

Zorgrisicoprofiel Care

Hollands Midden





Opgesteld door Sanne Kruijs
Selma Michielsens-Olbach
Elmar de Waard

Datum 24-12-24

Versie 1.0

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Waarom een ZRP?	4
1.2 Wat is een ZRP?	4
1.3 Wat levert het ZRP care op?	5
1.4 Wie zijn betrokken bij het ZRP Care?	5
2. Methodiek	6
2.1 Prioriteren van crisis- en incidenttypen	6
2.2 Interviews zorginstellingen	6
2.3 Data-analyse en duiding	7
2.4 Opstellen ZRP Care	7
2.5 Implementatie en borging van het ZRP	7
3. Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen in de geneeskundige zorg	8
3.1 Toegankelijkheid van zorg staat onder druk	8
3.2 Kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO	8
3.3 Zorgcontinuïteit in Balans	9
4. Analyse, conclusies en aanbevelingen	9
4.1 Sluiting (van delen) van de locatie	10
4.2 Analyse en conclusie	10
4.3 Aanbevelingen	11
4.4 Groot aanbod van cliënten	11
4.5 Analyse en conclusie	11
4.6 Aanbevelingen	12
4.7 Verplaatsen van cliënten	12
4.8 Analyse en conclusie	12
4.9 Aanbevelingen	13
4.10 Tekort aan personeel	13

4.11 Analyse en conclusie	13
4.12 Aanbevelingen	14
4.13 Uitval Nutsvoorzieningen	14
4.14 Analyse en conclusie	14
4.15 Aanbevelingen	15
4.16 Logistieke stagnatie	15
4.17 Analyse, conclusie en aanbevelingen	15
4.18 Uitbraak infectieziekten: analyse, conclusie en aanbevelingen	15
4.19 Digitale verstoring: analyse, conclusie en aanbevelingen	16
5. Discussie en toekomst	16
5.1 Leerpunten	16
5.2 Toekomst	17
Bijlage 1: Bronnenlijst	18
Bijlage 2: Verklarende woordenlijst	19
Bijlage 3: Colofon	20

1. Inleiding

De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) staat samen met de geneeskundige keten voor de uitdaging om voorbereid te zijn op incidenten, rampen en crises om zo de continuïteit van zorg te waarborgen (zorgcontinuïteit). In 2023 heeft de GHOR samen met de curesector, Hecht GGD Hollands Midden en het Netwerk Acute Zorg West een zorgrisicoprofiel (ZRP) opgesteld. In 2024 heeft de GHOR samen met een aantal care-instellingen een eigen ZRP opgesteld als toevoeging op het ZRP Cure. De care-instellingen bereiden zich anders voor op incidenten, rampen en crises waar de GHOR en veiligheidsregio anders op moet inspelen dan bij de curesector.

Het ZRP richt zich op het functioneren van de geneeskundige keten tijdens rampen en crises. Daarmee is het rapport een aanvulling op het [Regionaal Risicoprofiel \(RRP\)](#) van Veiligheidsregio Hollands Midden (VRHM), specifiek gericht op de acute- en publieke gezondheidszorg. Het RRP wordt conform de Wet Veiligheidsregio's (Wvr, artikel 15, lid 1) opgesteld.

De definities van bepaalde woorden staan in de verklarende woordenlijst in bijlage 2.

1.1 Waarom een ZRP?

Het ZRP draagt bij aan een gezamenlijke focus in de geneeskundige keten en zorgt dat zorginstellingen in Hollands Midden voorbereid zijn om de best mogelijke zorg te kunnen verlenen tijdens incidenten, rampen en crises. Zorginstellingen in de geneeskundige keten zijn vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, artikel 3) verplicht om de continuïteit van zorg te waarborgen, ook tijdens incidenten, rampen en crises. Zorginstellingen bereiden zich hier vooral individueel op voor.

Hierdoor is er beperkt inzicht in de risico's voor de gehele geneeskundige keten en de onderlinge afhankelijkheden tussen alle zorginstellingen. In de contourennota 'Versterking Crisisbeheersing en Brandweerzorg' staat beschreven dat het zorgrisicoprofiel bijdraagt aan het versterken van de (gezamenlijke) voorbereiding op rampen en crises voor zowel de acute als langdurige zorg. Ook geeft het de Directeur Publieke Gezondheid een sterke positie voor het borgen van het belang van de (publieke) veiligheid.

Care-instellingen zijn in groten getale aanwezig in de regio Hollands Midden. De mate van voorbereiding verschilt per instelling. Dit is mede afhankelijk van de grootte van de zorginstelling. Grote zorginstellingen hebben meestal meer (financiële) ruimte om mensen aan te nemen die zich bezighouden met voorbereiding op rampen en crises of hebben die expertise in huis. Het ZRP Care is opgesteld om niet alleen te beschrijven welke bedreigingen er zijn en wat deze betekenen voor de zorg, maar ook om zorginstellingen handvatten te bieden voor (extra) planvorming, het actualiseren van crisisplannen indien nodig, en het Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) van medewerkers.

1.2 Wat is een ZRP?

In het ZRP Care brengt de GHOR, in samenwerking met een aantal care-instellingen, in kaart voor welke typen incidenten de voorbereiding het meest relevant is binnen de caresector. Aan de hand van de hoogst geprioriteerde incidenttypen wordt via interviews in beeld gebracht welke knelpunten kunnen ontstaan die de continuïteit van zorg in Hollands Midden onder druk zetten. Op basis van bevindingen, conclusies en aanbevelingen worden de besturen van VRHM en zorginstellingen ondersteund in de besluitvorming om zo, als geneeskundige keten, voorbereid te zijn op verschillende incidenten, rampen en crises.

1.3 Wat levert het ZRP care op?

Het ZRP Care is een verkennend onderzoek naar de mate van voorbereiding in de caresector. De aanbevelingen die voortkomen uit dit rapport zijn bedoeld voor:

1. **De instellingen:** als signaal waar nog aanvullingen nodig zijn op (bestaande) crisis- of zorgcontinuïteitsplannen.
2. **VRHM:** als indicatie van de mate van voorbereiding binnen de caresector en de impact daarvan op rampen- en crisesbestrijding.
3. **De GHOR:** als uitgangspunt voor het opstellen van eenduidige regionale beleidsplannen die breed toepasbaar zijn binnen de gehele caresector, voor het organiseren van kennisbijeenkomsten gericht op relevante incident- en crisistypen en voor het opzetten en vernieuwen van OTO-activiteiten.

In 2026 wordt het ZRP vernieuwd. Vanaf dat moment wordt het ZRP voor zowel de care- als de curesector niet langer afzonderlijk opgesteld, maar gezamenlijk.

1.4 Wie zijn betrokken bij het ZRP Care?

Voor het rapport zijn meerdere zorginstellingen geïnterviewd, afkomstig uit de GHZ-sector (gehandicaptenzorg) en de VVT-sector (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg). In het rapport wordt gesproken over zorginstellingen, wij bedoelen hiermee de bovengenoemde zorginstellingen. Ook hebben wij gekozen voor het gebruik van het woord cliënten. Wij zijn op de hoogte dat zorginstellingen verschillende benamingen gebruiken, maar voor dit verslag is 'cliënten' het meest omvattend.



2. Methodiek

Voor het opstellen van het ZRP care zijn de volgende stappen ondernomen:

1. Prioriteren van crisis- en incidenttypen.
2. Interviewen zorginstellingen.
3. Data-analyse (knelpuntenanalyse) en duiding op basis van de acht disbalansen in de zorg.
4. Opstellen ZRP Care.

2.1 Prioriteren van crisis- en incidenttypen

De GHOR heeft een voorselectie gemaakt van tien incidenttypen die van invloed kunnen zijn op de zorgcontinuïteit van de caresector. De voorselectie is op basis van het Regionaal Risico Profiel (RRP) van VRHM. De selectie was anders dan die van het ZRP Cure. Dit is gedaan omdat een aantal incidenttypen niet geschikt was voor de care, zoals het incidenttype verdrukking in menigten.

De zorginstellingen hebben met behulp van korte scenario's gescoord op:

- **Kans:** hoe groot is de kans dat deze incidenttypen voorkomen?
- **Impact:** wat is de impact van het incidenttype op de eigen organisatie?
- **Kennis:** hoe groot is het huidige kennisniveau op dit incidenttype?
- **Ervaring:** is er ervaring binnen de organisatie op dit incidenttype?

Uit de vragenlijst zijn de volgende incidenttypen geselecteerd:

- Verstoring drinkwatervoorziening.
- Uitval energievoorziening.
- Extreem weer: hitte en clusterbuien.
- Overstromingen.
- Brand in een kwetsbaar object met verminderd of niet-zelfredzamen.

2.2 Interviews zorginstellingen

Voor de bepaling van de prioritering van de incidenttypen heeft de GHOR gesprekken gevoerd met de zorginstellingen om te verkennen wat elk incidenttype precies betekent voor de zorginstelling en voor de zorgketen als geheel. Voor het ZRP Care is gekozen voor kwalitatieve interviews in plaats van kwantitatieve vragenlijsten. De reden was om zo meer te kunnen doorvragen op problemen bij de eigen instelling, maar ook voor problemen in de keten. De volgende vragen stonden centraal in de interviews:

- Is er binnen de organisatie ervaring met dit incident?
- Is er planvorming of zijn er afspraken over dit incidenttype binnen de organisatie?
- Wat is het grootste knelpunt voor de zorginstelling?
- Hoe is de caresector op dit scenario voorbereid?
- Waar is de zorginstelling van afhankelijk? Wat zou je als zorginstellingen van elkaar willen weten?
- Wat verwacht je als zorginstelling van de GHOR?



2.3 Data-analyse en duiding

Voor het ZRP Care is gekozen om de bevindingen te koppelen aan de acht disbalansen in de zorg. In 2024 is vanuit GGD GHOR Nederland de handreiking 'Zorgcontinuïteit in Balans' opgeleverd. In de handreiking wordt geen gebruik gemaakt van incidenttypen waarop een zorginstelling voorbereid kan zijn, maar wordt gekeken naar de acht disbalansen in de zorg:

1. Sluiting van (delen van) de locatie.
2. Groot aanbod van cliënten.
3. Verplaatsen van cliënten.
4. Tekort aan personeel.
5. Uitval nutsvoorzieningen.
6. Logistieke stagnatie.
7. Uitbraak infectieziekten.
8. Digitale verstoring.

Na afloop van de interviews zijn alle knelpunten in een knelpuntenanalyse verwerkt waar de mogelijke gevolgen zijn meegenomen. Als laatste zijn de gevolgen gekoppeld aan de bovenstaande disbalansen.

2.4 Opstellen ZRP Care

De bevindingen uit de knelpuntenanalyse vormen de basis voor het opstellen van het ZRP Care hoofdstuk 'Bevindingen, conclusies en aanbevelingen'. De knelpuntenanalyse is te vinden in de bijlagen van dit document.

Het ZRP Care is een aanvulling op het bestaande ZRP Cure. Daarom is het hoofdstuk 'Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen in de geneeskundige zorg' uit het ZRP Cure verkort overgenomen en toegespitst op de caresector. Het ZRP Care krijgt een eigen plek op de website zrphollandsmidden.nl. Het omgevingsbeeld en de aanjagers zijn hetzelfde bij beide zorgrisicoprofielen, ontwikkelingen in de zorg kunnen verschillen en zijn daarom wel verder uitgewerkt.

2.5 Implementatie en borging van het ZRP

Zoals eerder benoemd heeft het ZRP Care met name een signaleringsfunctie voor de zorginstellingen, VRHM en GHOR. De GHOR zal met de aanbevelingen aan de slag gaan en implementeren/uitvoeren waar dat mogelijk is. Het is aan de zorginstellingen zelf om aan de slag te gaan met de aanbevelingen en de (praktische) stukken die de GHOR oplevert. Bij het volgende ZRP dat gezamenlijk met de cure wordt opgesteld, kan de implementatie verdere invulling krijgen.

3. Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen in de geneeskundige zorg

Voor het opstellen van het omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen is gebruik gemaakt van het Integraal Zorgakkoord (Rijksoverheid, 2022), het ROAZ-beeld Regio West (2023) en het Kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO 3.0 (LNAZ, 2024). Gezamenlijk geven de gegevens inzage in wat de caresector in Hollands Midden bedreigt.

3.1 Toegankelijkheid van zorg staat onder druk

De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. Mensen leven langer waardoor er steeds meer ouderen zijn ten opzichte van het aantal werkenden. En die ouderen hebben vaak meer en langer zorg nodig. Tot 2050 wordt een stijging van de bevolking verwacht. De grootste toename zal zijn onder de groep 75+ en 65 tot 74 jaar. Daarnaast neemt ook het aantal zieken met chronische en meerdere aandoeningen toe. Om de zorg in Nederland te kunnen blijven bieden, zal in 2040 ongeveer 1 op de 4 werknemers in de zorg moeten werken¹.

Het aantal mantelzorgers zal in de komende jaren sterk afnemen op basis van de ouder wordende samenleving. In het ROAZ-beeld Regio West (2023) is te lezen dat het aantal mantelzorgers in de regio Hollands Midden zal halveren tot 2040.

3.2 Kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO

In 2024 heeft het LNAZ² het Kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO 3.0 opgeleverd. In het kader worden adviezen gegeven over hoe zorginstellingen de beschikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit kunnen blijven leveren. Het kader kan gebruikt worden voor zowel de acute als de niet-acute zorg. Het kader geeft in het Kwaliteitsmodel Aantoonbaar Voorbereid (op basis van PDCA-cyclus) weer wat de samenhang is tussen de drie pijlers (risicomanagement, crisisbeheersing en OTO).

Het kader brengt ook crisismanagement terug in vijf processen, namelijk:

- Melding- en alarmering.
- Op- en afschaling.
- Leiding en coördinatie.
- Informatiemanagement.
- Crisiscommunicatie.

Het kader geeft per proces adviezen over hoe de zorginstelling dit het beste kan oppakken. De zorginstelling kan de adviezen ook gebruiken als zelfevaluatie om te bepalen hoe goed zij zijn voorbereid op rampen en crisis.

3.3 Zorgcontinuïteit in Balans

GGD GHOR Nederland heeft in 2024 de handreiking 'Zorgcontinuïteit in Balans' opgeleverd. De handreiking geeft zorginstellingen meer inzicht in het maken van een zorgcontinuïteitsplan. Het helpt zorginstellingen bij het opstellen en inventariseren van belangrijke zaken bij een ramp of crisis en de effecten die een zorginstelling kan ondervinden. De handreiking bestaat uit drie delen:

- **Deel 1:** Wettelijk kader en rollen van verschillende zorgpartners.
- **Deel 2:** uitwerking acht disbalansen en voorbereiding hierop.
- **Deel 3:** invulformats op basis van disbalansen, taakkaarten deelnemers crisisteam en achtergrondinformatie crisisteam.

De meest actuele versie van de handreiking is te vinden op de website van [GHOR Hollands Midden](#) en de website van [GGD GHOR Nederland](#).

De disbalansen vormen een belangrijke nieuwe trend bij de voorbereiding op rampen en crises. Waar eerst op specifieke scenario's werd geoefend, is vaak op te merken dat uiteindelijk alle effecten te herleiden naar de acht disbalansen. In dit zorgrisicoprofiel wordt die trend gevolgd. De scenario's zijn ter beeldvorming gebruikt voor de respondenten. De resultaten en opmerkingen uit de scenario's zijn gekoppeld aan de disbalansen.

4. Analyse, conclusies en aanbevelingen

In de gesprekken met de zorginstellingen hebben wij hen vijf scenario's voorgelegd. Ondanks dat de scenario's verschillen in type incident, zijn de gevolgen altijd terug te halen naar de acht disbalansen in de zorg, namelijk:

1. Sluiting van (delen van) de locatie.
2. Groot aanbod van cliënten.
3. Verplaatsen van cliënten.
4. Tekort aan personeel.
5. Uitval nutsvoorzieningen.
6. Logistieke stagnatie.
7. Uitbraak infectieziekten.
8. Digitale verstoring.

Een disbalans ontstaat nadat, door een incident, de te geven zorg niet geleverd kan worden of dat een verstoring ontstaat in de zorgcontinuïteit. De zorgcontinuïteit kan door een intern incident in het geding komen, bijvoorbeeld brand, een gesprongen waterleiding of uitbraak van een infectieziekte. Ook kan de zorgcontinuïteit in het geding komen door een extern incident, zoals een dijkdoorbraak, natuurbrand of extreem weer. Met name de externe incidenttypen zijn regioafhankelijk.

In dit hoofdstuk zijn de knelpunten uit de knelpuntenanalyse gekoppeld aan een disbalans. Soms komt het voor dat een knelpunt meerdere disbalansen kan veroorzaken. In dat geval hebben wij gekozen voor de disbalans waarbij de impact het grootst is.

4.1 Sluiting (van delen) van de locatie

Wanneer een incident zich voordoet waardoor de veiligheid van de cliënten van een zorginstelling niet meer gewaarborgd kan worden, kan het besluit vallen om te ontruimen. Dit kan een gedeeltelijke ontruiming zijn, bijvoorbeeld een verdieping die gesloten wordt. Of een volledige ontruiming waarbij de gehele locatie gesloten wordt en de cliënten op andere plaatsen ondergebracht moeten worden. Zorginstellingen met een brandmeldinstallatie zijn verplicht om een ontruimingsplan te hebben³.

4.2 Analyse en conclusie

Bij veel incidenttypen is ontruiming van een locatie een reëel scenario. Of een locatie nou bedreigd wordt door brand of door clusterbuien waardoor de gangen vol water staan, als de zorg op de locatie niet meer geleverd kan worden, gaat de instelling over tot ontruiming. Alle geïnterviewde zorginstellingen beschikken over een ontruimingsplan, of het ontruimingsplan is onderdeel van het BHV-plan. Ondanks dat opgeschreven is hoe een ontruiming verloopt, komt het nog wel voor dat vervolgens niet duidelijk is waar men heen gaat met de cliënten. Bij grote zorginstellingen wordt eerst gekeken naar verplaatsing binnen de eigen organisatie en vervolgens extern. Kleine instellingen hebben soms afspraken met omringende zorginstellingen om de eerste opvang te verzorgen, maar vervolgens zal gekeken moeten worden naar een blijvende oplossing. Door een tekort aan zorgpersoneel en een hoog aanbod aan mensen die zorg nodig hebben, kan dit tot problemen leiden. Zeker in de komende tien jaar waarbij het aantal ouderen en (chronisch) zieken zal toenemen, is een ontruiming van een zorginstelling een steeds groter probleem.

Tijdens de interviews bleek dat onder bestuurders van verschillende zorginstellingen communicatielijnen lopen die niet altijd in beeld zijn bij de tactische laag. Dit kan zorgen voor verwarring bij de verschillende lagen als bij een ontruiming de tactische laag gaat zoeken naar plekken voor cliënten terwijl dit mogelijk ook al speelt bij de bestuurders.

De geïnterviewde zorginstellingen hebben een ontruimingsplan, maar deze is meestal geschreven op incidenten binnen de organisatie, zoals brand. Externe incidenttypen, zoals een dijkdoorbraak, zijn minder meegenomen. De reden hiervoor is met name te vinden in de beschikbare kennis over dit soort incidenttypen. Zeker bij regionale incidenten waarbij meerdere zorginstellingen worden bedreigd, zal sneller gekeken worden naar de GHOR om een coördinerende rol te spelen. Het is niet altijd duidelijk wat een extern incident betekent voor een instelling en wat hun rol, maar ook de rol van de GHOR of veiligheidsregio is.

De tijd die nodig is voor een ontruiming van een zorginstelling verschilt per zorginstelling. De grootte van het gebouw en het aantal cliënten speelt hierbij een belangrijke rol. Zo gaf een instelling aan dat er minimaal vier uur nodig is voor een ontruiming, terwijl een andere instelling aangaf dat dit acht uur zou vergen. Vroegtijdig informeren werd als belangrijkste punt beschouwd om te komen tot het besluit van ontruimen en de tijd die daarvoor nodig is. Ook is ontruimen niet altijd (direct) mogelijk, doordat infrastructuur (wegen) niet bereikbaar zijn. Schuilen/verticaal ontruimen zijn dan nog opties voor de zorginstelling.

³ Zoals omschreven in Bouwbesluit 2012 Artikel 6.20

4.3 Aanbevelingen

Op basis van de analyse en conclusies zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Denk in een vroeg stadium na over een uitwijklocatie voor de cliënten van een zorginstelling. Gebruik hiervoor regionale samenwerkingsverbanden.
- Bespreek op verschillende lagen in de organisatie over de verplaatsing van cliënten bij een ontruiming en leg de communicatielijnen vast in planvorming. Indien een bestuurder ziek is, kan een andere bestuurder of manager met dezelfde informatie aan de slag.
- Investeer als GHOR en veiligheidsregio in duidelijke informatie over wat verwacht kan worden van een zorginstelling en wat een zorginstelling kan verwachten van de GHOR en veiligheidsregio.
- Investeer als GHOR in informatiemanagementmiddelen richting care-instellingen voor, met name, grootschalig regionale incidenten (netcentrisch werken via LCMS-Gz).

4.4 Groot aanbod van cliënten

Als een locatie is ontruimd, moeten de cliënten elders opgevangen worden. Zij kunnen binnen de eigen organisatie worden opgevangen, maar kunnen ook van een andere zorginstelling komen. Een toename in het aantal cliënten kan invloed hebben op de zorgcontinuïteit van de ontvangende locatie.

4.5 Analyse en conclusie

In de interviews kwam duidelijk naar voren dat de zorginstellingen een hoge mate van zelfredzaamheid en improvisatievermogen hebben. Een zorginstelling zal niet heel snel stil komen te vallen door een hoog aanbod aan cliënten. De COVID-pandemie heeft dit beeld bevestigd. Indien nodig zullen zorginstellingen bepaalde (zorg)processen afschalen, bijvoorbeeld het wassen van cliënten. Uiteraard is dit niet geheel wenselijk, maar uit de interviews werd duidelijk dat bij goede communicatie richting cliënten en verwanten dit goed wordt opgepakt en voor begrip kan zorgen. Leerpunten uit de COVID-pandemie zijn niet overal uitgevoerd. Dit komt ook door het hoge verloop van personeel binnen de care-instellingen.

Uit de interviews bleek dat niet alle instellingen beschikken over planvorming voor opname van een groot aantal (nieuwe) cliënten. Dit komt met name doordat de kennis van het maken van dit soort plannen ontbreekt.

Ook bij deze disbalans speelt de grootte/impact van het incident een rol. Wanneer één locatie moet sluiten en de cliënten verdeeld worden binnen de eigen organisatie, verwacht men niet veel problemen. Bij een regionaal incident zal dit anders zijn en kijkt men ook meer naar de GHOR om een coördinerende rol in te nemen.

4.6 Aanbevelingen

Op basis van de analyse en conclusies zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Na een incident waarbij cliënten zijn opgevangen op een andere locatie, is het belangrijk als instelling vast te leggen welke acties zijn ondernomen en welke lessen hieruit zijn getrokken. Deze lessen kunnen vervolgens worden gebruikt om toekomstige planvorming te verbeteren en te versterken.
- Maak als instelling planvorming voor opname van een groot aantal cliënten.
- Investeer als GHOR in het maken van kant-en-klare planvorming voor opname van een groot aantal cliënten. Doe dit in samenwerking met zorginstellingen om een zo goed mogelijk stuk op te leveren.
- Wees als GHOR en veiligheidsregio bewust van het feit dat bij grootschalige (regionale) incidenten, zorginstellingen zullen kijken naar de overheid voor een coördinerende rol. Maak duidelijk wat van de zorginstellingen kan worden verwacht en wat van de GHOR en veiligheidsregio kan worden verwacht.

4.8 Analyse en conclusie

Uit de interviews is gebleken dat niet alle zorginstellingen afspraken hebben met externe vervoerders. Soms omdat zij over eigen vervoersmiddelen beschikken, en soms omdat zij niet weten hoe zij dit soort afspraken kunnen maken. Wel werd duidelijk dat instellingen met eigen vervoerscapaciteit bereid zijn te helpen bij een evacuatie, ook als het om een evacuatie buiten de eigen instelling gaat.

Bij een grootschalig (regionaal) incident is het de vraag of de afspraken met vervoersmaatschappijen ertoe doen. Dit kwam met name bij het incidenttype overstroming naar voren. Als een groot gebied dreigt te overstromen, zal de GHOR en/of veiligheidsregio zelf eerst moeten bepalen wie als eersten uit het gebied geëvacueerd moeten worden. Het is niet duidelijk of de afspraken tussen een zorginstelling en een vervoersbedrijf dan vervallen. Ook werd duidelijk dat verwanten van cliënten uit zorginstellingen bij dit soort incidenten zelf hun eigen familieleden/vrienden gaan ophalen en vervoeren naar veilig gelegen gebied.

4.7 Verplaatsen van cliënten

Als een zorginstelling sluit, moeten de cliënten worden overgebracht naar een andere locatie. De cliënten van een zorginstelling zijn vaak verminderd dan wel niet-zelfredzaam. Zo kan een cliënt gebonden zijn aan een rolstoel of bed. Hoeveel cliënten dit betreft, kan invloed hebben op het verplaatsen van de cliënten. De zorginstelling is zelf verantwoordelijk voor het verplaatsen van cliënten in een rolstoel en van cliënten die kunnen lopen. Bedlegerige cliënten kunnen vervoerd worden door de Regionale Ambulance Voorziening (RAV). Het maken van afspraken met vervoersbedrijven en deze telefoonnummers opnemen in het ontruimingsplan zorgt voor rust bij een eventuele ontruiming. Maak de afspraken voor 24/7, m.a.w. zorg voor bereikbaarheid in avond-, nacht- en weekenduren.



4.9 Aanbevelingen

Op basis van de analyse en conclusies zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Maak als zorginstelling afspraken met vervoersbedrijven over het verplaatsen van cliënten bij een ontruiming. Kijk ook naar het soort vervoer dat nodig is, bijvoorbeeld busjes waarin cliënten met een rolstoel vervoerd kunnen worden.
- Bespreek in regionale samenwerkingsverbanden de vervoerscapaciteit bij crises of rampen. Mogelijk kunnen onderling afspraken worden gemaakt over het gebruikmaken van elkaars vervoersmiddelen.
- Maak als GHOR een uniform vervoersplan en voeg de stappen toe die de zorginstelling kan nemen om tot een vervoersplan te komen. Voeg het plan toe aan de handreiking 'Zorgcontinuïteit in Balans'.
- Onderzoek als GHOR welke rol de GHOR heeft bij het coördineren van schaarste van middelen, in dit geval de beschikbare vervoerscapaciteit.

Voor de disbalansen 'sluiting van (delen van) de locatie', 'groot aanbod van cliënten' en 'verplaatsen van cliënten', kan een zorg coördinatie voorziening (ZCV) zoals die nu voor ROAZ regio West in ontwikkeling is een belangrijk hulpmiddel worden.

Het doel van regionale zorgcoördinatie is om de in-, door- en uitstroom van de acute, niet-levensbedreigende zorgvraag te verbeteren door de juiste zorg op de juiste plek de juiste zorgverlener te laten leveren. Door een ZCV in te zetten bij crisissituaties kan de reguliere zorg (zowel de hoofdketen als de eerstelijnszorg) ontlast worden én de niet-levensbedreigende zorgvraag uit de opgeschaalde situatie centraal afgehandeld worden.

Bijvoorbeeld:

- Incident met evacuatie van niet- of verminderd zelfredzamen.
- Organiseren van huisartsencapaciteit voor zorgvragen (m.n. medicatievragen) die niet kunnen wachten.
- Organiseren van tijdelijk verblijf met zorg.

Deze uitwerking is nog geen onderdeel van de in ontwikkeling zijnde ZCV. De GHOR brengt deze vraag in tijdens de verdere uitwerking van het Transformatieplan zorgcoördinatie ROAZ regio West.

4.10 Tekort aan personeel

Een tekort aan personeel heeft verschillende oorzaken, bijvoorbeeld een griep epidemie. Wanneer een tekort aan personeel ontstaat, kan de zorgcontinuïteit in gevaar komen. Het is belangrijk om vroegtijdig een tekort te signaleren en eventuele stappen te ondernemen.

4.11 Analyse en conclusie

In Nederland is een groot tekort aan zorgpersoneel. Toch is er tijdens de interviews weinig stilgestaan bij deze disbalans. Uit de gesprekken bleek dat de eerdergenoemde zelfredzaamheid en het improvisatievermogen in de zorg heel hoog is. Dit wil niet zeggen dat een tekort aan personeel in de toekomst niet voor problemen zal gaan zorgen, maar tijdens rampen en crises zagen de geïnterviewde zorginstellingen dat de bereidheid om te komen werken hoog is.

Eén zorginstelling gaf aan zich zorgen te maken over het nieuwe beleid omtrent ZZP'ers in de zorg. Vanaf 1 januari 2025 gaat de belastingdienst strikter handhaven de inzet van ZZP'ers in de zorg en de bijkomende 'schijnzelfstandigheid'.

ZZP'ers en werkgevers kunnen dan een boete krijgen als blijkt dat ZZP'ers direct worden aangestuurd door een leidinggevende, werken met ander personeel of werk doen dat is ingebed in de organisatie⁴. Het is onduidelijk op het moment dat dit ZRP wordt geschreven wat de verandering in handhaving betekent voor de tekorten aan personeel in de zorg.

4 Als benoemd in V&VN Zzp'ers in de zorg: Wat verandert er in 2025? | V&VN

4.12 Aanbevelingen

Op basis van de analyse en conclusies zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Monitor als GHOR hoe de verandering in handhaving verloopt en welk effect dit heeft op het tekort aan zorgpersoneel. Signaleer tijdig, indien blijkt dat de tekorten toenemen, en geef dit signaal door aan de DPG en het hoofd GHOR zodat zij dit in het ROAZ kunnen agenderen. Monitor tekort aan personeel tijdens relatiebeheergesprekken.
- Bepaal als GHOR welke rol je inneemt als blijkt dat de tekorten in de zorg ernstig worden en de zorgcontinuïteit in de regio in het geding blijkt te komen.

4.14 Uitval nutsvoorzieningen

Zorginstellingen zijn afhankelijk van nutsvoorzieningen, zoals elektriciteit, water en gas. Uitval van één of meerdere van deze voorzieningen kan grote invloed hebben op de zorgcontinuïteit omdat het vaak meerdere bedrijfsprocessen treft. De patiëntendossiers zijn niet altijd meer te raadplegen bij een uitval van elektriciteit en het wassen van cliënten bij uitval van water is niet mogelijk. Daarom is het belangrijk om in kaart te brengen welke processen van elkaar afhankelijk zijn. Het is goed om te weten dat producenten en leveranciers van nutsvoorzieningen een inspanningsverplichting hebben om de storing zo snel mogelijk op te lossen.

4.15 Analyse en conclusie

In de interviews waren respectievelijk twee incidenttypen die het meest leiden tot knelpunten, namelijk:

- Uitval elektriciteit.
- Uitval watervoorzieningen.

Bij de uitval van elektriciteit werd duidelijk dat er een verschil is in de mate van voorbereiding. Sommige instellingen hebben een noodstroomaggregaat (NSA) in pandig, andere instellingen hebben contracten met leveranciers voor een NSA, en soms is geen van beide aanwezig. De meeste instellingen hebben wel ervaring met uitval van elektriciteit, hetzij lokaal en vaak kortdurend. De meeste instellingen stelden zich wel de vraag wat er zou gebeuren als de elektriciteit zou uitvallen in een groot gebied. Het is niet duidelijk wie de meeste aanspraak zou maken op een NSA en wie dit bepaalt. Eén instelling gaf zelfs aan dat het goed mogelijk is dat er niet voldoende NSA's aanwezig zijn om bij een regionale uitval iedereen van stroom te voorzien.

Een andere instelling ging verder op zelfredzaamheid en improvisatie van de medewerkers. Zo kunnen zij gebruikmaken van aggregaten bij de groenvoorziening en die omzetten naar elektriciteit voor belangrijke functies in huis.

De zorginstellingen zijn minder goed voorbereid op uitval van de watervoorziening. Soms is dit wel meegenomen in de planvorming, maar uit de interviews blijkt dat ook hier improvisatie meespeelt. De meestgehoorde oplossing is water halen bij de supermarkt. Het is ook niet altijd duidelijk welke effecten de uitval van water zou hebben op de organisatie.

Het opvangen van een uitval in één zorginstelling leidt nog niet snel tot problemen. Wel wordt ook bij deze incidenttypen aangegeven dat de impact veel groter is bij een regionale storing. Zeker bij instellingen met meerdere locaties kunnen dan goederen of cliënten niet uitgewisseld worden. Ook is er dan eerder een tekort aan personeel, omdat mogelijk het personeel zelf ook is getroffen.

4.15 Aanbevelingen

Op basis van de analyse en conclusies zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

- Investeer als GHOR en veiligheidsregio in duidelijke informatie over wat verwacht kan worden van een zorginstelling en wat een zorginstelling kan verwachten van de GHOR en veiligheidsregio.
- Maak als zorginstelling inzichtelijk welke processen geraakt worden bij uitval van nutsvoorzieningen en hoe lang de instelling zonder kan. Dit kan bijvoorbeeld samen met de RI&E.

4.16 Logistieke stagnatie

Zorginstellingen zijn afhankelijk van goederen van leveranciers. Het ontbreken van één van deze goederen kan zorgen voor problemen in de zorgcontinuïteit.

4.17 Analyse, conclusie en aanbevelingen

Logistieke stagnatie wordt samengevoegd met de uitval van nutsvoorzieningen, omdat de problematiek tijdens rampen en crises voor een groot deel onder beide disbalansen valt. Wat wel duidelijk werd, is dat bij uitval van elektriciteit niet bekend is hoeveel NSA's in de regio beschikbaar zijn en wie verantwoordelijk is voor de verdeling van de NSA's bij een regionale uitval.

Op basis van deze analyse is de volgende aanbeveling voor de GHOR tot stand gekomen:

- Ga na welke rol de GHOR heeft bij een regionale uitval van elektriciteit en welke rol de GHOR speelt bij het verdelen van NSA's.

De laatste twee disbalansen zijn verkort, omdat uit de beoordeling van de zorginstellingen bleek dat uitbraak van infectieziekten niet als groot risico werd ingeschat. De achtste disbalans, 'digitale Verstoring', werd pas later toegevoegd en is niet meegenomen in de scoringslijst voor de zorginstellingen.

4.18 Uitbraak infectieziekten: analyse, conclusie en aanbevelingen

Een uitbraak van een virus of bacterie binnen de zorginstelling kan grote gevolgen hebben voor de zorgcontinuïteit. De zorg die verleend moet worden kan intensiever worden en het ziekteverzuim onder personeel kan toenemen. Veel zorginstellingen hebben hier plannen voor en staan regelmatig in contact met de afdeling infectieziektebestrijding van Hecht GGD Hollands Midden.

Uit de interviews kwam als belangrijkste punt naar voren dat bij uitval van nutsvoorzieningen, met name water, de hygiëne na enkele uren al een knelpunt vormt. Doorspoelen van toiletten is misschien niet mogelijk en ook het wassen van cliënten kan mogelijk niet. Wateruitval kan snel voor problemen zorgen met name bij cliëntpopulaties waarbij vaak 'ongelukjes' voorkomen. Het is dan ook belangrijk om op andere manieren de hygiëne te blijven waarborgen. Een voorbeeld is het wassen van cliënten met speciale washandjes.

Een aanbeveling op de analyse is:

- Maak als zorginstelling een berekening hoe lang je zonder water kan en vanaf wanneer een acceptabele mate van hygiëne niet meer gewaarborgd kan worden en een risico kan gaan worden voor de meest kwetsbare cliënten.

5. Discussie en toekomst

In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de leerpunten van dit zorgrisicoprofiel en het implementeren van de aanbevelingen.

5.1 Leerpunten

Tijdens het maken van dit zorgrisicoprofiel zijn de volgende leerpunten opgemerkt:

- Dit zorgrisicoprofiel is een toevoeging op het Zorgrisicoprofiel Cure van 2023. De cure- en care-instellingen hebben elkaar niet gesproken over de scenario's en resultaten. Hierdoor kan het zijn dat de beide sectoren niet goed op de hoogte zijn van elkaars sterke en zwakke punten. Het is dan ook aan te raden om bij een volgend zorgrisicoprofiel de beide sectoren samen te bevragen en samen het verslag te laten opstellen.
- Op het moment dat dit zorgrisicoprofiel werd gemaakt, was er geen eenduidig landelijk beleid voor het opstellen van een zorgrisicoprofiel. Alle GHOR-bureaus doen het op hun eigen manier wat vergelijken van resultaten bemoeilijkt. Op landelijk niveau wordt gewerkt aan een eenduidig beleid. Voor een volgend zorgrisicoprofiel is het dan ook raadzaam om daarbij aan te sluiten.
- In het Zorgrisicoprofiel Cure 2023 werd aangeraden om, in plaats van het online scoringssysteem, de resultaten op te halen in plenaire bijeenkomsten. Helaas was het niet mogelijk om de plenaire bijeenkomsten te houden, met name door volle agenda's. De interviews zijn onafhankelijk van elkaar gehouden. Het voordeel is dat iedereen vrijuit kon spreken en elkaar niet kon beïnvloeden. Het nadeel is dat de deelnemers niet gezamenlijk een beeld konden vormen en het beeld soms verstrooid raakte. Bij een volgend zorgrisicoprofiel zou de voorkeur toch uit moeten gaan naar plenaire scoringsbijeenkomsten.

4.19 Digitale verstoring: analyse, conclusie en aanbevelingen

Digitale verstoring is in de handreiking 'Zorgcontinuïteit in Balans' als achtste disbalans toegevoegd. Omdat het een nieuw onderwerp is, is het niet meegenomen in de scoringslijst van dit ZRP. Wel is in 2024 een start gemaakt om dit onderwerp verder uit te werken. Het Netwerk Acute Zorg West (NAZW) is het project 'Digitale Weerbaarheid' gestart met GHOR Haaglanden en GHOR Hollands Midden. Ook heeft het NAZW met de beide GHOR-bureaus een groeimodel opgesteld waarmee zorginstellingen zichzelf kunnen toetsen om te zien hoe goed zij op dit moment zijn voorbereid.

Een aanbeveling op de analyse is:

- Sluit als zorginstelling aan bij het project 'Digitale Weerbaarheid' van het NAZW.



5.2 Toekomst

Het samenstellen van een volgend zorgrisicoprofiel zal waarschijnlijk plaatsvinden in 2026. De cure- en care-instellingen zullen dan samen bevraagd worden op de dan gegeven scenario's. Voor 2025 staat op de planning om de eerste aanbevelingen uit dit zorgrisicoprofiel binnen de caresector op te pakken, namelijk:

- Opstellen van aandachtskaarten. In de aandachtskaarten geven wij aan welke rol de zorginstelling heeft in een bepaalde fase van een (dreigend) incident en wat zij van de GHOR mogen verwachten.
- Implementeren van de netcentrische werkwijze via LCMS-Gz in de caresector. Het Landelijk Crisis Management Systeem helpt crisispartners bij netcentrisch werken. Een onderdeel hiervan is het tabblad Geneeskundige Zorg. Zorgpartners kunnen bij een (dreigende) crisis via dit systeem knelpunten delen. Ook kan de GHOR informatie verstrekken aan de crisispartners. Dit systeem is succesvol ingevoerd in 2023 bij de curepartners.
- Het opstellen van kant-en-klare voorbeelden van subplannen voor het (integraal) crisisplan in samenwerking met ketenpartners.



BIJLAGE 1 Bronnenlijst

GGD GHOR Nederland (2024, mei). Zorgcontinuïteit in Balans.
Handreiking Zorgcontinuïteit in balans 2024

Rijksoverheid (2022, september). Integraal Zorgakkoord.
Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl

Rijksoverheid (2022, september) Infographic over het Integraal Zorgakkoord.
Het Integraal Zorgakkoord - samenwerken aan gezonde zorg | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl

LNAZ. (2024, augustus). Kwaliteitskader Risicomanagement, Crisisbeheersing en OTO 3.0.

Hanning, C., Donker, M.S., Krol, S. (2023, juli). ROAZ-Beeld Regio West.

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2021) Contourennota Versterking Crisisbeheersing en Brandweezorg.

V&VN Algemeen. (2024, november 13). Zzp'ers in de zorg: wat verandert er in 2025? Via: Zzp'ers in de zorg: Wat verandert er in 2025? | V&VN

BIJLAGE 2 Verklarende woordenlijst

BHV	Bedrijfshulpverlening
BHV-plan	Bedrijfshulpverleningsplan. Beschrijft de organisatie van de bedrijfshulpverlening, de opleidingen van de BHV, hoe zij bekwaam worden gehouden en welke hulpmiddelen en vluchtroute tekeningen binnen een locatie aanwezig zijn. ⁵
COVID-19	Ziekte die wordt veroorzaakt door het SARS-CoV-2 virus.
Cure en care	Onderscheid in acute zorg (cure), zoals ziekenhuizen en huisartsenposten en (langdurige) verzorging (care), zoals verpleeg- en verzorgingshuizen (of niet-acute zorg).
Geneeskundige keten	Het geheel van alle zorgverlenende instanties in de regio die, al dan niet bewust, met elkaar verbonden zijn.
GGD	De gemeentelijke gezondheidsdienst verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg in de regio.
GGD GHOR Nederland	Overkoepelende brancheorganisatie van de 25 GGD'en en GHOR-bureaus.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg, vakgebied dat zich bezighoudt met psychische gezondheid van mensen.
GHOR	De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en de advisering op dit gebied.
IZA	Het Integraal Zorgakkoord heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.
LCMS-Gz	Landelijk Crisis Management Systeem Geneeskundige zorg. Dit is een systeem dat wordt gebruikt om een actueel en gedeeld geneeskundig beeld te onderhouden ter ondersteuning van de netcentrische werkwijze.
NAZW	Het Netwerk Acute Zorg regio West verbindt ketenpartners, zorginstellingen en professionals, die een rol spelen in de acute zorg in onze regio (Haaglanden/Hollands Midden).
NSA	Noodstroomaggregaat. Apparaat dat noodstroom opwekt door verbranding van fossiele brandstoffen bij uitval van elektriciteitsnetwerk.
OTO	Opleiden, trainen en oefenen.
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RI&E	Risico-Inventarisatie en Evaluatie
RRP	Het Regionaal Risicoprofiel geeft inzicht in de veiligheidsrisico's binnen de regio Hollands Midden.
ROAZ	Het Regionaal Overleg Acute Zorg maakt afspraken met de zorgaanbieders over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg.
VRHM	Veiligheidsregio Hollands Midden.
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
Wvr	Wet veiligheidsregio.
ZRP	Zorgrisicoprofiel.
ZZP	Zelfstandige Zonder Personeel. Een persoon die arbeid verricht voor eigen rekening of risico[2] ⁶ .

⁵ www.bhv.nl

⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek

BIJLAGE 3 Colofon

Zorginstellingen in Hollands Midden

Fundis	Wendy Verhoef
Marente	Martus van der Vlerk
's Heeren Loo	Toon van der Zalm
Topaz	Jasper Blauwhoff

Project begeleiding

GHOR Hollands Midden	Sanne Kruijs Selma Michielsens-Olbach Elmar de Waard
----------------------	--



GHOR Hollands Midden
Rooseveltstraat 4A
2321 BM Leiden

071 - 207 3000
bureau@ghorhm.nl
www.ghorhm.nl

