Verkenning (on)mogelijkheden van **centrale getroffenenregistratie** in Nederland

Rapportage van de verkenning naar de (on)mogelijkheden, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en JenV

RIVM-briefrapport 2026-0042
F. de Zwart et al.

Verkenning (on)mogelijkheden van centrale getroffenenregistratie in Nederland

Rapportage van de verkenning naar de (on)mogelijkheden, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en JenV

RIVM-briefrapport 2026-0042

Colofon

© RIVM en NIPV 2026
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV). *De (on)mogelijkheden van centrale getroffenenregistratie in Nederland.*

DOI 10.21945/RIVM-2026-0042

F. de Zwart (auteur), RIVM
C. Cools (auteur), NIPV
A. Barrett (auteur), NIPV
M. Nachenius (auteur), NIPV
M. Pijnappel (auteur), RIVM
I. Rienstra (auteur), RIVM

Contact:
Femke de Zwart
Gezondheid, Leefomgeving en Nazorg
femke.de.zwart@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Justitie en Veiligheid in het kader van de opdrachtverstrekking voor een verkenning Getroffenenregistratie.

Deze uitgave komt voort uit een samenwerking tussen RIVM en NIPV

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
Postbus 7010 | 6801 HA Arnhem
Nederland
www.nipv.nl

Publiekssamenvatting

Verkenning (on)mogelijkheden van centrale getroffenenregistratie in Nederland

Rapportage van de verkenning naar de (on)mogelijkheden, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en JenV

Mensen kunnen op verschillende manieren betrokken raken bij een ramp of crisis. Bijvoorbeeld als ooggetuige, gewonde, overledene of nabestaande. In Nederland wordt informatie over deze getroffenen op verschillende plaatsen verzameld en bewaard. Daardoor duurt het soms langer dan nodig is voordat naasten van gewonde of overleden mensen informatie over hun familielid krijgen. Of het is niet duidelijk wie de getroffenen precies zijn, waardoor zij niet de ondersteuning of zorg krijgen die ze nodig hebben. Ook krijgen de organisaties in de crisisbeheersing, zoals de Veiligheidsregio's, hierdoor soms minder snel of minder goede informatie om hun taak uit te voeren en beslissingen te nemen.

Een oplossing is om alle informatie over getroffenen op één centrale plek op te slaan. Dan ontstaat een zo betrouwbaar, actueel en zo volledig mogelijk overzicht over getroffenen. Uit ervaringen van andere landen blijkt dat het mogelijk is om zo'n centraal registratiesysteem voor getroffen op te zetten. Het systeem helpt vooral in noodsituaties met veel slachtoffers, waarbij meerdere organisaties moeten samenwerken om zorg en ondersteuning te bieden. Denk aan de veiligheidsregio's ambulancediensten, ziekenhuizen, huisartsen, de gemeenten en GGD'en.

Dit blijkt uit een verkenning van het Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV) en het RIVM. Ze deden deze verkenning in opdracht van de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid (JenV). Ze vroegen de betrokken organisaties naar kansen en aandachtspunten. Al deze organisaties zijn enthousiast over het idee. Als aandachtspunt noemen ze bijvoorbeeld dat de privacy van getroffenen zorgvuldig moet worden bewaakt. En dat het systeem niet voor extra administratie mag zorgen. Verder moet bij levensbedreigende situaties de zorg belangrijker blijven dan registratie.

Het RIVM en het NIPV gaan nu een stappenplan maken voor het vervolg, dat kan starten als de financiering er is. Het plan gaat onder andere over het ontwerp, de aanschaf, de opleiding voor gebruikers en het beheer van het nieuwe systeem.

Kernwoorden: registratie, rampen, crisis, getroffenen, nazorg, zorg, hulpverlening, crisisbeheersing, bevolkingszorg, gezondheidsonderzoek

Synopsis

Exploring the possibilities and limitations of a central registration system for affected individuals in the Netherlands

An exploratory study into the possibilities and limitations, commissioned by the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice and Security

People can be affected by a disaster or crisis in many different ways, for example as eyewitnesses, injured persons, fatalities or bereaved relatives. In the Netherlands, information about such individuals is currently collected and stored in various places. As a result, it can take longer than necessary for relatives to receive information about an injured or deceased family member. It may also be unclear who exactly has been affected, meaning that some people do not receive the support or care they need. In addition, crisis management organisations, such as the Security Regions, may lack timely or proper information to carry out their tasks and make informed decisions.

One potential solution is to store all information about affected persons in a single central system. This would provide the most reliable, up to date and complete overview possible of affected individuals. Experiences from other countries show that it is possible to set up such a central registration system. It is particularly valuable in emergencies involving multiple casualties, requiring many organisations, for example, Security Regions, ambulance services, hospitals, general practitioners, municipalities and Municipal Public Health Services (GGDs), to work together to provide care and support.

These are the findings of an exploratory study carried out by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) and commissioned by the Dutch Ministries of Health, Welfare and Sport and of Justice and Security. They asked the organisations involved to identify opportunities as well as points for attention. All of them are enthusiastic about the idea. They point out, for example, that the privacy of those affected must be carefully safeguarded and also that the system should not create additional administrative burdens. In addition, providing care must always take precedence over registration in life threatening situations.

The RIVM and the Dutch National Institute for Public Safety (NIPV) will now develop a step by step plan for the next phase, which can begin once funding is secured. This plan will address the system's design, procurement, user training and long term management.

Keywords: registration, disasters, crises, affected persons, post-deployment assistance, care, emergency response, crisis management, population care, public health research

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Aanleiding en probleemstelling — 11

2 Opdracht, producten en proces — 13

3 Scope van de opdracht — 15
3.1 Binnen de scope — 15
3.2 Buiten de scope — 15

4 Conclusies verkenning — 17

5 Advies: uitgangspunten voor getroffenenregistratie — 19
5.1 Doelstelling centrale getroffenenregistratie — 19
5.2 Te registreren personen en definities — 19
5.3 Activatie en gebruik van het systeem — 21
5.4 Wat (niet) te registreren — 22
5.5 Rollen, rechten en verantwoordelijkheden van gebruikers — 23
5.6 Ontwerp systeem — 24
5.7 Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie en gebruik van het systeem — 24

Bijlage 1 Aanpak verkenning — 27

Bijlage 2 Inventarisatie wettelijke kaders, taken en verantwoordelijkheden van de stakeholders — 30

Bijlage 3 Resultaten inventarisatie huidig registratielandschap — 48

Bijlage 4 Resultaten uitvraag (potentiële) gebruikers — 62

Bijlage 5 Resultaten vragenlijsten — 73

Bijlage 6 Wettelijke kaders rondom privacy en gegevensdeling in de zorg — 84

Bijlage 7 Risicoanalyse voor centrale registratie — 88

Bijlage 8 Kostenindicatie centrale getroffenenregistratie — 91

Bijlage 9 Afkortingen en Begrippenlijst — 94

Samenvatting

In Nederland vindt de registratie van de diverse typen getroffenen momenteel versnipperd plaats. Dit leidt tot trage of suboptimale informatievoorziening over slachtoffers en verwanten, onvoldoende sturingsinformatie en het risico dat nazorg niet alle getroffenen bereikt die het nodig hebben. Centrale registratie van getroffenen biedt een mogelijke oplossing voor deze knelpunten.

Door het gebruik van een centraal getroffenenregistratiesysteem ontstaat een betrouwbaar en zo volledig mogelijk overzicht van getroffenen. Een getroffene is '*een persoon die de (potentieel ingrijpende) gebeurtenis heeft ondervonden, er getuige van is geweest of ermee is geconfronteerd in materiële of niet-materiële zin, ongeacht of deze persoon gewond, niet-gewond of overleden is*'.

Dit overzicht over de getroffenen faciliteert een snellere en betere zorg en ondersteuning in zowel de acute fase als de nafase. Het systeem biedt een integraal, actueel en betrouwbaar inzicht ten behoeve van acute hulpverlening, crisisbeheersing, bevolkingszorg en de publieke gezondheidszorg (psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek bij rampen). Op verzoek van diverse partijen in het veld verstrekten de ministeries van VWS (directie Publieke Gezondheid) en JenV (directie Veiligheidsregio's, Crisisbeheersing en Meldkamer) aan het RIVM en het NIPV de opdracht voor een verkenning van de (on)mogelijkheden van centrale getroffenenregistratie in Nederland. Het beoogde resultaat van de verkenning is een antwoord op de vraag of er momenteel voldoende aangrijpingspunten, mogelijkheden en draagvlak onder de stakeholders is voor een volgende stap in de bredere opgave om te komen tot een centraal getroffenenregistratiesysteem. Deze rapportage beschrijft de resultaten van de verkenning.

De verkenning bestaat uit drie onderdelen:

1. Een deskstudie naar wettelijke kaders, taken en verantwoordelijkheden en het huidige registratielandschap (beschreven in bijlagen 2 en 3);
2. De uitvraag onder stakeholders binnen de acute zorg, de bevolkingszorg en de publieke gezondheid (beschreven in bijlagen 4 en 5);
3. Verdiepende informatie op de randvoorwaarden privacy, risico's en kosten (beschreven in bijlagen 6, 7 en 8).

Uit de verkenning blijkt dat er breed draakvlak is binnen de gehele keten voor de implementatie van een centraal getroffenenregistratie-systeem. De stakeholders benoemen daarbij gezamenlijke wensen, uitgangspunten en randvoorwaarden voor een dergelijk systeem. Belangrijke voorwaarden zijn het zorgvuldig borgen van de privacy van getroffenen, het vereenvoudigen van werkprocessen en het beschikbaar stellen van een zelfregistratiemodule. Zo kunnen zelfredzame personen zichzelf registreren en ontstaat een vollediger beeld van het aantal en de verschillende typen getroffenen. Als uitgangspunt geldt hierbij dat bij

levensbedreigende situaties de zorg altijd vóór de registratie gaat en dat het systeem niet als medisch registratiesysteem wordt gebruikt.

Het centraal getroffenenregistratiesysteem wordt geactiveerd bij incidenten, rampen of crises waarbij multidisciplinaire inzet en afstemming tussen partners nodig is en waarbij het overzicht houden over het aantal getroffenen van belang is en complex(er)is. De stakeholders benadrukken dat het systeem vooral bedoeld is voor noodsituaties en niet voor reguliere werkzaamheden. Ook zijn niet alle situaties passend voor het systeem, het systeem lijkt ook een bovengrens in aantallen getroffenen te kennen om zijn doel te kunnen dienen. Door de variëteit in de aard en omvang van incidenten, rampen en crises is het lastig om van tevoren exact vast te leggen wanneer activatie van het systeem gepast is. Het is daarom van belang dat Veiligheidsregio's de vrijheid en flexibiliteit hebben om te besluiten het systeem te activeren wanneer zij dit wenselijk en nuttig achten. Daarnaast zijn duidelijke afspraken over beheer, rollen en autorisaties nodig om de bescherming van persoonsgegevens zo goed mogelijk te borgen.

Voor de beoogde gebruikers is het daarnaast van groot belang dat er een duidelijke regievoerder komt; een landelijke partij met doorzettingsmacht die koers kan bepalen. Daarnaast is het van belang dat de financiële lasten gedeeld worden. Financiering is een belangrijke randvoorwaarde voor het succesvol voortzetten van het proces om te komen tot een centraal getroffenenregistratiesysteem.

De resultaten van de verkenning laten zien dat een groot deel van de privacyrisico's beheersbaar is en dat een nieuw, goed beveiligd systeem bovendien kan leiden tot betere AVG-compliancy. Ook de andere geïdentificeerde risico's, zoals de kans op onvoldoende draagvlak bij burgers en gebruikers en de gebruiksvriendelijkheid van het systeem, kunnen ondervangen worden in het ontwerp van het systeem en het opstellen van afspraken over het gebruik van het systeem. Op basis van de resultaten van de verkenning adviseert de projectgroep om door te gaan naar fase 2 van de opgave, waarin een plan van aanpak voor de vervolgstappen wordt opgesteld.

1 Aanleiding en probleemstelling

In Nederland is de registratie van de getroffenen[1] tijdens en na een bijzondere gebeurtenis of crisis belegd bij verschillende (overheids)organisaties, die elk hun eigen verantwoordelijkheden en doelstellingen hebben. Zo registreren ambulancehulpverleners en de Rode Kruis hulpverleners gewonde getroffenen op de plaats van het incident en ziekenhuizen de slachtoffers binnen de eigen instelling. Bevolkingszorg is verantwoordelijk voor het informeren van verwanten en het college van burgemeester en wethouders (B&W) draagt zorg voor het bieden van passende ondersteuning aan inwoners die getroffen zijn door een ramp of crisis. Voor het registreren, informeren en inventariseren van de zorgbehoefte maken deze instanties gebruik van verschillende informatiesystemen en wordt door de diverse partijen slechts een deel van de totale doelgroep geregistreerd. Instanties zijn bovendien, mede vanwege privacyregelgeving, terughoudend in het delen van gegevens met andere partijen. Wanneer deze data wél worden gedeeld, zijn deze vaak al snel achterhaald door ontwikkelingen in de lopende crisis.

Het **gebrek aan een integraal, helder, betrouwbaar en actueel getroffenenbeeld** leidt tot diverse problemen in zowel de acute- als de nafase van een crisis:

- **Trage of suboptimale slachtoffer- en verwanteninformatie.** Een onbetrouwbaar overzicht van getroffenen belemmert de samenwerking in de keten, waardoor getroffenen niet of laat in beeld zijn en het informeren van verwanten minder snel gaat dan gewenst.
- **Gebrekkige sturingsinformatie.** Een vertraagd of onduidelijk getroffenenbeeld leidt tot onvolledige sturingsinformatie voor de crisisbeheersing, wat vervolgens de besluitvorming over de verdeling van schaarse middelen (financiële middelen, mensen en voorzieningen) bemoeilijkt.
- **Nazorg bereikt niet iedereen die het nodig heeft.** Uit talrijke evaluaties van rampen en crises blijkt steeds opnieuw dat (een deel van de) getroffenen niet goed in beeld zijn[2]. Hierdoor bereikt psychosociale ondersteuning en zorg niet altijd de juiste mensen en worden psychische klachten niet altijd tijdig of adequaat gesignaleerd. Dit kan leiden tot verergering van mentale klachten of zelfs het ontwikkelen van psychische aandoeningen zoals PTSS. Met wachtlijsten voor geestelijke gezondheidszorg, die momenteel al lang zijn, is dit zeer onwenselijk.

Voor een snellere en effectievere informatie-uitwisseling, is een centraal georganiseerd registratiesysteem noodzakelijk, met één centrale bron die real-time geraadpleegd kan worden. Alleen op deze manier kan de samenwerking tussen partners verbeterd worden en continuïteit van zorg en ondersteuning aan getroffenen geboden worden over **de gehele**

[1] Zie begrippenlijst voor de gehanteerde definitie van getroffene.
[2] O.a.: 20240621-NIPV-Leeronderzoek-Rotterdam-Bevolkingszorg-en-psychosociale-hulpverlening-na-schietincidenten.pdf

keten van zorg tijdens een crisissituatie, van pre-hospitaal, naar hospitaal en tenslotte de psychosociale ondersteuning en nazorg.

Bovendien voldoet het huidige verwanteninformatiesysteem (SIS) in Nederland niet meer aan de wensen van gebruikers. SIS is een landelijk vastgestelde systematiek op initiatief van de veiligheidsregio's, die bij (grootschalige) incidenten zorgt voor snelle en zorgvuldige informatie aan verwanten die op zoek zijn naar hun naasten. Het huidige systeem behoeft verdere ontwikkeling, maar de benodigde investering weegt momenteel niet op tegen het beperkte aantal gebruikers en inzetten. Vanuit financieel- en efficiëntie oogpunt zou het interessant zijn om te kijken of de SIS applicatie te integreren is in een centraal getroffenen-registratiesysteem.

De ontwikkeling van een centraal getroffenenregistratiesysteem is echter complex, tijdrovend, kostbaar en valt onder de gedeelde verantwoordelijkheid van meerdere ministeries, veiligheidsregio's, zorginstellingen, ambulancediensten en gemeenten. Er is in Nederland al meerdere malen initiatief genomen om hieraan te werken, maar tot op heden heeft dit nog niet geleid tot een centraal systeem.

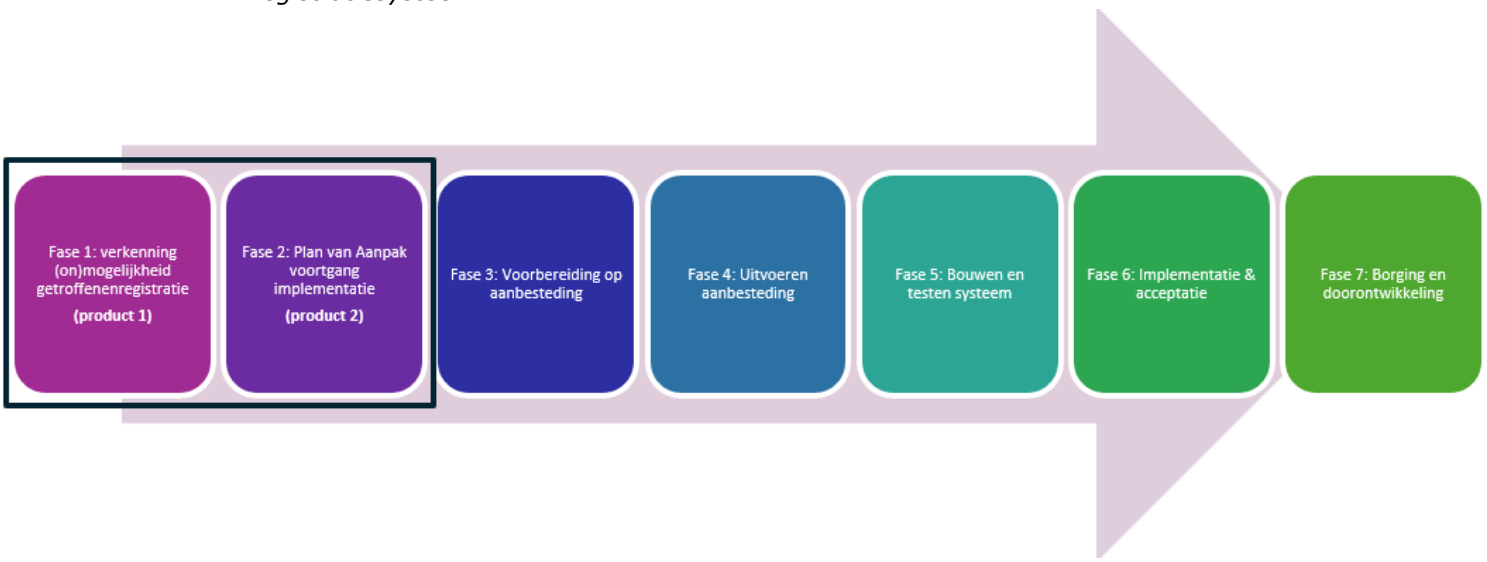
Naar aanleiding van de aanslag op luchthaven Zaventem en de daaropvolgende evaluaties, heeft het ministerie van volksgezondheid van België de verantwoordelijkheid op zich genomen om een centraal registratiesysteem te ontwikkelen. Inmiddels beschikt het land over een operationeel systeem dat inzetbaar is voor de gehele (zorg)keten na een crisis of ramp. Als basis hiervoor is het Nederlandse systeem voor verwanteninformatie (SIS) gebruikt. Luxemburg zal, als tweede EU-land, op korte termijn volgen met hetzelfde systeem. Recent heeft Veiligheidsregio IJsselland (inclusief de ambulancezorg) een pilot uitgevoerd met het Belgische systeem om te toetsen of het gebruik hiervan in een crisissituatie toepasbaar is in Nederland. Uit deze pilot blijkt dat een dergelijk systeem ook in Nederland bruikbaar kan zijn.

Gezien al deze ontwikkelingen, mede in het licht van de toenemende (hybride) dreigingen, is het momentum ontstaan om nu ook in Nederland een start te maken met verkennen van de (on)mogelijkheden van een centraal getroffenenregistratiesysteem. Op verzoek van verscheiden partijen in het veld hebben het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich bereid gevonden om een opdracht te verlenen om deze verkenning uit te voeren.

2 Opdracht, producten en proces

Het ontwikkelen en in gebruik nemen van een beoogd centraal getroffenenregistratiesysteem is een proces met meerdere stappen die achtereenvolgens moeten worden doorlopen. Vanwege de complexiteit van de opgave en het onderhavige krachtenveld is gekozen om dit proces in fases op te delen. In de afbeelding hieronder worden deze fases op hoofdlijnen geschetst.

Figuur 1 Fases in het proces van aanschaf, ontwerp en implementatie van een registratiesysteem



Het ministerie van VWS (directie Publieke gezondheid) en het ministerie van JenV (directie Veiligheidsregio's, Crisisbeheersing en Meldkamer) verstrekken een opdracht om de eerste twee fases van dit proces uit te voeren. De voorliggende rapportage beschrijft de resultaten van de verkenning en advisering over de (on)mogelijkheden van een centraal getroffenenregistratiesysteem in Nederland (fase 1 met product 1).

In de gezamenlijke opdrachtbeschrijving vanuit VWS en JenV staat dat de verkenning en advisering een overzicht geeft van de volgende onderdelen:

- Voor- en nadelen van de registratie
- Mogelijke risico's van registratie en de implementatie daarvan
- Een overzicht van betrokken stakeholders/departementen/veldpartijen (cq. stakeholderanalyse)
- De mogelijke kosten van registratie, zowel incidenteel als structureel.
- Een schets van de wettelijke taken en verantwoordelijkheden (en daarmee specifiek de rol van gemeentes, Veiligheidsregio's en de ketenpartners in de zorg) in de verdere uitwerking en implementatie van de getroffenenregistratie)

- Een weergave van hoe wet- en regelgeving rond privacy zich verhoudt tot de registratie van getroffenen (en of hiervoor een wettelijke aanvulling nodig is)
- De verhouding van een centraal getroffenenregistratiesysteem tot het LNAZ/ROAZ en het KCR2.

Het plan van aanpak voor de voortgang richting een aanbesteding, aanschaf, ontwikkeling, implementatie en bekostiging van een daadwerkelijk systeem (fase 2 met product 2), zal eind Q1 van 2026 opgeleverd worden. Voor de huidige opdracht, bestaande uit fases 1 en 2, is een stuurgroep ingericht, die na oplevering van product 2 zal besluiten over de voortgang naar fase 3.

3 Scope van de opdracht

3.1 Binnen de scope

De scope van de verkenning richt zich in eerste instantie op de wensen en behoeften van de stakeholders binnen de witte (zorgverlening) en oranje (bevolkingszorg) kolom van de crisisbeheersing in het Europese deel van het Nederlandse Koninkrijk.

Het gaat hierbij om registratie van getroffenen van allerlei typen rampen, crises en incidenten, die plaats vinden in Nederland, of Nederlandse getroffenen die ten tijde van een ramp vanuit het buitenland gerepatrieerd worden (of zelf terugkeren) naar Nederland.

Het project gaat uit van de bestaande processen van diverse hulpverleningsdiensten, waar een nieuw centraal getroffenen-registratiesysteem op aan moet sluiten zonder significante wijzigingen aan te brengen. We verkennen mogelijkheden voor slimme koppelingen van digitale systemen, zodat administratieve handelingen in bijvoorbeeld ambulance en ziekenhuis hooguit iets veranderen, maar niet tot extra werkzaamheden leiden. Iedere hulpverleningsdienst en/of zorginstelling blijft verantwoordelijk voor zijn eigen processen in het kader van zorg en ondersteuning aan getroffenen.

Binnen de scope van de opdracht valt ook de verkenning van de mogelijkheid om de SIS applicatie te vervangen met het nieuwe registratiesysteem. Het proces van informeren van verwanten blijft, net als de overige processen, intact.

3.2 Buiten de scope

Vanuit NAVO verband heeft Nederland ook een verplichting om een registratiesysteem te ontwikkelen (NAVO art 5) dat, in geval van actieve oorlogsvoering elders, de (ver)spreiding van gewonde militairen richting civiele ziekenhuizen ondersteunt. Binnen Defensie is hiervoor al een registratiesysteem in ontwikkeling. Aangezien dit systeem vanuit andere verantwoordelijkheden, doelstellingen, en doelgroepen tot stand is gekomen, voorzien we vooralsnog beperkte mogelijkheden om systemen te combineren. We zullen in deze verkenning dan ook vooral bekijken waar we van elkaar kunnen leren.

In de verkenning is ook gekeken naar financieringsmogelijkheden voor de incidentele (implementatie-) en structurele kosten. Het bewerkstellingen van concrete financiering en financieringsafspraken valt echter buiten de scope van de opdracht.

4 Conclusies verkenning

Op basis van de verkenning concluderen wij dat er breed draagvlak en enthousiasme is binnen de gehele zorgketen voor het verbeteren van de registratie van getroffenen ten tijde van een crisis (van acute zorgverlening, tot bevolkingszorg en publieke gezondheidszorg) door de realisatie van een centraal getroffenenregistratiesysteem, mits privacy van getroffenen goed gewaarborgd wordt en acute zorgverlening niet wordt gehinderd (zie bijlages 4 en 5).

De noodzaak van een centraal getroffenenregistratiesysteem is voor de partners waarmee we gesproken hebben evident: het ontbreken van een integraal, actueel en betrouwbaar overzicht van getroffenen belemmert zowel de acute hulpverlening, de crisisbeheersing, bevolkingszorg als ook de nazorg. Een dergelijk systeem draagt bij aan snellere informatie-uitwisseling, betere coördinatie in de keten en een effectievere inzet van middelen. Het voorkomt dat getroffenen uit beeld raken, waardoor psychosociale hulp en gezondheidsonderzoek tijdig en adequaat kunnen worden aangeboden. Daarmee wordt niet alleen de kwaliteit van zorg verbeterd, maar mogelijk ook het maatschappelijk vertrouwen in de crisisaanpak versterkt.

Europese en Nederlandse privacyregelgeving staat centrale getroffenenregistratie toe, mits aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan (zie bijlage 6). Dan gaat het om aspecten als een duidelijke grondslag, doelbinding, dataminimalisatie en transparantie. We komen tot de conclusie dat aan deze randvoorwaarden voldaan kan worden en de voordelen ruimschoots opwegen tegen de risico's van het registreren van persoonsgegevens van getroffenen. Een groot deel van de privacyrisico's is te ondervangen door er aandacht voor te hebben bij het ontwerp van het systeem en het ontwikkelen van duidelijke procedures en afspraken over wie wat registreert en waarom (zie bijlage 6 en 7). Bovendien zou een nieuw, goed beveiligd systeem leiden tot een betere compliancy aan de AVG-regelgeving ten opzichte van de huidige werkwijze.

Op basis van bovenstaande conclusies adviseren wij om te continueren en door te gaan met de volgende stap (fase 2) in het proces van ontwerp en ontwikkeling van een centraal getroffenenregistratie-systeem, zoals beoogd in het plan van aanpak dd. 29 september 2025.

In het onderstaande advies zullen we, op basis van de opbrengsten uit de verkenning, een voorstel doen voor een aantal te hanteren uitgangspunten voor centrale getroffenenregistratie in Nederland. Deze uitgangspunten zullen meegenomen worden in het ontwikkelen van de producten van fase 2: een opzet van een globaal implementatieplan, waarin o.a. een globale opzet van een Programma van Eisen, voorstel voor rollen en rechten binnen de applicatie, plan van aanpak voor beheer van de applicatie en eigenaarschap van de data, een stappenplan voor het vervolg, een voorstel voor structurele financieringsafspraken en een globale begroting voor de implementatiefase.

5 Advies: uitgangspunten voor getroffenenregistratie

We hebben een groot aantal gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers uit de zorgketen en bevolkingszorg, over verschillende aspecten van een centraal getroffenenregistratiesysteem. Door het formuleren van uitgangspunten op deze verschillende aspecten beogen we recht te doen aan de wensen, behoeften en inzichten van de diverse stakeholders en processen die gebruik zullen maken van een centraal getroffenenregistratiesysteem. Daarnaast zijn er nog een aantal randvoorwaarden waaraan zal moeten worden voldaan, om succesvolle implementatie en gebruik van een centraal getroffenenregistratie-systeem mogelijk te maken.

5.1 Doelstelling centrale getroffenenregistratie

Het beoogde getroffenenregistratiesysteem richt zich op het **lokaliseren**, **identificeren** en **traceren** van getroffenen tijdens een incident, ramp of crisis (van een zekere omvang) zodat adequate hulpverlening (zorg en ondersteuning) kan worden opgestart en partners aan hun wettelijke taken kunnen voldoen.

Het beoogde getroffenenregistratiesysteem zou in elk geval de volgende doelen moeten dienen:

- Betrouwbaar overzicht creëren van aantal en classificatie van getroffenen en verder benodigde informatie ten behoeve van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening;
- Informeren van bevoegd gezag, overheidsinstanties en (hulp)diensten die betrokken zijn bij de crisisbeheersing, zoals de burgemeester van een gemeente, de veiligheidsregio, ambassades en/of de ministeries van JenV en VWS;
- Gericht afstemmen van de psychosociale hulpverlening tijdens de *acute fase* en de *nafase* van een ramp, crisis of incident;
- Verzamelen van gegevens noodzakelijk voor het gericht opvolgen van zorg- en ondersteuningsbehoeften van getroffenen (in het kader van Bevolkingszorg en Psychosociale hulpverlening) in de *acute fase en nafase* van een ramp, crisis of incident;
- Informeren van verwanten over de locatie van de niet-zelfredzame getroffenen (die zelf niet in staat zijn om hun verwanten te informeren);
- Herenigen van getroffenen met hun verwanten en naasten;
- Verzamelen van gegevens noodzakelijk ten behoeve van het verrichten van gezondheidsonderzoek bij rampen en crises, om de gezondheidsimpact in kaart te kunnen brengen en beleid hierop af te kunnen stemmen.

5.2 Te registreren personen en definities

Om aan bovengenoemde doelstellingen te kunnen voldoen, moeten in het beoogde registratiesysteem gegevens geregistreerd moeten worden van **getroffenen**, **verwanten** en **vermisten**. Omdat er nuanceverschillen zitten in de definities die gehanteerd worden voor de verschillende stakeholders, stellen wij voor om in het kader van de getroffenenregistratie de volgende definities te hanteren:

Getroffene: Een persoon die de (potentieel ingrijpende) gebeurtenis heeft ondervonden, er getuige van is geweest of ermee is geconfronteerd in materiële of niet-materiële zin, ongeacht of deze persoon gewond, niet-gewond of overleden is. Onder deze groep vallen bijvoorbeeld de zwaargewonden, nabestaanden van overleden getroffenen, de niet-gewonde ooggetuigen die op termijn psychische klachten ontwikkelen en de personen waarvan het eigen huis onbewoonbaar is of op andere manier economisch getroffen zijn door een ramp of crisis.

Verwant: Een persoon welke een relatie heeft tot een getroffene en *zelf niet betrokken* is bij het incident. Het gaat hier bijvoorbeeld om een iemand met een familiaire relatie of, in afwezigheid van een familiaire relatie, een naaste eerste contactpersoon.

Vermiste: Een mogelijk betrokken getroffene waarnaar gezocht wordt en waarvan niet bekend is waar en in welke toestand deze zich bevindt.

Voor de hulpverlening aan slachtoffers bij een crisis of ramp (T1, T2, T3) zijn in het kader van Grootschalig Geneeskundige Bijstand (GGB) heldere afspraken gemaakt. Van de overige getroffenen blijkt in de praktijk het grootste gedeelte van de getroffenen bij een ramp zelfredzaam te zijn. Het overgrote deel van de getroffenen brengt zichzelf in veiligheid en gaat niet naar georganiseerde opvanglocaties maar naar vrienden, kennissen of familie.

Dit sluit aan bij de uitgangspunten van bevolkingszorg, waarbij registratie van **getroffenen uitsluitend een middel is om een doel te bereiken**: het informeren van verwanten en het bieden van gerichte ondersteuning. Er wordt daarbij **niet gestreefd naar volledige registratie**, maar naar registratie die noodzakelijk is voor ondersteuning en opvolging. Bovendien hebben getroffenen ook het recht om niet geregistreerd te willen worden en is toestemming voor registratie het uitgangspunt.

In het kader van de Psychosociale hulpverlening en het Gezondheidsonderzoek bij rampen, is het echter van belang om een zo volledig mogelijke registratie te hebben van getroffenen die hier toestemming voor geven. Om draagvlak bij zowel Bevolkingszorg als de Publieke gezondheidszorg te behouden is het belangrijk om te kijken hoe deze beide uitgangspunten te verenigen zijn in het gebruik van het nieuwe systeem. Om die reden is het van belang dat er als onderdeel van het getroffenenregistratiesysteem een **zelfregistratiemodule** komt zodat ook zelfredzame personen zichzelf kunnen registreren als getroffene. In de publiekscommunicatie en bijvoorbeeld op opvanglocaties kunnen getroffenen gewezen worden op de mogelijkheid van zelfregistratie. Op deze wijze wordt het mogelijk om ook deze groep te bereiken in het kader van de nazorg, als zij zelf hier toestemming voor geven en behoefte aan hebben. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre er, ondanks de mogelijkheid van zelfregistratie, nog personen tussen wal en schip raken die ondersteuning zouden willen ontvangen maar niet bereikt kunnen worden omdat de mogelijkheid tot registratie hen niet bekend was. Het is echter geen reden om niet met de ontwikkeling en implementatie van start te gaan. Het leidt nog steeds

tot een verbetering ten opzichte van de huidige situatie en het is een illusie om te denken dat mogelijk is om altijd álle getroffenen geregistreerd te krijgen.

5.3 Activatie en gebruik van het systeem

In sommige scenario's is het evident dat registratie gewenst is, zoals grote incidenten, rampen en crises[3]. Het gaat hierbij om situaties waarbij er sprake is van **multidisciplinaire inzet** en samenwerking tussen partners, waarbij het overzicht creëren over de (**grotere aantallen) getroffenen** complexer wordt. De partners uit de acute zorgverlening noemen veelvuldig als ondergrens voor activatie de voor hen gebruikelijk GGB-code 10, waarbij er tussen de 10-20 slachtoffers zijn en de meldkamer tien ambulances naar het getroffen gebied stuurt. Binnen de crisisstructuur wordt gesproken over GRIP-2, waarbij er behoefte is aan multidisciplinaire coördinatie.

Er wordt nadrukkelijk geadviseerd om het **gebruik van het registratiesysteem te beperken tot 'noodsituaties' en niet voor reguliere werkzaamheden** door partnerorganisaties, zoals bijvoorbeeld de registratie in het kader van de infectieziektebestrijding. Uit de verkenning komt naar voren dat de infectieziektebestrijding een ander type proces is, waarbij registratie van getroffenen een ander doel dient. Het registreren van personen die geïnfecteerd zijn of (potentieel) blootgesteld zijn heeft namelijk als doel om bron- en contactonderzoek te kunnen verrichten, om zo de uitbraak te bestrijden. Hiervoor worden andere (en medische) gegevens geregistreerd, waardoor er aanvullende regelgeving geldt voor informatiedeling en dossiervoering. Het toevoegen van bron- en contactonderzoek aan de doelstelling van de getroffenenregistratie, zou de doelbinding in het kader van de AVG-regelgeving en het ontwikkelen van het systeem nog complexer maken en het proces vertragen, want op dit moment niet wenselijk is. Mede gezien het feit er voor de infectieziektenbestrijding al eigen ICT-systemen zijn (ondanks dat deze ook onder ontwikkeling zijn) voor hun wettelijke taken, stellen we voor om de functie van bron- en contactonderzoek niet te combineren met die van de getroffenenregistratie.

COVID-19 heeft laten zien dat een grote uitbraak (epidemie of pandemie) uiteraard wel kan leiden tot een crisis met enorme maatschappelijke impact. Het aantal getroffenen is in zo'n geval enorm groot, want de hele maatschappij was in feite op een of andere manier en in meer of mindere mate getroffen. In dit soort gevallen valt het nut van registratie van individuele personen te betwijfelen. Uit de aanpak van de coronapandemie bleek ook dat het ondersteuningsaanbod op collectief niveau werd aangeboden en individuen zich konden melden om er aanspraak op te maken. Globaal genomen is individueel maatwerk dan toch minder goed mogelijk. Vanuit de pandemische paraatheid worden bovendien voorbereidingen getroffen voor de medisch-operationele processen waar registratie bij komt kijken, zoals testen en vaccineren. En ook het gezondheidsonderzoek (GOR COVID-19) maakte gebruik van andere wervingsmethoden en onderzoeksmethodieken dan het aanschrijven van individuele personen, waarvoor persoons- en

[3] Voor de definitie van crisis, ramp en incident, zie begrippenlijst in bijlage 9

contactgegevens nodig zijn**. Er lijkt dus ook een bovengrens te zijn aan het aantal getroffenen waarbij het gebruik van het systeem nog wenselijk is.** Het omslagpunt is echter (nog) niet goed te definiëren en vergt nog nadere bepaling.

Er zijn echter ook scenario's te bedenken waarbij er wel een infectieziekte betrokken is in de casus, maar registratie van getroffenen vooral gebeurt vanwege de psychosociale impact van de gebeurtenis. In zo'n geval dragen Bevolkingszorg en de Psychosociale hulpverlening zorg voor de psychosociale ondersteuning en zorg aan getroffenen. Het is daarom wenselijk dat de veiligheidsregio's ook een eigen **vrijheid en flexibiliteit hebben om te besluiten het systeem te activeren** wanneer zij dit wenselijk en nuttig achten. Zo zijn er bijvoorbeeld ook scenario's waarbij bijvoorbeeld Bevolkingszorg of een van de Publieke gezondheidszorgprocessen vanwege een casus met veel maatschappelijke onrust, **los van een GRIP opschaling**, zou willen registreren om de ondersteuning en zorg beter te kunnen coördineren samen met bijvoorbeeld de lokale welzijns- en zorgorganisaties.

Om het gebruik van het systeem goed te kunnen vormgeven is het daarom van groot belang dat er duidelijke protocollen worden opgesteld over de **werkwijze bij activatie en de activatiecriteria**: Wie mag wanneer besluiten om het registratiesysteem te activeren en op basis van welke criteria? Deze zouden als onderdeel van de voorbereidingen op implementatie in fase 3 opgesteld moeten worden, in samenspraak met de gebruikers van het systeem en passend bij de bestaande processen.

5.4 Wat (niet) te registreren

In het kader van dataminimalisatie is het van belang dat in het beoogde registratiesysteem alleen díe gegevens genoteerd worden die essentieel zijn voor het kunnen lokaliseren, identificeren en traceren van getroffenen, verwanten en vermisten, om zo aan de doelstellingen te voldoen.

De uitgebreidheid van de gegevens die minimaal moet worden geregistreerd varieert op basis van de locatie waar de getroffene zich bevindt. Uit de verkenning blijkt dat er in de acute fase primair een behoefte is aan de locatie, datum en tijdstip van het incident in aanvulling op de triageclassificatie (T1-T3), de (geschatte) leeftijd en geslacht van de persoon. In een levensbedreigende situatie **gaat de zorg voor getroffenen (T1 en T2-slachtoffers) altijd voor registratie**. De focus van de registratie ligt dan op de locatie en de ernst van de verwondingen. De registratie wordt uitgebreid op die plaatsen waar de prioriteit niet (meer) ligt op levensreddende medische handelingen, zoals opvanglocaties of ziekenhuizen. Daarnaast kunnen licht- en niet-gewonden personen en verwanten zich vrijwel altijd zelf identificeren, en kunnen er dus meer gegevens genoteerd worden in het systeem.

De overige benodigde gegevens die in het systeem geregistreerd moeten worden is afhankelijk van de wettelijke taak van de verschillende stakeholders. Zo is het voor Bevolkingszorg en de PSH- en

GOR-professionals van belang dat ook de NAW-gegevens van de persoon en de betrokkenheid bekend zijn, zodat zij gericht kunnen worden benaderd over hun zorg- en ondersteuningsbehoefte. In bijlage 4 en 5 wordt een eerste inzicht gegevens in de gewenste data per procesgroep.

Bij grootschalige gebeurtenissen met een groot aantal overledenen en/of vermisten moet het mogelijk kunnen zijn om **foto's van personen en opvallende uiterlijk kenmerken** te kunnen uploaden in het registratiesysteem om de identificatie van personen te ondersteunen. Vanwege de privacy van de getroffene zullen deze foto's moeten worden afgeschermd, en is inzien alleen voorbehouden aan aangewezen functionarissen werkzaam in het proces van de verwanteninformatie.

We adviseren om in principe **géén medische gegevens te registreren** in het dossier van een getroffene. Het is een getroffenenregistratiesysteem, en geen medisch registratiesysteem. Dergelijke registratie is voorbehouden aan BIG geregistreerde hulpverleners die, in het kader van de WGBO, een behandelovereenkomst aangaan met betreffend persoon. Belangrijker, medische gegevens uit het medische dossier van een individu zijn niet noodzakelijk voor de doeleinden van lokaliseren, traceren en identificeren. Inzicht in de triageclassificatie op geaggregeerd niveau is wél noodzakelijk om het bevoegd gezag binnen de rampenhulpverlening te informeren, en is naar verwachting wel toegestaan binnen bestaand juridisch kader.

In fase twee zal een juridische quickscan verder uitsluitsel moeten geven over in hoeverre de overige - door de gebruikers gewenste - gegevens over de getroffenen al dan niet tot 'medische gegevens' gerekend worden en wat dit eventueel voor extra vereisten (in de vorm van additionele wettelijke grondslagen) met zich meebrengt.

5.5 Rollen, rechten en verantwoordelijkheden van gebruikers

De ondervraagde ketenpartners hechten groot belang aan het beschermen van de persoonsgegevens van getroffenen binnen het beoogde systeem. Om ervoor te zorgen dat gebruikers geen inzicht krijgen in meer gegevens dan strikt noodzakelijk voor hun taak binnen de keten van (acute en/of psychosociale) zorg en ondersteuning, zullen rollen gedefinieerd moeten worden. Betrokken stakeholders kunnen 1 of meerdere rollen toegekend krijgen, die gepaard gaan met specifieke rechten en verantwoordelijkheden/taken. Zo kunnen ze bepaalde gegevens invoeren, inzien en/of functionaliteiten in het systeem gebruiken.

De collega's van het Belgische ministerie van volksgezondheid hebben in hun ontwikkeltraject een gedegen en uitgebreide beschrijving opgesteld van de verschillende rollen die zij identificeren, inclusief de specifieke rechten, en hoe dit aan de technische zijde in het systeem georganiseerd kan worden. Ondanks dat Nederland anders georganiseerd is qua stakeholders en governance, is het een bruikbaar model dat tegemoetkomt aan de wettelijke vereisten. Het verdient de aanbeveling om deze beschrijving aan te passen naar de Nederlandse

context en, in combinatie met het Programma van Eisen voor de marktconsultatie voor SIS, als basis te gebruiken voor een Programma van Eisen voor de aanbesteding voor een centraal getroffenenregistratiesysteem in Nederland.

5.6 Ontwerp systeem

Voor het succesvol gebruik van het systeem is het van belang om in het ontwerp van het systeem een aantal belangrijke zaken verder uit te werken in de volgende fases;

- **Technische verkenning**. Er zal zorgvuldig bekeken moeten worden aan welke technische eisen een nieuw systeem zal moeten voldoen om privacy en informatiebeveiliging goed te kunnen borgen.
- **Uitwerken fall-back scenario bij geen stroom en/of internet**. Er zal een onderzoek gedaan moeten worden wat voor technische alternatieven er zijn voor de getroffenenregistratie als er geen stroom aanwezig is. Denk hierbij aan alternatieve opslag of tijdelijke opslag die later in het systeem gezet kan worden. Ook moet er een werkwijze opgesteld worden voor een (tijdelijk) fall-back scenario met papieren registratieformulieren.
- **Koppelingen en/of integreren andere systemen**. Om dit systeem succesvol te implementeren zijn koppelingen en/of integreren met de (digitale) systemen die door diverse partijen in de keten gebruikt worden noodzakelijk. In de verkenning is een eerste aanzet gedaan om te kijken naar welke koppelingen mogelijk zijn (bv. het ambulance ritformulier, het Landelijk Systeem Digitale Vooraankondiging en Landelijk Systeem voor Ritlogging en Bijstand, LCPS, LCMS-GZ, het digitale informatie- en verwijscentrum van SHN), maar in het ontwerp van het systeem zullen ook keuzes gemaakt moeten worden over welke koppelingen wenselijk zijn en hoe die concreet vormgegeven kunnen worden.
- **DPIA uitvoeren.** Als het systeem ontworpen is, zal een DPIA uitgevoerd moeten worden, als vervolg op die van SIS. De hieruit voortkomende risico's kunnen vervolgens meegenomen worden in de implementatie van het systeem, de verwerkersovereenkomsten, e.d.

5.7 Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie en gebruik van het systeem

- **Draagvlak en participatie vanuit acute en publieke zorgketen en betrokken partijen uit de crisisbeheersing**. Een belangrijke randvoorwaarde voor succes en het behalen van de doelstellingen is de medewerking van het merendeel van de stakeholders vanuit de crisisbeheersing en zorgketen. Tegelijkertijd weten we dat er een veelvoud aan partijen betrokken zijn en er grote verschillende tussen de regio's bestaan. Het is daarom belangrijk om te bepalen welke partijen minimaal zouden moeten participeren, en in hoeverre er ook gewerkt kan worden met een groeimodel. In fase 2 zal deze zogenaamde **kritieke massa** nader worden verkend en toegelicht.

- **Registratie door de acute zorgsector.** Een centraal getroffenenregistratie is alleen bruikbaar en van meerwaarde wanneer het merendeel van de partners in de acute zorgverlening bereid zijn om getroffenen van rampen en crises te registreren, ofwel direct in een nieuw registratiesysteem dan wel indirect door koppelingen te maken met eigen patiënten-/registratiesystemen. In de volgende fasen zal dit in meer detail en per partner moeten worden verkend of, in welke mate en hoe dit gerealiseerd kan worden. Het uitgangspunt moet zijn dat de processen niet veranderen, maar dat professionals hoogstens andere handelingen moeten uitvoeren en niet meer administratieve lasten erbij krijgen. Het is daarom wenselijk om het projectteam in fase 2 uit te breiden met professionals uit de acute zorgverlening, die in hun reguliere werkzaamheden bezig zijn met informatiedeling binnen de acute zorg.
- **Eigenaarschap en regievoering**. Uit de verkenning blijkt dat de beoogde gebruikers het belangrijk vinden dat er één landelijke partij (bv een ministerie) is die, indien er knelpunten en tegenstrijdige belangen zijn, de doorzettingsmacht en het mandaat heeft om besluiten te nemen over de koers die gevolgd gaat worden. In afwezigheid van een eigenaar/opdrachtgever bestaat er het risico dat de ontwikkeling stagneert en het systeem er niet komt. Het ministerie van JenV is stelselverantwoordelijkheid voor de crisisbeheersing en bevolkingszorg en het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de opgeschaalde publieke gezondheidszorgtaken (Wpg) en weerbare zorg. Het is daarom essentieel dat de twee ministeries besluiten wie de rol als (procesmatige) regievoerder op zich neemt en hoe de samenwerking hierin vormgegeven kan worden, zodat wel alle processen zich goed vertegenwoordigd voelen in het beoogde systeem.
- **Werkafspraken in het veld voor gebruik systeem (wie doet wat en wanneer)**. Met de betrokken partijen die gebruik maken van het registratiesysteem zullen afspraken hierover moeten worden vastgelegd. Hiermee voorkom je onnodige en dubbele registraties en dit bepaalt de mate van succes van het systeem.

Bijlage 1 Aanpak verkenning

Leeswijzer

De verkenning is uitgevoerd om een antwoord te geven op de overkoepelende vraag of er op dit moment voldoende draagvlak, aangrijpingspunten en mogelijkheden zijn om verder te gaan naar de volgende fase in het proces om een centraal getroffenen registratiesysteem te realiseren. Als er sprake zou zijn van onvoldoende draagvlak en/of onoverkomelijke obstakels in de randvoorwaarden, zou dat een vervolg moeizaam maken. Daarom ligt de focus in de rapportage op de beantwoording van deze vraag, terug te vinden in de conclusies en aanbevelingen van de verkenning (in hoofdstukken V en VI). Om ook recht te doen aan alle informatie die verzameld is in de verkenning, is ervoor gekozen om de gedetailleerde resultaten op te nemen in de bijlages van deze rapportage.

De verkenning bestaat uit een deskstudie (1.1), een uitvraag bij stakeholders (1.2) en het bestuderen van een aantal randvoorwaardelijke zaken zoals risico's, privacy en financiën (1.3). In deze bijlage geven we, per onderdeel, een korte toelichting op de aanpak. In de bijlagen 2 t/m 8 worden de resultaten van de verkenning per onderdeel uitgebreider toegelicht.

B1.1 Deskstudie

Voor de deskstudie is gebruik gemaakt van (semi-)openbare documenten en (wettelijke) kaders die een antwoord geven op de vragen van de opdrachtgevers (zie hoofdstuk 3):

- Beschrijf de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van relevante stakeholders
- Beschrijf hoe het huidige registratielandschap eruitziet en hoe de verschillende registraties zich tot elkaar verhouden

Om de vragen te beantwoorden is gestart met het bestuderen van de documenten en bronnen over de specifieke zorg- en hulpverleningsprocessen binnen de opdracht. Daar waar nodig zijn via de referenties uit deze bronnen nog andere documenten bestudeerd. Voor de documenten en bronnen die relevant bleken voor de verkenning zijn met verwijzingen opgenomen als voetnoot.

Daarnaast zijn enkele aanvullende gesprekken gevoerd met experts (o.a. juristen), of andere stakeholders die meer informatie/documenten of toelichting konden geven.

In bijlage 2 en 3 worden de resultaten van de deskstudie per vraag en per proces beschreven.

B1.2 Uitvraag onder stakeholders

In de keten van zorg en ondersteuning aan getroffenen van een ramp of crisis, van de acute fase tot en met de nafase, onderscheiden we drie overkoepelende processen; de **acute zorgverlening** en de **publieke gezondheidszorg**, beiden onder verantwoordelijkheid van het

ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de **bevolkingszorg**, onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie en Veiligheid.

Het onderscheid in deze processen heeft het projectteam ook gehanteerd bij het uitvoeren van de verkenning. De betrokken stakeholders zijn geclusterd tot 'klankbordgroepen' die betrekking hebben tot de 3 specifieke processen. Zo kunnen de verschillen en overeenkomsten in behoeften en inzichten tussen de verschillende processen makkelijker geïdentificeerd worden.

Figuur 2 Klankbordgroepen per proces, met deelnemende gremia

Om het perspectief van de beoogde gebruikers te betrekken bij de opzet van een toekomstig centraal getroffenenregistratiesysteem, is een vragenlijst uitgezet onder de relevante stakeholders. In verband met de beperkt beschikbare tijd voor dit project, is er in overleg met de stuurgroep voor gekozen om de uitvraag te starten bij de diverse bestaande overleggremia waarin de relevante stakeholders samenkomen (zie figuur 2 voor klankbordgroepen en gremia). Hierin hebben we een balans gezocht tussen vertegenwoordiging uit zowel het bestuurlijk strategisch niveau, als ook het operationele niveau.

Deze vragenlijst is opgesteld in Microsoft Forms en is per mail verstuurd naar stakeholders via de reguliere verzendlijsten van de overleggremia. In de begeleidende mail is ook verzocht om de mail met vragenlijst te delen met andere personen die relevant geacht werden. Deelname was mogelijk tussen 7 oktober en 17 november 2025.

De resultaten zijn verwerkt in Microsoft Excel. De gesloten antwoorden zijn als descriptieve statistieken weergegeven in tabellen en diagrammen. De antwoorden op de open vragen (o.a. over kansen en risico's) zijn door een tweetal projectleden separaat gecodeerd op thema's en subthema's daarbinnen. Bij verschil van inzicht over de codering van een antwoord, hebben de projectleden in gesprek naar een consensus gezocht. Het vóórkomen van de coderingen zijn als kwantitatief gegeven weergegeven in de resultaten, om een indicatief inzicht te geven in hoeveel belang er vanuit het proces gehecht wordt aan bepaalde zaken.

De resultaten zijn vervolgens gerapporteerd in presentatievorm (bijlage 5) en teruggekoppeld tijdens een volgend overleg van de verschillende gremia. Tijdens deze vergaderingen is er gesproken over de resultaten, met de vraag in hoeverre ze herkenbaar zijn en men het eens was met de conclusies die het projectteam eruit trekt. Vervolgens zijn er enkele aanvullende vragen besproken, die ook zijn verwerkt in de uiteindelijke resultaten (zie bijlage 4).

B1.3 Randvoorwaarden voor het getroffenenregistratiesysteem

Eén van de belangrijkste randvoorwaarden bij het komen tot een centraal getroffenenregistratiesysteem is het goed borgen van de privacy. Bij dit systeem gaat het om (bijzondere) persoonsgegevens die goed beschermd moeten worden, zowel vanuit wettelijk oogpunt, als vanuit het oogpunt van (maatschappelijk) draagvlak voor het systeem. De wettelijke kaders rondom privacy en gegevensdeling zijn beschreven in bijlage 6.

In bijlage 7 zijn de voorziene risico's beschreven die vanuit de verkenning naar voren zijn gekomen. Ook zijn hierbij een aantal tegenmaatregelen of oplossingen bij beschreven.

Hoewel de concrete financiering buiten scope van deze fase van het project ligt, zijn in bijlage 8 wel een aantal reeds bekende zaken (incidentele en structurele kosten(posten)) rondom de bekostiging van het systeem beschreven.

Bijlage 2 Inventarisatie wettelijke kaders, taken en verantwoordelijkheden van de stakeholders

Voor de beschrijving van de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van de verschillende stakeholders is gekeken naar de verschillende - voor getroffenenregistratie - relevante wetten. De meeste partijen hebben ook onder reguliere omstandigheden wettelijke taken en verantwoordelijkheden, maar vanwege de relevantie is er gekozen om toe te spitsen op de wettelijke taken en verantwoordelijkheden bij rampen en crises.

Vervolgens beschrijven we (uitleg taken) hoe het veld hier zelf, op basis van bestaande richtlijnen en kaders, invulling aan geeft en wie de belangrijkste stakeholders zijn. De resultaten zijn gepresenteerd per proces. Omdat het gaat over de processen bij een ramp of crisis, worden de elementen uit de regionale en landelijke crisisstructuur die relevant zijn voor het duiden van de resultaten uit de verkenning over de (on)mogelijkheden van centrale getroffenenregistratie in de eerste paragraaf benoemd.

B2.1 De crisisstructuur in Nederland

Regionaal
De veiligheidsregio heeft als taak om de regionale rampenbestrijding en crisisbeheersing te organiseren[4]. In het Besluit Veiligheidsregio's is de inrichting van de hoofdstructuur van de crisisorganisatie verder uitgewerkt. Hieronder wordt deze structuur bondig toegelicht:

- Commando Plaats Incident (CoPI): crisisteam dat zich richt op de coördinatie van de hulpverlening op de locatie van het incident. Het CoPI-team bestaan uit een Leider CoPI, een informatiemanager, een communicatieadviseur en de officieren van dienst (OvD) van de brandweer, politie, geneeskundige zorg (GHOR) en vaak ook bevolkingszorg.
- Regionaal Operationeel Team (ROT); het ROT richt zich op de gevolgen voor de omgeving. Het team staat onder leiding van een Regionaal Operationeel Leider (ROL) en bestaat daarnaast uit een informatiemanager, communicatieadviseur en de algemeen commandanten (AC's) van de brandweer, politie, geneeskundige zorg en bevolkingszorg (en wanneer nodig andere relevante partners). Het ROT adviseert het Gemeentelijk of Regionaal Beleidsteam.
- Gemeentelijk Beleidsteam: Het GBT is een adviserend team voor de burgemeester, bijvoorbeeld over te nemen maatregelen en de publiekscommunicatie. Het GBT bestaat doorgaans uit de gemeentesecretaris en de ambtenaar van de Openbare Orde en Veiligheid, een communicatieadviseur en leidinggevenden van bijvoorbeeld brandweer, de GHOR en de politie.
- Regionaal Beleidsteam: Wanneer een crisis zich in meerdere gemeenten voordoet, komt er een RBT bijeen dat de voorzitter

[4] Hoofdstuk 4 'Regionale crisisstructuur' in het Basisboek crisisbeheersing (2025); Menno van Duin, Ab Bertholet, Edith Leentvaar en Vina Wijkhuijs (reds).

van veiligheidsregio adviseert. Het RBT wordt gevormd door de burgemeesters van de getroffen gemeenten, de hoofdofficier van justitie en de relevante partner(s).

Voor het opschalen van de crisisorganisatie hebben alle veiligheids-regio's hetzelfde uitgangspunt: de Gecoördineerde Regionale Incident-bestrijdingsprocedure (GRIP). De GRIP-regeling is de basis voor de coördinatie van het operationeel optreden en voor afstemming met het bestuur. De GRIP-structuur kent 5 opschalingsniveaus. Naar welk niveau wordt opgeschaald, hangt af van (de grootte van) het incident of de crisissituatie. Als er bij de bestrijding van een incident behoefte is aan multidisciplinaire coördinatie op de locatie van het incident zelf, wordt er vaak opgeschaald naar GRIP-1. Bij een groter incident, met coördinatie op afstand, of een steeds groter (wordend) effectgebied, kan er opgeschaald worden naar GRIP-2 of 3. Als een incident meer dan twee gemeenten bestrijkt en er bestuurlijke coördinatie en leiding nodig is kan er worden opgeschaald naar GRIP-4. Wanneer er sprake is van een ramp of crisis die zich uitstrekt over meer dan één veiligheidsregio, kan worden opgeschaald naar GRIP-5. Dit gebeurt alleen als daartoe bestuurlijke noodzaak is.

Nationaal of internationaal
Het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) is stelselverantwoordelijke voor de nationale veiligheid, waaronder crisisbeheersing en de aanpak van terrorisme en cybercriminaliteit. De Minister van Justitie en Veiligheid is politiek eindverantwoordelijke en vormt samen met o.a. de voorzitters van de veiligheidsregio, burgemeesters en gemeenten de zogenaamde 'algemene keten'[5]. Als er sprake is van crisiscoördinatie en besluitvorming op nationaal niveau is de minister van het desbetreffende beleidsterrein primair aan zet, de vakministers zijn onderdeel van de zogenaamde 'functionele keten'. Wanneer de situatie meerdere beleidsterreinen beslaat en er behoefte is aan coördinatie en besluitvorming op bestuurlijk niveau, dan komt de Ministeriele Commissie Crisisbeheersing (MCCb). De MCCb wordt voorgezeten door de minister van JenV of de minister-president[6].

KCR2, NCC en de opvang van getroffenen uit het buitenland
KCR2 (Knooppunt Coördinatie Regio's-Rijk) is een landelijke coördinatie organisatie die de samenwerking tussen rijk en regio's verbetert tijdens grote crises, door informatie te bundelen, expertise te verbinden en aanvragen voor extra bijstand (mensen, middelen) te coördineren voor hulpdiensten en crisispartners. Het KCR2 heeft de volgende taken:

1. Informatiecoördinatie: het bundelt, verrijkt en duidt relevante informatie van alle crisispartners voor een 24/7 beeld en een landelijk overzicht.
2. Ondersteuning en Bijstand: het is het loket voor het aanvragen en coördineren van extra landelijk bijstand, zoals extra personeel en materieel.
3. Verbinden en afstemmen: het brengt experts en organisaties samen om tot een gezamenlijke duiding en handelingsperspectief te komen.

[5] Zie begrippenlijst in bijlage 9.2
[6] Nationaal Handboek Crisisbeheersing, NTCV (2022) geraadpleegd januari 2026.

4. Opschaling: het zorgt ervoor dat er snel kan worden opgeschaald met de juiste expertise en capaciteit bij complexe, bovenregionale crises.

Voor de getroffenenregistratie zijn met name de eerste en de tweede taak van het **LOCC/KCR2** relevant. De manier waarop getroffenen in het buitenland gerepatrieerd of geëvacueerd worden naar Nederland, wordt beschreven in het 'Handboek Opvang van evacuees uit het buitenland in Nederland'[7]. Dit handboek beschrijft de procedures van de voorbereidingen op de evacuatie tot en met de daadwerkelijke ontvangst en eerste opvang. De verantwoordelijkheid voor en regie op de evacuatie ligt bij het ministerie van Buitenlandse zaken (BZ). BZ kan besluiten over te gaan tot evacuatie. BZ registreert de geëvacueerden bij voorkeur reeds in het land van vertrek. Zo kan de verplaatsing, opvang en verzorging goed worden vormgegeven en worden ook hulpbehoeften in kaart gebracht. Deze informatie wordt door het ministerie van Buitenlandse zaken aan het Nationaal Crisiscentrum (NCC) gezonden, zodat deze de daadwerkelijke evacuatie kan coördineren in Nederland. Conform het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming heeft het NCC een coördinerende rol wat betreft de informatiestromen en interdepartementale afstemming.

Het **KCR2** is verantwoordelijk voor de coördinatie van de ontvangst van de evacuees in Nederland en zorgt, indien dit nog niet heeft plaatsgevonden bij vertrek, voor registratie bij aankomt in Nederland. Ze kunnen de ontvangende gemeente hiertoe opdracht geven. In samenwerking met de Bevolkingszorg van de ontvangende gemeente wordt de 'Eerste opvang' (eerste 72 uur) geregeld. Daarna kan er nog tijdelijke huisvesting geboden worden voor getroffenen die geen eigen onderkomen kunnen organiseren, dit gaat vaak via Binnenlandse Zaken.

B2.2 Acute zorgverlening

B2.2.1 Wettelijke kaders

De bevoegdhedenverdeling binnen de zorgketen is verspreid over afzonderlijke wetten:

- **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)**: regelt de autonome zorgplicht van instellingen voor het leveren van verantwoorde zorg. Deze verantwoordelijkheid blijft primair bij de instelling, ongeacht crisisomstandigheden.
  - AMvB Acute Zorg: verplicht zorgaanbieders tot samenwerking en paraatheid binnen het ROAZ, maar kent geen sturende bevoegdheden of hiërarchische structuur.
- **Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo):** De Wgbo regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener o.a. dat de patiënt opdrachtgever is tot zorg, dat hij recht heeft op informatie en dat daartoe de zorgverlener de patiënt in begrijpelijke taal vertelt wat er aan de hand is, welke behandeling nodig is en welke risico's daaraan verbonden zijn. In een crisis kan deze wet gebruikt worden voor het opleggen van zorg, vooral als toestemming ontbreekt bij wilsonbekwame patiënten in spoedsituaties.

[7] *Handboek* Opvang van evacués uit het buitenland in Nederland. NCTV, juni 2016 | 94967.

- **Wet Veiligheidsregio's (Wvr)**: kent de DPG een coördinerende, adviserende en regisserende rol toe voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises (art. 10, 32), maar deze rol beperkt zich tot de functionele kolom (GHOR) en biedt geen gezag over zorginstellingen.
- **Wet Publieke gezondheid (Wpg)**: biedt bestuursorganen (burgemeester, voorzitter veiligheidsregio, minister van VWS) interventiebevoegdheden bij infectieziekten (groep A t/m C), maar is niet toepasbaar bij andere typen crises.
- **Wet Ambulancezorgvoorzieningen (WAZV):** de wet regelt dat er per veiligheidsregio een aanbieder is, die de plicht heeft om ambulancezorg te leveren, ook bij rampen en crises. Waarbij de regionale ambulancevoorzieningen onder supervisie van de veiligheidsregio's een cruciale rol spelen in de multidisciplinaire crisisparaatheid en ketensamenwerking.
- **Wet toetreding zorgaanbieders (**Wtza): Deze wet draagt bij aan transparantie, kwaliteit en verantwoording in de zorgsector. Het verplicht de zorgaanbieders om zichzelf voor te bereiden op grootschalig optreden in het kader van rampen en crises.
- **Wet marktordening gezondheidszorg** (**Wmg**):
  - Reguleert onder meer de beschikbaarheid en bekostiging van zorg.
  - AMvB Beschikbaarheidsbijdrage (april 2023):
    - Vormt de juridische basis voor de voortgezette coördinatiefuncties zoals LCPS, PECC en Medevac, die na COVID zijn geborgd in het Integraal Zorgakkoord (2022). Zorgaanbieders moeten inzicht geven in capaciteit en druk op de zorg.
    - VWS heeft op basis van de AMvB Beschikbaarheidsbijdrage aanvullende afspraken met LNAZ gemaakt over coördinatie van spreiding en (internationaal) vervoer van medische evacuees.
  - Knelpunt: De AMvB regelt financiering en informatievoorziening, maar biedt geen doorzettingsmacht richting zorginstellingen. Dit beperkt de mogelijkheden om in crisissituaties landelijke of regionale coördinatie effectief vorm te geven.

De veiligheidsregio kent een algemene bevoegdheid tot rampenbestrijding, maar geen stelselverantwoordelijkheid binnen het zorgveld.

B2.2.2 Uitleg taken acute zorgverlening (per stakeholder)
Zoals voorgeschreven in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijn instellingen en diensten in de zorg zelf verantwoordelijk voor hun voorbereiding op grootschalig optreden.

De eindverantwoordelijkheid ten aanzien van de regionale voorbereiding op rampen en crises ligt bij het Openbaar Bestuur (gemeente). In het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing stelt het Openbaar Bestuur een Directeur Publieke Gezondheid (DPG) aan die als hoofd van de GHOR belast is met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied.

De DPG borgt in deze de samenwerking en afstemming tussen partijen in de geneeskundige hulpverleningsketen (ziekenhuizen, ambulancedienst, meldkamer ambulancezorg, GGD, Nederlandse Rode Kruis, GGZ en huisartsen) om de gevolgen van grootschalige ongevallen en rampen en (langdurige) crises adequaat te kunnen bestrijden. Met als doel het verlies van levens en gezondheidsschade te beperken. Voor de uitvoering van deze taken wordt de DPG ondersteund door de GHOR.

GHOR
De GHOR coördineert, namens de DPG, geneeskundige hulpverlening bij ernstige ongevallen, crises en rampen en adviseert andere organisaties hierover. De wettelijke taken van de GHOR zijn vastgelegd in de Wet veiligheidsregio's (Wvr, art 10 en 32). De GHOR staat onder leiding van de DPG.

Tijdens grootschalige incidenten, rampen en crises coördineert de piketorganisatie van de GHOR de samenwerking tussen de verschillende geneeskundige hulpdiensten, zodat ze samen één hulpverleningsketen vormen. De GHOR is verantwoordelijk voor twee processen:

- Proces Acute Gezondheidszorg (triage, vervoer en behandeling)
- Proces Publieke Gezondheid (medische milieukunde, infectieziektebestrijding, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek bij rampen). Deze worden separaat beschreven onder het proces van de publieke gezondheidszorg.

Daarnaast is de piketorganisatie van de GHOR tijdens een ramp of crisis het aanspreekpunt van de geneeskundige hulpverleningsketen voor het openbaar bestuur en voor de andere hulpverleningsketens zoals brandweer, politie en bevolkingszorg.

Slachtofferregistratie
De DPG heeft de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crisis op lokaal of regionaal niveau. Slachtofferregistratie bij een ramp of crisis valt onder verantwoordelijkheid van de DPG, en wordt uitgevoerd door de GHOR[8]. Het registreren van slachtoffers[9] bestaat uit het creëren van een (algemeen) slachtofferbeeld en het verzamelen van (individuele) slachtoffergegevens. De directeur Publieke Gezondheid is verantwoordelijk voor[10]:

- een zo spoedig mogelijke melding bij de directie van de RAV dat er sprake is van een crisis waarvoor de DGP slachtofferinformatie wil ontvangen van de RAV;
- een correcte en beveiligde ontvangst, verwerking en opslag van de slachtofferinformatie;
- de informatievoorziening aan het openbaar bestuur en hulpverleningspartners.

Slachtofferbeeld
De informatie met betrekking tot het (algemene) slachtofferbeeld is **niet herleidbaar** tot individuele personen en wordt gebruikt om:

[8] Handreiking Afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises. GGD GHOR Nederland, juni 2023.
[9] Zie begrippenlijst in bijlage 9 voor de definitie van slachtoffers.
[10] Model Afspraak RAV-DPG. Afspraken uitwisseling slachtofferinformatie bij rampen en crises, sept 2015.

- De omvang van de ramp of crisis en de inzet van de hulpverlening te overzien en te coördineren;
- De bevolking te informeren (over het aantal slachtoffers dat is opgenomen in ziekenhuizen, het aantal slachtoffers dat is overleden, algemene beschrijving van het type slachtoffers en classificatie van de slachtoffers).

Slachtoffergegevens
Tot individuen **herleidbare gegevens** worden verzameld voor het informeren van verwanten tijdens een ramp of crisis. Om verwanten te kunnen informeren moeten bepaalde persoonsgegevens van zowel slachtoffers als van de verwanten verwerkt worden. Het gaat hierbij om **niet-zelfredzame slachtoffers**, omdat ervan uit wordt gegaan dat zelfredzame slachtoffers zelfstandig in staat zijn hun familie en vrienden op de hoogte te brengen waar zij zijn en hoe het met hen gaat.

Na het ophalen van de slachtoffergegevens zal door de GHOR de benodigde informatie voor verwerking in verwantenregistratie (SIS) naar het backoffice SIS gestuurd worden (zie proces bevolkingszorg).

Ambulancehulpverlening: triage, treatment en transport
Ambulancezorg is medische hulpverlening en vervoer (spoed en niet-spoed) die 24/7 beschikbaar is, waarbij ambulancepersoneel ter plekke zorg verleent, beoordeelt of vervoer nodig is, en indien nodig naar een ziekenhuis brengt of doorverwijst, met als doel het behoud van gezondheid, waarbij het meer is dan alleen transport en het een volwaardig onderdeel van de acute zorgketen vormt. In de ambulancezorg werken meldkamercentralisten, ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs samen.

Ten tijde van een crisissituatie wordt **GGB** gealarmeerd. De gealarmeerde hulpdiensten – waaronder ambulances – komen ter plaatse. De ambulancemedewerkers geven een situatiebeeld. De eerste ambulance (TV command en control) neemt de leiding. De ambulancemedewerkers maken een inventarisatie van het aantal gewonden en de mate van verwondingen. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen de zwaargewonden (T1/T2) en lichtgewonden (T3). Doel van dit proces is het optimaal inzetten van beschikbare capaciteit en middelen om zoveel mogelijk slachtoffers te redden en zoveel mogelijk (permanent) letsel te voorkomen. In deze fase zijn – naast hulpverlenende omstanders – slechts een beperkt aantal professionele medische hulpverleners op de rampplek aanwezig. Het is de bedoeling dat er een goede samenwerking tussen deze groepen ontstaat.

Bij de meldkamer wordt het **protocol Opgeschaalde ambulancezorg** gevolgd. Het protocol Opgeschaalde ambulancezorg bestaat globaal uit:
- Het alarmeren van benodigde ambulances en MMT's
- Het oproepen van de OvD-G en afkondigen GRIP-structuur
- Ambulancebijstand van naburige regio's
- Starten procedure voor de inzet van roostervrij personeel RAV
- Inzet van Noodhulpteams van het Rode Kruis.

RAV-calamiteitenteams en Rode Kruis Noodhulpteams gaan met voertuigen en uitrusting naar de plaats incident. De primaire processen

Triage, Treatment en Transport worden opgestart. De gealarmeerde eenheden (ambulancehulpverleners, de MMT's, calamiteitenteams, noodhulpteams van het Rode Kruis) worden op aangeven van de OvD-G en/of TV command of Control ingezet voor Triage, Treatment (behandeling) T1 en T2 op de plaats incident en/of gewondenverzamelplaats, Transport (vervoer) T1 en T2 en Secundaire Triage op een T3-verzorglocatie.

Ziekenhuizen, huisartsenposten en calamiteitenhospitaal: behandeling
Gewonde getroffenen worden voor behandeling vervoerd naar het ziekenhuis. Ziekenhuizen vervullen deze functie ook onder reguliere omstandigheden, maar bij crisis, rampen en incidenten zijn er nog een aantal extra kaders en taken van toepassing.

Afhankelijk van de aard en omvang van het incident treedt het gewondenspreidingsplan (GSP) in werking. Het GSP is een plan waarin beschreven staat hoe, in geval van grootschalige incidenten, gewonden verdeeld worden over ziekenhuizen. De actuele opvangcapaciteit zal door de crisiscoördinator van het ziekenhuis geïnventariseerd worden. Als slachtoffers niet, of nog maar beperkt, terecht kunnen in betreffend ziekenhuis dan zal de crisiscoördinator dit met de MKA communiceren en afstemmen. Er zal regelmatig afstemming plaatsvinden over de beschikbare opvangcapaciteit.

De Spoedeisende Hulp (SEH) van de ziekenhuizen werken in veel gevallen samen met de huisartsenpost (HAP). De HAP heeft in de avond, nacht en weekend (ANW-) uren de poortfunctie voor patiënten. Een grootschalig incident of crisis kan de consultfunctie van de HAP ernstig verstoren. De expertise op het gebied van triage bij grootschalige slachtofferopvang ligt in de tweede lijn, daarom neemt het ziekenhuis de poortfunctie over.

Het uitganspunt bij een grootschalig incident is: bij inwerkingtreding van het Ziekenhuis rampen opvangplan (ZiROP) neemt het ziekenhuis de regie op de HAP-functie over. De HAP blijft benaderbaar voor reguliere acute zorg. De uitwerking van de samenwerking tussen de HAP en het ziekenhuis in opgeschaalde situatie kan per ziekenhuis verschillen en wordt in de ZiROP's van de ziekenhuizen uitgewerkt.

Indien de reguliere opvangcapaciteit in de regio onvoldoende is, of als het de voorkeur heeft om centraal gewonden op te vangen (redenen kunnen veelomvattend zijn: aard van het incident, besmette slachtoffers, verkeerscirculatieplan, etc.) dan kan via de zorgcoördinator van de spoedeisende hulp in UMC Utrecht een verzoek worden gedaan tot openstelling van het Calamiteitenhospitaal.

Huisartsenzorg
Inzet op een rampterrein of in een GHOR-opvanglocatie hoort niet bij de reguliere taak van de huisarts. Alleen wanneer er specifieke regionale afspraken zijn gemaakt (via GHOR en het Integraal Crisisplan Huisartsenzorg / HaROP), kan een huisarts worden opgeroepen voor:

- Medische triage op opvanglocaties
- Ondersteuning van GHOR-processen

- Specifieke medisch-generalistische inzet (de inzet van een arts die breed geschoold is om algemene, eerstelijns medische zorg te leveren)

Naast de specifieke inzet van een huisarts rondom het incident, kunnen getroffenen ook zelf plaats incident verlaten en zich melden bij de huisarts met verwondingen als gevolg van het incident. Ook in dit geval is de huisarts betrokken bij het incident, en zou hij/zij een rol kunnen spelen in de registratie van getroffenen.

B2.3 Bevolkingszorg

B2.3.1 Wettelijke kaders

De belangrijkste wetsartikelen en kaders voor bevolkingszorg zijn:

- Wet Veiligheidsregio's (Wvr, artikel 10): Het bestuur van de veiligheidsregio draagt zorg voor de organisatie van rampenbestrijding en crisisbeheersing, inclusief bevolkingszorg.
- Besluit Veiligheidsregio's (Bvr artikel 2.1.3); De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van gemeentelijke Bevolkingszorgtaken, en het team Bevolkingszorg[11]zorgt op gemeentelijk niveau voor de uitvoering van de Bevolkingszorg taken (zie onder, bij uitleg taken).
- AVG (in samenhang met Wvr/Bvr): Informatie-uitwisseling en registratie van slachtoffers/verwanten moeten plaatsvinden op basis van wettelijke grondslag m.b.t. persoonsgegevens (mag op basis van de Wvr en Bvr). Voor privacy aspecten, zie bijlage 6.

B2.3.2 Uitleg taken Bevolkingszorg

In het besluit veiligheidsregio's[12] (artikel 2.1.3, tweede lid) zijn de taken/processen van bevolkingszorg opgenomen:

- Het verzorgen van de crisiscommunicatie;
- Het voorzien in opvang en verzorging van de bevolking;
- Het voorbereiden van de nafase ten behoeve van de getroffen gemeente(n);
- Het coördineren van het informeren van verwanten van slachtoffers;
- Het adviseren van het regionaal operationeel team;
- Het coördineren van de registratie van slachtoffers en schade(gevallen) ten behoeve van bovenstaande taken.

Bevolkingszorg kan zelfstandig (monodisciplinair) ingezet worden en als onderdeel van de hoofdstructuur van de rampenbestrijding en crisisbeheersing. Tijdens een multidisciplinaire inzet kunnen de functionarissen Bevolkingszorg tevens het aanspreekpunt zijn voor alle relevante gemeentelijke processen die niet vallen onder de taken van Bevolkingszorg[13]. Bijvoorbeeld door verbinding leggen met de gemeentelijke taken op het gebied van ruimte, milieu en bouw.

De taken/processen van Verwanteninformatie, Opvang, en Nafase worden hier specifiek beschreven, vanwege de relatie met centrale getroffenenregistratie.

[11] Team bevolkingszorg: zie begrippenlijst in bijlage 9
[12] wetten.nl - Regeling - Besluit veiligheidsregio's - BWBR0027844
[13] Eindadvies uniform kwaliteitsniveau bevolkingszorg, Veiligheidsberaad (2023).

Verwanteninformatie
Het proces Verwanteninformatie heeft als doel om betrouwbare en tijdige informatie te verstrekken aan verwanten van niet-zelfredzame slachtoffers bij een ramp of crisis. Dit draagt bij aan de zorg voor getroffenen en vermindert maatschappelijke onrust. Bij het proces verwanteninformatie zorgen team bevolkingszorg, samen met hulpdiensten/ziekenhuizen/politiële instanties, voor registratie, koppeling en informatievoorziening aan verwanten.

Opvang (en verzorging van bevolking)
Het proces Opvang richt zich op het tijdelijk opvangen, meestal enkele uren tot maximaal 24–48 uur, verzorgen en ondersteunen van slachtoffers en andere betrokkenen bij een ramp of crisis. Hierbij wordt voorzien in de eerste levensbehoeften, waaronder onderdak, voedsel, kleding en basiszorg. In deze opvangfase, ook wel aangeduid als publieke zorg, werkt het team Bevolkingszorg met maatschappelijke organisaties (zoals het Rode Kruis en Slachtofferhulp) en hulpdiensten om adequate opvang en verzorging te realiseren. Waar nodig wordt aanvullende ondersteuning geboden, afgestemd op de aard en omvang van het incident.

(Preparatie) Nafase
De nafase is de fase ná de acute crisis of ramp, waarin herstel van de samenleving, nazorg aan slachtoffers en verwerking plaatsvindt. De nafase wordt uitgevoerd door de gemeente en bevat o.a. de volgende onderwerpen: langere termijn opvang, psychosociale ondersteuning en zorg, coördinatie schade-afwikkeling, crisiscommunicatie, evaluatie/ onderzoeken en financiële afwikkeling.

Al tijdens de acute fase maakt de bevolkingszorg samen met de betrokken partijen een plan van aanpak nafase voor de gemeente. Bevolkingszorg draagt daarbij mede aan het realiseren van een goede overdracht van de crisisorganisatie naar de reguliere organisatie.

B2.3.3 Stakeholders
Binnen de bevolkingszorg zijn in brede zin diverse stakeholders betrokken. De samenstelling en verantwoordelijkheden van deze partijen kunnen per veiligheidsregio en gemeente verschillen. In onderstaande opsomming worden de belangrijkste stakeholders beschreven. Deze lijst is niet uitputtend en kan, afhankelijk van de regionale of lokale context, variëren.

Belangrijke stakeholders:
- De deelnemende gemeenten binnen de veiligheidsregio dragen de zorgplicht voor hun inwoners en voeren, al dan niet gemeenschappelijk, bevolkingszorgtaken uit. Dit wordt uitgevoerd door het team bevolkingszorg.
- Hulpdiensten (brandweer, politie, GHOR/geneeskundige hulpverlening), meldkamer, zorginstellingen ter ondersteuning van de processen bevolkingszorg.
- Externe partners zoals Slachtofferhulp Nederland, ziekenhuizen, Salvage/verzekeraars, het Rode Kruis en/ of andere logistieke en maatschappelijke organisaties. Al deze instanties kunnen de

processen Opvang, Verwanteninformatie en Nafase ondersteunen.
- Slachtoffers, betrokken inwoners en verwanten. Zij zijn de doelgroep van de processen zoals verwanteninformatie, opvang en ondersteuning in de nafase.

B2.4 Publieke gezondheidszorg

In de wet Publieke Gezondheid[14] zijn een aantal wettelijke crisistaken geformuleerd op het gebied van Psychosociale hulpverlening (PSH), Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR), Medische Milieukunde (MMK) en Infectieziektenbestrijding (IZB). Deze worden hieronder per taakveld beschreven, inclusief de wettelijke kaders, uitleg over de taken en de stakeholders.

Voor alle vier deze taken geldt dat volgens de **Wet Veiligheidsregio's (Wvr, art 10 en 32)** de DPG een coördinerende, adviserende en regisserende rol heeft voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises (GHOR), waar ook het 'Proces Publieke gezondheid' (PSH, GOR, MMK, IZB) onder valt.

B2.4.1 Psychosociale hulpverlening (PSH)

Wettelijke kaders PSH

- **Wet publieke gezondheid (Wpg)**
  - Art 2, lid 1: *Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.*
  - Art 2, lid 2g: *Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen*.

In het **Besluit Publieke gezondheid** wordt geen toelichting gegeven op de 'bevorderingstaak' van psychosociale hulp uit artikel 2. Dit betekent dat er wettelijk niets is vastgelegd over de invulling van de taak, minimale kwaliteitseisen wat betreft het leveren van psychosociale hulp, of over de partijen die hier daadwerkelijk uitvoering aan geven. Het wetsartikel is bovendien toegespitst op 'rampen', die grootschaliger van aard zijn en waarbij sprake is van opvang van getroffenen. De wet Publieke gezondheid beschrijft niets over specifieke verantwoordelijkheden (mbt PSH) bij kleinschaligere incidenten.

Uitleg PSH taak

Hoewel er in de Wpg gesproken wordt over 'Psychosociale hulp', wordt in het veld gesproken over Psychosociale hulpverlening (PSH) en sinds een aantal jaren (sinds de komst van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn[15]) over psychosociaal crisismanagement (PSC). Deze richtlijn geeft uitgangspunten voor de invulling van Psychosociaal crisismanagement, en is opgesteld en gedragen door het veld. PSC gaat over het totaal aan psychosociale ondersteuning en zorg (zowel

[14] wetten.nl - Regeling - Wet publieke gezondheid - BWBR0024705
[15] Multidisciplinaire Richtlijn Psychosociaal Crisismanagement_0.pdf

collectief als individueel) dat geboden wordt aan getroffenen van een ramp, crisis of incident, in zowel de acute fase als ook de nafase van een ingrijpende gebeurtenis. Psychosociale ondersteuning en zorg is gericht op het psychisch welbevinden en de (mentale) gezondheid van getroffenen en het beperken van de impact van de ramp of crisis. Deze ondersteuning en zorg wordt ingedeeld in vijf hoofdcategorieën[9]:

- **Basiszorg** (veiligheid, onderdak, (internet)verbinding, medicatie en acuut medische zorg)
- **Informatie** (informatie over gebeurtenis, over naasten, handelingsperspectieven, over mogelijke normale stressreacties (psycho-educatie), en inzicht in gezondheidsrisico's, e.d.)
- **Sociale en emotionele ondersteuning** (een luisterend oor, betrokkenheid, erkenning en herdenkingen)
- **Praktische ondersteuning** (hulp bij administratie, juridisch advies, schadeafhandeling, financiële ondersteuning, etc)
- **Zorg bij (mentale) gezondheidsklachten** (preventie, signalering, diagnostisering, verwijzing en behandeling van psychische klachten als gevolg van de gebeurtenis)

Zoals ook uit de beschrijving van de taken van Bevolkingszorg blijkt (sectie 2.3.2 uit deze bijlage), is er een overlap tussen de taken van Bevolkingszorg en het psychosociaal crisismanagement. Psychosociaal crisismanagement is derhalve ook een multidisciplinair proces met verschillende stakeholders (waaronder Bevolkingszorg), taken en verantwoordelijkheden. Binnen de GGD wordt gesproken over Psychosociale hulpverlening (PSH), als specifiek dat deel van het PSC dat de verantwoordelijkheid is van de GGD. De GGD richt zich met name op de coördinatie van en advisering over sociale en emotionele ondersteuning, informatievoorziening en de zorg voor (mentale) gezondheidsklachten[16]. De GGD adviseert bevoegd gezag ook, vanuit een psychosociaal oogpunt, over de invulling van de ondersteuning uit de andere twee categorieën (basiszorg en praktische ondersteuning). De uitvoering van de daadwerkelijke ondersteuning en zorg ligt over het algemeen bij andere lokale of regionale uitvoerende maatschappelijke- of zorgorganisaties.

Hoewel alle taken binnen het psychosociaal crisismanagement een gemeentelijke verantwoordelijkheid zijn, is de organisatie, coördinatie en uitvoering per regio of gemeente verschillend. De omvang van de opdracht van de gemeente aan de GGD is daarmee per regio ook sterk wisselend. Zo faciliteert de GGD in sommige regio’s de voorbereiding op, en coördineert het de inzet van verschillende teams, zoals het kernteam of het opvangteam, terwijl de GGD elders weer een beperktere rol heeft.

Om überhaupt ondersteuning en zorg te kunnen bieden aan getroffenen is het van groot belang dat er inzicht is in wie deze getroffenen zijn, en om een manier te hebben om hen te benaderen. Daarmee heeft het proces PSH van de GGD geen rol in het registreren van getroffenen, maar met name een rol als datagebruiker wanneer het aankomt op getroffenenregistratie.

[16] GGD Toolkit PSH interactief 1_0.pdf

Stakeholders PSH
In onderstaande opsomming worden de belangrijkste stakeholders beschreven. Deze lijst is niet uitputtend en kan, afhankelijk van de regionale of lokale context, variëren.

- De piketfunctionarissen PSH, procesleiders PSH en beleidsfunctionarissen crisisbeheersing/PSH binnen de GGD'en (de PSH'ers). De GGD'en hanteren een piket voor 24/7 inzetbaarheid vanuit de Psychosociale hulpverlening (PSH). Daarnaast zijn er functionarissen die in het kader van de preparatie, opleiden, trainen en oefenen actief zijn, of als adviseur voor beleid optreden in de latere nasleep van een (o.a. langdurige) crisis. De PSH'ers werken bovenregionaal samen en stemmen af binnen de vakgroep PSH, die gepositioneerd is onder GGD GHOR Nederland.
- De DPG; deze geeft operationele leiding aan alle de gehele geneeskundige hulpverlening, waaronder ook de PSH (zie Wvr).
- De gemeentelijke functionarissen werkzaam in de bevolkingszorg en nafase/herstelfase. De PSH'ers vanuit de GGD trekken gezamenlijk op met de functionarissen van Bevolkingszorg. Afbakening van rollen en taken op de scheidslijn tussen PSH en Bevolkingszorg verschilt in de praktijk per regio.
- De GHOR; in de acute fase wordt er geschakeld met en informatie in gewonnen via de AC-GZ.
- Externe (o.a. uitvoerende) partners zoals bv Slachtofferhulp Nederland (SHN), ARQ Nationaal Psychotrauma centrum, het Rode Kruis (RK), NIPV, RIVM en de Nederlandse vereniging voor Geestelijke verzorging (NVGZ). In de koude fase vindt er op landelijk niveau samenwerking en afstemming plaats binnen het Programma College PSH GOR. In de warme fase werkt de PSH ook regionaal samen met de regionale afdelingen van landelijke partijen zoals het Rode Kruis, SHN, Salvage, Politie en/of andere maatschappelijke- of (GGZ) zorgorganisaties.
- Getroffenen, verwanten en andere direct betrokkenen, zoals beschreven in het kringenmodel van de PSH[4], behoren tot de doelgroep voor de psychosociale hulpverlening.

B2.4.2 Gezondheidsonderzoek bij rampen, crises en incidenten (GOR)
Wettelijke kaders GOR

- **Wet Publieke gezondheid (Wpg)**:
  - Art 2, lid 1: *Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.*
  - Art 2, lid 2: *Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:*
    a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
    b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, op landelijk gelijkvormige

wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,

e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg

- **Besluit Publieke Gezondheid**, hoofdstuk 2, artikel 2:
  - *1. De in artikel 2, tweede lid, aanhef en onder a in samenhang met onder g, van de wet genoemde werkzaamheden omvatten in ieder geval het **via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een ramp worden getroffen**.*
  - *3. De in artikel 2, tweede lid, aanhef en onder e, van de wet genoemde werkzaamheid omvat in ieder geval de volgende aspecten:*
    a. het signaleren van ongewenste situaties,
    b. het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen,
    c. het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting,
    ***d. het verrichten van onderzoek**.*

Uitleg GOR taak

In de wet Publieke gezondheid is het college van burgemeester en wethouders verantwoordelijk voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, door het (op landelijk gelijkvormige wijze) verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie. Daarnaast vermeldt het Besluit Publieke Gezondheid dat de gemeente ook verantwoordelijk is voor het (via onderzoek) verkrijgen van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een ramp worden getroffen.

De gemeente is hiermee verantwoordelijk voor het verrichten van Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR) onder de getroffenen. De reguliere monitoring van de gezondheidstoestand van de bevolking is belegd bij de GGD, in de vorm van de Gezondheidsmonitor (GM) Volwassenen en Ouderen, GM Jeugd en de GM Jongvolwassenen. Ook de coördinatie en uitvoering van het gezondheidsonderzoek bij rampen wordt over het algemeen belegd bij de GGD.

Gezondheidsonderzoek kan worden ingezet om inzicht te verkrijgen in de gezondheidssituatie, mogelijke gezondheidsrisico's en in eventuele zorg- en ondersteuningsbehoeften van getroffenen van een ramp, crisis, incident, of (sluimerende) situatie met langdurige blootstelling (bijvoorbeeld rondom industrie). Resultaten van gezondheidsonderzoek helpen beleidsmakers en zorgverleners bij het optimaliseren van de ondersteuning van en zorg voor getroffenen[17]. GOR dient daarmee ook de andere opgeschaalde publieke gezondheidszorg taken, zoals de medische milieukunde (MMK) en de psychosociale hulpverlening (PSH).

[17] Handreiking Gezondheidsonderzoek na rampen. RIVM rapport 200000003/2014 J. IJzermans | T. Claassen | J. van der Ree (2014, wordt momenteel herzien).

Stakeholders Gezondheidsonderzoek bij rampen
In onderstaande opsomming worden de belangrijkste stakeholders beschreven. Deze lijst is niet uitputtend en kan, afhankelijk van de regionale of lokale context, variëren.

- Procesleiders GOR, onderzoekers publieke gezondheid bij de GGD; voeren het onderzoek uit.
- De DPG; deze geeft operationele leiding aan alle de gehele geneeskundige hulpverlening, waaronder ook de GHOR (zie Wvr).
- Professionals werkzaam in het taakveld van de MMK; in geval van GOR met behulp van biomonitoring maken zij gebruik van de onderzoeksresultaten voor het adviseren over gezondheidsrisico's als gevolg van een specifieke blootstelling aan gevaarlijke stoffen bij een ramp of incident.
- Gemeenten; zijn de opdrachtgevers van het onderzoek en hebben een rol in de bevolkingszorg/ondersteuning aan getroffenen.
- Professionals werkzaam in het taakveld van de PSH; op basis van de resultaten uit het gezondheidsonderzoek kan de invulling van psychosociale ondersteuning en zorg aan getroffenen aangepast of aangevuld worden.
- De doelgroep van gezondheidsonderzoek is afhankelijk van de context, maar bevat over het algemeen de getroffenen, verwanten en andere direct betrokkenen, zoals beschreven in het kringenmodel van de PSH[4].

B2.4.3 Medische Milieukunde (MMK)
Wettelijke kaders MMK

- **Wet publieke gezondheid (Wpg**)
  - Art 2, lid 1: *Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.*
  - Art 2, lid 2: *Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:*
    - *e.* ***het bevorderen van medisch milieukundige zorg***
- **Besluit Publieke Gezondheid,** hoofdstuk 2, artikel 2:
  - *De in artikel 2, tweede lid, aanhef en onder e, van de wet genoemde werkzaamheid omvat in ieder geval de volgende aspecten:*
    - *a. het signaleren van ongewenste situaties,*
    - ***b. het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen,***
    - ***c. het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting,***
    - ***d. het verrichten van onderzoek.***

Uitleg MMK taak
De Medische milieukunde is het vakgebied dat zich, zowel tijdens reguliere situaties als in opgeschaalde rampen, crises en incidenten, bezighoudt met de interactie tussen milieufactoren en gezondheid. Het

belangrijkste doel van de medische milieukunde is het beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers via het beperken van risico's van milieufactoren en het stimuleren van positieve omgevingsfactoren[18].

In de acute fase van een ramp of crisis, waarbij er sprake is van blootstelling aan een gevaarlijke stof, kan gezondheidskundig advies ingewonnen worden via de Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS). Deze piketfunctie valt over het algemeen onder de GHOR. De GAGS kan, indien gewenst, op basis van omgevingsmetingen een blootstellingsinschatting en risicobeoordeling uitvoeren en het Regionaal Operationeel Team (ROT) en/of blootgestelde getroffenen informeren over de gezondheidsrisico's en eventuele handelingsperspectieven. Ook kan de GAGS het ROT adviseren over de nut en wenselijkheid van biomonitoring, als bijzondere vorm van GOR. De GAGS werkt samen met de Adviseur Gevaarlijke stoffen (AGS) van de Brandweer, of in sommige gevallen de Milieu-Ongevallen Dienst (MOD) van het RIVM, die metingen verrichten in de omgeving.

Na de acute fase van een incident, ramp of crisis met gevaarlijke stoffen, zal de GAGS de casus overdragen aan de GGD. Hier wordt de casus opgepakt door een adviseur Milieu en Gezondheid, of de arts M+G/Medische Milieukunde. Over het algemeen wordt de GGD betrokken bij de casus voor het beantwoorden van gezondheidskundige vragen van blootgestelde getroffenen, het voorlichten van burgers en omwonenden tijdens bewonersbijeenkomsten, het bijdragen aan communicatie vanuit de gemeente over de gezondheidskundige boodschap, het verrichten van onderzoek, etc.

Stakeholders MMK

- Procesleiders MMK, adviseurs Milieu en Gezondheid bij de GGD of Artsen M+G/MMK; zij verrichten de primaire taak en hebben behoefte aan informatie over de blootstelling van een getroffene tijdens een incident, ramp of crisis met een gevaarlijke stof. Hiervoor kan de locatie van een getroffene ten tijde van het incident relevant zijn.
- De DPG; deze geeft operationele leiding aan de gehele geneeskundige hulpverlening, waaronder ook de GHOR (zie Wvr).
- Gemeenten; de GGD/MMK professionals voeren de MMK-taak in opdracht van en in samenwerking met de gemeente uit. Over het algemeen heeft de GGD bij een ramp of crisis contact met de ambtenaar crisisbeheersing, ambtenaar milieu en/of de communicatieafdeling van de gemeente.
- Getroffenen, omwonenden en het algemene publiek zijn de doelgroep voor de dienstverlening van het MMK vakgebied. In sommige gevallen adviseren de GAGS ook over gezondheidsrisico's, maatregelen en handelingsperspectieven voor professionals betrokken bij het incident.

[18] Wat is medische milieukunde? | Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde

B2.4.4 Infectieziektebestrijding (IZB)

Wettelijke kaders IZB

- **Wet Publieke gezondheid (Wpg)**
  - Art 6, lid 1*: Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort: a) het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied, b) het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing, c) bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de artikelen 21, 22, 25 en 26.*
  - Art 6, lid 2-8: bepalingen van bevoegd gezag afhankelijk van de groep waartoe de infectieziekte toe behoort.
  - Hoofdstuk V: Bijzondere bepalingen infectieziektebestrijding.
- **Besluit Publieke Gezondheid**[19]
  - Hoofdstuk IV. Infectieziektenbestrijding, artikelen 11 t/m 16. Geven een nadere toelichting op de uitvoering zoals beschreven in de Wet publieke gezondheid.

Uitleg IZB taak

Infectieziektebestrijding (IZB) is het vakgebied dat zich, zowel tijdens reguliere situaties als in opgeschaalde situaties, bezighoudt met het **voorkomen, opsporen en bestrijden van infectieziekten**. Het RIVM is samen met de GGD'en, GGD GHOR NL, de medische beroepsgroepen en het ministerie van VWS verantwoordelijk voor het medisch-inhoudelijke beleid van de infectieziektebestrijding. De GGD'en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de IZB op regionaal niveau[20]. In toenemende mate wordt er bovenregionaal samengewerkt waarbij Nederland is onderverdeeld in zeven IZB-regio's waarin verschillende GGD- regio's samenwerken met het RIVM en landelijke partijen[21]. Het is gebruikelijk om bij de infectieziektebestrijding, uitgevoerd door de GGD, onderscheid te maken tussen de vakgebieden: algemene infectieziektebestrijding, seksuele gezondheid, reizigersadvisering en -vaccinatie, hygiëne en infectiepreventie en tuberculosebestrijding.

Daar waar bij de regionale infectieziektebestrijding mogelijk contact met en/of overdracht via dieren of voedsel in beeld is, kan de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) in haar rol als toezichthouder op de voedselproductieketen een belangrijke rol vervullen bij bronopsporing, bestrijding en preventie van infectieziekten[22].

Infectieziekten zijn verdeeld in vijf groepen (A1, A2, B1, B2 en C) met afnemende graad van gevaar. Het bevoegd gezag voor de bestrijding van infectieziekte is afhankelijk van deze inschaling. Zo geeft de burgemeester leiding aan de bestrijding van de infectieziekten behorend tot groep B1, B2 en C. Bij een A2-infectieziekte geeft het ministerie van VWS leiding aan de bestrijding van een (dreigende) epidemie en kan de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen *hoe* de bestrijding ter hand

[19] wetten.nl - Regeling - Besluit publieke gezondheid - BWBR0024708, geraadpleegd 11 januari 2026.
[20] Landelijke en regionale infectieziektebestrijding | RIVM
[21] Zie ook 'regionale en landelijke samenwerking in infectieziektebestrijding' Adviesrapport-De-Kerntaken-van-de-IZB_sept-22.pdf
[22] NVWA-consulenten | RIVM

te nemen[23]. Voordat de burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio een maatregel neemt of intrekt, vraagt deze om advies aan de arts in dienst van de gemeentelijke gezondheidsdienst die gespecialiseerd is in infectieziektebestrijding (zie art. 17 en 18 van de Wpg).

Voor de bestrijding van een A1-infectieziekte, zoals COVID-19, geldt een apart regime dat afwijkt van de reguliere taakverdeling tussen voorzitter veiligheidsregio en burgemeester. De minister van VWS stelt dan samen met minister van BZK collectieve maatregelen vast middels ministeriele regelingen. De voorzitter veiligheidsregio draagt zorg voor de bestrijding in *de acute fase*, de burgemeester in de *beheersfase* van de epidemie. Naar aanleiding van de COVID-19 pandemie is besloten tot de oprichting van de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) binnen het RIVM. De LFI heeft twee taken, namelijk sturing geven aan de snelle opschaling van de medisch-operationele processen en aan de opgeschaalde operatie en het voeren van de centrale regie voeren op de voorbereiding van de bestrijding[24].

Bij grote uitbraken met verstrekkende gevolgen en/of maatregelen is, in ieder geval een groot deel van de populatie, ook een *getroffenen* zoals bedoeld in het kader van de getroffenenregistratie. Indien psychosociale hulp gewenst is voor een selecte groep, bijvoorbeeld na een uitbraak van een dierziekte waarbij agrarische families in een bepaalde regio geraakt zijn, zou de getroffenenregistratie zoals bedoeld in dit rapport een mogelijkheid zijn om de passende hulp te bieden. Echter, bij omvang van pandemie zoals bij COVID-19, waarbij het merendeel van bevolking geïnfecteerd is of dreigt te worden, kan een individuele benadering niet meer worden gerealiseerd en is registratie op individueel niveau derhalve ook niet meer zinvol.

Stakeholders IZB

In onderstaande opsomming worden de belangrijkste stakeholders ten behoeve van de uitvoering beschreven. Deze lijst is niet uitputtend en kan, afhankelijk van de regionale of lokale context, variëren. Bovendien vraagt voorbereiding op een grootschalige infectieziekte-uitbraak (de 'koude' fase) om nauwe samenwerking om een veelvoud aan disciplines, ketenpartners en instellingen die hieronder niet worden genoemd.

- Minister van VWS; bij landelijke uitbraken van bijzondere infectieziekten (zogenaamde A-infectieziekten) is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verantwoordelijk voor het beleid.
- RIVM; coördineert de landelijke infectieziektebestrijding door o.a. surveillance op bestaande en opkomende infectieziekten, microbiële diagnostiek van nieuwe besmettingen en het modelleren van infectieziekten om te bereken welke vaccinatiegraad nodig is voor effectieve preventie.[25] Daarnaast heeft de LFI een taak in voorbereiding, opschaling en aansturing van een A-infectieziekte.

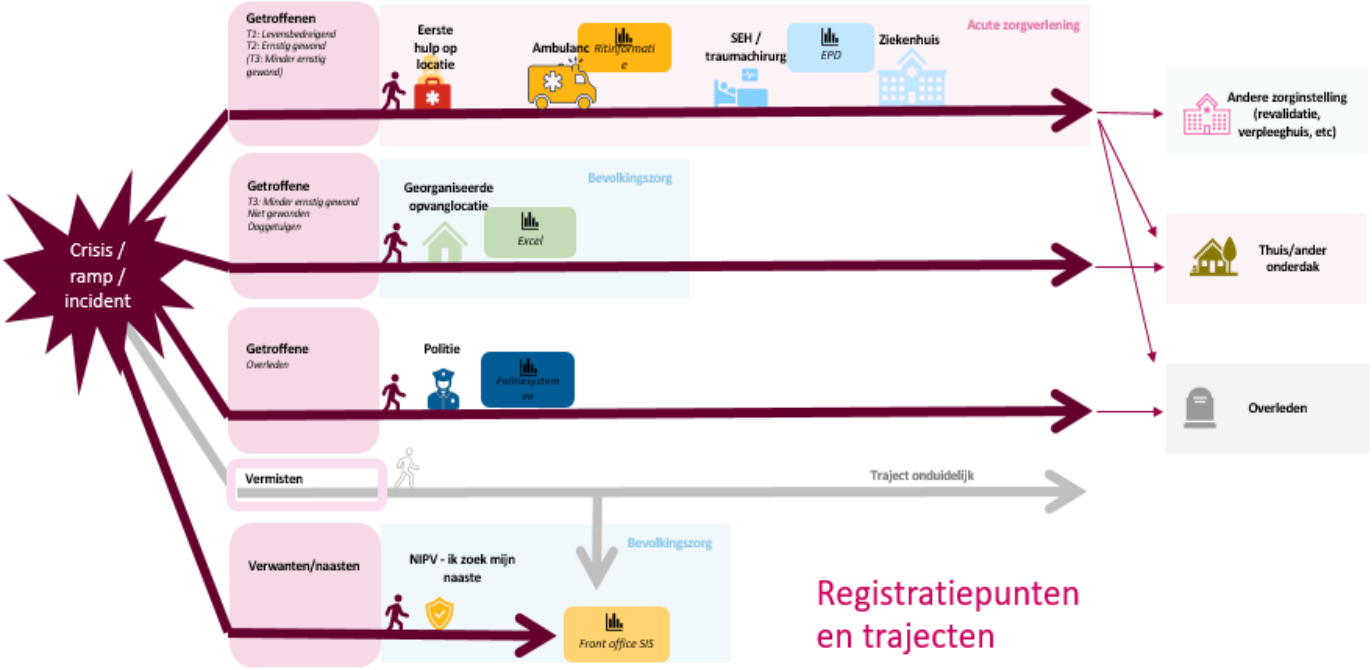
[23] 202504-NIPV-BNK07-Infectieziekte.pdf
[24] Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) | RIVM
[25] Infectieziektebestrijding | RIVM

- NVWA; toezicht op naleving van de voedselproductieketen en belangrijke rol in de bronopsporing, bestrijding en preventie van infectieziekten (zoönose).
- Artsen M+G/IZB; wettelijke taak in het bestrijden van de infectieziekte en het adviseren van de burgemeester dan wel voorzitter veiligheidsregio over (het intrekken van) maatregelen;
- Team (algemene) infectieziektebestrijding/ GGD waaronder artsen M+G/ IZB, infectieziekteverpleegkundige, deskundige infectiepreventie, epidemiologen, onderzoekers, communicatieadviseurs; zij verrichten de primaire taak van het voorkomen en bestrijden van infectieziekten en uitbraken van infectieziekten binnen de regio.
- Gemeenten; de GGD/IZB professionals voeren de IZB taak in opdracht van en in samenwerking met de gemeente uit. Over het algemeen heeft de GGD bij een grote uitbraak contact met de ambtenaar crisisbeheersing, ambtenaar volksgezondheid en/of de communicatieafdeling van de gemeente.
- Geïnfecteerde personen, (potentieel) blootgestelden, contactpersonen en het algemene publiek zijn de doelgroep voor de dienstverlening van het IZB-vakgebied. Om de infectieziekte te kunnen bestrijden is het belangrijk om zicht te hebben op de bron en de groep mensen erom heen die (potentieel) geïnfecteerd zijn. Daarom registreren GGD’en persoonsgegevens van deze personen, om zo het bron- en contactonderzoek uit te kunnen voeren.

Bijlage 3 Resultaten inventarisatie huidig registratielandschap

In deze bijlage beschrijven we per proces (acute zorgverlening, bevolkingszorg, publieke gezondheidszorg) welke partijen en/of functionarissen getroffenen van rampen en crises registreren, welke systemen ze hierbij gebruiken en welke data ze hierbij verzamelen.

Figuur 3 Globaal overzicht van registratiepunten, -methoden en registrerende partijen per type getroffene en/of verwanten



Naast de registratie in de functionele ketens, vindt er ook registratie/informatie-uitwisseling plaats binnen de algemene keten van de crisisbeheersing. Daar waar dit relevant is voor de getroffenenregistratie, wordt dit ook beschreven in hoofdstuk 3.1.

B3.1 Registratie en informatie-uitwisseling in de Crisisbeheersing

Een incident van enige omvang vraagt al snel om de inzet van veel verschillende organisaties. Naast de traditionele veiligheidspartners (brandweer, politie, GHOR en gemeenten) zijn er vaak ook andere partijen betrokken, zoals energienetbeheerders, en waterschappen. Om besluitvorming te kunnen baseren op een actueel en consistent situatiebeeld, waarin de verschillende perspectieven van de betrokken organisaties met elkaar zijn gecombineerd, wordt er 'netcentrisch' gewerkt[26]. Elke organisatie levert een bijdrage aan het totaal situatiebeeld door continue actuele informatie met de andere

[26] Netcentrisch werken - Nederlands Instituut Publieke Veiligheid

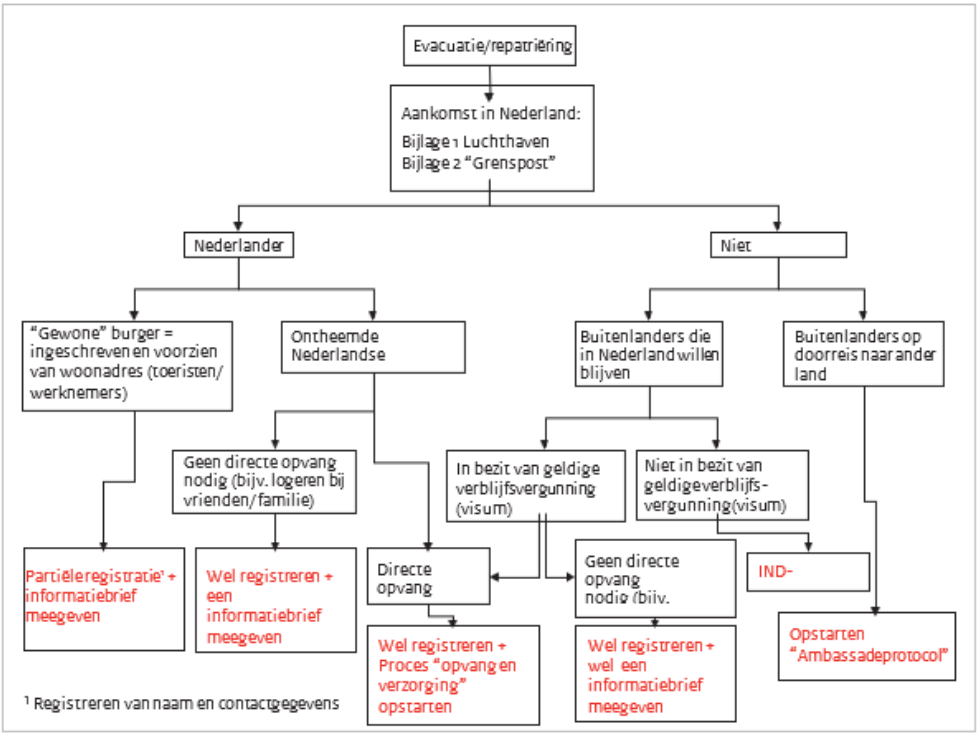
organisaties te delen. De applicatie die hiervoor gebruikt wordt heet LCMS; het Landelijk Crisismanagementsysteem. In LCMS wordt een actueel beeld van het incident bijgehouden, verrijkt en gedeeld. Het situatiebeeld biedt een snel overzicht van alle gedeelde informatie. LCMS is onderdeel van de Landelijke Voorziening Crisisbeheersing (LVCb). Een informatiemanager voert regie op het gehele informatieproces. LCMS is in 2012 ingevoerd en ruim tachtig organisaties werken hierin samen, waaronder de veiligheidsregio's, het Nationaal Crisiscentrum (NCC), het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC), de waterschappen, Rijkswaterstaat de Douane en de Koninklijke Marechaussee.

Het actueel beeld omvat informatie over de omvang van het incident, de locatie, het incidentgebied, de inzet en het verloop van het incident. Deze informatie wordt door verschillende actoren in de crisisbeheersing aangeleverd. Daarnaast wordt LCMS-GZ opgestart als er veel slachtoffers zijn. De aantallen gewonden, de locatie waar deze zich bevinden wordt hierin vastgelegd. Ook is LCMS-GZ het informatieknooppunt voor de zorgketen in de regio. De aangesloten zorgpartners kunnen ook in LCMS-GZ meelezen. In LCMS(-GZ) worden géén persoonsgegevens van getroffenen gedeeld.

In het geval van een ramp of crisis buiten Nederlands grondgebied met Nederlandse getroffenen die gerepatrieerd/geëvacueerd worden naar Nederland kan het 'Handboek Opvang van evacués uit het buitenland in Nederland' in werking treden[27]. In dit handboek staat beschreven hoe de registratie, bij voorkeur in het land van vertrek, plaatsvindt ten behoeve van een vlotte en efficiënte repatriëring. Dit gebeurt met behulp van het interdepartementaal afgestemde formulier (bijlage 2 in het handboek). Indien dit niet gebeurd is in het land van vertrek heeft het KCR2 een rol in het organiseren van deze registratie (figuur 4).

[27] *Handboek* Opvang van evacués uit het buitenland in Nederland. NCTV, juni 2016 | 94967.

Figuur 4 Registratie schema uit Handboek Opvang evacuees uit buitenland in Nederland



In het geval er buitenlandse getroffenen betrokken zijn bij een ramp, crisis of incident in Nederland, zal het ambassadeprotocol opgestart worden, waarin aandacht besteed wordt aan het informeren van de ambassades van de betreffende buitenlandse getroffenen.

B3.2 Registratie in de Acute zorgverlening

De betrokken partijen bij acute zorgverlening zijn de GHOR, huisartsen(praktijken), de Huisartsenspoedposten (HAP's), de ambulancediensten/-medewerkers, de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en de Spoedeisende hulpdiensten van de ziekenhuizen (SEH). Al deze actoren gebruiken andere (digitale) systemen om informatie over (een deel van de) getroffenen van een ramp of crisis vast te leggen. Hieronder wordt per actor het huidige getroffenenregistratielandschap globaal beschreven:

Meldkamer ambulancezorg: Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS)
De (verpleegkundige) centralisten van de RAV maken gebruik van meldkamer ICT-systemen, zoals het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS). GMS ondersteunt de centralist in haar of zijn dagelijks werk. Het systeem helpt het overzicht te bewaren in de hectiek van alle (soms grootschalige) incidenten. GMS is ontworpen voor geïntegreerd gebruik door de hulpverleningsdiensten van politie, ambulancezorg en brandweer. Medische gegevens zijn alleen raadpleegbaar voor de ambulancezorg en niet voor politie en brandweer. Sommige gegevens worden vanuit GMS automatisch uitgewisseld met de eigen systemen van ambulancezorg, bijvoorbeeld om de navigatie van ambulances naar

de locatie van het incident of de patiënt vlot te laten verlopen[28]. GMS is verouderd en zal de komende periode vervangen worden door een nieuw systeem[29].

Ambulancediensten: ritformulier en diverse landelijke systemen
De informatievoorziening voor de ambulancezorg bestaat uit een regionaal (RAV) en een landelijk (AZN) deel. Regionaal bepalen de individuele RAV's zelf welke gegevens zij nodig hebben en welke middelen zij daarvoor gebruiken. Ambulancemedewerkers gebruiken een (digitaal) ritformulier. In het **ritformulier** staat onder andere wanneer de ambulancezorg is verleend, welke behandeling is uitgevoerd, wat de resultaten zijn van lichamelijk onderzoek en metingen en welke medicatie de patiënt eventueel heeft gekregen.

De landelijk informatievoorziening bestaat uit landelijke afspraken en systemen die ervoor zorgen dat, naast de ondersteuning van de ambulancezorg zelf, informatie kan worden gedeeld met partners uit de (acute) zorg en het veiligheidsdomein. Deze sectorale informatievoorziening wordt beheerd door AZN en is opgebouwd uit een aantal landelijke systemen[30]. In het kader van getroffenenregistratie zijn twee systemen relevant, namelijk het Landelijk Systeem Digitale Vooraankondiging[31] en Landelijk Systeem voor Ritlogging ('slachtofferinformatie') en Bijstand[32]. Het **Landelijk Systeem Digitale Vooraankondiging** verzorgt de uitwisseling van patiëntinformatie en ambulancezorg en ziekenhuizen en huisartsen. Het **Landelijk Systeem voor Ritlogging** ('slachtofferinformatie') **en Bijstand** maakt het mogelijk om tijdens rampen en crises snel een slachtofferbeeld vanuit ambulancezorg beschikbaar te stellen aan de GHOR. Deze informatie betreft vooral het aantal patiënten en het ziekenhuis waar ze naartoe zijn gebracht. Op verzoek van de Directeur Publieke Gezondheid van de GHOR worden desgewenst ook persoonsgegevens van de slachtoffers verstrekt, voor zover deze beschikbaar zijn. Met behulp van deze gegevens kunnen verwanten van slachtoffers geïnformeerd worden. De RAV's en GGD GHOR Nederland hebben hierover een modelafspraak opgesteld[33].

Ziekenhuizen/Spoedeisende Hulp afdelingen (SEH's)
Veel SEH's werken al samen met de Regionale Ambulancevoorzieningen als het gaat om digitale gegevensoverdracht vanuit de ambulance naar SEH. Het gaat hierbij om de aankondiging, interventie en beloop en de overdracht van informatie vanuit de ambulance naar de SEH (berichtennummer 8, 9 en 10)[34]. In de richtlijn 'Gegevensuitwisseling acute zorg'[35] is vastgelegd welke gegevens van belang zijn om digitaal uit te wisselen. Met de ambulanceberichten kan informatie

[28] Het zogenaamde Landelijk Systeem voor Incident- en Voertuiginformatie.
[29] Informatievoorziening & ICT: algemeen | Ambulancezorg Nederland, geraadpleegd 5 december 2025.
[30] Informatievoorziening & ICT: algemeen | Ambulancezorg Nederland, geraadpleegd 5 december 2025.
[31] Landelijk Systeem Digitale Vooraankondiging | Ambulancezorg Nederland, geraadpleegd op 5 december 2025.
[32] Landelijk Systeem voor Ritlogging ('Slachtofferinformatie') en Bijstand | Ambulancezorg Nederland, geraadpleegd op 5 december 2025.
[33] Model_afspraak_Slachtofferinformatie__RAV-DPG_def_150930.pdf
[34] Landelijk Systeem Digitale Vooraankondiging | Ambulancezorg Nederland , https://nictiz.nl/sectoren/acute-zorg/overdracht/ en Spoedeisende hulp - Met spoed beschikbaar, Status en prioritering berichtuitwisselingen - Met spoed beschikbaar, allen geraadpleegd 5 december 2025.
[35] Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg

gestructureerd worden overgedragen en worden de binnengekomen gegevens volledig geautomatiseerd verwerkt en geïntegreerd in het patiëntendossier op de SEH.

De ziekenhuizen registreren alle gegevens van en over hun patiënten in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

GHOR
De GHOR-medewerkers (Hoofd Informatie (HIN) of Hoofd ondersteuning (HON)) krijgen globale aantallen door van de OvD-G die ter plekke is. De GHOR is de enige partij die bij de ziekenhuizen slachtoffergegevens mag opvragen. Dit gebeurt per beveiligde mail, soms (regionale verschillen) met een format voor het invullen van de benodigde gegevens. De ziekenhuizen vullen deze gegevens in en sturen die terug naar de GHOR. De GHOR verzamelt de gegevens van de ziekenhuizen en geeft dit door aan het backoffice SIS. De getallen worden doorgegeven via de AC-GZ aan bijvoorbeeld de DPG, het ROT, en de burgemeester.

Huisartsen en Huisartsenspoedposten (HAP's)
Huisartsen en huisartsenspoedposten registreren over anamnese, onderzoek, diagnoses en behandeling van patiënten die hen bezoeken, in het door hen gebruikte systeem met elektronische patiëntendossiers (bv HIS). In dit systeem wordt niet direct een koppeling gemaakt tussen een getroffen patiënt en een ramp of crisis. In principe hebben individuele huisartsen en huisartsenspoedposten momenteel geen formele rol in de registratie van getroffenen. Het kan echter wel zo zijn dat de huisarts, of de arts op de HAP, de eerste hulpverlener is die een getroffene van een ramp of crisis spreekt. Getroffenen verlaten een plaats incident en melden zich zelfstandig bij de huisarts of HAP. Huisartsen en HAP's kunnen wél medische gegevens in hun HIS vastleggen en relevante informatie delen. Daarnaast geldt voor zowel huisartsen als huisartsenposten dat, mochten hun diensten ingezet worden op het rampgebied, ze gebruik zullen maken van hun eigen HIS of indien mogelijk de registratiesystemen die op dat moment gebruikt worden. Hier zijn geen vaste afspraken over gemaakt.

B3.3 Registratie binnen de Bevolkingszorg

De processen binnen de bevolkingszorg gaan in principe uit van zelfredzaamheid[8]. Dit betekent dat van getroffenen wordt verwacht dat zij zelf actie ondernemen wanneer zij hulp nodig hebben tijdens een crisis of ramp, of in de nafase daarvan. Wanneer getroffenen verminderd zelfredzaam zijn, kan registratie plaatsvinden om passende hulp te kunnen bieden. Registratie vindt uitsluitend plaats met een duidelijk doel en alleen nadat de getroffene hiervoor toestemming heeft gegeven, zodat wordt voldaan aan de eisen van de AVG.

Registratie kan op verschillende manieren en locaties plaatsvinden, namelijk:

- **Opvanglocatie**
  Getroffenen kunnen worden geregistreerd op een opvanglocatie om inzicht te krijgen in wie aanwezig is. Deze registratie dient onder meer ten behoeve van verwanteninformatie en om te

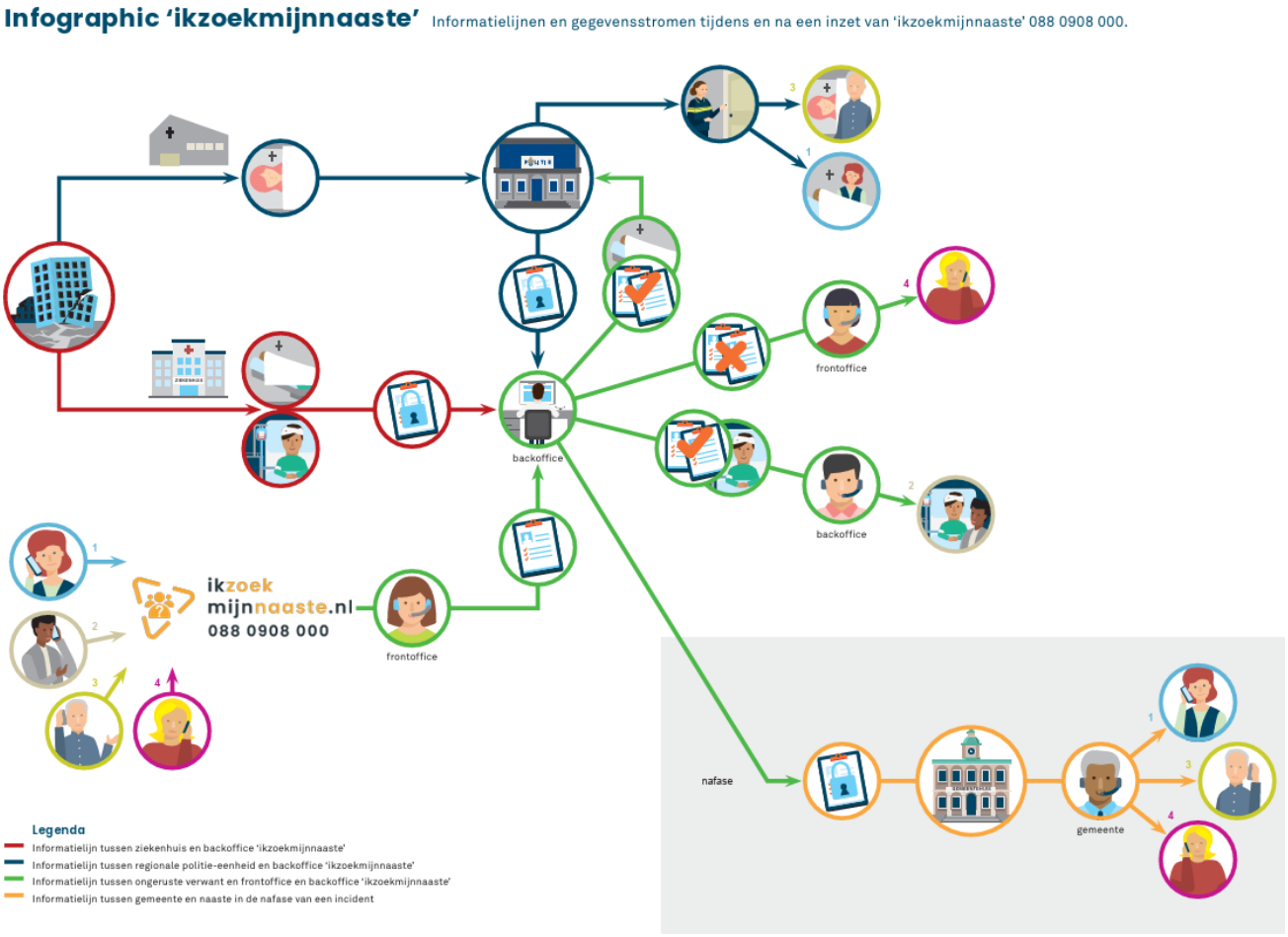
inventariseren welke hulp nodig is, zoals psychosociale (na)zorg of ondersteuning bij het aanvragen van voorzieningen.
- **Gemeentehuis of andere gemeentelijke locatie**
  Afhankelijk van het type gebeurtenis kan de gemeente een loket openen. Op deze locatie kan registratie plaatsvinden voor ondersteuning, nazorg en/of het aanvragen van voorzieningen.
- **Digitaal loket**
  Getroffenen kunnen zich zelfstandig online registreren om informatie te delen, informatie te ontvangen of hulp te vragen ten behoeve van nazorg of het aanvragen van voorzieningen.

Voor alle bovengenoemde locaties geldt dat er **geen landelijk vastgesteld registratiesysteem** wordt gehanteerd. Sommige veiligheidsregio's werken met een vast format, terwijl andere regio's registratie vormgeven op het moment dat dit noodzakelijk wordt geacht.

Wanneer het **Slachtofferinformatiesysteem (SIS)** wordt geactiveerd door de OVD-BZ of de AC-BZ, kunnen naasten contact opnemen met de frontoffice van 'Ik zoek mijn naaste' (SIS). Hun gegevens en die van de personen die zij zoeken worden dan in het huidige verwanteninformatiesysteem (de SIS-applicatie) geregistreerd. Binnen de backoffice, die zijn informatie over niet zelfredzame getroffenen ontvangt van de liaisons geneeskundige zorg van de GHOR, vindt de matching plaats tussen niet-zelfredzame slachtoffers en de personen die contact hebben opgenomen met de frontoffice. Het huidige verwanteninformatiesysteem wordt in opdracht van de veiligheidsregio's beheerd door het NIPV.

Gezien de rol van de **politie** bij de identificatie van gewonde slachtoffers waarvan de identiteit niet bekend is, en bij het informeren van naasten van overleden slachtoffers, wordt de politie hier ook meegenomen in dit overzicht. Bij een inzet van SIS werkt de coördinator politie van de backoffice samen met de sectie politiezorg of de staf Grootschalig en Bijzonder Optreden (SGBO). Bij gewonde slachtoffers waarvan de identiteit niet bekend is en bij overleden slachtoffers is er afstemming tussen de coördinator politie van de backoffice en de sectie politiezorg of SGBO. De sectie politiezorg of SGBO stemt op zijn beurt af met de regionale politie-eenheid. De regionale politie-eenheid is verantwoordelijk voor het achterhalen van de identiteit van gewonde en overleden slachtoffers. Ook zorgt de regionale politie-eenheid voor het informeren van naasten van overleden slachtoffers. Indien nodig kan voor het achterhalen van de identiteit een beroep gedaan worden op de expertise van het Landelijk Team Forensische Opsporing.

Figuur 5 Informatielijnen en gegevensstromen tijdens en na een inzet van 'ikzoekmijnnaaste'[36]



De backoffice van SIS, bestaande uit medewerkers van de nationale politie, heeft toegang tot de persoonsgegevens die geregistreerd worden in de SIS-applicatie. Zij doen dit onder verantwoordelijkheid van bevolkingszorg en ten behoeve van het informeren van verwanten. Deze samenwerkingsafspraken zijn al vormgegeven binnen de huidige werkwijze van SIS[37] en zullen in een eventueel nieuw getroffenenregistratiesysteem ook zo blijven.

De regionale politie/ SGBO is verantwoordelijk voor het identificeren van slachtoffers en het informeren van verwanten van dodelijke slachtoffers. Ze gebruiken hiervoor hun eigen politie systeem.

B3.4 Registratie binnen de Publieke gezondheidszorg

Binnen de (opgeschaalde) publieke gezondheidszorg worden verschillende (ICT-)systemen gebruikt ter ondersteuning van de taken en (wettelijke) verantwoordelijkheden. Voor wat betreft PSH en GOR hanteert iedere GGD daarvoor een **eigen werkwijze**. Voor de uitvoering van de werkzaamheden zijn deze processen volledig

[36] https://nipv.nl/wp-content/uploads/2024/03/14032024-Infographic-ikzoekmijnnaaste.pdf
[37] https://nipv.nl/wp-content/uploads/2024/03/1402024-Factsheet-SIS-en-de-rol-van-de-politie.pdf

afhankelijk van de registratie in de acute zorgverlening of binnen bevolkingszorg. Indien ze informatie verkrijgen, komt deze over het algemeen via reguliere lijnen vanuit de crisisbeheersing, zoals via de OvD-G of de Algemeen commandant Geneeskundige zorg (AC-GZ).

Binnen MMK geldt daarnaast dat er gebruik wordt gemaakt van het programma OSIRIS, waar de melding van individuele burgers, inclusief contactgegevens, geregistreerd worden. Dit betreft echter alleen de getroffen burgers die zichzelf melden met vragen bij de GGD. Op collectief niveau krijgt de adviseur Milieu en Gezondheid, of de arts M+G/MMK ook vaak een overdracht vanuit de GAGS, AC-GZ of OvD-G. Deze overdracht bevat over het algemeen geen persoonlijke gegevens over de getroffenen, tenzij er expliciet toestemming voor gevraagd is om deze te mogen delen met de GGD.

Binnen de IZB gebruiken de meeste GGD'en het elektronische dossier HP Zone om infectieziektegevallen en uitbraken in te registreren. Persoonsgegevens worden hierin geregistreerd voor bron- en contactonderzoek, om zo de infectieziekte te kunnen bestrijden. Het primaire doel van de IZB-registratie wijkt daarmee af van het doel van het beoogde getroffenenregistratiesysteem, waarbij het juist gaat om bieden van de juiste (na)zorg. Als iemand een positieve testuitslag heeft en deze gemeld wordt bij de GGD, dan wordt er handmatig een dossier van deze persoon in HP Zone aangemaakt. Voor de coronavaccinatiecampagne wordt er gebruik gemaakt van CoronIT.

OSIRIS is een generiek informatiesysteem dat door het RIVM en diverse samenwerkende organisaties wordt gebruikt voor het registreren en beheren van gegevensverzamelingen[38]. Binnen het programma Informatievoorziening Infectieziektebestrijding (IV-IZB) wordt gewerkt aan de (door)ontwikkeling van de informatievoorziening voor de reguliere infectieziektebestrijding die ook geschikt is voor opgeschaald gebruik. Dat systeem moet tevens worden gekoppeld aan systemen van het RIVM zodat er geen dubbele registratie hoeft te worden gedaan[39].

B3.5 Relevante overige ontwikkeling in het kader van informatie-uitwisseling in de zorg

Het beoogde getroffenenregistratiesysteem is gebaat bij gegevensuitwisseling tussen bestaande systemen om de dubbele registratie, en de daarmee gepaard gaande extra handelingen voor (hulpverlenende) professionals, zoveel als mogelijk te verminderen c.q. te vermijden. Gedurende deze verkenning zijn we gewezen op een aantal ontwikkelingen op het gebied van gegevensuitwisseling welke relevant zijn voor de volgende fasen van het traject voor wat betreft juridische en technische haalbaarheid.

Programma Met Spoed Beschikbaar (MSP)
Het programma Met Spoed Beschikbaar[40] helpt de spoedzorg met de realisatie van digitale gegevensuitwisseling volgens de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg. Het gaat hierbij om de medische

[38] Osiris
[39] Kamerstuk 25295, nr. 2235 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen
[40] Zorgaanbieder - Met spoed beschikbaar

digitale gegevensuitwisseling. Op de website van het programma is de status en prioritering van de berichtenuitwisseling te vinden per berichtnummer, zoals de vooraankondiging, interventie + beloop en overdracht van de ambulance naar de SEH (berichten 8, 9, en 10).

European Health Data Space (EHDS)
De European Health Data Space is een Europese verordening met als doel een gemeenschappelijk kader vast te stellen voor het gebruik en de uitwisseling van elektronische gezondheidsgegevens in de hele EU. De ratio achter deze in 2025 inwerk getreden verordening, is om te komen tot een verbetering van de toegang van personen tot, en hun zeggenschap over hun persoonlijke elektronisch gezondheidsgegevens [41]. In het geval het dossier van een getroffene ook medische gegevens zou bevatten is deze verordening ook van toepassing op het getroffenenregistratiesysteem.

B3.6 Getroffenenregistratie in België

Naar aanleiding van de aanslagen op het vliegveld in Zaventhem in 2016, concludeerde de parlementaire enquêtecommissie in België dat de registratie van getroffenen te wensen over liet. Door een gebrek aan eenduidige en gecentraliseerde registratie van getroffenen duurde het onnodig lang voordat alle slachtoffers geïdentificeerd waren en er kloppende slachtofferlijsten waren. Verwanten moesten te lang wachten op informatie over hun naasten.

Hoewel de registratieproblemen al lang bekend waren en een visie op registratie al in detail uitgewerkt was[42], vormden de aanslagen het kantelpunt om als overheid ook daadwerkelijk prioriteit te geven en financiën beschikbaar te stellen voor het ontwikkelen van een centraal getroffenenregistratiesysteem. Er is vervolgens een functionele analyse voor een registratieprogramma opgesteld[43]. In de afgelopen jaren is, onder regie van het ministerie van Volksgezondheid, een systeem ontwikkeld. Het systeem is in door een kleine projectgroep, een softwareleverancier, en diverse gebruikersgroepen gaandeweg ontwikkeld tot het huidige systeem. Dit systeem is inmiddels operationeel en wordt ongeveer wekelijks ingezet bij ‘collectieve noodsituaties’ (de definitie hiervan is kleinschaliger dan in Nederland).

Het projectteam is op 27 augustus 2025 op werkbezoek geweest bij de collega’s van het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, om te leren van hun kennis, inzichten en ervaringen. Ter plaatse hebben we een aantal papieren documenten ontvangen met uitgebreide informatie over de scope van de registratie, rollen en rechten binnen het systeem, gehanteerde definities, de workflow (algemeen kader voor de verzameling van gegevens), functionaliteiten in het systeem, etc. Deze documenten zijn opvraagbaar bij het projectteam.

[41] Verordening betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS) - Public Health, European Health Data Space | Data voor gezondheid, beiden geraadpleegd 11 januari 2026.
[42] Conceptnota Registratieproces bij noodsituaties. Versie 1.0 – 2012. Wim Hermans. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer.
[43] Functionele analyse voor de ontwikkeling van een registratieprogramma voor getroffenen, verwanten en vermisten bij noodsituaties. Januari 2019. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Dienst Dringende Hulpverlening | DG GS Gezondheidszorg.

Hieronder, en in de verschillende andere bijlages, zal naar de belangrijkste inzichten en informatie uit deze documenten en het werkbezoek verwezen worden.

B3.6.1 Scope en doelen voor registratie in België
In België registreren ze de gegevens van getroffenen[44], verwanten[45] en vermisten [46] die zich bevinden in de 'medisch-psychosociale hulpverleningsketen' bij noodsituaties. Het systeem wordt gebruikt door alle hulpverleners die ingeschakeld worden binnen discipline 2 (medisch-psychosociale keten).

De focus ligt op het registreren van getroffenen in het belang van **lokaliseren, traceren en identificeren** van alle getroffenen. Traceren heeft betrekking op informatie over het traject dat de getroffenen in de medisch-psychosociale keten afleggen. Traceren is daarmee breder dan alleen lokaliseren omdat ook het traject tussen de verschillende locaties in beeld gebracht wordt. Identificeren betreft het vaststellen en vastleggen van de identiteit van een getroffene op basis van gevalideerde informatie.

In het kader van dataminimalisatie wordt het aantal te registreren gegevens/items beperkt tot enkel die gegevens die noodzakelijk zijn voor het bereiken van de **vooropgestelde doelen**:

- Coördineren en bijsturen van de medisch-psychosociale hulpverlening om de beschreven doelgroepen snelle, adequate en kwalitatieve hulpverlening aan te bieden. Dit draagt tevens bij aan het verbeteren van de hulpverlening op langere termijn.
- Informeren van de bevoegde overheidsinstanties en diensten betrokken bij de 'rampenhulpverlening' ter ondersteuning van hun taken
- Informeren van verwanten over de locatie van getroffenen die zelf niet in staat zijn om hun verwanten te informeren, met als doel het herenigen van getroffenen en hun verwanten.
- Gericht afstemmen van de (psychosociale) hulpverlening tijdens de acute fase
- Verzamelen van gegevens noodzakelijk voor het afstemmen van de hulpverlening tijdens de nafase
- Verzamelen van gegevens noodzakelijk voor het gericht opvolgen van de noden en behoeften
- Ontwikkeling van een systeem dat het mogelijk maakt om gegevens uit te wisselen op manier die tegemoetkomt aan de regelgeving, waaronder GDPR
- Faciliteren van het identificatieproces
- Ondersteunen dat getroffenen hun rechten als slachtoffer kunnen uitoefenen

Getroffenen doorlopen een traject door de zorg- en hulpverleningsketen, en afhankelijk van de locatie waar zij bevinden als ze geregistreerd

[44] In België wordt hiervoor de volgende definitie gehanteerd: Degene die de gebeurtenis heeft ondervonden, er getuige van is geweest of ermee is geconfronteerd waarbij deze persoon niet-gewond, gewond of overleden is.
[45] In België wordt hiervoor de volgende definitie gehanteerd: Een persoon dewelke een relatie heeft tot een vermist persoon en zelf niet betrokken is bij het incident.
[46] In België wordt hiervoor de volgende definitie gehanteerd: Een mogelijk betrokken getroffene waarnaar gezocht wordt en waarvan niet geweten waar- en in welke toestand deze zich bevindt.

worden, zal de uitgebreidheid van data die geregistreerd wordt verschillen;

- Op plaatsen waar de prioriteit ligt bij het verlenen van medische zorg (verzamelplaats gewonden, op het rampterrein) wordt de registratie beperkt tot informatie over het traject, gekoppeld aan de ernst van de verwondingen (=traceren). De minimale registratie vereisten om iemand in het systeem te zetten zijn het geslacht, de leeftijdscategorie en triageclassificatie.
- Op plaatsen waar geen levensreddende zorg verleend wordt, of het personeel voorhanden is (opvanglocaties, ziekenhuizen) wordt de focus ook uitgebreid naar informatie over de identiteit van een getroffene.

Bij grootschalige incidenten met een groot aantal gewonden, overledenen en/of vermisten, wordt de focus van de registratie uitgebreid naar de registratie van vermisten door middel van zoekvragen in het systeem. Deze zoekvraag kan gesteld worden door een verwant, ofwel een andere getroffene (de **aanvrager**), waarbij de verwanten ook geregistreerd worden in het systeem en een koppeling tussen de vermiste en de verwant gelegd wordt.

Het grootste deel van de getroffenen bij een ramp is **zelfredzaam** en komt niet in een opvanglocatie, maar brengt zichzelf in veiligheid. Deze zelfredzaamheid wordt als wenselijk beschouwd en ondersteund vanuit het systeem door middel van een **zelfregistratie** mogelijkheid.

B3.6.2 De Belgische werkwijze
Het registratieproces bestaat uit 3 grote onderdelen: de dataverzameling op verschillende registratiepunten (= **INPUT)**, het verzamelen van al deze informatie in de centrale databank (**DATABANK**), waarna er weer informatie opgevraagd kan worden uit het systeem (= **OUTPUT**).
In België onderscheiden ze verschillende registratiepunten:

- Het rampterrein (Plaats Incident)
- De Vooruitgeschoven Medische Post (Verzamelplaats gewonden)
- Het Onthaalcentrum (Opvanglocatie)
- Het Telefonisch InformatieCentrum (TIC), ofwel het call-center
- Het Ziekenhuis

Over het algemeen geldt dat de getroffenen (en verwanten) die zich **fysiek** bevinden in de 'medisch-psychosociale keten' bevinden een **polsband** krijgen met een **uniek nummer**, deze staat numeriek op de band, maar ook in de vorm van een **QR-code**. Deze code is leesbaar met een standaard smartphone, met behulp van een app op de telefoon of tablet. Iedere keer als de getroffene zich verplaatst binnen de keten, wordt de polsband bij het volgende registratiepunt opnieuw gescand. Zo is het traject van de getroffene (en de verblijfsduur op verschillende locaties) digitaal te volgen in het systeem.

Per getroffene, verwant of vermiste wordt **1 dossier** aangemaakt, dat op alle registratiepunten in de keten waar iemand 'langskomt', verder aangevuld kan worden.

Voor getroffenen of verwanten die zich telefonisch melden via het telefonisch informatiecentrum, of via zelfregistratie, maakt het systeem zelf een uniek nummer aan, waardoor voorkomen wordt dat er dubbelingen in de nummers ontstaan.

Het systeem maakt gebruik van internetverbinding om de invoer van gegevens naar de databank te sturen. Mocht er tijdelijk geen internet beschikbaar zijn, slaat hij de data wel op, en verstuurt deze op het moment dat er weer internet beschikbaar is. Daarnaast hebben alle registratiepunten als back-up ook **papieren 'fiches'** (formulieren) beschikbaar die met de hand ingevuld kunnen worden, en later alsnog in het systeem ingevoerd kunnen worden. De polsband voorziet in stickers die op deze formulieren te plakken zijn, zodat ze voorzien zijn van de bijbehorende QR-code en de informatie in het goede dossier terecht komt.

B3.6.3 Rollen en rechten binnen het Belgische registratiesysteem
Elke gebruiker van het registratiesysteem krijgt een eigen account met daaraan een of meerdere profielen (rollen) gekoppeld. Het profiel bepaalt hoe de interface van het systeem eruitziet en welke functies te gebruiken zijn. Binnen het systeem zijn verschillende profielen beschreven, die in toenemende mate rechten hebben:

- **HC112:** persoon die een incident kan beheren (aanmaken, bewerken en afsluiten)
- **Hulpverlener** (verschillende varianten): persoon die gegevens registreert in het systeem en zorgt voor de INPUT en **lokale overzichten** kan bekijken
- **Coördinator**: persoon die gegevens kan invoeren, ***gevalideerde* gegevens** uit het systeem kan inzien en het incident kan beheren
- **Operatief:** persoon die controle en correctie van fouten kan doen, ***alle* gegevens** kan inzien en kan invoeren, en bestanden kan importeren, zelfregistratie van getroffenen kan inzien
- **Strategie:** persoon die gegevens kan **valideren**, het incident kan beheren, controleren en corrigeren van fouten, en ***alle* gegevens** inzien, en beheer van toegang kan regelen
- **Administrator FOD VVVL:** Persoon van het ministerie die alle functies heeft van het profiel strategie, maar ook **het beheer van de unieke nummers** kan doen.

De gegevens in het systeem zijn op verschillende manieren op te vragen uit het systeem. Voor specifieke functionarissen met een profiel hulpverlener is het bv mogelijk om lokale overzichten op te vragen;

- Lijsten met namen van individuele getroffenen aanwezig op dat specifiek registratiepunt (Plaats incident, ziekenhuis, opvanglocatie, e.d.)

Coördinatoren of profielen met meer rechten kunnen ook andere informatie inzien, zoals:

- Lijsten met namen van individuele getroffenen aanwezig op andere registratiepunten,
- Totaal lijsten

Maar ook numerieke overzichten, met bv:

- Aantallen getroffenen in verschillende triageclassificaties per locatie, of onderweg naar ziekenhuizen
- Aantallen zoekvragen, aantallen verwanten en gematchte zoekvragen.
- Aantallen getroffenen van specifieke nationaliteiten

Op basis van het doel waarvoor de informatie gebruikt wordt, zullen bepaalde getroffen personen al dan niet verborgen worden in de output voor de diverse profielen. Er wordt daarom onderscheid gemaakt in 3 verschillende categorieën:

- Categorie 1: alle informatie
- Categorie 2: informatie zonder informatie over dodelijke slachtoffers
- Categorie 3: gevalideerde informatie

Het filteren van de informatie over overleden getroffenen heeft als doel ervoor te zorgen dat bij zoekvragen een willekeurige hulpverleners geen informatie kan verstrekken over het overlijden van een naaste. Deze gegevens worden automatisch verborgen en zijn slechts inzichtelijk voor de daarvoor geautoriseerde profielen. (NB. De hulpverleners op een specifiek registratiepunt hebben echter wel altijd inzicht op de registraties die specifiek binnen hun registratiepunt zijn uitgevoerd).

Het valideren van informatie wil zeggen dat er binnen het ministerie functionarissen zijn die de mogelijkheid hebben om het dossier van een getroffene, verwant of vermist persoon te verbergen. Deze informatie is daarna niet meer zichtbaar in de gevalideerde lijsten.

B3.7 Getroffenenregistratie in overige (buur)landen

Voor deze verkenning is geen uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar systemen in buurlanden, zoals Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Wel is op hoofdlijnen beschreven hoe de getroffenenregistratie in deze landen is georganiseerd, aangevuld met een beknopte doorkijk naar enkele andere landen.

In Duitsland is rampenbestrijding en de zorg voor betrokkenen een verantwoordelijkheid van de afzonderlijke deelstaten (Bundesländer) en niet centraal georganiseerd op nationaal niveau. Op federaal niveau zijn slechts enkele standaarden vastgelegd, waaronder het gebruik van een uniform formulier per medisch slachtoffer en een triage-aanduiding met kleurcodering. De registratie en informatievoorziening zijn in hoge mate papiergebonden, wat bij grootschalige incidenten kwetsbaar is. Er bestaat een nationaal ondersteunend instituut dat de deelstaten faciliteert, maar geen centraal registratiesysteem beheert.

In Luxemburg wordt momenteel gewerkt aan de implementatie van het getroffenenregistratiesysteem dat ook in België gebruikt wordt. Dit brengt kansen met zich mee als het aankomt op grensoverschrijdende rampen en crises, omdat de systemen dan aan elkaar gekoppeld kunnen worden voor de uitwisseling van getroffeneninformatie. Daarnaast worden nieuwe ontwikkelwensen in samenspraak tussen beide landen opgepakt en de kosten hiervoor gedeeld.

In Engeland wordt binnen de gezondheidszorg gebruikgemaakt van het NHS EPRR[47] Major incident Management System. Dit systeem richt zich voornamelijk op de communicatie tussen ambulancediensten en ziekenhuizen over beschikbare capaciteit. Voor zover bekend ontbreekt een breder, geïntegreerd systeem voor getroffenenregistratie. Dit gebrek aan samenhangende informatievoorziening heeft onder andere bijgedragen aan knelpunten in de afwikkeling van grootschalige incidenten, zoals de aanslag in Manchester.

Buiten de directe buurlanden zijn enkele voorbeelden gevonden van landen met deels vergelijkbare systemen. Australië en Nieuw-Zeeland beschikken over voorzieningen die zich voornamelijk richten op triage. In de Verenigde Staten bestaat geen integraal systeem voor getroffenenregistratie. Daar wordt gewerkt met afzonderlijke componenten, vergelijkbaar met de situatie in Nederland waarin verschillende systemen naast elkaar bestaan, zoals registraties voor slachtoffers en verwantinformatie (SIS). Frankrijk heeft na de aanslagen in Parijs een systeem ontwikkeld voor de registratie van slachtoffers, maar dit systeem is beperkt tot registratie en kent geen bredere functionaliteit voor integrale getroffeneninformatie.

Uit deze internationale verkenning blijkt dat er in Europa, behalve in België, en daarbuiten nauwelijks sprake is van geïntegreerde en breed toepasbare systemen voor getroffenenregistratie. In meeste landen is de registratie van getroffenen versnipperd georganiseerd, vaak primair medisch georiënteerd en sterk afhankelijk van regionale of decentrale structuren.

[47] NHS EPRR: zie afkortingenlijst in bijlage 9

Bijlage 4 Resultaten uitvraag (potentiële) gebruikers

In deze bijlage worden de resultaten van de vragenlijst en de gesprekken met de specifieke gremia samengevat. De volledige resultaten op de vragen uit de vragenlijst zijn opgenomen in bijlage 5. Deze resultaten zijn ook gedeeld met de respondenten en besproken tijdens de vergaderingen van de diverse gremia.

B4.1 Respons

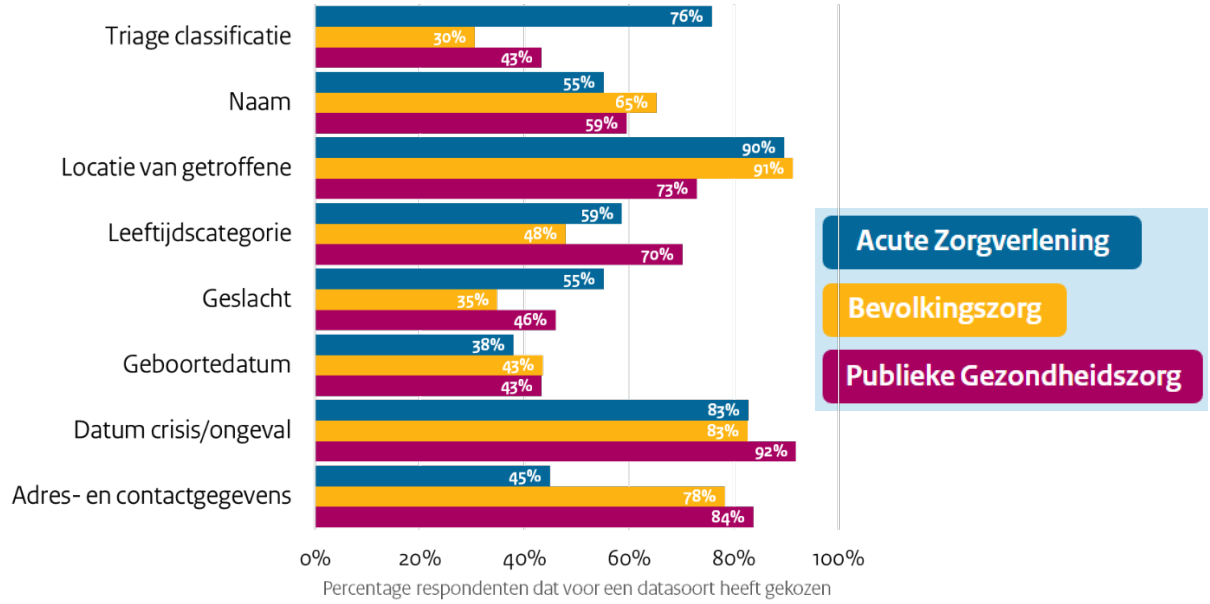
De stakeholders werden bevraagd op hun inzichten omtrent wensen, behoeften, kansen en risico's met behulp van een vragenlijst (zoals beschreven in bijlage 2, sectie 2.1.2). Deze vragenlijst is uitgezet onder de drie klankbordgroepen (zie afbeelding 1, bijlage 1). 95 Respondenten vulden de vragenlijst in met een redelijk gelijke verdeling van de drie groepen (33% Acute zorgverlening, 41% Publieke gezondheidszorg en 26% Bevolkingszorg). Van de respondenten was het grootste deel werkzaam bij een GGD, Veiligheidsregio of bij de GHOR. Huisartsen, ziekenhuizen, ambulancediensten, het Rode Kruis en Slachtofferhulp Nederland zijn in mindere mate vertegenwoordigd in de antwoorden. Deze groepen zijn daarom extra benaderd voor een individueel gesprek met aanvullende vragen over getroffenenregistratie (zie 4.5).

B4.2 Wensen/behoeften aan data over getroffenen voor verrichten taak

In alle bevraagde klankbordgroepen gaf meer dan de helft van de respondenten aan op dit moment niet de toegang te hebben tot alle informatie over getroffenen die nodig is voor het uitvoeren van hun (wettelijke) taak (62% Acute zorgverlening, 81% Publieke gezondheidszorg en 61% Bevolkingszorg). Data waar in de Acute Zorgverlening wel over wordt beschikt hebben voornamelijk betrekking op 'het aantal slachtoffers', 'het aantal opgenomen slachtoffers', 'naar welk ziekenhuis een slachtoffer gebracht wordt' en de 'triageclassificatie'. Bij Bevolkingszorg werd vooral gebruik gemaakt van 'reguliere gemeentelijke data (bijv. BRP)' en 'aangeleverde gegevens van getroffenen in opvanglocaties'. Bij Publieke Gezondheidszorg maakten respondenten vooral gebruik van data van crisispartners, voornamelijk binnen Bevolkingszorg. Dit sluit aan bij het feit dat binnen deze klankbordgroep vooral reacties van GGD'en zijn binnengekomen, die zelf niet registreren en geen directe toegang tot data over getroffenen hebben.

Aan de respondenten werd ook gevraagd welke databehoefte ze hebben. De onderstaande afbeelding laat zien hoeveel procent van de respondenten voor een datasoort heeft gekozen. Binnen Acute Zorgverlening en Bevolkingszorg koos een groot deel van de respondenten 'Locatie van getroffene' en 'Datum crisis/ongeval' als belangrijkste datasoorten. Voor Publieke Gezondheidszorg werd naast 'Datum crisis/ongeval' ook 'Adres- en contactgegevens' een belangrijke datasoort bevonden. Voor Acute zorgverlening waren data met betrekking tot 'Triage classificatie' aanzienlijk belangrijker dan voor Bevolkingszorg en Publieke Gezondheidszorg.

Figuur 6 Schematische weergave van de resultaten van de uitvraag naar informatiebehoefte onder de 3 processen.



Aanvullend werd aan respondenten de open vraag gesteld welke data zij nog missen. Zowel binnen Acute Zorgverlening, Bevolkingszorg als binnen de Publieke Gezondheidszorg werd een aantal keer aangegeven dat aanvullende gegevens niet nodig zijn. Data die binnen de Acute Zorgverlening gemist wordt had vaak betrekking op het slachtoffer; zo werden bijvoorbeeld de ernst van de verwondingen, aanspreekbaarheid van het slachtoffer, het klachtenbeeld en de leeftijd van het slachtoffer genoemd. Ook werd meermaals genoemd dat informatie over de vindplaats nu vaak mist.

Respondent Acute Zorgverlening – *'Vindplaats (eerste locatie waar persoon is aangetroffen), dit zeker als persoon niet aanspreekbaar is of door bijv hersenschudding later dingen niet weet en we evt identificatie persoon kunnen nagaan door vindlocatie te weten. Ook van belang bij proces Gezondheidsonderzoek en bijv. bepaalde straal van bron te nemen waar besmetting heeft plaatsgevonden en we terug kunnen zien welke personen in die straal zich eerder hebben bevonden.'*

Zowel binnen de Bevolkingszorg als binnen de Publieke Gezondheidszorg werd een aantal keer benoemd dat nu het onderscheid tussen typen getroffenen mist. In dat kader werd genoemd dat er behoefte is aan informatie over de 'cirkels van betrokkenheid' (respondent Publieke Gezondheid) en het onderscheid tussen direct getroffenen en betrokkenen (respondent Publieke Gezondheid).

Respondent BZ – *'De definitie van getroffenen. Ben je betrokken maar geen medisch slachtoffer op moment van incident of ben je op moment van incident al medisch getroffen. Een totaal overzicht dus. Iets waarbij ik op de opvang locatie al kan registreren en daar waar het ziekenhuis/ambu kan registreren voor coördinatie. […] Ik zou die vraag*

ook willen opnemen in het systeem, mogen wij u na het incident benaderen om te kijken hoe het met u gaat (of iets in die trant).'

Ook werd binnen Bevolkingszorg en binnen de Publieke Gezondheidszorg vaker aangegeven dat persoonsgegevens missen. Binnen de Bevolkingszorg had dit met name betrekking op contactgegevens om contact op te kunnen nemen met betrekking tot de nafase. Bij Publieke Gezondheidszorg ging het ook over gegevens om contact op te kunnen nemen vanuit een PSH-perspectief. Ook werd binnen Publieke Gezondheidszorg meermaals aangegeven dat informatie over de al ontvangen (psychosociale) hulp vaak mist.

Respondent PG – *'De (eventueel) tijdens de opvang verkregen psychosociale hulp, met daarbij: moet deze worden gecontinueerd? Of was de hulp afdoende en kan worden stopgezet? Ihkv adequate overdracht naar gemeente(n) is dit belangrijk.'*

B4.3 Belangrijke voorwaarden

Aan de drie klankbordgroepen werd gevraagd of zij zes voorwaarden met betrekking tot een centraal registratiesysteem wilden rangschikken, van meest naar minst belangrijk. De voorwaarden zijn Betrouwbaarheid, Eenheid, Impact, Privacy en Legaliteit, Nut en Toegankelijkheid.

In alle drie klankbordgroepen wordt 'Nut' als belangrijkste voorwaarde geacht. 'Betrouwbaarheid' staat bij zowel Acute Zorgverlening en Publieke Gezondheidszorg op plaats twee. 'Impact' komt bij alle groepen uit op de derde of vierde plaats. Bij Bevolkingszorg valt 'Toegankelijkheid' op de tweede plaats; hoger dan bij de andere twee klankbordgroepen. 'Eenheid' en 'Privacy en Legaliteit' staan bij alle drie de groepen onderaan de ranglijst.

Dat 'Privacy en Legaliteit' onderaan de lijst staat wil echter niet zeggen dat dit niet belangrijk gevonden wordt, aangezien het privacy aspect bij alle klankbordgroepen frequent genoemd wordt als een belangrijk risico van getroffenenregistratie. De beschrijving van de genoemde risico's worden meegenomen in de risicoanalyse en de duiding van de resultaten.

B4.4 Kansen

Respondenten bij Acute Zorgverlening noemden als voornaamste kansen dat een centraal registratiesysteem zou leiden tot betere zorg, ondersteuning en nazorg aan getroffenen, mede door snellere informatiedeling. Respondenten verwachten een completer overzicht van getroffenen en de impact van een incident, en minder versnippering tussen organisaties. Tot slot benoemden zij uniformiteit in registratie voor een eenduidiger proces.

Respondent AZ – *'Sneller inzicht en overzicht, betrouwbare informatie van de bron, eenheid van 'informatie in de gehele keten'.'*

De kansen die vaak genoemd zijn bij Bevolkingszorg komen grotendeels overeen met die van Acute Zorgverlening. Aanvullend werd benadrukt

dat een centraal registratiesysteem de samenwerking en afstemming in de keten kan versterken.

Respondent BZ – *'Ik zie hier met name kansen op het gebied van snelheid en efficiëntie die de gehele operatie en samenwerking ten goede zouden komen.'*

Bij Publieke Gezondheidszorg zijn de veelgenoemde kansen vergelijkbaar met de andere twee klankbordgroepen. Daarnaast benadrukten zij dat de versterking van de samenwerking en afstemming in de keten ook bovenregionaal zou gelden. Verder verwachten zij grotere betrouwbaarheid van informatie, snellere contactmogelijkheden voor GOR, en een verminderde belasting van getroffenen omdat zij maar één keer geregistreerd hoeven te worden.

Respondent PG – *'Door een compleet en betrouwbaar overzicht wordt het verlenen van zorg en het monitoren van de getroffenen gemakkelijker en dus beter.'*

B**4.5 Uitkomsten besprekingen bij de gremia**

De resultaten van de vragenlijsten zijn besproken in de overleggen van de diverse gremia, met de vraag of deze herkenbaar waren en om aanvullende vragen te kunnen stellen. In deze gesprekken werd onder andere gevraagd naar de wenselijkheid van de het centraal getroffenenregistratiesysteem, de manier waarop het gremium het systeem het zou gebruiken, hoe zij aankijken tegen rollen en rechten en wat zij belangrijk vinden qua functionaliteiten. Hieronder beschrijven we per thema waarnaar gevraagd is de aanvullende uitkomsten:

Behoefte aan een centraal getroffenenregistratiesysteem
Zowel binnen de Acute Zorg, Bevolkingszorg als binnen Publieke gezondheidszorg waren de meeste partijen positief over de inzet van een centraal getroffenenregistratiesysteem. Partijen binnen de Acute Zorg benadrukten wel dat een nieuw systeem geen extra werk moet opleveren en niet moet leiden tot dubbele registraties. Zowel zij, als partijen binnen bevolkingszorg, benadrukten dat het systeem moet aansluiten op bestaande processen. Ook werd binnen Bevolkingszorg de wens uitgesproken voor een systeem dat voor de hele keten toegankelijk is voor gemeenten en andere betrokken partners, zoals het Nederlands Rode Kruis (voor de opvanglocatie) wanneer dit door de veiligheidsregio wordt ingezet. Binnen de Publieke Gezondheidszorg is er een grote behoefte aan toegang tot data over getroffenen om hen te kunnen bereiken, maar werd wel tegelijk gewaarschuwd dat registratie ook verwachtingen schept bij getroffenen. Verwachtingsmanagement is derhalve van groot belang.

Activatie van het systeem
Wat betreft de activatie van het systeem werd binnen de Acute Zorg benoemd dat dit kan samenhangen met GGB-code 10 bij de GRIP opschaling. Ook binnen Publieke Gezondheid werd activatie aan de hand van de GRIP opschaling benoemd. Elementen die in deze afweging mee

speelden waren o.a. aantallen getroffenen, en de multidisciplinariteit van de samenwerking.

Tegelijkertijd werd benadrukt dat flexibiliteit nodig is ten aanzien van de activatie van het systeem, omdat iedere situatie anders is. Zo kennen sommige rampen/incidenten/crises geen gewonden, maar zijn op een later moment de bevolkingszorg, of PSH-/ GOR processen mogelijk wel nodig. Er werd ook gesuggereerd dat activatie van het systeem ook monodisciplinair moest kunnen, doordat de OvD-G of OvD-BZ in op dat moment van mening is dat het een toegevoegde waarde zou hebben.

Rollen en rechten
Binnen alle klankbordgroepen werd het belang van het zorgvuldig bepalen van rollen en rechten benadrukt. Zowel binnen Acute Zorg als binnen Bevolkingszorg werd benoemd dat partijen alleen toegang moeten kunnen hebben tot de informatie die nodig is voor het uitvoeren van de wettelijke taak, dit ook in het kader van de AVG. Binnen Publieke Gezondheid werd dit erkend en tegelijkertijd werd ook de behoefte uitgesproken om eventueel in een latere fase nog toegang te hebben tot relevante informatie, zoals de locatie ten behoeve van gezondheidsonderzoek. De hoeveelheid benodigde informatie varieert per stakeholder en rol in de ondersteuning en zorg voor getroffenen.

Beheer
Vanuit Bevolkingszorg werd ten aanzien van informatiebeveiliging en gegevensbeheer duidelijke randvoorwaarden gesteld. Partijen hechten waarde aan transparantie over bewaartermijnen, beveiligingsmaatregelen en procedures voor gegevensvernietiging. Bij beheer en eigenaarschap gaat de voorkeur bij hen uit naar het toekennen van de toegangsrechten door de 25 Veiligheidsregio’s en een centraal aanspreekpunt (LCMS model). Partijen geven aan dat duidelijke afspraken nodig zijn over wie verantwoordelijk is voor beheer, toegangsrechten, ondersteuning tijdens crises en kosten. Binnen de Acute Zorg en de Publieke Gezondheid werd een minder duidelijke voorkeur uitgesproken over beheer van het systeem. Binnen Acute Zorg gaven partijen aan niet zelf het hele beheer op zich te willen nemen en dat het de beste optie lijkt om een landelijke partij het beheer te laten doen (vergelijkbaar met bijvoorbeeld LCMS-GZ).

Functionaliteiten in het systeem/de applicatie
Wat betreft de functionaliteiten van het systeem wordt binnen alle klankbordgroepen de behoefte uitgesproken voor een gebruiksvriendelijk systeem. Binnen Bevolkingszorg benoemen partijen te veel verplichte velden een risico vormen voor onvolledige of uitgestelde registratie. Tegelijkertijd wordt flexibiliteit gewenst, zodat het systeem kan worden aangepast aan verschillende typen incidenten, doelgroepen en lokale werkwijzen. Medewerkers zien ook meerwaarde in een real-time informatie-uitwisseling en duidelijke statusoverzichten. Binnen Bevolkingszorg wordt tevens de wens benoemd dat het systeem altijd beschikbaar en betrouwbaar is, ook bij grootschalige incidenten en uitval van ICT. Offline kunnen registreren met latere synchronisatie wordt gezien als een noodzakelijke randvoorwaarde om de continuïteit van bevolkingszorg te waarborgen.

Binnen de Publieke gezondheidszorg werd door de GOR procesleiders ook expliciet aangegeven dat het format waarin de data uit het systeem kan worden geëxporteerd van belang is. Liefst sluit dit aan op de statistiekprogramma's die ook voor onderzoek gebruikt worden.

Overig
Aanvullend op de gestelde vragen kwam uit de gesprekken met Bevolkingszorg naar voren dat betaalbaarheid een essentiële randvoorwaarde is voor het gebruik van het systeem. Er bestaat een duidelijke voorkeur voor een gezamenlijke financiering, waarbij een proportionele kostenverdeling het uitgangspunt vormt. Een gecombineerde bijdrage van zowel het Rijk als de veiligheidsregio's heeft daarbij de voorkeur, om te komen tot een duurzame en breed gedragen financiering. Binnen Publieke Gezondheid werd aanvullend genoemd dat rekening moet worden gehouden met de verwachtingen die worden geschept met het registreren van getroffenen. Zo kan hierdoor bijvoorbeeld een verwachting van opvolging of (financiële) vergoeding ontstaan. Ook binnen de Publieke Gezondheidszorg ging het gesprek over de kosten en een wens voor gemeenschappelijke financiering. Daar werd aangegeven dat het niet wenselijk zou zijn als de verschillende deelnemende organisaties per gebruikersaccount moeten betalen, omdat dit drempelverhogend werkt.

B4.6 Aanvullende gesprekken

Omdat niet alle relevante stakeholders even goed vertegenwoordigd waren in de antwoorden op de vragenlijsten zijn nog een aantal aanvullende gesprekken gevoerd met partijen die een relevante rol hebben richting de zorg- en ondersteuning van getroffenen van een ramp op crisis; Ambulance Ijsselland, AZN, 'Werkgroep opgeschaalde ambulancezorg', de LHV, het Rode Kruis, KCR2, LNAZ en Slachtofferhulp Nederland (SHN). Daarnaast is er ook gesproken met collega's van het LCI en de juridische afdeling binnen het RIVM.

Ambulance IJsselland
Er is gesproken met een vertegenwoordiger van Ambulance IJsselland over hun inbreng om het Belgische systeem te testen in een aangepaste Nederlandse versie. Ambulance IJsselland wilde toendertijd testen of het systeem uitgebreid kon worden met het plotten van GPS-locaties en er flexibel meerdere aanmeldpunten konden worden aangemaakt, bijvoorbeeld voor de HAP of opvanglocatie. Met deze aangepaste NL-versie heeft Ambulance IJsselland een demo verzorgd aan circa twintig DPG'en uit heel Nederland, die destijds zeer positief werd ontvangen. Er is duidelijk enthousiasme over het idee van een centraal getroffenenregistratiesysteem in Nederland, met name vanwege de verbetering van de samenwerking binnen de keten en het beter kunnen aanbieden van passende (na)zorg. De grootste winst wordt gezien voor de OvD-G, die met dit systeem beter ondersteund kan worden in zijn taken. Informatiedeling is momenteel vaak complex en moeizaam, en de registratie van getroffenen die niet met de ambulance worden vervoerd verloopt nog niet altijd goed. Daarom ligt er ook meerwaarde in zelfregistratie door getroffenen, een mogelijkheid die nu nog niet bestaat.

Daarnaast kan er mogelijk winst worden behaald voor de rol van de Taakverantwoordelijke Triage binnen het Nederlandse GGB-model. Deze functionaris zou via het systeem automatisch een plot kunnen ontvangen van de gewonden in het veld, waardoor deze informatie niet langer via communicatiemiddelen hoeft te worden doorgegeven en er geen handmatige plots meer hoeven te worden gemaakt.

Wel werd benadrukt dat de daadwerkelijke registratie, door middel van het scannen van een QR-code die kan worden toegevoegd aan de bestaande slapwraps, alleen door triage-eenheden in het veld kan worden uitgevoerd als dit direct en zonder tijdsverlies werkt. In het huidige model moet elk aangetroffen slachtoffer handmatig worden doorgegeven; wanneer dit via een scan kan gebeuren, levert dit juist tijdwinst op in plaats van tijdverlies. Mocht dit proces echter niet op de gewenste wijze functioneren, dan zal de registratie in het veld mogelijk door een andere partij moeten worden uitgevoerd, aangezien ambulancepersoneel hiervoor geen extra tijd heeft en aanvullende handelingen zoveel mogelijk moeten worden voorkomen.

Slimme koppelingen tussen systemen kunnen hierbij ondersteunend zijn. Wel is training van ambulancepersoneel noodzakelijk om het belang van het systeem — met name voor de nafase — duidelijk te maken. Mogelijk kan het beoogde systeem in de toekomst ook worden ingezet voor patiëntenspreiding, omdat realtime kan worden gevolgd waar een patiënt naartoe wordt vervoerd. Tot slot geven zij mee dat de regie over het systeem bij VWS zou moeten liggen.

Ambulance Zorg Nederland (AZN)
Gesproken met programmamanager opgeschaalde ambulancezorg en een ICT security manager binnen AZN. Zij zien vooral het belang van het beoogde getroffenenregistratiesysteem voor het leveren van passende zorg in de nafase, bijvoorbeeld in het kader van opvang of psychosociale hulpverlening. Geven nadrukkelijk mee dat in de acute fase elke seconde telt en dat dit systeem niet moet leiden tot extra handelingen voor ambulancehulpverleners. Ook moet het duidelijk zijn wanneer systeem geactiveerd wordt en welke definitie van een ramp of crisis wordt verstaan met het oog op gegevensdeling; zij kunnen zich voorstellen dat dit vanaf code 10 wenselijk is. In kader van verwachtingsmanagement, benadrukken zij ook dat informatie in de eerste fase van een incident/ramp altijd onvolledig en onoverzichtelijk is; daar gaat dit systeem geen verandering in brengen. Getroffenen/slachtoffers zijn ook pas echt in beeld wanneer ze in de ambulance zijn en zijn geregistreerd. Hebben in het verleden ook een convenant opgesteld waarbij DPG'en, onder specifieke condities, informatie kunnen opvragen die nodig zijn voor het uitvoeren van hun wettelijk taken. Daar is echter niet tot nauwelijks gebruikt van gemaakt. Geven mee dat er een duidelijk onderscheid moet zijn tussen crisismanagementsysteem LCMS. Gegevensuitwisseling tussen platform AZN en beoogd getroffenenregistratiesysteem zou technisch gerealiseerd kunnen worden.

Werkgroep Opgeschaalde Ambulancezorg
Naar aanleiding van het gesprek met AZN hebben we de resultaten van de vragenlijst ook met de Werkgroep Opgeschaalde Ambulancezorg.

Deelnemers zien de meerwaarde van een getroffenenregistratiesysteem en hebben vooral vragen, opmerkingen en suggesties over de nieuwe beoogde situatie. Bijvoorbeeld of T3-slachtoffers ook geregistreerd zullen moeten worden, welke activatiecriteria worden gehanteerd, wie kan activeren. Verder merken ze op dat privacyregelgeving niet remmend zou moeten werken als het gaat om het leveren van de juiste zorg. Wat hen betreft wordt in een volgende fase het gehele proces beschreven en dan ook alle vragen, onder andere vanuit acute zorg, meegenomen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Gesproken met een medewerker van de LHV met crisisbeheersing in de portefeuille. In eerste instantie is er interesse en enthousiasme over het idee, overzichten zijn erg nuttig voor het ROT, net als de tijdsindicaties. Voor de huisartsen geldt dat de extra handelingen die van hen gevraagd zouden worden waarschijnlijk wel meevallen, maar dat het bespreken van de toestemming voor registratie mogelijk nog de meeste tijd kost. Huisartsen zijn over het algemeen huiverig in het delen van privacy gevoelige informatie. Ze zouden in elk geval de locatie van de zelfregistratie kunnen delen. Nut en noodzaak moeten voor de huisartsen in elk geval helder zijn voor het draagvlak. In het gesprek worden verder nog enkele aandachtspunten gedeeld: centrale aansturing en coördinatie is ingewikkeld, maar het eigenaarschap en de aansturing moet liggen bij een landelijke partij met doorzettingsmacht en mogelijk ook uitvoeringscapaciteit. Daarnaast is het essentieel dat ook alle partijen er daadwerkelijk mee werken om het succesvol te laten zijn.

Het Rode Kruis
Gesproken met de teamleider Noodhulpinterventies van het Rode Kruis. Het Rode Kruis herkent het belang en is positief over het beoogde getroffenenregistratiesysteem. Ze hebben afspraken met alle veiligheidsregio's over de inzet van noodhulpteams en met 24 van de 25 veiligheidsregio's voor ondersteuning van Bevolkingszorg op opvanglocaties. Het Rode Kruis zou willen verkennen of zij, conform de collega's van het Belgische Rode Kruis, een structurele rol kunnen spelen bij de registratie van (T3-)getroffenen in het beoogde registratiesysteem. Besproken aandachtspunten zijn de benodigde vaardigheden en expertise voor een dergelijke registratie en de beschikbaarheid van (getrainde) vrijwilligers in het licht van andere gemaakte afspraken rondom rampen en crises. Het Rode Kruis beheert tevens de website *ikbenveilig.nl* waarop mensen zelf kunnen aangeven dat ze veilig zijn, juist bedoeld voor een ramp- of crisissituatie. Deze site is altijd online en hoeft ook niet geactiveerd te worden, maar het Rode Kruis communiceert alleen over het systeem wanneer dit van belang is tijdens een ramp- of crisissituatie. De informatie van personen wordt niet gedeeld met externen en na het incident wordt de informatie verwijderd. Het Rode Kruis heeft wereldwijd, samen met haar zusterorganisaties, een rol in het contactherstel van familieleden (*Restoring Family Links* (RFL)). Een Nederlands getroffenenregistratiesysteem zou dit proces mogelijk ook kunnen ondersteunen.

KCR2
Gesproken met een medewerker van KCR2 werkzaam op o.a. de dossiers repatriëring en het ambassadeprotocol. In het gesprek wordt een toelichting gegeven op de taken van KCR2 bij repatriëring en evacuatie van Nederlandse getroffenen uit het buitenland. KCR2 is verantwoordelijk voor registratie van aantallen getroffenen van gerepatrieerden in het kader van de informatievoorzieningstaak. Ook wordt er afgestemd en samengewerkt met de Bevolkingszorg (van de gemeente waar mensen in NL arriveren) voor het leveren van eerste opvang, onderdak of transport (indien nodig). In principe worden getroffenen na 72 uur niet verder vervolgd door KCR2. Ook leveren ze vanuit KCR2 ondersteuning in het geval dat het ambassadeprotocol in werking treedt, als getroffenen bij een incident in NL een andere nationaliteit. Verder is KCR2 het eerste aanspreekpunt bij een activatie van SIS. Dit zijn de belangrijkste punten waarop KCR2 raakvlakken ziet met een centraal getroffenenregistratiesysteem.

LNAZ
In aanvulling op de bespreking van de vragenlijst resultaten is er separaat nog gesproken met de directeur van LNAZ over de wenselijkheid van een koppeling tussen het LCPS en een beoogd centraal getroffenenregistratiesysteem. Op dit moment ziet LNAZ geen reden om een koppeling te maken, omdat het een ander proces betreft.

Slachtofferhulp Nederland
Gesproken met de Directeur Dienstverlening, strategisch beleidsadviseur en coördinator acute opvang. Er is veel enthousiasme over het idee vanuit SHN. Voor SHN is zit de grootste toegevoegde waarde in het beter in zicht brengen van de diffuse groep getroffenen die een plaats incident verlaten zonder een hulpverlener of de politie te hebben gesproken, maar op latere termijn wel behoefte hebben aan ondersteuning van SHN. Er is verder gesproken over de wijze van registratie bij SHN, het verkrijgen van gegevens van getroffenen via de politie en de dienstverlening bij verschillende typen scenario's. Voor het kunnen uitoefenen van de slachtofferrechten in het kader van scenario's met een strafrechtelijk aspect, zou registratie ook van toegevoegde waarde kunnen zijn. SHN benadrukt ook dat mensen in acute situaties dermate aangeslagen kunnen zijn, dat ze niet altijd in staat zijn om in een gesprek met een SHN medewerker toestemming te geven voor registratie. Om die reden zou zelfregistratie heel wenselijk zijn. Dan kunnen mensen in tweede instantie alsnog aangeven een ondersteuningsbehoefte te hebben. SHN beheert een digitaal Informatie- en Verwijscentrum (IVC) dat informatie over incidenten aan getroffenen biedt en desgewenst ook lotgenotencontact kan faciliteren. Deze website kan als centraal publiekscommunicatiepunt, na overleg met gemeente en GGD, binnen 1,5-2 uur online zijn. Als mensen op de site zoeken naar informatie over een gebeurtenis, die daar vinden en vervolgens ook zien dat ze zichzelf kunnen registreren, snijdt het mes aan twee kanten. Een koppeling van de informatievoorziening met de zelfregistratiemodule van een centraal getroffenenregistratiesysteem zou wat hen betreft om die reden wenselijk zijn. Of SHN ook de gegevens van personen, die ze van de politie ontvangen, in het registratiesysteem zouden mogen zetten ten behoeve van de psychosociale ondersteuning en zorg is op dit moment niet duidelijk en gaat uitgezocht worden.

B4.7 Duiding van de resultaten

De uitvraag onder (potentiële) gebruikers laat zien dat er een breed gedragen behoefte bestaat aan betere toegang tot volledigere, correcte en actuelere informatie over getroffenen tijdens crises. Het feit dat veel respondenten in de vragenlijst hebben aangegeven dat zij onvoldoende beschikking hebben over de door hen gewenste data, laat zien dat er kansen liggen in een centraal getroffenenregistratiesysteem. Binnen alle klankbordgroepen worden de kansen van het systeem gezien, ook voor de processen verderop in de keten.

Een aantal opvallende bevindingen uit de vragenlijsten en gesprekken:

- De databehoefte die Acute Zorgverlening, Bevolkingszorg en Publieke Gezondheidszorg hebben aangegeven in de vragenlijst sluiten goed aan bij de rol en taak die zij hebben binnen de keten van zorg- en ondersteuning aan getroffenen. De Acute zorgverlening heeft vooral behoefte aan informatie over de gezondheidstoestand en locatie van de slachtoffers, adres- en contactgegevens zijn minder relevant. Partijen binnen de Publieke Gezondheid hebben vaak in een later stadium behoefte aan toegang tot gegevens over getroffenen, bijvoorbeeld voor Gezondheidsonderzoek of voor Psychosociale hulpverlening. Zij hebben behoefte aan o.a. contactgegevens zodat zij mensen kunnen benaderen en bereiken.
- Het ‘nut’ van het systeem wordt als meest belangrijke uitgangspunt voor het systeem genoemd door alle klankbordgroepen. Echter, wat voor de een nuttig is, varieert weer van wat voor de ander van nut is. Dit blijkt uit de brede databehoefte die de verschillende klankbordgroepen laten zien. Er zal daarom een kritische afweging moeten worden gemaakt over de hoeveelheid verplichte en optionele gegevens die moeten worden geregistreerd bij het aanmaken van een dossier.
- Uit de gesprekken met de juridische afdeling van het RIVM en AZN blijkt ook dat het (eventueel) opnemen van medische gegevens in het dossier van een getroffene ertoe leidt dat er additionele regels en kaders van toepassing zijn, die het ontwikkelen van een systeem dat aan alle regels voldoet nog complexer maakt. Het valt daarom te overwegen om medische gegevens toch vooral te registreren in de dossiers van BIG geregistreerde zorgverleners, en door middel van slimme koppelingen alleen niet-medische informatie uit die dossiers naar het getroffenenregistratiesysteem over te hevelen, in plaats van andersom. Het is bovendien een getroffenenregistratiesysteem en geen medisch registratiesysteem.
- Naast ‘nut’ scoorde ‘betrouwbaarheid’ hoog als voorwaarde in de meerkeuzevraag. Dit sluit goed aan bij de uitspraken vanuit Bevolkingszorg in de aanvullende vragen over het belang van een goed werkend systeem, ook bij grootschalige incidenten of uitval van ICT. Ook gaven verschillende partijen aan het centraal registreren van getroffenen te zien als een kans om informatie eenduidiger en sneller bijeen te brengen. Dit komt volgens respondenten ten goede aan de betrouwbaarheid. Aan de andere kant wordt echter ook gewaarschuwd voor het feit dat de eerste periode van een ramp, crisis of incident altijd gekenmerkt wordt

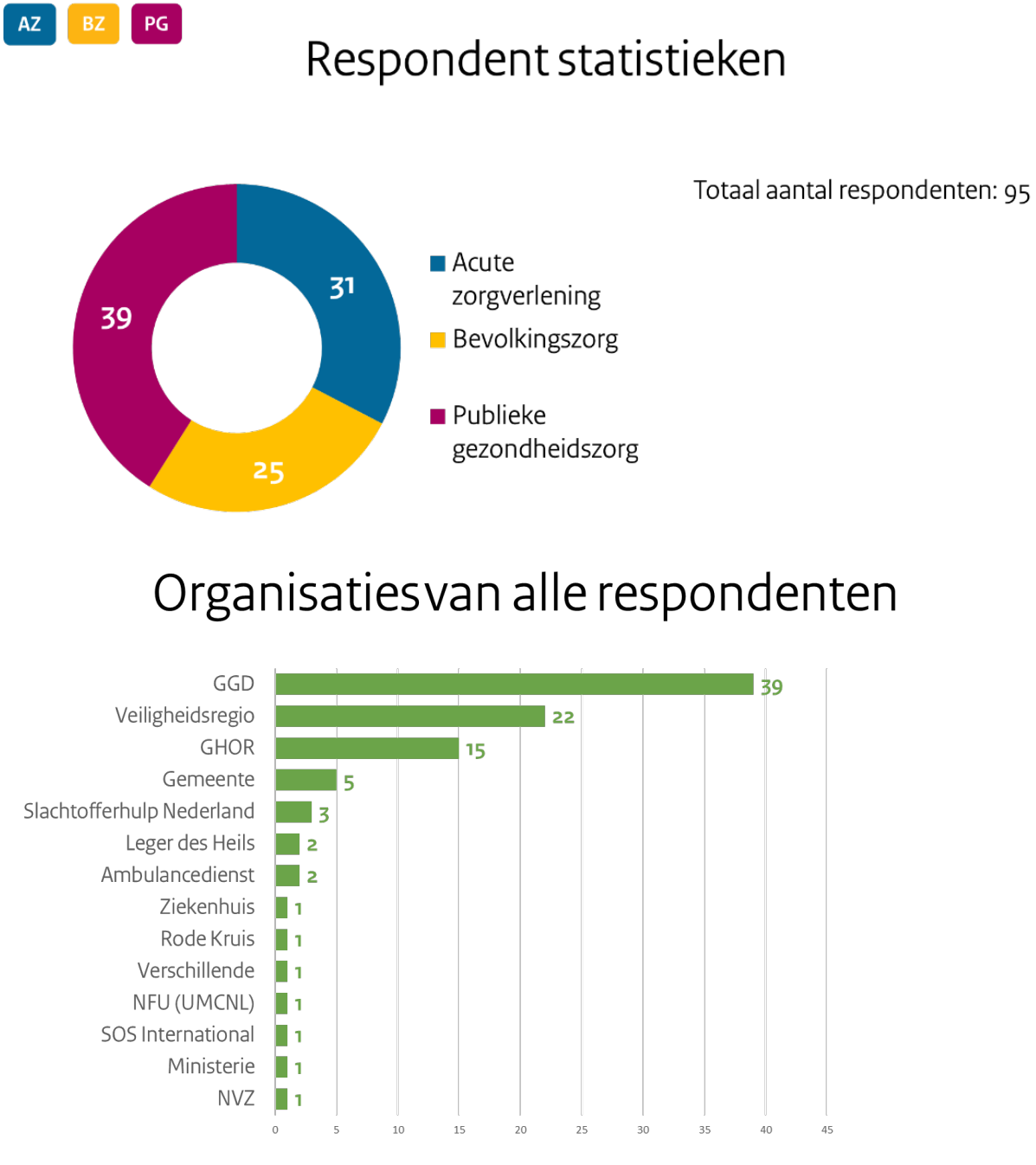
door chaos. Het zal dus altijd even duren voordat een eerste slachtofferbeeld helder wordt, ongeacht welk systeem je daarvoor gebruikt.
- Uit onderzoek, zoals benoemd in de aanleiding, blijkt dat het voor de processen PSH en GOR binnen de publieke gezondheidszorg van groot belang is dat getroffenen zoveel mogelijk worden geregistreerd. Voor deze processen is een zo compleet mogelijk beeld van de getroffenen essentieel. Dit vraagt van functionarissen binnen bevolkingszorg en van hulpverleners ter plaatse dat zij het belang van tijdige nazorg vroeg herkennen en zo snel mogelijk starten met de registratie van getroffenen. Voor Bevolkingszorg past dit binnen de verantwoordelijkheid om de coördinatie van de registratie van getroffenen te organiseren met het oog op de nafase.
- Uiteraard is toestemming voor registratie voor alle processen het uitgangspunt, getroffenen hebben ook het recht om niet geregistreerd te willen worden of gelabeld te willen worden als getroffene. Het kan echter ook zo zijn dat mensen aanvankelijk zelfredzaam zijn of lijken, maar op termijn toch behoefte hebben aan ondersteuning en/of (na)zorg. Zelfregistratie is hiervoor een belangrijk instrument om mensen ook op latere termijn alsnog te registreren en (psychosociale) ondersteuning te kunnen bieden.
- Zoals gesignaleerd werd binnen de Publieke Gezondheidszorg, brengt registratie echter ook verwachtingen met zich mee. Niet in alle gevallen zal er vanuit Bevolkingszorg, PSH en/of GOR individueel toenadering gezocht worden tot de getroffenen. In het ontwerp van een registratiesysteem zal goed uitgedacht moeten worden hoe het consent vormgegeven kan worden, zodat er ook aan passend verwachtingsmanagement gedaan wordt.
- ‘Privacy en Legaliteit’ scoren wat lager in de rangschikking van belangrijke uitgangspunten. Dit is echter geen teken dat dit minder belangrijk gevonden wordt. Respondenten gaven bij de toelichting van de open vragen juist wel het belang aan van veilige omgang met data en goede borging van privacy. We schatten in dat het nut van de applicatie echter nog belangrijker gevonden wordt voor het gebruik ervan, en dat privacy meer als een randvoorwaardelijk aspect beschouwd wordt.
- Binnen de Acute Zorgverlening wordt de wens benadrukt dat het systeem geen aanvullende werkzaamheden moet opleveren.
- Uit de gesprekken en de vragenlijsten komt, behalve dat dit een landelijke partij zou moeten zijn, nog geen eenduidig beeld naar voren over wie het beheer van het systeem op zich moet nemen. Dit zal dus verder onderzocht moeten worden.
- In de bespreking werd een aantal keer het belang benadrukt van duidelijke, eenduidige definities van getroffenen. Dit is essentieel om op eenduidige wijze met het systeem te kunnen werken.

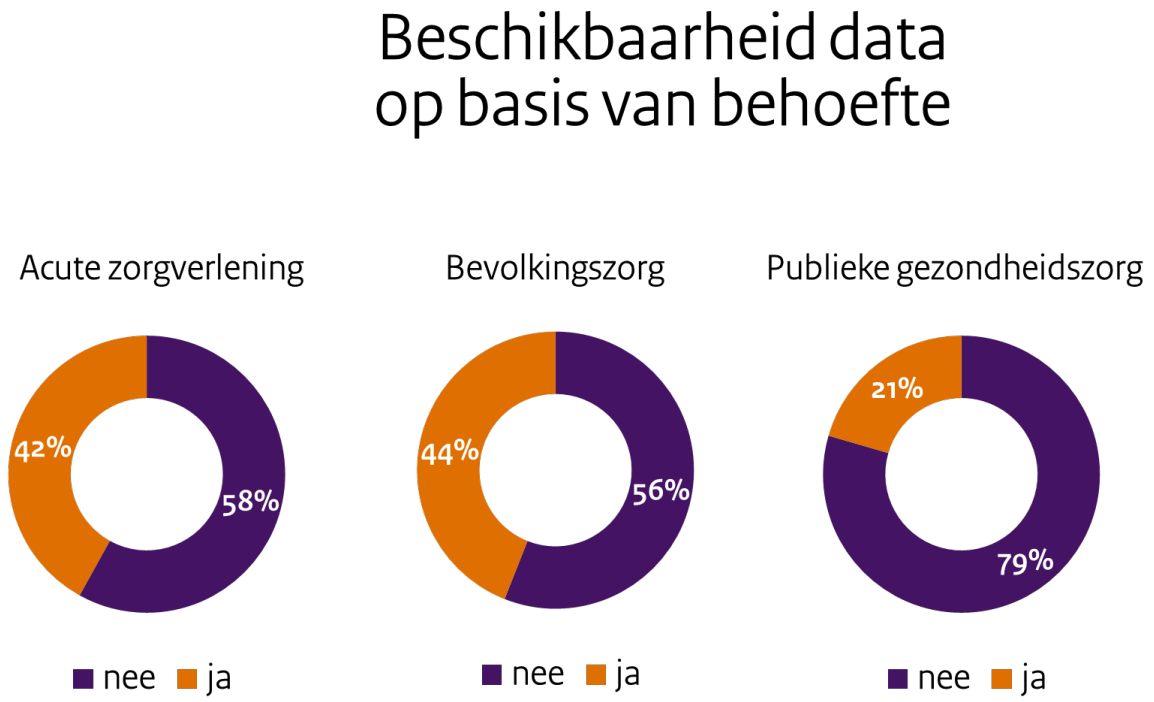
Al met al wordt de meerwaarde van een centraal getroffenenregistratiesysteem door alle klankbordgroepen erkend, en gaan de gesprekken voornamelijk over het creëren van de juiste randvoorwaarden; zoals de juiste balans tussen registratielast en het hebben van voldoende informatie, wie registreren we, kritische afwegingen over rollen, rechten en toegang en de inzet van het systeem.

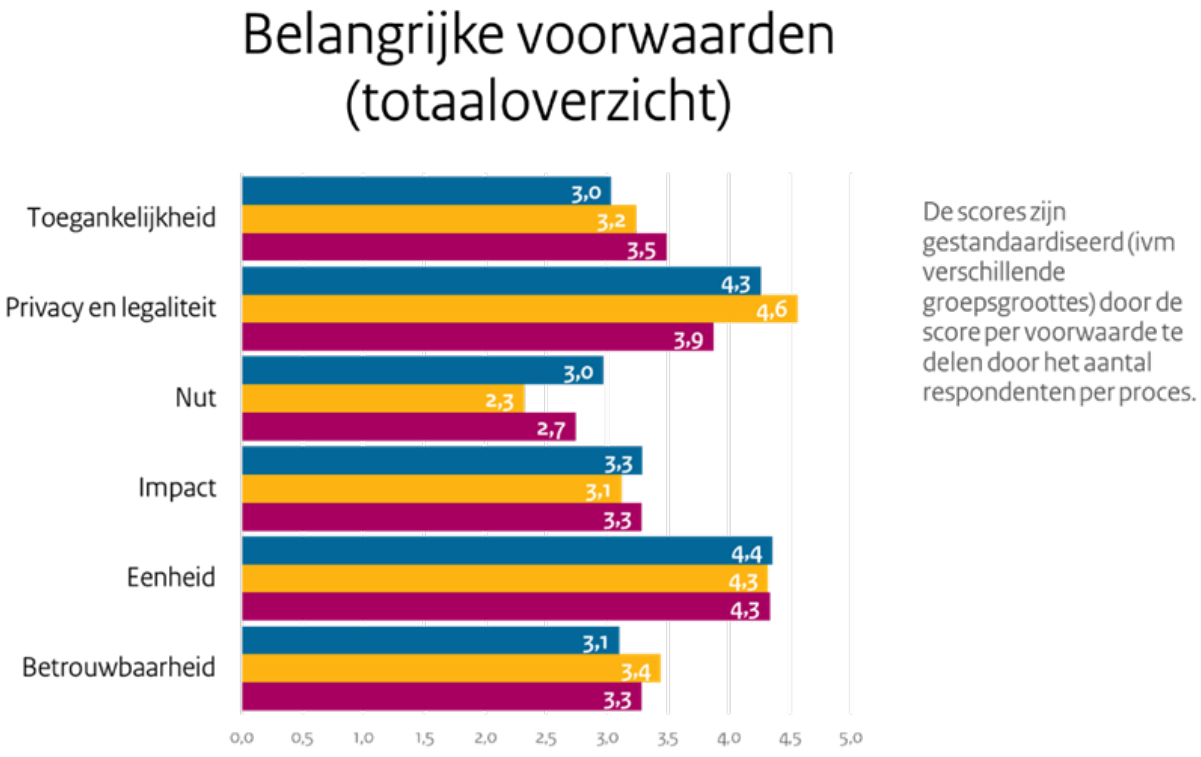
Bijlage 5 Resultaten vragenlijsten

In deze bijlage zijn de antwoorden weergegeven van de schriftelijke uitvraag onder de 95 respondenten in de Acute zorgverlening, Bevolkingszorg en Publieke gezondheidszorg. Onderstaande figuren vormen samen de powerpoint presentatie over de resultaten, zoals deze ook besproken is in de diverse gremia die bevraagd zijn.

Figuur 7 Powerpoint presentatie op basis van de resultaten van de uitvraag, ter bespreking bij de diverse bevraagde gremia (doorlopend figuur)

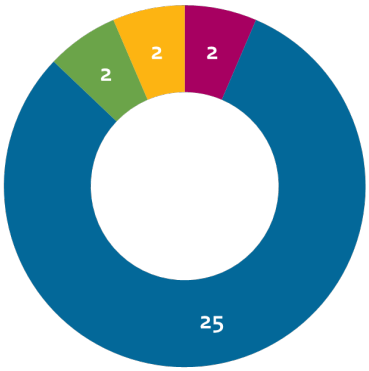



Beschikbaarheid data
op basis van behoefte
Acute zorgverlening
42%
58%
nee
ja
Bevolkingszorg
44%
56%
nee
ja
Publieke gezondheidszorg
21%
79%
nee
ja


Belangrijke voorwaarden
(totaaloverzicht)
Toegankelijkheid
3,0
3,2
3,5
Privacy en legaliteit
4,3
4,6
3,9
Nut
3,0
2,3
2,7
Impact
3,3
3,1
3,3
Eenheid
4,4
4,3
4,3
Betrouwbaarheid
3,1
3,4
3,3
0,0
0,5
1,0
1,5
2,0
2,5
3,0
3,5
4,0
4,5
5,0
De scores zijn gestandaardiseerd (ivm verschillende groepsgroottes) door de score per voorwaarde te delen door het aantal respondenten per proces.

Acute Zorgverlening

Respondent statistieken



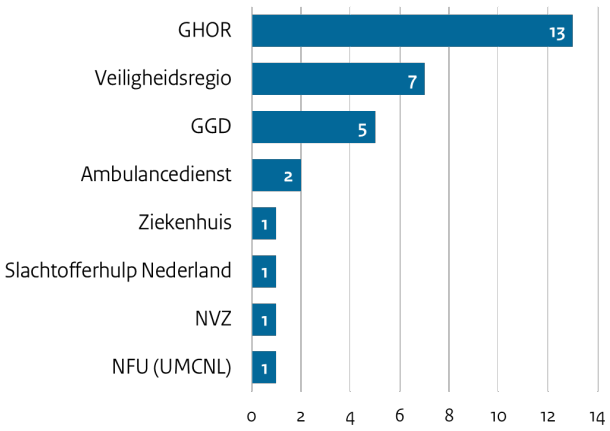
- Ambulancezorg
- GHOR
- Ziekenhuis
- Overig

Aantal respondenten werkzaam in de acute zorgverlening: **31**

Functies overig:
- NVZ
- Slachtofferhulp

Acute Zorgverlening

Organisaties van respondenten



Aantal respondenten werkzaam in de acute zorgverlening: **31**

Acute Zorgverlening

Reeds gebruikte data en databronnen

Aan de **42%** die aangaf wel toegang te hebben tot alle benodigde data hebben wij gevraagd welke data dit betreft, en uit welke databronnen zij deze halen.

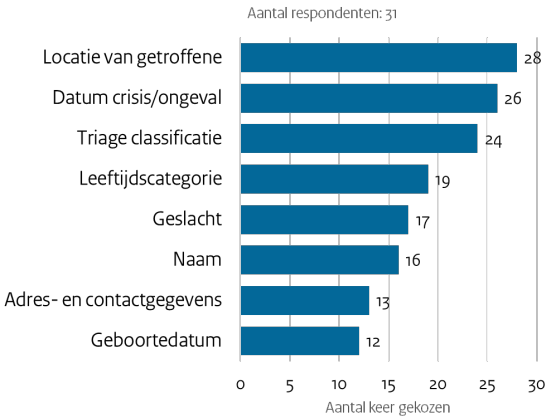
Data
- Aantal slachtoffers
- Aantal opgenomen slachtoffers
- Naar welk ziekenhuis een slachtoffer gebracht wordt
- Triageclassificatie

Databronnen
- Direct: EPD, LCMS, verslaglegging CoPi
- Indirect: vanuit GHOR richting SIS
- Mondeling: vanuit OvDG, ambulance en SEH

Acute Zorgverlening

Data

Welke data over een getroffene heeft u nodig om uw (wettelijke) taak uit te oefenen?



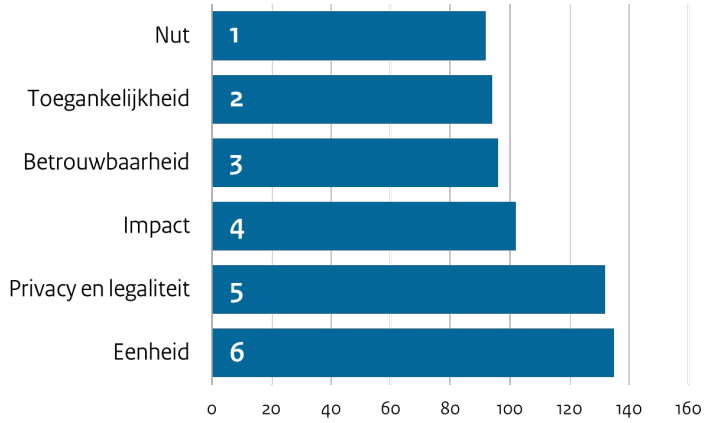
Ook vroegen wij u welke data u nog mist:

- Regelmatig genoemd
  - Geen extra gegevens nodig
  - Persoonsgegevens (BSN, naam, geboortedatum, geslacht)
- Meermaals genoemd
  - Nationaliteit
  - Klachtenpatroon individueel getroffenen
  - Slachtofferbeeld/ ernst van verwondingen
  - Vindplaats getroffene (mbt mogelijke besmetting)
- Enkele keer genoemd
  - Fysieke kenmerken
  - Situatieschets
  - Aantal type getroffenen
  - Verwantencontactgegevens
  - Medicatie overzicht
  - Bijzonderheden mbt zorgbehoefte/afhankelijkheden (incl PSH)

Acute Zorgverlening

Belangrijke voorwaarden

Rangschik de zes verschillende voorwaarden en uitgangspunten van meest naar minst belangrijk



De scores van alle respondenten (31) zijn bij elkaar opgeteld tot een somscore.

Dus: hoe lager de somscore, hoe belangrijker de voorwaarde.

Acute Zorgverlening

Kansen

Welke kansen ziet u met betrekking tot het centraal registreren van getroffenen?

- Informatie
  - **Snellere informatiedeling/-overzicht**
  - Betrouwbaardere informatie uit 1 bron
  - **Completer beeld van getroffenen en impact/minder versnippering**
  - **Uniformiteit in registratie**
  - Ook regio-overstijgend beeld mogelijk
  - Betere toegankelijkheid
  - Koppelmogelijkheden met andere systemen (HIX, Epic, huisartsenposten, zelfregistratietool online)
- **Betere zorg, ondersteuning en nazorg aan getroffenen**
- Snellere en betere verwanteninformatie en -contact
- Betere blootstellingsbeoordeling/risicobeoordeling obv informatie uit systeem
- Betere vindbaarheid personen
- Vergroting/verbetering samenwerking en afstemming in de keten
- Verbetering crisiscommunicatie mbv informatie
- Betere compliancy aan regelgeving omtrent registratie
- Ondersteuning crisisbeheersing
  - Betere spreiding van patienten/verdeling capaciteit
  - Sturingsinformatie

Dikgedrukt = 5 of meer
Onderstreept = 10 of meer

Acute Zorgverlening

Risico's

Welke risico's ziet u met betrekking tot het centraal registreren van getroffenen?

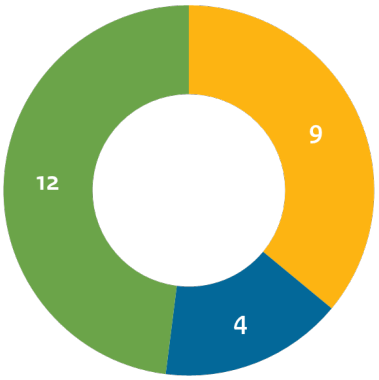
- Systeem
  - Afhankelijkheid aan internet
  - Te grote afhankelijkheid van een systeem
  - Te veel en onnodige registraties (cases en persoonsregistraties)
  - Kosten
  - Onnodige complexiteit
  - Gebrek aansluiting op bestaande kaders en systemen
  - Te veel data per getroffene moeten registreren
  - Gebrekkig nut door te complexe insteek
- Gebruiker
  - Draagvlak voor systeem (werkt m.n. als iedereen mee doet)
  - Toename administratielast/werkzaamheden
  - Zorgen over accuratesse van aantallen
  - Complexiteit in samenwerking met anderen m.b.t. werkafspraken
  - Datamisbruik (gebruik voor andere doeleinden dan voor bedoeld)
  - Ramptoerisme (mensen zien data in waar ze niets mee hoeven)
  - Gebrek aan menskracht voor registratie
  - Scheppen verwachtingen bij getroffenen die niet waargemaakt kunnen worden
- Regie
  - Beheer
  - Eigenaarschap
- **Privacy/ gegevensbescherming**
  - Cybercriminaliteit
  - Datalekken
  - Borging privacy
  - Databeveiliging/kwetsbaarheden systeem
  - Toegangsrechten en bevoegdheden
- Getroffene
  - Niet uitgaan van zelfredzaamheid
  - Toestemming getroffenen
  - Hoe alle getroffenen te bereiken?
- Verwarring terminologie rondom typen getroffenen
- Geen zorgen

Dikgedrukt = 5 of meer
Onderstreept = 10 of meer

Bevolkingszorg

Respondent statistieken

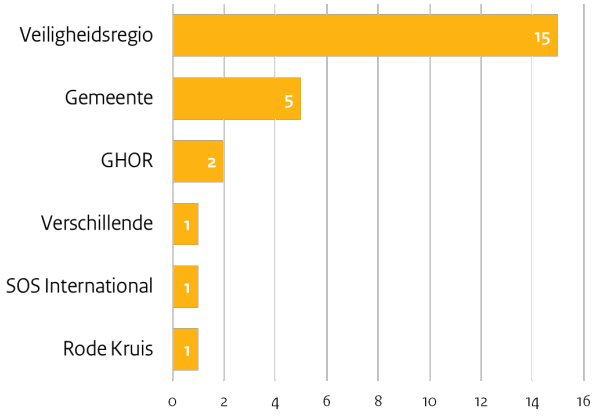
Aantal respondenten werkzaam in de bevolkingszorg: **25**



Functies overig:
- Adviseur Bevolkingszorg (2)
- Adviseur Crisisbeheersing
- Coördinator bevolkingszorg
- Beide
- Geestelijke verzorging
- Preparatie van de crisisorganisatie
- SIS, publieke zorg, preparatie nafase en operationele planvorming
- Strategisch adv bevolkingszorg
- Ondersteuning en aansturing
- Bevolkingszorg

Bevolkingszorg

Organisaties van respondenten



Aantal respondenten werkzaam in de bevolkingszorg: **25**

Bevolkingszorg

Reeds gebruikte data en databronnen

Aan de **44%** die aangaf wel toegang te hebben tot alle benodigde data hebben wij gevraagd welke data dit betreft, en uit welke databronnen zij deze halen.

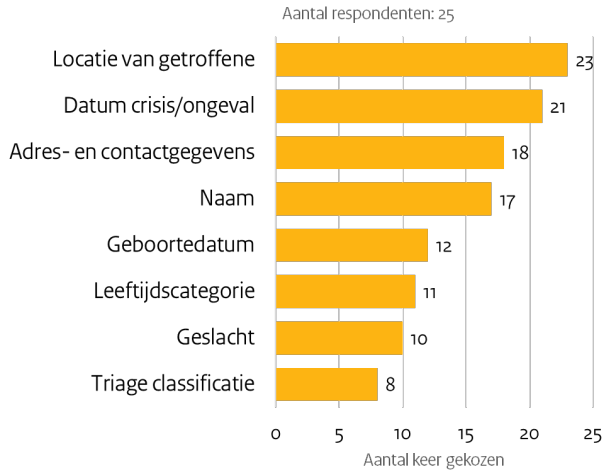
Data
- Reguliere gemeentelijke data (bijv. BRP)
- Aangeleverde gegevens van getroffenen in opvanglocatie

Databronnen
- Direct: BRP, LCMS, SIS
- Indirect: via mail
- Mondeling: uit het veld (bijv. via OvDG)

Bevolkingszorg

Data

Welke data over een getroffene heeft u nodig om uw (wettelijke) taak uit te oefenen?



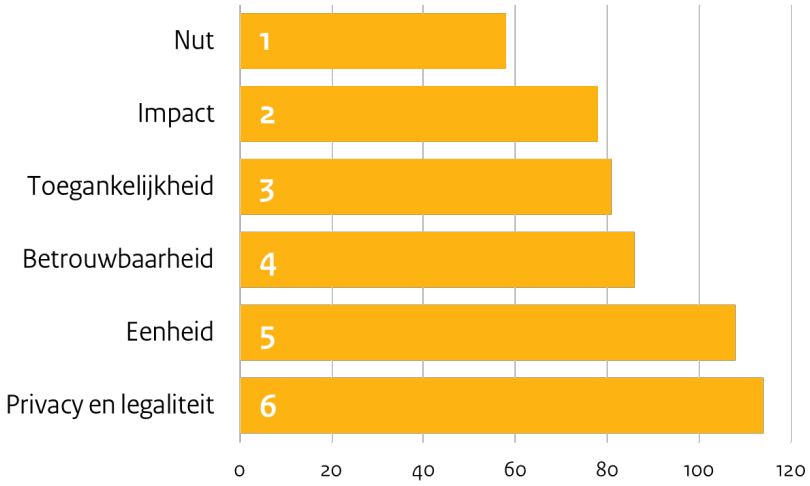
Ook vroegen wij u welke data u nog mist:

- Regelmatig genoemd
  - Geen extra gegevens nodig
- Meermaals genoemd
  - Contactgegevens van verwant(en)
  - Toestemming voor opnemen contact nafase
- Enkele keer genoemd
  - Persoonsgegevens (BSN, naam, geboortedatum, geslacht)
  - Fysieke kenmerken
  - Aantal en type getroffenen
  - Geloofsovertuiging/ levensbeschouwelijke voorkeur
  - Bijzonderheden voor opvang (zoals bezit huisdieren)

Bevolkingszorg

Belangrijke voorwaarden

Rangschik de zes verschillende voorwaarden en uitgangspunten van meest naar minst belangrijk



De scores van alle respondenten (25) zijn bij elkaar opgeteld tot een somscore.

Dus: hoe lager de somscore, hoe belangrijker de voorwaarde.

Bevolkingszorg

Kansen

Welke kansen ziet u met betrekking tot het centraal registreren van getroffenen?

- Informatie
  - **Snellere en efficiënter(e) informatiedeling- en overzicht**
  - Informatie op één plaats/uit één bron
  - **Completer beeld van getroffenen en impact, minder versnippering**
  - **Uniformiteit in registratie**
  - Ook regio-overstijgend beeld mogelijk
  - Betere toegankelijkheid
  - Vergroting bereidheid tot informatiedeling
  - Makkelijkere archivering informatie
  - Digitalisering proces
- **Betere zorg, ondersteuning en nazorg aan getroffenen**
- Sneller(e) en beter(e) verwanteninformatie en -contact
- Betere vindbaarheid personen
- **Vergroting/verbetering samenwerking en afstemming in de keten**
- Verbetering crisiscommunicatie m.b.v. informatie
- Burgemeester beter in positie m.b.v. informatie uit systeem
- Minder privacyrisico's
- Kostenbesparend

Dikgedrukt = 5 of meer
Onderstreept = 10 of meer

Bevolkingszorg

Risico's

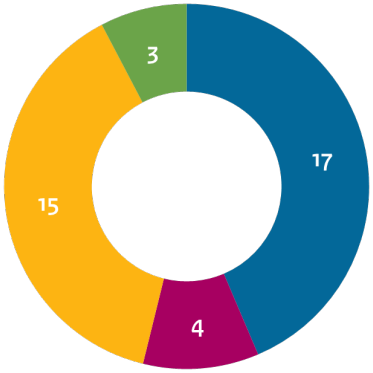
Welke risico's ziet u met betrekking tot het centraal registreren van getroffenen?

- Systeem
  - Gebruiksvriendelijkheid van een complex systeem
  - Afhankelijkheid van internet
  - Te grote afhankelijkheid van een vitaal systeem
  - Gebruik van dure (beveiligde) apparaten
  - Te veel en onnodige registraties (cases en persoonsregistraties)
  - Kosten
  - Complexiteit van applicatie t.o.v. crisisbeheersing
  - Gebrek aansluiting op bestaande kaders en systemen
  - Te veel data per getroffene moeten registreren
  - Gebrekkig nut door te complexe insteek
  - Succes afhankelijk van deelname alle stakeholders
- Gebruiker
  - Zorgen over draagvlak voor systeem (weer een nieuw systeem, druist in tegen zelfredzaamheid?)
  - Foutgevoeligheid in invoer van data
  - Toename administratielast/werkzaamheden
  - Onduidelijkheid rollen, taken en verantwoordelijkheden m.b.t. registratie
  - Gebrek aan menskracht voor registratie
  - Scheppen verwachtingen bij getroffenen die niet waargemaakt kunnen worden
  - Opgave (blijvend) trainen/oefenen voor alle mogelijke gebruikers
- Regie
  - Beheer
  - Eigenaarschap
- Privacy/ gegevensbescherming
  - Borging privacy
  - Databeveiliging/kwetsbaarheden systeem
  - Toegangsrechten en bevoegdheden -
- Getroffene
  - Missende getroffenen
  - Getroffenen eindeloos als getroffene gelabeld blijven (te lang bewaren data?)
  - Niet uitgaan van zelfredzaamheid/Zelfredzamen moeten zichzelf ook kunnen melden/systeem gebruiken
  - Toestemming getroffenen/Burger wil misschien niet geregistreerd worden
  - Hoe alle getroffenen te bereiken (mensen verlaten incident soms zelf)?
- Onduidelijkheid over wanneer het systeem te gebruiken
- Geen zorgen

Dikgedrukt = 5 of meer
Onderstreept = 10 of meer

Publieke Gezondheidszorg

Respondent statistieken



- Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR)
- Medische milieukunde (MMK)
- Psychosociale ondersteuning en zorg (PSH)
- Overig

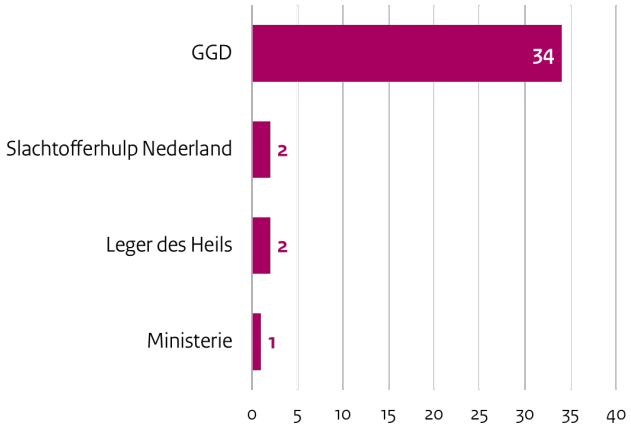
Aantal respondenten werkzaam in de publieke gezondheidszorg: **39**

Functies overig:

- Adviseur crisisorganisatie/OTO + Procesleider PSH
- Beleidsadviseur opgeschaalde publieke gezondheid
- JGZ en daardoor verbonden aan PSH

Publieke Gezondheidszorg

Organisaties van respondenten



Aantal respondenten werkzaam in de publieke gezondheidszorg: **39**

Publieke Gezondheidszorg

Reeds gebruikte data en databronnen

Aan de **21%** die aangaf wel toegang te hebben tot alle benodigde data hebben wij gevraagd welke data dit betreft, en uit welke databronnen zij deze halen.

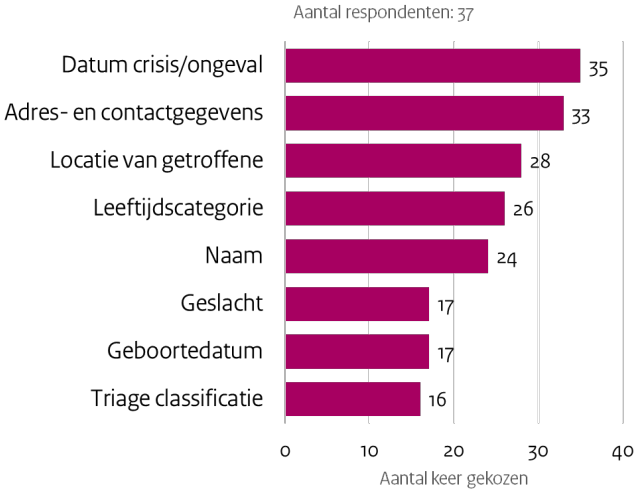
Data
GGD processen geven aan geen directe toegang tot data te hebben. Zij maken voornamelijk gebruik van de data van crisispartners, voornamelijk die van BZ.

Databronnen
Indirect via crisispartners.

Publieke Gezondheidszorg

Data

Welke data over een getroffene heeft u nodig om uw (wettelijke) taak uit te oefenen?



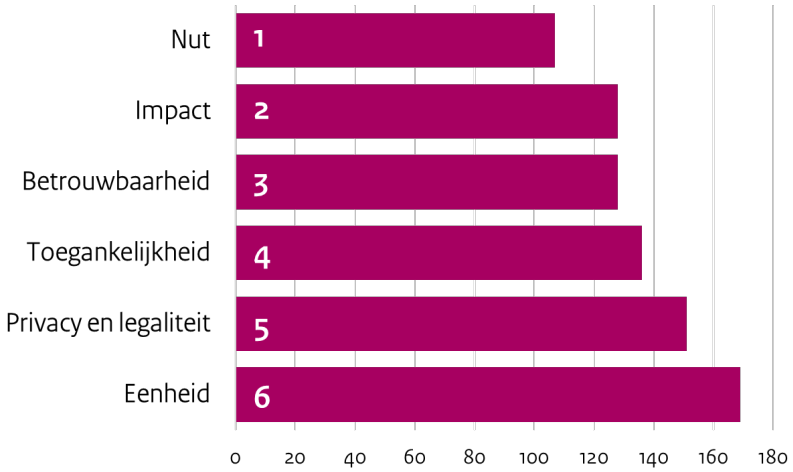
Welke data mist u verder nog?

- Regelmatig genoemd
  - Benodigde data afhankelijk van type incident
  - Persoonsgegevens (BSN, naam, geboortedatum, geslacht)
  - Aantal en type getroffenen
  - Bijzonderheden mbt zorgbehoefte (incl PSH)
- Meermaals genoemd
  - Vindplaats getroffene (ivm mogelijke blootstelling gevaarlijke stoffen)
  - Reeds ontvangen zorg/PSH (tijdens opvang)
  - Aard incident
- Enkele keer genoemd
  - Geen extra gegevens nodig
  - Toestemming voor opnemen contact nafase
  - Locatie opvangplek
  - Verwantencontactgegevens en link met verwanten
  - Gesproken taal
  - Verblijfsrecht getroffene
  - Blootstellingsgegevens tbv GOR/MMK

Publieke Gezondheidszorg

Belangrijke voorwaarden

Rangschik de zes verschillende voorwaarden en uitgangspunten van meest naar minst belangrijk



De scores van alle respondenten (39) zijn bij elkaar opgeteld tot een somscore.

Dus: hoe lager de somscore, hoe belangrijker de voorwaarde.

Publieke Gezondheidszorg

Kansen

Welke kansen ziet u met betrekking tot het centraal registreren van getroffenen?

- Informatie
  - **Snellere en efficiënter(e) informatiedeling/-overzicht**
  - Informatie op 1 plaats/uit 1 bron, iedereen hetzelfde beeld
  - **Completer beeld van getroffenen en impact/minder versnippering**
  - **Grote betrouwbaarheid informatie**
  - Uniformiteit in registratie
- **Betere zorg, ondersteuning en nazorg aan getroffenen**
  - Betere contactmogelijkheden
  - Betere zicht op zorgbehoefte
  - Betere opvolging van getroffenen mogelijk
  - Beter kunnen doorverwijzen naar zorgverleners
  - **Betere en snellere ondersteuning en zorgverlening**
- Gezondheidsonderzoek bij rampen
  - **Betere en snellere contactmogelijkheden voor GOR**
  - Betrouwbaarder onderzoek en resultaten
  - Mogelijkheden voor e.v.t. wetenschappelijk onderzoek
- Snellere en betere verwanteninformatie en -contact
- **Vermindert belasting van de getroffenen**
- **Vergroting/verbetering samenwerking en afstemming in de keten en bovenregionaal**
- Privacy goed geborgd
- Sturingsinformatie

Dikgedrukt = 5 of meer
Onderstreept = 10 of meer

Publieke Gezondheidszorg

Risico's

Welke risico's ziet u met betrekking tot het centraal registreren van getroffenen?

- Systeem
  - **Gebruiksvriendelijkheid van een complex systeem (traagheid, logheid, inflexibel, niet makkelijk in gebruik)**
  - Afhankelijkheid van een digitaal systeem ivm mogelijke storingen
  - Onvolledige of incorrecte data
  - Kosten
  - Gebrek aansluiting op bestaande systemen
  - Succes afhankelijk van deelname alle stakeholders
- Gebruiker
  - Zorgen over draagvlak voor systeem
  - Toename administratielast/werkzaamheden
  - Onduidelijkheid rollen, taken en verantwoordelijkheden mbt registratie
  - Opgave (blijvend) trainen/oefenen voor alle mogelijke gebruikers
  - Zorgen over onzorgvuldig registreren door anderen
- Regie
  - Beheer
  - Eigenaarschap
- **Privacy/ gegevensbescherming**
  - Borging privacy
  - Databeveiliging/Datalekken/kwetsbaarheden systeem
  - Toegangsrechten en bevoegdheden
- Getroffene
  - Te lang bewaren data van getroffenen (niet tot in den dagen als getroffenen gelabeld?/moeten ook uit het systeem gehaald kunnen worden)
  - Onbereidheid tot registratie
  - Registratie schept verwachtingen bij getroffenen
  - Angst om als overheid te opdringerig te zijn
- Geen zorgen

Dikgedrukt = 5 of meer
Onderstreept = 10 of meer

Bijlage 6 Wettelijke kaders rondom privacy en gegevensdeling in de zorg

B6.1 Wettelijke grondslagen voor verwerking persoonsgegevens

Bij rampen en crises worden persoonsgegevens van slachtoffers en verwanten verwerkt om snel, zorgvuldig en veilig informatie te verstrekken en passende hulp te bieden. De wettelijke kaders bepalen **welke gegevens, wanneer en met welke grondslag mogen worden verwerkt, gedeeld en bewaard**. De belangrijkste wettelijke regelingen m.b.t. gegevensuitwisseling zijn[8]:

- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)
- Uitvoeringswet AVG (UAVG)
- Wet Veiligheidsregio's (Wvr)
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Essentiële vereisten daarbij zijn:

- **Doelbinding;**
- **Minimale gegevensverwerking;**
- **Transparantie.**

De AVG is leidend als het gaat om regels over de uitwisseling van persoonsgegevens. De AVG is niet van toepassing op de gegevens van overleden personen.
De AVG is daarnaast niet van toepassing als het om gegevens gaat die niet herleidbaar zijn tot een persoon, bijvoorbeeld anonieme gegevens. Anonieme gegevens zijn daarom niet onderworpen aan de verplichtingen van de AVG, en kunnen vrijelijk worden verstrekt.

Slachtoffers
Voor niet-zelfredzame slachtoffers mag SIS persoonsgegevens verwerken en delen zonder expliciete toestemming (op basis van de grondslag **vitaal belang** (**art. 6 lid 1d AVG**).

Openbaar bestuur (veiligheidsregio, gemeenten)
De grondslag voor het verwerken van slachtoffergegevens en verwanteninformatie in het kader van de crisesbeheersing is te vinden in art 10, 18, 22 en 23 van de Wvr en het Besluit Veiligheidsregio's. De artikelen vormen dus gezamenlijk het kader voor verwerking door openbaar bestuur. Op grond van artikel 10 lid i Wvr is het bestuur van de Veiligheidsregio verantwoordelijk is voor het inrichten en in stand houden van de informatievoorziening binnen de veiligheidsregio en tussen de veiligheidsregio en haar partners die betrokken zijn bij informatie-uitwisseling. Op grond van artikel 2.1.3. Besluit Veiligheidsregio's is er de plicht om slachtoffers te registreren bij een crisis/ramp. Het informeren van verwanten van slachtoffers bij een crisis/ramp valt onder de taak van het openbaar bestuur, zijnde om informatie van slachtoffers te registreren, zoals neergelegd in artikel 2.1.3. Besluit Veiligheidsregio's.

Zorginstellingen
Zorgverleners verbonden aan ziekenhuizen leggen persoonsgegevens vast ter nakoming van de behandelingsovereenkomst, wettelijk neergelegd in de Wet op de behandelingsovereenkomst (WGBO), en alle daaruit voortvloeiende rechten en plichten, zoals de dossierplicht.

B6.2 Doelbinding: verwanteninformatie, slachtofferregistratie en nazorg

- Gegevens van niet-zelfredzame slachtoffers worden oorspronkelijk verzameld voor **verwanteninformatie**.
- Gebruik van dezelfde gegevens voor **nazorg** is toegestaan: het doel wordt beschouwd als **verenigbaar** met het oorspronkelijke doel.
- Dit geldt ook voor terroristische incidenten: nazorg valt onder "medische behandeling" in EU-richtlijn 2017/541.

B6.3 Welke gegevens mogen worden verwerkt?

In het kader van dataminimalisatie is het van belang om alleen die gegevens te verzamelen die nodig zijn om het doel te behalen. In het geval van de getroffenenregistratie is zijn dat onder andere:

- Identificerende gegevens van slachtoffers (naam, geboortedatum, geslacht, (geschatte) leeftijd, adres en contactgegevens).
- Gegevens over opname of overlijden (als **bijzondere persoonsgegevens**, art. 9 AVG).
- Gegevens van verwanten (met toestemming).

Medische gegevens van niet-zelfredzame slachtoffers worden **niet** gedeeld door ziekenhuizen en/of geregistreerd in het kader van de verwanteninformatie.

B6.4 Bewaartermijnen

- De bewaartermijn van persoonsgegevens van slachtoffers en verwanten is 6 weken. Voor het doel verwanteninformatie moeten deze gegevens dan vernietigd worden. Voor het doel nazorg kunnen de persoonsgegevens maximaal 1 jaar langer worden bewaard. Dit mag alleen als de nazorg op dat moment nog niet is afgerond. De bewaartermijn kan per slachtoffer verschillen. Zodra ook het doel nazorg is bereikt, moeten de gegevens vernietigd worden. Dit bepaalt de gemeente die de nazorg verleent[48].
- Ziekenhuizen bewaren patiëntgegevens op basis van de WGBO (20 jaar).

B6.5 Belgische situatie

In België heeft men ook te maken met dezelfde Europese privacyregelgeving als in Nederland. Voorafgaand aan de implementatie van het systeem is een DPIA uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van FOD Volksgezondheid. Op basis van de rechtsgrond 'bescherming van de

[48] Hoe lang mogen de veiligheidsregio en/of gemeente de persoonsgegevens van slachtoffers en verwanten bewaren na een SIS-inzet? En wie let erop dat de gegevens na de toegestane bewaartermijn worden vernietigd? - Nederlands Instituut Publieke Veiligheid

vitale belangen van de betrokkene of natuurlijk rechtspersoon' vindt de registratie inmiddels plaats. Momenteel wordt gewerkt aan een toevoeging op de wetgeving rondom noodplanning en crisisbeheersing over de gegevensverwerking van betrokkenen bij collectieve noodsituaties, zodat dit opgenomen is in een duidelijk wettelijk kader.

B6.6 Aandachtspunten en oplossingen

Zoals hierboven is beschreven zegt de AVG dat registratie van gegevens van getroffenen mogelijk is, mits aan een aantal randvoorwaarden voldaan wordt om de risico's van gegevensverzameling en –verwerking zo ver mogelijk te minimaliseren. Naast boven beschreven zaken zijn er een aantal punten van belang die bijdragen aan het in kaart brengen van de risico's, borgen van de veiligheid van de gegevens en de transparantie in de gegevensverwerking:

DPIA (Data Protection Impact Assessment)
Voorafgaande aan de definitieve implementatie dient een DPIA uitgevoerd te worden volgens het geldende Rijkskader. De uitkomsten van deze DPIA helpen om privacyrisico's te verminderen en om beleidskeuzes, technische maatregelen en werkprocessen goed te onderbouwen.

Verwerkersovereenkomsten tussen gebruikers en opdrachtnemers
Binnen het gebruik van het systeem zijn meerdere partijen betrokken, waaronder veiligheidsregio's, GGD'en, gemeenten en overige partijen zoals bijvoorbeeld het Rode Kruis, SHN en/of NIPV. Er dient een eenduidige en gestandaardiseerde verwerkersovereenkomst opgesteld te worden tussen gebruikers van het systeem en opdrachtnemers. Deze overeenkomsten beschrijven expliciet de verantwoordelijkheden, taken, beveiligingsmaatregelen, bewaartermijnen en procedures, zodat juridische en organisatorische duidelijkheid wordt geborgd.

Consent
Registratie van getroffenen vereist een zorgvuldige omgang met toestemming, zeker in crisissituaties waarin mensen onder druk staan. Onduidelijkheid over wanneer en hoe toestemming is verkregen vormt een risico voor rechtmatige gegevensverwerking. Het systeem dient daarom te voorzien in de mogelijkheid om toestemming expliciet te registreren, zodat hier in een later stadium, bijvoorbeeld ten behoeve van nazorg, op kan worden teruggevallen.

Wanneer volledige toestemming niet direct kan worden verkregen, bijvoorbeeld bij niet-zelfredzame getroffenen, wordt de gegevensverwerking gebaseerd op de daarvoor geldende wettelijke grondslagen, zoals vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de AVG (vitaal belang).

Access management, Logging en Auditing
Het systeem bevat privacygevoelige informatie en moet adequaat worden beveiligd tegen onbevoegde toegang. Tegelijkertijd mag beveiliging de operationele inzetbaarheid tijdens crises niet belemmeren. Het gebruik van twee-factor-authenticatie dient als standaard beveiligingsmaatregel te worden toegepast voor toegang tot

het systeem. Hierbij is het van belang dat gekozen wordt voor een gebruiksvriendelijke vorm die past bij crisisomstandigheden, zodat een goede balans ontstaat tussen informatiebeveiliging en operationele toegankelijkheid. Daarnaast zal geregeld moeten worden dat door middel van Logging en Auditing ook altijd transparant inzichtelijk te maken is wie welke data heeft geraadpleegd en hier controles op worden uitgevoerd.

Bijlage 7 Risicoanalyse voor centrale registratie

Uit de gesprekken in de verkenning (zie bijlage 5) volgen een aantal risico's voor aanschaf, ontwikkeling en gebruik van een centraal getroffenenregistratiesysteem. Deze risico's hebben we bekeken op de kans dat ze voorkomen en de impact op het succesvol kunnen implementeren en gebruiken van een centraal getroffenenregistratiesysteem. De belangrijkste risico's (grootste kans en/of impact) worden hieronder kort beschreven, inclusief mogelijke oplossingen en/of aanbevelingen.

Risico	Kans	Impact
Privacy schending getroffenen	klein	groot
Gebruiksvriendelijkheid/systeemafhankelijkheid van de applicatie	groot	middel
Financiering door meerdere partijen	middel	groot
Opdrachtgeverschap/eigenaarschap	middel	groot
Ontbreken van draagvlak bij gebruikers	middel	groot
Beheer beleggen bij landelijke partij	middel	middel

B7.1 Privacy van getroffenen/draagvlak bij burgers

Hoewel het volgens Europese privacyregelgeving mogelijk is om, in het kader van een vitaal belang, zoals bedoeld in artikel 6 lid 1 sub d, of vanwege een publieke taak, zoals bedoeld in artikel 6 lid 1 sub e, bij rampen en crises mensen te registreren zonder expliciet consent, heeft dit niet de voorkeur. Het registreren van persoonsgegevens wordt door sommige burgers als onwenselijk beschouwd, vanwege een gevoel van te grote controle door de overheid en een inbreuk op hun privacy. Voor acceptatie van het systeem bij het algemeen publiek is het daarom van groot belang dat het systeem een mogelijkheid biedt voor getroffenen om af te zien van registratie. Daarnaast is het van belang dat er goede procedures worden afgesproken over hoe toestemming wordt vergaard en voor wat voor toepassingen. In de vervolgstappen van dit project zal het juridisch kader nogmaals goed getoetst moeten worden of de grondslagen voldoende zijn voor alle gedefinieerde doelen binnen de getroffenenregistratie.

B7.2 Systeemafhankelijkheid/gebruiksvriendelijkheid

Het registreren wordt door sommige partijen als complex gezien, omdat er gevreesd wordt voor te veel registraties en ook dubbele registraties in zowel het getroffenenregistratiesysteem als het eigen gebruikte systeem. Dus een gebrek aan aansluiting op bestaande systemen en processen. Daarnaast is er angst dat te veel gegevens geregistreerd worden en dat partijen die er geen inzage in mogen hebben bij die gegevens kunnen.

Als risico wordt een grote afhankelijkheid van internet en een grote afhankelijkheid van één systeem genoemd. Bij bijvoorbeeld stroomuitval of een storing is het systeem niet bereikbaar. Ook de performance wordt

hierbij genoemd, zeker als iedereen op hetzelfde systeem werkt. Bij het ontwerp van een systeem is het dus van groot belang om aandacht te hebben voor redundantie, om continuïteit van het systeem te kunnen garanderen. Denk bijvoorbeeld aan een mogelijkheid om op het lokale device wel gegevens van getroffenen te kunnen registreren, maar dat deze pas ge-upload worden op het moment dat er weer stroomherstel is. Daarnaast zal er ook altijd een mogelijkheid moeten zijn de registratie op papieren formulieren voort te zetten en centraal bijeen te brengen als uitval van stroom en/of internet langdurig lijkt te worden.

B7.3 Financiering

Door de diversiteit aan belanghebbenden bij dit systeem zal de financiering niet van één partij komen, maar vanuit diverse hoeken. Enerzijds vergroot dit de kans dat de middelen bij elkaar komen, doordat lasten gedeeld kunnen worden. Anderzijds vraagt dit wel duidelijke afspraken over het financieren van de structurele middelen na ingebruikname van de applicatie. Door bezuinigingen bij de overheid kan het beschikbaar stellen van de structurele financiële middelen een struikelblok zijn.
Door de bevraagde stakeholders wordt wel wordt gevreesd voor hoge kosten. In de volgende fase van de opdracht zullen de stuurgroep leden een rol hebben in het polsen bij de stakeholders of er voldoende commitment is voor het leveren van een bijdrage aan de bekostiging.

B7.4 Opdrachtgeverschap/Eigenaarschap

Voor de verkenning en opstartfase heeft directie PG van VWS, samen met het ministerie van JenV, de rol van opdrachtgever op zich genomen. In de implementatiefase en de beheerfase zal er, naast de financiële middelen, ook een opdrachtgever moeten opstaan. Uit de gesprekken blijkt ook dat de beoogde gebruikers dit belangrijk vinden. Er is één landelijke partij (bv een ministerie) nodig die, indien er knelpunten en tegenstrijdige belangen zijn, mandaat heeft om besluiten te nemen over de koers die gevolgd gaat worden. In afwezigheid van een eigenaar/opdrachtgever bestaat er het risico dat de ontwikkeling stagneert en het systeem er niet komt.

B7.5 Draagvlak bij gebruikers

Ondanks groot enthousiasme bij de diverse stakeholders, is het van groot belang om te zorgen dat de doelgroep in het veld ook daadwerkelijk gaat werken met de applicatie. De kans hiertoe kan vergroot worden door de extra administratielast en/of werkzaamheden zo ver mogelijk te verkleinen en te laten zien wat het hen oplevert (zie uitvraag onder gebruikers/stakeholders). De demo, zoals die gegeven is in VR IJsselland, zou hierbij een middel kunnen bieden om eventuele aarzeling weg te nemen.

De verschillende stakeholders in dit project hebben naast het gezamenlijke belang ook eigen belangen bij het implementeren en gebruiken van deze applicatie. Deze belangen kunnen soms ook tegenstrijdig lijken. Binnen de acute zorg is registratie belangrijk, maar zijn mogelijk niet alle gegevens beschikbaar of is door de druk geen tijd om van alles te registreren, binnen bevolkingszorg zijn er uitgangspunten geformuleerd over zelfredzaamheid van getroffenen en

wordt niet gestreefd naar zo volledig mogelijke registratie. Vanuit de taken van PSH en GOR is een registratie die zo volledig mogelijk is juist wel van belang om mensen überhaupt te kunnen benaderen voor follow up. Het systeem zal voor alle stakeholders waarde moeten hebben om het draagvlak te behouden.

Het implementeren van een centraal getroffenenregistratiesysteem brengt een extra opgave om getraind te worden in het systeem en bekwaam te blijven daarna, zeker omdat een dergelijk systeem (mogelijk) niet zeer regelmatig gebruikt wordt. Om dit risico te verkleinen zal dit opgenomen moeten worden in de reguliere OTO-activiteiten van de diverse stakeholders. Om deze oefeningen te faciliteren zal er in het Programma van Eisen ook opgenomen moeten worden dat er een oefenomgeving ontwikkeld moet worden die tijdens OTO activiteiten gebruikt kan worden.

Op dit moment is het nog niet duidelijk hoe de rollen, taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot registratie er precies uit gaan zien in een centraal systeem. Er is bij enkele ondervraagden angst voor misbruik van data en 'ramptoerisme' (mensen hebben toegang tot gegevens die ze niet nodig hebben). Om dit te beperken zullen de rollen goed gedefinieerd moeten worden, zodat iedereen alleen de gegevens kan zien die nodig zijn voor het uit te voeren proces. De rollen en rechten zoals die in de Belgische werkwijze zijn geformuleerd zouden ook in de Nederlandse situatie tegemoet kunnen komen aan de zorgen. Hoewel de governance en organisatie van de medisch-psychosociale keten in België anders is, lijkt het op het eerste oog mogelijk om deze naar de Nederlandse situatie aan te passen.

B7.6 Beheer

Er is op dit moment geen evidente eigenaar van het systeem aan te wijzen. Enerzijds willen partijen zelf het beheer doen, anderzijds wordt gepleit voor een landelijke partner. Partijen geven niet zomaar toegang tot hun systemen aan een partner buiten hun eigen proces. Dit zal tevoren goed besproken moeten worden met de stakeholders. Hierbij zullen de zorgen die er zijn zorgvuldig meegenomen moeten worden in het ontwikkelen van een beheerplan.

Bijlage 8 Kostenindicatie centrale getroffenenregistratie

In dit stadium van het proces is het nog niet mogelijk om een exacte begroting op te stellen voor alle incidentele en structurele kosten. Om toch een beeld te kunnen geven van de ordegrootte van de kosten, schetsen we in dit hoofdstuk de verwachte kostenposten, en proberen we informatie te bundelen over vergelijkbare projecten (SIS en BITS) en/of mogelijke besparingen bij het vervangen van de SIS applicatie door een nieuw centraal getroffenenregistratiesysteem.

B8.1 Bekostiging en kosten(posten) voor structureel gebruik SIS

De 25 veiligheidsregio's dragen gezamenlijk de lasten voor het beheer van SIS. Het bedrag dat moet worden afgedragen wordt vastgesteld met de jaarlijkse Kaderbrief, deze brief wordt standaard vanuit financiën NIPV geïnitieerd en SIS wordt hier automatisch in meegenomen.

Kosten(posten) programma SIS
Voor de structurele kosten van de borging van SIS is in 2026 een bijdrage van de veiligheidsregio's van in totaal € 584.274 beschikbaar. Op 31 mei 2013 heeft het Veiligheidsberaad besloten dat elke veiligheidsregio in gelijke mate bijdraagt. Voor elke veiligheidsregio betekent dit een bijdrage van € 23.371 in 2026.

Tabel 1 Verschillende kostenposten voor programma SIS in 2026

Kostenpost	**2026**
Contracten met partners waaronder SOS International, Nationale Politie	€ 210.000
Programmamanagement	€ 170.461
Productmanagement en functioneel beheer webapplicatie SIS	€ 61.730
Hosting webapplicatie SIS	€ 70.000
Technisch beheer SIS (infosys)	€ 62.083
Bekend zijn en blijven met SIS (communicatie)	€ 10.000
Totaal	€ 584.274

De organisatie van oefeningen en evaluatie van inzetten worden bekostigd vanuit inzet van het programmateam (programmamanagement).

B8.2 SIS vervanging

Wanneer er besloten zou worden tot implementatie van een centraal getroffenenregistratiesysteem, zijn er bepaalde kosten - zoals de kosten voor de contracten met partners zoals SOS International en de nationale politie - die zullen blijven, aangezien de processen rondom het matchen en informeren van verwanten gecontinueerd worden. De mensen in de back- en front-office zullen alleen gebruik maken van een andere digitale applicatie. Ook de communicatieverplichting en programmanagement zal blijven ten behoeve van de uitvoering van SIS.

Andere kosten, zoals hosting en technisch beheer van SIS, die specifiek verbonden zijn aan het onderhoud van Infosys, zullen komen te vervallen. Deze middelen zouden ingezet kunnen worden voor de bekostiging van een nieuw centraal getroffenenregistratiesysteem. Het beheer van de webapplicatie blijft wel noodzakelijk zodat de ondersteuning van klanten gecontinueerd kan worden.

B8.3 Indicatie kosten(posten) op basis van BITS en marktconsultatie SIS

Op basis van de marktconsultatie verricht in het kader van SIS en het voorbeeld van het Belgische BITS ontstaat het volgende globale overzicht van verwachtte kostenposten en kosteninschattingen.

Tabel 2 Incidentele kosten (eenmalig) voor implementatie van het systeem

Onderdeel	**Toelichting**	**Inschatting / Bedrag**
Implementatiekosten	Eenmalige oplevering en inrichting van het systeem. Geen servicekosten; alles zit in jaarlijkse vergoeding.	ca. € 75.000 (excl. btw)
Eventuele toekomstige nieuwe modules	Nieuwe functionaliteiten buiten de standaard SAAS-vergoeding (bijv. module voor grootschalige evacuaties).	Nog te bepalen, afhankelijk van de wensen
(Land)specifieke aanpassingen (na oplevering)	Aanpassingen die nodig zijn na de initiële implementatie (niet tijdens aanbesteding).	Afhankelijk van type aanpassing
Eventuele kosten voor nieuwe hostingomgeving	België host bij Sopra. In Nederland is dat Ordina. Omgeving moet nog omgebouwd worden naar Nederland.	Nog te bepalen
Opzetten trainingsprogramma	Kennisoverdracht voor de gebruikers	Nog te bepalen, afhankelijk van de wensen
Opzetten e-learning	Kennisoverdracht voor de gebruikers	Nog te bepalen, afhankelijk van de wensen
Communicatieplan en uitvoering ervan richting gebruikers en algemeen publiek	Bekendheid met centrale getroffenenregistratie bij algemeen publiek en gebruikers vergroten om draagvlak te creëren/onderhouden	Nog te bepalen, afhankelijk van de wensen

Tabel 3 Structurele kosten (jaarlijks) voor gebruik van het systeem

Onderdeel	**Toelichting**	**Inschatting / Bedrag**
SAAS-vergoeding Care + Citizen	Jaarlijkse vergoeding voor gebruik van de software, inclusief beperkte softwareaanpassingen.	€ 1,2 miljoen per jaar (excl. btw)
Onderhoud / doorontwikkeling (gedeeld kostenmodel)	Naar verhouding veel lager dan normaal onderhoud door gedeelde ontwikkeling (indien samen met België en Luxemburg) en gezamenlijk belang	Inbegrepen in SAAS-vergoeding
Hostingkosten Ordina	Hosting van software en data. NL-hosting mogelijk zonder extra kosten tenzij nieuwe omgeving nodig is.	Inbegrepen, tenzij wij kiezen voor een andere hosting
Doorlopende beperkte softwareaanpassingen	Kleine updates inbegrepen, grote nieuwe modules niet.	Inbegrepen in SAAS-vergoeding
Onderhoud e-learning (indien opgezet)	Afhankelijk van actualisaties en personeelswisselingen.	Niet gespecificeerd
Jaarlijkse trainingen en oefeningen in de regio	Afhankelijk van de wensen en personeelswisselingen	Niet gespecificeerd, bij voorkeur opnemen in reguliere OTO programma’s van stakeholders

Dit zijn de kosten exclusief de kosten die elke keten maakt voor de organisatie van de processen en het beheer daarvan (bijvoorbeeld personeelskosten, kosten voor de front- en backoffice SIS – zie 7.2 Vervanging SIS).

Bijlage 9 Afkortingen en Begrippenlijst

B9.1 Afkortingen

Afkorting	Uitleg
AC	**Algemeen commandant**
AC-GZ	Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg
AGS	Adviseur Gevaarlijke stoffen
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ABP	Ambulance Bijstandsplan
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
AZ	Acute zorgverlening
Bvr	Besluit Veiligheidsregio's
BZ	Bevolkingszorg
CoPI	Commando Plaats Incident
DPG	Directeur Publieke Gezondheid
EPRR	Emergency Preparedness, Resilience and Response
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EHDS	European Health Data Space
FOD VVVL	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Belgische ministerie van Volksgezondheid)
GDPR	General Data Protection Regulation
GMS	Geïntegreerd Meldkamersysteem
GBT	Gemeentelijk Beleidsteam
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GSP	Gewondenspreidingsplan
GGD	Gemeentelijke- of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GAGS	Gezondheidskundig adviseur gevaarlijke stoffen
GM	Gezondheidsmonitor
GOR	Gezondheidsonderzoek bij Rampen
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure
IV-IZB	Informatievoorziening Infectieziektebestrijding
HAP	Huisartsenpost
HaROP	Huisartsen rampen opvangplan
IZB	Infectieziektenbestrijding
KCR2	Knooppunt Coördinatie Regio's-Rijk
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LCMS	Landelijk Crisismanagementsysteem
LCMS-GZ	Landelijk Crisismanagementsysteem – Geneeskundige zorg
LFI	Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding
LVCb	Landelijke Voorziening Crisisbeheersing
MMK	Medische Milieukunde
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MOD	Milieu Ongevallendienst
MMT	Mobiel Medische Teams
NCC	Nationaal Crisiscentrum
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit

Afkorting	Uitleg
NIPV	Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
NHS	National Health Service
OvD	Officier van dienst
OvD-BZ	Officier van dienst Bevolkingszorg
OvD-G	Officier van dienst Geneeskundig
OTO	Opleiden, Trainen, Oefenen
MSP	(Programma) Met Spoed Beschikbaar
PG	Publieke gezondheidszorg
PSC	Psychosociaal crisismanagement
PSH	Psychosociale hulpverlening
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RBT	Regionaal Beleidsteam
ROL	Regionaal Operationeel Leider
ROT	Regionaal Operationeel Team
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
LSR	Landelijke Server Ritlogging
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum
SAAS	Software as a service
SIS	Slachtofferinformatiesystematiek
SEH	Spoedeisende hulp
SGBO	Staf Grootschalig en Bijzonder Optreden
TIC	Telefonisch Informatie Centrum
UAVG	Uitvoeringswet AVG
Wgbo	Wet geneeskundige behandelovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wpg	Wet Publieke gezondheid
Wtza	Wet toetreding zorgaanbieders
Wvr	Wet Veiligheidsregio's
ZiROP	Ziekenhuis rampen opvangplan

B9.2 Begrippen

Begrip	Uitleg
Acute zorgverlening (AZ)	Organisaties binnen deze sector verlenen de spoedeisende medische zorg die direct noodzakelijk is om ernstig letsel of levensbedreigende situaties te behandelen. Dit omvat zorg op de plaats van een incident, tijdens transport en in het ziekenhuis.
Algemene keten	De algemene keten wordt gedefinieerd als 'De samenwerkende partijen met gezamenlijke verantwoordelijkheden of doelstellingen op het gebied van crisisbeheersing in brede zin, die zich richten op ongevallen- en rampenbestrijding en de handhaving van de openbare orde'. Uit: *Basisboek crisisbeheersing*; Menno van Duin, Ab Bertholet, Edith Leentvaar en Vina Wijkhuijs (reds) 2025, p. 383

Begrip	Uitleg
Bevolkingszorg (BZ)	Bevolkingszorg is verantwoordelijk voor (niet-medische) maatschappelijke ondersteuning van de bevolking tijdens en na rampen, crises en incidenten, en voorzieningen zoals opvang van getroffenen en communicatie naar burgers.
Crisis (en incidenten)	In de Wet veiligheidsregio (Wvr) wordt een crisis als volgt gedefinieerd: 'een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast'. Bij incidenten worden veelal ingrijpende gebeurtenissen bedoeld die in omvang (veel) kleiner zijn, zoals treinongevallen of een brand waarbij mensen of dieren om het leven komen.
Getroffene	Een persoon die de (potentieel ingrijpende) gebeurtenis heeft ondervonden, er getuige van is geweest of ermee is geconfronteerd in materiële of niet-materiële zin, ongeacht of deze persoon gewond, niet-gewond of overleden is. Onder deze groep vallen bijvoorbeeld de zwaargewonden, nabestaanden van overleden getroffenen, de niet-gewonde ooggetuigen die op termijn psychische klachten ontwikkelen en de personen waarvan het eigen huis onbewoonbaar is verklaard of op andere manier economisch getroffen zijn door een ramp of crisis.
Klankbordgroep	Een cluster van organisaties/partijen die één van de stakeholdergroepen/-processen bij centrale getroffenenregistratie representeert. Bij de verkenning voor de (on)mogelijkheden van centrale getroffenenregistratie in Nederland zijn de klankbordgroepen gehanteerd: Publieke Gezondheid, Bevolkingszorg en Acute gezondheidszorg. Deze groepen hebben een belangrijke rol in de verschillende fasen van incidenten, rampen en crises als het aankomt op het leveren van zorg en/of ondersteuning aan getroffenen.
Nazorg	Het geheel aan georganiseerde psychosociale ondersteuning en zorg die tijdens en/of na een incident, ramp of crisis wordt geboden aan getroffenen en nabestaanden, met als doel om de impact van de gebeurtenis zo veel als mogelijk te beperken.
Netcentrisch werken	Een werkwijze die crisispartners helpt om binnen een netwerk informatie uit te wisselen.

Begrip	Uitleg
Publieke gezondheidszorg (PG)	De sector die gericht is op het bevorderen van de volksgezondheid en gelijke kansen op gezondheid, door collectieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering of ziektepreventie. Bij incidenten, rampen en crises hebben organisaties binnen de publieke gezondheidszorg een rol in Infectieziekten bestrijding (IZB), Medische Milieukunde (MMK), Gezondheidsonderzoek bij rampen (GOR) en Psychosociale hulpverlening (PSH).
Publieke zorg	Het opvangen, verplaatsen en verzorgen van personen.
Ramp	In de Wet veiligheidsregio (Wvr) wordt een ramp als volgt gedefinieerd: 'een zwaar ongeval of andere gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiele belangen in ernstige mate zijn geschaad of worden bedreigd en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten of organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken'.
SAAS vergoeding	Software as a service; een periodieke bijdrage voor gebruik van de software en bijbehorende ondersteuning ipv eenmalige aanschafkosten.
Slachtoffer	Gewonde of overleden getroffenen.
Slachtofferbeeld	De (niet-herleidbare) informatie over aantallen slachtoffers, ernst van de verwondingen, etc., bij een specifieke gebeurtenis. Dit slachtofferbeeld wordt gebruikt om een inschatting te kunnen maken van de omvang van de ramp, de nodige coördinatie en inzet van hulpverlening en om de bevolking te informeren.
Slachtoffergegevens	Tot individuen herleidbare (persoons)gegevens van niet-zelfredzame slachtoffers die worden verzameld ten behoeve van het kunnen informeren van verwanten tijdens een incident, ramp of crisis.
Team Bevolkingszorg	Is in elke regio verschillend anders georganiseerd en samengesteld. De minimale samenstelling van team Bevolkingszorg: Communicatie, Publieke zorg, Ondersteuning, Omgevingszorg en Nafase.
Veiligheidsregio	Een veiligheidsregio is een samenwerkingsverband van gemeenten in een bepaald gebied in Nederland, verantwoordelijk voor brandweerzorg,

Begrip	Uitleg
	rampenbestrijding, crisisbeheersing en geneeskundige hulpverlening, met als doel de veiligheid en zelfredzaamheid van inwoners te vergroten. Nederland is verdeeld in 25 veiligheidsregio's.
Vermiste	Een mogelijk betrokken getroffene waarnaar gezocht wordt en waarvan niet bekend is waar en in welke toestand deze zich bevindt.
Verwant	Een persoon welke een relatie heeft tot een getroffene en zelf niet betrokken is bij het incident. Het gaat hier bijvoorbeeld om een iemand met een familiaire relatie of, in afwezigheid van een familiaire relatie, een naaste eerste contactpersoon.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

Nederlands Instituut Publieke Veiligheid
Postbus 7010 | 6801 HA Arnhem
www.nipv.nl

mei 2026