



Inspectie Openbare Orde en Veiligheid  
Ministerie van Binnenlandse Zaken en  
Koninkrijksrelaties

# Poldercrash 25 februari 2009

Een onderzoek door de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid,  
in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg



# Poldercrash

## 25 februari 2009

Een onderzoek door de Inspectie  
Openbare Orde en Veiligheid,  
in samenwerking met de  
Inspectie voor de Gezondheidszorg



# Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
A Beschouwing	17
B Het onderzoek	25
C Onderzoekresultaten	35
1 Inleiding	37
2 Melding en alarmering (hoofdstructuur)	41
3 Leiding en coördinatie (hoofdstructuur)	51
4 Informatiemanagement (hoofdstructuur)	73
5 Spoedeisende Medische Hulpverlening	85
6 Psychosociale Hulpverlening	103
7 Centraal Registratie- en Informatie Bureau	109
8 Opvang en Verzorging	121
9 Communicatie	133
10 Project Nafase	145
<b>Bijlagen</b>	
I Verzoek om onderzoek door de Inspectie OOV	153
II Brief van de minister van BZK	157
III Overzicht geïnterviewden	158
IV Bij onderdelen hoofdstructuur beschikbare informatie over aantallen gewonden en doden	160
V Lijst met afkortingen	162
VI Summary (Engelse samenvatting)	164
VII Özet (Turkse samenvatting)	170

### **Onze missie**

De Inspectie OOV levert een bijdrage aan de veiligheid van de samenleving. Zij oefent daartoe toezicht uit op besturen en organisaties die verantwoordelijk zijn voor de openbare orde en veiligheid en stelt hen daarmee in staat de veiligheid te verbeteren.

De Inspectie OOV houdt, onder de verantwoordelijkheid van de ministers van BZK en van Justitie, toezicht op de kwaliteit van de taakuitvoering van zowel de verantwoordelijke bestuursorganen als de operationele diensten die op de verschillende onderdelen van het OOV-terrein actief zijn (politie, brandweer, GHOR).

De Inspectie OOV laat zich leiden door enerzijds de inschatting van maatschappelijke veiligheidsrisico's en anderzijds door de vraag waar zij met haar toezicht maximaal kan bijdragen aan het realiseren van beoogde beleidseffecten. In haar werkplannen, jaarverslagen en rapportages worden de gemaakte keuzes en gevolgde werkwijzen verantwoord.

Het oordeel van de Inspectie OOV komt onafhankelijk tot stand.

De Inspectie OOV draagt haar bevindingen actief uit. Zij geeft daarmee de ministers en de onder toezicht staande organisaties inzicht in hun bijdragen aan de kwaliteit van het veiligheidsniveau en de praktische uitwerking van het gevoerde beleid. De Inspectie OOV beoogt daarmee bij betrokkenen een oriëntatie op permanente aandacht voor verbetering tot stand te brengen.

De Inspectie OOV zoekt actief samenwerking met andere partijen van beleid, uitvoering en toezicht, zowel op het OOV-domein als op aanverwante terreinen.

De Inspectie OOV weet wat er leeft en toetst of het werkt.

# Voorwoord

Dit rapport bevat het resultaat van het onderzoek van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, naar de hulpverlening rond de crash van een toestel van Turkish Airlines op 25 februari 2009 nabij de luchthaven Schiphol. De Inspectie OOV heeft dit onderzoek verricht op verzoek van de veiligheidsregio Kennemerland en de gemeente Haarlemmermeer.

Door de medewerking van velen – in het bijzonder medewerkers van de veiligheidsregio, van de gemeente en van de betrokken ziekenhuizen – heeft de Inspectie OOV haar onderzoek in relatief korte tijd kunnen uitvoeren. Zij is allen die een bijdrage hebben geleverd aan het onderzoek erkentelijk voor hun medewerking.

Het hoofd van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid

H.J.I.M. de Rooij



# Samenvatting

## Inleiding

Op 25 februari 2009 stort rond 10.30 uur een toestel van Turkish Airlines met aan boord 135 personen kort voor de landing op Schiphol neer in een akker in de gemeente Haarlemmermeer. Bij deze crash vallen negen doden, en tientallen inzittenden raken ernstig gewond. Haarlemmermeer maakt deel uit van de veiligheidsregio Kennemerland. Gezamenlijk hebben deze regio en de gemeente de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties gevraagd de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Inspectie OOV), in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), een onderzoek te laten uitvoeren naar de hulpverlening bij dit incident om langs die weg mogelijke verbeterpunten snel in kaart te brengen. De minister heeft dit verzoek gehonoreerd.

## Onderzoek

De Inspectie OOV heeft het onderzoek naar de 'Poldercrash' uitgevoerd in de maanden april en mei 2009. Het onderzoek is gericht op de kritische processen 'Melding en alarmering', 'Leiding en coördinatie' en 'Informatiemanagement' binnen de hoofdstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie, op de GHOR-processen<sup>1</sup> 'Spoedeisende Medische Hulpverlening' en 'Psychosociale Hulpverlening', op de gemeentelijke processen CRIB<sup>2</sup>, 'Opvang en Verzorging' en 'Communicatie', en op het project Nafase. Het onderzoek betreft de periode vanaf de crash tot aan de afschaling van de rampenbestrijdingsorganisatie op 2 maart 2009.

## Beschouwing

De media hebben overwegend positief bericht over de aanpak van de Poldercrash. Het is de vraag of dit beeld op basis van de uitkomsten van dit onderzoek van de Inspectie OOV moet worden bijgesteld. Mede doordat het toestel na de crash niet in brand is gevlogen, lag de nadruk in eerste instantie op de spoedeisende medische hulpverlening aan de slachtoffers, en in de fase daarna op de gemeentelijke processen. De Inspectie OOV is daarom vooral nagegaan op de ervaringen bij de bestrijding van de Poldercrash aanleiding geven verbeterpunten te formuleren ten aanzien van de kritische processen van de hoofdstructuur, en ten

1 GHOR: Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

2 CRIB: Centraal Registratie- en Informatie Bureau.



aanzien van GHOR- en de gemeentelijke processen. De informatie die de Inspectie OOV heeft verkregen over de inzet en het optreden van de brandweer en de politie, waaronder de Koninklijke Marechaussee (KMar), levert een overwegend positief beeld op. Hetzelfde geldt voor de inzet van medewerkers van Schiphol en van vele burgers die spontaan hebben geholpen.

Het onderzoek heeft uitgewezen dat bij de drie genoemde kritische processen en bij de onderzochte GHOR- en gemeentelijke processen tal van zaken goed of zelfs zeer goed zijn gegaan. Vrijwel alle functionarissen met een rol bij de bestrijding van de crash werden snel gealarmeerd en kwamen snel op. De verschillende onderdelen van de hoofdstructuur van de rampenbestrijding, namelijk het Commando Plaats Incident, het operationele team, het beleidsteam en het Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten, konden daardoor snel met hun werkzaamheden beginnen. En door een efficiënte hulpverlening bij het toestel was het mogelijk tientallen slachtoffers snel van het rampterrein over te brengen naar een ziekenhuis. Velen hebben zich ingezet om deze slachtoffers te helpen. Medewerkers van de gemeente Haarlemmermeer hebben in de opvanglocatie en tot in de nacht op Schiphol onder lastige omstandigheden hulp geboden aan slachtoffers en verwanten. De communicatie met de media is goed verlopen en de Inspectie OOV beschouwt de wijze waarop de gemeente de Nafase heeft opgepakt als een voorbeeld voor andere gemeenten. Veel hulpverleners hebben in het kader van het onderzoek verklaard dat zij bij de bestrijding van de crash veel voordeel hebben gehad van de oefeningen waaraan zij hebben deelgenomen. De bekendheid met de procedures maar vooral ook met elkaar is van groot belang gebleken.

Aan de andere kant hebben de Inspectie OOV en de IGZ een aantal knelpunten gesignaleerd. De belangrijkste daarvan betreffen de volgende vier aspecten:

### *1. Informatiemanagement*

Binnen de veiligheidsregio is de afgelopen periode geïnvesteerd in de verbetering van het informatiemanagement. Zo zijn eind 2008 de afzonderlijke meldkamers van de politie, de brandweer en de ambulancezorg gaan samenwerken in de gemeenschappelijke meldkamer MICK<sup>3</sup> en is de functie van multidisciplinair procescoördinator geïntroduceerd. Ook bereidt de regio de invoering van een netcentrisch informatiesysteem voor. De Inspectie OOV heeft met instemming kennisgenomen van deze ontwikkelingen. Op een aantal basale punten hebben zich tijdens de bestrijding van de Poldercrash echter problemen voorgedaan. Zo waren de voorzieningen op diverse plaatsen gebrekkig en liet de techniek het op verschillende momenten afweten. Het gebruik van het communicatiesysteem C2000 verliep bepaald niet zonder problemen.

### *2. Triage en meldkamer ambulance*

Direct na de crash is vlakbij het neergestorte toestel een 'gewondennet' ingericht voor de eerste opvang van de slachtoffers en voor de eerste beoordeling van de mate waarin zij gewond waren. Deze beoordeling, de 'triage', is niet voldoende uitgevoerd. Door een te

3 MICK: Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland.

bepaalde toepassing van het protocol met richtlijnen voor triage is een aantal passagiers bestempeld als 'lichtgewond' en naar de opvanglocatie overgebracht terwijl zij vanwege de aard van hun verwondingen eigenlijk direct naar een ziekenhuis hadden moeten worden vervoerd. Na aankomst op de opvanglocatie zijn de meesten van deze passagiers alsnog met ambulances naar ziekenhuizen gebracht. Uiteindelijk hebben dertien ziekenhuizen in totaal 124 inzittenden opgevangen en behandeld. Deze ziekenhuizen hebben laten weten dat zij bij de aanvoer van gewonden een adequate coördinatie en communicatie vanuit een centraal meldkamerpunt hebben gemist.

### 3. Registratie slachtoffers

De registratie van slachtoffers verliep moeizaam, mede door het ontbreken van een eenduidige passagierslijst. De gemeente, waarbij dit proces (CRIB) is belegd, slaagde er niet in de slachtofferlijst de eerste dag compleet te krijgen en van veel inzittenden was niet bekend waar zij zich bevonden en hoe zij eraan toe waren. Nadat de KMar was bijgesproken, kwam in de nacht van 25 op 26 februari 2009 een lijst beschikbaar die voldoende op orde was om te kunnen gebruiken. Het langdurig uitblijven van een bruikbare lijst heeft bij bestuurders, operationele diensten en verwanten tot spanningen geleid. Het registratieproces is ernstig bemoeilijkt doordat een aantal slachtoffers zich direct na de crash op eigen kracht van de ramplocatie heeft verwijderd, doordat er nauwelijks registratie heeft plaatsgevonden van slachtoffers die vanaf het rampterrein naar ziekenhuizen zijn overgebracht en doordat het gemeentelijke registratieproces in de opvanglocatie abrupt is beëindigd.

### 4. Gemeentelijke plannen

In de draaiboeken en deelplannen van de gemeente Haarlemmermeer voor de processen CRIB, Opvang en Verzorging en Communicatie zijn niet alle aspecten voldoende uitgewerkt. Zo wordt in het draaiboek Opvang en Verzorging geen aandacht besteed aan de opvang van verwanten en ontbreekt in het draaiboek CRIB aandacht voor de rol van de GHOR bij het registratieproces. En de informatieverstrekking aan nabestaanden is niet helder geregeld in de gemeentelijke plannen.

Ondanks de gesignaleerde knelpunten en tekortkomingen is de Inspectie OOV, alles bijeengenomen, van oordeel dat de bestrijding van de Poldercrash zeker een voldoende verdient. Zij heeft daarbij ook de opvattingen en ervaringen van slachtoffers van de crash laten meewegen.

Wat betreft de vraag of de regio goed was voorbereid op een dergelijke ramp, heeft de Inspectie OOV vastgesteld dat de planvorming van de regio geen ernstige hiaten kent en dat binnen de regio met regelmaat is geoefend. Met uitzondering van het informatiemanagement zijn de kritische processen binnen de hoofdstructuur over het algemeen ook goed verlopen. Daarom beantwoordt de Inspectie OOV deze vraag positief. Zij merkt daarbij echter wel op dat de planvorming van de gemeente Haarlemmermeer op verschillende belangrijke punten moet worden verbeterd.

## De processen afzonderlijk bekeken

Deel C van dit rapport bevat een meer gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksresultaten voor elk van de onderzochte processen.

### 1. Kritische processen hoofdstructuur

Bij het proces ‘melding en alarmering’ hebben zich over het algemeen weinig problemen voorgedaan. Een opvallend punt is wel dat er eerst enige verwarring heeft bestaan over het toe te passen crisisbestrijdingsplan. Aanvankelijk is ervan uitgegaan dat het toestel was neergestort binnen het werkingsgebied van het Crisisbestrijdingsplan Schiphol (CBP-S). Later bleek het toestel daar net buiten te liggen. Een en ander heeft echter geen nadelige gevolgen gehad voor de opschaling van de rampenbestrijdingsorganisatie.

Wat betreft het proces ‘leiding en coördinatie’ is de Inspectie OOV nagegaan op welke wijze de meldkamer, het CoPI<sup>4</sup>, het OT<sup>5</sup>, het BT<sup>6</sup>, en het CGD<sup>7</sup> tijdens de bestrijding van het incident invulling hebben gegeven aan hun leidinggevende en coördinerende taken. Voor de gemeenschappelijke meldkamer MICK was de Poldercrash het eerste grote incident. Tijdens het incident richtten de centralisten van de drie disciplines zich vooral op de eigen discipline en zij misten een gemeenschappelijk beeld van het incident.

De leider van het CoPI noemt de Poldercrash een ‘statisch incident’. Het CoPI heeft zijn werkzaamheden op het rampterrein goed kunnen uitvoeren. Omstanders en omwonenden hebben daarbij hulp geboden. Wel is het CoPI onder meer geconfronteerd geweest met onderzoekers die zonder zich aan te melden het rampterrein wilden betreden. Dat heeft tot irritatie bij hulpverleners geleid.

Doordat de acute hulpfase snel voorbij was, kwam de prioriteit van het OT snel te liggen op het op orde krijgen van de passagierslijst. Daarmee was uiteindelijk veel meer tijd gemoeid dan was voorzien. In dit verband zijn te optimistische inschattingen gemaakt, die later negatief hebben doorgewerkt.

Het BT heeft de (bestuurlijke) rol gespeeld die het moest spelen. Het BT heeft al op de dag van de crash besloten om snel te starten met de ‘nafase’. Daardoor was de gemeente goed voorbereid op ontwikkelingen daarna. Ook voor het BT vormde het op orde krijgen van de passagierslijst een knelpunt.

Het CGD had tijdens de incidentbestrijding een slechte informatiepositie en kon daardoor de gemeentelijke actiecentra niet van de benodigde informatie voorzien. De Inspectie OOV benadrukt dat de informatiepositie van het CGD sterk moet worden verbeterd wil het CGD zijn eigen rol in de toekomst goed kunnen invullen.

4 CoPI: Commando Plaats Incident.

5 OT: operationeel team.

6 BT: beleidsteam.

7 CGD: Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten

Op het punt van 'informatiemanagement' heeft de Inspectie OOV, zoals hiervoor al aangegeven, onder andere vastgesteld dat het systeem C2000 op de dag van de crash bepaald niet zonder problemen heeft gefunctioneerd. Gezien het belang van dit systeem in de acute fase van een ramp vindt zij het van belang dat die problemen worden opgelost. De tijdens de Poldercrash gehanteerde werkwijze, waarbij informatie in bilaterale contacten wordt uitgewisseld, heeft onder andere het risico van het onvolledig of vervormd weergeven van beschikbare informatie in alle schakels van de keten. Uit een analyse van gegevens die bij de verschillende onderdelen beschikbaar waren over de aantallen gewonden en doden blijkt dat die onderdelen daarover inderdaad uiteenlopende beelden hadden. Verder is onder meer gebleken dat de voorzieningen op Triport (Schiphol), waar het OT en het BT bijeen waren, in verschillende opzichten te wensen overlieten. Ook maakt de Inspectie OOV een aantal kanttekeningen bij de informatie-uitwisseling tussen de teams van de hoofdstructuur. De Inspectie OOV verwacht dat de invoering van 'netcentrisch werken' binnen de regio ten goede zal komen aan de kwaliteit van het integrale informatiemanagement.

## 2. GHOR-processen

Wat betreft het proces 'Spoedeisende Medische Hulpverlening' hebben de Inspectie OOV en de IGZ vastgesteld dat vele ambulances snel ter plaatse zijn gekomen en dat de hulpverleners op het rampterrein een enorme prestatie hebben neergezet door in relatief korte tijd vele tientallen slachtoffers te behandelen en te vervoeren naar ziekenhuizen. Na triage op het rampterrein is een deel van de inzittenden voor opvang overgebracht naar sportcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp. Twee artsen stelden in de Wildenhorst echter vast dat zich onder deze inzittenden ook ernstig gewonden bevonden, en zij besloten dat alle passagiers alsnog met spoed naar een ziekenhuis moesten worden vervoerd voor onderzoek en/of behandeling. Van de 42 personen die vanuit de opvanglocatie naar een ziekenhuis zijn vervoerd, werden er twee als T-1 (ernstig gewond; binnen een uur stabiliseren en naar het ziekenhuis) en zeventien als T-2 (gewond; binnen zes uur naar het ziekenhuis) aangemerkt. Achteraf hebben leidinggevenden van de GHOR vastgesteld dat de toepasselijke richtlijnen voor triage onvoldoende zijn toegepast. De Inspectie OOV vindt het opmerkelijk dat de besluitvorming over het alsnog overbrengen van al deze passagiers naar een ziekenhuis geheel buiten het BT om heeft plaatsgevonden. Voorts deed zich een knelpunt voor bij de meldkamer ambulancezorg Kennemerland. De betrokken ziekenhuizen hebben een gebrek aan eenduidig overzicht en coördinatie ervaren in hun contacten met deze meldkamer. Van een gecoördineerd en gestructureerd optreden vanuit de commandolijn was volgens hen geen sprake. Ook de registratie van slachtoffers die naar ziekenhuizen werden overgebracht, verliep problematisch, onder andere doordat men op het rampterrein nauwelijks gebruik maakte van gewondenregistratiekaarten. Mede daardoor duurde het een aantal dagen voordat een volledig patiëntenoverzicht beschikbaar was.

Het proces 'Psychosociale Hulpverlening' (PSH) kon in de acute fase van de ramp nauwelijks inhoud krijgen doordat de inzittenden van het toestel die naar de opvanglocatie waren overgebracht bijna allen alsnog naar een ziekenhuis werden vervoerd. De PSH-medewerkers die naar de opvanglocatie waren gekomen, hadden daardoor op dat moment geen taak meer. In de nafaase hebben er wel veel PSH-activiteiten plaatsgevonden.

### 3. Gemeentelijke processen

Het proces 'CRIB', dat is gericht op de verzameling en registratie van informatie over slachtoffers en op de verstrekking van informatie over slachtoffers aan belanghebbenden, is bij de Poldercrash moeizaam verlopen. Het heeft bijna drie dagen geduurd voordat de lijst met informatie over de passagiers compleet was. Uiteindelijk heeft de KMar een belangrijke bijdrage geleverd aan het registratieproces. De Inspectie OOV is van mening dat de planvorming op dit punt kan worden verbeterd door ook de rol van de KMar/politie en de GHOR bij het registratieproces te beschrijven.

De medewerkers van het proces 'Opvang en Verzorging' zijn, net als de CRIB-medewerkers, overvallen door het besluit om de slachtoffers die voor opvang naar de Wildenhorst zijn gebracht alsnog met spoed naar het ziekenhuis te vervoeren. De voorbereide opvang is daardoor abrupt afgebroken. Medewerkers van het proces Opvang en Verzorging hadden in de avond een onduidelijke taak bij de opvang van verwanten die dan vanuit Turkije op Schiphol aankwamen. De problematiek rond het op orde krijgen van de passagierslijst maakte hun taak extra lastig. Daar komt nog bij dat niet goed was afgesproken wie de nabestaanden van de dodelijke slachtoffers diende te informeren.

Het proces 'Communicatie' heeft gedurende de incidentbestrijding de verwachte resultaten opgeleverd en de publiciteit rond de rampbestrijding is positief verlopen. Wel stelt de Inspectie OOV vast dat het heeft ontbroken aan goede afspraken over afstemming, aansturing en terugkoppeling tussen het BT, het OT en het voorlichtingsteam. Daarnaast is opgevallen dat het voorlichtingsteam, dat een coördinerende rol heeft, uitvoerende taken heeft verricht die volgens de planvorming tot het takenpakket van het Lokaal Steunpunt Communicatie behoorden. En op het punt van informatiemanagement heeft het in de betreffende ruimte op Schiphol ontbroken aan een aantal voorzieningen.

### Project Nafase

Op verzoek van het BT heeft de gemeente Haarlemmermeer al op de dag van de crash een concept plan van aanpak opgesteld voor de nafase. Dit plan beschrijft vijftien deelprojecten. Door deze aanpak waren alle diensten goed voorbereid op hun taken, en is de overdracht van lopende activiteiten van de crisisorganisatie naar de projectorganisatie Nafase soepel verlopen. De Inspectie OOV heeft veel waardering voor deze proactieve aanpak.

## Aandachtspunten

Uit het verzoek van de veiligheidsregio en van de gemeente om de Inspectie OOV de Poldercrash te laten onderzoeken om langs die weg op korte termijn mogelijke verbeterpunten boven water te krijgen, blijkt dat de regio en de gemeente openstaan voor suggesties voor verbetering. Dit onderzoek heeft tot een aantal van dergelijke suggesties geleid. De Inspectie OOV heeft deze als 'aandachtspunten' geformuleerd. Zij zijn – in steekwoorden – opgenomen in het overzicht op de volgende twee bladzijden. De Inspectie OOV en de IGZ gaan ervan uit dat niet alleen de veiligheidsregio Kennemerland en de gemeente Haarlemmermeer, maar ook andere veiligheidsregio's en gemeenten hun voordeel zullen doen met die suggesties.

## Overzicht aandachtspunten

Aandachtspunt	VRK	Haarlemmermeer	GHOR	Bijzonderheden
<b>Melding en alarmering</b>				
Overzichtelijkheid en beschikbaarheid cruciale GMS-gegevens	x			
Afspraken over 'grensincidenten' (Automatische) koppeling VOS aan GRIP	x			Met Amsterdam Airport Schiphol
Afspraken MICK en LMAZ	x			Met LMAZ
<b>Leiding en coördinatie</b>				
Multidisciplinair optreden meldkamer	x			
Rol informatiemanager op meldkamer	x			
Visuele weergave informatie op meldkamer	x			
Verbetering technische voorzieningen CoPI voor informatie-management	x			
Afspraken toegang derden tot rampenterrein	x			Met Onderzoeksraad voor Veiligheid
Verbetering voorzieningen in OT-ruimte op Schiphol	x			Met Amsterdam Airport Schiphol
Verbetering planning uitvoering door OT van BT-opdrachten	x			
Adequate aflossing leden OT borgen	x			
Positionering en rol CGD heroverwegen	x	x		
Verbetering informatiepositie CGD	x	x		
<b>Informatiemanagement</b>				
Aanpak problemen met systeem C2000	x		x	
Invoeren eenduidige systematiek voor delen van informatie	x			
Informatiemanagers binnen alle teams van hoofdstructuur	x			
<b>Spoedeisende Medische Hulpverlening</b>				
Implementatie Octopus op MICK/MKA	x		x	Alternatief: inschakeling LMAZ
Verbetering coördinatie inzet ambulance en spreiding gewonden	x		x	
Systeem van triage voor slachtoffers verder ontwikkelen			x	
Uitwerking gewondenregistratiesysteem en afspraken over inzet van calamiteitenhospitaal			x	Met het calamiteitenhospitaal
<b>Centraal Registratie- en Informatie Bureau (CRIB)</b>				
Taken, verantwoordelijkheden en rol van alle partijen in draaiboek vastleggen		x		
Aanpassing deelplan voor wat betreft rol Rode Kruis		x		
Afstemming registratie-activiteiten met verschillende partijen		x		Met GHOR en politie/KMar
Verbetering afstemming tussen callcenter en centraal CRIB-Bureau		x		
Afspraken met consulaten		x		Met consulaten
<b>Opvang en Verzorging</b>				
Opvang verwanten uitwerken in planvorming		x		
Informatieverstrekking aan verwanten van overledenen in planvorming uitwerken		x		Met politie/KMar
Alarmering Rode Kruis goed beschrijven in planvorming en beoefenen		x		Met Rode Kruis
<b>Communicatie</b>				
Aanpassing en beoefening taken en rollen binnen het proces		x		Met de VRK
Toereikende voorzieningen voor proces Communicatie op Schiphol		x		Met Amsterdam Airport Schiphol
Verbetering communicatielijntussen het LSC en het Voorlichtings-team en BT	x	x		
<b>Nafase</b>				
Verankering 'breed' plan van aanpak voor nafase in planvorming		x		'Good Practice'
Voortzetting hulp aan slachtoffers		x		Met GHOR (PSH)

A



Schiphol



# Beschouwing

Op 25 februari 2009 overkomt de veiligheidsregio Kennemerland (VRK) en de gemeente Haarlemmermeer een vliegtuigongeval. Gezien de nabijheid van de luchthaven Schiphol is een dergelijke gebeurtenis niet geheel onvoorspelbaar, maar zoals bij de meeste rampen vindt deze onverwacht plaats. Gedurende langere tijd trekt dit incident, de 'Poldercrash', een zware wissel op de regio en de gemeente. Op verzoek van de regio en de gemeente heeft de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Inspectie OOV), in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), een aantal aspecten van de bestrijding van dit incident onderzocht. Het resultaat daarvan staat in deel C van dit rapport.



Het beeld dat in de media over de bestrijding van de ramp is geschetst, is overwegend positief. Zo staat in een redactioneel commentaar in NRC Next van 27 februari 2009 onder de kop 'Geen ramp na de ramp' dat Kennemerland in 2006 nog 'de zwakste veiligheidsregio van het land' was, en dat dat 'net op tijd is verbeterd'. De voor de hand liggende vraag is of dit overwegend positieve beeld na het onderzoek van de Inspectie OOV en de IGZ bijstelling behoeft.

Dit rapport bevat tal van voorbeelden van zaken die goed zijn gegaan, en van punten waarop zelfs buitengewoon goed is gepresteerd. Voorbeelden daarvan zijn de snelle alarmering en opkomst van vrijwel alle functionarissen met een rol bij de rampenbestrijding en de snelle overbrenging van tientallen slachtoffers naar verschillende ziekenhuizen. Daarnaast zijn de inspecties getroffen door de voorbeeldige inzet van veel hulpverleners. Onder meer doelen zij dan op de vele hulpverleners in de verschillende ziekenhuizen en de medewerkers van de actiecentra CRIB<sup>8</sup> en Opvang en Verzorging die niet alleen 's middags in de opvanglocatie in Badhoevedorp maar ook tot in de nacht op Westpoint (Schiphol) onder lastige omstandigheden zo goed mogelijk hulp hebben geboden. De communicatie met de media is goed verlopen en de Inspectie OOV beschouwt het opgezette project Nafase van de gemeente Haarlemmermeer zelfs als een aanpak die elke gemeente in haar planvorming zou moeten opnemen.

Het onderzoek heeft zich geconcentreerd op de kritische processen van de hoofdstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie en op de GHOR<sup>9</sup> - en de gemeentelijke processen. Mede doordat het toestel niet in brand is gevlogen, werd het voornamelijk een 'witte ramp', met na de acute fase veel nadruk op gemeentelijke processen. De taakuitvoering door de 'blauwe kolom' (politie) en de 'rode kolom' (brandweer) is door de inspecties slechts zijdelings bekeken. De informatie die de inspecties tijdens hun onderzoek hebben ontvangen over de inzet van de brandweer en de politie, waaronder begrepen de Koninklijke Marechaussee (KMar), geeft een overwegend positief beeld. Hetzelfde geldt voor de inzet van medewerkers van Schiphol. Ten slotte hebben ook vele burgers zich van hun beste kant laten zien.

Tegelijkertijd hebben de beide inspecties in dit rapport een fors aantal aandachtspunten geformuleerd. Al deze aandachtspunten zijn terug te voeren op knelpunten bij de bestrijding van de Poldercrash. Sommige betreffen de planvorming, andere de uitvoering van plannen. En niet alle geconstateerde knelpunten wegen even zwaar.

Iedere ramp is weer anders en alleen daarom al is de bestrijding van een ramp niet volledig in plannen te vangen. Er zullen zich altijd onvoorziene omstandigheden voordoen die dwingen tot improvisaties. Een duidelijk voorbeeld daarvan bij de Poldercrash is de

8 CRIB: Centraal Registratie- en Informatie Bureau.

9 GHOR: Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

vaststelling door twee artsen dat de ‘ongedeerde’ passagiers die naar de opvanglocatie zijn overgebracht allen alsnog onmiddellijk naar een ziekenhuis moeten. De op die locatie voorbereide gemeentelijke processen CRIB en Opvang en Verzorging vallen daarmee grotendeels in het water, en ook aan psychosociale hulpverlening kort na de crash kan daardoor nauwelijks invulling worden gegeven. Het komt in dergelijke situaties aan op het vermogen van de verantwoordelijke organisaties en hulpverleners om datgene te doen wat op dat moment het beste is, maar om tegelijkertijd zoveel mogelijk vast te houden aan de vastgestelde structuur. Een en ander laat uiteraard onverlet dat planvorming een essentieel aspect vormt van een adequate bestrijding van een ramp.

Een ander cruciaal aspect van de voorbereiding op de bestrijding van rampen is opleiding en oefening, op bestuurlijk en op operationeel niveau, en zowel mono- als multidisciplinair. Het is de Inspectie OOV opgevallen dat veel hulpverleners – in de ruimste betekenis van het woord – tijdens interviews hebben verteld dat zij bij de Poldercrash veel voordeel hebben gehad van de oefeningen waaraan zij hebben deelgenomen. Daardoor kenden zij de procedures maar vooral kenden zij ook hun partners bij de rampbestrijding. Die bekendheid met elkaar is veelvuldig genoemd als succesfactor.

Terugkijkend naar de gebeurtenissen rond de Poldercrash constateren de Inspectie OOV en de IGZ vier serieuze knelpunten.

## 1 Informatiemanagement

Dat ook bij de bestrijding van de Poldercrash knelpunten naar boven zijn gekomen bij het kritische proces ‘informatiemanagement’ hoeft op zichzelf geen verbazing te wekken. In haar rapport naar aanleiding van het project Territoriale Congruentie<sup>10</sup> van juni 2008 heeft de Inspectie OOV op dit terrein twee leermomenten geformuleerd. Uit het onderzoek naar de Poldercrash is gebleken dat de VRK deze leermomenten ter harte heeft genomen en bezig is met de implementatie van verbeteringen. Zo wordt de invoering van een netcentrisch informatiesysteem voorbereid. Een belangrijke verbetering in dit verband is ook de invoering eind 2008 van een gemeenschappelijke meldkamer van de politie, de brandweer en de ambulancezorg, en tegelijkertijd de introductie van de multidisciplinaire procescoördinator. De Inspectie OOV heeft daar met instemming kennis van genomen, maar wijst erop dat een en ander bij de bestrijding van de Poldercrash nog in ontwikkeling was. Het is haar echter wel opgevallen dat zich op een aantal basale punten problemen hebben voorgedaan. Zo waren de voorzieningen in de OT-ruimte<sup>11</sup> op Schiphol verre van optimaal en dienden de medewerkers van de sectie Informatiemanagement hun werkzaamheden gedurende de eerste uren vanuit een andere ruimte in Triport te verrichten, met alle nadelen van dien.

<sup>10</sup> Zie paragraaf 3 van deel B van dit rapport.

<sup>11</sup> OT: operationeel team.

Bovendien heeft de techniek het op verschillende momenten laten afweten. Zo waren er serieuze problemen met het communicatiesysteem C2000. Het proces informatiemanagement is door dit alles ernstig gehinderd. De Inspectie OOV merkt in dit verband overigens op dat dit proces in haar RADAR-onderzoek<sup>12</sup> over het algemeen 'slecht scoort'. In haar tussenrapportage 'Rampenbestrijding op Orde' van januari 2009 heeft zij zich somber uitgelaten over het tempo waarin de regio's op dit punt vorderingen maken.

## 2 Triage en meldkamer ambulance

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de triage in het gewondennest nabij het neergestorte toestel niet voldoende is uitgevoerd. Het toepasselijke protocol is te beperkt toegepast waardoor een aantal passagiers is bestempeld als 'lichtgewond' en naar de opvanglocatie is gebracht. Het ging echter, in ieder geval voor een deel, om gewonden die eigenlijk direct naar een ziekenhuis hadden moeten worden overgebracht. Twee artsen in de opvanglocatie hebben ervoor gezorgd dat dat alsnog is gebeurd. Daar komt nog bij dat de betrokken ziekenhuizen bij de aanvoer van gewonden een adequate coördinatie en communicatie vanuit een centraal meldkamerpunt volledig hebben gemist.

## 3 Registratie van slachtoffers

Gedurende een aantal dagen heeft de registratie van slachtoffers een belangrijk knelpunt gevormd. Het registratieproces (proces CRIB) is belegd bij de gemeente. Mede door het ontbreken van een eenduidige passagierslijst slaagde de gemeente er niet in de slachtofferlijst de eerste dag compleet te krijgen. Van veel passagiers wist de gemeente niet waar zij zich bevonden en hoe zij eraan toe waren. Verwanten die op zoek waren naar familieleden bleven in het ongewisse over hun toestand of hun verblijfplaats. De KMar heeft de uitvoering van het proces gedeeltelijk overgenomen van de gemeente en in de nacht van woens-

GHOR: de KMar had doorgegeven dat er een Amerikaanse passagier uit het vliegtuig op de Oudezijds Voorburgwal te Amsterdam is opgedoken. Hij was in het bezit van zijn ID-nummer. Het gaat om (...), Amerikaan. Hij had zich eerder gemeld bij het (...)ziekenhuis en gezegd dat hij passagier uit het vliegtuig was. In het ziekenhuis werd gedacht dat hij gratis hulp wilde hebben; hij kon niet 250 euro betalen en werd op straat gezet. GHOR heeft betrokkene in nauwe samenwerking met KMar in de GHOR-regio geplaatst. Hij is medisch gezien in het Spaarneziekenhuis en heeft daarna onderdak gekregen in Crown Plaza hotel in Hoofddorp. Hij had zelf ook een hotel gereserveerd<sup>13</sup>.

12 Door middel van haar onderzoek RADAR verricht de Inspectie OOV systematisch onderzoek naar de voorbereiding van de veiligheidsregio's op rampen.

13 Passage uit het verslag van de OT-vergadering van vrijdag 27 februari 2009, 08.10 uur.

dag 25 februari op donderdag 26 februari kreeg zij de lijst voldoende op orde om die te kunnen gebruiken. Het langdurig uitblijven van een bruikbare lijst heeft op veel plaatsen, zowel bij bestuurders en operationele diensten als bij verwanten, tot spanningen geleid. En slachtoffers van de crash hebben daardoor extra lang moeten wachten op hereniging met hun verwanten. Volgens de Inspectie OOV en de IGZ hebben verschillende factoren dit registratieproces ernstig bemoeilijkt. Om te beginnen hebben verschillende passagiers zich direct na de crash op eigen kracht van de ramplocatie verwijderd zonder dat zij door een van de hulpdiensten zijn geregistreerd.

Het traceren van deze personen vergt, indien zij zich niet zelf melden, recherchewerk waarvoor ambtenaren van de gemeente niet zijn opgeleid. Daarnaast heeft nauwelijks registratie plaatsgevonden van slachtoffers die van het rampterrein naar ziekenhuizen zijn overgebracht en is er niet gewerkt met gewondenregistratiekaarten. Het is een enorme klus gebleken om later bij de ziekenhuizen de gewenste informatie te vergaren. Ten slotte is het voorbereide registratieproces in de opvanglocatie de Wildenhorst in Badhoevedorp abrupt beëindigd na het besluit om alle passagiers die daarnaar waren overgebracht alsnog per ambulance naar ziekenhuizen te vervoeren. De medewerkers van het proces CRIB stonden voor een bijna onmogelijke opdracht.

## 4 Gemeentelijke plannen

Voor de verschillende gemeentelijke processen bestaan draaiboeken en deelplannen. Uit het onderzoek naar de processen CRIB, Opvang en Verzorging en Communicatie is naar voren gekomen dat nog niet alle aspecten voldoende zijn uitgewerkt in de planvorming. Een voorbeeld is het ontbreken van aandacht voor de opvang van verwanten van slachtoffers in het draaiboek Opvang en Verzorging. In het draaiboek CRIB ontbreekt aandacht voor de rollen van de GHOR en de KMar bij het registratieproces, en voor de afstemming tussen de verschillende partijen. Daarnaast zijn de informatieverstrekking aan nabestaanden en de positionering van het telefoonteam/call-centre in de gemeentelijke crisisorganisatie niet helder geregeld in de plannen. Dit soort hiaten in de plannen heeft op verschillende momenten bij verschillende functionarissen tot onduidelijkheden, ergernissen en frustraties geleid. In dit opzicht valt er dan ook winst te boeken.

Uit het onderzoek zijn naast deze vier knelpunten nog andere punten naar voren gekomen waarop verbetering mogelijk is. Daarmee is echter niet gezegd dat de bestrijding van de Poldercrash onder de maat was. Het geheel overziend is de Inspectie OOV van oordeel dat de bestrijding van de Poldercrash, ondanks de gesignaleerde knelpunten en tekortkomingen, zeker een voldoende verdient. In dit verband is van belang dat ook degenen om wie het bij de bestrijding van een incident primair gaat, de slachtoffers, zich daarover overwegend positief hebben getoond. De Inspectie OOV beantwoordt de eerste hoofdvraag van de regio en de gemeente, of de rampenbestrijding van de Poldercrash adequaat is verlopen, dan ook positief.

De tweede hoofdvraag luidt of de regio goed voorbereid is geweest op een dergelijke ramp. De Inspectie OOV heeft in de planvorming van de regio geen ernstige hiaten ontdekt. Bovendien is gebleken dat binnen de regio met regelmaat is geoefend en dat de kritische processen van de operationele hoofdstructuur, met uitzondering van het informatiemanagement, over het algemeen goed zijn verlopen. Ondanks de vele kanttekeningen die in dit rapport zijn gemaakt, beantwoordt de Inspectie OOV ook deze tweede vraag positief. Wat betreft de gemeente Haarlemmermeer is de Inspectie OOV op enkele onderdelen kritischer. Haar planvorming behoeft op een aantal belangrijke punten verbetering.

De VRK en de gemeente hebben om dit inspectie-onderzoek verzocht om op korte termijn mogelijke verbeterpunten naar aanleiding van de Poldercrash boven water te krijgen. Uit hun verzoek om onderzoek door de Inspectie OOV, in samenwerking met de IGZ, blijkt dat de regio en de gemeente openstaan voor suggesties voor verbetering. Dat het gaat om lerende organisaties blijkt ook uit het feit dat naar aanleiding van de concept-versie van dit rapport de regio samen met de KMar een onderzoek is gestart naar de voorzieningen in de OT-ruimte op Schiphol, en de gemeente een inventarisatie uitvoert van de knelpunten en van alle betrokken partijen bij het registratieproces.

Deel C van dit rapport bevat een fors aantal suggesties voor verbeteringen. De inspecties hebben daarbij gekozen voor de formulering van 'aandachtspunten'. Zij gaan er, gezien de open houding van de VRK en de gemeente, van uit dat beide organisaties de geformuleerde aandachtspunten serieus zullen nemen. De inspecties hebben deze aandachtspunten bewust ook ruim geformuleerd omdat zij zeker niet uitsluiten dat ook andere veiligheidsregio's en gemeenten daar hun voordeel mee kunnen doen.

Ten slotte vraagt de Inspectie OOV nog aandacht voor de slachtoffers van de crash. In het project Nafase is – terecht – voorzien in langlopende hulp, op psychosociaal en op materieel terrein, aan degenen die de crash hebben overleefd en aan de nabestaanden van de dodelijke slachtoffers. De Inspectie OOV gaat ervan uit dat de gemeente, in samenwerking met onder anderen psychosociale hulpverleners, de op dit punt gewekte verwachtingen zal waarmaken. Op die manier kan zij eraan bijdragen dat ook op termijn 'individuele rampen' na de ramp worden voorkomen.



B



Het onderzoek



## 1 Introductie

Brandweer: Met de brandweer.  
Melder: Goedemiddag, goedemorgen. U spreekt met (...), d'r is een vliegtuig neergestort!  
Langs de A9.  
AC: Een vliegtuig neergestort langs de A9?  
Melder: Echt, dit is geen geintje, u kunt m'n nummer krijgen, alles.  
AC: Ja, wat is er gebeurd?  
Melder: Een vliegtuig, een toestel, wat gaat landen da's in de wei net neergestort.  
AC: Oké, we gaan actie ondernemen.  
(...)  
AC: Met de brandweer.  
Melder: Ja, hallo. D'r is een vliegtuig net gecrasht.  
AC: Waar?  
Melder: Langs de A2, nee A12. Hij wou net gaan landen, Turkish Airlines. Kijken!  
AC: Dank je wel, we gaan actie ondernemen<sup>14</sup>.

Op 25 februari 2009 stort nabij de Polderbaan van de luchthaven Schiphol een toestel van Turkish Airlines neer. Op verzoek van de veiligheidsregio Kennemerland en de gemeente Haarlemmermeer heeft de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Inspectie OOV) van het ministerie van Binnenlandse Zaken (BZK), in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de hulpverlening bij deze vliegcrash op hoofdlijnen onderzocht. Dit rapport bevat het resultaat daarvan.

## 2 De crash

Een Boeing 737-800 van Turkish Airlines vertrekt op de ochtend van 25 februari 2009 uit Istanbul, Turkije, met bestemming Schiphol. Het gaat om vlucht TK 1951, en de verwachte aankomsttijd op Schiphol is 10.40 uur. Aan boord bevinden zich 128 passagiers en 7 bemanningsleden. De meeste passagiers hebben de Turkse of de Nederlandse nationaliteit, maar daarnaast zijn er personen met nog tien andere nationaliteiten aan boord. Kort voor de landing op de Polderbaan verliest het toestel snel veel hoogte, en rond 10.30 uur stort het neer in een akker, op minder dan twee kilometer afstand van de Polderbaan. Direct na het neerstorten breekt het toestel in twee stukken. Ook het staartstuk en de motoren breken af. Er breekt geen brand uit en kort na de crash slagen passagiers erin een

<sup>14</sup> Transcriptie van de eerste meldingen van het neerstorten van een vliegtuig nabij Schiphol op 25 februari 2009, meldkamer veiligheidsregio Kennemerland.

nooduitgang te openen. Een aantal passagiers verlaat daarna op eigen kracht het toestel. Later op de dag wordt duidelijk dat bij de crash negen personen zijn omgekomen. Tot deze slachtoffers behoren de drie piloten en een stewardess. Van de andere inzittenden raken de meesten gewond. Enkelen zijn er slecht aan toe en een maand na de crash liggen nog vijf personen in een ziekenhuis. De media tonen direct na de crash en gedurende de eerste dagen daarna veel belangstelling. In de berichtgeving overheerst de opvatting dat de hulpverlening snel op gang is gekomen. Volgens de berichten zijn de eerste dag ongeveer 750 personen betrokken bij de hulpverlening.

Een week na de crash geeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) een persconferentie waarin zijn voorzitter de eerste conclusies over de oorzaak van de crash openbaar maakt. Een defecte radiohoogtemeter heeft in combinatie met het gebruik van het automatische besturingssysteem (de automatische piloot) tot de fatale crash geleid.

De plek waar het toestel is neergestort, behoort tot de gemeente Haarlemmermeer.

### 3 Gemeente Haarlemmermeer en veiligheidsregio Kennemerland

Bij de invoering van de politieregio's in 1993 is de gemeente Haarlemmermeer ingedeeld bij de politieregio Kennemerland. Voor wat betreft de brandweer en de GHOR<sup>15</sup> behoort Haarlemmermeer echter tot de brandweerregio Amsterdam-Amstelland. Om een einde te maken aan deze incongruentie besluit de minister van BZK in maart 2006 dat de gemeente Haarlemmermeer, inclusief de luchthaven Schiphol, voor wat betreft de brandweer en de GHOR deel zal gaan uitmaken van de veiligheidsregio Kennemerland (hierna: VRK). In verband daarmee verzoekt de minister van BZK de Inspectie OOV, die sinds 2003 systematisch onderzoek doet naar de rampenbestrijding door de veiligheidsregio's, het implementatietraject op het gebied van de voorbereiding van de rampenbestrijding te monitoren, te toetsen en de VRK waar nodig te ondersteunen. De Inspectie OOV voldoet met haar project Territoriale Congruentie aan dit verzoek. In het kader van dat project voert de Inspectie OOV in december 2006 een eerste meting uit bij de VRK. De Inspectie OOV is kritisch en betwijfelt of de rampenbestrijdingsorganisatie van de VRK adequaat kan functioneren ten tijde van een ramp op het niveau 1 van de Leidraad Maatrap. In haar voortgangsrapportage van november 2007 signaleert zij een duidelijke vooruitgang. Volgens de Inspectie OOV hebben de hulpverleningsdiensten inmiddels de organisatorische (rand)voorwaarden gecreëerd die nodig zijn om de gevolgen van het maximale scenario uit het Crisisbestrijdingsplan Schiphol, een vliegtuigcrash, in principe adequaat te kunnen bestrijden. Vooral het niveau van de planvorming is aanzienlijk toegenomen. De Inspectie OOV stelt dan ook vast dat de VRK in korte tijd grote stappen voorwaarts heeft gemaakt. Met betrekking tot de gemeentelijke processen moet er volgens de Inspectie OOV echter nog veel gebeuren.

15 GHOR: Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

Vanaf januari 2008 maakt de gemeente Haarlemmermeer deel uit van de VRK. In februari 2008 toetst de Inspectie OOV de implementatie van de voorgenomen gemeentelijke activiteiten uit 2007. Zij concludeert dat de implementatie van de planvorming in de gemeenten nog achterblijft. Zij benoemt daarbij verbeterpunten op het punt van de harmonisatie van de regionale samenwerking en de gemeentelijke crisisorganisatie, op het punt van het niveau van operationalisering van de gemeentelijke plannen, op het punt van de alarmering en opkomst van gemeentelijke functionarissen en op het punt van het kennis- en vaardigheidsniveau van de procesverantwoordelijken en hoofden actiecentrum. In maart 2008 legt de Inspectie OOV aan de VRK een rampscenario voor en beoordeelt hoe de VRK de gesimuleerde ramp, een vliegtuigcrash op een industrieterrein in de gemeente Haarlem, aanpakt. In haar afsluitende rapport van juni 2008 geeft de Inspectie OOV aan dat de bevindingen uit de simulatie het beeld bevestigen dat de VRK zich als regio in de voorafgaande periode snel heeft ontwikkeld. Zij plaatst daarbij de kanttekening dat de onderdelen van de rampenbestrijdingsorganisatie nog niet overal optimaal op elkaar aansluiten waardoor de benodigde integraliteit, met als doel het functioneren als één rampenbestrijdingsorganisatie, nog onvoldoende tot stand komt. Zowel de verschillende teams als de operationele diensten zijn volgens de Inspectie OOV nog te weinig gericht op de meerwaarde die de teams en diensten voor elkaar kunnen betekenen. Gelet op de recente afronding van de implementatie noemt de Inspectie OOV die conclusie niet verrassend.

De Inspectie OOV formuleert de volgende drie leermomenten:

*‘Ten eerste het gebrek aan structuur in de verschillende overleggen. Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van voorbereide agenda’s, standaard actielijsten en uniforme sitraps<sup>6</sup>. Dit heeft gevolgen voor het delen van gegevens, informatie en besluiten. Door dit niet in de structuur vast te leggen, is men hiervoor sterk afhankelijk van het optreden van individuele functionarissen.*

*Ten tweede de afwezigheid van een integraal informatiemanagement. Op alle locaties zijn gegevens verzameld. De huidige werkwijze voorziet er niet in dat deze gegevens op een centrale plek worden vastgelegd. Zij kunnen hierdoor onvoldoende onderling met elkaar in verband worden gebracht, waardoor een actueel, multidisciplinair en gedeeld totaalbeeld niet kan ontstaan.*

*Ten derde de gemeentelijke processen. De Inspectie OOV onderkent de recente verbeterontwikkelingen op dit gebied, maar wil op basis van de bevindingen over het functioneren van de gemeentelijke processen in de gemeente Haarlem tijdens de simulatie hier nogmaals aandacht voor vragen. De bevindingen hebben betrekking op meerdere onderdelen van het functioneren.’*

Naar aanleiding van het verzoek van de minister van BZK aan de VRK om aan te geven hoe de regio invulling zal geven aan deze leermomenten, informeert de VRK de minister bij brief van 8 december 2008 over de voorgenomen acties. In het jaarplan Multidisciplinair Opleiden, Trainen en Oefenen 2009 zijn activiteiten opgenomen op het punt van het beoefenen van vergadertechnieken, van collectieve beeld-, oordeels- en besluitvorming,

van scenario- en procesdenken, en van leiding geven aan crisisteams. Daarnaast zal in 2009 worden gestart met de methodiek netcentrisch werken, en is er per 1 januari 2009 een informatiemanager aangesteld bij de VRK. Er zal ook een adequate stafsectie Informatiemanagement worden ingericht, en er zullen werkprocessen Informatiemanagement worden herzien, opgesteld en geïmplementeerd. Wat betreft de gemeentelijke processen worden activiteiten ondernomen die zijn gericht op het borgen van de rampenbestrijdingstaken binnen de gemeenten, op het uitwerken van gemeentelijke deelplannen in procedures en afspraken binnen de gemeenten, en op het borgen van opleiden en oefenen van gemeentelijke functionarissen.

## 4 Verzoek om onderzoek door Inspectie OOV

Op de dag van de crash kondigt de voorzitter van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) aan dat de OvV op grond van de Rijkswet Onderzoeksraad voor veiligheid een onderzoek zal instellen naar de oorzaak van de crash en naar de hulpverlening.

Bij brief van 23 maart 2009 richten de VRK en de gemeente Haarlemmermeer zich tot de minister van BZK. Daarin stellen zij het volgende:

*‘De dagelijkse besturen van de gemeente Haarlemmermeer en veiligheidsregio Kennemerland hebben zich na de vliegtuigcrash beraden over de wijze waarop het onderzoek en de evaluatie van dit ongeval kunnen plaatsvinden. Naast het reeds aangekondigde onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid is er als onderdeel van het Project Nafase gezien op welke wijze een externe rapportage kan worden opgesteld met aanbevelingen die op korte termijn kunnen worden geïmplementeerd om de kwaliteit van het functioneren van de organisatie voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing te verbeteren.’*

Onder verwijzing naar de betrokkenheid van de Inspectie OOV bij de doorlichting van de veiligheidsregio's<sup>17</sup> en bij het project Territoriale Congruentie en naar de doorlooptijd van het onderzoek van de OvV<sup>18</sup> merken zij voorts op:

*‘Deze omstandigheden bieden naar onze inschatting de mogelijkheden om de lijnen van het ADR-traject door te trekken en uw Inspectie te betrekken bij het onderzoek naar en de advisering over de implementatie van mogelijke verbeterpunten naar aanleiding van het vliegtuigongeval.’*

In hun brief geven de VRK en de gemeente aan het van belang te vinden dat de Inspectie OOV het onderzoek in nauwe samenwerking met de IGZ zal uitvoeren, en dat daarbij aandacht wordt besteed aan de fasen van prehospitaal en hospitalisatie van de slachtoffers. Zij vragen de minister of de Inspectie OOV haar onderzoek vóór 1 juni 2009 kan afronden. In een bijlage bij hun brief benoemen zij de te beantwoorden hoofdvragen en de

17 Vanaf 2003 verricht de Inspectie OOV met haar project ADR (Algemene Doorlichting Rampenbestrijding) systematisch onderzoek naar de voorbereiding van de veiligheidsregio's op rampen.

18 In de Rijkswet Onderzoeksraad voor veiligheid is bepaald dat de raad ernaar streeft binnen een jaar na het betreffende voorval rapport uit te brengen.

te evalueren processen:

*‘De evaluatie zal een antwoord moeten geven op de volgende hoofdvragen:*

- 1. Is de rampenbestrijding van de Poldercrash adequaat verlopen en op welke punten zijn verbeteringen mogelijk?*
- 2. Is de Veiligheidsregio Kennemerland goed voorbereid geweest op een dergelijk ongeval en welke verbeteringen zijn nog mogelijk?*

*Mede in relatie tot de uitkomsten van de ADR is het verzoek om in de evaluatie en rapportage aandacht te besteden aan de volgende kritische processen:*

- Melding, alarmering en opschaling*
- Leiding en coördinatie en*
- (Operationeel) Informatiemanagement en de gemeentelijke processen:*
- Centrale Registratie en Informatiebureau (CRIB);*
- Opvang en verzorging en*
- Voorlichting.’*

Voorts benoemen de VRK en de gemeente Haarlemmermeer nog enkele specifieke aandachtspunten. Een daarvan betreft de totstandkoming van het gemeentelijke plan van aanpak Nafase<sup>19</sup>.

De minister van BZK laat bij brief van 2 april 2009 aan de VRK en aan de gemeente Haarlemmermeer weten dat zij instemt met hun verzoek de Inspectie OOV de evaluatie te laten uitvoeren<sup>20</sup>.

## 5 Reikwijdte onderzoek Inspectie OOV, in samenwerking met IGZ

Uit een ramp als de Poldercrash zijn lessen te trekken: wat is er goed gegaan en wat had beter gekund? Evaluaties en onderzoeken kunnen antwoorden geven op die vragen. De bestrijding van een dergelijke ramp is een complexe aangelegenheid, waarbij allerlei processen op gang komen. Met een onderzoek naar alle aspecten daarvan is vanwege de vereiste zorgvuldigheid veel tijd gemoeid. Alleen al door de gevraagde korte doorlooptijd van de evaluatie door de Inspectie OOV kan van een alles dekkend onderzoek door de Inspectie OOV geen sprake zijn. De evaluatie door de Inspectie OOV is bedoeld om de meest in het oog springende knelpunten bij de bestrijding van de Poldercrash in beeld te brengen en de VRK en de gemeente Haarlemmermeer langs die weg in de gelegenheid te stellen zo snel mogelijk te leren van de ramp. Deze evaluatie draagt daarmee het karakter van een ‘quick scan’. Dat heeft niet alleen gevolgen voor de diepgang van het onderzoek, maar ook

<sup>19</sup> De brief van de VRK en de gemeente is opgenomen als bijlage I.

<sup>20</sup> De brief van de minister is opgenomen als bijlage II.

voor de reikwijdte daarvan. De Inspectie OOV richt zich in deze evaluatie op het functioneren van de hoofdstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie, waarbij zij in het bijzonder kijkt naar de hiervoor genoemde drie 'kritische processen'<sup>21</sup>, op de GHOR-processen SMH<sup>22</sup> en PSHOR<sup>23</sup>, op de gemeentelijke processen CRIB, Opvang en Verzorging, en Communicatie, en op het gemeentelijke project Nafase. De 'brandweer- en de politieprocessen' blijven daarmee grotendeels buiten beeld, en aan het optreden van de autoriteiten en operationele diensten van Schiphol en van de Koninklijke Marechaussee (KMar) wordt beperkt aandacht besteed. De inhoud van het verzoek van de VRK en de gemeente Haarlemmermeer aan de minister, alsmede de aard van de ramp en de eerste indrukken van het verloop van de verschillende processen hebben geleid tot de keuze bepaalde processen wél en andere niet in de evaluatie te betrekken. Daarnaast is de evaluatie beperkt tot de eerste dagen na het incident. Op 2 maart 2009 is de rampenorganisatie afgeschaald. De evaluatie van de Inspectie OOV betreft de periode vanaf de crash tot aan het moment van afschaling. De nadruk ligt daarbij op de meest hectische periode, de dag van de crash.

## 6 Het project RADAR

Het project Territoriale Congruentie past in het systematische onderzoek, de ADR, dat de Inspectie OOV sinds 2003 verricht naar de mate waarin de veiligheidsregio's voldoen aan de randvoorwaarden voor adequate rampenbestrijding. De simulatie in maart 2008 in de VRK vormt het sluitstuk van het project Territoriale Congruentie maar maakt tegelijkertijd onderdeel uit van de ADR. Sinds medio 2008 verricht de Inspectie OOV dit systematische onderzoek, in enigszins aangepaste vorm, door middel van haar project RADAR<sup>24</sup>. In het kader van dit project RADAR licht de Inspectie OOV alle 25 veiligheidsregio's door. Onderdeel van deze doorlichting vormt de zogenoemde praktijktoets waarbij de regio wordt geconfronteerd met een gesimuleerd incident. In januari 2009 heeft de Inspectie OOV haar tussenrapportage 'Rampenbestrijding op Orde' opgesteld. Zij zal haar project RADAR eind 2009 afronden en daarover begin 2010 een eindrapportage uitbrengen. In die eindrapportage zal de Inspectie OOV ook aandacht besteden aan de Poldercrash.

## 7 Uitvoering onderzoek

De Inspectie OOV heeft het onderzoek naar de Poldercrash uitgevoerd in de maanden april en mei 2009. De GHOR-processen SMH en PSH heeft zij samen met de IGZ bekeken. De Inspectie OOV en de IGZ hebben zich voornamelijk gebaseerd op de documenten die de VRK en de gemeente Haarlemmermeer hun hebben toegestuurd en op de informatie die

21 Deze drie kritische processen zijn: 1. Melding en alarmering; 2. Leiding en coördinatie; 3. Informatiemanagement.

22 SMH: Spoedeisende Medische Hulpverlening.

23 PSHOR: Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

24 RADAR: RAmpebestrijding DoorlichtingsARrangement.

betrokkenen tijdens interviews hebben verstrekt<sup>25</sup>. Enkele functionarissen die waren uitgenodigd voor een interview, gaven er de voorkeur aan de Inspectie OOV inzage te geven in het verslag van het gesprek dat zij eerder met de Onderzoeksraad hadden gevoerd<sup>26</sup>. Ten behoeve van de verschillende onderzoeken hebben de gemeente Haarlemmermeer en de VRK een Project Onderzoek en Evaluatie in het leven geroepen. Het zogenoemde Onderzoek Ondersteuningsteam voert dit project uit. Alle verzoeken van de Inspectie OOV om informatie zijn via dit ondersteuningsteam gelopen. Dit team heeft ook gezorgd voor de organisatie van de interviews. Voorts hebben de inspecties informatie ingewonnen bij de ziekenhuizen die slachtoffers van de crash hebben opgevangen, alsmede bij een passagier van het gecrashte toestel en de woordvoerder van de Stichting Slachtoffers Vliegtuigramp<sup>27</sup>. De Inspectie OOV heeft het rapport op 29 mei 2009 in concept-vorm voorgelegd aan de regio en aan de gemeente, en hun de mogelijkheid geboden daarop te reageren. Op 9 juni 2009 ontving de Inspectie OOV de reactie van de regio en van de gemeente. Naar aanleiding daarvan heeft zij de tekst op een aantal punten bijgesteld. Op 12 juni 2009 ontving de Inspectie OOV nog enkele aanvullende inlichtingen van de regio en de gemeente. Ook die zijn opgenomen in dit rapport.

## 8 Onderzoekresultaten

De resultaten van het onderzoek staan in deel C van dit rapport. Na een korte inleiding (hoofdstuk 1 van deel C) gaat de Inspectie OOV in op de drie kritische processen bij de verschillende onderdelen van de hoofdstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie (hoofdstukken 2 tot en met 4). Daarna worden de twee onderzochte GHOR-processen (hoofdstukken 5 en 6) beschreven, en ten slotte de drie onderzochte gemeentelijke processen en het project Nafase (hoofdstukken 7 tot en met 10). Deze hoofdstukken bevatten een weergave van de onderzoeksbevindingen, een analyse daarvan en – in de meeste gevallen – een of meer aandachtspunten. Vanwege de samenhang tussen de verschillende processen is het onvermijdelijk dat bepaalde aspecten in meerdere hoofdstukken aan de orde komen.

Ten slotte bevat het rapport een aantal bijlagen.

25 Bijlage III bevat een overzicht van de geïnterviewde personen.

26 In bijlage III is tevens aangegeven welke functionarissen inzage hebben gegeven in het verslag van hun gesprek met de OOV als alternatief voor een interview met de Inspectie OOV.

27 Eind mei 2009 hadden ruim tachtig slachtoffers van de crash zich aangesloten bij deze stichting.







Ministerie van Binnenlandse Zaken en  
Koninkrijksrelaties

# Onderzoeksresultaten

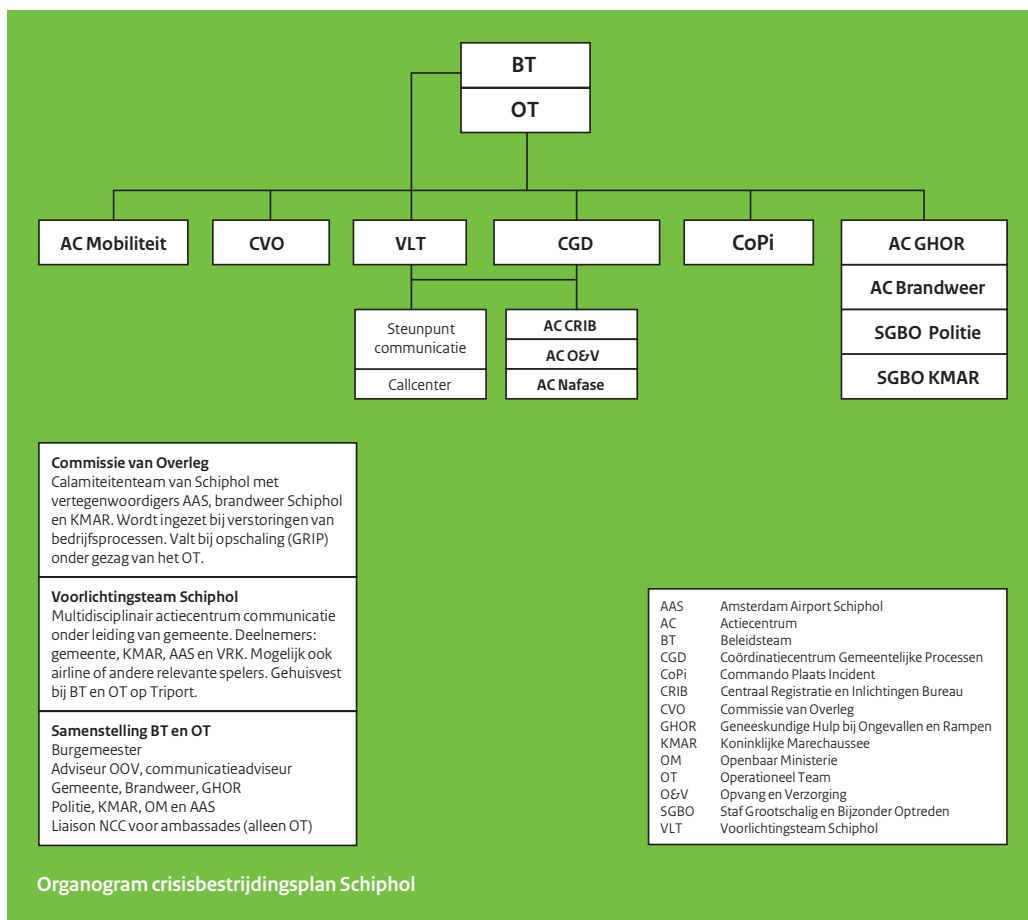


# Inleiding

Als op woensdag 25 februari 2009 rond 10.30 uur het Turkse toestel vlakbij Schiphol neerstort, komt er direct van alles in beweging. De meldkamer ontvangt meldingen, hulpverleningsdiensten worden gealarmeerd, hulpverleners spoeden zich naar de rampplek, en er wordt een regionale rampenbestrijdingsorganisatie opgetuigd. Op landelijk niveau wordt het Nationaal Crisis Centrum (NCC), onderdeel van het ministerie van BZK, geactiveerd en er vindt interdepartementaal enkele keren overleg plaats. Het Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC) van het ministerie van BZK speelt op de dag van de ramp een ondersteunende rol op onder andere het terrein van de informatievoorziening.

Vrijwel direct na de crash zijn de media op de hoogte en krijgt het nieuws van de crash wereldwijd aandacht.

De organisatie die volgens het Crisisbestrijdingsplan Schiphol moet worden opgezet, is weergegeven in het volgende organogram<sup>28</sup>.



28 Figuur ontleend aan: Magazine nationale veiligheid en crisisbeheersing van het ministerie van BZK, april 2009. De structuur van de organisatie op basis van het Crisisbestrijdingsplan Luchtvaartongevallen wijkt daar op enkele onderdelen van af. Het Crisisbestrijdingsplan Schiphol en het Crisisbestrijdingsplan Luchtvaartongevallen bevatten geen van beide een organogram.

In de volgende hoofdstukken gaan de Inspectie OOV en de IGZ in op het functioneren van een aantal onderdelen van deze organisatie. Daarbij behandelt zij eerst de drie ‘ondersteunende processen’ van de hoofdstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie:

- Melding en alarmering
- Leiding en coördinatie
- Informatiemanagement

Dit zijn de drie kritische processen die randvoorwaardelijk zijn voor een adequate bestrijding van een ramp of grootschalig incident. Ook in het kader van haar systematische doorlichting van de rampenbestrijding neemt de Inspectie OOV deze drie processen stelselmatig onder de loep.

Bij de Poldercrash ligt het zwaartepunt in eerste instantie op de verlening van acute hulp aan de slachtoffers. Daarom besteden de Inspectie OOV en de IGZ aandacht aan de twee GHOR-processen:

- Spoedeisende Medische Hulpverlening
- Psychosociale Hulpverlening

Na de acute fase van een ramp voeren gemeentelijke processen de boventoon. De Inspectie OOV gaat in de hoofdstukken 7 tot en met 10 van dit deel C in op de volgende vier gemeentelijke processen:

- Centraal Registratie en Informatie Bureau
- Opvang en Verzorging
- Communicatie
- Nafase

Uiteindelijk gaat het bij de bestrijding van een ramp primair om de hulp aan de slachtoffers van die ramp. Om een indruk te krijgen van de ervaringen van slachtoffers heeft de Inspectie OOV in het kader van dit onderzoek gesproken met een inzittende van het toestel en met de woordvoerder van de kort na de crash opgerichte Stichting Slachtoffers Vliegtuigramp. In dit deel C van het rapport komen zij aan het woord in de hoofdstukken over de Spoedeisende Medische Hulpverlening, over de Psychosociale Hulpverlening en over de Opvang en Verzorging.

2



## Melding en alarmering (hoofdstructuur)

Het doel van het proces 'melding en alarmering' is het verkrijgen van essentiële gegevens van een incident en die vertalen naar een hulp- en inzetbehoefte.

De Inspectie OOV heeft voor dit proces naar de volgende onderwerpen gekeken: melding, opschaling, alarmering en opkomst. 'Opschaling' is van belang omdat deze betrekking heeft op de opbouw van de hoofdstructuur van de rampenbestrijdingsorganisatie. 'Opkomst' betreft het tijdig op de gewenste locatie aanwezig zijn van gealarmeerde functionarissen en eenheden.



## 2.1 Bevindingen

### Melding

De veiligheidsregio Kennemerland kent vanaf eind 2008 een gemeenschappelijke meldkamer: het Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland (MICK). Het MICK is een samenwerking tussen de politie, brandweer en GGD (ambulancezorg) van Kennemerland. Voorheen was sprake van twee gescheiden meldkamers van enerzijds de politie en anderzijds de brandweer en de GGD/ambulancezorg.

Vanaf 10.27 uur komen de eerste meldingen op de meldkamer van de veiligheidsregio Kennemerland binnen<sup>29</sup>. Dit zijn meldingen van omstanders die het vliegtuig zien neerstorten. Centralisten leggen de gegevens uit de meldkamer meteen in GMS<sup>30</sup> vast. Enkele minuten na de start van het incident zijn de volgende kerngegevens over het incident ingevoerd:

- waar het vliegtuig ligt (A9, hm 42.2);
- dat er geen brand is;
- dat de eerste overlevenden uit het vliegtuig komen;
- vliegtuig ligt tussen ringvaart en A9, precies in de aanvliegroete naar de polderbaan;
- motoren liggen verderop in het veld;
- nooddeuren zijn open;
- 127 pax (passagiers) en 7 crew;
- vluchtnummer TK 1951;
- toestel in drie delen, staartstuk ligt hier dwars op;
- slachtoffers lopen naar boerderij Kromme Spieringweg 74.

Het hoofd MICK geeft aan dat de in GMS verwerkte gegevens niet altijd worden gelezen door de andere centralisten. Deze hebben het in eerste instantie druk met andere werkzaamheden zoals het alarmeren. Dit is volgens het hoofd MICK een belangrijk leerpunt. Zo is om 10.29 uur de juiste locatie verwerkt in GMS, maar wordt hier volgens het hoofd MICK overheen gelezen<sup>31</sup>.

De Multidisciplinaire Procesoördinator (MPC) geeft aan dat tijdens het incident de centralisten uiteindelijk alle binnengekomen meldingen in GMS verwerken<sup>32</sup>.

### Opschaling

#### Planvorming

Voor een vliegtuigongeval kunnen in de veiligheidsregio Kennemerland verschillende plannen van toepassing zijn. Op regionaal niveau is het Crisisplan Kennemerland (2007) vastgesteld. Elke gemeente heeft daarnaast gemeentelijke plannen, waarin gemeente-

<sup>29</sup> De klokken van de verschillende onderdelen tonen tijdsverschillen tot vier minuten.

<sup>30</sup> GMS: geïntegreerd meldkamer systeem.

<sup>31</sup> Verslag interview OVV met hoofd MICK, d.d. 13 maart 2009.

<sup>32</sup> Interview Multidisciplinaire Procesoördinator (MPC), d.d. 7 mei 2009.

specifieke elementen zijn verwerkt. Voor bedrijven en locaties binnen een gemeente die specifieke risico's lopen, geldt een apart plan.

Gezien de vele vliegbewegingen boven het grondgebied van de veiligheidsregio Kennemerland is er een Crisisbestrijdingsplan Luchtvaartongevallen (van 1 januari 2008). Dit plan heeft een werkingsgebied dat aansluit op het gebied waarvoor het Crisisbestrijdingsplan Schiphol (CBP-S, 5 december 2007) geldt. In deze plannen is beschreven hoe de rampenbestrijdingsorganisatie dient op te schalen.

De veiligheidsregio Kennemerland schaalde de rampenbestrijdingsorganisatie op volgens de GRIP-systematiek<sup>33</sup>. Bij GRIP 1 komt een Commando Plaats Incident (CoPI) op, bij GRIP 2 het regionaal operationeel team (ROT), bij GRIP 3 het beleidsteam (BT) onder voorzitterschap van de betrokken burgemeester en bij GRIP 4 het BT onder voorzitterschap van de coördinerend burgemeester.

Indien zich een incident op Schiphol voordoet, komt de Commissie van Overleg (CVO) op. Dit orgaan staat onder leiding van de 'Airport Operations Manager' (AOM). De CVO stuurt bij calamiteiten de interne diensten op Schiphol aan en heeft daarvoor vergaande bevoegdheden<sup>34</sup>. Zo kan deze in bijzondere omstandigheden besluiten de luchthavenprocessen stil te leggen. Gedurende de eerste fase na een incident, tot de regionale rampenbestrijdingsorganisatie is opgeschaald, is de CVO verantwoordelijk voor de aansturing van de eerste zaken<sup>35</sup>.

### *Uitvoering*

Zowel op de meldkamer op Schiphol als op de regionale meldkamer (MICK) komen meldingen over het incident binnen. Het MICK geeft de alarmcode 'VOS 6'. De AOM hoort via de alarmtelefoon van de verkeerstoren dat het vliegtuig van Turkish Airlines 'van de radar verdwenen is.' De AOM schat in dat er iets mis is en ook hij kondigt meteen VOS 6 af en het CBP-S wordt in werking gesteld.

*'Op Schiphol zijn wij geen vliegtuigen zomaar kwijt, er moest wel iets mis zijn'<sup>36</sup>.*

Het blijkt echter dat het toestel net buiten het werkingsgebied van het CBP-S is neergekomen. De AOM geeft aan dat hoewel hij niet exact wist waar het vliegtuig is neergekomen, het niet anders kon dat het in het verlengde van de Polderbaan was neergestort. Hij meldt in dat kader het volgende:

*'Je kunt beter groot opschalen en later, als het nodig blijkt, snel weer afschalen. Door het meteen afkondigen van VOS 6 zijn tijdig de benodigde deelprocessen gestart'<sup>37</sup>.*

33 GRIP: Gecoördineerde Regionale Incident Bestrijding Procedure.

34 Interview Airport Operations Manager, d.d. 11 mei 2009.

35 Interview Airport Operations Manager, d.d. 11 mei 2009.

36 Interview Airport Operations Manager, d.d. 11 mei 2009.

37 Interview Airport Operations Manager, d.d. 11 mei 2009.

Het hoofd MICK geeft aan dat VOS 6 is gemaakt omdat centralisten niet in GMS gelezen hebben wat de juiste locatie is. Indien zij de precieze locatie in GMS zouden hebben gelezen, zou niet het CBP-S maar het CBP-Luchtvaartongevallen in werking zijn gesteld. De verwarring over de exacte incidentlocatie – en daarmee het juiste crisisplan – speelt ook in het operationeel team en in het beleidsteam. Verschillende functionarissen geven aan dat de verwarring over de vraag welk plan van kracht is geen nadelige effecten heeft gehad<sup>38</sup>. Hoewel het nu goed is gegaan, stelt de AOM wel de vraag hoe in de toekomst moet worden omgegaan met vliegtuigincidenten vlakbij de grenzen van het werkingsgebied.

*‘Strikt genomen hoefde de calamiteitenorganisatie van Schiphol nu niet in actie te komen. Een neergestort vliegtuig net buiten het werkingsgebied is volgens het plan hetzelfde als een neergestort vliegtuig bij Maastricht. [...] Discussie over welk plan van kracht is, is in mijn beleving een potentieel risico. Je kunt niet op het moment suprême een discussie voeren, dit levert vertraging op<sup>39</sup>.’*

Om 11.33 uur wordt gemeld dat het CBP-S formeel overgaat in het CBP-Luchtvaartongevallen. De CVO schaaft vervolgens af van VOS 6 naar ‘Hulpverlening Groot’ en verricht daarna vooral ondersteunende werkzaamheden. De veiligheidsregio Kennemerland neemt de operationele leiding van het incident op zich. De AOM geeft in dit kader aan dat er geen formeel overdrachtsmoment heeft plaatsgevonden en dat hij dit een gemis vindt. Het risico hiervan is, volgens de AOM, dat zowel de CVO als de veiligheidsregio acties uitzetten die tegenstrijdig kunnen zijn.

## VOS

De alarmcode vliegtuigongeval Schiphol (VOS), geeft aan welk type vliegtuigincident zich voordoet. Er zijn zeven VOS-kwalificaties die oplopen in ernst. Aan een VOS-kwalificatie is in het Crisisbestrijdingsplan-Schiphol een GRIP-niveau gekoppeld.

VOS	Betekent	GRIP (minimaal)
1	Panpancall (storing)	0
2	Maydaycall (50 personen)	2
3	Maydaycall (50-250 personen)	2
4	Maydaycall (meer dan 250 personen)	2
5	Crash tot 50 personen	3
6	Crash 50-250 personen	3
7	Crash meer dan 250 personen	3

Aan VOS 6 is automatisch het opschalingsniveau GRIP 3 gekoppeld. Volgens het CBP-S dient de in paragraaf 2.1.1 beschreven rampenbestrijdingsorganisatie op te komen.

38 Zie bijvoorbeeld Brand&Brandweer, nummer 4, april 2009 en veiligheidsregio Kennemerland, ‘Een VRK: speciale editie Poldercrash’, maart 2009.

39 Interview Airport Operations Manager, d.d. 11 mei 2009.

In verband met mogelijke 'grensincidenten' waarbij een toestel dichtbij de grens van het werkingsgebied van het CBP-S neerkomt, heeft de stuurgroep CBP-S in 2008 opdracht gegeven aan de beheergroep CBP-S om een en ander nader uit te zoeken. De gemeente Haarlemmermeer geeft de volgende toelichting:

*'Een van de 'oplossingen' is: bij VOS wordt er gealarmeerd voor 'Crash op Schiphol', ook als vlak daarna blijkt dat het anders zit. Iedereen meldt zich op Schiphol. Ook bij 'niet Schiphol' spelen de luchthavenprocessen een grote rol. Vandaar dat ook de stuurgroep CBP-S in 2008 opdracht heeft gegeven te komen tot een nieuw scenario 'Ramp op afstand' om deze wisselwerking tussen 'lokaal incident' en 'processen op Schiphol' te beschrijven<sup>40</sup>.'*

### Alarmering

Na de eerste meldingen starten de verschillende disciplines meteen met de alarmering van de benodigde functionarissen. De politie alarmeert telefonisch, de brandweer en de meldkamer ambulancezorg<sup>41</sup> volgens protocol via GMS. In het meldkamersysteem is een standaardscenario voor VOS-alarmeringen aangemaakt waarmee automatisch de juiste functionarissen kunnen worden gealarmeerd. De centralist moet alleen handmatig het juiste GRIP-niveau in het standaardscenario aanvinken. Uit GMS-uitdraaien blijkt dat eerst de GRIP 2 alarmering is uitgegaan. De Multidisciplinaire Procescoördinator (MPC) geeft aan dat dit de onjuiste alarmering was. Zij heeft de centralisten meteen hierop gewezen en de juiste GRIP 3-alarmering doen uitgaan. De MPC geeft aan dat hierdoor de alarmering van een beperkt aantal functionarissen enkele minuten vertraging heeft opgelopen.

De MKA vraagt tijdens het incident 64 ambulances aan. Volgens het hoofd MICK vraagt de MKA hiervoor interregionale bijstand bij de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland. De meldkamer Amsterdam-Amstelland belt vervolgens met de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ) en legt het verzoek daar neer. De LMAZ neemt vervolgens contact op met de meldkamer Kennemerland om het verzoek te verifiëren.

Het hoofd MICK geeft aan dit geen wenselijke situatie te vinden. De meldkamer heeft last gehad van de LMAZ, aldus het hoofd MICK. Meerdere malen benadert de LMAZ de meldkamer met voorstellen om zaken te regelen. Deze proactieve houding is volgens het hoofd MICK tegen de afspraken en geeft alleen extra drukte op de meldkamer. De LMAZ dient volgens het hoofd MICK alleen datgene te regelen wat wordt gevraagd.

De LMAZ verwijst in dit kader echter naar samenwerkingsafspraken die in december 2007 zijn gemaakt tussen de veiligheidsregio Kennemerland en de LMAZ over de ondersteuning van de MKA bij opschaling<sup>42</sup>. Deze afspraken zijn volgens de LMAZ vastgelegd in een convenant. Bij evaluatie van dit convenant is volgens de LMAZ afgesproken dat de afspraken ongewijzigd worden gecontinueerd.

40 Gemeente Haarlemmermeer in haar reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

41 Meldkamer ambulancezorg (MKA), ook nog wel aangeduid als CPA (centrale post ambulancevervoer).

42 Rapportage hulpverlening LMAZ vliegtuigongeval 25-02-2009.

*‘De afspraken houden onder meer in, dat bij een grootschalig ongeval in de regio Kennemerland een verzoek voor ambulancebijstand via de LMAZ wordt gedaan. Daarnaast is de LMAZ op basis van deze afspraken beschikbaar voor alle overige vormen van ondersteuning van de meldkamer in een situatie van grootschalige hulpverlening<sup>43</sup>.’*

Het MICK geeft aan dat het door de LMAZ genoemde convenant nooit is getekend en dat er sprake is van mondelinge afspraken. Volgens het MICK heeft de LMAZ de regierol van het MICK sterk ondermijnd door aanbodgericht in plaats van vraaggericht te werken<sup>44</sup>.

### Opkomst

De rampenbestrijdingsorganisatie schaaft tijdens het incident op tot en met GRIP 3-niveau. Dit betekent dat de onderdelen Commando Plaats Incident (CoPI), operationeel team (OT), beleidsteam (BT) en Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten (CGD) dienen op te komen. In de planvorming zijn voor deze onderdelen opkomsttijden benoemd.

Het CoPI heeft een opkomsttijd van dertig minuten. Tijdens het incident komen de eerste eenheden snel op en starten meteen met hun werkzaamheden. Om 10.55 uur arriveert de leider CoPI. Het eerste plenaire overleg start om 11.08 uur, dit vindt in de buitenlucht plaats omdat de commandohaakarmbak (COH) nog niet ter plaatse is. De COH is om 10.30 uur gealarmeerd en komt om 11.37 uur ter plaatse<sup>45</sup>.

Het OT heeft een opkomsttijd van 45 minuten, het BT een opkomsttijd van zestig minuten. Tijdens het incident komen alle functionarissen van de beide onderdelen ruim binnen de opkomsttijd op. Het eerste plenaire overleg van het OT start rond 11.00 uur. Om 11.05 uur is het beleidsteam compleet en start het eerste plenaire overleg. Voor het CGD geldt een opkomsttijd van vijftig minuten. Ook het CGD start rond 11.00 uur, ruim binnen de opkomsttijd, met de eerste werkzaamheden.

## 2.2 Analyse

De – volgens planvorming – benodigde rampenbestrijdingsorganisatie is tijdens het incident snel opgestart en in werking. Over het algemeen zijn de meeste functionarissen en eenheden tijdig ter plaatse. De Inspectie OOV plaatst wel een kanttekening bij de opkomsttijd van de commandohaakarmbak, deze is namelijk ruim een uur na alarmering ter plaatse. Aangezien de COH een belangrijke – ondersteunende – functie heeft voor het CoPI, vindt de Inspectie OOV de opkomsttijd aan de late kant.

43 Rapportage hulpverlening LMAZ vliegtuigongeval 25-02-2009.

44 Opmerkingen MICK en GGD/GHOR/AZ in reactie op concept-rapport Inspectie OOV.

45 GMS-gegevens meldkamer veiligheidsregio Kennemerland.

Meteen na de eerste meldingen wordt de kwalificatie VOS 6 gemaakt. Het was hiermee duidelijk wat voor type incident het betrof en welke onderdelen van de rampenbestrijdingsorganisatie daarvoor dienden op te komen. Gezien het incident een vliegtuigongeval met 135 personen betrof, heeft de meldkamer met VOS 6 de juiste afroep gedaan.

In het begin is nog onduidelijk waar het vliegtuig ligt en daarmee welk crisisbestrijdingsplan formeel van kracht is. De Inspectie OOV is niet gebleken dat de aanvankelijke verwarring over de precieze plek en daarmee het toepasselijke plan, nadelige gevolgen heeft gehad voor de opschaling van de rampenbestrijdingsorganisatie. Betrokkenen geven aan dat onderdelen van beide plannen zijn opgestart en dat dit goed heeft gewerkt. Desalniettemin is het van belang om de afspraken bij dit soort 'grensincidenten' goed te bezien. Daarbij dient aandacht te zijn voor een goede afstemming en overdracht tussen de calamiteitenorganisatie van Schiphol en de rampenbestrijdingsorganisatie van de veiligheidsregio Kennemerland. Overigens is gebleken dat betrokken partijen in 2008 hebben bepaald dat dit aspect nader onderzoek verdient, en dat er wordt nagedacht over een nieuw scenario om de wisselwerking tussen een 'lokaal incident' en 'processen op Schiphol' te beschrijven.

Tijdens het incident zijn bij enkele meldkamerprocessen kanttekeningen te plaatsen. Zo blijkt dat centralisten in de hectische eerste minuten niet alle informatie in GMS lezen. Hoewel de precieze incidentlocatie al vroeg in GMS is ingevoerd, wordt hier overheen gelezen. Een voorziening waarin de cruciale informatie op een overzichtelijke manier wordt gepresenteerd – en een functionaris die hiervoor verantwoordelijk is – zou dit probleem hebben kunnen voorkomen.

Hoewel een standaardscenario voor VOS-alarmeringen in het meldkamersysteem is gemaakt, blijkt een extra handeling van de centralist nodig om de juiste alarmering te doen. Tijdens het incident wordt ten onrechte eerst een GRIP 2-alarmering gedaan. Deze wordt door de MPC stopgezet en vervangen door een GRIP 3-alarmering. Gezien het feit dat aan een VOS-kwalificatie in het Crisisbestrijdingsplan-Schiphol automatisch een bepaalde GRIP-niveau is gekoppeld, lijkt deze handmatige handeling overbodig. Het ligt in de rede om de koppeling die is gemaakt in de planvorming, ook consequent door te voeren in het meldkamersysteem.

De meldkamer heeft, volgens het hoofd MICK, hinder ondervonden van de activiteiten van de LMAZ. De LMAZ bood de regionale meldkamer diensten aan ter ondersteuning. Tijdens de hectische periode werd dit door de meldkamer echter als storend ervaren. De afspraken tussen de meldkamer en de LMAZ waren kennelijk onvoldoende bekend bij beide partijen.

## 2.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV tot de volgende aandachtspunten:

- de in GMS verwerkte – cruciale – gegevens dienen op een overzichtelijke manier beschikbaar te zijn voor alle centralisten;
- om te voorkomen dat er verwarring is over de vraag welk crisisbestrijdingsplan van kracht is, dienen goede afspraken te worden gemaakt over de handelwijze bij incidenten die dichtbij de grens van het werkingsgebied plaatsvinden; daarbij zou ook kunnen worden gekeken naar de mogelijkheid van samenvoeging van de twee crisisbestrijdingsplannen;
- koppel de juiste GRIP-alarmering automatisch aan het standaardscenario VOS-alarmering;
- de afspraken tussen de regionale meldkamer MICK en de LMAZ moeten voor alle partijen helder zijn.





3



## Leiding en coördinatie (hoofdstructuur)

Het proces 'leiding en coördinatie' behelst voor alle disciplines (horizontaal) en voor alle niveaus (verticaal) het in onderlinge samenhang vaststellen van de wijze van bestrijden van het incident (besluitvorming), het coördineren van en leiding geven aan de bestrijding, het monitoren van de resultaten en het op basis hiervan beoordelen en zonodig bijstellen van de bestrijding en beheersing.

**Achtereenvolgens komen in dit kader aan de orde: de meldkamer, het Commando Plaats Incident, het operationeel team, het beleidsteam en het Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten.**

## 3.1 Meldkamer

### 3.1.1 Bevindingen

Zoals in paragraaf 2.1 is aangegeven, kent de VRK vanaf eind 2008 een gemeenschappelijke meldkamer, het Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland (MICK).

Het hoofd MICK geeft aan dat het MICK nog in ontwikkeling is en dat uit de eerste evaluaties van het incident al veel leerpunten naar boven zijn gekomen. Over het algemeen is men echter wel trots op hetgeen tijdens het incident door de meldkamer is gepresteerd. Het hoofd MICK roemt vooral de rust die op de meldkamer was tijdens het incident. Disciplines raakten niet in paniek als iets niet liep.

#### *Coördinatie op de meldkamer*

Met een gemeenschappelijke meldkamer is ook de functie van Multidisciplinair Procescoördinator (MPC) geïntroduceerd. De MPC is, volgens de planvorming, in geval van crises en rampen in de eerste fase verantwoordelijk voor het alarmeren en/of informeren van de juiste eenheden, functionarissen en instanties. De MPC moet op ieder moment direct beschikbaar zijn voor de meldkamer.

Tijdens het incident kent de meldkamer volgens het hoofd MICK een hoge personele bezetting. Zo is bij de politie een aantal personen in opleiding aanwezig. Volgens protocol worden ook meerdere centralisten opgeroepen. Daarnaast komen centralisten spontaan op. Tijdens het incident is er één MPC-van dienst aanwezig. Daarnaast hebben twee andere MPC-en ook een rol. Eén coördineert de informatie-uitwisseling tussen politiecentralisten, de andere zorgt voor ondersteuning.

De MPC geeft aan dat er voldoende centralisten aanwezig waren, zelfs meer dan de beschikbare meldtafels. Bij de meldkamer ambulance (MKA) melden zich zoveel ambulances in, dat de centralisten moeite hebben om alle gegevens in het meldkamersysteem te verwerken<sup>46</sup>.

Op de meldkamer is de MPC verantwoordelijk voor het uitwisselen van informatie. Het hoofd MICK verleent hierbij ondersteuning. In dat kader meldt het hoofd MICK dat hiervoor nog geen structuur is ontwikkeld, maar dat een en ander in de praktijk wel goed heeft gewerkt<sup>47</sup>. Er doet zich volgens het hoofd MICK en de MPC wel een aantal knelpunten voor op het gebied van coördinatie en informatievoorziening. Zo geeft de MPC aan dat zij in de hectische eerste fase van het incident door haar drukke coördinerende werkzaamheden weinig invulling heeft kunnen geven aan de rol die zij heeft op het gebied van informatiemanagement<sup>48</sup>.

Een ander knelpunt is volgens het hoofd MICK dat de verschillende disciplines nog te weinig met elkaar overleggen. Monodisciplinair lopen de processen goed, maar in de

<sup>46</sup> Interview Multidisciplinair Procescoördinator (MPC), d.d. 7 mei 2009.

<sup>47</sup> Verslag interview OvV met hoofd MICK, d.d. 13 maart 2009.

<sup>48</sup> Interview MPC d.d. 7 mei 2009.

multidisciplinaire coördinatie zitten nog verbeterpunten<sup>49</sup>. Disciplines blijken zich tijdens een incident met hoge druk vooral op de eigen monodisciplinaire werkzaamheden te concentreren. Dit wordt volgens het hoofd MICK bijvoorbeeld geïllustreerd door het feit dat de politie na twintig minuten aan de meldtafel van de SGBO<sup>50</sup> is gaan werken. Het hoofd MICK geeft aan dat dit meldkamerproces hiermee uit beeld raakt. Daarnaast zorgt het heen en weer lopen van politiecentralisten tussen meldkamer en SGBO voor een rommelige sfeer waar de centralisten last van hebben. De communicatie tussen de disciplines wordt minder. De MPC merkt daarover het volgende op:

*‘Dat de politiecentralisten naar de meldtafel van de SGBO vertrekken is een automatisme van de tijd dat er nog gescheiden meldkamers waren. De integratie van de meldkamers is goed verlopen, er zijn geen cultuurproblemen op de meldkamer. Tijdens een incident blijken de disciplines toch weer in de eigen kolom te schieten’.*<sup>51</sup>

Verder ontbreekt het op de meldkamer aan bepaalde voorzieningen om informatie helder te delen. Zo ontbreekt bijvoorbeeld een plot op de meldkamer. De MPC geeft aan behoefte te hebben aan beeldondersteuning op de meldkamer. Om informatie overzichtelijk in kaart te brengen, worden op een gegeven moment alle gegevens chronologisch achter elkaar getikt en op een scherm geprojecteerd. Dit is volgens het hoofd MICK echter niet te volgen voor de centralisten. Een grafische weergave van informatie zou daar een verbeterpunt in zijn.

De MPC wijst erop dat het vliegtuigincident het eerste grote incident van de gemeenschappelijke meldkamer is. Volgens haar heeft de samenvoeging van de meldkamers tijdens de bestrijding van dit incident zijn nut bewezen.

### 3.1.2 Analyse

Sinds eind 2008 bestaat de gemeenschappelijke meldkamer (MICK), hiervoor was sprake van drie gescheiden meldkamers. Het vliegtuigincident van 25 februari 2009 is het grootste incident waarmee het MICK in zijn korte bestaan is geconfronteerd. Betrokkenen geven aan dat de gemeenschappelijke meldkamer zijn nut heeft bewezen. Het in één ruimte zitten maakt de onderlinge informatie-uitwisseling en samenwerking gemakkelijker. Toch blijkt tijdens het incident dat de drie disciplines zich in de hectiek van het moment vooral op de eigen monodisciplinaire processen concentreren. Op momenten worden daardoor de andere processen gestoord.

Een afbreukrisico is er op het gebied van informatiemanagement op de meldkamer. Zo heeft de MPC de rol van informatiemanager op de meldkamer. Deze rol blijkt echter onvoldoende te kunnen worden waargemaakt omdat de MPC het te druk blijkt te hebben met andere werkzaamheden. De beschikbare informatie wordt ook niet op een andere wijze duidelijk en overzichtelijk beschikbaar gesteld. Centralisten hebben daardoor niet een gemeenschap-

49 Verslag interview OVV met hoofd MICK, d.d. 13 maart 2009.

50 De Staf Grootchalig en Bijzonder Optreden (SGBO) is het actiecentrum van de politie (en van de KMar).

51 Interview MPC d.d. 7 mei 2009.

pelijk beeld van het incident. Zowel het hoofd MICK als de MPC geven aan dat bepaalde voorzieningen, zoals een visuele projectie van gegevens op een scherm, een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van het informatiemanagement.

### 3.1.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV tot de volgende aandachtspunten:

- er moet meer aandacht zijn voor het multidisciplinair optreden van de meldkamer. Door frequente oefeningen kunnen de verschillende disciplines hier aan werken;
- ook dient er aandacht te zijn voor de rol van informatiemanager op de meldkamer;
- de voorzieningen op de meldkamer zouden moeten voorzien in een overzichtelijke – visuele – weergave van de belangrijkste informatie.

## 3.2 Commando Plaats Incident

### 3.2.1 Bevindingen

#### *Start CoPI*

Het Commando Plaats Incident (CoPI)<sup>52</sup> stelt zich op aan de Kromme Spieringweg. Vanaf 10.42 uur komen de eerste eenheden op. De leider CoPI krijgt via de pager het bericht 'VOS 6' en vertrekt meteen naar brandweerpost Sloten, de vaste locatie voor het CoPI bij vliegtuigincidenten op Schiphol. Onderweg naar de locatie probeert de leider CoPI meer informatie te verzamelen, dit lukt slechts gedeeltelijk<sup>53</sup>. Zo is het niet meteen duidelijk wat de precieze locatie van het incident is.

Na aankomst bij de post Sloten ontmoet de leider van het CoPI twee collega's van de brandweer Schiphol. Deze hebben geen operationele functie. Zij melden dat de locatie van de crash waarschijnlijk nabij de A9 is. De leider CoPI besluit vervolgens om naar de incidentlocatie te gaan en daar een andere plek voor het CoPI te zoeken. Hij neemt de twee collega's mee en geeft ze een taak. De één wijst hij aan als notulist, de ander neemt de portofoon. De leider CoPI geeft aan veel profijt van deze ondersteuning te hebben gehad.

Rond 10.55 uur komt de leider CoPI aan op de incidentlocatie. Het eerste beeld dat de leider CoPI daar heeft, strookt niet met beeld dat hij op basis van de planvorming en scenario's in gedachten had bij dit soort incidenten. Er is rust en kalmte bij slachtoffers, hulpverleners en

52 Het CoPI heeft de operationele leiding op de plaats van het incident en coördineert daar de hulpverlening. Bij een Schiphol-incident bestaat het CoPI uit de leider CoPI, de officieren van dienst van de politie, brandweer en GHOR, de officier van dienst van de brandweer Schiphol, een plotter, een communicatiemedewerker, de KMar, de Luchtvaartpolitie en een vertegenwoordiger van het Rampen Identificatieteam en van het Landelijk Team Forensische Opsporing.

53 Veiligheidsregio Kennemerland, 'Eén VRK: speciale editie Poldercrash', maart 2009.

andere aanwezige personen. Er is naar de mening van de leider CoPI totaal geen sprake van stress of paniek. De verschillende hulpverleningsdiensten hebben de eerste processen al in gang gezet. Veel zaken zijn volgens de leider CoPI daarmee al snel geregeld<sup>54</sup>. Zo is de afvoer van slachtoffers richting de gewondennesten al in gang gezet door de al aanwezige eenheden van de KMar, de politie, de brandweer Schiphol en de ambulancemedewerkers. De leider CoPI verbaast zich over het feit dat hij nog maar dertig tot veertig passagiers in en rondom het toestel ziet, terwijl hij door heeft gekregen dat het er ongeveer 135 moeten zijn.

Naast de professionele hulpverleners helpen ook omstanders (omwonenden en passanten) bij de afvoer van slachtoffers. De leider CoPI geeft aan dat deze samenwerking prima is verlopen. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is om wel de veiligheid van de helpende burgers in het oog te houden. De burger heeft bijvoorbeeld niet de beschermende uitrusting waarover de professionele hulpverlener beschikt. Ook is de burger niet geoefend voor hulpverlening bij dergelijke incidenten.

#### *Multidisciplinair CoPI-overleg*

De leider CoPI neemt, voorafgaand aan het eerste CoPI-overleg, contact op met de 'Airport Fire Officer' (AFO) van de brandweer Schiphol en met de Officier van Dienst van de brandweer (OvD-B). Samen bespreken ze een eerste taakverdeling. De AFO en OvD-B gaan zich richten op de directe rampbestrijding in en om het vliegtuig. De leider CoPI gaat zich bezighouden met de afstemming tussen alle partijen en de omgevingselementen.

Tijdens het incident wordt acht keer een plenair CoPI-overleg gehouden. Om 11.08 uur start het eerste CoPI-overleg en om 11.35 uur het tweede. Omdat de commandohaakarmbak (COH)<sup>55</sup> nog niet ter plaatse is, vinden deze overleggen in de buitenlucht plaats. De COH, die om 10.31 is gealarmeerd, arriveert om 11.37 uur ter plaatse. Vanaf 12.00 uur worden de overleggen in de COH gehouden. In het laatste CoPI-overleg van 19.30 uur meldt de operationeel leider van het OT aan de leider CoPI dat in het BT is besloten dat vanaf 19.30 uur de incidentlocatie formeel 'plaats delict' is geworden. Daarmee is het terrein formeel overgedragen aan Forensische Opsporing en wordt het CoPI opgeheven.

De leider CoPI stelt dat de eerste overleggen vooral in het teken staan van beeldvorming en taakverdeling. Een steeds terugkerend aandachtspunt in de overleggen is volgens hem de veiligheid van het eigen personeel. De leider CoPI geeft hierbij als knelpunt aan dat het heel lang onduidelijk is geweest welke lading in het vliegtuig zit. Om 11.00 uur vraagt hij om een vrachtbrief en hij krijgt deze pas rond 14.00 uur. Hoewel de Adviseur Gevaarlijke Stoffen meldt dat er geen gevaarlijke stoffen zijn gemeten, blijft men volgens de leider CoPI lange tijd in onzekerheid over de lading van het toestel.

In het eerste overleg wordt de doorstroming op de Kromme Spieringweg als knelpunt benoemd<sup>56</sup>. De weg blijkt te worden belemmerd door het grote aantal ambulances.

54 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april.

55 Een commandohaakarmbak is een container die is ingericht als mobiele vergaderruimte.

56 Sitrap CoPI, volgnummer 5, 25 februari 2009.

Daarom wordt op een gegeven moment besloten een aantal ambulances terug te sturen naar de loodsposten en de overige ambulances op te laten stellen op een nabij gelegen parkeerterrein. De logistieke bereikbaarheid van een ramplocatie is voor de leider CoPI een aandachtspunt voor de toekomst. Daar is in de uitvoering goede afstemming voor nodig tussen het CoPI en het OT.

Als knelpunt wordt in dit overleg verder de aanwezigheid van onderzoeksinstanties op het rampterrein genoemd<sup>57</sup>. Tijdens het tweede CoPI overleg blijkt dat medewerkers van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) zichzelf toegang hebben verschaft tot het rampterrein en zijn gestart met onderzoeksactiviteiten:

*'Zij hebben zich nooit direct of indirect bij mij gemeld. Om 13.00 uur zijn medewerkers van de OvV - op bevel van de burgemeester en in opdracht van mij - door de KMar van het rampterrein verwijderd. (...). Het heeft de daadwerkelijke hulpverlening niet gehinderd, maar je komt door 'gestoei' met de Onderzoeksraad en het OM wel in een irritatiesfeer terecht. (...) Externe onderzoeksdiensten die te werk willen gaan op een rampterrein zouden zich ten minste even moeten melden bij degene die de leiding heeft, dat voorkomt wrijving<sup>58</sup>.'*

Ook de registratie van de slachtoffers wordt besproken in het CoPI. Dit blijkt om diverse redenen moeizaam te gaan. Volgens de leider CoPI is een complicerende factor dat in de beginfase slachtoffers snel 'verdwijnen'. Mensen verlaten op eigen gelegenheid het terrein of worden door ambulances afgevoerd naar diverse ziekenhuizen.

*'Je bent dus eigenlijk slachtoffers 'kwijt'. Ambulancepersoneel hoort eigenlijk te melden dat ze met gewonde X naar ziekenhuis Y gaan. Dat is vooral in de beginfase niet gebeurd, maar daar zijn wellicht legitieme redenen voor<sup>59</sup>.'*

De niet-zwaargewonde slachtoffers worden vervolgens met bussen naar de opvanglocatie de Wildenhorst in Badhoevedorp gebracht. Daar wordt besloten alle mensen alsnog te vervoeren naar ziekenhuizen. Het CoPI overweegt voor die actie een tweede CoPI in te richten bij de Wildenhorst. Daar wordt na overleg met de OvD-G ter plaatse van afgezien. De leider CoPI geeft aan dat volgens de OvD-G namelijk voldoende medisch en gemeentepersoneel aanwezig was om de klus te klaren.

### Beëindiging CoPI

De leider CoPI geeft aan dat het incident een vrij statisch karakter heeft:

*'Het toestel ligt er en er breekt geen brand uit<sup>60</sup>.'*

Er doen zich volgens de leider CoPI in de loop van het incident geen grote knelpunten voor in de uitvoering van de processen. In de volgende overleggen wordt voornamelijk de stand

57 Sitrap CoPI, volgnummer 5, 25 februari 2009.

58 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

59 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

60 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

van zaken besproken. In het vierde CoPI-overleg om 14.45 uur wordt gemeld dat de hulpverlening ‘op z’n einde loopt’<sup>61</sup>. Alle nog levende slachtoffers zijn, voor zover ze niet uit eigen beweging zijn vertrokken, overgebracht naar een ziekenhuis of naar de opvanglocatie.

De meeste hulpverleningsdiensten verlaten het terrein, de brandweer blijft om de drie omgekomen piloten uit de cockpit te halen. Besloten wordt om de eerste eenheden niet af te lossen, maar deze in te zetten bij het bergen van deze piloten. De verwachting is dat het onderzoekswerk snel zal zijn afgerond. Dit blijkt achteraf echter niet het geval. Om 19.30 uur kan de brandweer naar huis en wordt het terrein overgedragen aan het OM voor onderzoek. De leider CoPI merkt in dit verband op:

*‘Om 12.30 uur was het laatste slachtoffer uit het vliegtuig verwijderd en om 14.45 uur waren alle slachtoffers weggevoerd uit de gewondennesten. Tussen ruwweg 13.00 uur en 17.00 uur moest de brandweer wachten, totdat het eerste onderzoek was afgerond. Dat was belastend voor de ploegen die er nog waren, want die wilden de klus afmaken en de lichamen van de drie piloten uit de cockpit halen’<sup>62</sup>.*

### Samenwerking

De samenwerking in het CoPI loopt volgens de leider CoPI goed. Bij een vliegtuigongeval zitten meer partijen in het CoPI dan gebruikelijk. De leider CoPI geeft aan dat hij daarom strak op vergaderdiscipline en structuur heeft gestuurd. De betrokken partijen geven achteraf aan dit als prettig te hebben ervaren. Daarnaast is de leider CoPI zeer te spreken over de samenwerking met de brandweer Schiphol. Hij schrijft dit toe aan de frequente oefeningen die zij gezamenlijk doen:

*‘Wij houden zeer geregeld oefeningen op Schiphol waar alle partijen bij betrokken zijn en daardoor ken ik de mensen persoonlijk. Dat werkt dus goed wanneer zich een echt incident voordoet’<sup>63</sup>.*

De leider CoPI geeft aan een knelpunt te hebben ervaren bij de informatie-uitwisseling met het OT:

*‘Via de formele lijnen (sitrap) verliep de informatie-uitwisseling moeizaam omdat de voorzieningen in de OT-ruimte ontoereikend waren. Ik heb veel zaken met het OT afgestemd via de informele lijn, via mijn GSM. C2000 functioneerde op momenten niet naar behoren vanwege overbelasting van de mast. Dit leverde wel vertraging op in de berichtgeving, maar het heeft verder geen gevolgen gehad voor de daadwerkelijke hulpverlening’<sup>64</sup>.*

### 3.2.2 Analyse

De eerste eenheden waren snel ter plekke en hebben meteen de benodigde hulpverleningsprocessen opgestart. Deze processen liepen goed. Tijdens het incident deden zich geen onverwachte ontwikkelingen voor waar het CoPI zich over zou moeten buigen. De leider

61 Sitrap CoPI, volgnummer 5, 25 februari 2009.

62 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

63 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

64 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.



CoPI noemt het een ‘statisch incident’. Het CoPI kon zich vooral richten op de coördinatie van de hulpverlening en op randzaken.

Het feit dat alle hulpverleningsprocessen vrijwel automatisch liepen, wordt door verschillende functionarissen toegeschreven aan het frequente oefenen. Tijdens dit incident blijkt dat het oefenen zijn vruchten heeft afgeworpen. Zowel de eerst aanwezige eenheden als de later opgekomen CoPI-leden hebben volgens een eerder beoefend scenario kunnen werken. Het gaat hierbij niet alleen om vaardigheden, maar ook om de contacten die men opdoet. Bij een vliegtuigincident zijn meer partijen betrokken dan bij een ‘regulier’ incident. Het vergemakkelijkt de samenwerking als eerder in die samenstelling is geoefend.

De Inspectie OOV wil in het kader van de eerste hulpverlening de samenwerking met omstanders en omwonenden benadrukken. Daar waar de laatste tijd veel negatieve aandacht is voor de rol van omstanders – geweld tegen hulpverleners – blijkt tijdens dit incident dat het ook anders kan. De omstanders en omwonenden hebben een wezenlijke rol gespeeld bij de hulpverlening.

Hoewel het een statisch incident betrof, is het CoPI wel geconfronteerd met een aantal knelpunten. De Inspectie OOV vindt het opmerkelijk dat het CoPI zich heeft moeten bezighouden met onderzoekers die het rampterrein wilden betreden. Hoewel medewerkers van onderzoeksinstanties wettelijke bevoegdheden hebben, dient de directe hulpverlening hier geen hinder van te ondervinden<sup>65</sup>. Verschillende functionarissen, onder wie de leider CoPI, geven aan dat zij niet de indruk hebben dat de hulpverlening is belemmerd. Wel heeft een en ander geleid tot irritatie bij de hulpverleners. Het CoPI is verantwoordelijk voor de coördinatie van de hulpverlening op de incidentlocatie. Als partijen buiten de hulpverlening het terrein op willen, dan ligt het in de rede dat hiervoor afstemming wordt gezocht met het CoPI.

Een afbreukrisico zit in het informatiemanagement. Binnen het CoPI is, vooral in het begin, weinig informatie vastgelegd. Dit heeft onder meer te maken met technische oorzaken. Informatie-uitwisseling met andere onderdelen van de rampenbestrijding verloopt daarnaast soms moeizaam. Zo blijkt tijdens het incident C2000 niet probleemloos te functioneren.

De leider CoPI heeft door het aanwijzen van een (persoonlijke) notulist en door frequent telefonisch contact met de operationeel leider knelpunten in het informatiemanagement tijdens dit incident kunnen vermijden. Of dit een garantie is voor komende incidenten is de vraag. Overigens wordt op het gebied van informatiemanagement door de veiligheidsregio Kennemerland geïnvesteerd in het netcentrisch informatiesysteem ‘Cedric’.

65 Op grond van artikel 36 van de Rijkswet Onderzoeksraad voor veiligheid (OvV), zijn onderzoekers van de OvV bevoegd elke plaats te betreden. Artikel 34 van dezelfde wet bepaakt dat een onderzoeker slechts gebruik maakt van zijn bevoegdheden voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van zijn taak nodig is.

### 3.2.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV tot de volgende aandachtspunten:

- de technische voorzieningen voor informatiemanagement dienen te worden verbeterd;
- de afspraken met betrekking tot toegang van 'derden' op het rampterrein dienen voor alle partijen helder te zijn. Om de (coördinatie van de) hulpverlening niet te hinderen, ligt het in de rede dat partijen die toegang willen, zich altijd bij de leidinggevende van het CoPI melden. Het zou goed zijn als hierover landelijke afspraken worden gemaakt.

## 3.3 Operationeel team

### 3.3.1 Bevindingen

#### *Start operationeel team*

Het operationeel team<sup>66</sup> (OT) komt bijeen in het crisiscentrum Triport op Schiphol. Hier verzamelt het OT zich volgens plan bij grote ongevallen op de luchthaven. De Operationeel Leider (OL) krijgt om 10.30 uur op zijn pager de melding VOS 6. Hij belt vervolgens met de meldkamer om een eerste sitrap te krijgen van de binnengekomen meldingen.

Tijdens het aanrijden naar Triport heeft de OL telefonisch contact met de regionaal commandant van de brandweer en met de leider CoPI. Ook volgt hij het portoverkeer. Het valt de OL op dat, naar zijn gevoel, niet veel informatie bekend is en wordt uitgewisseld. Zo is het bijvoorbeeld in eerste instantie niet duidelijk wat de precieze locatie van het incident is<sup>67</sup>.

Tegen 11.00 uur komt de OL aan op Triport waar het OT zal worden ingericht. De OL noemt de ruimte op Triport niet plezierig om in te werken<sup>68</sup>. Zo zijn daar, volgens de OL, niet voldoende (ondersteunende) voorzieningen (zoals een goed functionerende beamer of een goed werkend whiteboard). Pas in de middag zijn volgens de OL de middelen er om een sitrap op de muur te projecteren.

Met de voorzitter van het beleidsteam (BT) maakt de OL werkafspraken.

#### *Plenaire overleggen*

Kort na 11.00 uur start de eerste plenaire OT-vergadering. Het OT komt de eerste dag elf maal bijeen voor een plenair overleg. De OL geeft aan dat de eerste vijf kwartier het OT en BT elk

66 Het OT bestaat uit de operationeel leider (OL), de hoofden van de secties brandweer, politie, GHOR, gemeente, informatiemanagement en KMar, een voorlichter en een functionaris van de luchthaven Schiphol.

67 Aldus de OL in Brand&Brandweer, nummer 4, april 2009

68 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

drie keer bijeenkomen. Deze overleggen staan voornamelijk in het teken van beeldvorming<sup>69</sup>. In het eerste overleg wordt bijvoorbeeld gesproken over waar het vliegtuig ligt en daarmee welk plan – het Crisisbestrijdingsplan Luchtvaartongevallen of het Crisisbestrijdingsplan Schiphol – van toepassing is.

*‘Het verschil tussen deze twee plannen is of het vliegtuig binnen of buiten het werkingsgebied van het Crisisbestrijdingsplan Schiphol is neergekomen. Er zijn dan andere bestuurlijke verantwoordelijkheden en procedures die in werking gesteld worden. In dit geval wordt het Crisisbestrijdingsplan Luchtvaartongevallen van kracht, maar ook onderdelen van het Crisisbestrijdingsplan Schiphol worden gebruikt’.*

De gemeente Haarlemmermeer merkt in dit verband op dat de bestuurlijke verantwoordelijkheden niet veranderen, de burgemeester blijft opperbevelhebber, en dat bij beide plannen dezelfde partners aan tafel zitten<sup>71</sup>.

Het gebruik van het Crisisbestrijdingsplan Luchtvaartongevallen, waarvan het scenario ‘landelijk’ werd toegepast, maakt – volgens de OL – dat de eerste hulpverleningsprocessen soepel verlopen. De verschillende stafsecties weten op basis van dit plan welke processen van belang zijn en hoe ze dienen te worden uitgevoerd<sup>72</sup>.

De OL geeft aan de plenaire overleggen strak, ‘autoritair’, te hebben aangestuurd<sup>73</sup>. In de plenaire overleggen geeft de OL het hoofd sectie Informatiemanagement het woord. Deze schetst het beeld, de andere functionarissen vullen dit aan. De OL merkt op dat functionarissen vaak weinig aan te vullen hadden, hetgeen volgens hem betekent dat het geschetste beeld van de sectie Informatiemanagement redelijk volledig was. Achteraf hebben de functionarissen, volgens de OL, aangegeven de aansturing als positief ervaren te hebben. Er werd hierdoor gestructureerd, gedisciplineerd en geconcentreerd gewerkt<sup>74</sup>. De OL is positief over de samenwerking met de verschillende partijen in het OT:

*‘Samen met de hoofden van de stafsecties GHOR, brandweer, politie, Informatiemanagement, Koninklijke Marechaussee, Airport Amsterdam Schiphol, Communicatie/Voorlichting en Gemeentelijke Diensten waren we een strak team’.*

Na deze eerste overleggen is volgens de OL om 12.30 uur de meest hectische fase achter de rug. Na de persconferentie van 13.30 uur spelen volgens de OL voornamelijk twee zaken: de registratie van slachtoffers en de aanwezigheid van verschillende (onderzoeks)instanties<sup>75</sup>. De registratie van de slachtoffers en het samenstellen van een betrouwbare en complete

69 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

70 De Operationeel Leider in Brand&Brandweer, nummer 4, april 2009.

71 In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

72 Veiligheidsregio Kennemerland, ‘Eén VRK: speciale editie Poldercrash’, maart 2009.

73 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

74 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

75 Veiligheidsregio Kennemerland, ‘Eén VRK: speciale editie Poldercrash’, maart 2009.

76 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

passagierslijst blijkt volgens de OL een knelpunt. Het BT stelt meerdere malen een deadline aan het OT voor het opleveren van de definitieve lijst.

De OL geeft aan de druk van het BT om snel een complete lijst te maken als hinderlijk te hebben ervaren<sup>77</sup>. Gezien de beperkte informatie, in combinatie met het feit dat er verschillende passagierslijsten circuleren, was het volgens de OL niet mogelijk om de gevraagde lijst tijdig op te leveren. De Algemeen Commandant van de SGBO van de KMar geeft in dat kader aan dat het BT een ‘te optimistische kijk’ had op het tot stand komen van de lijst<sup>78</sup>. Achteraf gezien vindt de OL dat hij dit ook zo aan het BT had moeten melden. Uit plichtsbesef heeft de OL toch toegezegd de lijst voor de gestelde deadline te leveren<sup>79</sup>.

Over de aanwezigheid van medewerkers van (onderzoeks)instanties meldt de OL dat hij het BT heeft geadviseerd om externen op het terrein tegen te houden. Van de leider CoPI had de OL namelijk begrepen dat er irritaties over en weer waren.

Daarnaast krijgt het OT van het BT een aantal opdrachten om uit te voeren. Zo moet het OT VIP-management organiseren. De minister-president, de staatssecretaris van Justitie en de ambassadeur van Turkije zullen het rampterrein bezoeken. Verder heeft het BT besloten om snel te starten met de nazorg. Het OT (sectie gemeente) wordt gevraagd een plan van aanpak voor de nafase te schrijven. Ten slotte moet het OT de opvang regelen van de verwanten die in de avond vanuit Turkije op Schiphol zullen arriveren.

### *Aflossing OT*

Vanaf 17.30 uur worden de functionarissen van het OT, verspreid over een uur, afgelost. De OL noemt het tijdstip van aflossing, achteraf gezien, te laat. Hij wilde de nieuwe OL niet opzadelen met niet-afgeronde opdrachten van het BT. De OL denkt dat het beter was geweest om eerder af te lossen. In dit verband verbaast de OL zich over het feit dat afgeloste functionarissen in andere functies verder zijn gaan werken, bijvoorbeeld op het rampterrein om collega's te helpen. Sommigen hebben hierdoor nog enkele uren doorgewerkt. In de wetenschap dat het incident nog lang kan doorgaan, noemt de OL dit ‘niet verstandig’<sup>80</sup>.

Om 19.30 uur zijn alle hulpverleners en slachtoffers van het rampterrein weg, de locatie is nu overgedragen voor onderzoek. Het CoPI is opgeheven, het OT blijft nog operationeel. Het OT werkt die nacht en de volgende ochtend aan een plan van aanpak voor de nafase en aan de passagierslijst. De OL, die vanaf donderdag 17.00 uur zijn tweede dienst heeft, meldt dat het op orde krijgen van de passagierslijst – nog steeds – de belangrijkste prioriteit is<sup>81</sup>.

### *Opvatting OL en nadere informatie VRK*

De OL is trots op de organisatie omdat ‘we het geregeld hebben.’ Hij voegt daar aan toe:

77 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

78 Interview Algemeen Commandant KMar (OT-lid), d.d. 12 mei 2009.

79 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

80 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

81 Interviewverslag OvV met Operationeel Leider, d.d. 26 maart 2009.

*‘Het is geen tien, maar zeker een goede voldoende.’*

In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV laat de regio nog het volgende weten:

*‘De VRR voert, samen met de KMar op Schiphol, een onderzoek uit waarin de huidige faciliteiten op Schiphol worden gematched met de gewenste en vereiste faciliteiten. Dit deelonderzoek wordt beschreven in het versterkingsplan Kennemerland<sup>82</sup>.’*

### 3.3.2 Analyse

Het OT was snel compleet en begon snel met de werkzaamheden.

Doordat het OT in hetzelfde gebouw vergaderde als het BT, kon de operationeel leider deelnemen aan het BT-overleg. Het OT verzamelde informatie en legde besluiten voor aan het BT, van het BT kreeg het OT vragen en opdrachten.

De acute hulpverleningsaspecten van het incident waren snel voorbij, de prioriteit kwam vervolgens al snel te liggen op het orde krijgen van de passagierslijst. Diverse malen wordt de gestelde deadline voor het op orde krijgen van de lijst niet gehaald. De toezegging dat de lijst er snel komt, wekt verwachtingen bij verschillende onderdelen en functionarissen<sup>83</sup>. Zij ervaren het iedere keer als een teleurstelling als blijkt dat de lijst er op het afgesproken tijdstip toch niet is.

De Inspectie OOV noemt het managen van verwachtingen in dit kader als belangrijk leerpunt. De OL geeft achteraf aan dat het gezien de omstandigheden niet mogelijk was om de lijst op het afgesproken tijdstip klaar te hebben en dat hij dit ook zo had moeten communiceren. Alle betrokkenen hebben met man en macht, vanuit een groot plichtsbefef, geprobeerd om de lijst tijdig rond te krijgen. Een realistischere inschatting, ook al is dit niet een graag gehoorde boodschap, had in combinatie met een heldere berichtgeving onrust kunnen voorkomen.

### 3.3.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV tot de volgende aandachtspunten:

- de (ondersteunende) voorzieningen in de OT-ruimte op Triport Schiphol dienen te worden verbeterd;
- er dient bij een dergelijke ramp een realistische inschatting te worden gemaakt van de tijd die nodig is om opdrachten uit te voeren en één en ander moet helder worden gecommuniceerd met de opdrachtgever. Dit voorkomt dat er verwachtingen worden gewekt die niet kunnen worden waargemaakt;
- de aflossing van OT-functionarissen dient gedisciplineerd te worden opgepakt om zo een langdurige inzet van het OT te kunnen waarborgen.

<sup>82</sup> E-mailbericht van 12 juni 2009.

<sup>83</sup> Zie in dit verband ook hoofdstuk 8 Opvang en Verzorging.

## 3.4 Beleidsteam

### 3.4.1 Bevindingen

#### *Start beleidsteam*

Vanaf 10.45 uur komen de eerste functionarissen van het beleidsteam<sup>84</sup> (BT) op in het crisiscentrum in Triport op Schiphol. Om 11.05 uur is het beleidsteam compleet en start het eerste plenaire overleg. De loco-burgemeester van Haarlemmermeer zit het BT de eerste uren voor.

Tijdens het BT-overleg van 17.15 uur komt de burgemeester van de gemeente Haarlemmermeer binnen. Hij volgt het overleg en laat zich daarna bijpraten over de situatie. Vervolgens wordt een taakverdeling gemaakt. Afgesproken wordt dat de burgemeester, vanaf 18.15 uur, voorzitter wordt van het BT en dit blijft tot het einde. De loco-burgemeester zal vooral worden ingezet voor de nafase.

In het eerste BT-overleg om 11.05 uur is, volgens de loco-burgemeester, de eerste prioriteit om zo snel mogelijk een beeld van de situatie te krijgen. Daarnaast moest er volgens de loco-burgemeester ook snel een aantal beslissingen worden genomen. Zo wordt besproken wat er met het luchtverkeer moet gebeuren en wordt vastgesteld volgens welk crisisbestrijdingsplan zal worden gewerkt. De burgemeester van Haarlem, die ter ondersteuning aanwezig is, wordt ingezet om de bestuurlijke contacten te onderhouden.

*'Het was vrij snel helder waar het vliegtuig lag. Het antwoord op de vraag om hoeveel slachtoffers het ging, duurde langer. Het BT hanteerde een standaard werkwijze. Tijdens de BT-vergadering deelde de OL de informatie uit het OT en daarmee ook uit het CoPI en het CGD. Deze mondelinge briefing werd door middel van het verslag gelijk vastgelegd. Tijdens de BT-vergadering kreeg de OL nieuwe vragen en informatie mee voor het OT. Het BT sprak dan af dat de vergadering binnen dertig minuten zou worden hervat. Uiteraard kreeg het BT tijdens de vergaderingen ook informatie van de verschillende hoofden van diensten. De regionaal geneeskundig functionaris heeft natuurlijk ook contact met haar mensen<sup>85</sup>.'*

#### *BT-overleggen*

Het BT is vanaf woensdag 25 februari 11.05 uur tot vrijdag 11.15 uur operationeel. In deze periode komt het BT frequent bij elkaar voor plenair overleg. Om 11.35 uur geeft de operationeel leider in het tweede BT-overleg een update van de laatste informatie. In dit overleg bespreekt het BT een overzicht van het aantal slachtoffers. Besloten wordt dat alleen de GHOR het aantal slachtoffers aangeeft. Verder besluit het BT dat er pas gecommuniceerd mag worden over aantallen passagiers en slachtoffers als die exact bekend zijn<sup>86</sup>. Ook is in dit overleg aandacht voor de persconferentie die is gepland om 13.30 uur.

84 Het BT bestaat uit de (loco-)burgemeester, de leidinggevendenden van de brandweer, politie en GHOR, de adviseur openbare orde en veiligheid, een functionaris van de KMar, de Hoofdofficier van Justitie, en een functionaris van Schiphol.

85 Interview loco-burgemeester Haarlemmermeer, d.d. 22 april 2009.

86 Verslaglegging BT, d.d. 25 februari 2009.

De burgemeester en de loco-burgemeester geven in dit kader aan dat de registratie van de slachtoffers een 'zorgpunt' was. Het benoemen van het exacte aantal gewonden en doden, en de identiteit van deze slachtoffers blijkt gedurende het incident lastig. Meerdere malen stelt het BT, tevergeefs, een deadline voor het verkrijgen van de definitieve lijst. In dit kader wijzen de burgemeester en de loco-burgemeester er op dat niet alle essentiële informatie over het registratieproces het BT heeft bereikt. Zo wordt het besluit dat alle passagiers die naar de opvanglocatie zijn gebracht alsnog naar een ziekenhuis moeten, hier pas achteraf bekend.

*'Hierdoor liepen processen door elkaar en kwamen de functionarissen die geoefend zijn in registratieprocessen voor onverwachte situaties te staan<sup>87</sup>.'*

Om 13.30 uur geeft de loco-burgemeester de eerste persconferentie. Dezelfde dag geeft het BT nog enkele malen een persconferentie. In het BT-overleg wordt meerdere malen benadrukt om alleen geverifieerde informatie naar buiten te brengen. De loco-burgemeester *'drukt een ieder op het hart om niet in te gaan op speculatieve vragen<sup>88</sup>.'* Zo kunnen vragen over bijvoorbeeld de passagierslijst en de exacte aantallen gewonden en doden moeilijk worden beantwoord omdat die nog niet bekend zijn.

*'Eén fout wilde ik per se niet maken: dat we te snel naar buiten zouden treden, waardoor we mogelijk verkeerde informatie zouden geven. Ik wilde honderd procent zekerheid hebben over de aantallen slachtoffers. We hebben van de Bijlmerramp geleerd hoe belangrijk juiste informatie is: toen waren er aanvankelijk geruchten dat er vijftienhonderd slachtoffers waren, uiteindelijk vielen er 43 slachtoffers. Je moet beseffen dat de overheid het enige communicatiekanaal is dat mensen zekerheid kan bieden<sup>89</sup>.'*

De burgemeester noemt in dit kader de spanning tussen zorgvuldigheid enerzijds en de informatiebehoefte bij betrokkenen anderzijds. Hij geeft daarbij aan dat, naast zorgvuldigheid, de vrijheid om informatie naar buiten te brengen ook beperkt wordt door verschillende (internationale) richtlijnen, regels en afspraken. De burgemeester is van mening dat de familie en media uiteindelijk wel accepteren dat bepaalde informatie nog niet kan worden vrijgegeven, op voorwaarde dat de reden daarvoor goed aan hen wordt uitgelegd.

Na de persconferentie komt het BT om 14.15 uur weer bij elkaar voor een volgend overleg. Hierin wordt gemeld dat de GHOR en de brandweer op het rampterrein aan het afbouwen zijn. Als aandachtspunt wordt in dit overleg de aanwezigheid besproken van verschillende (onderzoeks)instanties en functionarissen, buiten de hulpverleners, op het plaats incident. Het eerdere besluit van het BT alle derden de toegang tot het terrein te weigeren en zich te concentreren op de eerste hulpverlening blijkt niet houdbaar.

De operationeel leider meldt in het BT dat medewerkers van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) zich op verschillende locaties hebben gemeld en dreigen met het stilleggen van de

87 Interview burgemeester Haarlemmermeer, d.d. 16 april 2009.

88 Verslaglegging BT, d.d. 25 februari 2009.

89 Loco-burgemeester in Binnenlands Bestuur, 20 maart 2009.

hulpverlening indien zij geen toegang krijgen. Op het rampterrein zijn niet alleen de medewerkers van de OvV aanwezig, maar ook de voorzitter van de raad<sup>90</sup>. Later meldt de politiefunctionaris in het BT dat de OvV wettelijk bevoegd is de locatie te betreden<sup>91</sup>. De Algemeen Commandant van de SGBO van de KMar geeft in dit kader aan dat het BT had moeten weten dat het wettelijk niet mogelijk is de onderzoekers tegen te houden. Zolang niemand in de weg wordt gelopen, vindt deze Algemeen Commandant, moet het worden toegelaten<sup>92</sup>. Volgens hem kan op die manier een hoop spanning op de locatie worden voorkomen.

In hetzelfde overleg wordt om 14.42 uur besloten om de nazorg tot prioriteit te maken en wordt het project Nafase benoemd. Het BT geeft de operationeel leider de opdracht om daarvoor een plan van aanpak te maken. Dat plan moet de volgende ochtend gereed zijn.

*'De hulpverleningsfase was tussen 15.00 en 16.00 uur afgerond. Op dat moment heeft het BT besloten om de nafase al op te starten. Medewerkers van het COT<sup>93</sup> hebben de crisisorganisatie geholpen om dit project op te starten. Men heeft veel profijt gehad van het vroege starten van de nafase. Bijvoorbeeld een vraag als hoe om te gaan met VIP-toerisme kan dan worden weggezet in een project. Bij de nafase hoort ook dat er wordt nagedacht over hoe de gemeente als overheid in de media naar voren wil komen. Het helpt enorm als daar in een vroeg stadium over wordt nagedacht<sup>94</sup>.'*

Het besluit om snel met de nafase te starten, is volgens de burgemeester gebaseerd op de ervaringen die zijn opgedaan bij de Cellenbrand Schiphol. De burgemeester geeft aan dat er al op de eerste dag van het incident een goed beeld was van zaken die op de gemeente kunnen afkomen. Op deze wijze is de organisatie volgens hem beter voorbereid en is er meer tijd om bepaalde processen goed te regelen. Het besluit heeft naar mening van de burgemeester goed uitgepakt. Hij licht dit als volgt toe:

*'In de tweede week gingen twee processen lopen waar de gemeente, zonder het project Nafase, niet voldoende op voorbereid zou zijn geweest:*

- *het snel verschijnen van de 1e conclusies OvV: de gemeente moest voorbereid zijn op gevoelens van onveiligheid, bezorgdheid en onrust bij bewoners van de omgeving van Schiphol;*
- *de (organisatie van de) herdenkingsbijeenkomst<sup>95</sup>.'*

### Afsluiting BT

Om 19.02 uur wordt in het BT-overleg besloten dat het rampterrein om 19.30 uur wordt overgedragen aan het OM voor onderzoek. Alle hulpverleners en slachtoffers zijn vertrokken, de Plaats Incident is vanaf dat moment Plaats Delict. Uit de verslaglegging van het BT blijkt dat in de volgende BT-overleggen steeds de passagierslijst, de nafase en communicatie op de agenda staan. Het BT is tot vrijdag 11.15 uur operationeel.

90 Verslag OvV met Hoofd Sectie Politie van het ROT, d.d. 3 maart 2009.

91 Verslaglegging GBT, d.d. 25 februari 2009.

92 Interview Algemeen Commandant SGBO/KMar (OT-lid), d.d. 12 mei 2009.

93 COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement

94 Interview loco-burgemeester, d.d. 22 april 2009.

95 Interview burgemeester d.d. 16 april 2009.



### Opvattingen betrokkenen

De burgemeester kijkt met een gemengd gevoel terug op het incident:

*‘Een gevoel van diepe droefenis. Het is een ramp waarbij mensen zijn omgekomen. Maar ook een gevoel van gepaste trots. De veiligheidsregio en de gemeente Haarlemmermeer hebben aangetoond een grote calamiteit aan te kunnen. [...] Er is veel geïnvesteerd in het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverleningsorganisatie. Het vliegtuigscenario is meerdere malen geoefend en dat zie je nu ook terugkomen<sup>96</sup>.’*

De loco-burgemeester noemt de hulpverlening bij dit incident een stuk professioneler dan tijdens de brand in het cellencomplex op Schiphol. Wel merkt hij op dat het handig zou zijn geweest als het BT had geweten dat in de opvanglocatie de Wildenhorst in Badhoevedorp een tweede triage was opgezet<sup>97</sup>.

### 3.4.2 Analyse

Het BT is tijdens het incident snel operationeel. Daar waar voor een BT een opkomsttijd van zestig minuten staat, was het BT nu in een half uur operationeel. Snel is daarbij een taakverdeling gemaakt, zowel binnen het BT als met andere onderdelen van de rampenbestrijdingsorganisatie. Zo worden concrete werkafspraken gemaakt met de operationeel leider van het OT.

Door de duidelijke structuur komt het BT snel tot beeldvorming. Het BT speelt de bestuurlijke rol die het heeft en bemoeit zich nauwelijks met operationele zaken. Een voorbeeld is het besluit om snel te starten met de nafase. Naar aanleiding van de ervaringen met de brand in het cellencomplex op Schiphol heeft het BT ingezien dat dit incident een lang (gemeentelijk) natraject zal hebben. Door hier vroegtijdig aan te denken, was de gemeente voorbereid op de verschillende ontwikkelingen die op haar weg zouden komen.

Het grootste knelpunt waar het BT mee is geconfronteerd, is het op orde krijgen van de passagierslijst. Het BT heeft steeds een afweging moeten maken tussen zorgvuldigheid en zekerheid enerzijds en de behoefte aan informatie bij verwanten en media anderzijds. Mede omdat verwacht wordt dat de lijst snel compleet zal zijn, wordt gekozen voor zekerheid en zorgvuldigheid. Omdat met het op orde krijgen van de lijst veel meer tijd is gemoeid dan aanvankelijk gedacht, komt het besluit om pas te communiceren als de lijst 100% zeker is steeds meer onder druk te staan.

Het feit dat cruciale informatie – over de tweede triage in de Wildenhorst en de overbrenging van de passagiers vanuit de Wildenhorst naar ziekenhuizen – het BT niet heeft bereikt, noemt de Inspectie OOV opmerkelijk<sup>98</sup>.

<sup>96</sup> Interview burgemeester d.d. 16 april 2009.

<sup>97</sup> Interview met de loco-burgemeester d.d. 22 april 2009; zie in dit verband ook de hoofdstukken 5 Spoedeisende Medische Hulpverlening en 8 Opvang en Verzorging.

<sup>98</sup> Zie in dit verband ook hoofdstuk 8 Opvang en Verzorging.

## 3.5 Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten

### 3.5.1 Bevindingen

#### *Start Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten*

Het incident vindt op een woensdag rond 10.30 uur plaats: overdag op een normale werkdag. De benodigde functionarissen van het Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten (CGD<sup>99</sup>) zijn al op het Raadhuis in Hoofddorp aanwezig. Telefonisch en mondeling worden de functionarissen in kennis gesteld. De gemeentesecretaris, die zitting zal nemen in het BT, wordt geïnformeerd door zowel de regionaal brandweercommandant als de ambtenaar openbare orde en veiligheid en de communicator. De loco-gemeentesecretaris (voorzitter van het CGD) wordt, voorafgaande aan telefonische alarmering, geïnformeerd doordat het CGD wordt ingericht in de zaal waar zij op dat moment vergadert.

Het CGD start om 11.15 uur met een briefing voor de eerst aanwezige functionarissen. De loco-gemeentesecretaris bespreekt in deze briefing kort de situatie. Ook meldt zij dat de deelplannen Opvang en Verzorging en CRIB gestart zijn. Vervolgens wordt de personele bezetting en een onderlinge taakverdeling besproken. De loco-gemeentesecretaris wordt voorzitter van het CGD. Voor de processen Opvang en Verzorging en CRIB worden verantwoordelijke CGD-leden benoemd. Ook worden notulisten aangewezen.

Volgens de voorzitter van het CGD heeft men al snel in de gaten dat de afhandeling van het incident lang kan gaan duren. Daarom wordt ervoor gekozen om het CGD zo klein mogelijk te houden en wordt een aflossingsschema gemaakt. De voorzitter van het CGD geeft aan dat dit aflossingsschema goed is bevallen:

*'In het eerste CGD-overleg is meteen aandacht geweest voor een vervangingsschema. Geïventariseerd is wie er de komende periode beschikbaar is en vervolgens is een schema gemaakt. Belangrijk hierbij is een 'warme' overdracht. De opvolger zit altijd bij het laatste overleg of wordt persoonlijk bijgepraat<sup>100</sup>.'*

De voorzitter van het CGD geeft aan dat de gemeentelijke organisatie al snel klaar staat en daarmee eigenlijk voorloopt op de beschikbare informatiestromen. Gemeentelijke functionarissen zijn meteen op pad gestuurd, nog in afwachting van formele informatie vanuit het OT. De informatievoorziening is volgens het CGD-lid Opvang en Verzorging een blijvend knelpunt tijdens het incident. Functionarissen in de actiecentra op locatie (zoals het hoofd actiecentrum), beklagen zich bij het CGD over het gebrek aan informatie. Het CGD heeft op dat moment echter niet meer informatie omdat vanuit het OT niets doorkomt. Het CGD dringt daarom bij het OT aan om meer informatie. Om 13.03 uur vraagt het CGD aan het OT om sitraps. In de 8<sup>e</sup> CGD-vergadering, om 15.40 uur, wordt gemeld dat sitrap 01 en 02 van het OT zijn ontvangen.

<sup>99</sup> Een CGD wordt veelal 'Team bevolkingszorg' genoemd.

<sup>100</sup> Interview voorzitter CGD, d.d. 20 april 2009.

Het ontbreken van concrete informatie leidt er volgens het CGD-lid Opvang en Verzorging toe dat het CGD niet kan zien welke acties – naast de al gestarte processen – dienen te worden ingezet. Ook kan het CGD de actiecentra op locatie daarmee niet van de benodigde informatie voorzien. De actiecentra kunnen zich daardoor geen goed beeld vormen van de verwachte werkzaamheden.

De gemeentesecretaris wijst in dit verband op ‘de spanning tussen de operationele structuur enerzijds en de eigen gemeentelijke informatiekanalen anderzijds.’ Hij stelt in dat verband:

*‘In draaiboeken is vastgelegd dat de operationeel leider in het BT verslag komt doen van de actuele informatie; de OL is de informatielijn. Het is niet de bedoeling dat de diensten de operationeel leider passeren. In de praktijk werkt dit onvoldoende. De operationeel leider wordt hierbij teveel belast. Hij kan niet alle detailinformatie van alle diensten overbrengen. Voor de rol van gemeentesecretaris kunnen bepaalde accenten in de informatievoorziening belangrijk zijn, terwijl de operationeel leider deze minder aandacht geeft<sup>101</sup>.’*

Actiecentra gebruiken vervolgens de eigen informele kanalen om aan informatie te komen, waarbij zij het CGD passeren. Het Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging geeft aan dat het CGD tijdens het incident op dat gebied geen toegevoegde waarde had<sup>102</sup>.

### *Opvattingen betrokken*

Tijdens de volgende overleggen komen de drie gemeentelijke processen Opvang en Verzorging, CRIB en Voorlichting steeds aan de orde. De volgende knelpunten worden daarbij genoemd.

#### **Opvang en Verzorging**

De voorzitter van het CGD stelt dat slachtoffers lang hebben moeten wachten in de schuur voordat ze naar de Wildenhorst werden gebracht. De slachtoffers hebben dan vaak al via de mobiele telefoon hun verwanten ingelicht en willen graag naar de familie toe. Een mogelijke oplossing die de voorzitter van het CGD oppert om tijd te winnen, is om registratie op de locatie (in de schuur) te laten plaatsvinden.

#### **CRIB**

Op een gegeven moment blijkt de registratie niet goed te zijn gegaan. De loco-gemeentesecretaris noemt ‘management van verwachtingen’ een belangrijk aandachtspunt bij de knelpunten rondom de registratie.

*‘Het is belangrijk om duidelijk te hebben met welke boodschap je naar buiten gaat. Wat doe je als bijvoorbeeld 70% van de passagierslijst bekend is en 30% nog onzeker? Wat doe je in de tussentijd? Wanneer ga je hiermee naar buiten en hoe communiceer je het?’<sup>103</sup>*

101 Interview gemeentesecretaris, d.d. 20 april 2009.

102 Interview Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging, d.d. 23 april 2009.

103 Interview voorzitter CGD, d.d. 20 april 2009.

Duidelijkheid hierover duurde naar mening van de voorzitter van het CGD te lang. Dit is overigens ook regelmatig besproken in het BT.

#### **Voorlichting**

Het CGD heeft een publieksinformatienummer ingesteld dat werd gevoed door het lokaal steunpunt communicatie. Het CGD heeft vooral gezorgd voor de bemensing en het technisch optuigen van het publieksinformatienummer, alsmede het afstemmen en stroomlijnen van processen.

In de gemeentelijke organisatie is enige verwarring waar de taak van telefonische publieksinformatie precies is belegd. Via het reguliere algemene nummer van de gemeente komen er vragen binnen bij het callcenter van het Klantcontactcentrum. Via het publieksinformatienummer komen bij het telefoonteam ook vragen binnen. De loco-gemeentesecretaris noemt dit een aandachtspunt. Doel is steeds meer om de staande organisatie volledig van de rampenbestrijdingsorganisatie te scheiden. Bij de bemensing van teams wordt volgens hem nog te veel gedacht vanuit de normale lijnprocessen. Het gaat er om dat de invulling van functies in de crisorganisatie moet plaatsvinden op basis van competenties en niet via een automatische koppeling vanuit de reguliere lijnprocessen.

#### **3.5.2 Analyse**

Doordat het incident overdag plaatsvond en de benodigde functionarissen al in het Raadhuis aanwezig waren, kon het CGD snel opstarten. Meteen werd een taakverdeling gemaakt en gestart met de werkzaamheden. Daarbij is al snel ingezien dat het CGD, gezien de aard van het incident, waarschijnlijk lang operationeel zal moeten zijn. Er is daarom een aflossingschema gemaakt waardoor kon worden gegarandeerd dat het CGD operationeel blijft. Om dit zo soepel mogelijk te laten verlopen is veel aandacht geweest voor de overdracht bij de aflossing. De Inspectie OOV vindt dit een goede aanpak.

De informatiepositie van het CGD blijkt tijdens het incident slecht te zijn geweest. Het CGD kreeg nauwelijks actuele informatie vanuit het OT en heeft daardoor de actiecentra Opvang en Verzorging en CRIB niet van de benodigde informatie kunnen voorzien. Het Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging geeft aan dat het CGD geen toegevoegde waarde heeft gehad en dat hij het CGD op momenten zelfs als hinderlijk heeft ervaren. De informatie die hij van het CGD kreeg was onvoldoende en veelal achterhaald. Via eigen informele kanalen hebben de actiecentra hun informatie moeten halen; het CGD werd daarmee gepasseerd. Wil het CGD een goede invulling kunnen geven aan de eigen rol, dan dient de informatiepositie sterk te worden verbeterd.

### 3.5.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV tot de volgende aandachtspunten:

- de positionering en de rol van het CGD in de crisisorganisatie moeten, tegen de achtergrond van de ervaringen rond de informatievoorziening bij de bestrijding van de Poldercrash, goed worden bekeken;
- de informatiepositie van het CGD dient sterk te worden verbeterd, waarbij met name moet worden gekeken naar de informatielijn vanuit het OT.



4



# Informatiemanagement (hoofdstructuur)

Het doel van het proces 'Informatiemanagement' is het verkrijgen van alle voor de bestrijding van het grootschalige incident relevante informatie en die actief beschikbaar stellen. De juiste informatie moet in de juiste vorm en op het juiste moment beschikbaar zijn voor degenen die deze nodig hebben<sup>104</sup>.

104 De juiste informatie kan in dit verband worden gedefinieerd als de essentiële informatie over de rampsituatie, de verwachte effecten en de ingezette en beschikbare capaciteiten. De juiste vorm is in ieder geval afgestemd op de bruikbaarheid onder de hectische omstandigheden van een acute ramp en op de doelgroep(en) die ermee moet(en) werken. Het totaalbeeld wordt door een veelheid aan betrokkenen gebruikt. Het moet daarom eenduidig, overzichtelijk en zoveel mogelijk uniform zijn. Het juiste moment bij een acute ramp is, zeker in de beginfase en voor de essentiële gegevens en informatie, zo snel mogelijk. Degenen die de informatie nodig hebben zijn zowel de vaste partners in de rampenbestrijding als de organisaties die bij dit ramptype betrokken zijn zoals de hulpverleningsorganisaties van Amsterdam Airport Schiphol.



## 4.1 Bevindingen

### *Planvorming*

Het Crisisplan Regio Kennemerland en de Crisisbestrijdingsplannen Schiphol en Luchtvaartongevallen zijn sinds de (rapportage van de) simulatie op 20 maart 2008 ter afsluiting van het project Territoriale Congruentie niet gewijzigd.

Het Crisisplan Regio Kennemerland bevat geen proces Informatievoorziening. Wel is van het hoofd sectie Informatiemanagement (verder te noemen hoofd sectie IM) een procesbeschrijving van informatiemanagement binnen de sectie IM van het OT ontvangen. De informatievoorziening komt alleen in de beschrijving van enkele onderdelen van de hoofdstructuur aan de orde.

In het Crisisplan Kennemerland staat, voor wat informatievoorziening betreft, als enige taak genoemd 'het gevraagd en ongevraagd periodiek informeren van de Leider Operationeel Team (LOT; hierna aangeduid als OL, Operationeel Leider) over de ontwikkelingen op het terrein van informatievoorziening'<sup>105</sup>.

Naar aanleiding van de simulatie ter afsluiting van het project Territoriale Congruentie heeft de veiligheidsregio Kennemerland eind 2008 aangegeven activiteiten te zullen ontplooiën ter verbetering van het informatiemanagement en de gemeentelijke processen. Voor informatiemanagement betreft dit het opzetten van oefeningen, gericht op de vergaderstructuur en implementatie van competentiegerichte oefeningen. Ook is een informatiebeleidsplan VRK 2008-2010 opgesteld. Verder geeft de VRK aan dat in 2009 zal worden gestart met het invoeren van de netcentrische werkwijze. Ook noemt de regio het versterken van de sectie IM door meer personen op te leiden voor zowel de functie van hoofd als van medewerker van de sectie. Het hoofd sectie IM heeft tijdens het interview gezegd dat de sectie IM de beschikking heeft over acht personen die worden opgeleid (deels al opgeleid zijn) tot medewerker en vier personen die worden opgeleid (of dit al zijn) tot hoofd van de sectie IM<sup>106</sup>.

Volgens de planvorming heeft het OT een stafsectie IM met de volgende taken<sup>107</sup>:

- de stafsectie IM vergaart zowel interne als externe gegevens en veredelt deze tot relevante en eenduidige informatie voor de leden van het RCC (= OT en BT);
- de sectie IM stelt de algemene OT-sitrap<sup>108</sup> op, mede ten behoeve van het BT en benoemde externe partners;
- het hoofd sectie IM stuurt de verslaglegger voor de OL en het OT-overleg en de OT-plotter aan (de verslaglegging van het OT-overleg en het plotten valt dus ook onder de taken van de stafsectie IM).

<sup>105</sup> Crisisplan Kennemerland. Deel I, Crisisbestrijdingsorganisatie, pag. 17.

<sup>106</sup> Interview hoofd sectie IM d.d. 20 april 2009.

<sup>107</sup> Crisisplan Kennemerland. Deel I, Crisisbestrijdingsorganisatie, pag. 14.

<sup>108</sup> Sitrap: situatierapportage.

In de planvorming staat niet beschreven op welke wijze de informatievoorziening in het CoPI, in het BT of in het CGD vorm krijgt. Het Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland (MICK) komt (nog) niet voor in de organisatiestructuur van het Crisisplan Regio Kennemerland.

### *Uitvoering*

## **De structuur van informatievoorziening, informatievoorziening per team**

### *Informatievoorziening in het BT*

Het BT is vanaf woensdag 25 februari 11.05 uur tot vrijdag 27 februari 11.15 uur operationeel. In deze periode komt het BT frequent bij elkaar voor plenair overleg. Van de overleggen wordt consequent een verslag gemaakt door de aanwezige verslagleggers. Het verslag wordt ook op een scherm in de BT-ruimte geprojecteerd. De burgemeester van Haarlemmermeer noemt in dit kader als leerpunt het vaststellen van de vergaderverslagen:

*‘Er werd gedaan aan verslaglegging, actiepunten en besluitenlijsten werden wel geprojecteerd op een scherm in de BT-ruimte. Deze verslagen werden in een volgend BT-overleg echter niet vastgesteld of gecontroleerd op volledigheid/juistheid. Het vaststellen van verslagen is vanwege de hectiek de 1e dag nog lastig. Vanaf de tweede dag had dit echter wel gekund, daar was gelegenheid voor. Aan het begin van een nieuwe vergadering had het verslag van de vorige bijeenkomst gecontroleerd/vastgesteld kunnen worden<sup>109</sup>.’*

### *Informatievoorziening in het OT*

De werkwijze van het OT houdt in dat alle informatie van alle secties wordt aangeleverd bij de sectie IM, waarvan het hoofd in het plenaire OT-overleg als eerste het woord krijgt<sup>110</sup>. Hiermee wordt eerst alle informatie op een centrale plaats gebundeld, waarna de andere secties de informatie in het plenaire OT-overleg kunnen aanvullen. Het hoofd sectie IM geeft tijdens het interview aan dat zijn primaire contactpersonen voor informatievergaring de andere OT-secties zijn, daarnaast aangevuld met informatie van de Multidisciplinaire Procescoördinator (MPC) van het MICK, de sitraps van het CoPI, van het LOCC en van het NCC als belangrijkste bronnen van informatie.

Verder is de sectie IM verantwoordelijk voor het opstellen van de OT-sitraps op basis van de beschikbare informatie tijdens het plenaire OT-overleg en zorgt de sectie IM voor het bijhouden van het verslag van het OT. De sectie IM vormt het centrale punt binnen het OT waar alle informatie wordt verzameld en vervolgens gedeeld met de andere secties van het OT. Met de OL heeft incidenteel bilateraal afstemming plaatsgevonden. De communicatie met de OL verliep voornamelijk via de plenaire OT-overleggen.

Het hoofd sectie IM geeft tijdens een interview aan dat in de OT-ruimte in Triport op Schiphol, in de beginfase van het incident, beide medewerkers van de sectie IM niet aanwezig zijn geweest maar zich bevonden in een aparte ruimte op dezelfde verdieping. In de OT-ruimte is wel het hoofd sectie IM aanwezig. De medewerker van de sectie IM die verantwoordelijk is

<sup>109</sup> Interview burgemeester Haarlemmermeer, 16 april 2009.

<sup>110</sup> Interview hoofd sectie IM, 20 april 2009.

voor de sitraps heeft verbinding met de OT-ruimte door een beeld- en geluidsverbinding. Het hoofd sectie IM geeft tijdens het interview voorts aan dat het tijdens de beginfase van het incident erg rumoerig was in de OT-ruimte en dat de medewerkers van de sectie IM hierdoor moeilijk hun werk konden doen. Indien de OT-ruimte op de Zijlweg in Haarlem zou zijn gebruikt, dan waren daar zowel de medewerkers als het hoofd van de sectie IM in de OT-ruimte aanwezig. Daardoor is het voor de medewerkers volgens het hoofd sectie IM beter mogelijk om direct een verslag bij te houden van alles wat er besproken wordt en tijdens de plenaire vergaderingen alle nieuwe informatie meteen in de digitaal geprojecteerde sitrap te verwerken. Alle informatie in de sitrap wordt op de Zijlweg met een beamer geprojecteerd, waardoor de beschikbare informatie voor alle secties van het OT zichtbaar is.

In de OT-ruimte op Triport zijn gedurende de eerste twee uren van het incident technische problemen met de beschikbaarheid van het netwerk en kan de aanwezige beamer niet worden gebruikt<sup>111</sup>. Door deze technische problemen en de verdeling van de medewerkers en het hoofd sectie IM over twee ruimtes, is de sectie IM niet in staat om te werken op de gebruikelijke manier. Alle aantekeningen worden in plaats van digitaal nu handmatig op papier bijgehouden, waardoor er ook geen OT-sitrap digitaal beschikbaar is om te delen met andere teams.

Door de genoemde logistieke en technische problemen slaagt de sectie IM er volgens het hoofd sectie IM de eerste uren niet in om alle verkregen gegevens verder te bewerken tot informatie. De meeste gegevens komen immers binnen in de OT-ruimte. Het maken van de digitale sitrap van het OT lukt niet goed, omdat het in de OT-ruimte zo rumoerig is dat de sitrap-opsteller in de andere ruimte de bespreking via de videoverbinding niet goed kan horen. Na ongeveer twee uur geeft het hoofd sectie IM bij de OL aan, dat de sectie IM niet goed haar werk kan doen omdat de medewerkers niet in de OT-ruimte aanwezig zijn. Daarop besluit de OL de medewerkers van de sectie IM naar de OT-ruimte te halen. Vanaf 13.45 uur (tijdstip op aanduiding van het hoofd sectie IM) zijn de medewerkers van de sectie IM in de OT-ruimte aanwezig en wordt een beamer gebruikt voor het projecteren van de OT-sitraps.

Vanuit de regio komt hierop nog de volgende toelichting:

*‘De IM stafsectie kon niet goed haar werk doen door de afstand stafsectie IM en de niet goed werkende technische voorzieningen. Na 2 uur werkt de beamer en hierop geeft het hoofd IM aan bij de OL om de opsteller van de sitrap naar de OT-ruimte te halen en volgens de werkwijze op de Zijlweg te gaan werken. Daarop besluit de OL de medewerker sitrap naar de OT-ruimte te halen en de beamer beschikbaar te stellen voor sitrap<sup>112</sup>.’*

In het OT is verslaglegging gedaan door de medewerkers van de KMar en deze worden volgens de planvorming inhoudelijk aangestuurd door het hoofd IM. Het OT is actief geweest van woensdag 25 februari 11.00 uur tot maandag 2 maart, 10.12 uur. Op dit tijdstip

111 Interview hoofd sectie IM, 20 april 2009.

112 In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

op 2 maart heeft de overdracht plaatsgevonden van het OT naar het project Nafase van de gemeente Haarlemmermeer. Van alle OT-overleggen is een doorlopend chronologisch verslag gemaakt, genaamd verslag operationeel team. Verder zijn gedurende alle overleggen van het OT de sitraps bijgewerkt. Dit resulteert in een sitrap van het OT van 11.30, 14.25, 16.15, 18.00, 19.00, 21.30 en 23.20 uur op woensdag 25 februari, de dag van de crash. Ook de dagen na woensdag 25 februari tot maandag 2 maart wordt na afloop van ieder OT-overleg de OT-sitrap aangevuld.

#### *Informatievoorziening in het CoPI*

Uit het interview met de leider CoPI komt naar voren dat de leider CoPI de beschikking had over een plotter voor de verslaglegging<sup>113</sup>. Verder zijn de plenaire CoPI-overleggen, zodra deze in de commandohaakarmbak (COH) zijn gehouden, (vanaf 12.00 uur) in een sitrap verwerkt<sup>114</sup>. Om 12.00 uur is het derde CoPI-overleg; van de eerste twee overleggen om 11.08 uur en 11.35 uur wordt geen sitrap gemaakt, maar heeft de logger van de leider CoPI aantekeningen gemaakt. Sitraps zijn gemaakt van de overleggen van 12.00, 12.45, 13.45, 14.45, 15.45, 17.00, 18.00 en 19.30 uur<sup>115</sup>. Deze sitraps geven een beeld van de situatie en van de genomen maatregelen. De werkwijze houdt in dat de tekst van de vorige sitrap steeds als basis dient voor de volgende sitrap. Vanaf de derde sitrap beslaat deze meer dan een pagina. Alle informatie wordt ingevuld bij het blok 'voorval', en de blokken 'toestand', 'verwachting', 'oplossing/voorstel' en 'advies OT' worden niet gebruikt.

#### *Informatievoorziening in het CGD*

In het CGD is een chronologisch verslag bijgehouden van alles wat er tijdens de vergadering en daarbuiten is besproken<sup>116</sup>. Dit verslag start op woensdag 25 februari om 11.00 uur en loopt door tot maandag 2 maart 2009 om 13.10 uur na de laatste vergadering van het CGD.

#### *Informatievoorziening op het MICK*

Gedurende de eerste fase van het incident (vanaf de eerste melding tot het moment dat de hoofdstructuur van de rampenbestrijding voltallig is) is de meldkamer Kennemerland (MICK) het centrale informatiepunt voor de crisisbestrijding. Op basis van de meldingen worden alle functionarissen die een taak hebben binnen de rampenbestrijding gealarmeerd en worden de eerste eenheden van de operationele diensten naar de locatie van het incident gestuurd. Alle telefonische meldingen worden door de centralisten van brandweer, politie en ambulancezorg verwerkt in het kladblok van GMS. De Multidisciplinaire Procescoördinator (MPC) maakt gebruik van een systeem voor tekstherkenning (OVI-tool) om in alle ingevoerde tekst in het kladblok te kunnen zoeken naar kerngegevens over het incident. Deze kerngegevens worden door de MPC gebruikt om een eerste beeld te krijgen van de omvang van het incident. De MPC heeft alle beschikbare informatie over het incident verzameld en telefonisch doorgegeven aan de sectie IM van het OT. Van de

<sup>113</sup> Interview leider CoPI, 22 april 2009.

<sup>114</sup> De COH arriveert om 11.37 uur ter plaatse.

<sup>115</sup> Logboek van leider CoPI.

<sup>116</sup> Interview hoofd Opvang en Verzorging, lid CGD, 22 april 2009.

beschikbare informatie is geen meldkamerbeeld gemaakt<sup>117</sup>. Tijdens het interview geeft de MPC aan dat ook gebruik is gemaakt van een fax om gegevens van de OVI-tool te versturen naar de sectie IM van het OT. Van het MICK zijn de geluidsbestanden (op schrift uitgewerkt in transcripties) van woensdag 25 februari 10.23 uur tot 11.28 uur beschikbaar en de volledige uitdraai van GMS van dit incident waarin de centralisten alle gegevens hebben vastgelegd.

### C2000

Tijdens het incident ondervinden de hulpverleningsdiensten op veel plaatsen problemen met de C2000-verbinding. Verschillende functionarissen in de onderdelen van de rampenbestrijdingsorganisatie krijgen geen verbinding via C2000. Hierop proberen zij op andere wijze (mobiele telefoon) te communiceren. Zo kunnen ambulancemedewerkers bijvoorbeeld vaak de meldkamer niet bereiken om door te geven dat zij met een slachtoffer naar een bepaald ziekenhuis rijden, hetgeen van groot belang is voor de registratie<sup>118</sup>. Ook de leider CoPI geeft aan een knelpunt te hebben ervaren in de informatie-uitwisseling door het niet naar behoren functioneren van C2000<sup>119</sup>.

Deze problemen hebben volgens verschillende functionarissen een technische en gebruikstechnische achtergrond<sup>120</sup>. De lokale C2000-mast van Kennemerland heeft een capaciteit van elf gespreksgroepen. Tijdens het incident zijn er veel meer gespreksgroepen nodig. Zo zijn er al 25 ambulances uit veertien verschillende regio's, die elk met een eigen gespreksgroep de berichten uit de eigen regio uitluisteren<sup>121</sup>. Daarnaast is er nog een algemene gespreksgroep (AKE-BYST12) die door iedereen wordt gebruikt om bij de ramplocatie te kunnen communiceren. In een dergelijk situatie, waarbij snel een tekort ontstaat aan gespreksgroepen, is ook het selectief gebruik van deze verbindingen van belang.

Verder was er, volgens verschillende functionarissen, sprake van een slechte 'etherdiscipline': iedereen meldt zich en wil informatie<sup>122</sup>. De loodspostfunctionaris geeft aan dat een gepaste etherdiscipline van zeer groot belang is: alleen hoogstnoodzakelijke berichten mogen via de mobilfoon. Volgens hem heeft dit probleem zich ook bij eerdere incidenten en oefeningen voorgedaan.

117 Interview MPC, 7 mei 2009.

118 Interview met de loodspostfunctionaris (LPF) en later Coördinator gewondenvervoer (CGV) in de Wildenhorst, d.d. 28 april 2009.

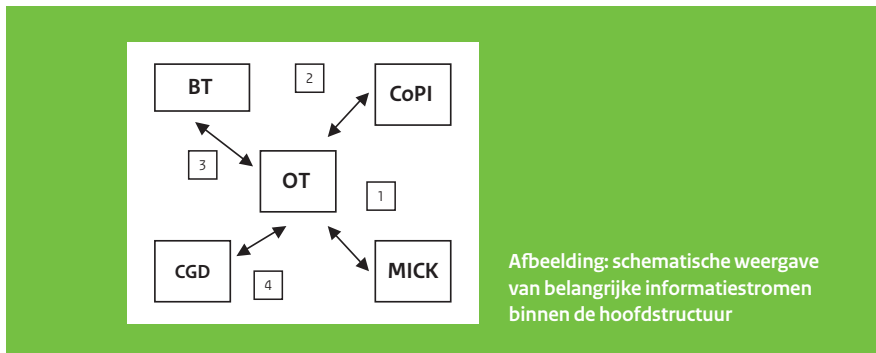
119 Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

120 Interviewverslag Onderzoeksraad voor Veiligheid met hoofd MICK.

121 Interview met de loodspostfunctionaris (LPF) en later Coördinator gewondenvervoer (CGV) in de Wildenhorst, d.d. 28 april 2009.

122 Interviewverslag OvV met hoofd MICK, d.d. 13 maart 2009 en Interview met de loodspostfunctionaris en later Coördinator gewondenvervoer (CGV) in de Wildenhorst, d.d. 28 april 2009.

## Uitwisseling van informatie tussen de teams



Afbeelding: schematische weergave van belangrijke informatiestromen binnen de hoofdstructuur

### 1. Tussen MICK en OT

De gegevens over het incident komen telefonisch van melders binnen bij het MICK. Hier worden de gegevens ingevoerd in GMS, waarmee de gegevens digitaal worden gemaakt. Voor de communicatie tussen het MICK en de sectie IM van het OT is geen informatie digitaal verstuurd (bijvoorbeeld door het maken van een meldkamerbeeld) via e-mail of een systeem voor informatie-uitwisseling. Het hoofd sectie IM van het OT heeft een enkele maal telefonisch contact met de MPC en krijgt de eerste gegevens van het incident door. Deze werkwijze is in Kennemerland ook gebruikelijk, ondanks dat de meldkamer bij uitstek beschikt over digitale informatie en er hulpmiddelen zijn om die ook tussentijds te versturen. De MPC heeft tijdens het interview gezegd dat ook via de fax informatie uit GMS via het OVI-tool naar de sectie IM van het OT is verstuurd<sup>123</sup>.

### 2. Tussen CoPI en OT

De gegevens van het plaats incident worden door de leider CoPI telefonisch doorgegeven aan de OL. De OL brengt de gegevens van de leider CoPI in tijdens het plenaire OT-overleg. Uit de verslagen en interviews is niet gebleken dat het hoofd (of een medewerker) van de sectie IM contact heeft gehad met de leider CoPI voor het uitwisselen van gegevens of informatie. De leider CoPI heeft aangegeven dat informatie-uitwisseling met het OT moeizaam is verlopen omdat de voorzieningen van het OT niet toereikend waren<sup>124</sup>. Verder was de kwaliteit van de verslaglegging afhankelijk van de vaardigheid van de betrokken medewerkers en de beschikbaarheid van noodzakelijke voorzieningen. Beide factoren waren volgens de leider CoPI in het CoPI voor verbetering vatbaar. Volgens hem zijn de vaardigheden van functionarissen die de sitraps moeten maken, niet altijd toereikend. Zo wordt in het CoPI de informatie eerst in een schrift genoteerd en daarna pas ingetypt op de laptop. Dat kost te veel tijd<sup>125</sup>. Uit het interview met de leider CoPI bleek verder dat een storende factor in de communicatie een slechte bereikbaarheid via C2000 was.

<sup>123</sup> Interview MPC, 7 mei 2009.

<sup>124</sup> Interview leider CoPI, 22 april 2009.

<sup>125</sup> Interview met leider CoPI, d.d. 22 april 2009.

### 3. Tussen OT en BT

Communicatie van het OT naar het BT verloopt via de OL, die na afloop van een plenair OT-overleg persoonlijk verslag doet in het BT. Op woensdag 25 februari 2009 geeft de OL om 11.06, 11.35, 12.15, 13.05, 14.15, 15.21, 17.19, 18.15 en 20.45 uur in het BT een update van het incident<sup>126</sup>. Uit de beschikbare informatie uit interviews en verslagen blijkt niet dat op een andere wijze communicatie heeft plaatsgevonden dan mondeling via de OL. Er is niet gebleken dat er op digitale wijze of op papier informatie is gedeeld tussen het OT en het BT. De benodigde informatie voor de besluitvorming van het BT werd door de leden van het BT via de eigen kolom verkregen, waarmee de informatie buiten het centrale punt van de sectie IM van het OT werd verzameld.

*‘Uiteraard kreeg het BT tijdens de vergaderingen ook informatie van de verschillende hoofden van diensten. De regionaal geneeskundig functionaris heeft natuurlijk ook contact met haar mensen<sup>127</sup>.’*

De regio merkt in dit verband nog op dat er op digitale wijze informatie is verstuurd naar het e-mailadres van het BT, maar dat daar geen gebruik van is gemaakt door het ontbreken van een laptop met internet in het BT. De combinatie van haperende techniek en grote afstand tussen de OT-ruimte en de ruimte van de sectie IM heeft ook bijgedragen in de vertraging bij het kunnen gebruiken van de digitale sitraps door de andere onderdelen<sup>128</sup>.

### 4. Tussen OT en CGD

In de hoofdstructuur vervult het CGD de rol van intermediair tussen de sectie gemeente in het OT en de actiecentra CRIB en Opvang en Verzorging. Communicatie tussen het CGD en het OT verloopt telefonisch via de sectie gemeente in het OT<sup>129</sup>. Als deelnemende sectie in het OT beschikt de sectie gemeente tijdens het plenaire OT-overleg over dezelfde informatie als de andere secties. Uit de beschikbare verslagen en interviews blijkt niet dat de informatie-uitwisseling tijdens de eerste uren van het incident op een andere manier is gebeurd dan telefonisch tussen het CGD en de sectie gemeente in het OT. In deze eerste uren is er geen communicatie geweest tussen het CGD en de vertegenwoordiger van de gemeente in het BT. In het logboek van het CGD is vermeld dat het CGD op 25 februari 2009 om 13.03 uur aan het OT verzoekt om sitraps en dat om 15.37 uur sitrap 1 en sitrap 2 van het OT binnenkomen bij het CGD.

126 Verslag GBT.

127 Interview met de loco-burgemeester d.d. 22 april 2009.

128 In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

129 Verslag CGD.

## 4.2 Analyse

### Informatiemanagement binnen de hoofdstructuur

Kenmerkend voor de informatie-uitwisseling en de structuur van het informatiemanagement in de regio Kennemerland bij de Poldercrash is de aaneenschakeling van bilateraal (telefonisch) contact. De beschikbare informatie komt telefonisch vanaf de MPC van het MICK bij het hoofd sectie IM in het OT. Hier wordt de informatie met andere beschikbare informatie vanuit de andere OT-secties gebundeld en ingebracht tijdens het plenaire overleg van het OT. Van de leider CoPI ontvangt de OL telefonisch de eerste informatie van de Plaats Incident, die de OL vervolgens inbrengt tijdens het plenaire OT-overleg. De OL neemt na afloop van het plenaire OT-overleg de beschikbare informatie mondeling door met het BT, waarbij de OL zelf de selectie maakt welke informatie hij doorgeeft. De andere secties in het OT hebben na afloop van het plenaire OT-overleg dezelfde informatie als de sectie IM en zijn zelf verantwoordelijk voor de terugkoppeling van de informatie met de achterban. Door het ontbreken van de aanwezige informatie in een digitale vorm bestaat de kans op het onvolledig of vervormd weergeven van de beschikbare informatie in alle schakels van de keten.

De Inspectie OOV acht het onwaarschijnlijk dat alle teams door de genoemde werkwijze op het gelijke moment over dezelfde gevalideerde informatie konden beschikken. In dit verband verwijst zij naar het overzicht in bijlage IV met gegevens over de informatie over de aantallen gewonden en doden die bij de onderdelen van de hoofdstructuur op verschillende tijdstippen van de dag van de crash bekend waren. Daaruit blijkt dat de verschillende onderdelen uiteenlopende beelden hadden over de aantallen gewonden en doden.

Binnen het CoPI en het OT wordt gewerkt met een informatiedrager in de vorm van een sitrap. Door de late aankomst van de COH zijn overigens pas vanaf het derde CoPI-overleg – van 12.00 uur – CoPI-sitraps gemaakt. Bij de andere teams zoals MICK, CGD en BT wordt niet gewerkt met sitraps, terwijl deze wel belangrijke informatie zouden kunnen bevatten. Op verzoek van het CGD wordt een sitrap van het OT beschikbaar gesteld, echter dit gebeurt zo laat (pas om 15.37 uur) dat de informatie sterk is verouderd. De Inspectie OOV concludeert dat de teams onafhankelijk van elkaar werken met verschillende informatiedragers en dat deze informatiedragers niet worden gedeeld tussen de teams.

De gescheiden opstelling van de medewerkers van de sectie IM buiten de OT-ruimte en het hoofd sectie IM in de OT-ruimte heeft het proces IM bemoeilijkt. Dit geldt in het bijzonder voor de eerste uren van het incident, vanaf circa 11.00 uur (eerste plenaire OT-overleg) tot circa 13.45 uur. Vanaf dit moment zit de sitrap-opsteller van de sectie IM in de OT-ruimte. De verslaglegging en het bijhouden van de sitraps gebeurde tot dit moment met behulp van een beeld- en geluidsverbinding, maar door het rumoer in de OT-ruimte waren de gesprekken van de OT-leden moeilijk te volgen voor de sitrap-opsteller van de sectie IM. Door het ontbreken van een projectie van de sitrap kon de sectie IM niet werken volgens de gebruikelijke methode, om tijdens de plenaire OT-vergadering de sitrap aan te vullen, te projecteren en daarmee direct met alle secties te delen. Door een technische storing is het netwerk van Triport lange tijd niet beschikbaar geweest voor de deelnemers aan het OT. Hierdoor was de



overdracht van informatie geheel afhankelijk van het mondeling doorgeven van essentiële informatie tussen alle schakels, met de genoemde afbreukrisico's als gevolg.

De verschillende onderdelen van de rampenbestrijdingorganisatie leggen ieder op eigen wijze en op verschillende informatiedragers gegevens vast. Op de meldkamer worden gegevens direct vastgelegd in GMS, er wordt geen algemeen meldkamerbeeld bijgehouden. De overige onderdelen (CoPI, OT, BT en CGD) hebben een functionaris die verslagen maakt van de plenaire overleggen. Bij deze onderdelen wordt consequent aan verslaglegging gedaan. Wel is hier, gezien ook de opmerkingen van de leider CoPI, een en ander op aan te merken. Het eerst in een schrift noteren van de informatie kost volgens hem te veel tijd. In de CoPI-sitrap wordt alle informatie weggeschreven onder het kopje 'voorval' terwijl het sitrap-format aparte kopjes heeft voor de verschillende onderwerpen. Ook worden de verslagen niet altijd in het volgende overleg vastgesteld. Daarmee worden de verslagen niet gecontroleerd op juistheid en volledigheid. De burgemeester van Haarlemmermeer noemt dit een leerpunt voor het BT.

Dergelijke zaken vormen een afbreukrisico voor goed informatiemanagement van een onderdeel. Immers, als informatie niet op de juiste manier wordt vastgelegd of wordt gecontroleerd op juistheid, bestaat het gevaar dat een onderdeel werkt (acties uitzet, besluiten neemt) op basis van een onjuist beeld van de situatie.

Het systeem C2000 heeft op 25 februari 2009 problematisch gefunctioneerd. Functionarissen kregen daardoor geen verbinding via dit systeem<sup>130</sup>. Gezien het belang van dit systeem in juist de acute fase van een ramp, is het van belang dat nader wordt uitgezocht wat de precieze oorzaken van de problemen waren, en dat daarvoor naar oplossingen wordt gezocht.

Wat betreft de twee verbeterpunten met betrekking tot informatiemanagement in de rapportage van de Inspectie OOV van juni 2008<sup>131</sup>, stelt de Inspectie OOV vast dat de geleverde inspanningen van de regio Kennemerland op dit moment nog niet hebben geleid tot een structurele kwaliteitsverbetering op het gebied van integraal informatiemanagement. Wel heeft de Inspectie OOV met instemming kennis genomen van het besluit van de regio Kennemerland om in 2009 te starten met de netcentrische werkwijze. De invoering van deze werkwijze zal, met de andere genoemde initiatieven, ongetwijfeld ten goede komen aan de kwaliteit van het integrale informatiemanagement.

## Informatiemanagement tussen de teams

### *Tussen MICK en OT*

Door uitsluitend telefonisch contact tussen MPC en de sectie IM van het OT kan essentiële informatie worden vergeten of verkeerd worden weergegeven. Ook kan informatie al verouderd zijn door slechts een enkele keer telefonisch contact te hebben. Het faxen van informatie uit GMS via het OVI-tool vanuit het MICK naar de sectie OT draagt bij aan het verkrijgen van het juiste totaalbeeld, ook al moet er dan nog een handmatige bewerking worden uitgevoerd.

<sup>130</sup> Zie ook hoofdstuk 4 Spoedeisende Medische Hulpverlening.

<sup>131</sup> Zie deel B, onder 3, van dit rapport.

#### *Tussen CoPI en OT*

Het CoPI kent geen informatiemanager in de planvorming en in de uitvoering. In dit geval verliep de communicatie rechtstreeks tussen de leider CoPI en de OL en dus niet via de sectie IM van het OT.

#### *Tussen OT en BT*

Uit de beschikbare documenten blijkt niet dat er tijdens de acute fase van het incident sprake is geweest van het versturen van sitraps van het OT via e-mail of door een systeem voor informatie uitwisseling tussen de sectie IM van het OT en het BT. Het BT kent geen informatiemanager. In dit geval verliep de communicatie mondeling via de OL en dus niet via de sectie IM van het OT. De Inspectie OOV gaat ervan uit dat de leden van het BT bij hun achterban op zoek zijn gegaan naar benodigde informatie. Hierdoor is het mogelijk dat niet-geverifieerde gegevens als informatie in het BT werden beschouwd.

#### *Tussen OT en CGD*

Ook het CGD kent geen informatiemanager. In het logboek van het CGD staat dat het CGD op 25 februari 2009 om 13.03 uur aan het OT verzoekt om sitraps en dat (pas) om 15.37 uur sitrap 1 en sitrap 2 van het OT binnenkomen bij het CGD<sup>132</sup>. Dit voorbeeld illustreert dat tot 15.37 uur geen schriftelijke of digitale sitrap van het OT bij het CGD beschikbaar is geweest. Hierdoor heeft het CGD een beperkte informatiepositie gehad ten opzicht van het OT. Door de beperkte informatiepositie was het CGD ook niet in staat de actiecentra CRIB en Opvang en Verzorging tijdig van de juiste informatie te voorzien.

## 4.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV tot de volgende aandachtspunten:

- het is van belang te onderzoeken wat de precieze oorzaken zijn geweest van de problemen met C2000 en op basis van de uitkomsten daarvan maatregelen te treffen ter voorkoming van soortgelijke problemen bij toekomstig gebruik van dat systeem;
- de invoering van een eenduidige systematiek voor het delen van informatie is een eerste vereiste voor de VRK om de overstap mogelijk te maken naar de netcentrische werkwijze; daarom is het van belang om daarmee vaart te maken;
- het ontbreken van informatiemanagers buiten het OT heeft gevolgen voor de beschikbare informatie per team en het delen van informatie tussen de teams. Omdat deze informatiemanagers een essentiële rol spelen in de informatiestructuur dient hun rol bij de ontwikkeling van de organisatie voldoende aandacht te krijgen.

5



# Spoedeisende Medische Hulpverlening

Het proces Spoedeisende Medische Hulpverlening heeft als doel het bieden van acute somatische zorg aan grote aantallen slachtoffers, het uitvoering geven aan het gewondenspreidingsplan en het organiseren van ambulancebijstand.

## 5.1 Bevindingen

### Planvorming

De veiligheidsregio Kennemerland (VRK) stelt op 1 augustus 2007 het procesplan Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) vast. Dit plan maakt onderdeel uit van het Crisisplan van de VRK. In het bijbehorende deelplan staan onder andere de taken en bevoegdheden beschreven van:

- de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) op het rampterrein en in het Commando Plaats Incident (CoPI);
- het Hoofd Sectie GHOR (HS-GHOR) in het Operationeel Team (OT);
- de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) van Dienst in het Beleidsteam (BT);
- het Hoofd Actiecentrum GHOR (HAC GHOR);
- de Coördinator gewondenvervoer (CGV) op de meldkamer ambulancezorg.

De opdrachtlijn is als volgt weergegeven:

RGF > HS-GHOR > OvD-G

Het HAC GHOR en de CGV worden aangestuurd door het HS-GHOR. Indien er veel gewonden zijn, worden er op het rampterrein een of meer gewondennesten ingericht met (elk) een hoofd gewondennest. Aansturing gebeurt door de OvD-G. Naast ambulances kunnen een of meer Geneeskundige Combinaties (GNK-C) worden ingezet. Een GNK-C bestaat uit een Mobiel Medisch Team, twee Ambulance-teams (Ambu-teams) en een Sigma<sup>133</sup>, en wordt ingezet bij meer dan tien gewonden. Op het rampterrein is de OvD-G de leider van al deze eenheden.

De alarmering geschiedt volgens het plan door de meldkamer ambulancezorg. Voor de bovengenoemde leidinggevende en coördinerende functies geldt een hard piket met een vastgelegde maximale opkomsttijd.

In het plan zijn de SMH-taken beschreven. Daarbij gaat het onder meer om:

- het triëren van de slachtoffers: het vaststellen welke slachtoffers zeer ernstig gewond (T-1) zijn, welke ernstig gewond (T-2) en welke lichtgewond (T-3). Categorie T-4 betreft de overleden slachtoffers;
- het stabiliseren en naar het ziekenhuis vervoeren van de T-1- en T-2-slachtoffers, het opvangen en behandelen van de T-3-slachtoffers en de berging van T-4 slachtoffers;
- het zorg dragen voor een uniforme registratie van de slachtoffers;
- het verstrekken van geverifieerde informatie over letsel en verblijfplaats van slachtoffers aan de operationele rampenbestrijdingsorganisatie met het oog op de centrale informatievoorziening aan verwanten en relaties.

133 Sigma: snel inzetbare groep voor medische assistentie. Het betreft een groep van acht Rode Kruis-medewerkers die de lichtgewonden behandelen.

De registratietoek is in het plan niet nader uitgewerkt voor wat betreft de vraag wie wat doet op welke plaats.

De opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening tijdens rampen heeft onder andere als doel het bieden van acute somatische zorg aan grote aantallen slachtoffers en het op adequate wijze doorgeleiden van deze slachtoffers naar de tweedelijns zorgvoorzieningen. Om dit proces tijdens crisissituaties goed te laten verlopen, is het noodzakelijk om in de preparatiefase afspraken te maken met de ziekenhuizen over de wijze waarop de hulp vanaf het rampterrein goed kan aansluiten op de ziekenhuiszorg. Naast het maken van procedureafspraken hierover, het vastleggen daarvan in een kwaliteitsbeheersysteem en het beoefenen ervan, blijkt het keer op keer weer meerwaarde te hebben als de functionarissen die tijdens de ramp met elkaar moeten samenwerken, elkaar kennen.

## Uitvoering

### Alarmering

Na het binnenkomen van de eerste meldingen van de vliegtuigcrash bij de meldkamer wordt het incident door de meldkamer geclassificeerd als VOS 6. Daarbij vindt om 10.28 uur opschaling plaats naar het coördinatie-niveau GRIP 2 en om 10.33 uur naar GRIP 3<sup>134</sup>. Aan geneeskundige eenheden zijn volgens deze classificatie 64 ambulances en vier geneeskundige combinaties (GNK-C) nodig. Tevens dienen alle GHOR-leidinggevendende voor CoPI, OT en BT, alsmede leidinggevendende op het rampterrein en leidinggevendende van belang voor de GHOR-taken in de (nog op te starten) opvanglocatie door de meldkamer te worden gealarmeerd.

Om 10.26 uur vraagt de meldkamer ambulancezorg (MKA) Kennemerland aan de MKA Amsterdam-Amstelland (MKA-AA) 55 ambulances aan bijstand te regelen<sup>135</sup>. De veiligheidsregio Kennemerland heeft zelf negen ambulances beschikbaar voor directe inzet. In het Ambulancebijstandsplan (25 oktober 2007) van de VRK staat dat de MKA-centralist bij grote ongevallen en rampen het verzoek voor het organiseren van bijstand voor SMH dient uit te zetten bij de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ). De MKA-Kennemerland (MKA-KEN) maakt geen gebruik van het systeem Octopus. Dit is een systeem dat een actueel en dynamisch overzicht geeft van de beschikbare ambulancecapaciteit en dat als hulpinstrument kan worden gebruikt om grotere aantallen bijstandsamblances automatisch te alarmeren.

Om 10.31 uur belt de MKA-AA de LMAZ met het verzoek de gevraagde ambulancebijstand te regelen. De LMAZ neemt vervolgens contact op met de MKA-KEN. Deze vraagt aan de LMAZ om naar beschikbare ambulances voor bijstand te informeren, maar die nog niet te laten aanrijden. De LMAZ maakt een regiotest in het systeem Octopus aan, om een overzicht te

<sup>134</sup> Zie ook hoofdstuk 2 Melding en alarmering; zoals daar ook al is opgemerkt, wijken de door de verschillende onderdelen vastgelegde tijden tot vier minuten van elkaar af.

<sup>135</sup> GMS-transcriptie, 25 februari 2009.

krijgen van de aantallen vrije ambulances en hun posities. De LMAZ belt vervolgens met de MKA's van de regio's Utrecht, Haaglanden en Hollands-Midden voor een inventarisatie. Om 10.45 uur koppelt de LMAZ terug met MKA-KEN voor het daadwerkelijk sturen van ambulances. De reactie van MKA-KEN is dan:

*'Opstelplaats UGS A, contact via bijstandskanaal KEN en daadwerkelijk aan laten rijden.'*

De LMAZ regelt in het eerste uur tientallen ambulances (bijstand uit andere regio's dan Kennemerland). Deze ambulances komen blijkens het volgende overzicht uit negen verschillende regio's.

Veiligheidsregio	Aantal geleverde ambulances
Amsterdam-Amstelland	10
Utrecht	5
Hollands-Midden	7
Noord-Holland Noord	7
Rotterdam-Rijnmond	10
Flevoland	4
Brabant Zuid-Oost	3
Brabant-Noord	1
Gooi en Vechtstreek	2

Later worden ook ambulances ingezet om alle slachtoffers uit het opvangcentrum te vervoeren naar het ziekenhuis. Volgens registratie van de LMAZ zijn in totaal 73 buitenregionale ambulances bij het totale incident ingezet. De MKA-KEN heeft de ingezette ambulances niet geplot, mede vanwege de beperkte communicatie door de problemen met C2000. Er wordt geen helikopterinzet aangevraagd. De meldkamer van de regio Noord-Holland Noord vraagt om 11.01 uur aan de LMAZ of er heli-inzet is aangevraagd. Hierop belt de LMAZ met de MKA-KEN en die zegt:

*'Als Alkmaar dat wil, dan doe maar.'*

De GNK-combinaties worden door de MKA-KEN gealarmeerd. Het gaat om twee GNK-C's van de VRK (Noord en Zuid), een GNK-C van regio Noord-Holland Noord en een van regio Midden-Holland. De Ovd-G en het HS-GHOR worden door de meldkamer via hun pager gealarmeerd.

Het HS-GHOR spoedt zich na de melding, samen met het HAC GHOR, richting de OT-ruimte op Triport Schiphol. De Ovd-G ontvangt de melding op zijn pager. Vanaf de Zijlweg in Haarlem gaan er dan op basis van de aard van de melding drie Ovd-G's naar de crashlocatie. In verband met de beperkte voorzieningen op Triport start een (vrij ingestroomd) HAC

GHOR het actiecentrum GHOR op de locatie Zijlweg in Haarlem op.

### *Eerste fase op het rampterrein*

Op het rampterrein komt de eerste hulpverlening door slachtoffers zelf ('zelfredzaamheid') en door passerende burgers direct op gang. Een toevallig passerende ambulance is vrijwel direct ter plaatse en begint onmiddellijk aan de taken van de eerste aankomende ambulance (nadere informatie aan de MKA, verkenning van het rampterrein en eerste triage<sup>136</sup>).

Een van de Ovd-G's ziet bij aankomst bij de crashlocatie direct een hulpverlener die hij herkent als de Regionaal Officier Gevaarlijke Stoffen (ROGS)<sup>137</sup>. De aanwezigheid van deze ROGS betekent voor hem dat het terrein veilig is voor de hulpverleners. Er lopen volgens deze Ovd-G ook veel andere hulpverleners rond die volgens hem gestructureerd werken. De Ovd-G's zoeken elkaar op het rampterrein op en beginnen een provisorische schets van de situatie op een bord te maken. De aanwezige verpleegkundigen hebben spontaan al twee gewondennesten<sup>138</sup> ingericht voor de T-1 en T-2 slachtoffers: in de naburige woning (twintig á dertig T-1 en T-2 slachtoffers) en de loods ernaast (tientallen lichtgewonden, voorlopig geïnclassificeerd als T-3). De triage is nog niet afgerond. De drie Ovd-G-n spreken een rolverdeling af: één Ovd-G voor het rampterrein, één voor het CoPI en één voor het huis en de loods waarin slachtoffers zijn opgevangen. De Ovd-G voor het rampterrein fungeert als schakel naar het HS-GHOR in het OT.

De functionaris voor de functie van hoofd gewondennest (HGN) is thuis als hij hoort van het incident. Hij belt zelf de meldkamer en hoort dat het VOS 6 is. Daarop rukt hij direct uit. Onderweg ontvangt hij de formele melding. Het HGN wordt ter plaatse door de Ovd-G belast met de begeleiding van de afvoer van de gewonden uit de gewondennesten in de naburige woning en de loods.

De loodspostfunctionaris<sup>139</sup> (LPF) wordt gealarmeerd met de ambu-teams van de GNK-C van Kennemerland. Hij functioneert de eerste uren als LPF en later bij het opvangcentrum als Coördinator gewondenvervoer (CGV). Bij het aanrijden naar de loodspost ziet hij dat de locatie moeilijk bereikbaar is (eenrichtingsverkeer). In overleg met de Ovd-G doet hij een METHANE-bericht<sup>140</sup> uit naar alle ambulances en instrueert deze naar de loodspost te gaan en alle portofoons uit te zetten in verband met de problemen met C2000-berichtenverkeer. Vervolgens reguleert hij het ambulanceverkeer door voor elke vijf ambulances die van de ramplocatie vertrekken er vijf nieuwe naartoe te sturen.

<sup>136</sup> Triage: het beoordelen van de ernst van het letsel in de categorieën T1 tot en met T-4 (zie kader op de volgende pagina).

<sup>137</sup> Interview met de Ovd-G en het Hoofd gewondennest, d.d. 23 april 2009.

<sup>138</sup> Een gewondennest is een tijdelijke verzamelplaats voor de gewonden, waar de eerste behandeling (stabiliseren) plaatsvindt in afwachting van vervoer naar een ziekenhuis.

<sup>139</sup> De LPF dirigeert de verzamelde ambulances vanuit de loodspost/uitgangsstelling.

<sup>140</sup> 'METHANE' staat voor: Melding (door wie); Exacte locatie; Type incident; Hachelijke factoren (blindgangers; chemische wapens); toegAng; aaNtal en type gewonden/verwondingen; gewEnste hulp.



### Triage

Op het rampterrein classificeren de hulpverleners de slachtoffers naar prioriteit. De ernstig gewonde slachtoffers met acute levensbedreiging worden gescheiden van de lichter gewonde slachtoffers. Dit systeem van classificeren wordt 'triage' genoemd. De slachtoffers worden in de volgende categorieën ingedeeld:

**T-1** *Ernstig gewond, zo snel mogelijk – maar binnen een uur – stabiliseren. Altijd naar het ziekenhuis.*

**T-2** *Gewond, behandelen en binnen zes uur naar het ziekenhuis.*

**T-3** *Licht gewond, verzorging kan plaatsvinden door medisch personeel op rampterrein (bijvoorbeeld een SIGMA-team).*

**T-4** *Overleden.*

Het 'triëren' van de slachtoffers gebeurt aan de hand van een aantal criteria. In dat kader worden vaak de 'MIMMS-criteria' gehanteerd. MIMMS staat voor *Major Incident Medical Management and Support*. Het betreft een algemeen toepasbare en internationaal geaccepteerde systematiek voor prioritering van activiteiten van de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige incidenten.

### C2000

Zoals in hoofdstuk 4 over Informatiemanagement (hoofdstructuur) is aangegeven, zijn er tijdens de eerste uren van het incident problemen met de C2000-verbinding. Daardoor is het vaak onmogelijk de meldkamer te bereiken om door te geven naar welk ziekenhuis een ambulance met een slachtoffer op weg is.

### SMH-inzet op het rampterrein

Een eerste verkenning binnen het vliegtuig maakt duidelijk dat zes passagiers bekneld zitten. In het CoPI is om 11.25 uur vastgesteld dat circa 25 T-1 en 25 T-2 gewonden moeten worden behandeld en vervoerd. Om 12.30 uur zijn alle slachtoffers bevrijd en buiten het vliegtuig gebracht en zijn zes doden geborgen. De drie overleden bemanningsleden in de cockpit mogen om onderzoeksredenen niet direct worden geborgen<sup>141</sup>.

### Triage

In een naburige woning en loods wordt – na een eerste snelle beoordeling – een groot aantal lichtgewonden (T-3) opgevangen. Deze slachtoffers hebben zich veelal op eigen kracht van het vliegtuig naar deze eerste opvangplaatsen (gewondennesten) kunnen verplaatsen. Voortdurend vindt in deze tijdelijke opvang triage plaats door enkele ambulanceverpleegkundigen. Hierbij worden ze korte tijd ondersteund door een mobiel medisch team (MMT) uit een van de drie gearriveerde traumaheli's, die door de OvD-G naar deze opvangplaatsen

141 Om 19.30 uur zijn ook de lichamen van de piloten geborgen.

is gestuurd. De twee andere MMT's werken in opdracht van de OvD-G bij het vliegtuigwrak. Om 14.30 uur zijn alle slachtoffers weg van het rampterrein. Volgens de beschikbare gegevens zijn vanaf de plaats van de crash ruim veertig slachtoffers met ambulances en zeventien slachtoffers gezamenlijk met een busje naar ziekenhuizen vervoerd.

De slachtoffers die niet direct vanaf de plaats van de ramp naar ziekenhuizen worden overgebracht, gaan met twee bussen naar de opvanglocatie, sportcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp. In elke bus is een ambulanceverpleegkundige aanwezig met de opdracht voortdurend te triëren. Met de bussen wordt voor de zekerheid een ambulance meegestuurd. Tegen 14.00 uur komen deze slachtoffers aan bij de Wildenhorst, waar vervolgens de eerste opvang plaatsvindt. Het is de bedoeling dat de slachtoffers in de Wildenhorst ook allen worden geregistreerd. Circa 35 minuten na aankomst in de Wildenhorst grijpen twee relatieve 'buitenstaanders' in<sup>142</sup>. Het gaat om een arts die met de bijstandverlenende GNK-C van regio Noord-Holland Noord is meegekomen en een toevallig in het sportcentrum aanwezige traumatoloog die zijn diensten aanbiedt<sup>143</sup>. Zij zien onder de slachtoffers twee mensen die volgens hen zwaar gewond zijn (T-1). Deze slachtoffers dienen onmiddellijk per ambulance naar het ziekenhuis te worden vervoerd. Tevens geven zij aan dat alle aanwezige slachtoffers alsnog per ambulance naar het ziekenhuis moeten worden vervoerd. Deze inzittenden hebben volgens de artsen allen mogelijk een 'Hoog Energetisch Trauma' (HET) opgelopen bij deze crash. Het vliegtuig kwam namelijk met een snelheid van 180 km/uur abrupt tot stilstand. Alle slachtoffers moeten volgens deze artsen daarom alsnog onmiddellijk voor een check en foto's per ambulance naar een ziekenhuis. Vervolgens worden alle slachtoffers die naar de Wildenhorst zijn gebracht alsnog zo snel mogelijk met ambulances naar diverse ziekenhuizen vervoerd<sup>144</sup>. Hiervoor worden 37 ambulances ingezet. Volgens geïnterviewden heeft hierover geen overleg plaatsgevonden met de commandolijn (het HS-GHOR in het OT of de RGF in het BT).

Onze Geneeskundige Combinatie wordt ingezet bij het opvangcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp. Daar zouden wij de opvang verzorgen van alle T-3 slachtoffers. Dat is de groep die in principe – na eventuele hereniging met relaties – naar huis kan. Ons medisch team van de Geneeskundige Combinatie (GNK-C/NHN) onderwerpt alle aangekomen slachtoffers aan een medische controle. Al snel, na een aantal slachtoffers, blijkt tijdens de triage dat de verwondingen zo ernstig zijn, dat vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk is. Daarom wordt besloten alle slachtoffers naar het ziekenhuis te vervoeren. Onder hen bevinden zich mensen met bekkenbreuken, gebroken enkels, centrale wervelkolomletsel en stomp thoraxtrauma. Die mensen liepen daar op adrenaline. Pas uren later in de Wildenhorst begonnen deze mensen voor het eerst pijn te voelen<sup>145</sup>.

142 Interview met het HS-GHOR, d.d. 22 april 2009.

143 Zie ook hoofdstuk 8 over de gang van zaken in de Wildenhorst.

144 In verschillende documenten wordt in dit verband een aantal van 42 slachtoffers genoemd.

145 Interview met leden van de GNK-C en de OvD-G van de regio Noord-Holland Noord in het blad 'Noordwester' (Veiligheidsregio NHN, Jaargang 6, nummer 2, april 2009).

Achteraf blijkt uit de ziekenhuisgegevens dat van de aanvankelijk als T-3 (lichtgewonden) aangemerkte slachtoffers die eerst naar de Wildenhorst zijn gebracht, er twee alsnog als T-1 worden geclassificeerd en zeventien als T-2.

De Ovd-G en het HGN van de veiligheidsregio Kennemerland zijn van oordeel dat het alsnog vervoeren van alle eerst naar de opvanglocatie overgebrachte slachtoffers naar een ziekenhuis ('geplankt' per ambulance) achteraf gezien juist is geweest<sup>146</sup>. In een ongevalsituatie met slachtoffers na een verkeersbotsing zou men onmiddellijk gekozen hebben om deze mensen naar een ziekenhuis te vervoeren.

De hoofdregel in de MIMMS-systematiek<sup>147</sup> is dat alle lopende slachtoffers in eerste instantie niet naar een ziekenhuis hoeven, mogelijk pas na hertriage. Worden ze na hertriage als gewond beoordeeld dan moeten ze alsnog naar het ziekenhuis worden vervoerd. Alleen niet-gewonden mogen volgens de MIMMS-systematiek naar een opvanglocatie worden gebracht. Bij de hertriage in het gewondennest op het rampterrein heeft men zich volgens deze Ovd-G en het HGN onvoldoende gerealiseerd dat slachtoffers die een hoog energetisch incident hebben meegemaakt later mogelijk geïnvaleerd en/of geïnfecteerd kunnen raken. De mogelijke (inwendige) verwondingen zijn bij dergelijke slachtoffers niet gemakkelijk vast te stellen. Daarom dienen slachtoffers bij een dergelijk incident altijd als gewond te worden beoordeeld en moeten zij per ambulance naar een ziekenhuis worden vervoerd voor nader onderzoek (check en foto's). De MIMMS-richtlijn is daarom in deze situatie volgens de Ovd-G en het HGN te beperkt toegepast.

De Ovd-G en het HGN geven nog aan dat als men al deze slachtoffers wel direct vanaf het rampterrein per ambulance naar het ziekenhuis had gebracht dat mogelijk wel tot opont-houd bij het vervoer van de andere slachtoffers zou hebben geleid.

### *Registratie van de slachtoffers*

Tot de SMH-taken behoort volgens het procesplan SMH van de regio Kennemerland de uniforme registratie van de slachtoffers en het verstrekken van geverifieerde informatie over letsels en verblijfplaats van slachtoffers aan het Operationeel Team en het Gemeentelijk Beleidsteam met het oog op de centrale informatievoorziening aan verwanten en relaties. In de regio zijn geen sluitende afspraken of procedures voor een volledige registratie bij dit soort incidenten<sup>148</sup>. Landelijk zou daar naar de mening van het HS-GHOR een systeem voor moeten worden ontwikkeld. De Ovd-G en het HGN<sup>149</sup> geven aan dat de registratie van de slachtoffers een probleem is geweest om een aantal redenen:

<sup>146</sup> Interview met de Ovd-G en het HGN, d.d. 23 april 2009.

<sup>147</sup> MIMMS staat voor Major Incident Medical Management and Support. Het betreft een algemeen toepasbare en international geaccepteerde systematiek voor de prioritering van activiteiten van de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige incidenten. De MIMMS-systeematiek heeft de status van een professionele norm. Binnen de ambulancewereld is de MIMMS de landelijk geaccepteerde norm, vastgesteld door de GHOR-academie.

<sup>148</sup> Interview met het HS-GHOR, d.d. 22 april 2009.

<sup>149</sup> Interview met de OVD-G en het HGN, d.d. 23 april 2009.

- het gaat veelal om sterk op elkaar lijkende namen;
- de formele gewondenregistratiekaart wordt vrijwel niet gebruikt;
- een aantal slachtoffers is moeilijk aanspreekbaar (bijvoorbeeld door intubatie);
- de meldkamer ambulancezorg kan (met de CGV) geen overzicht houden op de afgevoerde slachtoffers omdat de communicatie via C2000 vaak niet lukt;
- in de GNK-C bij de gewondennesten zijn geen gewondenregistratiekaarten aanwezig of zij kunnen niet worden gevonden;
- er zijn geen registratievellen waarop de HGN de afvoer kan bijhouden;
- vanwege de plotselinge en vooral zeer snelle afvoer vanuit de Wildenhorst valt de registratie ook daar in het water.

Op basis van de diverse (zeer) onvolledige lijsten die beschikbaar zijn van de diverse locaties geeft het HS-GHOR het actiecentrum GHOR opdracht een zo volledig mogelijk 'gematchte' lijst op te stellen voor het BT, onder meer door bij de ziekenhuizen de gegevens van de binnengekomen slachtoffers op te vragen<sup>150</sup>. Bij een en ander wordt ook de Koninklijke Marechaussee ingeschakeld. Het verkrijgen van slachtoffergegevens van de ziekenhuizen verloopt echter zeer moeizaam. Drie dagen na de crash (op zaterdag) is door een koerier een brief van de directeur GHOR bezorgd bij alle raden van bestuur van de betrokken ziekenhuizen met het verzoek om medewerking. Op een aangegeven geprotocolleerde werkwijze begint de gegevensverstrekking dan op gang te komen. Het duurt nog tot zondagmorgen voor een volledige lijst beschikbaar is.

### De ziekenhuizen

In het kader van dit onderzoek hebben de Inspectie OOV en de IGZ de bij het incident betrokken ziekenhuizen een enquête voorgelegd. Onderstaande bevindingen zijn gebaseerd op de informatie die de ziekenhuizen de inspecties hebben verstrekt.

<sup>150</sup> Interview met het Hoofd Actiecentrum GHOR, d.d. 21 april 2009.

In de dertien betrokken ziekenhuizen worden de volgende aantallen slachtoffers opgevangen en behandeld:

Ziekenhuis	Aantal slachtoffers		
	T-1	T-2	T-3
AMC	14	5	-
VU Amsterdam	12	13	-
Slotervaart	-	1	-
Rode Kruis	-	1	11
Spaarne ziekenhuis	-	8	6
Kennemer Gasthuis	4	3	23
LUMC	5	1	3
MCA	-	1	-
UMC Utrecht/ Calamiteitenhospitaal	-	4	2
Diaconessen Leiden	-	-	1
Flevo ziekenhuis Almere	-	1	-
Westfries Gasthuis Hoorn	-	1	-
HAGA ziekenhuis	-	1	3
<b>Totaal</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>49</b>

Uit de beschikbare gegevens kan worden opgemaakt dat van het rampterrein 40 slachtoffers per ambulance naar het ziekenhuis zijn vervoerd en 17 met een busje. Van de Wildenhorst zijn 42 slachtoffers per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. Op basis van de ziekenhuisgegevens moeten 25 slachtoffers op andere wijze naar het ziekenhuis zijn gegaan.

#### *Communicatie, informatieoverdracht en coördinatie*

Op één ziekenhuis na geven alle ziekenhuizen aan dat de communicatie en coördinatie vanuit de meldkamer richting ziekenhuizen onvoldoende, inadequaat en niet conform de gemaakte afspraken is geweest. Communicatie over opschalen en afschalen verloopt in een aantal ziekenhuizen niet volgens gemaakte regionale afspraken. Zo verloopt bijvoorbeeld de opdracht tot afschaling via de meldkamer naar een van de managers in plaats van naar de crisiscoördinator, of is de opdracht afkomstig vanuit de LMAZ terwijl na terugkoppeling hierover bij de eigen meldkamer niets bekend is. Ambulances leveren patiënten naar eigen inzicht af bij ziekenhuizen. Navraag bij de meldkamer levert vervolgens verwarring op. Ziekenhuizen ontvangen meerdere patiënten terwijl de meldkamer daarna ontkent dat er patiënten naar deze ziekenhuizen zijn gestuurd. Communicatie daarover verloopt ongestructureerd. Dan weer via een meldkamer, dan weer via de ambulances.

De meldkamer kan urenlang geen inzicht geven of en in welke aantallen er patiënten naar het ziekenhuis zullen komen. Een traumacentrum krijgt de vooraankondiging van 85 tot 100 slachtoffers waarvan zeker vijftien T-1 maar ontvangt tot 13.30 uur slechts één T-1

slachtoffer. Achteraf verneemt men dat patiënten naar ziekenhuizen zijn gebracht die verder van de rampplek liggen dan dit traumacentrum.

Communicatie tussen de crisiscoördinator en het HS-GHOR blijkt onmogelijk. Een ziekenhuis dat zijn patiëntgegevens wil aanleveren, belt daarvoor het opgegeven telefoonnummer van het Actiecentrum GHOR dat in het Ziekenhuis Rampenpen Opvangplan (ZiROP) staat. Dit nummer blijkt echter niet meer te bestaan. Het nieuwe nummer van het HAC GHOR is daarna onbereikbaar, waarna men belt met het landelijk noodnummer. Dit werkt echter niet. Telefoonlijnen zijn overbezet en contactpersonen zijn onbereikbaar, waarna uiteindelijk de gemeente Haarlemmermeer is gebeld, die niets kan met de aangeleverde informatie vanuit het ziekenhuis. Ook het GHOR-informatienummer is onbereikbaar. Op een door de GHOR opgegeven 06-nummer stond de voice-mail ingeschakeld. De op de voice-mail ingesproken boodschappen werden niet beantwoord.

Verschillende ziekenhuizen geven aan dat ze klaar stonden voor grootschalige opvang (operatiekamers vrij gemaakt, neurochirurgisch capaciteit opgeroepen) na het opstarten van hun ZiROP, maar dat ze uiteindelijk maar één tot vier patiënten hebben ontvangen. Het bevreemdt hen des te meer nu achteraf blijkt dat de ambulances aan hen voorbij zijn gereden om patiënten naar ziekenhuizen te brengen die twintig tot dertig kilometer verder weg liggen.

Na de opdracht tot afschalen van de ziekenhuizen om 13.30 uur, worden enkele ziekenhuizen vanaf 15.00 uur met nog een aantal slachtoffers van de crash geconfronteerd. Het gaat hierbij om groepen van drie tot elf slachtoffers die vrijwel tegelijkertijd en onaangekondigd gepresenteerd worden op de eerste hulp. Een ziekenhuis geeft aan dat de ambulances niet bekend zijn met de lokale situatie en daarom de verkeerde ingang van het ziekenhuis kiezen. De zorginhoudelijke informatie-patiëntenoverdracht is naar de mening van de ziekenhuizen wél adequaat verlopen.

#### *Slachtoffersysteem en patiëntenidentificatie*

Op twee ziekenhuizen na geven de ziekenhuizen aan geen problemen te hebben gehad met de identificatie en registratie van patiëntgegevens. Bij aanbidding van kleine aantallen slachtoffers zoals hier is gebeurd, levert het ontbreken van de gewondenregistratiekaarten volgens hen geen problemen op. Bij grotere aantallen is het gebruik van de gewondenregistratiekaart naar de mening van de ziekenhuizen een noodzaak.

De terugkoppeling van patiëntgegevens naar meldkamers, GHOR-functionarissen of gemeente leverde zoals hierboven onder 'Communicatie, informatieoverdracht en coördinatie' is beschreven, wel problemen op.

#### *Knelpunten in de dagen na de opvang*

Ziekenhuizen geven aan de dagen na de ramp telefonisch veel te zijn benaderd door familieleden, de media, de GHOR, de GGD, Turkish Airlines, de KMar en andere overheidsinstanties. Ook de fysieke komst naar het ziekenhuis van externe partijen zoals slachtofferhulp, werknemers van de vliegtuigmaatschappij en hoogwaardigheidsbekleders hebben het primaire proces bemoeilijkt. Hiervoor is extra inzet van personeel noodzakelijk gebleken. Herkenbaarheid en legitimiteit van de vragende instanties ontbreekt en is telefonisch niet

op verantwoorde wijze te controleren. Hierdoor is opnieuw de vraag gerezen op welke wijze het gerechtvaardigd is om patiëntengegevens te verstrekken.

Een van de ziekenhuizen geeft aan problemen te hebben met de verdere gang van zaken voor de slachtoffers die al snel uitbehandeld zijn en ontslagen kunnen worden. Wie coördineert dat is de vraag.

Het calamiteitenhospitaal in Utrecht stelt retrospectief dat opvang van alle T-2 en T-3 slachtoffers mogelijk is geweest in Utrecht. Alle patiënten zijn nu verspreid over meer dan tien ziekenhuizen van Den Helder tot Utrecht. Er waren ruim op tijd voldoende mensen en middelen hiervoor aanwezig. Eén plek in de gewondenspreiding bij grote ongevallen of rampen zou logisch zijn. Mogelijk dat dit ten goede zou zijn gekomen aan een snel en duidelijk patiëntenoverzicht.

### Opvatting passagier

Een passagier, die bij de crash relatief licht gewond is geraakt en die het toestel snel wist te verlaten, verklaart dat de hulpverleners prima werk hebben geleverd:

*‘Het kwam gebrekkig op gang. Van alle kanten kwamen sirenes aan. Maar toen het eenmaal bij elkaar kwam, liep het als een geoliede machine. Heb er vol bewondering naar gekeken.’*

Hij wijst erop dat ook omstanders, zoals iemand die op het land werkte, vliegtuigspotters en automobilisten, direct kwamen aanrennen om hulp te bieden. Volgens hem kwam na een minuut of drie de eerste ambulance aanrijden, en vier minuten later de eerste brandweer-auto, min of meer gelijktijdig met de politie. In eerste instantie is hij, samen met de meeste andere passagiers, naar een boerenschuur gebracht. Dat gebeurde ongeveer 20 tot 25 minuten na de crash. In dat verband geeft hij aan dat hij zeer goed is te spreken over de aandacht die hij in het gewondennest in de boerenschuur ontving van hulpverleners. Zeker iedere tien minuten vroeg een politieambtenaar hem hoe het ermee ging. Het werd hem niet toegestaan de betreffende schuur te verlaten. Nadat de zwaargewonde en vervolgens de lichtgewonde slachtoffers waren afgevoerd naar ziekenhuizen werden de overige passagiers in verschillende bussen naar de Wildenhorst vervoerd.

## 5.2 Analyse

De alarmering van het grote aantal benodigde ambulances is niet volgens het eigen (ambulancebijstands)plan verlopen. Bijstand dient met het systeem Octopus of direct via de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ) te worden geregeld. Het eigen systeem Octopus om de ambulancebijstand te activeren, is echter door nog onvolledige implementatie niet gebruikt door de meldkamer ambulancezorg (MKA). Via een omweg – de meldkamer Amsterdam-Amstelland – is de bijstand aangevraagd. Deze meldkamer geeft het bijstandsverzoek door aan de LMAZ. Als de LMAZ dit verzoek verifieert bij de MKA-KEN ontstaat een vertraging omdat de MKA-KEN aangeeft dat de ambulances niet hoeven aan te rijden. Ook de alarmering van de (vier) heli-teams (Mobiele Medische Teams in een helikopter) komt bij

toeval tot stand door een naburige meldkamer. Dit alles heeft geleid tot een onduidelijk totaaloverzicht.

De aanwezige hulpverleners op het rampterrein zetten in relatief korte tijd een enorme prestatie neer. Bovendien moeten zij onder zware en lastige omstandigheden werken: zes beknelde personen, een toestel dat in verband met zijn positie moeilijk toegankelijk is, vervoer over een klei-akker en de aanwezigheid van een sloot naast de weg waar de ambulances staan. In een relatief korte tijd worden zes slachtoffers bevrijd en tientallen T-1 en T-2 slachtoffers behandeld en per ambulance vervoerd naar ziekenhuizen. Tevens worden in diezelfde eerste periode zes doden geborgen.

Blijkens het rapport *'De organisatie van de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen'* van de Inspectie OOV van februari 2009 heeft de veiligheidsregio Kennemerland aangegeven over een relatief groot operationeel presterend GNK-vermogen te beschikken (in circa 1,5 uur kunnen overdag 25 T-1 gewonden worden gestabiliseerd en afgevoerd; in circa drie uur kunnen overdag 50 T-1 gewonden worden gestabiliseerd en afgevoerd). Bij de Poldercrash heeft deze regio laten zien dat zij de aangegeven aantallen in de praktijk ook echt kan halen.

Uit de informatie van de ziekenhuizen blijkt dat van de 42 aanvankelijk als T-3 slachtoffer aangemerkte inzittenden die 's middags vanuit de Wildenhorst alsnog naar een ziekenhuis zijn overgebracht, er twee als T-1 en zeventien als T-2 slachtoffer worden aangemerkt. De betrokken GHOR-leidinggevendens stellen terugkijkend vast dat bij de triage op het ramp-terrein de MIMMS-richtlijn te beperkt is toegepast. Vooral de indicator lopend/niet-lopend is toegepast. De indicator gewond/niet-gewond blijft teveel buiten beschouwing. De parate kennis van de MIMMS-richtlijnen (b)lijkt hier te beperkt. Het is opvallend dat twee relatieve buitenstaanders (de OvD-G/arts uit de regio Noord-Holland Noord en de toevallig in sport-centrum de Wildenhorst aanwezige traumatoloog) zonder overleg met de commandolijn (de OvD-G van de VRK, het HS-GHOR of de RGF) de leiding in het opvangcentrum volledig overnemen en – achteraf gezien terecht – overgaan tot een drastische koerswijziging met betrekking tot de behandeling van de slachtoffers door te bepalen dat alle passagiers alsnog direct met een ambulance naar een ziekenhuis moeten worden overgebracht.

In ziekenhuizen mist men de coördinatie vanuit een centraal meldkamerpunt volledig. Wie had nu eigenlijk op gestructureerde wijze een overzicht van de ambulance inzet, van een slachtofferbeeld en van de ziekenhuizen waarnaar slachtoffers werden vervoerd?

Ziekenhuizen hebben een totaal gebrek aan eenduidig overzicht en coördinatie ervaren in hun contact met de meldkamer ambulancezorg (MKA) van Kennemerland.

De MKA Kennemerland legt de ambulanceritten ook niet vast (plotten). Degene die op de MKA als Coördinator gewondenvervoer moet functioneren, is als uitgiftcentralist bezig geweest. Door de meldkamer Amsterdam in te schakelen, start een aaneenschakeling van informatie-wisselmomenten die het overzicht alleen maar waziger maken. Niemand weet op een gegeven moment meer wie wat doet. Sommige MMT's worden bij toeval door een andere meldkamer gealarmeerd. Dat de slachtoffers relatief snel van de ramplocatie naar een ziekenhuis worden vervoerd, is soms meer te danken aan de professionals in het veld



die alle patiënten maar gewoon meenemen en ergens naar toe vervoeren dan aan een gecoördineerd en gestructureerd optreden vanuit de commandolijn. De communicatieproblemen met C2000 hebben hierbij een belangrijke rol gespeeld.

Een eerste globale analyse van de communicatieproblemen met C2000 laat zien dat het beperkte aantal (elf) gespreksgroepen op de lokale C2000-mast zonder nadere gebruiksmaatregelen (selectief gebruik van mobilifoons, geen of nauwelijks gebruik van portofoons) bij een dergelijke ramp met zoveel diverse C-2000-gebruikers niet goed kan functioneren<sup>151</sup>.

Ondanks het feit dat de meeste patiënten in korte tijd van de rampplek zijn overgebracht naar een ziekenhuis dat geschikt is voor de traumaopvang, is de communicatie daarover met de ziekenhuizen onvoldoende geweest. De opdracht tot afschaling is te vroeg gegeven. Daarna werden nog meer dan veertig slachtoffers bij de ziekenhuizen gebracht. Van een gecoördineerde en gestructureerde communicatie vanuit de GHOR-organisatie richting de ziekenhuizen is geen sprake geweest.

Omdat het om relatief kleine aantallen slachtoffers per ziekenhuis gaat, hebben de ziekenhuizen geen problemen met de registratie van de slachtoffers ondervonden, ondanks het ontbreken van gewondenregistratiekaarten. Actuele overzichten van deze patiënten en patiëntgegevens zijn dan ook tijdens het gehele proces in alle ziekenhuizen voorhanden. Bij grotere aantallen gewonden per ziekenhuis is het gebruik van de gewondenregistratiekaart ook naar de mening van de ziekenhuizen een noodzaak.

Gebrek aan herkenbaarheid en kennis van de GHOR-organisatie en daaruit voortvloeiende afspraken over de legitimiteit van informatie-uitwisseling over individuele slachtoffers tussen de GHOR en de ziekenhuizen heeft voor extra vertraging gezorgd voor wat betreft het samenstellen van een volledig patiëntenoverzicht in de dagen na de ramp. De GHOR kreeg de bij de ziekenhuizen beschikbare informatie – ondanks herhaalde verzoeken – in de eerste periode maar in beperkte mate.

De regio heeft de taak van het registreren van de slachtoffers in de voorbereide plannen niet nader uitgewerkt. Het belang van een zo volledig mogelijk overzicht van de slachtoffers en hun gegevens moet niet worden onderschat en in de praktijk blijkt dat een dergelijke lijst voor het BT van groot belang is voor de communicatie met de 'buitenwereld'. Verwanten en relaties willen natuurlijk weten hoe het met hun naasten is gesteld en de media zijn op zoek naar informatie over de ramp en de slachtoffers.

Om tot een gemachte lijst met de passagierslijst te kunnen komen, dient bij deze ramp op in ieder geval de volgende plaatsen registratie van de slachtoffers (NAW-gegevens<sup>152</sup>, letsel en verblijfplaats) plaats te vinden:

<sup>151</sup> Zie in dit verband ook hoofdstuk 4 Informatiemanagement.

<sup>152</sup> Naam-, Adres- en Woonplaatsgegevens.

- op het rampterrein bij de twee afvoerplaatsen van de gewonden naar ziekenhuizen met ambulances en een busje (zeventien slachtoffers); ter plaatse of op de meldkamer moet door een Coördinator gewondenvervoer (CGV) worden bijgehouden wie (met welk letsel) naar welk ziekenhuis wordt vervoerd;
- bij de vervoer met twee bussen van de ‘lichtgewonden’ uit het gewondennest naar de Wildenhorst;
- in de Wildenhorst in de opvangruimte van de ‘ongedeerden’ dan wel ‘lichtgewonden’; primair registratie door de gemeente (proces CRIB<sup>153</sup>), later bij het vervoer met ambulances door de GHOR (CGV);
- in de ziekenhuizen waar de slachtoffers worden opgevangen; om een en ander te faciliteren is de gewondenregistratiekaart ontwikkeld, die op het rampterrein moet worden ingevuld en met het slachtoffer in de ambulance dient te worden meegegeven en verder in het ziekenhuis kan worden gebruikt bij inname.

Met deze verschillende registraties (‘bouwstenen’) kan vervolgens door het actiecentrum GHOR zo goed mogelijk worden gewerkt aan de gewenste ‘gematchte’ lijst. Er blijft altijd een categorie ‘vermisten’, bestaande uit slachtoffers die op eigen gelegenheid het rampterrein verlaten zonder te zijn geregistreerd, alsmede de nog niet geïdentificeerde overledenen. Deze identificatie vereist grote zorgvuldigheid en neemt vaak een aantal dagen in beslag. Van de doden is dan in de acute fase al wel het aantal bekend.

Op het rampterrein is de gewondenregistratiekaart vrijwel niet gebruikt. Bij de gewondennesten zijn deze kaarten niet in de GNK-C aanwezig of zij kunnen niet worden gevonden. Eveneens ontbreekt daar registratiemateriaal (in te vullen lijsten of anderszins). Bij het opvangcentrum de Wildenhorst wordt bij het alsnog vervoeren naar het ziekenhuis de gewondenregistratiekaart wel gebruikt door de functionerende coördinator gewondenvervoer (CGV). Daarbij wordt echter geen gebruik gemaakt van de eerder door CRIB vastgelegde NAW-gegevens van slachtoffers. De CRIB-registratie is vroegtijdig stopgezet na het besluit de slachtoffers alsnog naar het ziekenhuis te brengen. De wel aanwezige CRIB-gegevens zijn niet beschikbaar bij de de GHOR-functionaris (de Coördinator gewondenvervoer) die registreert hoeveel slachtoffers naar welk ziekenhuis gaan. Dit laatste zonder NAW-gegevens en letselinformatie.

De Inspectie OOV en de IZG constateren dat een goede registratie van de slachtoffers om de eerder aangegeven redenen geen eenvoudige opgave is. Echter belangrijke, en speciaal voor de registratie onder dergelijke omstandigheden ontwikkelde, hulpmiddelen worden niet gebruikt of ontbreken. Overigens heeft de Inspectie OOV eerder geconstateerd dat geen enkele (veiligheids)regio beschikt over een slachtoffervolgsysteem gericht op het houden van overzicht over alle slachtoffers<sup>154</sup>. In de regio Utrecht is met financiële steun van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties een proef uitgevoerd met een daartoe ontwikkeld ondersteunend systeem. De resultaten daarvan zijn beschikbaar. Over implementatie in de 25 regio’s dient nog nader te worden besloten.

<sup>153</sup> Zie het volgende hoofdstuk 6 over het proces CRIB.

<sup>154</sup> Inspectie OOV, ‘De organisatie van de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen’, februari 2009.

## 5.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komen de Inspectie OOV en de IGZ met betrekking tot het proces SMH tot de volgende aandachtspunten:

- alarmering van bijstandseenheden (ambulances) kan snel gebeuren met het eigen systeem Octopus. Snelle implementatie hiervan is dan ook noodzakelijk. Omdat een dergelijk systeem alleen bij een grootschalig incident (en daarmee zelden) wordt gebruikt, zijn een goede instructie en periodieke beoefening noodzaak. Alternatief is een direct verzoek om bijstand aan de LMAZ. Hierover dienen dan afspraken te worden gemaakt met de LMAZ;
- inzet van ambulances en spreiding van gewonden over ziekenhuizen vereist een strakke regie en coördinatie van de meldkamer ambulance. Dit geldt ook voor de communicatie door deze meldkamer. Dat betekent onder meer de inzet van een of meer deskundige Coördinator(en) gewondenvervoer op de meldkamer, korte en goed werkende communicatiestructuren met de ziekenhuizen, en het plotten/vastleggen van de ambulancetransporten (welk slachtoffer, met welk letsel naar welk ziekenhuis);
- het verdient aanbeveling om, met het oog op een adequate triage, breed gedragen richtlijnen voor de prioritering van geneeskundige hulpverleningsactiviteiten bij grootschalige incidenten, zoals de MIMMS-systematiek, regelmatig onder de aandacht van de GNK-hulpverleners te brengen. Ook dient de regio via GHOR Nederland naar aanleiding van de ervaringen bij de Poldercrash aandacht te vragen voor de juiste uitvoering van triage;
- het gewondenregistratiesysteem van grotere aantallen slachtoffers dient nader te worden uitgewerkt. Daarbij kunnen de beschikbare resultaten van de proef in de regio Utrecht worden meegenomen. Structurele afspraken dienen te worden gemaakt met het calamiteitenhospitaal te Utrecht over de gewondenopvang bij rampen met grotere aantallen slachtoffers.



6

# Psychosociale Hulpverlening

Het proces Psychosociale Hulpverlening (PSH) heeft als doel het bieden van gecoördineerde psychosociale opvang aan direct en indirect getroffen van een grootschalig ongeval of ramp ter bevordering van het herstel van het psychisch evenwicht (zelfcontrole) van de getroffen.

## 6.1 Bevindingen

### Planvorming

De veiligheidsregio Kennemerland (VRK) stelt in september 2007 het procesplan PSHOR vast. Dit plan maakt onderdeel uit van het Crisisplan van de VRK. In het plan staan onder meer de taken en bevoegdheden beschreven van:

- de Leider Kernteam PSH
- de Leider Opvangteam PSH

De opdrachtlijn is als volgt:

RGF > HS-GHOR > Leider Kernteam PSH > Leider Opvangteam PSH

De Leider Kernteam stuurt maximaal vier psychosociale opvangteams aan via de leiders van die teams. Deze leiders zijn afkomstig van de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Uitgangspunt is dat er één psychosociale hulpverlener moet zijn op acht à tien slachtoffers. De Leider Kernteam is meestal als afdelingshoofd werkzaam bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Het kernteam opereert vanuit de Zijlweg in Haarlem, de opvangteams in de opvanglocatie en eventuele andere locaties waar deze hulp noodzakelijk is. In de regio Kennemerland worden de teams samengesteld uit mensen van de GGZ, twee stichtingen Maatschappelijke Dienstverlening, de GGD en Slachtofferhulp Nederland. De hulp aan betrokkenen wordt volgens het plan geboden in drie fasen.

1. De eerste fase is de acute fase en beslaat de periode direct na de gebeurtenis en duurt in principe twee maal 24 uur, met een verlengingsmogelijkheid van maximaal 72 uur.
2. Na de acute fase begint de nazorgfase van ongeveer drie maanden.
3. Hierna volgt de tweede nazorgfase onder aansturing van de GGD; deze fase kan enkele jaren duren.

Het in het plan beschreven proces PSHOR heeft alleen betrekking op de acute en de eerste nazorgfase.

De psychosociale hulpverlening vormt een zelfstandig onderdeel binnen de geneeskundige processen van de GHOR-organisatie en heeft nauwe relaties met de gemeentelijke processen 'Opvang en verzorging', 'Registratie van slachtoffers' en 'Nazorg'. Zo vindt in de acute fase de psychosociale hulpverlening plaats in (afgescheiden ruimtes binnen) de opvanglocatie voor de lichtgewonden ('ongedeerden').

Het proces psychosociale hulpverlening behelst alle activiteiten die bijdragen aan het verwerken van traumatische gebeurtenissen. De hulpverlening kan variëren van luisteren naar het verhaal van de getroffen, informatie geven over de gebeurtenis, bieden van praktische ondersteuning tot groepsopvang of deskundige individuele ondersteuning en begeleiding.

De leider en leden van het kernteam worden via de meldkamer ambulancezorg gealarmeerd; de leider en leden van de opvangteams via de managers van de eigen organisatie, die deelnemen aan het kernteam.

## Uitvoering

De meldkamer ambulancezorg alarmeert de kernteamleden PSH. Deze alarmeren op hun beurt de bezetting van het eerste opvangteam. Het kernteam komt bijeen op de locatie Zijlweg in Haarlem. De leden van het eerste opvangteam komen op naar de voorbereide opkomstlocatie Spaarnepoort GGZ, waar zij met een op te roepen Rode Kruis-busje dienen te worden opgehaald om naar het opvangcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp te worden gebracht.

Op het rampterrein wordt een groot aantal slachtoffers tijdelijk opgevangen in een naburige loods bij een woning, die de eerste uren na de crash dienst doet als gewondennest. Daar wordt voortdurend getriëerd door ambulanceverpleegkundigen. De OvD-G in deze loods besluit zeventien van de – op dat moment – als lichtgewonde (T<sub>3</sub>) geclassificeerde slachtoffers per busje naar het Kennemer Gasthuis Zuid te Haarlem te vervoeren onder begeleiding van een ambulanceverpleegkundige. De overige T<sub>3</sub>-slachtoffers worden met twee bussen vervoerd naar de Wildenhorst met voortdurende triage door begeleidende ambulanceverpleegkundigen. Ook in de opvanglocatie dient de triage te worden voortgezet en zonodig moeten slachtoffers alsnog per ambulance naar een ziekenhuis worden vervoerd.

De eerste PSH-er (coördinator) meldt zich om 12.40 uur in de Wildenhorst en neemt deel aan het overleg onder leiding van het Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging<sup>155</sup>. Zij neemt actie om meerdere PSH-opvangteams te alarmeren en naar de opvanglocatie te dirigeren. Als de twee bussen met T<sub>3</sub>-slachtoffers in aantocht zijn, is men op de opvanglocatie nog in afwachting van de komst van de PSH-opvangteams. De bussen met ‘ongedeerden’ arriveren om 13.54 uur bij de Wildenhorst. Het eerste PSH-team is dan nog niet aanwezig en arriveert ruim een half uur later (rond 14.30 uur) bij de Wildenhorst. Het Rode Kruis-busje dat hen zou vervoeren, is hen bij de opkomstlocatie misgelopen. In verband daarmee moest ander transport worden geregeld.

Kort na aankomst van de ‘ongedeerden’ in de Wildenhorst, wordt besloten hen alsnog naar ziekenhuizen over te brengen<sup>156</sup>. Om 15.23 uur zijn er geen slachtoffers van de crash meer in de Wildenhorst.

Betrokken hulpverleners komen in een eerste korte nabeschuiving tot de conclusie dat hier geen sprake was van een opvanglocatie maar van een verplaatst gewondennest. Voorbereide processen voor een opvanglocatie, waaronder registratie door medewerkers van het Centraal Registratie- en Informatie Bureau (CRIB) van de gemeente Haarlemmermeer, kunnen daarom maar beperkt tot ontplooiing komen.

<sup>155</sup> Logboek Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging.

<sup>156</sup> Zie in dit verband de beschrijving en de analyse van de gang van zaken in hoofdstuk 5 SMH.



In de acute fase hebben de volgende PSH-activiteiten (voornamelijk opvanggesprekken) plaatsgevonden op verschillende locaties:

- in de Wildenhorst is relatief korte tijd (PSH-team arriveert om 14.30 uur en om 15.23 uur zijn alle slachtoffers weg uit de Wildenhorst) een groep slachtoffers (ongeveer veertig personen) en een groep verwanten/nabestaanden (ongeveer vijftig mensen) opgevangen. Het PSH-team was begonnen met psychosociale hulpverlening aan hen;
- op Westpoint Schiphol (avond) en in een Ibis-hotel (volgende ochtend) is de PSH ingezet voor opvang aan verwanten/nabestaanden die inmiddels zijn aangekomen uit Turkije. Een Turkse hulpverlener maakt deel uit van het PSH-team. Probleem was wel hoe elkaar te vinden; in het hotel wisten bijvoorbeeld nabestaanden niet van de aanwezigheid van de hulpverleners en de PSH-hulpverleners wisten niet waar de relaties zich bevonden;
- voor de nabestaanden zijn op verzoek van de gemeente casemanagers aangesteld, waarop zij kunnen terugvallen voor informatie en bijstand;
- met de boeren uit de directe omgeving van het rampterrein, die hulp hebben geboden bij de opvang en het vervoer van de slachtoffers, zijn dezelfde dag en later opvanggesprekken gevoerd.

De Leider Kernteam PSH geeft aan dat in de acute fase slechts beperkt sprake is geweest van PSH-inzet. Het accent lag bij deze ramp op voortdurende triage, op de eerste opvang en ondersteuning, alsmede op (spoedeisende) medische hulpverlening<sup>157</sup>.

Op de tweede dag na de crash start de projectgroep nafase van de gemeente Haarlemmermeer. Daaraan neemt een manager van de GGD deel namens de VRK. Deze staat in nauw contact met de Leider Kernteam PSH. De PSH levert in de nafase onder andere een actieve bijdrage aan de hulp aan de omwonenden en de herdenkingsbijeenkomst. De scholen in de directe omgeving van de plaats van de crash worden kort na de crash benaderd en na een aantal weken nog eens om te horen of er een hulpvraag dan wel behoefte aan advies en ondersteuning is. In opdracht van het kernteam PSH doet Slachtofferhulp Nederland de slachtoffers en overige betrokkenen een hulpaanbod. Daarbij worden vrijwel alle slachtoffers bereikt.

### Informatie betrokkenen

Een van de slachtoffers met wie in het kader van het onderzoek is gesproken, bevestigt dat Slachtofferhulp Nederland op de maandag na de ramp contact met hem heeft opgenomen voor psychosociale hulp. De woordvoerder van de Stichting Slachtoffers Vliegtuigramp benadrukt dat de slachtoffers niet alleen direct na de ramp maar ook daarna aandacht nodig hebben<sup>158</sup>.

157 Interview met Leider Kernteam PSH d.d. 21 april 2009.

158 Interview d.d. 27 maart 2009.

## 6.2 Analyse

Het kernteam PSH is snel op de Zijlweg in Haarlem aanwezig om de PSH-acties op te starten en te sturen. De getrapte alarmering van het benodigde eerste opvangteam verloopt goed. Door een misverstand loopt het echter fout met het transport van de leden van de opvangteams. Daardoor duurt het lang voordat zij op de opvanglocatie arriveren.

De slachtoffers die eerst tijdelijk in de naburige loods zijn opgevangen en met twee bussen naar de Wildenhorst zijn vervoerd, zijn er dan al een half uur. Omdat er snel na het arriveren van het eerste PSH-team wordt besloten tot het alsnog overbrengen van alle slachtoffers naar een ziekenhuis, is er in de Wildenhorst eigenlijk geen sprake geweest van een feitelijke PSH-inzet. In de acute fase is er bij deze ramp daardoor relatief beperkt gelegenheid geweest de psychosociale hulp in te zetten. In de nafase daarentegen zijn er vele diverse PSH-activiteiten ontplooid. De uitvoering daarvan valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

7

# TRIAGE KLASSE

# 2



042379T2

3

## PATIËNTGEGEVENS

Man  / Vrouw

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

ID bewijs: .....

Tel. familie/bekende: .....

Vindplaats: .....

Allergie: .....

Medicatie: .....

Man  / Vrouw

Vrouw

Naam: .....

Geboortedatum: .....

### Past (voorgeschiedenis)

- Blanco
- Onbekend
- Bloedingsneiging
- CVA/Stroke
- Epilepsie
- Hartklachten
- Hoge bloeddruk
- Kanker
- Longaandoening
- Suikerziekte
- Overig: .....

Laatste maaltijd: .....

### Exposure (blootstelling)

- Geen blootstelling
- Blootstelling onbekend
- Blootstelling aan: .....

Radiologisch: á ß γ (omtrekelen)

Biologisch: ..... (ziekteverwekker)

Chemisch: ..... (stofnaam)  
Gas / Vast / Nat

Ontsmet: Ja / Nee **ALTIJD KLEREN UIT!** 4

Adres: .....

ID bewijs: .....

Tel. familie/bekende: .....

## Centraal Registratie- en Informatie Bureau (CRIB)

Het proces CRIB heeft als taak om gegevens over het lot en de verblijfplaats van personen, betrokken bij de ramp (personen die geëvacueerd, gewond, vermist of overleden zijn) te verzamelen, te registreren, te ordenen en te verifiëren. Daarnaast heeft het proces CRIB als taak om door de burgemeester vrijgegeven informatie over de verblijfplaats en het lot van betrokken personen te verstrekken aan belanghebbenden.

## 7.1 Bevindingen

### Planvorming

Voor het proces CRIB bestaan twee verschillende plannen: het Draaiboek registreren slachtoffers/CRIB van het Crisisbestrijdingsplan Schiphol (CBP-S) van 5 december 2007 en het deelplan CRIB dat het college van B&W van Haarlemmermeer op 18 december 2007 heeft vastgesteld.

De alarmering van CRIB-medewerkers geschiedt volgens het CPB-S via de piketambtenaar Openbare Orde en Veiligheid van de gemeente Haarlemmermeer. Volgens het regionale Deelplan CRIB wordt de communicator gebruikt bij de alarmering van het Hoofd en de medewerkers CRIB uit de kernbezetting. Zij dragen vervolgens zorg voor de alarmering van de overige medewerkers. Het is de bedoeling dat CRIB-medewerkers binnen zestig minuten na alarmering aanwezig zijn. Het Rode Kruis wordt gezien als partner in het CRIB-proces (geregeld via een convenant) en wordt derhalve ook gealarmeerd, aldus de plannen. Volgens het deelplan CRIB is het hoofd CRIB verantwoordelijk voor het alarmeren van het Rode Kruis.

Het proces CRIB functioneert door middel van een registratieteam en een informatieteam, onder leiding van een Hoofd CRIB. In de crisisbestrijdingsorganisatie wordt het proces CRIB aangestuurd door het Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten (CGD), dat op zijn beurt weer wordt aangestuurd door het operationeel team (OT).

In het Draaiboek registreren slachtoffers/CRIB staat dat in geval van een incident op Schiphol gebruik wordt gemaakt van een call centrum, meestal een landelijk call centrum van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Wanneer het call centrum van de KLM wordt geopend, zal het call centrum van VWS niet operationeel worden. Te allen tijde zal er maar één call centrum worden geopend. Het regionale Deelplan CRIB (of de gemeentelijke specificatie daarvan) spreekt van 'een telefoonteam'. In dit plan is niet opgenomen hoe de inwerkingstelling en/of organisatie van dit telefoonteam dient te gebeuren. In het CPB-S is sportcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp aangewezen als opvang- en registratieruimte.

### Uitvoering

#### *Alarmering en opkomst*

Om ongeveer 10.40 uur bereikt het nieuws van de vliegtuigcrash het Hoofd Actiecentrum (HAC) CRIB. Zij neemt daarop contact op met de Ambtenaar OV (AOV-er) van de gemeente Haarlemmermeer. Tegen 11.00 uur krijgt het HAC CRIB het verzoek het proces CRIB daadwerkelijk op te starten. Even later ontvangt zij het bericht dat er voorlopig van wordt uitgegaan dat de Wildenhorst is aangewezen voor de opvang van slachtoffers, en dat uitsluitel nog zal volgen. In afwachting daarvan begeeft zich alvast naar die locatie. Andere CRIB-medewerkers blijven stand-by op het Raadhuis in Hoofddorp. Om 11.30 uur arriveert

het HAC CRIB in de Wildenhorst. Een kernteam CRIB is omstreeks 12.00 uur aanwezig. De alarmering verloopt volledig handmatig telefonisch en buiten het 'officiële' alarmeringsproces om. Dit hangt samen met het feit dat de vliegtuigcrash plaatsvindt tijdens kantooruren: het Raadhuis is op dat moment in bedrijf. Het Rode Kruis wordt in eerste instantie niet gealarmeerd. Uit verslaglegging van het teamleidersoverleg blijkt dat men in de veronderstelling is dat de meldkamer deze organisatie had moeten alarmeren<sup>159</sup>. Vanaf ongeveer 14.00 arriveren de eerste Rode Kruis-medewerkers<sup>160</sup>. De rol van deze medewerkers is echter onduidelijk<sup>161</sup>.

De gemeente Haarlemmermeer geeft in reactie hierop aan dat de medewerkers van het Rode Kruis geen enkele rol hebben bij het proces CRIB. Een en ander hangt samen met het feit dat de gemeente het registratiesysteem CRIB4All gebruikt en het Rode Kruis werkt met het registratiesysteem IRIS<sup>162</sup>.

### *Organisatie*

Het CRIB-proces in de Wildenhorst verloopt onder leiding van het HAC CRIB. Het HAC CRIB neemt deel aan het teamleidersoverleg in de Wildenhorst dat onder leiding staat van het HAC Opvang en Verzorging. Het CRIB-proces wordt aangestuurd door het CGD. In het CGD is daartoe een CGD-lid CRIB aanwezig.

### *Raadhuis*

Snel na de vliegtuigcrash wordt een telefoonteam ingericht in het Raadhuis. Dit gebeurt onder leiding van een contactpersoon op het Raadhuis. Rond het middaguur heerst echter verwarring rondom de organisatie van het telefoonteam<sup>163</sup>. Wordt het telefoonteam vormgegeven vanuit het call-centre van de gemeente Haarlemmermeer (het 0900-nummer) of dient het telefoonteam te worden ingericht vanuit Sociale Dienstverlening van de gemeente Haarlemmermeer? Het aantal binnenkomende telefoontjes met vragen is groot. Tevens ontstaat verwarring omdat een rechtstreeks nummer van de back-office van Burgerzaken naar buiten toe is gecommuniceerd als informatienummer. Het telefoonteam registreert ondertussen zoveel mogelijk informatie op de beschikbare formulieren. Later wordt deze informatie ingevoerd in het computersysteem. De applicatie die is bedoeld om langs geautomatiseerde weg lijsten uit te draaien, werkt niet. Medewerkers maken daarom handmatig in Excel uit te draaien lijsten met informatie. Vanaf donderdag 26 februari rond 12.45 uur tot en met vrijdag zijn medewerkers van het telefoonteam bezig met het terugbellen van verwanten met zoekvragen. Zo liggen er op donderdag om 12.35 uur 542 verzoeken om te worden teruggebeld<sup>164</sup>.

<sup>159</sup> Zie hierover verder hoofdstuk 8 Opvang en Verzorging.

<sup>160</sup> Logboek HAC CRIB.

<sup>161</sup> Aldus het HAC CRIB tijdens een interview d.d. 16 april 2009.

<sup>162</sup> In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

<sup>163</sup> Zie onder meer het interview met drie CRIB-medewerkers d.d. 16 april 2009.

<sup>164</sup> Logboek CGD.

### De Wildenhorst

Het CRIB-team spreekt samen met de medewerkers van het Actiecentrum Opvang en Verzorging (O&V) een procedure af, waarbij het doel is om zo snel mogelijk tot hereniging met verwanten te komen. De registratie zal in twee stappen plaatsvinden. CRIB-medewerkers zullen op een flap-over eerst de naam, het geslacht en de geboortedatum van de betrokken slachtoffers noteren. Een medewerker van de KMar zal de betreffende namen dan afvinken van de passagierslijst. Bij een volle flap zullen slachtoffers naar de herenigingsruimte worden gebracht en zal er familie worden bijgezocht. Na hereniging zal de registratie worden gecompleteerd en worden ingevoerd in het registratiesysteem CRIB4All. Om reden van snelheid en focus op het herenigingsproces wordt afgesproken de gegevens van relaties/afhalers niet te registreren. Het HAC O&V wijst erop dat deze aanpak mede is gebaseerd op afspraken die enkele weken daarvóór zijn gemaakt naar aanleiding van de ervaringen opgedaan tijdens de oefening 'Twister II' in mei 2008<sup>165</sup>.

Tegen 14.00 uur arriveren de 'ongedeerde' passagiers bij de Wildenhorst. Ongeveer tien minuten na de aankomst van de passagiers meldt het HAC CRIB dat het niet mogelijk is de slachtoffers te registreren omdat zij door elkaar heen lopen en de toiletten en de EHBO-post bezoeken<sup>166</sup>. De afgesproken registratieprocedure kan vervolgens niet worden uitgevoerd omdat twee artsen bepalen dat alle passagiers alsnog naar een ziekenhuis moeten worden overgebracht. In afstemming met deze artsen wordt besloten de passagiers te registreren tijdens de intake door de GHOR en zoveel mogelijk herenigingen te laten plaatsvinden voordat de passagiers naar een ziekenhuis worden gebracht. Bij de start van deze procedure blijken veel slachtoffers echter al op weg te zijn naar een ziekenhuis. In veel gevallen is niet bekend naar welk ziekenhuis een slachtoffer wordt overgebracht:

*'Er staat iemand bij de uitgang van Sigma. Deze registreert naar welk ziekenhuis iemand is afgevoerd. Uit navraag bij deze persoon blijkt echter dat deze registratie niet op naam maar op gewondenkaartnummer plaatsvindt. Hierdoor is het onmogelijk om de ziekenhuisregistratie te matchen met de CRIB-registratie'<sup>167</sup>.*

In totaal worden in de Wildenhorst 42 slachtoffers geregistreerd. Slechts enkelen van hen worden herkend door de aanwezige zoekende families in de Wildenhorst. Vervolgens worden de registratielijsten van de ziekenhuizen opgevraagd om de familieleden alsnog te kunnen herenigen met de slachtoffers die naar ziekenhuizen zijn overgebracht. Deze lijsten worden omstreeks 17.15 uur in de Wildenhorst aangeleverd. Daarop staat echter geen informatie over slachtoffers van wie familie aanwezig is in de Wildenhorst. In de Wildenhorst aanwezige verwanten worden naar huis gestuurd. Rond 17.30 uur vertrekken de CRIB-medewerkers naar het Raadhuis. Een medewerker van de KMar heeft de passagierslijst in bezit, en stelt deze rond 17.15 ter beschikking aan het HAC CRIB.

### Registratie in Westpoint

In de avond verzoekt het OT via het CGD om CRIB-medewerkers naar Westpoint op Schiphol

<sup>165</sup> Interview d.d. 23 april 2009.

<sup>166</sup> Logboek HAC Opvang en Verzorging.

<sup>167</sup> Logboek HAC CRIB.

te laten komen ten behoeve van registratie van op Schiphol aankomende verwanten. Collega's van het actiecentrum Opvang en Verzorging krijgen een soortgelijk verzoek. Besloten wordt echter om familieleden in Westpoint niet te registreren, maar wel te proberen zo veel mogelijk herenigingen met slachtoffers te realiseren met behulp van de tot dan toe uitgevoerde slachtofferregistratie. De medewerkers van de actiecentra CRIB en Opvang en Verzorging bevinden zich op Westpoint in een lastige situatie omdat emotionele familieleden informatie verlangen, terwijl die informatie niet voorhanden is en/of niet mag worden vrijgegeven. Pas rond 01.00 uur komt de lijst beschikbaar, nadat de GHOR op verzoek van de KMar alle ziekenhuizen met slachtoffers heeft bezocht om na te gaan welke slachtoffers in welk ziekenhuis liggen<sup>168</sup>.

### *Triport*

In de avond van woensdag 25 februari blijkt het OT de KMar opdracht te hebben gegeven invulling te geven aan de registratie en de matching om te komen tot een volledige lijst. Een CRIB-medewerker van de gemeente is aanwezig op de locatie Triport. Deze medewerker wordt echter niet bij het registratieproces betrokken. Inmiddels heeft de KMar de uitvoering van het registratieproces ter hand genomen. Gedurende de avond is het HAC CRIB daarvan niet op de hoogte; zij verneemt dat pas in de nacht van 25 op 26 februari 2009 rond 02.00 uur van het OT. Ook het CGD blijkt niet op de hoogte te zijn.

Op donderdag 26 februari 2009 ontvangt het CGD van het OT de mededeling dat het actiecentrum CRIB kan worden opgeheven. Op vrijdag 27 februari 2009 zijn medewerkers van het telefoonteam nog bezig telefonisch contact te zoeken met verwanten van wie een zoekvraag staat geregistreerd. Rond 17.15 uur op deze dag zijn alle lichamen geïdentificeerd, en op dezelfde dag wordt het proces CRIB om 18.10 uur officieel afgesloten.

### **Opvattingen van gemeente en van hulpverleners**

De gemeente Haarlemmermeer benadrukt dat het registratieproces ernstig is bemoeilijkt door het ontbreken van een definitieve passagierslijst die kon dienen als basis voor controle van de volledigheid bij de registratie:

*'Gebleken is dat passagierslijsten niet de basale NAW-gegevens bevatten, de elementaire informatie voor registratie bij crisisbeheersing. Bij een crisis binnen een gemeente kan normaliter van het GBA gebruik worden gemaakt, de passagierslijst dient een soortgelijke functie. Ook blijkt er geen uniforme werkwijze onder vliegtuigmaatschappijen met betrekking tot passagierslijsten'<sup>169</sup>.*

Gedurende diverse interviews zijn de ervaringen van de hulpverleners besproken. Geïnterviewde medewerkers van het CRIB-proces zijn unaniem van mening dat gedurende de crisisbestrijding met veel inzet en enthousiasme is gewerkt. Binnen het CRIB-team heeft men een goede samenwerking ervaren en een grote mate van collegialiteit. Als het gaat om de beschikbaarheid van informatie en de contacten met naastgelegen onderdelen in de

168 Logboek HAC CRIB.

169 Reactie gemeente op concept-rapport Inspectie OOV.



crisisbestrijdingsorganisatie is een aantal CRIB-medewerkers van mening dat het met name in de beginfase van de incidentbestrijding heeft ontbroken aan informatie over te verwachten aantallen op te vangen passagiers en de toestand waarin zij verkeren. Het gebrek aan deze informatie maakte het moeilijk een goede inschatting te maken van de uit te voeren registratietaak. CRIB-medewerkers hadden de indruk dat het CGD ook niet over deze informatie beschikte. Contacten tussen het actiecentrum CRIB in de Wildenhorst en het actiecentrum in het Raadhuis verliepen via mobiele telefoons, evenals de contacten tussen de actiecentra CRIB en het CGD. Medewerkers hebben aangegeven dat het bereik in de Wildenhorst soms problematisch was, hetgeen het contact bemoeilijkte. Een aantal geïnterviewden vond dat er veel te veel hulpverleners aanwezig waren in de Wildenhorst. Als voorbeeld wordt genoemd een overschot aan tolken in de Wildenhorst, terwijl daar geen sprake was van een taalprobleem. Tegelijkertijd was er in het Raadhuis behoefte aan tolken. Deze behoefte en de beschikbaarheid op de Wildenhorst zijn niet met elkaar gewisseld. In de Wildenhorst is onvoldoende coördinatie geweest over alle processen die op die locatie zijn uitgevoerd. Tevens zijn geïnterviewden van mening dat er te weinig eenheid is in wijze van registratie door de gemeente Haarlemmermeer, door de GHOR en door de ziekenhuizen. CRIB-medewerkers zijn van mening dat het beschikbaar stellen van de passagierslijst door de KMar de registratie en de matching zou hebben bespoedigd. Over het algemeen stellen geïnterviewden dat de samenwerking tussen verschillende teams met een rol of taak bij de verzameling, registratie en communicatie van slachtofferinformatie, in de toekomst moet worden geoptimaliseerd.

De burgemeester van Haarlemmermeer noemt de registratie een ‘zorgpunt’<sup>170</sup>. Hij stelt:

*‘De registratie is niet echt fout gegaan, maar het liep niet zoals het moest.’*

Volgens hem hebben zich tijdens het incident zaken voorgedaan die in het draaiboek niet waren voorzien. Zo is volgens hem onvoldoende rekening gehouden met de zelfredzaamheid van mensen. Slachtoffers die niet ernstig gewond zijn, verlaten het terrein en denken niet aan registratie. Na de crash hebben de slachtoffers eerst enige tijd verbleven in een naburige boerderij en schuur waar het gewondennest was ingericht. Daar heeft geen registratie plaatsgevonden. De burgemeester stelt de vraag of registratie niet ‘mobiel’ kan worden ingezet. Dus niet per se in de sporthal Wildenhorst – zoals in draaiboek beschreven – maar meteen op locatie, zoals in dit geval de boerderij. De registratie is bemoeilijkt door het besluit van de GHOR om in de sporthal een tweede triage uit te voeren:

*‘Hierdoor liepen processen door elkaar en kwamen de functionarissen die geoefend zijn in registratieprocessen voor onverwachte situaties te staan.’*

Ook de voorzitter van het CGD oppert de mogelijkheid van registratie op een eerder moment<sup>171</sup>.

<sup>170</sup> Interview d.d. 16 april 2009.

<sup>171</sup> Zie in dit verband hoofdstuk 3, paragraaf 3.5.1 van dit deel C.

De loco-burgemeester is van mening dat registratie bij de ene ramp niet hetzelfde is als bij de andere:

*‘Bij een grote brand in de gemeente is het wellicht de beste optie om de registratie bij de gemeente te beleggen vanwege de toegang tot de GBA-gegevens. Echter, bij deze ramp was er andersoortige registratieproces nodig. Het completeren van de passagierslijst vergde meer recherchewerk. Meer een taak voor politie of de KMar. Een aantal passagiers was bijvoorbeeld op eigen gelegenheid van het plaats incident vertrokken. Dit is overigens een bekend verschijnsel. Bij de rampen in Volendam en Enschede is dit ook voorgekomen. In eerste instantie is het proces van registratie niet uitgebreid besproken in het BT. Het BT had alleen om de passagierslijst verzocht. Pas later in de middag is het in het BT besproken. Het BT dacht winst te boeken door het registratieproces door twee partijen (de gemeente en de KMar) te laten oppakken<sup>172</sup>.’*

De medewerker van de KMar die op 25 februari 2009 de SGBO KMar voorzat, is van mening dat de registratietaak bij de gemeente thuishoort en dat het nut heeft deze goed te oefenen<sup>173</sup>.

In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV geeft de gemeente Haarlemmermeer aan dat het van belang is dat er goede afspraken worden gemaakt met consulaten over de rol die zij kunnen spelen bij de identificatie van slachtoffers. Daarnaast geeft de gemeente nog de volgende toelichting op de rol van het Rode Kruis bij het proces CRIB:

*‘In de regio Kennemerland werken alle gemeenten, behalve de gemeente Haarlemmermeer, samen met het Nederlandse Rode Kruis om het proces CRIB uit te voeren. De gemeente Haarlemmermeer heeft een ander registratiesysteem voor CRIB (CRIB4all van Centric). Het Rode Kruis werkt niet met de gemeente samen omdat de gemeente geen gebruik maakt van het registratiesysteem van het Rode Kruis (het IRIS-systeem). Het Rode Kruis is daarom door de gemeente Haarlemmermeer niet opgeroepen om het CRIB-systeem te ondersteunen.*

*Er is een regionale werkgroep actief om het deelplan CRIB te actualiseren. In het geactualiseerde deelplan worden de twee verschillende werkwijzen tegen het licht gehouden: gemeenten die samen met het Rode Kruis CRIB uitvoeren en de werkwijze van Haarlemmermeer zonder CRIB-ondersteuning van het Rode Kruis.*

*(...)*

*Verwijzingen naar alarmering en andere zaken rond het Rode Kruis bij CRIB moeten worden aangepast<sup>174</sup>.’*

In vervolg hierop laat de gemeente Haarlemmermeer op 12 juni 2009 nog weten dat na de crash een deelproject is gestart met als werktitel ‘Registratie’. Onder begeleiding van het interregionale Expertise Centrum Risicobeheersing<sup>175</sup> zal een inventarisatie worden gemaakt van de knelpunten bij de registratie van slachtoffers en van de partijen die daarbij een rol spelen. De aanbevelingen die daaruit voortkomen, zullen een plek krijgen in de hulpverleningsorganisatie(s)<sup>176</sup>.

172 Interview d.d. 22 april 2009.

173 Interview d.d. 12 mei 2009.

174 Memo van de gemeente Haarlemmermeer van 5 juni 2009.

175 Dit expertisecentrum is een samenwerkingsverband tussen de veiligheidsregio's Kennemerland en Amsterdam-Amstelland, gericht op kennisontwikkeling en kennisoverdracht.

176 E-mailbericht van 12 juni 2009.

## 7.2 Analyse

### *Alarmering en opschaling*

De alarmering van de medewerkers van het proces CRIB in de gemeente Haarlemmermeer is goed verlopen. Berichtgeving van het incident bereikte in een vroeg stadium het HAC CRIB. Vervolgens zijn de medewerkers in paraatheid gebracht. Alarmering gebeurde geheel buiten de voorbereide deels geautomatiseerde procedure om en verliep snel, mede doordat het incident zich voordeed op een moment waarop het Raadhuis geopend en in bedrijf was. De opstart van het registratieproces heeft tijdig plaatsgevonden, en binnen anderhalf uur na de vliegtuigcrash wordt in de Wildenhorst al een teamleidersoverleg gehouden ter voorbereiding van de procesuitvoering. Tevens zijn tijdig voldoende medewerkers opgeroepen om de registratie te kunnen uitvoeren. Een uitzondering op het vloeiende verloop betreft de alarmering van en de betrokkenheid van het Rode Kruis. In de plannen wordt deze organisatie gepresenteerd als een volwaardige partner in het CRIB-proces. Uit de gang van zaken bij de Poldercrash en de toelichting daarop door de gemeente is echter duidelijk geworden dat het Rode Kruis geen rol heeft bij het CRIB-proces van Haarlemmermeer. Het deelplan CRIB moet daarmee in overeenstemming worden gebracht.

Bij de opstart en de organisatie van het telefoonteam in het Raadhuis hebben medewerkers te maken gehad met onduidelijkheid over de inrichting van het telefoonteam. De organisatie rondom de inrichting van de verwantentelefoon bleek onvoldoende te zijn voorbereid in de gemeente Haarlemmermeer. De Inspectie OOV vindt het opmerkelijk dat het functioneren van het telefoonteam niet of nauwelijks in het Deelplan CRIB aan de orde komt, terwijl dit team door geïnterviewden wordt beschouwd als essentieel onderdeel van het CRIB-proces. Uit de reactie van de gemeente op het concept-rapport van de Inspectie OOV blijkt dat de gemeente werkt aan goede afspraken over de stroomlijning, registratie en afhandeling van de diverse telefoontjes.

### *Informatiemanagement*

In de Wildenhorst hebben medewerkers zich in de beginfase van de incidentbestrijding verstoken gevoeld van de benodigde informatie. Men had het idee dat het CGD ook niet over de juiste informatie beschikte om zich een goed beeld te kunnen vormen van te verwachten werkzaamheden. Informatie-uitwisseling ten behoeve van het proces CRIB is niet geautomatiseerd verlopen of ondersteund door bijvoorbeeld een netcentrisch systeem. Informatie-uitwisseling met de Wildenhorst heeft plaatsgevonden door middel van mobiele telefonie en die werd soms bemoeilijkt door een beperkt bereik. Informatie-uitwisseling met het proces Opvang en Verzorging dat ook in de Wildenhorst werd uitgevoerd, verliep via het teamleidersoverleg in de Wildenhorst. Dit verliep goed.

### *Leiding en coördinatie*

Het registratieproces in de Wildenhorst kon niet naar behoren worden uitgevoerd omdat de GHOR het belang van de medische hulpverlening voor alle individuele slachtoffers voorrang gaf boven het belang van onder meer de registratie van slachtoffers. Dit is ter plaatse zonder overleg met het BT of het OT gebeurd, zodat het BT noch het OT daarop heeft kunnen

sturen. Daarmee heeft het volgens de Inspectie OOV aan de vereiste coördinatie ontbroken. In een later stadium van de incidentbestrijding, in de avond van woensdag 25 februari 2009, heeft het OT besloten de KMar een deel van het CRIB-proces te laten uitvoeren. Dit besluit is niet afdoende met alle betrokken partijen gecommuniceerd. In dit opzicht is er in deze vervolgfase van de incidentbestrijding sprake geweest van onvoldoende samenwerking en coördinatie bij de registratie en matching. Daarnaast is de Inspectie OOV van mening dat meer leiding en coördinatie gewenst was bij de opdracht om CRIB-medewerkers te laten registreren op Westpoint. CRIB-medewerkers belandden daar in een onduidelijke, zelfs enigszins bedreigende situatie, vanwege hoog oplopende emoties van zoekende familieleden<sup>177</sup>.

### *De resultaten van het proces CRIB*

In totaal is men bijna drie dagen bezig geweest om de lijst met passagierinformatie compleet te maken. De KMar heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan dit proces. Het feit dat het verschillende dagen heeft geduurd voordat de lijst compleet was, heeft onder meer te maken met het ontbreken van een eenduidige passagierslijst die als basis kon dienen, 'verliezen' van passagiers door zelfstandig vertrek en door de 'tweede' triage op de opvanglocatie, gevolgd door een snelle overbrenging naar ziekenhuizen. Ook het identificeren van de overledenen heeft de nodige tijd in beslag genomen, waardoor informatie nog niet compleet was en naar buiten kon worden gebracht. Dit alles maakt het voor de CRIB-medewerkers onmogelijk om snel een volledig overzicht te hebben, te meer omdat ook de registratie van gewonden die direct vanaf de ramplocatie naar ziekenhuizen zijn overgebracht, niet adequaat heeft plaatsgevonden. In dit verband verwijst de Inspectie OOV naar het hoofdstuk over Spoedeisende Medische Hulpverlening (hoofdstuk 5).

Het moeizame verloop van het registratieproces, zoals hierboven geschetst, zal in individuele gevallen een nadelige invloed hebben gehad op de snelheid van hereniging met familieleden. Het steeds maar opschuiven van het moment waarop de lijst mocht worden vrijgegeven, heeft bij de 's avonds op Westpoint aanwezige verwanten van passagiers en medewerkers van de actiecentra CRIB en Opvang en Verzorging extra spanning veroorzaakt. In het Deelplan CRIB wordt geen rekening gehouden met slachtoffers van een ramp die zich direct van de plaats van de ramp verwijderen. Het achterhalen van dergelijke slachtoffers vergt een soort van recherchewerk waarvan het de vraag is of medewerkers van het actiecentrum CRIB daarvoor zijn toegerust. In wat mindere mate geldt hetzelfde voor slachtoffers die zonder te zijn geregistreerd naar ziekenhuizen zijn overgebracht. Omdat de gemeente er op 25 februari 2009 niet in slaagde de lijst snel compleet te krijgen, is besloten de KMar in te schakelen. De Inspectie OOV heeft begrip voor dat besluit maar is wel van mening dat het beter is als daar in de plannen in wordt voorzien en de gemeente het registratieproces samen met de politie/KMar en de GHOR beoefent.

De 'ongedeerde' passagiers die tegen 14.00 uur bij de Wildenhorst arriveerden, hebben daarvoor al geruime tijd in een loods nabij het rampterrein verbleven. De burgemeester van Haarlemmermeer en de voorzitter van het CGD hebben achteraf de vraag gesteld of de gemeente niet al eerder 'mobiel', in het gewondennest, met de registratie had kunnen

<sup>177</sup> Zie in dit verband ook hoofdstuk 8 Opvang en Verzorging.

beginnen. De Inspectie OOV vindt het de moeite waard deze suggestie verder te onderzoeken op haar uitvoerbaarheid.

### 7.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV met betrekking tot het proces CRIB tot de volgende aandachtspunten:

- specificeer in het draaiboek voor het proces CRIB de rollen, taken en verantwoordelijkheden van een ieder die een bijdrage levert aan het proces CRIB. Denk daarbij niet alleen aan de gemeente, maar ook aan de KMar/politie en de GHOR. Borg dit plan binnen de organisaties door middel van multidisciplinair opleiden en oefenen;
- pas het draaiboek CRIB aan voor wat betreft de rol van het Rode Kruis;
- stem alle activiteiten die bijdragen aan de registratie van slachtoffers en verwanten (gewondenkaarten, slachtoffers op opvanglocatie, verwantenregistratie, passagierslijsten et cetera) op elkaar af;
- beschrijf in de plannen de rollen van en de afstemming tussen het callcenter en het centrale CRIB-bureau;
- maak goede afspraken met consulaten over de rol die zij kunnen spelen bij de identificatie van slachtoffers.



8



## Opvang en Verzorging

Het proces Opvang en Verzorging heeft als doel om slachtoffers van een ramp die niet of die lichtgewond zijn geraakt, op te vangen en te verzorgen voor de periode dat zij nog niet naar huis kunnen terugkeren. Het proces is ook gericht op de opvang van nabestaanden/verwanten van slachtoffers van een ramp.



## 8.1 Bevindingen

### Planvorming

Het college van B&W van Haarlemmermeer stelt op 18 december 2007 het Deelplan Opvang en Verzorging vast. Dit deelplan maakt deel uit van het Crisisplan van de VRK. In het algemene deel (deel A) van dit deelplan staan onder andere de taken en bevoegdheden beschreven van:

- het Hoofd Opvang en Verzorging
- het Hoofd Actiecentrum
- de Coördinator Opvanglocatie
- de Coördinator Verzorging
- de Coördinator Transport
- de Coördinator Bewaking van de opvanglocatie
- de gastvrouw en/of gastheer

De opdrachtlijn is als volgt weergegeven:

BT > OT > CGD > AC

Het Hoofd Opvang en Verzorging (O&V) maakt volgens de beschrijving van zijn bevoegdheden en taken deel uit van het CGD. Hij ontvangt zijn opdrachten van de (plv.) gemeentesecretaris in het OT en hij geeft opdrachten aan het Hoofd Actiecentrum (HAC). Het HAC organiseert de inrichting van het actiecentrum O&V. Hij ontvangt opdrachten van het CGD/Hoofd O&V en geeft opdrachten aan de Coördinatoren Opvang, Verzorging en Transport en aan externe partijen. Bij de beschrijving van de rol van de Coördinator Bewaking van de opvanglocatie is als aandachtspunt genoemd dat alleen slachtoffers, hulpverleners en personeel toegang hebben tot het gebouw.

Bij de beschrijving van de rol van de gastvrouw/gastheer is als aandachtspunt genoemd het laten registreren van personen die worden opgevangen, met een verwijzing naar het proces CRIB.

Onder het kopje 'Alarmering & opkomst' staat dat medewerkers bij alarmering zo spoedig mogelijk naar de voorbereide locatie dienen te gaan. Medewerkers met een 'hard' piket dienen het actiecentrum binnen negentig minuten operationeel te hebben. In het algemene deel van het deelplan staat verder dat de communicatie van het actiecentrum met het Regionaal Crisis Centrum verloopt via het CGD.

Deel B van het deelplan bevat 'deelplanspecifieke' informatie en deel C gemeentespecifieke informatie. In dat deel C staat dat de medewerkers via de communicator worden gewaarschuwd. Medewerkers met 'hard' piket moeten ervoor zorgen dat zij binnen zestig minuten na alarmering zijn gearriveerd op de opvanglocatie, en de medewerkers met 'zacht' piket zo spoedig mogelijk na alarmering. Verder is in dit deel onder meer bepaald dat het Hoofd O&V is belast met de alarmering van het Rode Kruis en dat het HAC O&V de contactpersoon van een gebouw belt om het gebouw te openen. Het deelplan bevat geen informatie over de

opvang van verwanten.

In een bijlage staan de opvanglocaties. Onder andere is Sportcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp genoemd, met een capaciteit van ongeveer 1.000 personen.

## Uitvoering

### *De Wildenhorst*

Binnen enkele minuten na de crash waarschuwt de ambtenaar Openbare Orde en Veiligheid van de gemeente Haarlemmermeer telefonisch een aantal collega's, onder wie het Hoofd O&V en het HAC O&V. Het HAC O&V wordt ook via de communicator gealarmeerd. Binnen een half uur na de crash start men het deelproces O&V op. Sportcentrum de Wildenhorst in Badhoevedorp zal als opvanglocatie dienen, terwijl het CGD vanuit het raadhuis in Hoofddorp zal opereren.

Om 11.15 uur vertrekt het HAC O&V samen met drie medewerkers vanuit Hoofddorp naar de Wildenhorst<sup>179</sup>. Zij arriveren om 11.30 uur bij het sportcentrum. Daar maken zij kennis met de al aanwezige locatiemanager, een unitmanager van Schiphol (unitleider) en het HAC CRIB. Om 12.00 uur is er een eerste teamleideroverleg in de Wildenhorst, onder voorzitterschap van het HAC O&V. Het HAC O&V stelt vast dat het Rode Kruis ontbreekt. Tijdens deze eerste vergadering schuiven twee medewerkers van de Koninklijke Marechaussee (KMar) aan. Medewerkers van de KMar hebben in de Wildenhorst, evenals Schiphol-medewerkers, een ondersteunende rol. Onder meer zijn zij belast met de inrichting van de locatie en de facilitaire ondersteuning, de beveiliging en de handhaving van de openbare orde.

Om 12.15 uur verzoekt het HAC O&V de gemeente om extra ondersteuning. Acht medewerkers van het cluster Beleid gaan naar de Wildenhorst om de rol van gastheer/gastvrouw op zich te nemen. Het HAC O&V constateert op dat moment opnieuw dat het Rode Kruis er nog niet is. Om 12.20 uur wordt de KMar gebeld om het Rode Kruis te waarschuwen.

In overleg met het HAC CRIB bespreken het HAC O&V en de medewerkers O&V de registratieprocedure. De medewerkers O&V verlenen bij die procedure hulp aan de collega's van CRIB<sup>180</sup>.

In de vergadering van het CGD van 12.20 uur wordt gemeld dat inmiddels bussen bij de loods nabij het neergestorte vliegtuig zijn aangekomen om de ongedeerde passagiers naar de Wildenhorst over te brengen. Twintig minuten later meldt de unitleider in het teamleidersoverleg van het AC O&V dat nog niet bekend is wanneer de ongedeerden naar de Wildenhorst worden gebracht. Er meldt zich tegen die tijd een eerste PSH-er bij de Wildenhorst. Het Rode Kruis is er dan nog steeds niet. Men constateert dat de meldkamer het Rode Kruis niet heeft gewaarschuwd. Omstreeks 12.50 uur zijn de acht opgeroepen beleidsmedewerkers van de gemeente allen gearriveerd in de Wildenhorst. Ook zijn er inmiddels ongeveer 75 'afhalers' bij de Wildenhorst aangekomen. Deze kunnen plaatsnemen in één van de hallen van de Wildenhorst, in afwachting van de komst van de passagiers. Er is

<sup>179</sup> De verschillende tijdstippen in deze paragraaf zijn ontleend aan de logboeken van het CGD en van het Actiecentrum Opvang en Verzorging.

<sup>180</sup> Zie in dit verband hoofdstuk 7 CRIB.

tegen die tijd ook politie aanwezig om het gebouw en het terrein af te zetten en te beveiligen.

Het HAC O&V merkt om 12.58 uur op dat het CGD bijzonder weinig informatie verstrekt. Om 13.18 uur geeft de Unitleider in het teamleidersoverleg door dat de ongedeerde slachtoffers van de crash onderweg zijn naar de Wildenhorst en dat het Rode Kruis er nog steeds niet is. Het HAC CRIB stelt vast dat er voldoende CRIB-medewerkers zijn voor de registratie en het HAC O&V stelt vast dat de belangrijkste hulpverleners, te weten PSH en Rode Kruis, er nog steeds niet zijn. Om 13.30 uur stelt hij vast dat de informatievoorziening vanuit het CGD nog steeds erg slecht is.

Om 13.54 uur komen twee bussen met slachtoffers van de crash aan bij de Wildenhorst. Het HAC O&V merkte in dat verband het volgende op:

*'Ik was verrast dat zonder enige waarschuwing van GHOR, CGD of OT de GHOR arriveerde met een bus vol slachtoffers gewikkeld in goudfolie-dekens. De GHOR-mensen begonnen ook onmiddellijk met de indicatiestelling en verzorging van kleine verwondingen. Ook werden in korte tijd al mensen afgevoerd via de klaarstaande ambulances. Hiermee was de logistieke infrastructuur voor registratie en hereniging van slachtoffers met verwanten onderuit gehaald<sup>181</sup>.'*

Ongeveer tien minuten na de aankomst van de passagiers van het gecrashte vliegtuig arriveren vijf medewerkers van het Rode Kruis. Kort daarop laten twee artsen, een OvD-G en een traumatoloog, weten dat er niemand meer wordt geregistreerd omdat de meeste slachtoffers toch letsel blijken te hebben dan wel zodanig zijn getraumatiseerd dat zij naar een ziekenhuis moeten. Rond 14.30 uur komt een PSH-team aan bij de Wildenhorst. Kort daarna meldt het HAC O&V in het teamleidersoverleg dat het herenigingsproces van slachtoffers met afhalers gewoon doorgaat en dat betrokkenen na de hereniging eventueel naar een ziekenhuis kunnen. Het Hoofd CRIB wijst erop dat de EHBO'ers moeten worden geïnstrueerd dat zij slachtoffers eerst moeten registreren alvorens hen door te verwijzen naar een ziekenhuis. Het HAC O&V informeert vervolgens de twee bedoelde artsen over zijn besluit dat het herenigingsproces moet doorgaan, maar die laten weten dat zij al anders hebben besloten en dat alle slachtoffers eerst naar het ziekenhuis moeten. Zij geven aan dat bij de uitgang van de sporthal aan medewerkers van CRIB kan worden meegedeeld naar welk ziekenhuis betrokkene wordt overgebracht.

Op een klein aantal na worden alle slachtoffers per ambulance overgebracht naar een ziekenhuis. Waar mogelijk rijdt een familielid mee. Om 15.23 zijn er geen slachtoffers van de crash meer in de Wildenhorst. Een half uur later deelt het HAC CRIB mee dat 42 slachtoffers die in de Wildenhorst zijn geweest, na registratie alsnog zijn overgebracht naar een ziekenhuis. Daarnaast is volgens haar sprake van een groep van dertig slachtoffers die wel in de Wildenhorst zijn geweest maar niet zijn geregistreerd.

Om 16.30 uur bedankt het HAC O&V de aanwezige hulpverleners voor hun inzet en hij geeft

181 Interview met HAC O&V d.d. 23 april 2009.

aan dat er kan worden afgebouwd. De twee families die dan nog aanwezig zijn, krijgen het advies naar huis te gaan, of eventueel naar Schiphol.

Bij de sluiting van het AC stelt het HAC O&V dat het AC O&V naar zijn mening naar behoren heeft gefunctioneerd. Tijdens een korte evaluatie worden enkele knelpunten genoemd:

- de geneeskundige functie heeft de hoofdrol opgeëist;
- de opvang van ongedeerden is een gewondennest geworden in de opvanglocatie en de triage vond plaats op de opvanglocatie;
- opkomsttijden en vervoer PSH en Rode Kruis naar opvanglocatie;
- samenstelling actieteam (is gedurende de dag steeds uitgebreid, gevraagd en ongevraagd).

Om 17.10 uur wordt begonnen met de afschaling van de Wildenhorst. Rond 17.30 uur krijgt het HAC O&V nog het verzoek om enkele tientallen passagiers op te vangen die afkomstig zijn uit verschillende ziekenhuizen. Hij laat weten dat deze mensen op Schiphol terecht kunnen. Ook melden zich nog ongeveer tien personen bij de Wildenhorst die hebben gehoord dat passagiers na bezoek aan een ziekenhuis naar de Wildenhorst worden gebracht. Deze mensen worden naar Schiphol verwezen.

Het HAC O&V vertrekt rond 18.00 uur met drie medewerkers naar het gemeentehuis in Hoofddorp.

### *Westpoint Schiphol*

In de loop van de middag wordt duidelijk dat 's avonds een aantal verwanten van slachtoffers vanuit Turkije op Schiphol zal arriveren. Het AC O&V gaat ervan uit dat Schiphol en Turkish Airlines de opvang van die verwanten zullen verzorgen. In het CGD rijst om 17.00 uur de vraag of het wel zeker is dat Turkish Airlines verantwoordelijk is voor de opvang van de verwanten die vanuit Turkije onderweg naar Schiphol zijn en of op Schiphol wel alles gereed is om deze mensen op te vangen.

Het HAC O&V vertrekt in opdracht van het OT rond 20.30 uur samen met twee medewerkers naar Westpoint op Schiphol in verband met de aankomst van het vliegtuig dat later die avond met zestig verwanten op Schiphol zal landen. Het BT is niet op de hoogte van deze opdracht<sup>182</sup>.

Het HAC O&V stelt in hierover het volgende:

*'Probleem daarbij was dat er geen duidelijke opdracht en geen duidelijk mandaat onder lag. Ook ontbraken bij Westpoint de faciliteiten (laptop, kopieerapparaat, fax) om de matching van verwanten en slachtoffers mogelijk te maken. Volgens mij is het geen taak van de gemeente om verwanten op te vangen. Voor mij was het lastig dat ik naar Schiphol was gestuurd zonder duidelijke omschrijving van mijn taak aldaar<sup>183</sup>.'*

182 Aldus de gemeente Haarlemmermeer in reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

183 Interview met HAC O&V d.d. 23 april 2009.

In de OT-vergadering van 21.32 uur speelt opnieuw de vraag of de luchthaven dan wel de gemeente verantwoordelijk is voor de opvang van de verwanten die even later zullen aankomen. Men stelt zich op het standpunt dat het om een gemeentelijke verantwoordelijkheid gaat. De burgemeester van Haarlemmermeer gaat naar Schiphol en spreekt deze mensen in het toestel kort toe. De gemeente merkt in dat verband het volgende op:

*‘De burgemeester heeft de passagiers in het vliegtuig toegesproken in zijn rol als burgervader. De burgemeester was hierbij niet op de hoogte van het feit dat er gemeentelijke medewerkers in Westpoint waren met de verwachting dat zij verwanten van informatie moesten voorzien. In het vliegtuig heeft de burgemeester ook aan de verwanten gemeld dat zij niet moesten verwachten dat er al informatie was over de situatie van de slachtoffers<sup>184</sup>.’*

Over deze opvang op Schiphol merkt de burgemeester van Haarlemmermeer het volgende op:

*‘Het BT heeft aan het OT gevraagd wat er geregeld is voor familie/kennissen gegeven de processen die beschreven staan in het draaiboek. Aan het OT is gevraagd ervoor zorg te dragen dat deze mensen zouden worden opgevangen. Het BT heeft op deze vragen niet de juiste antwoorden gekregen. Uiteindelijk bleek dat deze situatie niet beschreven was in het draaiboek en dat de opvang van deze groep mensen niet goed geregeld was<sup>185</sup>.’*

Op Westpoint ontstaat later op de avond veel spanning bij een aantal verwanten en bij de Turkse ambassadeur vanwege de onduidelijkheid over de lijst met slachtoffers en over hun verblijfplaats. Het HAC O&V moet het doen met een onduidelijke lijst. Bovendien krijgt hij later te horen dat hij die lijst niet mag gebruiken om verwanten op Westpoint te matchen met slachtoffers in ziekenhuizen. Bovendien blijken er verschillende passagierslijsten in omloop te zijn. In het verslag van het CGD staat dat er om 22.35 uur ‘oproer dreigt’ door de onzekerheid bij de Turkse familieleden die kort daarvoor zijn aangekomen. Mede door de inzet van een aantal Turks-sprekende ambtenaren van de gemeente Haarlemmermeer weet men de gemoederen te kalmeren. De medewerkers van HAC O&V weten toch nog een aantal ‘matches’ te realiseren. De verwanten worden naar het betreffende ziekenhuis gebracht om hun gewonde familielid op te zoeken. Ook vertrekken er mensen zelf naar ziekenhuizen op zoek naar hun familielid. Pas om 00.30 uur komt er een actueel overzicht beschikbaar met de namen van slachtoffers en de ziekenhuizen. Een aantal verwanten brengt de nacht door in het Ibis-hotel nabij Schiphol. Op dinsdag 26 februari 2009 wordt om 14.00 uur in overleg met het OT besloten het actiecentrum in het Ibis-hotel af te schalen.

Het HAC O&V geeft in het kader van het onderzoek van de Inspectie OOV nog aan dat ‘s avonds op Westpoint is gesproken over de vraag wie de verwanten van dodelijke slachtoffers moest informeren. Volgens het HAC waren hij en zijn medewerkers daarvoor onvoldoende toegerust. Hij is van mening dat er afspraken over zouden moeten bestaan wie dergelijke slecht-nieuwsgesprekken voert, en dat de KMar of de politie daarin het voortouw zou

184 Reactie van de gemeente in reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

185 Interview d.d. 22 april 2009.

moeten nemen. Hij spreekt van ‘een vervelende discussie met KMar-medewerkers<sup>186</sup>.’

Van de zijde van de KMar wordt gesteld dat het informeren van nabestaanden in een situatie als de Poldercrash juist op de weg van de gemeente ligt<sup>187</sup>.

## Opvattingen hulpverleners en Schiphol

Het CGD-lid O&V vertelt over zijn informatiepositie op 25 februari 2009 het volgende:

*‘De informatievoorziening van het CGD is een knelpunt geweest tijdens het incident. Vanuit het OT kwam te weinig informatie naar het CGD. Zeker in de beginfase had het CGD weinig informatie. Opvang en Verzorging had daarom geen exact beeld van de aantallen mensen die zij konden verwachten. Op de locatie bleken functionarissen actuelere informatie te hebben. Zo heeft de KMar de informatie dat er negen doden zijn, terwijl het CGD de informatie heeft dat er één dode is.*

*Functionarissen op de locatie (zoals hoofd actiecentrum) beklagen zich bij het CGD over het gebrek aan informatie die ze vanuit het CGD krijgen. Het CGD heeft op dat moment echter niet meer informatie omdat vanuit het OT niets doorkomt. (...). Daarnaast heeft men buiten de commandolijn ‘informatie bij elkaar moeten sprokkelen.’ Het gebrek aan informatie heeft het CGD belemmerd in de werkzaamheden. Het was lang niet duidelijk welke acties – buiten CRIB/Opvang en verzorging/Voorlichting – waren ingezet<sup>188</sup>.’*

In het logboek van het CGD staat dat het CGD op 25 februari 2009 om 13.03 uur aan het OT verzoekt om sitraps en dat om 15.37 uur sitrap 1 en sitrap 2 van het OT binnenkomen bij het CGD.

Het HAC O&V merkt in dit verband het volgende op:

*‘In de praktijk bleek het CGD geen toegevoegde waarde te hebben in de informatievoorziening, in tegendeel zelfs. Informatie vanuit CGD was in de regel te weinig en veelal achterhaald. Er was dus al heel snel rechtstreeks contact tussen de actiecentra onderling, de actiecentra en het OT en de actiecentra en de operationele diensten. Dat werkte wel heel goed en doeltreffend. (...). De informatievoorziening via de formele gremia kwam dus slecht binnen. Informatie werd voornamelijk verkregen via de operationele diensten, de televisie en de eigen contacten via de mobiele telefoons<sup>189</sup>.’*

Schiphol geeft in het kader van het onderzoek van de Inspectie OOV aan dat de verantwoordelijkheid voor de opvang van (ingevlogen) verwanten bij de gemeente behoort te liggen, maar dat vanuit Schiphol wel ondersteuning moet worden geboden. Enerzijds uit respect voor de slachtoffers en verwanten en anderzijds om te voorkomen dat de overige processen worden gestoord<sup>190</sup>.

186 Interview met HAC O&V d.d. 23 april 2009.

187 Interview met Algemeen Commandant van de SGB0/KMar, d.d. 12 mei 2009.

188 Interview met het Hoofd O&V, lid van het CGD, d.d. 22 april 2009.

189 Interview met het HAC O&V d.d. 23 april 2009.

190 Reactie van Schiphol op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

## Opvattingen betrokkenen

Een van de slachtoffers van de ramp geeft aan dat alle passagiers die vanaf de plaats van de crash naar de Wildenhorst waren overgebracht, daar een ‘eigen’ verzorger kregen. Over de gang van zaken daarna verklaart hij het volgende<sup>191</sup>:

*‘In de Wildenhorst vond de eerste registratie van de slachtoffers plaats, eerder was dat nog niet gebeurd. Een vriend van hem die naar de Wildenhorst was gekomen om hem op te halen, mocht de sporthal niet in. Alleen afhalers die zich op Schiphol hadden verzameld, werden binnengelaten. Hij is vrij snel na de registratie zelf naar huis gegaan, na toestemming van het Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging. Pas vijf dagen na de crash vernam hij weer wat toen Slachtofferhulp hem benaderde voor psychosociale hulp. Volgens hem was hij niet eerder benaderd door Slachtofferhulp doordat de gemeente de slachtofferlijst pas aan Slachtofferhulp wilde verstrekken toen die lijst compleet was.’*

De woordvoerder van de Stichting Slachtoffers Vliegcrash bevestigt dat afhalers die rechtstreeks naar de Wildenhorst zijn gegaan, werden tegengehouden. Hij stelt dat er over het algemeen weinig kritiek is op de hulpverlening. Wel noemt hij als aandachtspunt dat de route van en naar de Wildenhorst zo was georganiseerd dat slachtoffers en familieleden langs de media moesten lopen. Velen hebben het als zeer belastend ervaren dat zij door de media werden belaagd. Volgens deze woordvoerder had men dit anders kunnen organiseren. Daarnaast noemt hij als aandachtspunt de informatieverstrekking aan de afhalers op Schiphol. Volgens hem werd een aantal van hen opstandig omdat men geen informatie ontving. Voorts merkt hij op dat slachtoffers niet alleen direct na een ramp maar ook daarna aandacht nodig hebben<sup>192</sup>.

## 8.2 Analyse

### De drie kritische processen

#### *Melding, alarmering en opkomst*

Het Hoofd O&V en het HAC O&V zijn direct na de crash gealarmeerd en het proces Opvang en Verzorging is snel opgestart. De vervolgens gewaarschuwde medewerkers van de gemeente Haarlemmermeer arriveren tijdig bij de Wildenhorst. Medewerkers van Schiphol en van de KMar zijn er dan al om het proces te ondersteunen. Ruim voordat de slachtoffers aankomen bij de Wildenhorst zijn zij gereed om hen op te vangen. Anders is dat met de medewerkers van het Rode Kruis en de GHOR-PSH-medewerkers. Die arriveren pas ná de slachtoffers, meer dan drieënehalf uur ná de crash. Wat betreft de mensen van het Rode Kruis gaat het HAC O&V ervan uit dat de meldkamer hen had moeten waarschuwen. In het deelplan O&V staat echter dat het Hoofd O&V dat moet doen. De Inspectie OOV wijst erop dat er ook tijdens de door haar georganiseerde simulatie in maart 2008 de alarmering van het Rode Kruis problematisch verliep.

<sup>191</sup> Interview d.d. 27 maart 2009.

<sup>192</sup> Interview d.d. 27 maart 2009.

### *Leiding en coördinatie*

De gemeente Haarlemmermeer heeft uitvoering gegeven aan het proces O&V. Medewerkers van de KMar en van Schiphol hebben daarbij belangrijke ondersteuning geboden. De uitvoering van dit proces staat onder directe leiding van het HAC O&V, die ook het teamleidersoverleg in de Wildenhorst voorziet. In de crisisorganisatie houden diverse teams zich bezig met de leiding en coördinatie van de uitvoerende werkzaamheden. Het OT heeft een aansturende rol, op papier via het CGD. In de praktijk wordt het CGD bij herhaling gepasseerd. Het CGD heeft op papier een coördinerende rol met betrekking tot het uitvoeren van taken. Doordat het CGD over beperkte informatie beschikt, komt deze rol onvoldoende uit de verf.

Er bestaat onduidelijkheid over de vraag welke organisatie verantwoordelijk is voor de opvang van verwanten op Schiphol. Vanuit het BT wordt bepaald dat gemeentelijke functionarissen 's avonds aanwezig moeten zijn bij de aankomst van verwanten op Schiphol. Het HAC O&V neemt deze taak op zich maar het is hem niet duidelijk wat deze taak precies inhoudt. Het deelplan Opvang en Verzorging bevat op dit punt ook geen informatie. De Inspectie OOV vindt het opvallend dat het OT en het BT niet zijn gemengd in de discussie over de tweede triage in de Wildenhorst en de gevolgen daarvan voor de processen O&V en CRIB. Omdat het ging om een beslissing met gevolgen voor die gemeentelijke processen had het volgens de Inspectie OOV in ieder geval voor de hand gelegen dat het OT en het BT daarvan tijdig op de hoogte waren gesteld. Enige multidisciplinaire afweging heeft nu niet kunnen plaatsvinden.

Verder heeft zowel het Hoofd O&V als het HAC O&V verklaard dat de informatievoorziening te wensen overliet. Het CGD ontving onvoldoende informatie van het OT en het HAC O&V op zijn beurt weinig informatie van het CGD. Het HAC heeft mede in verband daarmee niet consequent via het CGD gecommuniceerd en vraagt zich af of het CGD wel een toegevoegde waarde heeft. Gezien de gang van zaken op 25 februari 2009 vindt de Inspectie OOV het van belang dat kritisch wordt gekeken naar de rol van het CGD in de crisisorganisatie. Zij tekent daar wel bij aan dat een en ander nauw samenhangt met de informatiepositie van het CGD tijdens de eerste uren na de crash.

### *Informatiemanagement*

Het HAC O&V en het Hoofd O&V hebben beiden geklaagd over een gebrek aan informatie. Blijkens het logboek van het CGD ontving dit pas om 15.37 uur de eerste twee sitraps van het OT. Voorts is gebleken dat de communicatie tussen het OT en het AC O&V niet consequent via het CGD is gelopen. Op een gegeven moment ontstond er een directe lijn tussen het OT en het AC O&V. Hoewel dit op zichzelf begrijpelijk is, plaatst de Inspectie OOV daar vraagtekens bij. Indien ervoor wordt gekozen tussen het OT en de gemeentelijke actiecentra een CGD te positioneren, moeten alle partijen daarnaar handelen. Dit betekent dat het CGD steeds zo adequaat mogelijk moet worden geïnformeerd door het OT en dat het CGD vervolgens de actiecentra zo goed mogelijk informeert. Als in deze keten haperingen optreden, zullen onderdelen onvoldoende informatie hebben of werken op basis van achterhaalde informatie. De slagvaardigheid van het optreden zal daaronder lijden<sup>193</sup>.

193 Hoofdstuk 3 Leiding en coördinatie van dit deel C bevat twee aandachtspunten ten aanzien van de positionering en de informatiepositie van het CGD.



## Resultaten proces Opvang en Verzorging

### *De Wildenhorst*

Op het moment dat de slachtoffers vanaf de locatie van de crash aankomen bij de Wildenhorst staan de medewerkers van O&V gereed om hen te ontvangen. Met de collega's van CRIB zijn duidelijke afspraken gemaakt over de registratieprocedure. Vrijwel direct na binnenkomst van de passagiers blijkt echter dat het voor het overgrote deel niet om ongedeerden gaat, maar om passagiers die in meerdere of mindere mate letsel hebben opgelopen bij de crash. Twee artsen in de Wildenhorst bepalen vrijwel direct na aankomst van deze passagiers dat zij alsnog naar ziekenhuizen moeten worden overgebracht. Dit gebeurt, en een uur later zijn zij vrijwel allen naar verschillende ziekenhuizen overgebracht. Slechts enkele passagiers gaan met verwanten naar huis. De opvanglocatie heeft hierdoor veel meer het karakter van een gewondennest dan van opvanglocatie gekregen. Bovendien is het voorbereide registratieproces daarmee ernstig verstoord. Gezien ook de ervaringen van slachtoffers stelt de Inspectie OOV echter vast dat voor zover in de Wildenhorst sprake is geweest van opvang en verzorging van slachtoffers en verwanten, dit over het algemeen naar behoren heeft plaatsgevonden.

### *Westpoint Schiphol*

Het is de Inspectie OOV opgevallen dat het deelplan O&V, zoals de burgemeester ook heeft geconstateerd, geen informatie bevat over de opvang van verwanten. De opvang van de verwanten die in de loop van de avond op Schiphol arriveerden, heeft mede daardoor een rommelig karakter gekregen. Het HAC O&V vertrekt zonder duidelijke opdracht of taak naar Schiphol en heeft daarbij nog eens het probleem dat hij de passagierslijst nog niet mag vrijgeven. Een volledig overzicht van slachtoffers en betrokken ziekenhuizen is er nog niet. De spanningen lopen daardoor hoog op bij de verwanten die willen weten hoe hun familieleden het maken en waar die zich bevinden. Mede door de inzet van Turks-sprekende collega's weet men escalatie te voorkomen.

Op Westpoint moet aan een aantal verwanten worden verteld dat hun familielid tot de dodelijke slachtoffers behoort. Het Deelplan Opvang en Verzorging bevat daarover geen informatie. Ter plaatse hebben vertegenwoordigers van de gemeente en van de KMar gediscussieerd over de vraag wie die taak op zich zou moeten nemen. Het is volgens de Inspectie OOV beter als dit vooraf wordt geregeld. Degenen die met deze zware taak worden belast, moeten daar door middel van trainingen op zijn voorbereid.

## 8.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV met betrekking tot het proces Opvang en Verzorging tot de volgende aandachtspunten:

- tot de taken van de rampenbestrijdingsorganisatie behoort in een rampsituatie ook de opvang van verwanten van slachtoffers; in de planvorming moet worden beschreven hoe die opvang vorm krijgt en welke partijen daarbij een rol hebben;
- besteed in de planvorming ook aandacht aan de informatieverstrekking aan verwanten van dodelijke slachtoffers en zorg dat degenen die deze verantwoordelijkheid krijgen voldoende zijn getraind;
- de alarmering van het Rode Kruis moet goed worden beschreven en worden beoefend.

9

# deVerdieping **Trouw**

Nederland  
26 februari 2009  
Ivo Barends

## Rampenbestrijding Schiphol net op tijd op niveau gebracht

"De hulpverlening kwam snel en goed op gang", zei locoburgemeester van Haarlemmermeer gisteren. Bezuijen had de regie over de crash.

### parool.n

AMSTERDAM SPORT CULTUUR ECONOMIE ETC

## Ziekenhuizen kunnen stroom slachtoffers goed aan

HAARLEM - De rampenplannen van de ziekenhuizen in Haarlem, Hoofddorp en Beverwijk hebben goed gewerkt. De slachtoffers van de vliegtuigramp bij Schiphol... Dat zeiden de he...

# De Telegraaf

De Telegraaf  
26 februari 2009 donderdag

SECTION: BINNENLAND; Blz. 5  
LENGTH: 957 woorden

HEADLINE: "Waar blijft die informatie?";  
Familie in sporthal uren in ongewisse gelaten 'Vanuit Turkije hoor ik nog meer'

# de Volkskrant

de Volkskrant  
February 26, 2009  
donderdag

SECTION: BINNENLAND; Blz. 2-3  
LENGTH: 555 woorden

HEADLINE: Rampenplan werkte goed na oefening in maart 2008  
BYLINE: Violet Laverman  
DATELINE: AMSTERDAM

# Commando voor hulpverlening zat al klaar

Woensdag crashte een Turks vliegtuig bij Schiphol. Toevallig zaten er functionarissen voor de hulpverlening die morgen

deze hulpverlening in de cruciale eerste uren na de ramp. Na het telefoontje reed wethouder Bezuijen, die ooit als crisis-expert de rampen in Enschede en Volendam onderzocht, naar het cr

hadden kwamen uit Amsterdam en Badhoevedorp om te helpen", vertelt commandant Rob Veltman van de Koninklijke Marechaussee Schiphol, die zelf eerst uit Den Haag moest terugkomen.

met behulpzame burgers, benadrukt brandweercommandant Schippers: "Boeren die even helpen met de trekker, daar kun je als hulpverlener op inhaken." Al na een uur, om half twaalf

zekerheid." Volgens Bezuijen ging zorgvuldigheid voor alles. "We hadden de passagierslijsten, maar dat alleen is niet genoeg. Je moet altijd controleren hoeveel mensen er bij de

uur. Dat uitstel kwam doordat veel informatie lang ontbrak. Niet alleen over de doden en gewonden, maar ook over het aantal passagiers. Turkse media meidden dat

# Communicatie

Het proces communicatie heeft als doel gecoördineerd informatie te verschaffen aan bevolking, pers, hulporganisaties en eventuele andere doelgroepen over de maatregelen die de overheid treft en heeft getroffen om de ramp te bestrijden.

## 9.1 Bevindingen

### Planvorming

Het college van B&W van de gemeente Haarlemmermeer stelt op 18 december 2007 het Deelplan Communicatie vast. Dit deelplan maakt deel uit van het Crisisplan van de VRK.

Het proces Communicatie is regionaal georganiseerd. Besluiten over de communicatiestrategie en communicatiedoelstellingen worden in het BT genomen. Het regionaal Actiecentrum Communicatie ondersteunt het BT hierbij en coördineert de uitvoering van deze besluiten. De communicatieadviseur in het BT en de communicatieadviseur in het OT hebben lijnen met dit actiecentrum.

*'Het Actiecentrum Communicatie heeft tot taak de eenheid in de communicatie te bewaken en toe te zien op een voorspoedige uitvoering van de communicatiedoelstellingen die op BT-niveau zijn vastgesteld. Het Actiecentrum Communicatie ontvangt daartoe instructies vanuit het (regionaal) Beleidsteam via de Operationeel Leider<sup>194</sup>.'*

Het Actiecentrum Communicatie bestaat uit:

- het Hoofd Actiecentrum Communicatie
- de coördinator persvoorlichting
- de coördinator publieksvoorlichting
- de coördinator interne communicatie
- de communicatieadviseur BT
- de communicatieadviseur OT

Op regionaal niveau wordt de communicatiestrategie uitgedacht; de uitvoering vindt op gemeentelijk niveau plaats door het Lokaal Steunpunt Communicatie (LSC).

*'Het Lokaal Steunpunt Communicatie heeft tot taak te zorgen voor de gecoördineerde uitvoering van de voorlichtings- en communicatieactiviteiten, in afstemming met het Actiecentrum Communicatie dat op regionaal niveau opereert vanaf de locatie Zijlweg in Haarlem<sup>195</sup>.'*

De taken en verantwoordelijkheden zijn beschreven in het Deelplan Communicatie van de gemeente Haarlemmermeer.

Het LSC bestaat uit:

- het Hoofd Lokaal Steunpunt Communicatie
- publieks- en persvoorlichters

<sup>194</sup> Deelplan Communicatie, gemeente Haarlemmermeer, p. 40.

<sup>195</sup> Deelplan Communicatie, gemeente Haarlemmermeer, p. 41.

- een interne voorlichter
- een mediawatcher
- secretariaat en administratieve ondersteuning

De opdrachtenlijst is als volgt:

BT/OT > Actiecentrum Communicatie > LSC

Bij incidenten op Schiphol is het Crisisbestrijdingsplan Schiphol van kracht en daarmee ook het bijhorende deelplan communicatie. De rol van het BT/OT (besluitvorming) en het LSC (uitvoering) blijft hierbij gelijk. De rol van het regionaal Actiecentrum Communicatie (coördinatie) wordt dan ingevuld door het zogenoemde Voorlichtingsteam Schiphol (het voorlichtingsteam).

*'In de crisisbestrijding op Schiphol is het voorlichtingsteam een schakel tussen het Schiphol-BT enerzijds en de diverse actiecentra van de betrokken partijen anderzijds. De voorzitter van het voorlichtingsteam heeft daartoe contact met de piketwoordvoerder in het Schiphol-BT<sup>196</sup>.'*

De opdrachtlijst in geval van een Schiphol-incident is dan:

BT/OT > voorlichtingsteam > LSC

Het voorlichtingsteam bestaat uit:

- een woordvoerder van de gemeente Haarlemmermeer (voorzitter)
- een woordvoerder van de Corporate Communications Schiphol Group (CCSG)
- een woordvoerder van de Koninklijke Marechaussee (KMar)
- een woordvoerder van de regionale brandweer Kennemerland<sup>197</sup>

Het bovenstaande (kern)team wordt – afhankelijk van de aard van het incident – aangevuld met:

- een woordvoerder van ProRail en een woordvoerder van NS (bij incident spoortunnel)
- een persofficier van het Openbaar Ministerie (bij ernstige openbare ordeverstoring of een kaping)
- een woordvoerder van de regiopolitie Kennemerland
- een woordvoerder van het Korps landelijke politiediensten (KLPD)
- een woordvoerder van de Luchtverkeersleiding Nederland (LVNL)
- een woordvoerder van de betrokken vliegtuigmaatschappij
- een woordvoerder van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding (NCTb)

<sup>196</sup> Draaiboek Communicatie van het Crisisbestrijdingsplan Schiphol, p. 8.

<sup>197</sup> In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV merkt de gemeente op dat in het voorlichtingsteam ook een vertegenwoordiger van de GHOR zit. Dit is niet in de planvorming opgenomen.

De ‘toelichting op Deelplan C: Lokaal Steunpunt Communicatie van de gemeente Haarlemmermeer’ beschrijft de taken van het Hoofd LSC, de publieksvoorlichters, de persvoorlichters, de mediawatcher, de interne voorlichters, de ondersteuning, de web-redacteuren en de verantwoordelijken voor opvang VIP’s. Deze uitvoerende rollen/taken zijn ondergebracht bij het LSC. In de plannen is eveneens beschreven dat het LSC contact onderhoudt met het hoofd van het telefoonteam van de gemeente Haarlemmermeer. Het Hoofd LSC is verantwoordelijk voor een tijdsige informatievoorziening aan het telefoonteam. Dit telefoonteam<sup>198</sup> maakt onderdeel uit van het proces CRIB<sup>199</sup>.

De crisisbestrijdingsplannen van Schiphol geven aan dat in geval van een crisis in het werkingsgebied van Schiphol het call centre van het ministerie van VWS kan worden geopend<sup>200</sup>.

De functies van communicatieadviseur BT en communicatieadviseur OT worden vervuld door functionarissen met een harde piketregeling. Deze piketfunctionarissen dienen volgens het deelplan communicatie van de gemeente Haarlemmermeer binnen zestig minuten op te komen. Overige functies in het proces communicatie kennen geen piketregeling. Leden van het voorlichtingsteam dienen aanwezig te zijn binnen zestig minuten.

## Uitvoering

### Alarmering

Op woensdag 25 februari vindt de alarmering van de diverse functionarissen voor het proces Communicatie als volgt plaats: de communicatieadviseur Haarlemmermeer in het OT wordt door middel van de pager gealarmeerd. De communicatieadviseur in het BT, alsmede het Hoofd en diverse medewerkers van het LSC middels de communicator. De AAS-communicatie-liaison in het OT wordt gealarmeerd via het alarmeringssysteem van Schiphol, genaamd Tense. Geïnterviewden van de gemeente Haarlemmermeer geven aan dat gealarmeerden na het bericht van de communicator niet de mogelijkheid hebben gehad via de communicator op de berichtgeving te reageren.<sup>201</sup> Doorgaans geeft de gealarmeerde aan of hij wel of niet opkomt. Functionarissen van het LSC worden handmatig gealarmeerd door de AOV-er en door leden van het CGD.

### Opkomst

Ongeveer een half uur na de vliegtuigcrash wordt een voorlichtingsteam geformeerd op Triport, conform het draaiboek Communicatie CBP-S. De ruimte op Schiphol die bestemd is voor dit team is volgens betrokkenen echter niet voorbereid en slecht uitgerust als het gaat om (communicatie)middelen<sup>202</sup>. In de eerste fase van de incidentbestrijding zijn in het

198 De termen ‘telefoonteam’ en ‘call centre’ worden door medewerkers van de gemeente Haarlemmermeer door elkaar gebruikt.

199 Zie hoofdstuk 7 van dit deel C.

200 Draaiboek Registreren Slachtoffers/CRIB van het Crisisbeheersingsplan-Schiphol, december 2007.

201 Interview voorzitter voorlichtingsteam en Hoofd LSC d.d. 22 april 2009.

202 Interview voorzitter voorlichtingsteam en Hoofd LSC d.d. 22 april 2009.

voorlichtingsteam vertegenwoordigers aanwezig van AAS, van de KMar, van de VRK (namens brandweer en GHOR) en van de gemeente Haarlemmermeer (voorzitter).

Op donderdag 26 februari voegt zich daar nog een vertegenwoordiger van het COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement bij.

De opkomst van medewerkers van het LSC verloopt volgens plan. Dit lokale actiecentrum is snel bemenst en klaar om activiteiten in het kader van het communicatieproces uit te voeren. In het LSC komen medewerkers op met de volgende taken: persvoorlichting, mediawatching, website, woordvoering en een secretariaat. Wanneer blijkt dat er geen communicatiemedewerkers aanwezig zijn op de Wildenhorst (rond 12.50 uur) gaan twee gemeentelijke voorlichters uit het LSC naar de Wildenhorst. Zij arriveren daar om 14.05 uur.

### *Organisatie van het proces*

Volgens geïnterviewden ziet de aansturinglijn in het proces communicatie er als volgt uit:

BT > OT > voorlichtingsteam > LSC

De rol van Schiphol in het voorlichtingsteam bestaat uit het brengen van informatie vanuit de CVO.

Communicatie tussen het BT en het voorlichtingsteam verloopt via het OT (de OL). Uit interviews met de BT-voorlichter en de voorzitter van het voorlichtingsteam blijkt dat men de verwachting had dat het OT ook voor communicatie een actieve schakel in de lijn zou zijn. Tegelijkertijd geeft men aan dat van een OL niet kan worden verwacht dat die ook communicatie als vakgebied beheerst. Gedurende de incidentbestrijding heeft de geschetste lijn volgens betrokkenen ook niet efficiënt gewerkt voor het proces Communicatie. De OL heeft volgens geïnterviewden weinig aandacht voor het communicatieaspect in de crisisbestrijding, en daar is hij volgens hen ook niet voor. Het gebrek aan aandacht voor communicatie bij de contacten tussen de OL en het BT is volgens geïnterviewden opgelost door de 'informele contacten' tussen het voorlichtingsteam en het BT en de BT-voorlichter.

Gedurende de crisisbestrijding na de vliegtuigcrash staat het LSC in verbinding met het voorlichtingsteam. Na verloop van tijd wordt een informatie-contactlijn gemaakt tussen het LSC en het CGD. Hieraan is behoefte omdat het LSC zich verstoken voelt van actuele informatie en deze informatie zoekt bij het CGD.

### *Besluitvorming in het BT*

Als het gaat om het communicatieproces, is de aandacht in het BT de eerste uren na de vliegtuigcrash vooral gericht op de perscommunicatie. Rond het middaguur zet het BT de opdracht uit bij het voorlichtingsteam om een persbericht te maken. Het BT kiest duidelijk voor het standpunt alleen informatie te communiceren die met 100% zekerheid is vastgesteld. Dit leidt tot de beslissing om in de media bekend te maken dat de identificatie van slachtoffers enige dagen in beslag neemt.

Reeds in een vroeg stadium (rond 11.00 uur) besluit het BT ook aandacht te besteden aan communicatie met omwonenden. Ook komt de behoefte aan het instellen van een



telefoonnummer voor inlichtingen snel aan de orde in het BT (rond 11.20 uur). Eén van de belangrijke taken van het BT is het zorgen voor een uitstraling in de media van ‘de zorgzame overheid’. Dit speelt een rol gedurende de gehele eerste dag van de incidentbestrijding. In de avond van 25 februari geeft het BT opdracht voor het maken van een integraal communicatieplan. Dit plan moet de volgende ochtend om 11.00 uur gereed zijn. Hierin moet met name aandacht zijn voor de vragen van de media over de passagierslijsten die circuleren. Daarnaast speelt het gegeven dat ongeveer 500 personen die naar de gemeente hebben gebeld nog moeten worden teruggebeld. Het BT geeft opdracht aan de stafsectie communicatie van het OT een heldere strategie te maken voor de taak om de ruim 500 bellers van de voorgaande dag terug te bellen. Nadat enige tijd onduidelijkheid heeft bestaan over de vraag of de verwanten wel of niet teruggebeld kunnen worden met informatie over de verblijfplaats van passagiers geeft het BT op 26 februari om 12.35 uur officieel bericht dat gestart kan worden met het terugbellen van verwanten met passagierinformatie. Het telefoonteam, dat onderdeel vormt van het proces CRIB, neemt deze taak op zich. In de avond van 26 februari besluit de burgemeester de nationaliteiten van de overledenen vrij te geven. De besluitvorming, gericht op zorgvuldigheid, maakt de taakuitvoering van medewerkers van het proces communicatie niet eenvoudig:

*‘Vervelend is geweest dat er traag slachtofferinformatie naar buiten gebracht mocht worden wegens de te volgen protocollen. Het was soms onmenselijk dat het wel bekend was dat een persoon overleden was maar dat dit niet verteld mocht worden aan de nabestaanden<sup>203</sup>’.*

### *Informatiemanagement*

Uit het logboek van het voorlichtingsteam blijkt dat rond het middaguur na de crash in het voorlichtingsteam ontevredenheid ontstaat over hun informatiepositie. Naar de mening van het voorlichtingsteam komt te weinig informatie vanuit het OT en BT binnen. Daarnaast is het voorlichtingsteam van mening dat er door het OT en BT te weinig wordt teruggekoppeld over adviezen die het voorlichtingsteam geeft over het communicatieproces. Ook later in de middag constateert het voorlichtingsteam dat het BT de adviezen van het voorlichtingsteam niet betreft in zijn besluitvorming. Het voorlichtingsteam is hierover ontevreden. Om de informatiepositie van het voorlichtingsteam te verbeteren, is op enig moment een contactlijn geformeerd tussen het voorlichtingsteam en het CGD. Volgens geïnterviewde betrokkenen zou het beter zijn geweest als een communicatiemedewerker had deelgenomen aan het CGD. Ook ter verbetering van de informatiepositie van het LSC zijn, zoals hiervoor al aangegeven, contacten gelegd met het CGD<sup>204</sup>.

*‘Een leerpunt is dat iemand van communicatie in het CGD had moeten zitten. Hierdoor zou de informatiedeling beter verlopen. Daarnaast zou er een communicatiemedewerker in het BT moeten zitten. Nu neemt alleen een voorlichter zitting in het BT. Het voorlichtingsteam heeft op eigen initiatief bij bepaalde onderwerpen iemand laten participeren in de BT-vergaderingen<sup>205</sup>’.*

<sup>203</sup> Interview met voorzitter voorlichtingsteam en Hoofd LSC d.d. 22 april 2009.

<sup>204</sup> Interview voorzitter voorlichtingsteam en Hoofd LSC, d.d. 22 april 2009.

<sup>205</sup> Interview voorzitter voorlichtingsteam en Hoofd LSC, d.d. 22 april 2009.

Contacten tussen de verschillende teams gebeuren door fysieke aanwezigheid en door middel van mobiele telefonie. Het leggen van contact via mobiele telefonie stuit soms op problemen door slecht bereik of lege batterijen. De ruimten op Schiphol waarin teams hun vergaderingen houden en activiteiten uitvoeren, zijn niet altijd voorzien van voldoende communicatiemiddelen. Zo waren er geen vaste telefoonlijnen ter beschikking en onvoldoende computers en printers. Het grootste probleem was volgens de gemeente dat het netwerk van de KMar een gesloten netwerk van Defensie is, waarvoor leden van het voorlichtingsteam – met uitzondering van medewerkers van de KMar – niet zijn geautoriseerd<sup>206</sup>.

#### *Publieks- en verwanteninformatie*

Snel na de vliegtuigcrash richt de gemeente Haarlemmermeer een publieksinformatienummer in. Dit publieksnummer heeft aanvankelijk niet goed gefunctioneerd, aldus betrokkenen. Het CGD onderneemt rond het middaguur actie. Het CGD richt zich op de afstemming van de taakverdeling tussen de aanstuurder van het telefoonteam, de voorzitter van het voorlichtingsteam en het Hoofd van het LSC op het Raadhuis<sup>207</sup>.

Medewerkers van de gemeente worden geïnstrueerd over de beschikbaarheid van een publieksnummer en een persnummer. De telefonistes weten echter niet waar zij met de telefoontjes naartoe moeten. Men is bezig een algemeen publieksnummer in te richten; even later wordt bekend dat een informatienummer in Haarlemmermeer is opengesteld. De informatie over het algemene informatienummer is echter niet aangekomen in de opvanglocatie de Wildenhorst. Het verstrekte informatienummer in Haarlemmermeer blijkt niet juist te zijn.

*'In de CVO<sup>208</sup> was meteen duidelijk dat er veel slachtoffers waren en dat er een publieksnummer van VWS moest worden ingeschakeld. Dit heb ik de KMar en de meldkamer laten weten. Die moeten dat vervolgen met de gemeente en/of het ministerie opnemen. Ook in het OT heb ik meerdere malen erop gewezen dat er een verwantentelefoonnummer via VWS geregeld moest worden. Dit is echter niet opgepikt<sup>209</sup>.'*

Later op de avond van 25 februari is het op de opvanglocatie op Schiphol (Westpoint) erg onrustig door verwanten die nog verstoken zijn van informatie. Er is grote behoefte aan de passagierslijsten, die nodig zijn om de verwanten te woord te kunnen staan. De lijsten moeten door het BT worden vrijgegeven. Om 22.45 uur geeft de KMar in opdracht van het BT de namen van de Amerikaanse slachtoffers door aan de consul-generaal en om 22.55 uur communiceert de KMar de namen van de overleden Turkse slachtoffers met de ambassade van Turkije. Het betreft hier nog geen formele identificatie.

#### *Perscommunicatie en mediawatching*

Direct na de crash richt Amsterdam Airport Schiphol (AAS) een eigen actieteam in dat zich specifiek richt op de perscommunicatie. Dit actieteam heeft een eigen telefoonnummer dat

<sup>206</sup> Reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

<sup>207</sup> Verslaglegging CGD.

<sup>208</sup> CVO: Commissie van Overleg.

<sup>209</sup> Interview met AAS-liaison communicatie in het OT, d.d. 23 april 2009.

bekend is bij de pers. Per abuis wordt ook dit nummer als informatienummer openbaar gemaakt. Het gevolg is dat dit actieteam van AAS wordt overladen met telefoontjes van burgers die informatie over familie vragen. Ook nadat de gemeente Haarlemmermeer verantwoordelijk is geworden voor de perscommunicatie en het actiecentrum van AAS is afgeschaald, blijft dit actiecentrum van AAS gebeld worden.

Geïnterviewden hebben aangegeven zich bewust te zijn van de snelheid waarmee de pers zelfstandig berichten genereert en verspreidt in een incidentsituatie. Mediawatching is volgens hen een belangrijk instrument om adequaat te kunnen reageren op berichtgeving van de pers. In het interview met het onder meer het Hoofd LSC is gesteld dat de taak mediawatching in het LSC is uitgevoerd. Uit het logboek van het LSC op 25 februari komt dit echter niet naar voren. De resultaten van mediawatching komen volgens de BT-voorlichter niet steeds adequaat in het BT terecht. Het voorlichtingsteam reageert hierop door zelf deze taak te gaan uitvoeren<sup>210</sup>. Daarnaast houdt het voorlichtingsteam zich bezig met uitvoerende werkzaamheden als het vervaardigen van persberichten en Q en A's<sup>211,212</sup>.

De gemeente Haarlemmermeer geeft hierop nog de volgende toelichting:

*'Het LSC heeft aan mediawatching gedaan en daarvan (op de eerste dag) verslagen gemaakt om 11.45, 12.50, 14.15, 17.15 en 20.15 uur. De resultaten hebben het BT en het voorlichtingsteam niet (bewust) bereikt. Ze zijn als algemene mail rondgestuurd en daardoor niet opgemerkt<sup>213</sup>.'*

### *Opvattingen van hulpverleners*

Over het algemeen zijn de geïnterviewden van mening dat er een goede en prettige samenwerking is geweest binnen het proces communicatie. Vanuit overwegend informele communicatielijnen is een goede samenwerking ontstaan. Intern in de gemeente is goed gecommuniceerd.

Verschillende geïnterviewden geven aan dat het steeds lastiger wordt om de berichtgeving rondom een incident beheersbaar te houden. Er blijken veel initiatieven buiten de crisisorganisatie te worden ontplooid. Mediawatching is daarom erg belangrijk en nodig om gecoördineerd te kunnen inspelen op berichtgeving rondom het incident.

### **Resultaten van het proces**

Op de dag van de crash, 25 februari 2009, vinden er drie persconferenties plaats: om 13.30 uur (drie uur na de crash), om 16.30 uur en om 19.45 uur. Op 26 februari zijn er twee persconferenties en op 27 februari nog een. Daarnaast worden op 25 februari drie persberichten opgeleverd en is men actief met het maken van Q & A's. Volgens de logboeken

<sup>210</sup> Interview BT-voorlichter, d.d. 21 april 2009.

<sup>211</sup> Interview voorzitter voorlichtingsteam en Hoofd LSC, d.d. 22 april 2009.

<sup>212</sup> Q en A's: questions and answers.

<sup>213</sup> In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

houdt het LSC zich op de eerste dag voornamelijk bezig met interne voorlichting via intranet en het bijhouden van de internet-website. Tevens is er al snel aandacht voor het organiseren van een bewonersbijeenkomst en het opstellen van bewonersbrieven. Het Hoofd LSC functioneert als contactpersoon voor het telefoonteam. Op 26 februari worden deze activiteiten voortgezet.

Uit de logboeken blijkt niet of het LSC op de eerste dag mediawatching verzorgt. In de avond van 25 februari levert het voorlichtingsteam een overzicht. Op de tweede dag (26 februari) voert het LSC deze activiteit uit.

De gemeente stelt dat de afstemming en samenwerking tussen het BT en het voorlichtingsteam en tussen het OT en het voorlichtingsteam optimaal was. Volgens de gemeente was er qua communicatie echter amper afstemming en samenwerking tussen het BT en het OT<sup>214</sup>.

Geïnterviewden geven aan voornamelijk trots te zijn op de effecten en resultaten van het proces communicatie.

*'Het meest trots ben ik op de kop in de krant: 'Dit is een ramp met de minste negatieve publiciteit'<sup>215</sup>.*

## 9.2 Analyse

### De drie kritische processen

#### *Melding, alarmering en opkomst*

De alarmering en opschaling van het proces Communicatie hebben geleid tot het tijdig inrichten en bemensen van dit proces. Wél zijn er enkele 'schoonheidsfoutjes' opgetreden. Zo bleek de communicator geen terugmeldingen van gealarmeerden te kunnen ontvangen en er was geen adequaat uitgeruste ruimte beschikbaar voor het voorlichtingsteam op Schiphol. Het proces Communicatie is tijdig opgestart.

#### *Leiding en coördinatie*

De crash met het toestel van Turkish Airlines was een incident buiten het werkingsgebied van Schiphol. Toch is voor het gemeentelijke proces Communicatie besloten om te blijven werken met een voorlichtingsteam als coördinerend onderdeel van de crisisbestrijdingsorganisatie en niet met een regionaal actiecentrum communicatie. Het fysiek bij elkaar plaatsen van het BT, het OT en het voorlichtingsteam op Triport-Schiphol moet aansturing en samenwerking van deze drie onderdelen vergemakkelijken. Vooral bij het voorlichtingsteam heeft echter onvrede geheerst als het gaat om afstemming. Uit de logboeken komt naar voren dat het voorlichtingsteam soms buiten de interne informatielijnen om is geconfronteerd met activiteiten en besluitvorming in het proces Communicatie. Afstemming en samenwerking tussen de verschillende teams waren niet optimaal.

<sup>214</sup> In reactie op het concept-rapport van de Inspectie OOV.

<sup>215</sup> Interview BT-voorlichter, d.d. 21 april 2009.

Gebleden is dat het OT (in de persoon van de OL) niet volstaat als een effectieve schakel tussen de besluitvorming van het BT en de coördinatie van het voorlichtingsteam. Goede afspraken over afstemming, aansturing en terugkoppeling tussen het BT, het OT en het voorlichtingsteam ontbreken. Een en ander is opgelost door contacten ‘in de wandelgangen’. Volgens geïnterviewden heeft dit goed gefunctioneerd. De Inspectie OOV acht deze oplossing echter niet bedrijfszeker.

Contacten tussen het voorlichtingsteam en het LSC hebben wél effectief plaatsgevonden (tussen het Hoofd LSC en de voorzitter van het voorlichtingsteam). Het LSC heeft echter last gehad van de gebrekkige afstemming tussen BT/OT en voorlichtingsteam, waardoor zowel het voorlichtingsteam als het LSC voor de uitvoering van de communicatietaken ook contactlijnen met het CGD in het leven heeft geroepen. Het CGD heeft echter formeel geen rol in het proces communicatie. Bovendien beschikte het CGD, zoals eerder is vastgesteld, over beperkte informatie<sup>216</sup>.

Hoewel het voorlichtingsteam in de crisisbeheersingsorganisatie een coördinerende taak heeft, hebben leden van het voorlichtingsteam ook uitvoerende taken verricht, zoals het vervaardigen van persberichten en Q en A's. In de planvorming is daar niet in voorzien.

### *Informatiemanagement*

Het voorlichtingsteam (in geval van een incident in het werkingsgebied van Schiphol) óf het regionale Actiecentrum Communicatie (in geval van een incident buiten het werkingsgebied van Schiphol) is belast met de coördinatie en sturing van het proces Communicatie op basis van het beleid en de strategie in het BT. De piketwoordvoerder van het BT is aanspreekpunt voor het voorlichtingsteam. Wanneer het reguliere crisisplan in werking is gesteld, vertegenwoordigt de communicatieadviseur BT het regionale Actiecentrum Communicatie. In alle gevallen (regulier of in het werkingsgebied van Schiphol) is dus volgens de plannen voorzien in contact tussen het BT en het coördinerende onderdeel (voorlichtingsteam of regionaal actiecentrum) door de communicatieadviseur BT. De Inspectie OOV merkt op dat in de organisatie van het proces Communicatie gedurende de crisisbestrijding na de vliegtuigcrash geen gebruik is gemaakt van deze lijn, anders dan via ‘de wandelgangen’. Gezien de verklaringen van betrokkenen heeft dit kennelijk zijn weerslag gehad op de informatiepositie van het voorlichtingsteam en daardoor ook van het LSC.

De Inspectie OOV is voorts van mening dat het informatiemanagement ten behoeve van het proces Communicatie beter moet worden ingebed in de crisisorganisatie. Informatie die moet worden gedeeld, betreft niet alleen (operationele) incidentinformatie maar ook informatie over besluitvorming en opdrachtverlening en terugkoppeling over uitvoering van opdrachten. Bovendien moet worden gezorgd voor toereikende voorzieningen. Voor het voorlichtingsteam waren de voorzieningen op Schiphol gebrekkig.

<sup>216</sup> Zie in dit verband de paragrafen 3.5.2 en 8.2 van dit deel C.

## Resultaten van het proces

De Inspectie OOV constateert dat in de processen rondom het verzorgen van de perscommunicatie over het algemeen geen zwaarwegende knelpunten zijn opgetreden. Het proces Communicatie heeft gedurende de incidentbestrijding de resultaten opgeleverd die mogen worden verwacht.

Wel blijken op enig moment verkeerde informatienummers te zijn gecommuniceerd naar de pers. Voorts geldt dat vooral het opstarten van het call centre gepaard is gegaan met organisatorische problemen, en dat die in de beginperiode van de incidentbestrijding hebben geleid tot onduidelijkheden in de communicatie naar publiek en pers.

Mediawatching is een taak die in deze tijd van steeds sneller optredende media van belang is om adequaat te kunnen reageren op berichtgeving en deze te kunnen blijven beheersen. Het LSC heeft op de dag van de crash wel invulling gegeven aan deze taak maar door problemen rond de communicatie van de resultaten daarvan naar het BT en het voorlichtingsteam zijn die niet opgemerkt, en dus niet gebruikt.

## 9.3 Aandachtspunten

Op basis van het voorgaande komt de Inspectie OOV met betrekking tot het gemeentelijke proces Communicatie tot de volgende aandachtspunten:

- inconsistenties in de planvorming moeten worden weggenomen en betrokken functionarissen dienen hun taken en rollen binnen het proces Communicatie te (blijven) beoefenen;
- gelet op de gang van zaken bij de communicatie van de resultaten van mediawatching door het LSC richting het voorlichtingsteam en het BT dient in een betrouwbare communicatielijn tussen deze onderdelen te worden voorzien;
- zorg ervoor dat de functionarissen met een rol in het proces Communicatie daarvoor gebruik kunnen maken van toereikende voorzieningen; de voorzieningen op Schiphol moeten worden verbeterd.

10



## Project Nafase

Na de acute fase van een ramp wordt de crisisbeheersingsorganisatie afgeschaald. Tal van processen die verband houden met de ramp lopen nog door of moeten nog worden opgestart. De gemeente heeft het voortouw bij deze processen in de 'nafase'.



## 10.1 Bevindingen

### Planvorming

Op 18 december 2007 stelt het college van B&W van Haarlemmermeer het deelplan Nazorg vast. Het deelplan maakt deel uit van het Crisisplan van de regio Kennemerland en bevat de uitwerking van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het nazorg-traject. Doel van het deelplan is het gecoördineerd afhandelen van de nazorgfase van een calamiteit of crisis. Het plan heeft met name betrekking op de verlening van medische en van maatschappelijke nazorg, op de controle daarop en op de bewaking van de kwaliteit van de nazorg. Onder het kopje 'Aandachtsgebieden voor nazorgplan' staat het volgende:

*'Na een ramp of ernstig ongeval moet gedurende langere tijd aandacht worden besteed aan de volgende aandachtsgebieden:*

- *de collectieve rouwverwerking;*
- *het herstel van de leefbaarheid in het getroffen gebied;*
- *de afwikkeling van de financiële gevolgen;*
- *het geven van informatie en advies aan personen en organisaties via een gemeentelijk Informatie- en Adviescentrum (IAC).'*

In het plan staat voorts dat de burgemeester als opperbevelhebber tijdens de bestrijding van de ramp het initiatief neemt tot het opstellen van een gemeentelijk nazorgplan.

### Uitvoering

Op de middag van de crash wordt in het OT en in het BT gesproken over de nafase. In het OT-verslag van het 7<sup>e</sup> overleg van 16.17 uur staat in dit verband het volgende:

*'Er moet een plan van aanpak gemaakt worden voor de nafase (berging vliegtuig). Dit is een project voor de Haarlemmermeer.'*

Blijkens het betreffende sitrap van het BT deelt de Operationeel Leider tijdens de BT-vergadering van 20.45 uur mee dat de gemeente heeft laten weten dat het 'plan van aanpak nazorg' in de maak is en de volgende ochtend (26 februari 2009) zal zijn afgerond. De gemeente stelt een projectgroep Nafase in die de kaders van het plan van aanpak uitwerkt.

De OL meldt op donderdag 26 februari 2009 om 9.08 uur aan het BT dat het conceptplan van aanpak voor de nafase gereed is. Namens het OT geeft hij een toelichting op dit plan van aanpak. Onder andere geeft hij het advies de GHOR te laten participeren in de betreffende werkgroep om de nazorg beter te verankeren.

Op donderdag 26 februari 2009 komt de 'projectgroep nazorgfase' om 09.00 uur voor de eerste keer bijeen. De loco-gemeentesecretaris van Haarlemmermeer is aangewezen als trekker van het project. Tijdens deze bijeenkomst bespreekt men de tien deelprojecten die op dat moment al zijn benoemd. Voor elk deelproject is een deelprojectleider aangewezen.

Aan de bespreking nemen vertegenwoordigers van de gemeente Haarlemmermeer, het COT, AAS (Schiphol) en de GHOR deel. Later op de ochtend komt de projectgroep voor de tweede keer bijeen. De loco-burgemeester van Haarlemmermeer is vanuit het BT aanwezig. Men benoemt tijdens deze bijeenkomst als elfde deelproject 'archiveren'. Op 26 februari 2009 komt de projectgroep 's middags voor de derde keer bijeen. In het verslag van de bijeenkomst staat dat het BT zijn waardering heeft uitgesproken voor het plan van aanpak. De opmerkingen vanuit het BT over de verschillende deelprojecten komen tijdens de bijeenkomst aan de orde.

Op de middag van 26 februari 2009 bespreekt het BT de verschillende deelprojecten van het plan van aanpak en stelt het BT de hoofdlijnen vast.

Op vrijdag 27 februari 2009 en zaterdag 28 februari 2009 houdt de projectgroep haar vierde en vijfde bijeenkomst. Tijdens de bijeenkomst van 28 februari 2009 meldt een van de deelnemers dat het OT die ochtend positief heeft gereageerd op het plan van aanpak. De projectgroep bespreekt de actuele stand van zaken en neemt de verschillende deelprojecten door.

Op maandag 2 maart 2009 dragen het OT en het CGD hun lopende activiteiten over aan de projectgroep Nafase. Vanuit het OT wordt met name aandacht gevraagd voor het koppelen van de lijst van betrokkenen aan hun NAW-gegevens en telefoonnummers zodat telefonisch contact met de slachtoffers kan worden opgenomen. Een tweede punt van aandacht betreft een mogelijk geval van hepatitis-A-besmetting.

Het CGD stelt een overdrachtdossier samen voor het project Nafase en neemt dit tijdens zijn laatste vergadering op 2 maart 2009 door. Het CGD wordt daarna opgeheven.

Het concept plan van aanpak Nafase voorziet in een projectteam dat bestaat uit een projectleider Nafase, een projectsecretaris en de verschillende trekkers van de deelprojecten en deelactiviteiten. Ook Schiphol, GHOR en de VRK zijn vertegenwoordigd in het projectteam. Het projectteam draagt zorg voor de uitvoering van alle activiteiten in de nafase.

Het plan van aanpak wordt op 3 maart 2009 bestuurlijk vastgesteld onder de naam 'Plan van aanpak Nafase neerstorten toestel 737 800 1951 Turkish Airlines'. Het plan bevat de volgende vijftien deelprojecten:

- Uitvaart
- Rouw en herdenking
- VIP bezoek
- Onderzoek en evaluaties
- Informatie- en Adviespunt
- Psychosociale hulpverlening, geneeskundige hulpverlening en gezondheidsmonitoring
- Voorlichting en media
- Bestuur en financiële afwikkeling
- Milieu
- Schade
- Verslaglegging/archiveren

- Registratie
- Terrein (bergen, vrijgeven, afzetten, toegang)
- Relatiebeheer slachtoffers
- Interne nazorg

Voor elk van deze deelprojecten zijn een deelprojectleider (trekker) en een bestuurlijk verantwoordelijk lid van het college van B&W benoemd. Elk van de deelprojecten is nader beschreven aan de hand van de volgende punten:

- Doel
- Trekker
- Te betrekken organisaties
- Planning
- Capaciteit
- Actie en actiehouders

De intensiteit en de looptijd van de verschillende deelprojecten varieert sterk. Zo is het deelproject Uitvaart bij de vaststelling van het plan van aanpak al afgerond, terwijl de deelprojecten Bestuurlijke ondersteuning en Verslaglegging/archiveren gedurende de gehele nafase doorlopen. Voor het deelproject Onderzoek en evaluaties houdt het plan rekening met een doorlooptijd van enkele maanden tot mogelijk een jaar.

### Opvattingen betrokkenen

De burgemeester van Haarlemmermeer deelt in het kader van het onderzoek van de Inspectie OOV mee dat het besluit om snel met de Nafase te starten, is gebaseerd op ervaringen bij de cellenbrand op Schiphol in 2005. Volgens hem heeft het besluit goed uitgedaakt. In de tweede week na de crash kwamen er twee processen op gang waar men nu goed op was voorbereid, namelijk de gevoelens van onveiligheid, bezorgdheid en onrust die bij bewoners konden ontstaan naar aanleiding van de eerste conclusies van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de oorzaak van de ramp, en de herdenkingsbijeenkomst<sup>217</sup>.

De loco-burgemeester die de eerste uren na de crash het BT heeft voorgezeten, deelt in dit verband mee dat bij de afronding van hulpverleningsfase, op de dag van de crash tussen 15.00 en 16.00 uur, is besloten de nafase al op te starten. Hij geeft aan dat men veel profijt heeft gehad van het vroege starten van de nafase. Bij de nafase hoort ook dat erover wordt nagedacht hoe de gemeente als overheid in de media naar voren wil komen, en helpt het enorm als daar in een vroeg stadium over wordt nagedacht<sup>218</sup>.

De projectleider en de projectsecretaris van het project Nafase noemen nog de volgende factoren die van belang zijn<sup>219</sup>:

<sup>217</sup> Interview d.d. 16 april 2009.

<sup>218</sup> Interview d.d. 22 april 2009.

<sup>219</sup> Interview d.d. 28 april 2009.

- goede interne communicatie met het oog op draagvlak binnen de gehele organisatie;
- degenen die zijn betrokken bij de uitvoering van het project moeten daarvoor de tijd krijgen en maken;
- advisering door een externe deskundige.

## 10.2 Analyse

Op verzoek van het BT is de gemeente Haarlemmermeer al op de dag van de ramp aan de slag gegaan met het opstellen van een plan van aanpak voor de nafase. Bij de opstelling van dit plan heeft de gemeente zich laten adviseren door een externe deskundige. Bovendien zijn daarbij vertegenwoordigers van de verschillende disciplines betrokken. Het opgestelde plan is veel breder van opzet en bestrijkt veel meer onderwerpen dan in het gemeentelijke deelplan Nazorg is geregeld.

Het BT heeft het plan van aanpak op de dag na de ramp vastgesteld. In de praktijk heeft deze aanpak goed gewerkt. Door al in een vroegtijdig stadium te bedenken wat er na de acute fase van de ramp nog allemaal moet gebeuren en daarvoor in een plan van aanpak deelprojecten te benoemen en te beschrijven, waren alle betrokken diensten goed voorbereid op hun taken. Bovendien is mede daardoor de overdacht van lopende activiteiten van de crisisorganisatie naar de projectorganisatie Nafase soepel verlopen. De Inspectie OOV is dan ook positief over de aanpak van de nafase.

## 10.3 Aandachtspunt

- Het vroegtijdig opstellen van een 'breed' plan van aanpak voor de nafase heeft bij de Poldercrash zijn nut bewezen. De Inspectie OOV beschouwt de wijze waarop de gemeente Haarlemmermeer de nafase heeft opgepakt als een 'good practice' die verankering verdient in de gemeentelijke planvorming.



# Bijlagen



# Bijlage I

Verzoek van 23 maart 2009 aan de minister van BZK om onderzoek door de Inspectie OOV



Datum                      23 maart 2009

Onderwerp                verzoek medewerking onderzoek van de inspecties

Geachte mevrouw Ter Horst,

Op woensdag 25 februari jl. heeft in de gemeente Haarlemmermeer het ongeval plaatsgevonden met het vliegtuig van Turkish Airlines. Een zeer groot aantal hulpverleners heeft zowel op het rampterrein als in de omgeving ervan met grote inzet en toewijding hulp verleend aan de inzittenden van het verongelukte vliegtuig. In de brief aan de Tweede Kamer heeft de minister-president op 26 februari 2009 namens het kabinet zijn waardering uitgesproken voor de grote inzet van de hulpverleners, onder wie de passagiers, die hun mede-inzittenden hulp boden.

Op 2 maart 2009 heeft u een bezoek gebracht aan het rampterrein en kennis kunnen nemen van de wijze waarop de hulpverlening heeft plaatsgevonden. Nadere onderzoeken en evaluaties zullen plaatsvinden om in beeld te brengen welke lessen de hulpverleningsorganisaties uit de aanpak van het vliegtuigongeval kunnen leren. Op de dag van het ongeval heeft de voorzitter van de Onderzoeksraad voor Veiligheid, de heer prof. mr. P. van Vollenhoven aangekondigd dat de Raad op grond van de Rijkswet Onderzoeksraad voor Veiligheid een onderzoek instelt. Volgens de procedures en regelingen brengt de Raad binnen een jaar het rapport over het onderzoek uit.

In het kader van de voorbereiding op de rampenbestrijding en crisisbeheersing, zijn de gemeente Haarlemmermeer en de Veiligheidsregio Kennemerland nauw betrokken geweest bij het project Territoriale Congruentie dat begin 2008 is afgerond. Op 8 oktober 2008 heeft u de eindrapportage over dit project aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal aangeboden. In deze eindrapportage meldt u dat de inspanningen in het project het beeld bevestigen dat de Veiligheidsregio Kennemerland een regio is die zich in de afgelopen periode snel heeft ontwikkeld.



U rapporteert tevens dat de Inspectie OOV heeft geconstateerd dat de basis van de rampenbestrijdingsorganisatie aanwezig is. Een groot aantal aspecten van de rampenbestrijding is tijdens de op 20 maart 2008 georganiseerde simulatie (ADR) volgens de plannen verlopen. Ook constateert u dat er op onderdelen nog leermomenten zijn benoemd, waaraan de betrokkenen kunnen werken om de kwaliteit van de organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing te verbeteren. Uw Inspectie wijst er op dat deze conclusie gelet op de recente afronding van de implementatie niet verassend is te noemen. U heeft opgemerkt ervan uit te gaan dat de rampenbestrijdingsorganisatie van de regio zich voortvarend doorontwikkelt tot een integrale rampenbestrijdingsorganisatie.

De dagelijkse besturen van de gemeente Haarlemmermeer en Veiligheidsregio Kennemerland hebben zich na de vliegtuigcrash beraden over de wijze waarop het onderzoek en de evaluatie van dit ongeval kunnen plaatsvinden. Naast het reeds aangekondigde onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid is er als onderdeel van het Project Nafase bezien op welke wijze een externe rapportage kan worden opgesteld met aanbevelingen die op korte termijn kunnen worden geïmplementeerd om de kwaliteit van het functioneren van de organisatie voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing te verbeteren. Het aantal mogelijkheden om hiervoor bij onafhankelijke onderzoeksinstanties opdrachten te plaatsen, is beperkt. De kennis en expertise voor een gedegen analyse van de bestuurlijke en operationele aspecten van de grootschalige ongevallenbestrijding zijn aanwezig bij de Inspectie OOV die bij het project Territoriale Congruentie een belangrijke rol heeft vervuld bij de opzet, begeleiding en beoordeling van de resultaten van het ontwikkelingstraject waarin de gemeenten en de Veiligheidsregio Kennemerland gezamenlijk hebben gewerkt aan de verbetering van de organisatie voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing. Deze omstandigheden bieden naar onze inschatting de mogelijkheden om de lijnen van het ADR-traject door te trekken en uw Inspectie te betrekken bij het onderzoek naar en de advisering over de implementatie van mogelijke verbeterpunten naar aanleiding van het vliegtuigongeval. In dit verband verzoeken wij uw medewerking voor de inzet van de Inspectie OOV bij het onderzoek naar de hulpverlening bij het vliegtuigongeval en het opstellen van een rapportage daarover.

Bij de taak en onafhankelijke positie van de Inspectie behoren de afspraken dat de Inspectie aan de minister rapporteert en zelfstandig de externe onderzoeksopdracht formuleert en uitvoert. Als voorstel hebben wij niettemin de hoofdvragen en specifieke aandachtspunten geformuleerd, die volgens de gemeente en de Veiligheidsregio in het onderzoek aan de orde moeten komen. Deze hoofdvragen en aandachtspunten zijn als bijlage bij deze brief gevoegd. Wij achten het van belang dat de Inspectie OOV het onderzoek in nauwe samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitvoert. Daarbij verzoeken wij speciale aandacht te schenken aan de fasen van prehospitatie en hospitalisatie van de slachtoffers.

Qua planning is het voor ons relevant om van u te vernemen of het mogelijk is om het onderzoek voor 1 juni 2009 af te ronden.

Wanneer dat mogelijk is kunnen onze organisaties met voortvarendheid het reeds ingezette verbetertraject voortzetten om de kwaliteit van de rampenbestrijding te verbeteren.

Op het gebied van de rampenbestrijding en crisisbeheersing hebben de gemeente Haarlemmermeer en de Veiligheidsregio Kennemerland verschillende bestuurlijke en operationele taken en bevoegdheden. De gemeente is belast met de zorg voor de rampenbestrijding en crisisbeheersing. De veiligheidsregio is verantwoordelijk voor de voorbereiding van de coördinatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing en draagt zorg voor de feitelijke uitvoering van de hulpverlening en ongevallenbestrijding. In verband met deze verschillende taken en bevoegdheden en het gezamenlijke belang dat de gemeente Haarlemmermeer en Veiligheidsregio Kennemerland aan de bevindingen van het onderzoek hechten, komt er een begeleidingscommissie waarin bestuur en directie van de gemeente Haarlemmermeer en de Veiligheidsregio Kennemerland en een onafhankelijk extern deskundige participeren.

Graag vernemen wij van u op welke wijze de gemeente Haarlemmermeer en de Veiligheidsregio Kennemerland op de medewerking van uw ministerie en de inspecties mogen rekenen bij het onderzoek naar en de rapportage over het vliegtuigongeval. Een afschrift van deze brief hebben wij gezonden aan uw ambtgenoot de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de heer dr. A. Klink.

Hoogachtend,

De loco-burgemeester van de  
Gemeente Haarlemmermeer



drs. M.J. Bezuijen

De plv. voorzitter van de  
veiligheidsregio Kennemerland



mr. B.B. Schneiders



# Bijlage II

Antwoord van de minister van BZK van 2 april 2009

Geachte heer Bezuijen,

In uw brief van 23 maart jl. verzoekt u om medewerking van de Inspectie OOV bij de evaluatie van de hulpverlening bij het vliegtuigongeval van 25 februari in uw regio.

De Inspectie OOV heeft de afgelopen twee jaar de ontwikkelingen binnen uw regio intensief gevolgd en getoetst. Dit naar aanleiding van het besluit om de gemeente Haarlemmermeer en daarmee de voorbereiding op de rampenbestrijding op en rond Schiphol onder te brengen bij de regio Kennemerland.

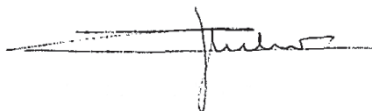
De door u gewenste evaluatie kan aansluiten op de rapportage over het project Territoriale Congruentie Schiphol van de Inspectie OOV in 2008. Naar aanleiding van deze rapportage heb ik u aangekondigd dat de Inspectie OOV het verbetertraject in de loop van 2009 zal monitoren. De evaluatie van de hulpverlening bij het vliegtuigongeval past in het monitoringtraject van de verbeterpunten die voortgekomen zijn uit het project Territoriale Congruentie Schiphol.

Gezien de rol die de Inspectie OOV heeft vervuld ten tijde van het project Territoriale Congruentie Schiphol, deel ik uw opvatting dat de Inspectie adequate kennis en expertise in huis heeft om deze evaluatie uit te voeren. Ik sta daarom positief tegenover uw voorstel en stem in met uw verzoek de Inspectie OOV de evaluatie te laten uitvoeren.

Ik onderschrijf het belang om zo snel mogelijk inzicht te verkrijgen in het verloop van de hulpverlening. De Inspectie OOV streeft er daarom naar uiterlijk 1 juni over haar bevindingen te rapporteren.

Verder heb ik vernomen dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op uw verzoek onderzoek doet naar de geneeskundige aspecten van de hulpverlening. De IGZ zal aansluiting zoeken bij de evaluatie door de Inspectie OOV en tegelijkertijd rapporteren. De resultaten zullen tevens beschikbaar worden gesteld aan de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV).

DE MINISTER VAN BINNENLANDSE ZAKEN EN KONINKRIJKSRELATIES,



Mevrouw dr. G. ter Horst

# Bijlage III

Overzicht van geïnterviewden en van functionarissen die inzage hebben gegeven in het verslag van hun gesprek met de Onderzoeksraad voor Veiligheid

## 1 Geïnterviewden

### Functionaris

Voorzitter BT (burgemeester)  
Voorzitter BT (loco-burgemeester)  
Adviseur BT (gemeentesecretaris)  
Voorzitter CGD (loco-gemeentesecretaris)  
Procesverantwoordelijke Opvang en Verzorging (CGD-lid)  
Hoofd Actiecentrum Opvang en Verzorging  
Hoofd CRIB  
Coördinator Matching  
Coördinator Registratie  
Hoofd Voorlichtingsteam  
Hoofd LSC  
Voorlichter BT  
Projectleider 'Nafase'  
Projectsecretaris 'Nafase'

Multidisciplinair Procescoördinator Meldkamer  
Leider CoPI  
Hoofd Sectie Informatiemanagement  
Officier van Dienst-GHOR  
Hoofd Sectie GHOR  
Hoofd Gewondennest  
Loodspostfunctionaris, tevens Coördinator gewondenvervoer  
Hoofd Actiecentrum GHOR  
Leider kernteam psychosociale hulpverlening  
Beleidsmedewerkers

### Organisatie

Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer  
Gemeente Haarlemmermeer

VRK  
VRK  
VRK  
VRK  
VRK  
VRK  
VRK  
VRK  
VRK  
VRK

Algemeen Commandant KMar	KMar
Hoofd Landelijke Meldkamer Ambulancezorg	LMAZ
Communicatieadviseur OT	Schiphol Group
Airside Operations Manager (Voorzitter CVO)	Schiphol Group
Woordvoerder Stichting Slachtoffers Vliegramp	-
Slachtoffer crash (passagier)	-

*2 Functionarissen die inzage hebben gegeven in het verslag van hun gesprek met de Onderzoeksraad voor Veiligheid*

<b>Functionaris</b>	<b>Organisatie</b>	<b>Datum OvV- verslag</b>
Hoofd MICK	VRK	13 maart 2009
Operationeel Leider	VRK	26 maart 2009
Hoofd Sectie Politie	VRK	3 maart 2009

# Bijlage IV

Overzicht van beschikbare informatie bij de onderdelen van de hoofdstructuur over aantallen gewonden en doden (zie hoofdstuk 4 van deel C)

Informatiemanagement geïllustreerd aan de hand van enkele voorbeelden

Aantal gewonden	Tijd bekend	CVO				ROT				GBT			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	10:54	20		60	1								
	11:00					60 gewonden			1				
	11:25												
	11:30					25		30	9				
	11:39	6 bekneld	Tientallen gewonden		1								
	11:40												
	11:43					6 bekneld							
	12:01					25		30	1				
	12:11	6 bekneld	Tientallen gewonden		7								
	12:15									25		30	1
	12:45					25		30	10				
	12:59	6 bekneld	Tientallen gewonden		9								
	13:05									25		30	10
	13:15												
	13:30												
	13:45					25		30	9				
	14:10												

Bovenstaand schema, met de bij de verschillende teams op verschillende momenten bekende gegevens over het aantal gewonden en overledenen, kan dienen als illustratie van de verschillen in de informatiepositie van de betrokken teams. Uit dit schema blijkt dat de verschillende onderdelen van één van de meest essentiële gegevens (het exacte aantal overledenen en gewonden) een uiteenlopend beeld hebben. Zo is in de meeste teams wel bekend dat er zes personen bekneld zijn, maar het beeld over het aantal overledenen en gewonden loopt sterk uiteen. Om 11.40 uur geeft het LOCC in een sitrap aan dat er 16 T1-, 25 T2- en 44 T3-gewonden zijn en dat één persoon is overleden<sup>220</sup>. Als bronvermelding voor

<sup>220</sup> Sitrap LOCC, 25 februari 2009, 11.40 uur.

Copi				CGD				LOCC				Persconferentie			
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
6 bekneld			1												
25	25		9												
								16	25	44	30				
			6 bekneld				1								
								25		65	1				
			6 bekneld				10								
														50 gewonden	9
								25	12	30	10				

deze aantallen geeft het LOCC de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ) op. Indien de LMAZ de informatie heeft verzameld van de witte keten (ambulances, coördinator gewondennest, diverse ziekenhuizen et cetera) kunnen de genoemde aantallen als geverifieerde informatie worden beschouwd<sup>221</sup>. Opvallend is dat deze aantallen nergens in de hoofdstructuur worden overgenomen.

Een ander opvallend gegeven in bovenstaand schema is dat het CGD om 13.15 uur nog uitgaat van zes beknelde en tien overleden personen, terwijl om 11.30 uur in het OT bekend is dat er 25 T1- en 30 T3-slachtoffers zijn en dat negen personen zijn omgekomen.

221 De Inspectie OOV heeft niet onderzocht hoe de LMAZ aan bedoelde informatie over aantallen gewonden en overledenen is gekomen.



# Bijlage V

## Lijst met afkortingen

AAS	Amsterdam Airport Schiphol
AC	actiecentrum
AFO	Airport Fire Officer
AOM	Airport Operations Manager
BT	beleidsteam
B&W	burgemeester en wethouders
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBP-S	Crisisbestrijdingsplan Schiphol
CGD	Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten
CGV	Coördinator gewondenvervoer
COH	commandohaakarmbak
CoPI	Commando Plaats Incident
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CRIB	Centraal Registratie- en Informatie Bureau
CVO	Commissie van Overleg
BT	gemeentelijk beleidsteam
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK	geneeskundig
GNK-C	Geneeskundige Combinatie
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijding Procedure
HAC	Hoofd Actiecentrum
HGN	oofd gewondennest
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IM	informatiemanagement
Inspectie OOV	Inspectie Openbare Orde en Veiligheid
KMar	Koninklijke Marechaussee

LMAZ	Landelijke meldkamer Ambulancezorg
LOCC	Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum
LSC	Lokaal Steunpunt Communicatie
MICK	Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support
MMT	mobiel medisch team
MKA	meldkamer ambulancezorg
MPC	Multidisciplinaire Procescoördinator
NCC	Nationaal Crisis Centrum
NCTb	Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding
OL	operationeel leider
OM	Openbaar Ministerie
OT	operationeel team
O&V	Opvang en Verzorging
OvD	officier van dienst
OvD-B	Officier van Dienst-Brandweer
OvD-G	Officier van Dienst-Geneeskundig
OvV	Onderzoeksraad voor Veiligheid
PSH(OR)	Psychosociale Hulpverlening (bij Ongevallen en Rampen)
RGF	regionaal geneeskundig functionaris
sitrap	situatie-rapportage
SGBO	Staf Grootschalig en Bijzonder Optreden
SMH	Spoedeisende Medische Hulpverlening
VRK	veiligheidsregio Kennemerland
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

# Bijlage VI

## Summary

### Introduction

On 25 February 2009, at approximately 10.30, a Turkish airlines plane with 135 persons on board crashed shortly before landing at Schiphol Airport in a field in the local authority area of Haarlemmermeer. In this crash, nine people died and tens of the occupants of the plane were seriously injured. Haarlemmermeer is part of the Kennemerland safety region. This region and the local authority jointly requested the Minister of the Interior and Kingdom Relations to instruct that the Public Order and Safety Directorate (OOV Inspectorate) should carry out an investigation in cooperation with the Health Care Inspectorate (IGZ) into the provision of assistance during this incident, in order to identify quickly any areas that could require improvement. The Minister acceded to this request.

### Investigation

The OOV Inspectorate carried out its investigation into the “Polder Crash” in the months of April and May 2009. The investigation focussed on the critical processes “Reporting and raising the alarm”, “Management and coordination” and “Information Management” within the main structure of the disaster relief organisation, and on the processes medical assistance in accidents and disasters (known by the Dutch abbreviation GHOR)<sup>222</sup>, and Psycho-social Care, the local authority CRIB Process<sup>223</sup>, Rescue and Treatment and Communication, and on the Follow-up Phase project. The investigation concerns the period from the crash until the stand-down of the disaster relief organisation on 2 March 2009.

### Discussion

The media reporting about the way the Polder Crash was tackled was predominantly positive. The question is whether this picture needs to be adjusted in the light of the results of this investigation by the OOV Inspectorate. Partly because the plane did not catch fire after the crash, the emphasis in the first instance was on emergency medical assistance to

<sup>222</sup> Medical assistance in accidents and disasters.

<sup>223</sup> CRIB: Central Registration- and Information Bureau.

the victims, and in the following phase on the local authority processes. The OOV Inspectorate therefore examined whether the experiences in tackling the Polder Crash indicate areas for improvement with regard to the critical processes of the main structure, and with regard to the medical assistance in accidents and disaster processes (GHOR) and the local authority processes. The information that the OOV Inspectorate received about the deployment and action by the fire service and police, including the royal military police (KMar) reflected a predominantly positive picture. The same applies to the dedication of the Schiphol staff and of many citizens who spontaneously offered assistance.

The investigation showed that for the three mentioned critical processes and for the medical assistance (GHOR) and local authority processes, many things performed either well or very well. Almost all officials with a role in tackling the crash were given the alarm and responded quickly. The various parts of the main disaster relief structure, namely the Incident Scene Command, the operational team, the policy team and the Coordination Centre for Local Authority Services, were therefore able to start their work quickly. Due to efficient assistance near the plane, it was possible to transport many tens of victims quickly from the disaster scene to a hospital. Many people devoted themselves to assisting victims. Employees of the local authority of Haarlemmermeer provided assistance to victims and relatives at the prepared rescue centre and into the night under difficult circumstances. Communication with the media went well, and the OOV Inspectorate considered the way in which the local authority approached the follow-up phase as exemplary for other local authorities. Many emergency workers stated, in the context of the investigation, that when dealing with the crash, they felt great benefits from the exercises in which they had participated. Familiarity with the procedures, and especially with each other, proved to be very important.

On the other hand, the OOV (Public Order and Safety Directorate) Inspectorate and the Health Care Inspectorate IGZ did point out a number of pinch-points. The main ones concern the following four aspects:

### *1. Information management*

Within the safety region, there has been investment in recent times in improving information management at disaster relief. So, at the end of 2008, the separate control rooms of the police, fire service and ambulance service started working together in a joint control room, known as MICK<sup>224</sup> and the function of multi-disciplinary process coordinator was introduced. The region is also preparing the introduction of a network-centric information system. The OOV Inspectorate endorsed these changes. Problems did arise on a number of fundamental points while tackling the Polder Crash. There was a lack of services in various places, and the technical facilities also did not work at various times. The use of the C2000 radio-communication system definitely did not go without a hitch.

224 MICK: Reporting, Information and Coordination Centre for Kennemerland.

### *2. Triage and ambulance control room*

Immediately after the crash, an “injured person nest” was set up in the vicinity of the plane crash for the initial reception of victims and assessment of the extent of their injuries. This assessment, or “triage”, was not carried out satisfactorily. Due to limited application of the protocol laying down guidelines for triage, a number of passengers were classified as “slightly injured” and were transferred to the rescue centre, whereas the nature of their injuries meant that they should actually have been transferred directly to hospital. However, after arrival at the rescue centre, most of the passengers were still transported to hospital by ambulance. Ultimately, thirteen hospitals admitted and treated a total of 124 of the occupants of the plane. These hospitals indicated that there was inadequate coordination and communication from a central control room about the arrival of injured persons.

### *3. Registration of victims*

Victim registration was difficult, partly due to the lack of an accurate passenger list. The local authority where this process (CRIB) was manned, was unable to complete the list of victims on the first day, and it was not known where many of the occupants were, and what their condition was. After the military police (KMar) was called in to assist, during the night of 25 and 26 February, a list became available that was sufficiently organised to be used. The long-term absence of a usable list led to tensions among administrators, operational services and relatives. The registration process was seriously hampered by a number of victims leaving the disaster scene immediately after the crash under their own steam, the fact that there was hardly any registration of victims who were transferred from the disaster scene to hospitals and the fact that the local authority registration process in the rescue location was ended abruptly.

### *4. Local authority plans*

Not all aspects of the scenarios and sub-plans of the Haarlemmermeer local authority for the CRIB registration processes, Rescue and Treatment and Communication were fully elaborated. In the Rescue and Treatment Scenario, no attention was paid to dealing with relatives, and the role of medical assistance services in the registration processes was missing from the CRIB scenario. And information provision to next of kin was not dealt with clearly in the local authority plans.

Despite the pinch-points and deficiencies indicated, the OOV Inspectorate considered, all in all, that the response to the Polder Crash was certainly satisfactory. It also took account of the views and experience of crash victims.

As for the question of whether the region was well prepared for such a disaster, the OOV Inspectorate concluded that the planning of the region did not show any serious deficiencies, and that there were regular exercises within the region. With the exception of the information management, the critical processes within the main structure generally ran smoothly. Therefore, the OOV Inspectorate is able to answer this question in the affirmative. It also points out that the planning of the local authority of Haarlemmermeer also requires improvement in a number of important respects.

## The processes considered individually

Section C of this report contains a more detailed description of the investigation results for each of the processes.

### *1. Critical processes in main structure*

Generally speaking, only a few problems arose in the “Reporting and raising the alarm” process. However, it is striking that there was initially some confusion about which crisis management plan to apply. It was assumed that the plane crashed within the territory covered by the Schiphol Crisis Management Plan (CBP-S). Later, it became apparent that it was just outside that zone. This had no detrimental consequences for the scaling-up of the disaster relief organisation.

As regards the “Management and Coordination” process, the OOV Inspectorate investigated how the control room, the CoPI<sup>225</sup>, the OT<sup>226</sup>, the BT<sup>227</sup> and the CGD<sup>228</sup> performed their management and coordination tasks during the response to the incident. The Polder Crash was the first major incident handled by the joint control room MICK. During the incident, the control room staff of the three emergency services focused mainly on their own service, and lacked an overall picture of the incident.

The manager of the CoPI refers to the Polder Crash as a “static incident”. The CoPI was able to perform its work on the disaster site well. Passers-by and local residents offered their assistance. However, the CoPI was faced, among other things, with investigators who wanted to enter the disaster site without reporting to it. This led to irritation among those providing emergency assistance.

Since the acute rescue phase was over quickly, the OT’s priority was soon turned to sorting out the passenger list. Ultimately, this took much more time than expected. In this regard, the forecasts made were too optimistic, which had negative consequences later on.

The BT played the (administrative) role it was expected to play. Already on the day of the crash, the BT decided to start the “follow-up” phase quickly. That meant that the local authority was well prepared for the subsequent developments. The sorting-out of the passenger list also formed a pinch-point for the BT.

The CGD had a poor information position while responding to the incident, and therefore was unable to provide the local authority action centres with the necessary information.

The OOV Inspectorate emphasises that the information position of the CGD must be greatly improved if the CGD wishes to be able to play its specific role properly in the future.

<sup>225</sup> CoPI: Command Incident Location.

<sup>226</sup> OT: operational team.

<sup>227</sup> BT: policy team.

<sup>228</sup> CGD: Coordination Centre Local Authority Services.

On the “information management” point, the OOV Inspectorate observed, as mentioned previously, that the C2000 system certainly did not function without a hitch on the day of the crash. In view of the importance of this system in the acute phase of a disaster, the OOV Inspectorate considers it important that these problems are solved.

The methodology used during the Polder Crash, where information was exchanged in bilateral contacts, ran the risk of incomplete or distorted reporting of available information in all links of the chain. From an analysis of data available at the various operational (command) units about the number of injured and dead, it appears that the various units did indeed have a different picture of those numbers. Furthermore, it became apparent that the facilities at Triport, where the OT and BT met, left something to be desired in several respects. The OOV Inspectorate also makes a number of marginal notes concerning the information exchange between the teams in the main structure. The OOV Inspectorate anticipates that the introduction of “network-centric” operation within the region will improve the quality of the integrated information management.

## *2. GHOR-processes*

As far as the “Emergency Medical Assistance” process is concerned, the OOV Inspectorate and the IGZ Inspectorate observed that many ambulances attended the scene quickly, and that the medical and paramedical staff on the scene did tremendous work in treating many tens of victims and transporting them to hospital within a relatively short time. After triage on the crash site, tens of the plane occupants were transferred to the Wildenhorst sports centre in Badhoevedorp. However, two doctors in the Wildenhorst centre observed that these persons included some with serious injuries, and they decided that all passengers should therefore be transported urgently to hospital for examination and/or treatment. Of the 42 people transferred from this rescue location to a hospital, two were classified as T-1 (seriously injured; stabilise and transfer to hospital within one hour) and seventeen as T-2 (injured; transfer to hospital within six hours). Subsequently, managers of the Emergency Medical Assistance services concluded that the triage guidelines had not been properly applied. The OOV Inspectorate finds it remarkable that the decision-making about transferring all these passengers to a hospital took place completely outside the command structure. Furthermore, a pinch-point became apparent in the Kennemerland ambulance control room. The hospitals concerned experienced a lack of clear oversight and coordination in their contacts with this control room. According to them, there was no coordinated and structured action from the line of command. The registration of victims who were transferred to hospitals was problematic, partly because injured persons registration cards were hardly used on the crash site. Also for this reason, it was a number of days before a complete patient summary was available.

The “Psycho-social assistance” (PSH) process hardly took shape during the acute phase of the disaster, since the plane occupants who were transferred from the plane to the rescue centre were almost all taken to hospital. The PSH staff who went to the rescue centre experienced that at that time, there was no job for them to do there. However, in the follow-up phase, a lot of PSH counselling did take place.

### 3. Local authority processes

The “CRIB” process, which focusses on the collection and registration of information about victims and the provision of information about victims to stakeholders, did not run smoothly following the Polder Crash. It took nearly three days before the list of information about passengers was complete. Ultimately, the KMar (military police) made an important contribution to the registration process. The OOV Inspectorate is of the opinion that the planning can be improved on this point, by describing the role of the KMar/police and the emergency medical services in the registration process.

Staff in the “Rescue and Treatment” process, like the CRIB staff, were taken unawares by the abrupt decision to transfer those victims who were brought to the *Wildenhorst* sports centre as emergencies to hospital. The prepared emergency handling procedures were suddenly suspended by this. Staff in the “Rescue and Treatment” process had an unclear task during the evening of dealing with relatives who arrived in Schiphol from Turkey. The problem with sorting out the passenger list made their task even more arduous. In addition, it had not been arranged properly who should inform the next of kin of those who had died.

The “Communication” process delivered the results expected during the incident response, and the public relations about the disaster management went positively. However, the OOV Inspectorate observes that there was a lack of proper arrangements about coordination, control and feedback between the BT, the OT and the public relations team. Furthermore, it was noticeable that the public relations team, which has a coordinating role, carried out executive tasks which, according to the planning, was part of the task assignment of the Local Communication Support Point. Concerning information management, a number of facilities were lacking in the prepared room at Schiphol.

#### *Follow-up phase project*

At the request of the BT, the local authority of Haarlemmermeer already drew up a draft plan of approach for the follow-up phase. This plan described fifteen sub-projects. Through this approach, all departments were well prepared for their tasks, and the transfer of routine activities from the crisis organisation to the follow-up project organisation went smoothly. The OOV Inspectorate greatly appreciated this proactive approach.

## Key areas requiring attention

From the request by the safety region and from the local authority to have the Polder Crash investigated by the OOV Inspectorate by pointing out quickly any potential areas requiring improvement, it is apparent that the region and the local authority are open to suggestions for improvement. This investigation has led to a number of such suggestions. The OOV Inspectorate formulated these as “Key areas requiring attention”. The OOV Inspectorate and the IGZ assumed that not only the Kennemerland safety region and the local authority of Haarlemmermeer, but also other safety regions and local authorities could benefit from these suggestions.



# Bijlage VII

## Özet

### Giriş

25 Şubat 2009 tarihinde saat 10.30 civarında Türk Hava Yollarına ait bir uçak, 135 kişi ile Schiphol hava limanına inmeden az önce Haarlemmermeer beldesinde bir tarlaya düştü. Bu kazada uçakta bulunan dokuz kişi yaşamlarını yitirirken onlarca kişi de ağır yaralandı. Haarlemmermeer, Kennemerland güvenlik bölgesine bağlı bir beldedir. Anılan bölge ile Belediye, birlikte İçişleri ve Kraliyet İlişkileri Bakanlığına müracaat ederek kazadan sonraki yardım çalışmalarında ileride iyileştirilmesi veya düzeltilmesi gereken hususlar olup olmadığını tespit etmek, varsa da bu hususları kısa zamanda ortaya çıkarmak amacıyla *Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Inspectie OOV)* [Genel Asayiş ve Güvenlik Müfettişliği]ne, *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)* [Sağlık Bakımı Müfettişliği] ile birlikte söz konusu yardım çalışmaları konusunda araştırma yaptırılmasını talep etmişlerdi. Bakanlık ise bu talebi kabul etmişti.

### Araştırma

OOV Müfettişliği, 2009 yılı Nisan ve Mayıs aylarında 'Poldercrash' denilen uçak kazası [yani THY uçağının tarlaya çakılması] ile ilgili araştırmayı yapmıştır. Araştırma, afet olayına müdahale organizasyonunun ana yapısı içerisinde yer alan 'Acil Çağrı ve Alarma Geçme', 'Yönetim ve Koordinasyon' ve 'Bilgilendirme Yönetimi' isimli kritik işlemlere; Acil Tıbbi Yardım ve Psikososyal Yardım isimli GHOR<sup>229</sup> işlemlerine; Belediyenin CRIB<sup>230</sup>, Barındırma ve Bakım ve İletişim işlemlerine; ve Sonraki Aşama projesine yönlendirilmişti. Araştırma, uçağın düşmesinden afetle mücadele organizasyonunun ölçeğinin küçültüldüğü 2 Mart 2009 tarihine kadar geçen dönemi kapsamaktadır.

### İnceleme

Medya, *Poldercrash* kazasına müdahale biçimi hakkında genelde olumlu biçimde haber verdi. OOV Müfettişliğince yapılan araştırmanın sonuçları, acaba tasvir edilen bu olumlu imajın yeniden ayarlanmasını mı gerektirecek sorusu akla gelebilir. Başka durumları yanı sıra

229 GHOR: Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen [Kazalar ve Felaketlerde Tıbbi Yardım]

230 CRIB: Centraal Registratie- en Informatie Bureau [Merkezî Kayıt ve Bilgilendirme Bürosu]

uçanın kazadan sonra alev almaması sayesinde ilk etapta bütün dikkat kazazedelere acil tıbbî yardım sunulması, ondan sonraki aşamada ise belediye tarafından yürütülen işlemler üzerine yoğunlaştırılmıştır. Bu yüzden OOV Müfettişliği, bilhassa Poldercrash kazasına müdahale esnasında elde edilen tecrübelerin bir taraftan ana yapının kritik işlemlerine, diğer taraftan da GHOR işlemlerine ve Belediye tarafından yürütülen işlemlere ilişkin olarak ileride iyileştirilmesi ya da düzeltilmesi gereken hususların ifade edilmesine sebebiyet verip vermediğini araştırmıştır. OOV Müfettişliğinin itfaiye ve *Koninklijke Marechaussee (KMar)* [Hollanda Kraliyeti Askeri Polisi] dahil olmak üzere polis ekiplerinin özveri ve tutumları hakkında elde ettiği bilgi, genelde olumlu bir imaj vermektedir. Aynıısı, Schiphol Havalimanı elemanları ve kendiliğinden yardıma koşan çok sayıda vatandaş için de geçerlidir.

Yapılan araştırmadan, yukarıda anılan üç kritik işlem ve araştırılan GHOR işlemleri ile Belediye tarafından yürütülen işlemlerin yerine getirilmesinin birçok açıdan iyi, hatta çok iyi geçtiği anlaşılmıştır. Kazaya müdahalede rol oynayan hemen hemen tüm görevliler, kısa zamanda alarma geçirilip kısa zamanda vazife başına geldi. Bunun sayesinde Felaketlerle Mücadelenin ana yapısının çeşitli bölümleri: Olay Yeri Komutanlığı, operasyonel ekip, yönetim takımı ve Beledî Hizmetler Koordinasyon Merkezi, çalışmalarına tez başlayabildiler. Uçanın civarında verilen etkili yardım sayesinde ise onlarca kazazede, hızlı bir şekilde felaket alanından hastaneye nakledilebildi. Çok sayıda kişi, bu kazazedelere yardım etmek için büyük özveri gösterdi. Haarlemmermeer Belediyesi elemanları, kazazedelerin barındırıldıkları salonda ve gece saatlerine kadar Schiphol'da zor şartlar altında kazazedelere ve bunların yakınlarına yardım ettiler. Medyalar'la iletişim iyi geçti. OOV Müfettişliği, Belediyenin Sonraki Aşamayı ele aldığı biçimi başka belediyeler için bir örnek saymaktadır. Araştırma çerçevesinde yardım görevlilerinin birçoğu, daha önce katıldıkları tatbikatların çok faydasını gördüklerini belirttiler. Uygulanan prosedürlerin bilinmesi ve bilhassa da çeşitli görevlilerin birbirlerinden haberdar olmasının pek mühim olduğu anlaşılmıştır. Diğer taraftan OOV Müfettişliği ve IGZ, bazı engellere de işaret etmişlerdir. Bunların en önemli olanları, aşağıda sıralanan dört yöne ilişkindir:

### 1 Bilgilendirme yönetimi

Geçtiğimiz dönemde güvenlik bölgesi içerisinde bilgilendirme yönetimini daha yüksek bir seviyeye getirmek için yatırımlar yapılmıştır. Örnek olarak polis, itfaiye ve ambulans hizmetlerinin ayrı ayrı acil çağrı merkezleri, 2008 yılı sonundan itibaren MICK<sup>231</sup> denilen ortak acil çağrı merkezinde işbirliği halinde çalışmaya başlamış ve yeni bir fonksiyon olan 'çok disiplinli süreç koordinatörlüğü' yaratılmıştır. Ustelik Bölge, ağ merkezli bir bilgilendirme sisteminin yürürlüğe girmesi için de hazırlık yapmaktadır. OOV Müfettişliği de, haberdar olduğu bu yeni gelişmeleri pek yerinde gördü. Ne var ki Poldercrash ile mücadele çalışmaları esnasında birkaç esas noktada kimi sorunlar çıktı. Örnek olarak mevcut tesisatlar birçok yerde kâfi gelmedi; teknik araç ve cihazlar da zaman zaman arıza yaptı veya yetersizdi. 'C2000' denilen iletişim sisteminin kullanımı da bayağı büyük sorunlara yol açtı.

231 MICK: Meld-, Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland [Kennemerland Acil Çağrı, Bilgilendirme ve Koordinasyon Merkezi]

## 2 Triaj ve ambulans acil çağrı merkezi

Kazadan hemen sonra kazazedelerin ilk barındırılmaları ve yaralanma derecelerinin ilk değerlendirilmesi için, düşmüş uçağın çok yakınında bir 'yaralılar yuvası' kurulmuştur. 'Triaj' denilen bu ilk değerlendirme yöntemi, yetersiz olarak uygulanmıştır. Triaj direktiflerini içeren protokolün fazla sınırlı biçimde uygulanması sonunda yolculardan bazıları, aslında yaralanmalarının ciddiyeti yüzünden derhal hastaneye kaldırılmaları gerekirken yanlışlıkla 'hafif yaralı' olarak nitelendirilip kazazede barındırma ve bakım salonuna götürüldü. Bu yolcuların çoğu ise, barındırma yerine vardıktan sonra yine de cankurtaranla hastanelere nakledildi. Sonunda toplam 124 yolcu, çevrede bulunan onüç hastaneden birine kaldırılıp orada tedavi gördü. Bu hastaneler, yaralıların getirilmesi esnasında merkezî bir çağrı noktasından yapılan amaca uygun koordinasyon ve iletişim gereksinimini duyduklarını belirttiler.

## 3 Kazazedelerin kaydedilmesi

Kazazedelerin kaydedilişi, tek anlamlı bir yolcu listesi bulunmaması gibi sebeplerden dolayı sorun yarattı. Belediyenin bu işlemleri görevlendirilmiş olan bölümü (CRIB) ilk gün kazazedelerin komple listesini tanzim etmeyi başaramadı; ayrıca birçok yolcunun nerede bulunduğu ve ne durumda olduğu da meçhuldu. Kmar [Hollanda Kraliyeti Askeri Polisi] de kayıt servisine yardım etmeye başladıktan sonra 2009 yılı 25 Şubat gününü 26 Şubat gününe bağlayan gecede kullanılabilecek ölçüde düzenli olan bir liste hazırlanabildi. Kullanmaya elverişli bir listenin bu kadar gecikmesi yöneticiler, operasyonel hizmetler ve yolcuların yakınlarında gerginlik yarattı. Kayıt işlemi, kimi kazazedelerin uçağın düşüşünden hemen sonra kendi başlarına kaza yerinden uzaklaşmış olmaları, kaza yerinden hastanelere nakledilen kazazedelerin kaydı nerdeyse hiç yapılmış olmaması ve ilk barındırma yerinde belediye elemanları tarafından başlatılan kayıt işlemine ansızın son verilmesi nedenleriyle ciddi biçimde zorlaştırılmıştır.

## 4 Belediyenin planları

Haarlemmermeer belediyesinin CRIB, Barındırma ve Bakım ve İletişim süreçlerine ilişkin olan senaryolar ve alt planların herbir yönünün yeteri derecede ayrıntılarına kadar hazırlanmış olmadığı anlaşıldı. Örnek olarak Barındırma ve Bakım senaryosunda kazazedelerin yakınlarıyla ilgilenilmesi konusuna, CRIB senaryosunda da GHOR'un kayıt süreci içindeki rolüne dikkat verilmemektedir. Ayrıca belediyenin planlarında ölenlerin geride kalanlarına bilgi verilmesi konusunda açıklık getiren düzenlemeler yapılmamıştır. OOV Müfettişliği, herşeyi gözönünde bulundurarak Poldercrash kazasına müdahale çalışmalarına, işaret edilen sorun ve eksikliklere rağmen elbette yeter notu verilebileceği görüşündedir. Müfettişlik, bu değerlendirmeyi yaparken kazazedelerin görüş ve tecrübelerini de gözönünde bulundurdu.

Bölgenin bu gibi bir afete yeterince hazırlıklı olup olmadığı sorusuna gelince: OOV Müfettişliği, bölge idaresinin planlamasında ciddi boşluklar olmadığını ve bölge içerisinde düzenli olarak tatbikatlar yapıldığını tespit etti. Bilgilendirme yönetimi hariç olmak üzere ana yapı içindeki kritik işlemler de genelde iyi yapıldı. Bu nedenle OOV Müfettişliği, bu son soruya da olumlu cevap verdi. Lakin bu bağlantıda, Haarlemmermeer belediyesinin planlamasının çeşitli önemli noktalarının düzeltilip iyileştirilmesi gerektiğini de ifade etti.

## İşlemlerden herbirine ayrı ayrı bakıldığında

Raporun C.üncü kısmı, incelenen işlemlerin herbiri için araştırmanın verdiği sonuçları daha ayrıntılı biçimde açıklamaktadır.

### 1 Ana yapının kritik işlemleri

'Acil Çağrı ve Alarma Geçme' sürecinde genel olarak az sorun çıktı. Ancak dikkati çeken nokta, uygulanacak krizle mücadele planı konusunda ilk başlangıçta biraz karışıklık çıkmasıdır. İlk başlangıçta uçağın *CBP-S (Crisisbestrijdingsplan Schiphol)* [Schiphol Krizle Mücadele Planı]nın yürürlükte olan alan içine düştüğü varsayılırken, daha sonra uçağın o alanın tam dışında bulunduğu anlaşılmıştır. Fakat bu durum, afetle mücadele organizasyonunun ölçeğinin büyütülmesini olumsuz şekilde etkilememiştir.

'Yönetim ve Koordinasyon' sürecine gelince: *OOV* Müfettişliği, acil çağrı merkezi, *CoPI*<sup>232</sup>, *OT*<sup>233</sup>, *BT*<sup>234</sup> ve *CGD*<sup>235</sup> 'nin olaya müdahale esnasında yönetim ve esgüdüm alanlarındaki görevlerini ne şekilde yerine getirdiklerini araştırdı. *MICK* denilen ortak acil çağrı merkezi için *Poldercrash* kazası ilk büyük hadise oldu. Hadise esnasında üç disiplinin santral memurları bilhassa kendi disiplinlerini hedefleyip hadise hakkında müşterek bir görüntü elde etmekten yoksun kaldılar.

*CoPI* sorumlusu, *Poldercrash* kazasını 'statik olay' olarak nitelendirmiştir. *CoPI* görevlileri, afet alanında görevlerini iyi bir şekilde yerine getirebildi. Seyirciler ve o civarda oturan kişiler de kendilerine yardım ettiler. Ancak şu var ki *CoPI* elemanları, haber vermeksizin afet alanına girmek isteyen araştırmacılar gibi beklenmedik hususlarla karşılaştı. Bu gibi durumlar, bazı yardım görevlilerinin sinirlenmelerine yol açtı.

Aküt yardım aşaması çabuk bittiği için *OT*'nin öncelikli vazifesi, kısa zamanda yolcular listesini düzene sokmak işine dönüştü. Nihayet bu iş, öngörüldüğünden çok daha fazla zaman aldı. Bu bağlantıda yapılan fazla olumlu tahminler, daha sonra olumsuz etki yaratmıştır.

*BT*, oynaması gereken (idarî) rolü oynadı. *BT*, hemen kaza gününde 'sonraki aşama'ya kısa zamanda başlatmaya karar verdi. Bu yüzden Belediye, sonraki gelişmeler için iyice hazırlık yapabildi. Yolcular listesinin düzene sokulması, *BT* için de sorun yaratan bir husustu. *CGD*'nin bilgi alma durumunun olaya müdahale esnasında elverişli olmadığı için belediyenin faaliyet merkezlerine istenilen bilgileri veremedi. *OOV* Müfettişliği, *CGD*'nin kendi rolünü gelecekte uygun bir şekilde yerine getirebilmesinin sağlanabilmesi için *CGD*'nin bilgi alma durumunun bayağı iyileştirilmesi gerektiğini vurguladı.

*OOV* Müfettişliği, yukarıda da anlatıldığı gibi 'Bilgilendirme Yönetimi' hakkındaki yorumum-da başka konular arasında 'C2000' denilen sistemin kaza gününde hiç de sorunsuz

232 *CoPI*: Commando Plaats Incident (Olay Yeri Komutanlığı)

233 *OT*: operationeel team [operasyonel ekip]

234 *BT*: beleidsteam [yönetim takımı]

235 *CGD*: Coördinatiecentrum Gemeentelijke Diensten [Beledi Hizmetler Koordinasyon Merkezi]

işlemediğini de tespit etti. Müfettişlik, bu sistemin bir felaketin akut aşamasındaki önemini gözönünde bulundurarak anılan sorunlar için çözüm bulunmasına önem vermektedir.

*Poldercrash* felaketinde uygulanan ve malumat alış verişinin iki taraflı temaslarda yapılmasını içeren çalışma tarzının rizikolarından biri, hazır bulunan malumatın zincirin bütün halkalarında eksik ya da değiştirilmiş şekilde yansıtılması ihtimalidir. Yaralı ve ölü sayıları konusunda çeşitli birimlerde mevcut olan malumatın analizi yapıldığında da birimlerin bu konuda gerçekten birbirlerinden çok farklı fikirlere sahip oldukları anlaşıldı. Bunun yanı sıra *OT* ile *BT*'nin toplandıkları *Triport* (*Schiphol*)da mevcut olan tesisatların birçok bakımdan yetersiz olduğu da anlaşıldı. Ayrıca *OOV* Müfettişliği, ana yapıya dahil olan takımlar arasındaki malumat alış verişi konusunda da eleştiri niteliğinde bir iki not koydu. *OOV* Müfettişliği, bölgede 'ağ merkezli çalışma' sistemine geçilmesinin entegral bilgilendirme yönetiminin kalitesini yükselteceğini beklediğini belirtti.

## 2 GHOR süreçleri

'Acil Tıbbi Yardım' süreci ile ilgili olarak *OOV* Müfettişliği ve *IGZ*, cankurtaranların çoğunun kısa zamanda olay yerine ulaştığını ve yardım görevlilerinin nispeten kısa bir sürede onlarca kazazedeyi tedavi etmek ve hastanelere nakletmek suretiyle felaket alanında müthiş bir performans sergilediklerini tespit etti. Felaket alanında uygulanan triaj işleminden sonra yolculardan bir kısmı, ilk barındırma ve bakım için *Badhoevedorp* kasabasında bulunan *Wildenhorst* isimli spor merkezine nakledildi. Halbuki *Wildenhorst*'ta bulunan iki hekim, bu yolcular arasında ağır yaralı kişiler de bulunduğunu tespit edip bütün yolcuların muayene ve/veya tedavi için yine de acilen hastaneye kaldırılmaları gerektiğine karar verdi. Barındırma salonundan hastaneye nakledilen 42 kişiden ikisi T-1 (ağır yaralı; bir saat içinde stabilize edilerek hastaneye sevk edilecek) ve onyedisi T-2 (yaralı; altı saat içinde hastaneye sevk edilecek) dereceli yaralı olarak nitelendirildi. Sonradan *GHOR* sorumluları, triaj için uygulanacak direktiflerin eksik uygulandığını tespit ettiler. *OOV* Müfettişliği, bu yolcuların tümünün yine de hastaneye nakledilmesine dair karar verilmesinin tamamen *BT*'nin dışında oluştuğunu ilginç buldu. Ayrıca *Kennemerland* ambülans servisinin çağrı merkezinde de sorun yaşandı. İlgili hastaneler, bu çağrı merkezi ile aralarındaki temaslarda tek anlamlı bir genel bakış ve eşgüdüm noksanlığını hissettiklerini belirttiler. Hastanelere göre komuta çizgisi hiç de eşgüdümlü ve yapılanmış olarak hareket etmemiş. Bunun yanı sıra hastanelere nakledilen kazazedelerin kaydedilişi de, yaralı tescil kartlarının felaket alanında hemen hemen hiç kullanılmaması gibi nedenlerden dolayı sorun yarattı. Bu gibi sebeplerden dolayı ancak kazadan birkaç gün sonra komple bir hastalar tablosu elde edilebildi. (*PSH* denilen) 'Psikosyal Yardım' süreci, ilk barındırma yerine götürülmüş yolculardan hemen hemen hepsinin yine de hastaneye nakledilmesi nedeniyle felaketin akut aşamasında pek içerik kazanamadı. Durum böyle olunca barındırma salonuna gelen *PSH* görevlileri için o anda yapacak birşey kalmadı. Sonraki aşamada ise *PSH* çerçevesinde birçok faaliyet yapıldı.

### 3 Belediye tarafından yürütülen işlemler

Kazazedeler hakkında bilgi toplama ve kaydetme ve ilgililere kazazedeler hakkında bilgi verme işlerine yönelik olan 'CRIB' işlemi Poldercrash kazasından sonra zar zor yerine getirildi. Yolcular hakkındaki malumat listesinin tamamlanması, hemen hemen üç gün aldı. En sonunda KMar, kayıt işlemine önemli ölçüde katkıda bulundu. OOV Müfettişliği, KMar/polis ve GHOR'un kayıt işlemi çerçevesinde oynayacakları rollerin de tanımlanarak planlamanın bu hususunun iyileştirilebileceği görüşündedir.

'Barındırma ve Bakım' işlemi elemanları da, aynen CRIB elemanları gibi barındırma amacı ile Wildenhorst'a götürülen kazazedelerin yine de acilen hastaneye nakledilmelerine karar verilince şaşkınlığa uğradılar. Anılan kararlar hazırlıkları yapılmış barınma işlerine aniden son verildi. Kaza günü akşam saatlerinde Barındırma ve Bakım işlemi elemanlarına, Türkiye'den Schiphol havalimanına gelen kazazede yakınlarının karşılanmasında içeriği pek belli olmayan bir vazife verildi. Bu elemanların görevi, yolcular listesinin tamamlanması ile ilgili sorunlar nedeniyle daha da zorlaştırıldı. Üstelik ölümlerin geride kalanlarına kimin haber vermesi gerektiği de doğru dürüst kararlaştırılmamıştı.

'İletişim' işlemi, olaya müdahale esnasında beklenen sonucu verdi; afetle mücadele konusundaki muhabere de olumlu geçti. Bununla birlikte OOV Müfettişliği, işlerin ayarlanması ve yönlendirilmesi ve sonuçların sonradan görüşülmesi hususlarında BT, OT ve bilgilendirme ekibi arasında sağlam anlaşmalar yapılmadığı görüşündedir. Bunun yanı sıra eşgüdüm sağlayıcı bir rol oynayan bilgilendirme ekibinin planlamaya göre iletişim Yerel Destek Merkezinin vazifelerine dahil olan icraî görevler de üstlenmesi, dikkat çekmiştir. Ayrıca, Schiphol'da bilgilendirme yönetimine ayrılmış yerde gerekli olan kimi tesisatların yokluğu hissedilmiştir.

### Sonraki aşama projesi

BT'nin talebi üzerine Haarlemmermeer belediyesi, hemen kazanın meydana geldiği gün sonraki aşama için bir hareket planı taslağını düzenledi. Bu planda onbeş adet alt proje tanımlandı. Bu yaklaşım sayesinde bütün servisler kendilerine düşen görevlere iyice hazırlanmış oldukları gibi yürümekte olan faaliyetlerin kriz organizasyonu tarafından Sonraki Aşama proje organizasyonuna devredilmesi kolay ve sorunsuz geçti. OOV Müfettişliği, bu proaktif yaklaşımı pek beğendi.

## Dikkate alınması gereken hususlar

Güvenlik bölgesi ile Belediyenin, iyileştirilmesi gereken hususları kısa zamanda ortaya çıkarmak amacıyla Poldercrash kazasını OOV Müfettişliği'nin araştırılmasına yönelik taleplerinden, bölge idaresi ile belediyenin iyileştirme/düzeltilme önerilerini kabule hazır oldukları anlaşılmaktadır. İşbu araştırma sonucunda bu doğrultuda birkaç öneri sunuldu. OOV Müfettişliği bu önerileri 'dikkate alınması gereken hususlar' olarak ifade etti. OOV Müfettişliği ve IGZ, sadece Kennemerland güvenlik bölgesi ile Haarlemmermeer belediyesi değil de, diğer güvenlik bölgeleri ve belediyelerin de sunulan önerilerden yararlanabileceklerini varsaymaktadır.

# Colofon

Dit rapport is een uitgave van:

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid  
Juliana van Stolberglaan 148 | 2595 CL Den Haag  
Postbus 20011 | 2500 AA Den Haag  
T 070 426 7343  
Telefax 070 426 6990  
[www.ioov.nl](http://www.ioov.nl)

Lay out: Grafisch Buro van Erkelens | Den Haag  
Foto's: Jeffrey Koper en Inspectie OOV  
© Inspectie Openbare Orde en Veiligheid | juni 2009  
ISBN 978-90-5414-179-2

Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Vermenigvuldigen van informatie uit deze publicatie is toegestaan, mits deze uitgave als bron wordt vermeld.

