijkt brand er wel bij te horen.

b3. Radiobericht 7/11/1988

Bij een spelprogramma van de VARA met een 06-antwoordnummer reageren zoveel mensen telefonisch dat het alarmnummer 06-11 in het zuiden des lands gedurende enige tijd geblokkeerd wordt.

c. Alarmering

c1. Ongeval te W. Informant HS.

Een bromfietser die met vrij hoge snelheid rijdt botst met zijn hoofd tegen de achterzijde van een vrachtwagen, en blijft bewusteloos op de weg liggen. Twee getuigen blijven op de ongevalsplaats, terwijl HS zich naar het naburige politiebureau haast om een ongeval met ernstig letsel te melden, waarna hij terugkeert naar de plaats van het ongeval. De politie-surveillanceauto, die in een andere woonkern van de gemeente een taak had verschijnt na drie kwartier en alarmeert na eigen vaststelling van de ernst van het letsel een ambulance. Enkele dagen na het ongeval leest HS in de krant dat het slachtoffer is overleden. Of de vermijdbare extra wachttijd eventueel nog aanwezige overlevingskansen heeft teniet gedaan, is hem niet bekend.

d. Hulpverlening op de plaats van het ongeval

Degenen die als eersten op de plaats van een verkeersongeval aankomen en de hulpverlening op gang kunnen brengen zijn doorgaans leken op het gebied van de medische hulpverlening. Zelfs de meest elementaire kennis van EHBO ontbreekt veelal. Herhaaldelijk worden gewonden met de beste bedoelingen verplaatst naar een veiliger locatie, met als gevolg dat additioneel letsel ontstaat. Met name riskant is het ondeskundig verplaatsen van slachtoffers met schade aan rug en nek, waarbij letsel aan ruggemerg kan ontstaan met als gevolg blijvende verlammingen. Ook bij andere letsels is ernstige additionele schade mogelijk.

Tegenover de additionele schade veroorzaakt door onoordeelkundig verplaat-

sen staat het risico van vervolgongevallen doordat men een slachtoffer dat wel verplaatst kan worden op de rijbaan laat liggen en bovendien verzuimt de ongevalsplaats tegen naderend verkeer te beveiligen.

Bij een aantal soorten letsels is onmiddellijk levensreddend ingrijpen noodzakelijk, waarbij niet gewacht kan worden op de komst van deskundige hulpverleners. Veel leken zijn niet in staat dergelijke situaties als zodanig te onderkennen of daarop adequaat te reageren. Voorbeelden van zulke kritieke situaties zijn blokkades van luchtwegen en slagaderlijke bloedingen. Op deze gebieden worden de nodige kansen gemist, doordat de meeste leken in voorkomende gevallen niet weten hoe te handelen. Ook bij autobranden is doorgaans onmiddellijk ingrijpen vereist, en kan niet gewacht worden tot professionele hulp beschikbaar is. Tegenover het gevaar van additioneel letsel van slachtoffers door onoordeelkundige verplaatsing staat het risico van verbranding. Automobilisten die over een blusapparaat beschikken zullen wellicht proberen de brand te bestrijden, en ontdekken hoe ondoelmatig de kleine blusapparaatjes zijn. De doorsnee automobilist is niet getraind in het afwegen van de diverse ongelijksoortige risico's. Vooralsnog is niet duidelijk of een éénduidige gedragsregel aan te bevelen is.

d1. Type incident: additioneel letsel als gevolg van onoordeelkundig verplaatsen van gewonde. Aannemelijk is dat informatie te verkrijgen is bij traumatologen of bij ambulanceverpleegkundigen.

d2. Type incident: vervolgongeval met additioneel letsel bij onvoldoende afscherming van ongevalslocatie tegen naderend verkeer. Aannemelijk is, dat informatie te verkrijgen is uit politiegegevens. Vervolgongevallen kunnen overigens ook ontstaan terwijl de rijbaan volledig vrijgemaakt is wanneer oranje en blauwe zwaailichten blijven werken terwijl op de vluchstrook of in de berm zaken worden afgewikkeld, en passerend verkeer van de eigen rijtaak wordt afgeleid. De lichtflitsen schijnen bovendien hinderlijk en schrikanjagend te zijn voor de slachtoffers.

In het ANWB-blad "De Kampioen" wordt in de rubriek "Beste mensen" via ingezonden brieven van lezers regelmatig melding gemaakt van hulpvaardigheid van passanten bij pech of ongevallen. Blijkbaar is dergelijke medemenselijkheid ook voor de helpers niet altijd zonder risico.

In een aantal gevallen zijn de helpers op deze manier hun papieren of zelfs hun auto kwijtgeraakt. Wie bij een ongeval bereid is te getuigen kan zichzelf veel ongerief bezorgen. Men moet op een ongelegen moment voorkomen voor het afleggen van verklaringen die men eerder al voor de politie heeft afgelegd. In geval van een vergissing loopt men de kans te worden vervolgd wegens meined. Bij een eenzijdig verkeersongeval op een autosnelweg in Frankrijk was de bestuurder gewond geraakt. Het verkeer raasde voorbij, (zonder iets te merken?) De tienjarige dochter van de bestuurder probeerde hulp van voorbijgangers in te roepen. Gestopt wordt er niet. Ze wordt aangereden/overreden door tientallen auto's, die doorrijden. Een automobilist die onraad bespeurt, zoekt de berm op en stopt. Hij loopt terug naar de plaats van het ongeval en constateert wat gebeurd is, meldt het ongeval en wordt dan vervolgd wegens doodslag. Als bewijs geldt dat op zijn auto bloedsporen zijn aangetroffen. Een belangrijker overweging is wellicht dat hij beschikbaar is en de andere automobilisten nauwelijks zijn op te sporen.

e. Ambulancevervoer

e1. Op de autosnelweg nabij Leidschendam verschijnt een ambulance-auto ter plaatse van een letselongeval. De aanwezige politie laat wel toe dat het ambulancepersoneel eerste hulp verleent, maar het afvoeren van het slachtoffer wordt verhinderd. Het transport wordt aan een ambulancedienst uit de eigen gemeente gegund.

e2. Artsen van een ziekenhuis in Leiderdorp zijn vanuit de operatiekamer getuige van een verkeersongeval dat voor het ziekenhuis plaats vindt. Ze brengen de operatiekamer in gereedheid en roepen personeel op voor de behandeling van het slachtoffer, om vervolgens te constateren dat een ambulancevoertuig verschijnt en het slachtoffer naar elders afvoert. Het ziekenhuis en de ongevalslocatie lagen aan weerszijden van een gemeentegrens.

e3. Zeist, 1986.

Volgens een inwoner van Zeist zijn in die plaats ambulanceverpleegkundigen zeer wel in staat, maar niet bevoegd te beoordelen of slachtoffers van ongevallen in het ziekenhuis in Zeist behandeld kunnen worden danwel verwezen dienen te worden naar het traumateam van het academisch ziekenhuis in

Utrecht. Derhalve moet de patiënt in voorkomende gevallen eerst naar Zeist vervoerd worden om met tijdverlies na onderzoek doorgezonden te worden naar Utrecht.

e4. Leidschendam, 1988. TK

Voor de ingang van het AH-ziekenhuis te L. wordt iemand bij een verkeersongeluk gewond. Verpleegkundigen van het ziekenhuis mogen het slachtoffer niet per brancard naar binnen brengen. Er moet gewacht worden op een ambulance, die het slachtoffer vervolgens afvoert naar elders.

e5. Lissersbroek, 1988. PC.

Onder bewoners geldt het gezegde: "Als ik hier op de dijk een verkeersongeval krijg, kruip ik wel over de brug want de ambulance van de firma E. is zo ter plaatse en anders kun je een half uur wachten op een ambulance-auto uit Hoofddorp.

e6. Krantebericht 10/1/1987

Een ambulancevoertuig in Groningen is tijdens het spitsuur onderweg naar het Academisch Ziekenhuis. Om niet in een file vast te raken neemt de chauffeur de busbaan. Een motoragent houdt de ambulance staande om een bon uit te delen. Het verzoek van de chauffeur om eerst de patiënt weg te mogen brengen en daarna de zaak te regelen wordt afgewezen.

e7. Krantebericht (recent).

Tijdens een tennistoernooi krijgt een deelnemer een hartstilstand. Als de gealarmeerde ambulance verschijnt wordt het slachtoffer per brancard daar naartoe gebracht. Dan blijkt dat de motor niet meer wil starten. Als na 20 minuten de tweede ziekenauto arriveert is het slachtoffer inmiddels overleden.

e8. Rijksweg 1, lang geleden

Op rijksweg 1 vindt een verkeersongeval plaats. De as van de weg vormt ter plaatse de grens tussen de gemeenten Hilversum en Huizen. Als de ambulance uit H1 op de plaats van het ongeval verschijnt wordt geconstateerd, dat het slachtoffer in H2 ligt, en vertrekken met het advies: "Bel de ambulance daarvandaan maar."

e9. Delft, jaren geleden, tijdens de feestdagen.

Voor het Hypolytus-ziekenhuis te Delft wordt iemand aangereden. Een ambulance wordt gealarmeerd. Na lang wachten organiseren omstanders een ladder en brengen het slachtoffer daarop naar de ingang van het ziekenhuis. De portier vraagt naar een bewijs van de ziektekostenverzekering, welke niet getoond kan worden. Het slachtoffer wordt niet toegelaten, de omstanders wordt geadviseerd een ambulance te bellen.

e10. Leidschendam, 1988.

Een buspassagier is onwel geworden. De buschauffeur rijdt naar een nabijzijnd ziekenhuis, waar hij het geval meldt bij de EHBO-afdeling. Hij krijgt te horen: "Bel maar een ambulance." Als deze arriveert is de patiënte overleden.

e11. Lisse 11-2-1987.

Ongeval, zie b0. Als de ambulance-auto's op de plaats van het ongeval verschijnen is de bestuurster, mevrouw F. weer bij bewustzijn, haar beide dochters nog niet. Deze worden per brancard in de ambulance-auto's vervoerd. Mevrouw F. mag op een klapbankje in de hoek van een van de ambulances meerijden. Het vervoer vindt vervolgens plaats met een onnodig hoge snelheid. Bij het scheuren door bochten verliest mevrouw F. haar evenwicht. De ambulancebegeleider die tegenover haar zit trekt zijn knie weg als zij probeert daar steun te vinden, met het gevolg dat zij op de grond van de ambulance valt. Bij het diaconessenhuis aangekomen wordt de brancard uitgeladen. Mevrouw F. die om hulp vraagt krijgt te horen: "Komt U maar." Ze moet zelf maar zien dat ze de begane grond (ca. 60 cm lager) bereikt, en mag achter de brancard aan strompelen. De rekening voor dit vervoer bedraagt fl 480.--. Openbaar vervoer is beduidend goedkoper en comfortabeler.

e12. Amsterdam, 19**.

Mevrouw H. dient voor een behandeling, die zij moet ondergaan gedurende een periode van vier jaar eenmaal per drie weken per ambulance naar een ziekenhuis vervoerd worden. Gedurende die periode is de ambulance ca. 15 maal naar de ---straat in Amsterdam-West gereden in plaats van naar de ---straat in Amsterdam-Oost waar mevrouw H. woonde.

f. Medische hulp in het ziekenhuis

Door het promotie-onderzoek van Draaisma [8] is komen vast te staan wat in de traumatologie gespecialiseerde chirurgen/leden van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie reeds lang bekend was, te weten dat ook tijdens de behandeling in het ziekenhuis veel zwarte incidenten voorkomen die (mede) oorzaak zijn van voorkoombaar overlijden, of van ernstiger dan onvermijdelijke blijvende schade en functieverlies. Incidenten in deze categorie moeten verkregen kunnen worden uit de bestanden van traumatologie-afdelingen van ziekenhuizen.

g. Hulpverlening bij psychotrauma

Het verschijnsel psychotrauma is bij het publiek betrekkelijk onbekend. Vaak wordt door de omgeving niet onderkend, en door het slachtoffer zelf ontkend, dat er behoefte is aan deskundige hulp. Soms komt deze problematiek op onverwachte wijze naar voren. Illustratief zijn navolgende incidenten.

HA, arts te A. verklaart desgevraagd dat hij in zijn praktijk van 60.000 patiëntjaren herhaaldelijk te maken heeft gehad met klachten over late gevolgen van lichamelijke letsels, maar geen enkele klacht over psychische gevolgen van een verkeersongeval is tegengekomen, zonder daaraan overigens de conclusie te willen verbinden dat het verschijnsel van ondergeschikt belang zou zijn. Denkbaar is dat mensen weinig geneigd zijn over psychische problemen te klagen. Veel psychosomatische klachten worden wellicht niet eens door de slachtoffers met het ongeval in verband gebracht.

g1. Een ongevalsbetrokkene loopt ietwat verwezen rond, maar blijkbaar ongedeerd, met het gevolg dat geen der omstanders beseft dat hier behoefte is aan opvang en geestelijke bijstand.

g2. Uit de psychotherapeutische praktijk: Patiënt vertelt dat hij op sommige momenten na het ongeval waarin hij betrokken was de behoefte had daarover te praten, tot een tienerzoon daarop reageerde met de opmerking: "Toe pa, dat verhaal kennen we nu wel." Hij denkt: "De jongen heeft gelijk, ik moet niet zeuren." maar raakt wel geïsoleerd met zijn probleem.

g3. In het SWOV-onderzoek naar late gevolgen van verkeersongevallen werden ongevalsbetrokkenen ondervraagd over lichamelijke letsels waarvan zij na meer dan een jaar nog hinder ondervonden. De open ruimte voor opmerkingen leverde vrij veel spontane meldingen op over late psychische problemen.

g4. Slachtofferhulp een lachertje. Krantebericht 5-11-1988 (Bijlage 3). Het verhaal van een taxichauffeur die door drugverslaafden werd beroofd en neergestoken over zijn negatieve ervaringen met slachtofferhulp.

3. ACHTERGRONDEN VOOR HET ONTSTAAN VAN "ZWARTE" INCIDENTEN

Ten aanzien van de incidenten die in het voorgaande hoofdstuk werden vermeld, rijst de vraag of dergelijke gebeurtenissen als uitzonderlijk kunnen worden beschouwd en afgedaan.

Indien zulke "zwarte" incidenten een symptomatisch karakter zouden hebben, dient men zich af te vragen of dat wellicht in de hand wordt gewerkt door bestuurlijke, organisatorische of administratieve maatregelen richtlijnen voorschriften of voorzieningen of door andere aanwijsbare factoren.

In een aantal gevallen zijn er aanwijzingen voor het bestaan van dergelijke causale factoren, die over het algemeen vrij eenvoudig te verifiëren moeten zijn, wat nog niet hoeft te betekenen, dat de oorzaak eenvoudig te verhelpen is. Procedures en voorzieningen die getroffen zijn als compromis tussen tegenstrijdige doelstellingen kunnen doelmatig blijken in een meerderheid van gevallen. Heroverweging van dergelijke maatregelen dient niet uitsluitend gebaseerd te worden op negatieve uitkomsten die men wenst te vermijden maar ook op de positieve uitkomsten die men wenst te behouden.

3.1. Gedragsregels voor hulpverlening op de plaats van het ongeval

In het Oranje Kruis boekje ten behoeve van de opleiding EHBO, worden zeven hoofdpunten genoemd, die voor de hulpverlening van levensbelang kunnen zijn. Een van die hoofdpunten luidt: help het slachtoffer waar hij ligt. Ook de politie geeft praktijktips (in Politiesignaal, december 1982) over hoe te handelen bij ongevallen, al of niet met slachtoffers. Ook hier zeven punten met als eerste punt: Buiten de gevarenzone plaatsnemen. Incidenten van de typen d1 en d2 zouden in de hand gewerkt kunnen worden door het volgen van deze richtlijnen in de verkeerde situatie.

In het "Besluit houdende vaststelling eisen theorie-examen", dat van kracht is geworden per 1-1-84, is onder meer bepaald dat de aanvrager moet voldoen aan een aantal in het besluit nader uitgewerkte eisen, waaronder:

4. "Verlenen van eerste hulp aan verkeersslachtoffers en het treffen van overige maatregelen bij ongevallen." Van uitvoering van dit besluit is evenwel nog niet gebleken.

3.2. Vals alarm van ambulancediensten

Ambulancediensten rapporteren de activiteiten die zij verrichten veelal op een standaardformulier (niet identiek voor alle ambulancediensten), waarbij veel voorkomende activiteiten, omstandigheden en andere rapportelementen voorgedrukt zijn en slechts aangekruist hoeven te worden. Het is gebruikelijk dat als een van de standaardredenen voor uitrukken van de ambulance-auto wordt aangegeven: "vals alarm". Dit komt blijkbaar veelvuldig voor, en kan verklaren dat in de praktijk wegen worden bewandeld om het aantal gevallen van vals alarm te beperken, met als mogelijk gevolg een incident van het type c1.

3.3. Overeenkomsten tussen gemeenten en particuliere ambulancebedrijven

Gemeenten zonder eigen GG&GD sluiten vaak een overeenkomst met een plaatselijk garagebedrijf voor het verzorgen van ambulancediensten, waarvoor dan een ambulancevoertuig wordt aangeschaft en personeel in dienst wordt genomen of opgeleid. Een dergelijke "concessie" omvat binnen de gangbare voorwaarden en normen de verzorging van alle ambulanceritten waaraan in de gemeente behoefte bestaat. De bewaking van een dergelijke overeenkomst kan leiden tot incidenten van het type e1 of e2. De regeling van het ambulancevervoer via CPA's heeft dit probleem niet opgeheven, maar slechts verschoven van de gemeentegrenzen naar de CPA-grenzen.

3.4. Bevoegdheden ambulancevervoer

De "Wet ambulancevervoer" regelt taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de minister van WVC, de provincies, de gemeenten, de CPA's en de ambulancebedrijven. Bevoegd tot het verrichten van ambulancevervoer zijn vergunninghouders, die een vervoersopdracht van de leiding van de betreffende CPA hebben. Het gebeurt nog regelmatig dat ambulances in voorkomende gevallen rechtstreeks worden benaderd via hun mobilfooninstallatie, en ambulancevervoer verrichten zonder CPA-opdracht. Een oplossing die voor dit probleem gesuggereerd wordt, is om de mobilfoon uit de ambulancevoertuigen te verwijderen.

3.5. Bevoegdheden van ambulancepersoneel

Bevoegdheden op medisch gebied zijn wettelijk geregeld. Het onbevoegd uitvoeren van de geneeskunst is strafbaar gesteld. Door verpleegkundigen worden tal van handelingen verricht, waartoe zij niet bevoegd zijn dan als afgeleide van de bevoegdheden van een arts (bekend als de verlengde armconstructie). Dit geldt met name ook voor een aantal levensreddende handelingen welke regelmatig verricht worden door ambulanceverpleegkundigen, die de daarvoor benodigde apparatuur beschikbaar hebben terwijl de verantwoordelijke arts niet ter plaatse aanwezig is. Formeel wordt de beslissing tot dergelijke handelingen door de verantwoordelijke arts genomen op basis van bevindingen van de dienstdoende verpleegkundige. De ambulanceverpleegkundige is niet op medische maar op administratieve gronden onbevoegd om te beslissen een gewonde over te brengen naar een ziekenhuis met een traumateam.

3.6. Hulpverlening in verband met psychotrauma

Het onderzoek naar psychotrauma is in Nederland omstreeks 1980 op gang gekomen. Rond 1982 werd het verkeersongeval als een van de mogelijke oorzaken gesignaleerd. Zowel in de medische wereld als bij het publiek ontbreekt het besef van de mogelijke ernstige gevolgen van psychotrauma. Er komen thans aanwijzingen, dat het mogelijk zou kunnen gaan om enige tienduizenden slachtoffers, die van deskundige hulp verstoken blijven. Niet alleen ongevalsslachtoffers met (ernstig) lichamelijk letsel, maar ook andere groepen gedupeerden kunnen ernstige psychische problemen ondervinden. Voorts mensen die aansprakelijk waren voor schade en letsel van anderen, danwel betrokken waren bij ongevallen waarbij anderen slachtoffer werden, en de nabestaanden van verkeersslachtoffers kunnen eveneens behoefte aan professionele hulp hebben. Tot deze laatste groep zijn ook te rekenen de nabestaanden van auto te water slachtoffers, waar de onzekerheid in geval van een langdurige vermissing vaak nog een extra belasting vormt.

4. MAATREGELEN EN HUN MOGELIJKE DOELMATIGHEID

De in het vorige hoofdstuk genoemde achtergronden bieden indien zij bevestigd worden tevens aanknopingspunten voor maatregelen ter voorkoming van "zwarte" incidenten. Bestuurlijke (regelgevende) maatregelen vergen beslissingen die uiteraard deugdelijk onderbouwd of verantwoord moeten worden. De implementatie kan in sommige gevallen verdere kosten meebrengen, maar in andere gevallen kan wellicht reeds de implementatie kostenbesparend zijn.

4.1. Ongevallen detectie

Het is technisch denkbaar een ongevallen detectiesysteem te ontwikkelen, dat niet afhankelijk is van toevallige oplettende passanten. Of een dergelijk systeem economisch haalbaar is, lijkt vooralsnog twijfelachtig. Dit beeld kan echter snel veranderen, gezien het tempo waarin een verscheidenheid aan elektronische produkten het stadium van toonbankartikel bereikt.

4.2. Ongevallen melding

Problemen bij de melding van ongevallen kunnen verminderd worden door uitbreiding van het praatpalennet tot niet-autosnelwegen buiten de bebouwde kom. Uit doelmatigheidsoverwegingen komen in eerste instantie wegen met een relatief hoge ongevalsdichtheid in aanmerking.

Een autonome ontwikkeling, waarvan verwacht mag worden dat ook daardoor de meldingsmogelijkheden bevorderd zullen worden, is de toename van het aantal autotelefoons.

4.3. Landelijk alarmnummer

De invoering van een landelijk alarmnummer is inmiddels een feit. Er kan in een aantal gevallen belangrijke tijdwinst bereikt worden in de alarmeringsfase, met mogelijk gunstiger herstelkansen voor slachtoffers. Gezien recente berichten over onvolkomenheden dient aan het systeem blijkbaar nog het nodige verbeterd te worden.

4.4. Regeling ambulancevervoer

Binnen het kader van de "Wet ambulancevervoer" kunnen wijzigingen worden doorgevoerd, die de zakelijke belangen van ambulancebedrijven niet laten prevaleren boven de doelmatigheid van de hulpverlening aan slachtoffers. De betreffende richtlijnen dienen wel zorgvuldig geformuleerd te worden, maar behoeven overigens geen hoge kosten met zich te brengen. Ze kunnen tijdwinst opleveren en de herstelkansen van slachtoffers ten goede komen. Wanneer dergelijke wijzigingen deel uitmaken van een integraal systeem van medische hulpverlening zullen er uiteraard vergaande organisatorische consequenties zijn en dienen ook de financiële gevolgen zorgvuldig overwogen te worden. Daarbij zouden mogelijk ook een aantal varianten van de ambulancehulp die in andere landen gangbaar zijn weer overwogen dienen te worden, zoals het gebruik van helikopters, het Notarzt-systeem en het crash-team.

4.5. Bevoegdheden van ambulanceverpleegkundigen

Verruiming van de bevoegdheden van ambulanceverpleegkundigen kan er toe bijdragen dat minder tijd verloren gaat voor de behandeling door de meest geëquipeerde medische instantie, met in een aantal gevallen betere herstelkansen voor de slachtoffers. Voorwaarde tot een dergelijke verruiming van bevoegdheden is een bijbehorende adequate opleiding, niet alleen theoretisch maar ook praktisch.

4.6. Hulpverlening bij psychische problemen

Voor het herkennen en opvangen van emotionele/psychische schade is het van belang dat alle hulpverleners die regelmatig met ongevalsslachtoffers te maken kunnen krijgen enige training krijgen voor deze opvang. Daarbij zou aansluiting kunnen worden gezocht bij opleidingen die reeds ontwikkeld zijn in een samenwerkingsverband van ANWB, Landelijke Organisatie Slachtofferhulp en het Instituut voor Psychotrauma. De ANWB-Informatielijn Verkeersslachtoffers kan een landelijk bekende ingang vormen voor deze en andere vormen van hulpverlening.

4.7. Juridische-hulpverlening

Verkeersslachtoffers in het arrondissement Haarlem krijgen van het Arrondissementsparket Haarlem i.c. de Officier van Justitie bericht dat hen des

gewenst mededeling zal worden gedaan betreffende afhandeling strafbare feiten van tegenpartij, en betreffende de mogelijkheid van schadeverhaal voor niet gedekte schade.

De "Stichting Bescherming Slachtoffers" en de "Werkgroep 2000" geven steun aan slachtoffers van ongevallen onder meer terzake van schadeverhaal, daar waar oorzakelijk verband tussen ongeval en schade door aansprakelijke tegenpartij ter discussie wordt gesteld.

Voor een correcte, en voor de benadeelde partij aanvaardbare afwikkeling van de schaderegeling is een zorgvuldige registratie van relevante informatie van de ongevalssituatie van belang. Foto's van de situatie na het ongeval kunnen achteraf van groot belang blijken, niet alleen voor beantwoording van de vraag wie aansprakelijk is, maar ook voor beantwoording van de vraag waarvoor die aansprakelijkheid geldt. Met name kunnen foto's van het slachtoffer, gemaakt door ambulancepersoneel niet alleen indicaties opleveren voor mogelijke gemaskeerde letsels, maar ook indicatief zijn voor door het ongeval veroorzaakte late klachten.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1. Uit de bovengegeven verzameling van gebeurtenissen blijkt, dat zich in elke deelfase van de preklinische fase van de medische hulpverlening gebeurtenissen kunnen voordoen waarvoor het gerechtvaardigd is de kwalificatie "zwart incident" te bezigen.

2. Enkele van de beschreven gebeurtenissen kunnen worden gekwalificeerd als "wit incident" vanwege het ideale verloop van het beschouwde aspect van de hulpverlening, dit in tegenstelling tot de zwarte incidenten in de overeenkomstige fase.

3. Niet alle vermelde incidenten hebben betrekking op hulpverlening aan verkeersslachtoffers, maar wel op hulpverleningsorganisaties waarop ook bij verkeersongevallen een beroep wordt gedaan.

4. Niet voor alle incidenten is een duidelijke relatie met structurele fouten aan te geven. Uit de verkregen informatie is echter af te leiden, dat zwarte incidenten te maken kunnen hebben met:

a. beperkingen/tekortkomingen van het systeem, de infrastructuur, de organisatie van de hulpverlening, de beschikbaarheid en kwaliteit van personeel en materieel.

b. de letterlijke formulering van richtlijnen en procedures, die mede bepaald kan zijn door groepsbelangen.

c. de starre wijze waarop richtlijnen door sommigen geïnterpreteerd en toegepast worden.

d. competentiekwesties tussen hulpverleningsinstanties, zoals de grensgeschillen tussen ambulances en verschillen in prioriteiten bij ambulance en politie.

5. De omvang van dit onderzoek is te beperkt en te selectief voor wat betreft de benaderde groep informanten en de wijze van informatieverwerving, om aan de bevindingen meer dan een signaalfunctie toe te kennen.

De onder 4. aangegeven relaties hebben de betekenis van kwalitatieve conclusies, die niet op grond van het in dit onderzoek verkregen materiaal gekwantificeerd kunnen worden. Aan het onderzoek kunnen derhalve geen kwantitatieve conclusies verbonden worden met betrekking tot de relatieve ernst van de onderscheiden incidenten en prioriteiten voor het beleid. Voorzover de onder 4. gegeven kwalitatieve conclusies vanuit het vakgebied bevestigd worden is er alle reden om met de oplossing van gesignaleerde

structurele tekortkomingen van het hulpverleningssysteem spoed te betrachten. Voorzover beperkte middelen dwingen tot het maken van keuzes en prioriteitstellingen, is het nuttig te overwegen dat kwantitatief onderzoek tot onderbouwing daarvan niet alleen tijd kost, maar vervolgens door uitstel van beslissingen ook mensenlevens kan kosten.

6. Incidenten hebben in het merendeel van de gevallen betrekking op niet meer dan een slachtoffer, voor wie de gevolgen evenwel fataal kunnen zijn of kunnen resulteren in initieel vermijdbare handicaps en functieverlies. De som van vele incidenten kan dan ook resulteren in een groot aantal doden en invaliden.

7. Voor degenen die belast zijn met de uitvoering van de daadwerkelijke ambulante hulpverlening (ambulancepersoneel, politie en brandweer), gelden regels, richtlijnen en instructies. Deze dienen om optimale hulpverlening te bevorderen. Het handhaven daarvan in situaties waarin dat strijdig is met het belang van verkeersslachtoffers wordt wellicht formeel als excuus geaccepteerd, maar maatschappelijk onaanvaardbaar geacht indien dat leidt tot zwarte incidenten.

8. Hulpverleningsorganisaties mogen in het verkeer onder omstandigheden andere gedragsregels volgen dan de algemeen geldende verkeersregels. De mogelijke voordelen voor de taakuitvoering wegen in veel gevallen niet op tegen de extra verkeersrisico's die er het gevolg van zijn. Gebleken is dat hulpverleningsvoertuigen overmatig bij verkeersongevallen betrokken zijn.

9. Adequate hulpverlening aan verkeersslachtoffers voor wie stabilisering van de zuurstof- en/of bloed-circulatie van vitaal belang is, kan onnodig worden vertraagd indien door de betrokken CPA een niet daartoe competent ambulanceteam wordt uitgezonden.

10. Adequate hulpverlening aan verkeersslachtoffers met ernstig letsel kan onnodig worden vertraagd indien betrokkene wordt overgebracht naar een ziekenhuis waar op dat moment geen traumateam paraat is. Met name kan dit ernstige additionele schade bezorgen aan slachtoffers met schedel- hersen- letsel wanneer in het ziekenhuis geen neurochirurg beschikbaar is.

11. De Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet ambulancevervoer verschaffen de minister van WVC de bevoegdheid om regelingen te treffen ter voorkoming van zwarte incidenten voor zover deze een structureel karakter hebben.

12. Voorzover toetsing van kwalitatieve bevindingen en de kwantitatieve onderbouwing daarvan nog noodzakelijk wordt geacht, kan gekozen worden voor een nader onderzoek naar bij het publiek aanwezige informatie op dit gebied, danwel voor ondervraging van organisaties die beroepshalve hulp verlenen aan slachtoffers van verkeersongevallen.

Bij onderzoek naar publiekservaringen kan gedacht worden aan een enquête onder een landelijk representatieve voldoende grote steekproef uit de bevolking en/of een systematische inventarisatie van de berichtgeving in de dagbladen en periodieken, waarbij zowel de eigen berichtgeving als de ingezonden brieven aandacht verdienen. Daarnaast kan relevante informatie verkregen worden uit de bestanden van consumentenorganisaties, waaronder in dit verband uiteraard de ANWB gerekend moet worden, alsook organisaties die voor de belangen van slachtoffers opkomen.

Bij een enquête onder professionele hulpverleners dient in de eerste plaats gedacht te worden aan ambulancediensten, politie- en brandweerkorpsen aan verenigingen van ambulance-, politie- en brandweerpersoneel en aan de informatie die in de onderscheiden vakbladen te vinden is.

LITERATUUR

1. SWOV (ir F.C.Flury) "Inventarisatie van het Post-Crash beleidsterrein" R-84-26. SWOV, 1984.
2. "Oranje Kruis boekje". Officiële handleiding tot het verlenen van eerste hulp bij ongelukken. Van Goor Zonen, Den Haag.
3. "Praktijktips "Wat te doen bij een ongeval"". Politiesignaal (1982) 2 (december).
4. SWOV (ir. H.L. Oei & ing. J.A.G. Mulder). "Alarmeringssystemen voor niet autosnelwegen buiten de bebouwde kom". R-86-19. SWOV, 1986.
5. Montfoort, G.L.M. van; Galen, dr. W.Ch.C. van; S. Harris M.A. Ongevallen in Nederland; Een onderzoek naar privé-, verkeers-, sport- en bedrijfsongevallen, in de periode augustus 1986 - augustus 1987. Stichting Consument en Veiligheid, 1988.
6. CBS "Gehandicapten welgeteld" 1971/72.
7. CBS Compendium Gezondheidsstatistiek.
8. Dr. J.M.T. Draaisma. Evaluation of trauma care.

BIJLAGE I

HULPVERLENING BIJ OVERIGE SCHADE EN PROBLEMEN

- Bij de vaststelling van de toedracht van verkeersongevallen en de aansprakelijkheid voor de schade wordt in een verhoudingsgewijs klein deel van de gevallen door betrokkenen een beroep gedaan op deskundige hulp. Voorzover dat wel gebeurt blijkt uit ervaringen van betrokken deskundigen (zowel juristen als schaderegelaars), dat ongevalsbetrokkenen in veel gevallen door het resultaat teleurgesteld worden, vaak genoeg om het woord procestrauma daarvoor te introduceren. Voor een deel wellicht als gevolg van de onbekendheid van de meeste particulieren met mogelijkheden en beperkingen in de schaderegeling en de op dat gebied geldende normen, gevoed door het besef, dat men tegenover een machtige tegenpartij staat en zich reeds daardoor in een zwakke, nadelige positie voelt. Formeel is dit juist omdat het overgrote deel van de deskundigen op dit terrein werkzaam is in dienst van de schadeverzekeraars.

- De vereffening van schade aan voertuigen (herstel of vervanging) is slechts gedeeltelijk geregeld, namelijk voorzover de WA-verzekering wettelijk verplicht gesteld is. Alleen de schade van de benadeelde partij wordt daardoor gedekt, en slechts voor zover de aansprakelijke partij tot de verplicht verzekerden behoort en aan zijn verplichtingen voldoet.

De overige schade wordt slechts vereffend voor zover betrokkenen zich daarvoor onverplicht verzekerd hebben of deze schade uit eigen middelen kunnen betalen. Indien de financiële middelen ontoereikend zijn kan dat leiden tot verkeersdeelname met onvolledig herstelde en wellicht ondeugdelijke voertuigen, ofwel kan voor de betrokkenen naast de materiële schade een verlies aan mobiliteit en sociaal verkeer optreden.

- De belemmering van de verkeersafwikkeling als gevolg van een verkeersongeval kan niet alleen voor direct betrokkenen maar ook voor andere weggebruikers tijdverlies en ergernis veroorzaken. Herstel van de verkeersafwikkeling of geleiding van verkeersstromen langs alternatieve routes met behulp van moderne verkeersbeheersingssystemen zal in de toekomst zeker kunnen bijdragen tot een relatieve vermindering van tijdverlies en ergernis. Bij de concipiëring van dergelijke systemen dient dan de voorwaarde te worden gesteld, dat zij ook op afroep, in het geval van naar tijd en plaats onvoorspelbare verkeersbelemmeringen, kunnen worden ingezet.

Op bepaalde locaties of trajecten zal de installatie van verkeersbeheersingssystemen zelfs mede verantwoord kunnen worden door de post-crash-problematiek.

- Schade aan vaste voorwerpen ten gevolge van verkeersongevallen betreft hoofdzakelijk schade aan wegmeubilair, waardoor nauwelijks individuele emoties geraakt worden. Voor de verantwoordelijke wegbeheerder betekent de regeling van herstel een additionele taak, die binnen zijn normale beroepsuitoefening valt. Voor zover aan vaste voorwerpen buiten de openbare weg schade wordt toegebracht, kan voor de benadeelden naast de materiële schade ook sociale schade veroorzaakt worden. Er zijn geen aanwijzingen dat dit op grote schaal voorkomt.

1. Hulpverlening bij de vaststelling van toedracht en aansprakelijkheid

In het merendeel van de verkeersongevallen wordt op de plaats van het ongeval door betrokkenen geen deskundige hulp ingeroepen. De noodzakelijk geachte gegevens worden uitgewisseld en naderhand doorgestuurd aan de schadeverzekeraars. Voor zover zich dan problemen voordoen is het in dat stadium meestal moeilijk de ontbrekende gegevens alsnog te vergaren. De faciliteiten waarover de politie beschikt zijn er toch al niet erg op gericht aanwijzingen betreffende de toedracht van verkeersongevallen te verzamelen en te verwerken. Ook is het dan doorgaans niet meer mogelijk getuigen op te sporen. De bereidheid van omstanders om als getuige op te treden is over het algemeen al niet groot.

Een ongeval vindt plaats onder ruime belangstelling van ooggetuigen. Wanneer een der betrokken partijen namen van getuigen wil noteren, blijkt niemand iets gezien te hebben. "Men" schrikt terug voor de rompslomp.

Informant RM rijdt een voorrangsweg op en komt in botsing met een kruisend motorvoertuig. Er is materiële schade. De tegenpartij verontschuldigt zich dat zijn remmen niet functioneerden. De politie maakt conform proces-verbaal op. 's Avonds wordt RM door tegenpartij opgebeld met de mededeling dat hij vanwege ondeugdelijke remmen reeds een andere auto geleend had. In onderling overleg werd de zaak voor de verzekering correct afgewikkeld. Het proces-verbaal is niet gecorrigeerd.

Informante MB wordt door verzekeraar in verband met het overlijden van

haar echtgenoot/kostwinner ten gevolge van een verkeersongeval voor inkomensderving een bedrag van fl 65.000,- geboden. Haar advocaat adviseert een eis van fl 175.000,-. Door de rechter wordt tenslotte een bedrag van fl 35.000,- toegewezen. De advocaat dient een rekening van fl 25.000,- in.

2. Hulpverlening bij voertuigschade

Voor wat betreft de schade aan voertuigen heeft de hulpverlening vooral betrekking op takel- en bergingsdiensten en schadeherstelwerk. Ook deze technische hulpverlening verloopt niet altijd vlekkeloos.

Herhaaldelijk moeten bezitters van total loss verklaarde motorvoertuigen ondervinden dat hun voormalige voertuig weer vrolijk rondrijdt, terwijl zij zelf nog niet van een vervangend voertuig voorzien zijn.

Volgens informant AV is er bij te water geraakte auto's in veel gevallen uitsluitend waterschade. Schade aan koetswerk en bodem ontstaat vaak pas tijdens de berging.

Een voertuig in brand wordt meestal : "Voertuig brandt uit". Slechts weinigen beschikken over een brandblusser, waarvan er slechts weinige goed onderhouden zijn en werken. Op grond van thans beschikbaar materiaal gaat het vermoedelijk om enigen honderden ziekenhuisopnamen en enige duizenden poliklinische behandelingen per jaar.

3. Hulpverlening bij verkeersbelemmering

Indien bij een verkeersongeval een deel van de rijbaan geblokkeerd wordt is er primair behoefte aan beveiliging van de bij het ongeval direct betrokkenen zowel als het naderende verkeer, tegen vervolgongevallen. Vervolgens is er voor de niet direct betrokken verkeersdeelnemers de behoefte om zoveel mogelijk ongehinderd de weg te kunnen vervolgen.

De doorsnee weggebruiker die als eerste op de plaats van het ongeval in actie komt, heeft geen ervaring als verkeersregelaar en kan op zijn best de ongevalsplaats beveiligen. Verondersteld moet worden dat daarbij kansen worden gemist.

In veel gevallen lijkt het politie-optreden bij blokkering van weggedeelten primair gericht te zijn op het handhaven van de doorstroming desnoods in de verkeerde richting. Naarmate over betere communicatie- en verkeersbeheersingsapparatuur beschikt kan worden is te verwachten dat het optreden van de politie meer op hulpverlening aan de weggebruiker gaat lijken. Vooralsnog lijken de middelen waarover de politie kan beschikken voor dergelijke taken nog onvoldoende.

In gevallen waarin de rijbaan na een ongeval volledig vrij gebleven is en alle voertuigen, zowel van de ongevalsbetrokkenen als van de politie, ruimschoots buiten de rijbaan in de berm een plaats hebben gevonden, laat de politie in veel gevallen het zwaailicht aanstaan, dusdoende de aandacht van het naderende verkeer in niet te verantwoorden mate van de eigen rijtaak afleidend.

4. Hulpverlening bij materiële schade aan vaste voorwerpen

In de meeste gevallen is er bij schade aan vaste voorwerpen ten gevolge van verkeersongevallen geen behoefte aan hulpverlening bij individuele burgers. De noodzakelijke voorzieningen worden doorgaans getroffen in het kader van ambtelijke verantwoordelijkheden en werkprocedures. Onmiddellijk ingrijpen kan vereist zijn in het geval van botsingen met elektrisch bediende verkeersvoorzieningen zoals openbare verlichting en verkeerslichteninstallaties, waarbij het gevaar van elektrocutie niet denkbeeldig is.

5. Diversen

Brand te B.

Het brandweerkorps te A. wordt gealarmeerd wegens een grote uitslaande brand. Op de plaats aangekomen blijkt dat de brand zich juist op het grondgebied van de gemeente B. (en dus onder verantwoordelijkheid van het brandweerkorps B.) bevindt. Korps A. alarmeert korps B. en maakt een aanvang met het blussingswerk. Bij aankomst op de plaats van de brand toont de leiding van korps B. zich verbolgen dat korps A. ongeautoriseerd is gaan spuiten.

Prins Clausplein.

Rond middernacht staat op/nabij het Prins Clausplein een personenauto uit

te branden. Een man loopt om de wagen heen om wat bezittingen te redden. Een passerende automobilist, van M. stopt om zo nodig hulp te bieden. Het volgende gesprek ontwikkelt zich:

van M: "Kan ik hulp inroepen?"

Nurks: "Nee, niet nodig."

van M: "Kan ik iemand waarschuwen?"

Nurks: "Nee, niet nodig."

van M: "Wilt U meerijden ergens heen?"

Nurks: "Nee dank U."

Uit een krantebericht de volgende dag blijkt dat nurks politiemans is.

Vermoedelijk stelde hij privacy meer op prijs dan hulp. Helaas voor hem:

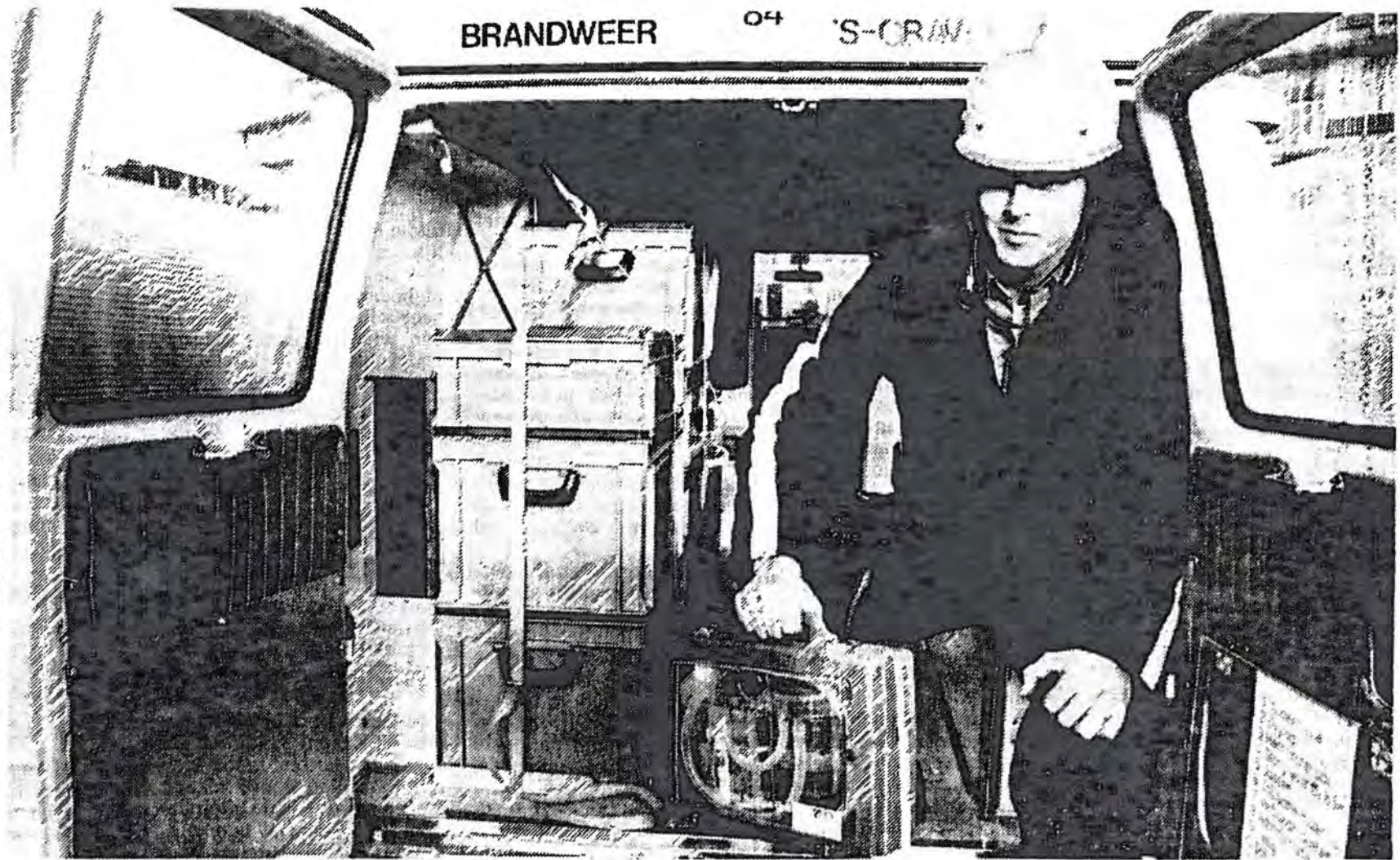
"Eerlijkheid komt altijd uit."

BIJLAGE 2

VERZAMELING KRANTEKNIPSELS BETREFFENDE ZWARTE INCIDENTEN

■ Hoofdbrandwacht Gootjes, één van de vaste chauffeurs, in de rijdende operatiekamer van het Crash-team. Niet iedereen in Den Haag is overigens even gelukkig met de introductie van het 'C-team'.

Foto's:
Wim
Hofland



Rijdende operatiekamer: vondst of weggegooid geld?

DEN HAAG, woensdag
Den Haag heeft sinds gisteren een 'Crash-team'. Motto: het ziekenhuis naar de patiënt, in plaats van de patiënt naar het ziekenhuis. De medische variant op het illustere 'A-team' rukt uit bij ongelukken met zwaar gewonden in Den Haag en omgeving.

door ROB HAMMINK

In opdracht van de gemeente bouwde de brandweer een afgeschreven ambulance om tot rijdende operatiekamer. Kosten van het project: f 1 miljoen.

De gemeente is enthousiast. De ANWB ook. Maar het Witte Kruis, dat de 'normale' ambulancediensten voor zijn rekening neemt, vindt het experiment geldverslindend, overbodig en noemt het een voorbeeld van discutabele lobby. Men vreest chaos. „Wanneer gaat wie naar welk ongeluk?”

Het C-team bestaat uit een arts-assistent chirurgie of anaesthesiologie, een verpleegkundige en een chauffeur. Bij grote calamiteiten worden deze drie ingeschakeld.

Uniek

Volgens gemeentewoordvoerder A. Bellm is dit een uniek project. „Je leest maar al te vaak dat mensen overlijden omdat er geen kleine operatie op de plaats van het ongeval kon worden verricht. Dat kan nu wel. In de C-mobiel is professionele apparatuur aan boord. Een amputatie, of het opensnijden van een borstkas kan ter plekke. Zelfs al worden er slechts drie mensenlevens per jaar mee gered, dan zijn wij al tevreden. Het team gaat geen ambulance-taken vervullen, het is een aanvulling op de bestaande dienstverlening.”

Voor de heer J. de Jong, directeur van de ambulancedienst het Witte Kruis, is het hele project een overbodige aanvulling. „Weggegooid geld en tot mislukken gedoemd,” zegt hij vastbesloten.

„We hebben meer van die medische modeverschijnselen gehad. Eerst had je het Hart-team, toen het Trauma-team en nu dan het Crash-team. De eerste twee bleken overbodig en dat zal ook bij de laatste het geval zijn. Bij ons werken mensen die de hele dag niets



■ Het exterieur van de nieuwe Crash-team-ambulance.

anders doen dan gewonden van de straat oppikken en behandelen. Wat kan een chirurg, die uit het ziekenhuis wordt opgetrommeld en geen 'st watervaring' heeft, nou doen?”

Merkwaardig

En hoofdverpleegkundige J. Mooij namens het ambulancepersoneel: „Een merkwaardige ontwikkeling. Als er een ongevalmelding bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) binnenkomt, worden wij het eerst gebeld en gaan naar de plaats van het ongeval. Eenmaal aangekomen, zien wij wat er aan de hand is. Mocht er een operatieve handeling nodig zijn, dan kunnen we de hulp van het C-team aanvragen. Maar in de tijd die zij nodig hebben om te arriveren, hadden wij de patiënt al naar het ziekenhuis kunnen rijden. En, het is een groot verschil of iemand in het ziekenhuis wordt behandeld, of in de sneeuw.”

Volgens de gemeente bepaalt de telefonist van het CPA echter al meteen wie er het eerst wordt gebeld. Het CPA zelf zegt geen voorkeur te hebben. „Wij sturen de ambulance die het dichtst in de buurt van het ongeval is.”

Het Witte Kruis-hoofd, terugkomend op de oorsprong van het project: „Een directeur van een Haags ziekenhuis had een plannetje, zwenget dit aan bij WVC en krijgt gehoor. Een prachtige overwinning voor de man, maar wie gaat het betalen? De ziekenfondspatiënt! Terwijl politiek Den Haag zich buigt over de vraag of bejaarden hun ziekenfondspremie nog wel kunnen betalen, wordt er zomaar een miljoen in een niet onderzocht idee gestoken.”

Verpleegkundige Mooij had liever gezien dat het geld voor andere zaken was gebruikt. „Voor de opleiding van ons personeel bijvoorbeeld. Wij verrichten soms handelingen die slechts voor artsen zijn weggelegd. Infuus inbrengen en medicijnen toedienen zijn dagelijks voorkomende zaken. We mogen dat niet, maar doen het wel. Want als we het achterwege laten wordt er geklaagd.”

Crashteam medici experimenteert in Haagse regio

DEN HAAG, 2 dec. — Een team van medisch specialisten zal de komende twee jaar uitrukken bij ongelukken met zwaar gewonden in Den Haag en omstreken. Dit 'crashteam' is een experiment van de gemeente Den Haag.

Het team bestaat uit een arts-assistent chirurgie of anaesthesiologie, een anaesthesie- of EHBO-verpleegkundige met chauffeur. Ze rijden in een ambulance met een groot aantal faciliteiten en materialen, aldus een woordvoerder van de gemeente Den Haag. De rijksoverheid zou benieuwd zijn naar de resultaten en mede op basis daarvan beslissen over de oprichting van een landelijk netwerk van deze teams.

De centralist bij de Centrale Post Ambulancevervoer, waar meldingen van ongevallen in de regel binnenkomen, speelt bij het uitrukken van het crashteam een belangrijke rol. Aan de hand van een aantal vragen bepaalt hij of het team wel of niet moet uitrukken. (ANP)

Den Haag beproeft inzetten crashteam bij ongelukken

Van onze verslaggever

DEN HAAG — Bij verkeersongelukken met zwaargewonden in Den Haag en omgeving wordt vanaf volgende week een zogenoemd crashteam ingezet. Dit heeft de gemeente vrijdag bekendgemaakt. Het crashteam wordt gevormd door medisch specialisten, die zonnodig bij de plek van het ongeluk spoedoperaties kunnen uitvoeren.

Het crashteam bestaat uit een arts-assistent chirurgie of anaesthesiologie en een anaesthesie- of EHBO-verpleegkundige. Een chauffeur onderhoudt contacten met de alarmcentrales van de brandweer en het ambulancevervoer. Het team krijgt een speciale ambulance ter beschikking, die is voorzien van een groot aantal extra faciliteiten.

Voorlopig gaat het om een experiment dat twee jaar zal duren. Aan de hand van de ervaringen in Den Haag zal de rijksoverheid een beslissing nemen over de oprichting van een landelijk net van crashteam.

Ambulancehulp: duur en onvoldoende medische scholing

Voor mensen van wie het leven aan een zijden draadje hangt, is snel en vakkundig ingrijpen van de ambulancedienst een vereiste. Daarom is het verontrustend te noemen, dat de kwaliteit van veel ambulancehulp te wensen overlaat. Ook zijn er grote prijsverschillen aan te wijzen. Wat de ervaringen van consumenten met spoedeisende ambulancevervoer zijn, leest u verderop in dit artikel.

Op het alarmlijstje naast de telefoon staan meestal de nummers van politie, brandweer en ziekenauto. Drie instanties die u kunt bellen in geval van nood.

Als u een ambulance belt, komt die melding binnen op een Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). In één CPA-gebied opereren vaak verschillende ambulancediensten naast elkaar. Om dit soepel te laten verlopen, wordt op een CPA beslist welke ambulancedienst de rit krijgt.

Een deel van de ambulances is in bezit van particuliere vervoerders. Ambulances kunnen ook deel uitmaken van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD of GGD) of de Districtsgezondheidsdienst (DGD). Daarnaast zijn er ambulances in bedrijf bij ziekenhuizen en stichtingen als het Rode Kruis.

In het algemeen werken de CPA's volgens het freecallsysteem, wat betekent dat iedereen rechtstreeks bij de CPA in spoedeisende situaties een aanvraag kan doen voor een ambulance. Tussenkoms van een arts is dan niet nodig.

De belangrijkste eisen die aan de ambulancediensten worden gesteld, zijn de volgende drie. Er moet één ambulance zijn op 27.000 inwoners. Een ambulance moet binnen 15 minuten na melding bij de CPA op de plaats van het ongeval zijn. En tenslotte moeten chauffeur en begeleider in bezit zijn van het EHBO-diploma.

Ongeschoold

Veel mensen meten de kwaliteit van de ongevallenhulp af aan de snelheid en het lawaai waarmee de ambulances door het verkeer razen. Wie het snelst in het ziekenhuis is, heeft de meeste overlevings-

kansen, denkt men. De praktijk leert echter iets heel anders.

Per jaar sterven er 6000 mensen als gevolg van een ongeval, van wie 2000 in het verkeer. Als er een betere hulpverlening was geweest, zouden daarvan 400 tot 800 nu nog leven. Zo bleek uit een onderzoek eind 1985. Het aantal blijvend invaliden zou dan waarschijnlijk zelfs met 1500 verminderd kunnen worden. Slechte kwaliteit van de ambulancehulpverlening is een belangrijke oorzaak van deze schokkende cijfers.

In diezelfde tijd liet onderzoek in het Radboudziekenhuis in Nijmegen zien dat daar 30% van de ongevalsachtoffers niet optimaal binnenkomt. Velen verkeren in ademnood, hebben een zuurstoftekort in het bloed of een te lage bloeddruk. Voor een deel is dit te wijten aan een verkeerde beoordeling door en ondoelmatig handelen van het ambulancepersoneel.

De Geneeskundige Inspecteur voor de Volksgezondheid in Gelderland bevestigde toen dat een kwart van de ambulancediensten in die provincie minder gekwalificeerde zorg biedt. Ze zijn bemand met (vrijwillige) EHBO'ers die tot weinig méér in staat zijn dan het leggen van een noodverband, het stelpen van een bloeding en mond-op-mond beademing.

In de dunbevolkte gebieden werken de ambulancediensten soms met vrijwillige EHBO'ers omdat ze zich geen beroepskrachten kunnen veroorloven. Voor kleinere diensten is het daarbij ook nog een probleem de vaardigheden van het personeel op peil te houden. Terwijl juist vanwege de langere tijden goede verpleegkundigen daar nog harder nodig zijn dan in de stedelijke gebieden.

Nu brengt de patiënt een lange tijd in de ambulance door in gezelschap van vaak ondeskundige bewaking.

Bij particuliere vervoerders was bijvoorbeeld in 1983 nauwelijks de helft van de wagens uitgerust met hartbewakingsapparatuur. In enkele plaatsen is er wel apparatuur maar te weinig of ongeschoold personeel, zodat de apparatuur ongebruikt in de kast staat. Vermoedelijk overlijden hierdoor op het platteland thuis en tijdens het vervoer naar het ziekenhuis enkele honderden patiënten per jaar aan een hartstilstand, die bij hulp van een goed uitgeruste ambulance en cardiologisch geschoold personeel na verblijf in het ziekenhuis weer naar huis hadden kunnen gaan. Precieze cijfers kunnen niet worden gegeven, omdat het onduidelijk is welk deel van de hartbewakingsapparatuur van particuliere bedrijven daadwerkelijk gebruikt wordt.

Ondanks al deze verontrustende signalen van een paar jaar geleden, is er weinig veranderd. In 1987 moest de Geneeskundige Inspectie van het Staats-toezicht op de Volksgezondheid nog steeds rapporteren: "Het verschil in kwaliteit tussen de diverse ambulancediensten is nog zo groot, dat er van een ongelijke overlevingskans van de bevolking sprake is." Daarom zijn er nu in het land bijscholingscursussen voor het werk op de ambulance.

Haast

Voor deze alarmerende situatie zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Naast de te lage opleidingseisen van het personeel is de financiering van de ambulancehulp van invloed op de kwaliteit. Omdat ambulancediensten betaald worden per rit, hebben de vervoerders belang bij zoveel mogelijk ritten. Inpakken en wegwezen is dan ook vaak het devies. Maar als iemand met bijvoorbeeld een ruggewervelfractuur in de haast verkeerd wordt opgepakt, loopt hij de kans levenslang invalide te blijven. De betere ambulancediensten die ter plaatse zorgvuldige hulp verlenen, zijn in het nadeel.





omdat ze langer onderweg zijn, minder ritten kunnen maken en dus hetzelfde betaald krijgen voor langer werk.

Daarnaast is de plek waar de melding binnenkomt, de CPA, van belang. Sommige meldposten zijn ondergebracht bij de gezondheidsdiensten van de overheid, de GGD's en DGD's. Er bestaan vermoedens dat, als daar een melding binnenkomt, de GGD of DGD deze rit vaak zelf neemt. De goedkopere particuliere ambulancediensten worden op die manier benadeeld, want ze krijgen minder ritten, maar moeten wel het hele jaar paraat staan. Dit heeft tot gevolg dat ze minder of geen (duur) beroepspersoneel aan kunnen trekken. En dat komt de kwaliteit van de particuliere vervoerders weer niet ten goede.

Als een meldpost is ondergebracht bij de brandweer, is niet maar de vraag of men daar de situatie naar medische waarde kan inschatten.

"Voor de heenrit betaalde ik f 160,60. Voor diezelfde rit terug kreeg ik een rekening van f 552,15."

Tariefverschillen

Uit ervaringen van gebruikers blijkt dat de tarieven van de ambulance op een groot knoep punt zijn. Een ambulance is niet alleen duur, er zijn ook enorme prijsverschillen tussen de vervoerders onderling.

Het grote tariefverschil tussen de ver-

voerders onderling heeft onder andere te maken met de aard van de vervoerder. Particuliere ambulancediensten zijn meestal goedkoper dan de GGD- en DGD-wagens. Particuliere vervoerders exploiteren vaak naast hun ambulance een ander vervoerbedrijf. Tussen de ongevallen door hoeven de chauffeurs dus minder duimen te draaien.

Dan is de verhouding tussen onverwacht spoedvervoer en van tevoren besteld vervoer van belang. 's Nachts gelden er ook nog toeslagen voor het personeel.

De prijs die voor een rit betaald moet worden, kan uit drie onderdelen bestaan. De basisprijs, "aanslag" genoemd, vormt de hoofdmoot. In 1986 was de gemiddelde aanslag f 244,43, maar aan de voorbeelden hieronder ziet u dat er enorme verschillen zijn.

In de totale prijs zit ook een CPA-toeslag. Een rit wordt gemaakt in opdracht van een CPA. De kosten die daarbij gemaakt worden, zijn verrekend in de CPA-toeslag. Deze is per CPA-gebied verschillend; dat ligt aan de omvang van de regio. In 1986 was de gemiddelde toeslag f 40,33. Maar ook hier zijn de verschillen groot, zoals u aan de voorbeelden ziet. Een kilometerprijs betaalt u alleen als u ritten maakt buiten uw woongebied. In de regel ligt deze prijs tussen de f 4 en f 5. In 1986 was de gemiddelde kilometerprijs f 4,24.

We hebben wat prijsvoorbeelden voor u op een rijtje gezet.

aanslag km-prijs CPA

	in f	in f	in f
Winschoten	141,90	4,50	32,80
Groningen GGD	479,60	7,40	32,80
Deventer GGD	277,00	4,58	36,20
Barneveld	289,15	4,20	53,00
Amsterdam GGD	188,25	6,25	34,80
Amsterdam VZA	139,60	5,60	34,80
Eindhoven GGD	199,25	4,10	39,80
Weert	309,45	1,60	89,70

Die hoge tarieven en grote tariefverschillen tussen de ambulancediensten roepen veel vraagtekens op. Bij onze Juridische Ledenservice kwam bijvoorbeeld een verontwaardigde brief binnen van een vrouw die samen met haar man een auto-ongeluk had gehad. Zij was slechts licht gewond en kon voorin de ambulance zitten waarmee haar ernstig gewonde echtgenoot naar het ziekenhuis werd gebracht. Na afloop kregen ze allebei een even hoge rekening. "Mag dat nou zomaar?" vroeg ze ons.

"Ik had beter een taxi kunnen nemen, dan was ik goedkoper uitgeweest!"

Het was inderdaad de gewoonte om in zo'n geval beiden de volle prijs te laten betalen. Vanaf 1 januari van dit jaar geldt dat, als meer patiënten in één ambulance vervoerd worden, elke patiënt een evenredig deel van 150% van het tarief voor één patiënt betaalt. De CPA-toeslag wordt dan nog wel aan iedere patiënt in rekening gebracht.

Bij lange ritten, heen en terug samen boven de 150 km, moet volgens het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) een verlaagd tarief van f 2 per km gelden. Het COTG is de instantie die de tarieven van de gezondheidszorg vaststelt.

Vergoedingen

Al deze bedragen hoeft u meestal niet zelf te betalen. Het ziekenfonds en de meeste particuliere verzekeringen dekken de kosten van het spoedeisend ambulancevervoer, onafhankelijk van de vraag waar de rit eindigt. Vervoer naar het ziekenhuis geeft de ambulancediensten wel de meeste financiële zekerheid. Deze regeling komt de patiënt niet altijd ten goede en kan onnodig duur uitpakken. Vaak is specialistische hulp namelijk helemaal niet nodig. Een huisarts die zijn kennis en ervaring op peil houdt, kan veel EHBO zelf doen.

Als u een ambulance gebruikt in een niet-spoedeisende situatie, bijvoorbeeld van het verpleeghuis terug naar huis, dan moet u bij het ziekenfonds veelal een eigen bijdrage van f 117,50 per 12 maanden betalen. Als u met eigen vervoer naar het ziekenhuis gaat, terwijl een ambulance medisch noodzakelijk was geweest, krijgt u van het ziekenfonds f 0,28 per kilometer vergoed. Voor particuliere verzekerden kan zowel de eigen bijdrage bij niet-spoedeisend vervoer als de kilometervergoeding voor de eigen auto, verschillen per verzekeringsmaatschappij.

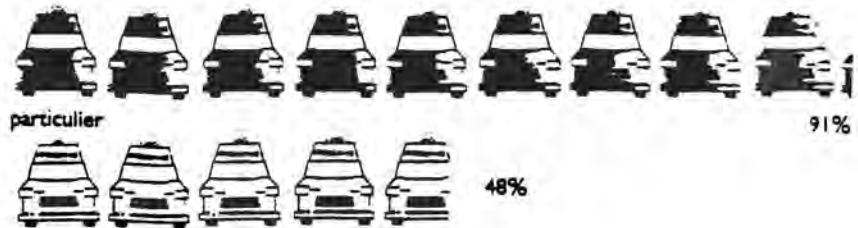
Ervaringen

Wij hebben de ervaringen van 168 mensen verzameld met het gebruik van ambulancediensten in spoedeisende situaties. Zij deden hun ervaringen op in 1986 en 1987. In 48% van de gevallen werd er gebruik gemaakt van een GGD- of DGD-ambulance en in 23% van een particuliere ambulance. In de overige gevallen ging het bijvoorbeeld om ziekenhuis-ambulancediensten.

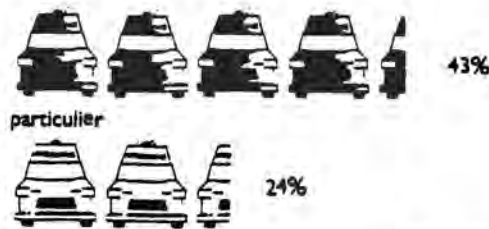
Bij twee op de drie mensen werd de ambulance geroepen naar aanleiding van iets naars binnenshuis. Slechts 16% was onderweg toen het gebeurde. Meestal ging het om hartklachten, moeilijke bevallingen en botbreuken. In mindere mate werden genoemd: bewusteloosheid (samenhangend met bijvoorbeeld suikerziekte), ademnood (samenhangend met bijvoorbeeld astma), inwendige bloedingen, verstukkingen, vergiftigingen en verstukkingen.

Bijna alle ondervraagden werden naar het ziekenhuis gebracht. Meer dan tweederde was in staat om te vertellen naar welk ziekenhuis men wilde. Toch werd

AMBULANCES MET HARTBEWAKINGSAPPARATUUR



AMBULANCES MET VERPLEEGKUNDIG PERSONEEL



(Recentste gegevens; situatie 1-1-1983; één auto is 10%)

daar niet altijd rekening mee gehouden. Op het platteland kwam het voor, dat er maar één ziekenhuis in de buurt was, waar men dan wel naar toe moest. Zelfs in de stad kwam het voor, dat er maar één ziekenhuis met EHBO-dienst was waar men naar toe kon. Soms was er gespecialiseerde opvang nodig, zoals bij zware brandwonden, en soms was er geen bed of couveuse vrij. Het kwam ook voor, dat de ambulance terug moest naar de plaats van herkomst.

Over de kwaliteit van de ambulancehulp is men over het algemeen wel te spreken.

Het grote knelpunt zijn de kosten. Daarbij worden de particuliere diensten positiever beoordeeld dan de GGD- of DGD-ambulancediensten. Het valt op dat ook op andere punten, zoals de medische kwaliteit van het personeel en de aanwezige medische voorzieningen, de particuliere ambulancediensten beter scoren. Misschien komt dit, doordat men door de lagere kosten geneigd is positiever tegen de algehele kwaliteit aan te kijken. We kunnen ons ook voorstellen dat de kwaliteit moeilijk te beoordelen is voor de patiënt. Men ligt immers niet dagelijks in een ambulance en als men er al inligt, is de situatie er meestal niet naar om objectief over de kwaliteit te oordelen.

Over de wachttijd is nogal wat ontevredenheid. Zo moest 20% van de ondervraagden langer dan 15 minuten op een

ambulance wachten. De wet spreekt van een bereikbaarheidseis van 15 minuten nadat de melding bij de CPA is binnengekomen. Het knelpunt zit hem echter vaak in het stadium ervoor. Door bijvoorbeeld communicatieproblemen tussen en bij artsen en politie gaat kostbare tijd verloren.

De regio-indeling van het ambulancevervoer is soms ook uiterst onnavig. Een voorbeeld: een ongeluk gebeurde net een halve kilometer buiten de gemeentegrens van Goor. De ambulance mocht echter niet uit Goor komen, die werd uit Hengelo gestuurd. Terwijl die uit Goor slechts 300 m hoefde te overbruggen.

Overigens blijkt uit gesprekken met diverse ambulancediensten dat zelfs de 15-minutengrens in een aantal gevallen, zoals bij reanimatie, al te ruim is.

Wensen

Onze wens is een zodanige organisatie van de ambulancehulpverlening dat een zo goed mogelijke kwaliteit en bereikbaarheid voor de consument worden gewaarborgd. Dat betekent:

- Een goed bereikbaar landelijk alarmnummer, een wens die in 1990 in vervulling zal gaan. Dan komt er voor het waar schuwen van politie, brandweer en ambulance het landelijke nummer 0611. Vanaf eind vorig jaar geldt dit nummer al in Eindhoven en in alle plaatsen waar het telefoon-kengetal met 049 begint.

- Verpleegkundigen achter de meldtafel.
- Een geschikte regio-indeling en goede communicatie tussen hulpverleners, zodat snel de ambulance met de voor die situatie nodige apparatuur en bemanning kan worden ingezet.
- Het zoveel mogelijk ter plekke verrichten van levensreddende medische handelingen, wat een grotere overlevingskans geeft en minder kosten.

- Moderne apparatuur op de wagens met goed geschoold en ervaren personeel.
- Bestaansrecht voor de particuliere ambulancediensten, ook als ze werken zonder gekwalificeerde verpleegkundigen. Er is immers genoeg niet-spoedeisend vervoer dat ze op een goedkope wijze kunnen verrichten.
- Duidelijke afspraken tussen huisarts en ambulancedienst over de hulpverle-

ning ter plekke, zodat er geen tijd verloren gaat.

- Ziekenhuizen die de ambulancediensten op de hoogte houden van het aantal beschikbare bedden.
- Kostenbesparing door onder meer een andere financiering van de ambulancediensten en het vaker kiezen voor alternatieven voor een ambulance, zoals een taxi.

Tips

- Plak het alarmnummer van de ambulance op uw telefoon.
- Komt de ambulance bij u thuis, zet dan iemand op de uitkijk, houd de lift beneden vast, verwijder obstakels uit de gang, zorg dat huisdieren niet voor de voeten lopen en doe 's nachts en 's avonds de gordijnen open en het licht aan. Dit vergemakkelijkt het

zoeken.

- Maak duidelijk naar welk ziekenhuis u wilt.
- Denk bij lichte verwondingen aan goedkopere vervoersmogelijkheden, zoals een lift van familie of bureu of een taxi. Bedenk dat een huisarts veel EHBO zelf kan doen.
- Vooral als u buiten de eigen woning iets overkomt,

zijn hulpverleners u er bij gebaat, als er een medische informatiekaart en een medicamentenkaart is. Deze kaarten worden door de KNMG, de beroepsorganisatie van artsen, op aanvraag tegen kostprijs (f 0,25 elk) ter beschikking gesteld.
☎ (030) 82 39 11.

Leesstof

De ambulancehulpverlening in spoedeisende situaties kan beter. Uit ervaringen van gebruikers blijkt dat onduidelijkheid over de tarieven en grote tariefverschillen het grote knelpunt zijn. Verder zijn er ook nog ambulances die slechts bemand zijn met mensen zonder voldoende medische kennis en vaardigheid om de patiënt goed op te vangen. ■

Landelijk alarmnummer nog steeds een ramp

Ministerie

Woordvoerder G.E. Lagerwaard van het ministerie van Binnenlandse Zaken betreurt dat het 06-11-nummer nog niet landelijk is. „De regio Amsterdam en de Randstad komen als laatste aan de beurt. Het is jammer genoeg nog niet tot iedereen doorgedrongen dat het alarmnummer alleen gebruikt kan worden bij levensbedreigende situaties, die met de grootste spoed dienen afgewikkeld te worden, zoals bij brand, explosies, een hartinfarct, en ernstige ongelukken.

Het gebruik van het nummer staat goed en duidelijk in de folders, die door de PTT huis-aan-huis worden bezorgd, zodra een regio is aangesloten. Wij komen nu ook met een telefoonsticker voor de duidelijkheid. Het dringt pas echt door tot het publiek als het via reclamespots op de tv wordt geïntroduceerd. Maar dat kan pas wanneer het alarmnummer voor het hele land geldt. Nu wordt de folder helaas nog niet goed genoeg gelezen.”

Van onze correspondent

ARNHEM, donderdag
Het landelijk alarmnummer 06-11 zorgt in verschillende regio's voor grote verwarring. Mensen die in noodgevallen het alarmnummer bellen, worden door de ambtenaren van die speciale hulplijn nog te vaak doorverwezen naar een ander nummer, bijvoorbeeld brandweer of ambulance.

Een functionaris van de regionale brandweer in Ede zegt: „Het 06-11-nummer heeft al dikwijls tot misverstanden en klachten geleid. Niet alleen bij brand, maar ook met wateroverlast bellen mensen in paniek dat nummer en reageren dan kwaad als zij dan te horen krijgen zelf de brandweer te moeten bellen.”

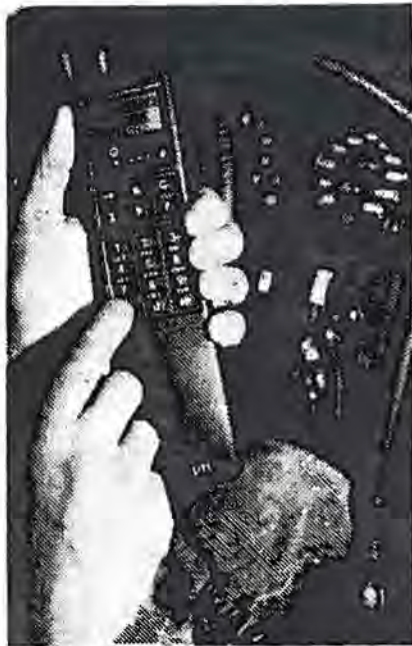
Woordvoerder Gerrit Mons van de Arnhemse politie bevestigde gisteren enkele strubbelingen met het nummer. „Wij zijn nu enkele maanden bezig en de praktische kant draait al aardig goed, maar er ontbreekt nog wat aan de techniek bij het door- en terugschakelen.” uitbreiden.”

Gekke dingen

De regio-Brabant, waar het alarmnummer al acht maanden werkt, meldt nu nog na de aanloopperiode, dat men voor de gekste dingen komt te staan.

Voorlichter Jan Harmsen van de rijkspolitie Den Bosch zei gisteren: „Het publiek beseft nog maar matig waar het 06-11-nummer voor dient. Voor een windhoos en een fikse regenbui bellen ze het nummer al. Ook komen er klachten dat wij niet kunnen doorverbinden met de huisarts, hoewel het duidelijk in de folder staat dat het nummer alleen geldt voor noodgevallen,” aldus Jan Harmsen.

Ons land massaal aan autotelefoon



• Volgend jaar zal het aantal autotelefoons fors toenemen.

Zodra in januari volgend jaar een nieuw extra (derde) net voor autotelefoons in gebruik wordt genomen, verwachten de aanbieders op deze markt een explosieve groei van het aantal aansluitingen. De apparatuur voor dit derde net zal namelijk uitsluitend worden verkocht, waardoor de vaste lasten per maand omlaag gaan.

De PTT biedt twee kooptoestellen aan die variëren in prijs van ruim 3500 gulden tot 4000 gulden. Wanneer men er ook buiten de auto of boot mee wil telefoneren kosten een accupak en een antenne een

Kosten drastisch omlaag

door Jeroen Goeman Borgesius

AMSTERDAM, dinsdag

Nederland wordt volgend jaar overspoeld met autotelefoons. Belangrijkste oorzaak daarvan is dat, volgens de producenten, de maandelijkse kosten van de autotelefoon - exclusief de gesprekken - zullen dalen van ruim 200 naar 80 gulden.

Verkoop

kleine 700 gulden extra. Ook andere bedrijven wagen zich op deze markt en bieden hun apparatuur tegen concurrerende prijzen aan.

De 'huisleverancier' van de PTT, Siemens, verwacht een verdubbeling van de markt en heeft daarom de verkoop van de autotelefoons aan de

PTT gestaakt. „Wij leveren de PTT nog wel apparatuur voor het tweede net, maar voor dit derde net gaan wij zelf de verkoop doen. Het is een enorme markt”, aldus de heer H. Trampe van Siemens. Dit Duitse bedrijf brengt een autotelefoon op de markt die werkt op de accu van boot of auto en die dus niet echt draagbaar is.

„Ik zie onze doelgroep niet sjouwen met een telefoon van een paar kilo en een antenne die uitsteekt. Pas wanneer er echte draagbare telefoons zijn die je in je zak mee kunt nemen komen wij er mee.

Bellen ruim helpt goedkoper Autotelefoons in ons land op Belgisch net

door Michiel Hoogers

MAARSBERGEN, dinsdag

Enkele honderden Nederlandse automobilisten maken gebruik van een Belgische autotelefoon en zijn als abonnee aangesloten bij de Regie Telefoon Telegraaf, de PTT van onze zuiderburen.

Een Belgisch autotelefoon-abonnement maakt het vanuit de auto bellen voor Nederlanders aanzienlijk goedkoper. Het RTT-tarief is ruim vijftig procent lager dan dat van de Nederlandse PTT.

De gemiddelde gesprekskosten in Nederland bedragen f 1,05 per minuut. Via de Belgische verbinding betaalt de automobilist gemiddeld slechts f 0,50 per minuut.

„Tegen deze voordelen van een RTT-abonnement kan de PTT niet op”, meent Kees Floor. Hij is directeur van het Maarsbergense bedrijf *Orbion*, dat de Belgische toestellen importeert.

„Behalve de veel goedkopere gesprekskosten, krijg je van de RTT elke maand keurig een gespecificeerde rekening in de bus. Bij de aanschaf is een all-risk verzekering van drie jaar inbegrepen.”



Het uitbaten van autotelefoons is in ons land dit jaar nog voorbehouden aan de PTT. Op dit moment huren 32.000 automobilisten een PTT-autotelefoon voor zo'n f 240 per maand.

Na de privatisering, per 1 januari aanstaande, mag iedereen de telefoons verkopen. De PTT zal twee toestellen aanbieden variërend in prijs van f 3500 tot f 4000.

Een PTT-woordvoerder noemde het onmogelijk dat een Belgische abonnee met zijn autotelefoon in Nederland goedkoper belt dan een PTT-abonnee. „Het is net als met benzine tanken. Iedereen in Nederland betaalt dezelfde prijs.”

Kees Floor wil niet helemaal onthullen hoe hij te werk gaat. Hij verkoopt de *Orbion*-toestellen met Belgisch abonnement voor f 6500.

„Op telecommunicatiegebied zijn ze in België veel verder dan in Nederland”, meent Floor. „Daar stap je voor een autotelefoon gewoon naar een dealer. Je kiest een toestel uit en de dealer doet de rest. Hij bouwt de telefoon in, laat hem keuren en vraagt een nummer aan.

De aspirant abonnee moet alleen bij de aanvraag aantonen dat hij een ingezetene van België is. Veel Nederlanders blijken er familie of kennissen te hebben die dat kunnen doen. Vervolgens stuurt de RTT de rekening elke maand naar Nederland. Wij kunnen iedereen die op de een of andere manier kan aantonen Belgisch ingezetene te zijn, een Belgische autotelefoon leveren”, aldus Floor.

Dramatische vertraging door ambulancepech

Van onze Rotterdamse redactie

SPIJKENISSE, dinsdag

Een door een hartstilstand getroffen tennisser uit Spijkennisse kon niet naar het ziekenhuis worden vervoerd, omdat de ambulance niet wilde starten.

Het slachtoffer, Reggie Siegers (52), overleed op het moment dat twintig minuten later de tweede ziekenauto arriveerde.

De recreatie-tennisser kreeg een hartstilstand tijdens het openingstoernooi van vereniging De Hartel.

Reanimatie door medespeleers en politiemensen verliep aanvankelijk hoopvol. Toen Siegers per brancard naar de ambulance van de GG & GD

Tennisser overlijdt aan hartstilstand

was gebracht, kwam de motor van de één jaar oude ziekenauto niet meer op gang.

Er werd met spoed een tweede wagen besteld. Die ziekenauto arriveerde 20 minuten later. Inmiddels was de tennisser overleden.

De man had in de eerste ambulance wél alle noodzakelijke hulp gekregen. Met behulp van alle voorhanden zijnde apparatuur werd voor zijn leven gevochten.

Volgens directeur/arts F. Lieber van de GG & GD

Voorne-Putten zou het slachtoffer ook zonder de dramatische vertraging vermoedelijk wel overleden zijn.

„Zijn toestand was al slecht toen ons ambulancepersoneel bij hem kwam. Dat neemt niet weg, dat het een bijzonder naar incident is. Ambulances behoren te starten. Daar kan iemands leven van afhangen.”

Ambulance met patiënt kreeg bon

Van onze correspondent
RODEN (Dr), zaterdag

Ambulancechauffeur Roel Douwes moet maandag voor de kantonrechter in Groningen terechtstaan, omdat hij samen met ziekenverzorger Jacques Besseling met de ambulance op de busbaan reed.

De beide mannen waren in het spitsuur met een patiënt op weg naar het Academisch Ziekenhuis in Groningen en dreigden in de file op de Zuiderdiep terecht te komen

Omdat het onverantwoord was met de patiënt in de file te blijven, namen zij de busbaan waar zij midden in de drukte door een motoragent tot stoppen werden gedwongen en een bekeuring kregen.

Op het uitdrukkelijke verzoek aan de agent om eerst de patiënt weg te mogen brengen en later de zaak te regelen, werd afwijzend gereageerd. Deze handelwijze van de Groninger politie is bij de

ziekenvervoerders in het verkeerde keelgat geschoten.

Douwes en Besseling, die met de enige ambulance van het dorp Roden dagelijks uren in files staan te wachten en intussen bussen, taxi's en soms andere gemeentevervoertuigen over de busbaan voorbij zien snellen, hebben inmiddels steun gekregen van de Vervoersbond FNV, die zich achter de chauffeurs heeft opgesteld.

Verwacht wordt dat in en bij het gerechtsgebouw een groot aantal collega's met hun ambulances aanwezig zal zijn om tegen het busbaanverbod van ambulances te protesteren.

„Samen met de vervoersbond vechten wij voor een wettelijke regeling”, aldus FNV-kaderlid Jacques Besseling. „Het gebruik van de busbaan door ambulances komt immers ten goede aan de patiënt, die geen half uur met pijn op de brancard in de file hoeft te liggen”.

door PETRA JOUSTRA

ENSCHEDA, zaterdag

De ambulancedienst van Enschede rijdt niet meer uit zonder direct klaar-camera in de wagen. Bij ernstige verkeersongevallen met veel materiele schade wordt steevast een situatie-foto gemaakt die later in het ziekenhuis vaak een belangrijke aanwinst bij het opsporen van „onzichtbaar” letsel blijkt te zijn.

De traumatologen (specialisten in ongevallenletsel) van de Samenwerkende Ziekenhuizen in de regio zijn zeer in hun nopjes met de extra dienstverlening van hun Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD, de vroegere GG&D), voor zover bekend de enige in Nederland die de direct-klaar-fotografie in de bedrijfsvoering in Nederland toepast

Alerter

„Menig gescheurde milt of lever hebben we sneller kunnen ontdekken dank zij die foto's,” vertelt chirurg-traumatoloog dr. P. Engel van de Samenwerkende Ziekenhuizen. „Wij zijn meer bevreesd voor verkeersslachtoffers die schijnbaar ongedeerd worden binnengebracht, dan voor bloed. Het probleem voor de behandelende medici is dat mondeling moeilijk is over te brengen hoe, waar en hoe hard de patient klappen heeft opgelopen. Bij een verkeersongeluk komt een geweldige hoeveelheid energie vrij, die ergens in gaat zitten. Dat zie je dan aan de blikshade een ingedeukte vangrail of een geknakte boom.

„Maar een deel komt ook

terecht in mensen. Alle orgaanstelsels kunnen binnen twintig seconden na de klap beschadigd zijn. Een gebroken been valt meteen op. Maar beschadigingen aan hersens, longen of nieren zie je van buiten niet. De foto's tonen aan op welke wijze het slachtoffer het verkeersgeweld heeft ondergaan. Je wordt daardoor alerter bij het zoeken naar inwendig letsel.

Een gescheurde milt kan wel pas drie uur later gaan opspelen. Als je dat niet meteen ontdekt, heb je een boel kostbare tijd verloren. Die foto's zijn een belangrijke aanwinst in het verminderen en voorkomen van invaliditeit en zelfs van het aantal doden,” aldus de heer Engel.

Geheim

De foto's worden niet van de patienten zelf gemaakt, maar van de situatie. Hoe stonden de auto's ten opzichte van elkaar, hoe ziet de schade er uit? De heer W. ten Wolde, hoofd van de Ambulancehulpverlening van de BGD in Enschede: „De foto's worden wel in het medische dossier van de patient opge-

Polaroid-camera bij standaarduitrusting ambulances

Situatiefoto's „verwijzen” naar inwendig letsel



■ De heer Ten Wolde van de BGD Enschede:

„Foto's vallen onder medisch geheim.

borgen en vallen derhalve onder het medisch geheim. Ze zullen nooit aan derden worden overgedragen, bijvoorbeeld de politie die duidelijkheid wil hebben over de

schuldvraag.”

Het idee is afkomstig van dokter Engel, die de toepassing ontdekte in de Verenigde Staten. Nu zijn de negen ambulances van de BGD, die

met Enschede, Oldenzaal, Denekamp, Losser en Ootmarsum een gebied met 210.000 inwoners bedienen, standaard uitgerust met een Polaroid.

Fototoestel

Engel, die tevens lid is van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie, zou graag zien dat alle Basisgezondheidsdiensten in het land met een fototoestel worden uitgerust. Maar hij wijst erop dat de camera's slechts een deel van de keten zouden moeten zijn. De ambulancediensten zijn volgens hem organisatorisch „als geheel nog ver onder de maat.”

De Vereniging pleit dan ook al geruime tijd voor het instellen van tien of twaalf ongevallenopvangcentra in ons land. Politraumatise-patienten (slachtoffers met meervoudig letsel) zouden naar deze ziekenhuizen moeten worden vervoerd, waar een team van ervaren ongevallen specialisten klaar

staat. Het „oppakken en wegwezen” naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis wordt in de traumatologie steeds meer als zinloos beschouwd.

FOTOGRAFEER

In Nederland en in andere Europese landen zal de aanrijding geen proces-verbaal opleveren. Dit betekent voor de benadeelde dat hij zelf moet zorgen voor het verzamelen van bewijs met betrekking tot de schuldvraag.

HOE?

In ieder geval moeten alle gegevens met betrekking tot de aanrijding worden genoteerd; dat wil zeggen naam, adres, en verzekeringsgegevens van de betrokken partijen en de getuigen, plaats, datum, en tijd van het ongeval en de toedracht. Veel beter is het nog een internationaal aanrijdingsformulier in te vullen. Doe dit zorgvuldig en zorg er voor dat het door beide partijen wordt ondertekend. Besteed ook veel aandacht aan de situatieschets. Foto's kunnen ook bijdragen tot een goede registratie.

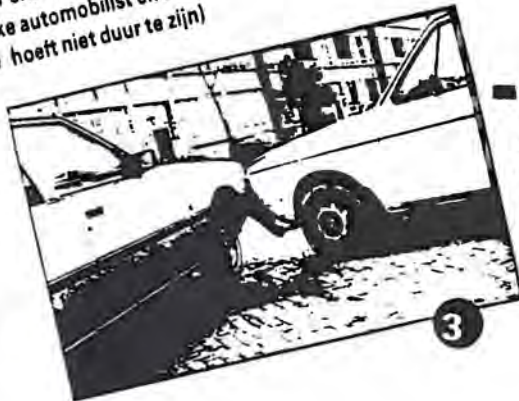
Foto's kunnen van onschatbare waarde zijn, als ze tenminste op de juiste wijze zijn gemaakt. Maak ook foto's als u getuige van een ongeval bent. Tenminste een van de betrokkenen zal u daarvoor zeer erkentelijk zijn en die fotokosten vast willen vergoeden. Voor elke automobilist en motorrijder geldt het advies: altijd een kleine camera schietklaar bij u hebben.

Vul in elk geval een (internationaal) aanrijdingsformulier in en zorg er voor dat het door beide partijen wordt ondertekend. Dit formulier is verkrijgbaar bij uw Verzekeringmaatschappij, voor verzekerden bij Unigarant ook bij de ANWB-kantoren.

Deze foto zegt niets over de plaats en de toedracht van de aanrijding. Er moet een betere foto worden gemaakt.



Alleen materiële schade - politie maakt geen proces-verbaal op. De benadeelde moet zelf zorgen voor het verzamelen van bewijs met betrekking tot de schuldvraag.



Deze foto geeft een beter beeld van de aanrijdingssituatie dan de voorgaande foto. Daarmee wordt meer informatie verkregen.

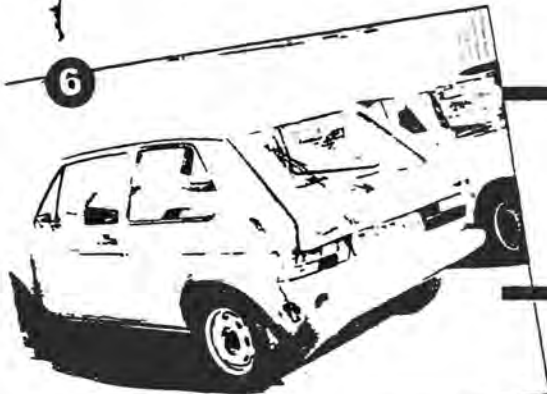


DE ONGEVALSITUATIE

Hoe moet u te werk gaan:



Deze foto lijkt spectaculair, maar hij geeft toch onvoldoende de gehele schade weer. Zoek het niet te gauw in uitsluitend detailfoto's van gekreukte materialen. De volgende foto's beter.



Dit is beter. Net als op foto 5 ziet u de schade aan de achterkant van de auto. Maar nu ziet u dat er meer schade aan de hand is, (inksachter en een gapende achterdeur onder meer).

Overtuig u er eerst van dat u zonder gevaar kunt gaan fotograferen. Vaak zal de eerste zorg het vrijmaken van de weg moeten zijn. Staat uw hoofd na een ongeval niet naar fotograferen, vraag dan eventueel een ander dat te doen.

Fotografeer zo snel mogelijk na het ongeval de feitelijke eindsituatie vanuit verschillende hoeken. Ga zo hoog mogelijk staan op een afstand van 10 a 20 meter.

Maak ook foto's vanuit de oorspronkelijke naderingsrichting(en). Dit in verband met eventuele beperkingen in het uitzicht door geparkeerde auto's, begroeiing etc. Let erop dat van belang zijnde verkeersborden (bijv. nadering voorrangsweg) en wegmarkeringen (stopstreep, haaietanden etc.) worden meegephotografeerd.

Zijn er rem- en/of slipsporen, fotografeer dan het begin daarvan mee. Zorg er tevens voor dat de horizon op de foto staat. Laat ook de breedte van de weg(en) op de foto's zien.

Maak dan enkele detailfoto's: glasscherven en losgeraakte onderdelen op het wegdek, beschadigingen aan het wegdek, losgelaten vuil, etc. Markeer slecht zichtbare details d.m.v. voorwerpen als een krik of gevarendriehoek.

Fotografeer na het verwijderen van de voertuigen de plaats van het ongeval nogmaals op een afstand van enkele meters, vanuit verschillende hoeken.

Maak tenslotte wat foto's van de schade aan de voertuigen. Uit beschadigingen kunnen vaak belangrijke aanknopingspunten voor de reconstructie van een ongeval worden afgeleid. Beperk u niet tot een foto van de eigenlijke schade; fotografeer de voertuigen steeds van alle zijden.

Vindt het ongeval bij donker plaats, probeert u dan toch foto's te maken. Dit kan van groot belang zijn in verband met de aanwezigheid van straatverlichting, verlichte reclameborden etc. Bent u bang bij nacht geen goede foto's te hebben gemaakt, maak dan zo mogelijk de volgende dag bij licht nog wat foto's van de plaats van het ongeval.

EEN ZWARE **VERBRANDING**

De Nederlandse Brandwonden Stichting adviseert de vakantieganger

Jaarlijks moeten 4000 mensen met ernstige verbrandingen worden opgenomen in een brandwondencentrum of in een ziekenhuis.

Een zware verbranding brengt ons leven in gevaar en niet zelden blijft de getroffen voor zijn leven verminkt. Vandaar deze goede raad van de Nederlandse Brandwonden Stichting. U brengt deze tips mogelijk al jarenlang in de praktijk, maar wellicht is het toch nuttig om alle waarschuwingpunten nog even na te gaan.

Preventie

- Rook nooit bij het tanken en wacht met het opsteken tot u een minuut of vijf hebt gereden.
- Sluit bij het tanken de ramen en zet ze even tegen elkaar open voor u weer vertrekt.
- Zorg dat uw reserve-can, achter in de auto, altijd hermetisch is gesloten en nooit aan felle zon wordt blootgesteld.
- Rook nooit wanneer de motorkap open staat en ga evenmin bij het licht van een lucifer op zoek naar de oorzaak van uw pech. Voor minder dan een tientje koopt u al een betrouwbare (magnetische) looplamp.
- Doe nooit de deuren van uw wagen van binnenuit op slot (tenzij het een kinderslot betreft). Hulpverlening van buitenaf wordt dan vaak onmogelijk.
- Als er voor uw passagiers op de achterbank geen asbak aanwezig is, zorg dan

zelf voor een betrouwbaar (magnetisch) exemplaar.

- Bij de standaard-uitrusting van uw wagen hoort ook een brandblusser, die geschikt is voor het blussen van een benzine-brand en die ieder half jaar moet worden gekeurd.
- Hou altijd een paar stevige vuurvaste, of in ieder geval moeilijk brandbare handschoenen bij de hand.

Op de camping en koffie-onderweg

- controleer regelmatig de slangen en aansluitingen van uw kookstel met zeep-schuim en lees zorgvuldig de gebruiksaanwijzingen als u gas-in-blik gebruikt.
- bewaar uw (reserve) ketel of tankjes nooit in de tent.
- kook nooit binnen in de tent en zorg ervoor dat uw kookstel niet tegen de wand van de luifel staat.
- zet uw kookstelletjes op een vlakke, brandvrije ondergrond.
- zorg voor een stabiele onderbouw van uw gasstel en een minstens even stevige en stabiele tafel. Zet potten en pannen,

borden en kopjes nooit op de rand. Vergeet niet, dat hete vloeistoffen (koffie, thee en soep, etc.) minstens even gevaarlijk zijn als open vuur. Zeker als u weinig of geen kleding draagt.

- laat de kinderen nooit alleen bij het eten, of als er hete pannen, borden en kopjes op tafel staan.
- rook nooit in bed, gooi geen brandende peuken uit de tent en gebruik geen kaarsen: romantiek van een rampzalig soort.
- als u gaat barbecuen, zorg dan weer voor een stevig onderstel. Gebruik voor het aanmaken van het vuur alleen maar aanmaak-blokjes en nooit brandbare vloeistoffen zoals petroleum, benzine of spiritus. Zeker niet als het vuur al smeukt, ook al lijkt het uit te zijn. Wacht met branden tot het vuur niet meer brandt en draag nooit licht ontvlambare kleding.
- dat laatste geldt ook als het kampvuur brandt. En vergeet nooit, dat niet alle bosbranden met een paar overwaaiende vlonken begonnen zijn.
- hou op de camping altijd uw brandblusser of een emmer met zand of water bij de hand.
- rook nooit als u de tank van uw motorboot verwisselt of vult.



KAN HET LEVEN IN GEVAAR BRENGEN

Eerste hulp

- als u zelf ooit in brand zou vliegen, ga dan nooit rennen, dat wakkert de vlammen alleen maar aan.
- hou je adem in, laat je op de grond vallen en rol om en om, vooral niet te snel.
- als een ander in brand zou vliegen, leg het slachtoffer dan onmiddellijk op de grond. Probeer de vlammen te doven met water, of anders met een deken (leg er een in uw wagen) of jas. Trek die bedekking, zo mogelijk, goed dicht bij de hals. Op die manier houdt u vuur, rook en giftige gassen weg uit het gezicht.
- ga nooit slepen met de patiënt, tenzij de verkeerssituatie of het gevaar van een ontploffing dat nodig maakt.
- laat alle kleding met rust, het gevaar is groot, dat anders de huid nog verder beschadigt.

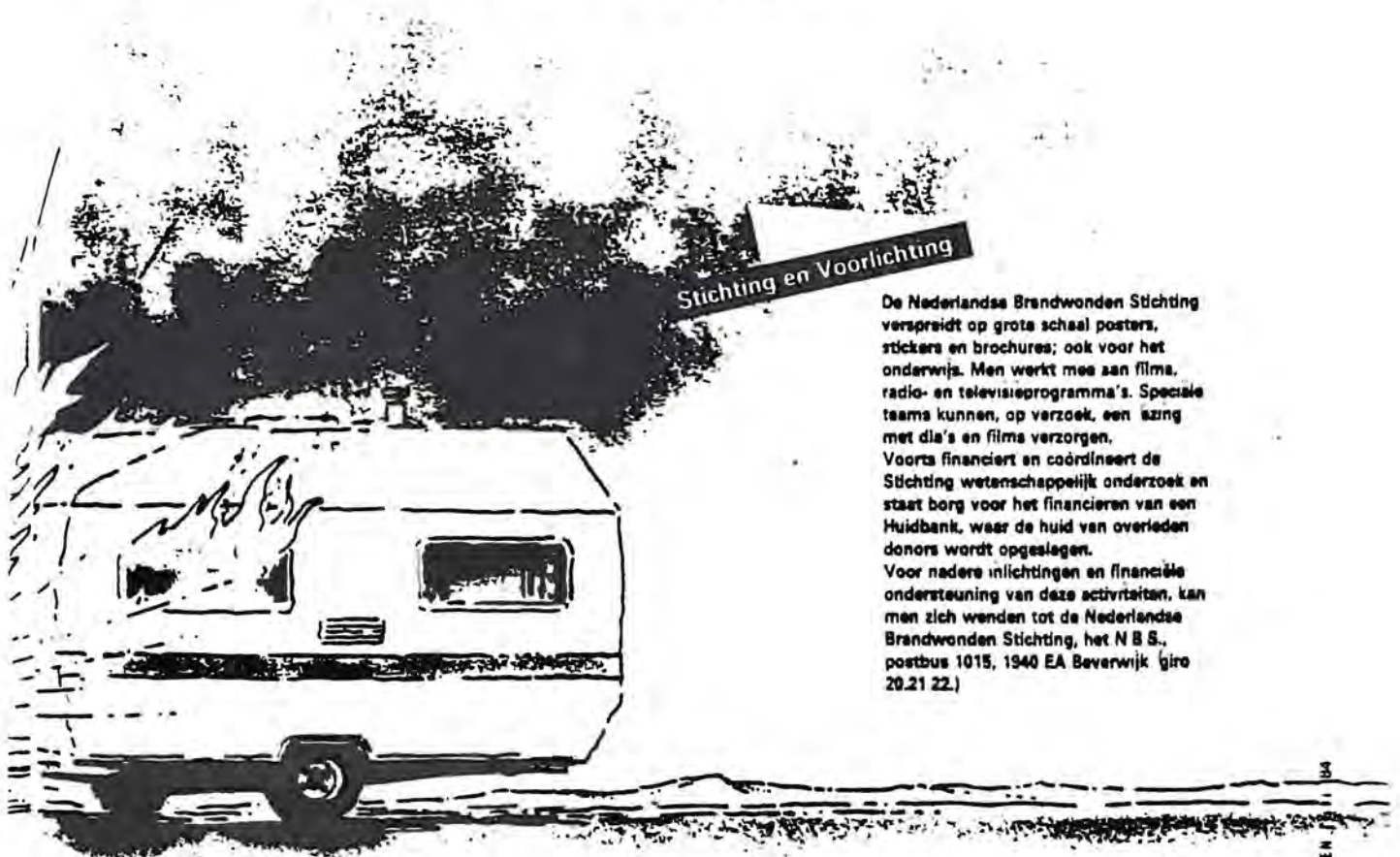
- laat geen minuut verloren gaan, begin onmiddellijk met koelen (iedere brandwond groot of klein). Koeling haalt de hitte weg uit het weefsel. Gebruik koud (zacht stromend leiding-) water, of desnoods een natte doek. Sloopwater is beter dan niets. Waarom zet u geen container-tje in de achterbak! Blijf koelen, liefst tot de pijn verdwenen is. Bij verbranding over het gehele lichaam, of kleinere verbrandingen bij kinderen, niet langer dan tien minuten koelen, daar het slachtoffer anders te veel afkoelt.
- als het slachtoffer zich in een koude omgeving bevindt, kunt u haar of hem na het koelen het beste tegen de koude proberen te beschermen met een deken of jas.
- smeer nooit iets op de wonden. Kleine wonden kunnen met een (speciaal) steriel gaasje worden afgedekt en als het om

een groter oppervlak gaat, kunt u gebruik maken van een pasg[®] wassen (en gestreken) theedoek, servet, tafel- of beddeleken. Er zijn ook special[®] doeken en lakens in de handel.

- geef de patiënt nooit iets te drinken als het om een ernstige verbranding gaat. Pijnstillende middelen geven mag evenmin.

- als de patiënt vervoerbaar is, breng hem of haar dan onmiddellijk naar een arts, of nog liever naar het ziekenhuis. (In zittende houding als hals en gezicht zijn aangetast). Stel de arts of het ziekenhuis van tevoren op de hoogte van uw komst. Is de patiënt niet vervoerbaar waarschuw een arts of laat dit doen.

- geef alle bovenstaande tips, vertaald en wel, ook aan uw kinderen door!



Stichting en Voorlichting

De Nederlandse Brandwonden Stichting verspreidt op grote schaal posters, stickers en brochures; ook voor het onderwijs. Men werkt mee aan films, radio- en televisieprogramma's. Speciale teams kunnen, op verzoek, een zing met dia's en films verzorgen. Voorts financiert en coördineert de Stichting wetenschappelijk onderzoek en staat borg voor het financieren van een Huidbank, waar de huid van overleden donors wordt opgeslagen. Voor nadere inlichtingen en financiële ondersteuning van deze activiteiten, kan men zich wenden tot de Nederlandse Brandwonden Stichting, het N.B.S., postbus 1015, 1940 EA Beverwijk (giro 20.21 22.)

zaterdag 3 februari 1990

Trauma-teams zullen levenskans ernstig zieke patiënten verhogen

Een korte maar felle uitslaande brand in een eengezinswoning in Tiel, kostte deze week het leven aan vijf mensen. Een 22-jarige vrouw en twee van haar kinderen van drie en vier jaar, alsmede een nichtje van twee, kwamen dinsdag in de vuurzee om.

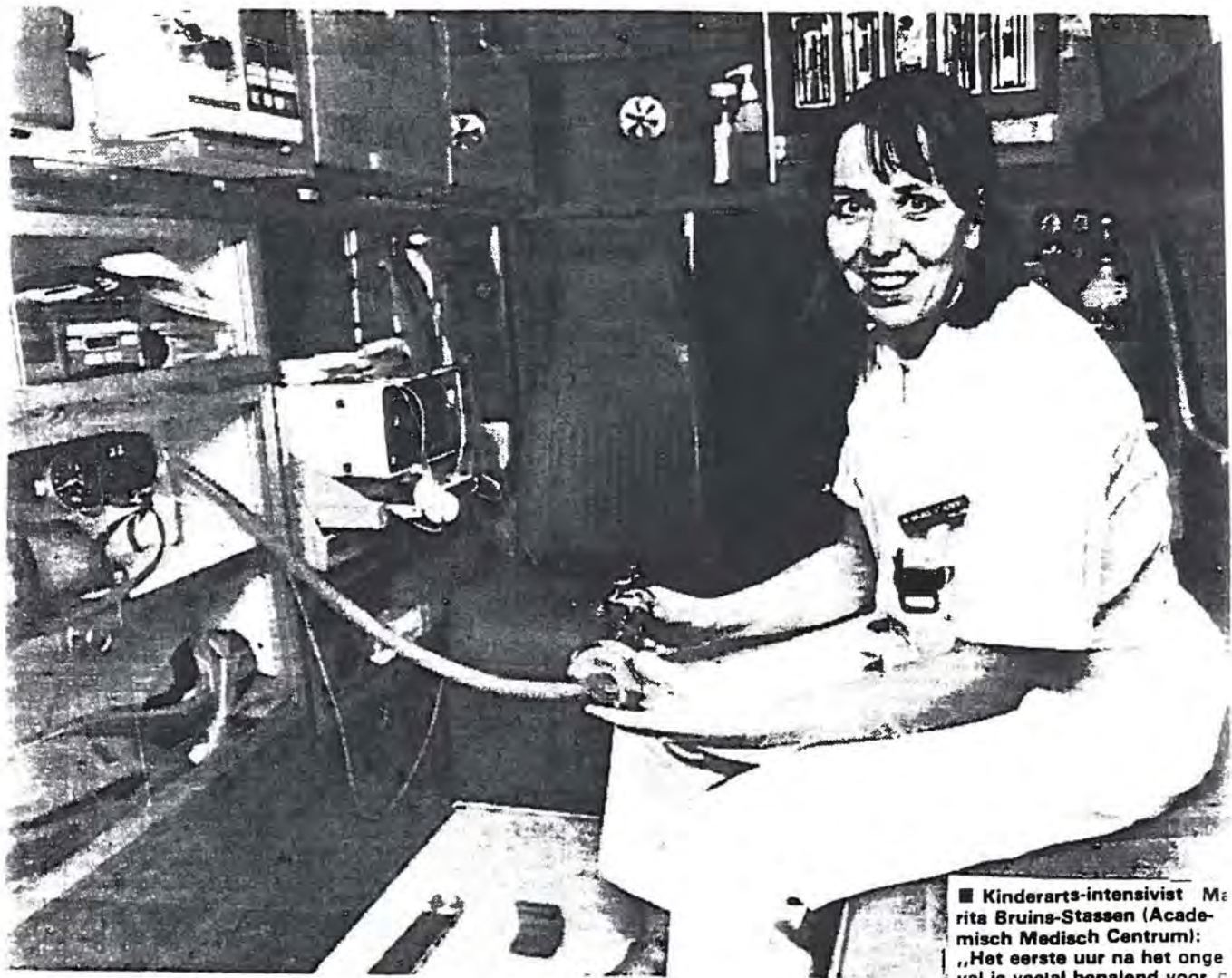
Donderdag overleed in het brandwondencentrum van het Rotterdamse Zuiderziekenhuis het vijfde slachtoffer, een meisje van anderhalf jaar. Eén kind ligt daar nog altijd in kritieke toestand.

Om de twee gewonde slachtoffertjes van het drama een zo groot mogelijke kans op overleven te bieden, zond – nota bene! – het

Amsterdamse Academisch Medisch Centrum ogenblikkelijk een speciaal intensive careteam naar Tiel. Want, specialistische hulp van specifiek opgeleide ic-artsen was op dat moment noch in Tiel noch in Rotterdam voorhanden. Laat staan dat men voor de slachtoffers een intensive carebed vrij had.

De kinderarts-intensivist M.J.P. Bruins-Stassen stond aan het hoofd van het AMC-team. Zij was het ook, die gisteren honderden hulpverleners in de Amsterdamse RAI bijeenbracht om te praten over opvang en transport van ernstig zieke patiënten.

**ELKE
SECONDE
VERLIES KAN
DODELIJK ZIJN...**



■ Kinderarts-intensivist Marita Bruins-Stassen (Academisch Medisch Centrum): „Het eerste uur na het ongeval is veelal bepalend voor dood of het leven, en de kwaliteit van dat leven.“

Fot. Theo Terw...



• SNELLER EN BETER REAGEREN NA EEN ONGEVAL

Illustratie KEES VAN DE NES

door **RENÉ STEENHORST**

AMSTERDAM, zaterdag

De man bloedde dood. En niemand had alarm geslagen. Inschattingsfout van de arts, die deze dag dienst deed op de Eerste Hulp van het middelgrote ziekenhuis in de Randstad.

De verpleegkundigen hadden, op zijn eerste indrukken afgaand, alle tijd genomen om het ogenschijnlijk niet zo ernstig gewonde verkeersslachtoffer aan de 'huisregels' voor onderzoek te onderwerpen: uitgebreide röntgenfoto's, bloed prikken, hartslag opnemen, bloeddruk meten.

Hij stierf op de brancard in de gang. Vier uur nadat hij het ziekenhuis was binnen gereden. Net 33 jaar, vader van twee kinderen. Niemand had gemerkt dat de borstwond en de gebroken ribben inwendige bloedingen teweeg hadden gebracht, waardoor hij totaal verbloedde...

Het ziekenhuis had niet de beschikking over specifieke opgeleide traumatologen, ongevalsartsen. En juist deze morgen was het topdrukte in de operatiekamers. Alleen voor 'echte' spoedgevallen was nog wel iets 'te ritstelen' geweest.

Tijd tekort

Iedere minuut, iedere seconde telt. En bijna kwam het negenjarige meisje die tijd tekort om te overleven. Op weg naar school had een vrachtwagen haar plotseling in het nauw gebracht en haar fiets in een rij geparkeerde auto's gedrukt. Twee volle uren nadat zij bij opname was ingeschreven, alarmeerde een verpleegkundige de traumatooloog, die elders in het ziekenhuis in de weer was. Deze constateerde inwendig letsel en bloedingen. Door tijdig ingrijpen werd het leven van het kind gered.

Tijdverlies bij medische hulp op de plaats van het ongeval en ook in de ziekenhuizen zelf, kost ieder jaar enige tientallen ongevals-slachtoffers in ons land het leven. Dat zegt drs. M.J.P. Bruins-Stassen, als kinderarts-intensivist werkzaam op de afdeling kinder-intensive care van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam.

Gisteren vond in het RAJ-congrescentrum in de hoofdstad, op haar initiatief, een groot symposium plaats waarbij enige honderden hulpverleners van uiteenlopende pluimage (variërend van medisch specialisten, tot en met ambulancepersoneel, ic-verpleegkundigen en politie en brandweer) met elkaar van gedachten wisselden over knelpunten en mogelijkheden tot verbetering van de opvang en het transport van ernstig zieke patiënten.

De eerste aanzet tot verbetering van die spoedeisende en specialistische hulpverlening werd al meteen gegeven, door de overhandiging aan mr. Pieter van Vollenhoven, in zijn functie van voorzitter van de Raad voor de Verkeersveiligheid, van een medisch handboek met protocollen (standaard voorschriften) voor de behandeling van trauma-patiënten.

Dokter Bruins-Stassen: „Wij moeten daarbij in Nederland op de kortst mogelijke termijn komen tot oprichting van regionale (trauma-)vervoersteams, die zeer snel en adequaat inzetbaar zijn. Teams met gespecialiseerde ongevalsartsen, intensive care-verpleegkundigen en ook speciaal getraind ambulancepersoneel. In tal van ons omringende landen, zoals Duitsland en Frankrijk, bestaan die teams al vele jaren. Hier helaas niet. De grotere en academische ziekenhuizen in Nederland dienen daarbij de beschikking te hebben over operatiekamers, waar traumapatiënten op ieder willekeurig moment van de dag te behandelen zijn.

In ons land is plaats voor ongeveer tien traumacentra. Te vaak moet er, bij binnenkomst van een zwaar gewonde, nog even iets geregd worden om een operatiekamer vrij te krijgen. Daarmee gaat veel kostbare tijd verloren. Verlies van tijd doet de kans op overleven dalen en de mogelijkheid van invaliditeit toenemen. Het eerste uur na het ongeval is veelal bepalend voor de dood of het leven, en de kwaliteit van dat leven," aldus mevrouw Bruins-Stassen.

Navraag leverde in heel Nederland slechts één ziekenhuis op, dat dag en nacht een speciale operatiekamer klaar heeft staan voor de opvang van trauma-patiënten: het ziekenhuis van de Vrije Universiteit (VU) in Amsterdam. De behandeling van een ernstige gewonde kan daar a minimaal beginnen.

Volgens dokter Bruins-Stassen dient de medische opvang en behandeling van slachtoffers feitelijk al op de plaats van de brand, de treinramp, de explosie, het vliegtuigongeluk van start te gaan. „Zeker als het om patiënten gaat die vanwege hun toestand heel moeilijk te vervoeren zijn. Dat betekent dat gespecialiseerde artsen, verpleegkundigen, maar ook speciaal getraind ambulancepersoneel, beschikbaar moet zijn. En daaraan is een ernstig tekort. Er mogen in de behandeling — vanaf de plaats van het ongeval tot en met de aankomst in het ziekenhuis en de overname van de zorg daar — absoluut geen witte plekken zitten. Alles moet naadloos, in één vloeiende lijn verlopen. Alleen dan zijn mensenlevens te redden."

Marco Kleijn, een 20-jarige stucadoor uit Wormer, weet sinds twee weken hoe bepalend de factor tijd kan zijn voor het leven of de dood. In de vroege morgen van 20 januari jl., even rond half zeven, schoot de Mercedes waarin hij en vier vrienden zaten uit de bocht. Een gezellig avondje, waarbij niet alleen alcoholarm bier en bronwater werden geschonken, eindigde tegen een lichtmast op korte afstand van de IJtunnel. De auto vouwde zich als een spons om de mast heen, in een hoek van 45 graden. De paal drong binnen, juist op de plaats waar Marco, 1,97 m lang, rechts van de bestuurder zat. Hij raakte volledig bekneld. Zijn benen vouwden zich onder het dashboard. Binnen vijf minuten waren politie, brandweer en ambulance aanwezig. Marco en een achter hem zittende vriend moesten worden losgezaagd. Hij hield als enige ernstig letsel over: hij brak beide dijbenen en liep schedelletsel op.

Na vijf dagen stond (!) Marco weer. Op zaal, in het AMC, waar hij sinds de crash verbleeft. Weliswaar in een loopwagen en met stalen pennen in zijn benen, maar toch...

Ik dacht, toen ik ontdekte dat ik het leven nog had, dat ik nooit meer zou kunnen lopen. Dat ik de rest van mijn leven in een invalidekarretje zou moeten rondrijden. Het is een wonder dat ik er zo vanaf ben gekomen, dat had ik nooit gedacht."



■ Marco Kleijn uit Wormer staat weer! Een wonder.

Heel bijzonder

„Dat is het zeker." beaamt dr. A.H. Broekhuizen, traumatologisch chirurg op de afdeling heilkunde/traumatologie van het AMC. „Enkele jaren geleden had ik dat zelf ook niet voor mogelijk gehouden. Marco was er heel ernstig aan toe toen hij, bewusteloos van de pijn, ons ziekenhuis binnen werd gebracht. Tot voor kort lagen patiënten met dergelijk letsel — dijbeenbreuk, de zwaarste botten, en een deuk in zijn schedel, die inmiddels is uitgedrukt — minimaal twaalf weken in het ziekenhuis. Marco nauwelijks twaalf dagen. En volgende week mag hij weer naar huis. Inderdaad iets heel bijzonders."

De zorg voor ongevals-slachtoffers is in ons land kwalitatief goed, zo wil Broekhuizen benadrukken. „Maar er kan, vrij gemakkelijk, veel verbeterd worden. Nodig is bijvoorbeeld dat ambulancepersoneel in de kleinere steden en dorpen wordt bijgeschoold. Die wens leeft ook heel nadrukkelijk bij de ambulancemensen zelf. En afgezien van de tijdsfactor, zijn er ook allerlei hulptechnieken, die snel 'rust' kunnen geven op de plaats van het ongeval en waarmee de toestand van de patiënt gestabiliseerd kan worden. „Er zijn tegenwoordig mogelijkheden om snel mensen te beademen en infusen toe te dienen. Gebroken benen zijn in 'no time' te spalken, er zijn mogelijkheden om het eigen bloed van de patiënt weer op te vangen; zodat geen transfusie met het bloed van een ander nodig is.

Er zijn ook bloedvervangende preparaten. Maar, wat te denken van technieken, die weliswaar al heel wat jaren beschreven staan in de wetenschappelijke literatuur, maar die de ziekenhuizen eenvoudig niet bereiken. Dit doel onder meer op de zogeheten MAST-broek, 'the military anti-shock trousers', een opblaasbare met klitteband afsluitbare spalkbroek, die is ontwikkeld door het Amerikaanse leger in de oorlog met Vietnam."

Anesthesioloog drs. Hans Kraak, van het Academisch Medisch Centrum in Utrecht, noemt de opvang van traumapatiënten in ons land een „immens en onderschat" probleem:

„De professie spreekt van 'incidenten'. Dan zeg ik: als je het op groen springen van het stoplicht, hier op het Vredenburg in Utrecht, een incident zou noemen, dan is dat dus wel een incident dat zich honderden keren per dag voordoet. Zo ongeveer gaat het ook met de trauma-doden."

Volgens Kraak, die jaren achtereenvolgens als verpleegkundige op een ambulance heeft gereden en inmiddels medisch leider is van de ambulancedienst in Biltoven, overlijden te veel mensen aan de gevolgen van ondeskundigheid van artsen en verpleegkundigen. „De meeste ziekenhuizen willen dat niet inzien. Zij vinden het fantastisch wat ze allemaal doen. Daarom ook worden die traumateams al jaren tegengehouden. Men wil er gewoon niet aan, hoe belangrijk het ook is... Daarom ook bagatelliseert men het probleem. En wat is er makkelijker om te zeggen tegen de nabestaanden van een slachtoffer dat feitelijk door tijdverlies en onkundigheid is overleden, dan: „Het spijt ons verschrikkelijk... we vinden het vreselijk, maar we hebben er alles aan gedaan om het leven van de patiënt te redden."

SLACHTOFFERHULP? EEN LACHERTJE!

SLACHTOFFERHULP? U heeft er recht op! Postbus 51 wil ons er via de televisie elke avond tot vervelens toe van overtuigen dat de overheid tegenwoordig ook aan de slachtoffers van misdrijven denkt, niet langer uitsluitend de daders in de watten legt. We zien een politiemans die op het bureau een bejaard dame'tje een stoel aanbiedt om haar aangifte op te nemen en haar vervolgens even van de nodige slachtofferhulp te voorzien. Moet je in de Randstad eens proberen om

aangifte te doen. „Die hebben 't natuurlijk te druk met de slachtofferhulp,“ schampert Jaap Berendsen. Hij is vader van de bij een roofoverval neergestoken Arnhemse taxichauffeur Bennie Berendsen, al twee jaar in de versuikeling terwijl de daders alweer vrij rondlopen.

„Recht op slachtofferhulp? M'n zóent!“ Als Postbus 51 zich meldt, gaat in de Arnhemse wijk Elderveid de knop om. „Een lachertje, man. Als het niet zo droevig was.“

Neergestoken Bennie Berndsen voelt zich behandeld als dader

ARNHEM, zaterdag
„Steek 'm nou maar dood!” zei Willem L. tegen
zijn aan heroïne verslaafde compaan Emiel B.,
„want anders herkent hij ons nog.”

Emiel B. stak prompt. Eerst twee keer in de hals
van de Arnhemse taxichauffeur Bennie Berndsen,
die zijn portemonnee met geld nota bene al had
afgegeven, daarna nog eens in zijn buik.

door **JOS VAN NOORD**

Dat was eind mei 1986.

Willem en Emiel zijn allang
weer op vrije voeten en leven
er weer vrolijk op los. Taxi-
chauffeur Bennie kreeg sinds-
dien vreemde dreigtelefoon-
tjes in zijn flat in Presikhaaf
en moest met zijn jonge gezin
noodgedwongen verhuizen.
Op de taxi durft hij niet meer.
's Nachts wordt hij regelma-
tig gillend wakker, badend in
't zweet. Dan gonst het door
zijn hoofd: 'Steek 'm nou
maar dood!'

Volgende week moet Ben-
nie Berndsen, inmiddels 26,
weer worden opgenomen in
het Elisabeth Gasthuis, want
met die steekwonden is het
nog niet helemaal in orde,
steeds zijn er infecties.

Smartegeld

Bennie, thuis in Arnhem
op de bank met zijn jonge
vrouw Yolanda (23) en doch-
tertje Patricia van één jaar:
„M'n advocaat zei: het Schade-
fonds, u heeft er recht op!
Dus wij schreven het Schade-
fonds. Daar beloofden ze
eerst smartegeld en schade-
vergoeding. Maar naarmate
de weken, maanden, jaren
verstreken, hoorde ik niets
meer over smartegeld en als
ik om schadevergoeding
vraag, dan houden ze de boot
af. Steeds kunnen ze de juiste
papieren niet vinden in Den
Haag. De officier van justitie
in Arnhem zegt mij telkens:
ik heb alles opgestuurd. Den
Haag houdt vol: niks ontvan-
gen.”

En steeds moeten er weer
andere formulieren worden
ingevuld, juist deze week
kwam er weer een nieuwe
vragenlijst: heeft u al ge-
tracht om de schade op de
daders te verhalen, zo neen:
waarom niet? Zo ja: met welk
resultaat? Alle vragen graag
beantwoorden, onder over-
legging van bewijsstukken
art. 17 lid 2 van de wet.

In de stress

Bennie: „Je raakt van al
dat gezanik helemaal in de
stress. Wat mij het meest te-
gen de borst stuit: ik word
maar steeds als verdachte be-
handeld. Terwijl ik toch het
slachtoffer ben, zou ik zo zeg-
gen. Maar ze doen net alsof ik
om die overval heb gevraagd.
Dat was in de rechtszaal ook
al zo. Direct nadat ik uit het
ziekenhuis kwam, heb ik
geprobeerd, om weer aan
het werk te gaan. Op de
taxi durfde ik niet meer,
maar ik wilde niet niksken.
Toen dacht ik:
dan ga ik pakketjes rond-
brengen. Helaas lukte dat
op den duur toch ook niet,
ik had steeds angst voor een
nieuwe overval.

Maar weet je wat de advoca-
ten van die twee daders zei-
den, tijdens de rechtszitting?
Die zeiden: de overval viel
noga mee, want die chauffeur
rijdt alweer op de taxi!
Toen heb ik me echt moeten
beheersen. Maar ook het
Schadefonds in Den Haag be-
handelt mij alsof ik die over-
val zelf heb gepleegd: in
plaats van dat ze je uit de put
helpen, duwen ze je er steeds
dieper in!”

Wat zegt Bennies advocaat,
mr. P. Gunning uit Arnhem?
Die schrijft hem, op 26 april
van dit jaar al: „Met u ben ik
van mening dat het Schade-
fonds bepaald niet voortva-
rend te werk gaat. Ik ben
echter bang dat wij dit insti-
tuut niet tot grotere snelheid
kunnen dwingen.”

Medische verklaringen van
huisarts Doeleman („De heer
Berndsen is in psychisch op-
zicht niet in staat het werk te
hervatten”), papieren van de
maatschappelijk werker, van
de therapeute bij het RIAGG
die er ook al aan te pas moest
komen, declaraties van de

„ZE DOEN ALSOF IK OM DIE OVERVAL HEB GEVRAAGD”

noodgedwongen verhuizing,
de hele santekraam aan pape-
rassen is opgestuurd naar
Den Haag.

Uitgekookt

Daar heeft een uitgekookte
ambtenaar van het Schade-
fonds Gewelddismisdrijven on-
der meer de volgende, gelet
op de naam van het fonds
hoogst interessante construc-
tie opgebouwd, als Bennie
Berndsen vraagt om vergoe-
ding van de geroofde portemon-
nee met f 280,-: „Deze
schade is weliswaar ontstaan
door het gepleegde misdrijf,
maar is niet direct het gevolg
van het toegebrachte letsel en
komt derhalve niet voor uit-
kering in aanmerking.”

Bennie: „Daar heeft een
normaal mens toch niet van
terug, zeg nou eerlijk! Slacht-
offerhulp, van de wal in de
sloot zeker! Ik ben neergesto-
ken, als gevolg daarvan her-
haaldelijk geopereerd en li-
chamelijk nog steeds niet in
orde, m'n toekomst ligt aan
barrels, ik loop al acht maan-
den bij de psychotherapeute,
moest noodgedwongen met
m'n gezinnetje verhuizen, ik
zit zonder werk, de ellende
stapelt zich op. Aan wie heb
ik dat te danken? Den Haag,
met z'n mooie tv-spotjes, dóet
alsof ze je helpen, maar ze
laten je gewoon barsten. Het
is één grote ergernis. Neem
nou maar van mij aan: je
kunt hier nog steeds beter
dader zijn dan slachtoffer.”

Even later, bij een blokje
om met de hond Boemer, zegt
Bennie ineens: „Postbus 51
wil ons doen geloven dat wij
recht op hulp hebben. Het
barst hier van de rechten, je
moet er alleen niet om ko-
men. Eén ding staat vast: je
belastingaanslag is er sneller.”

