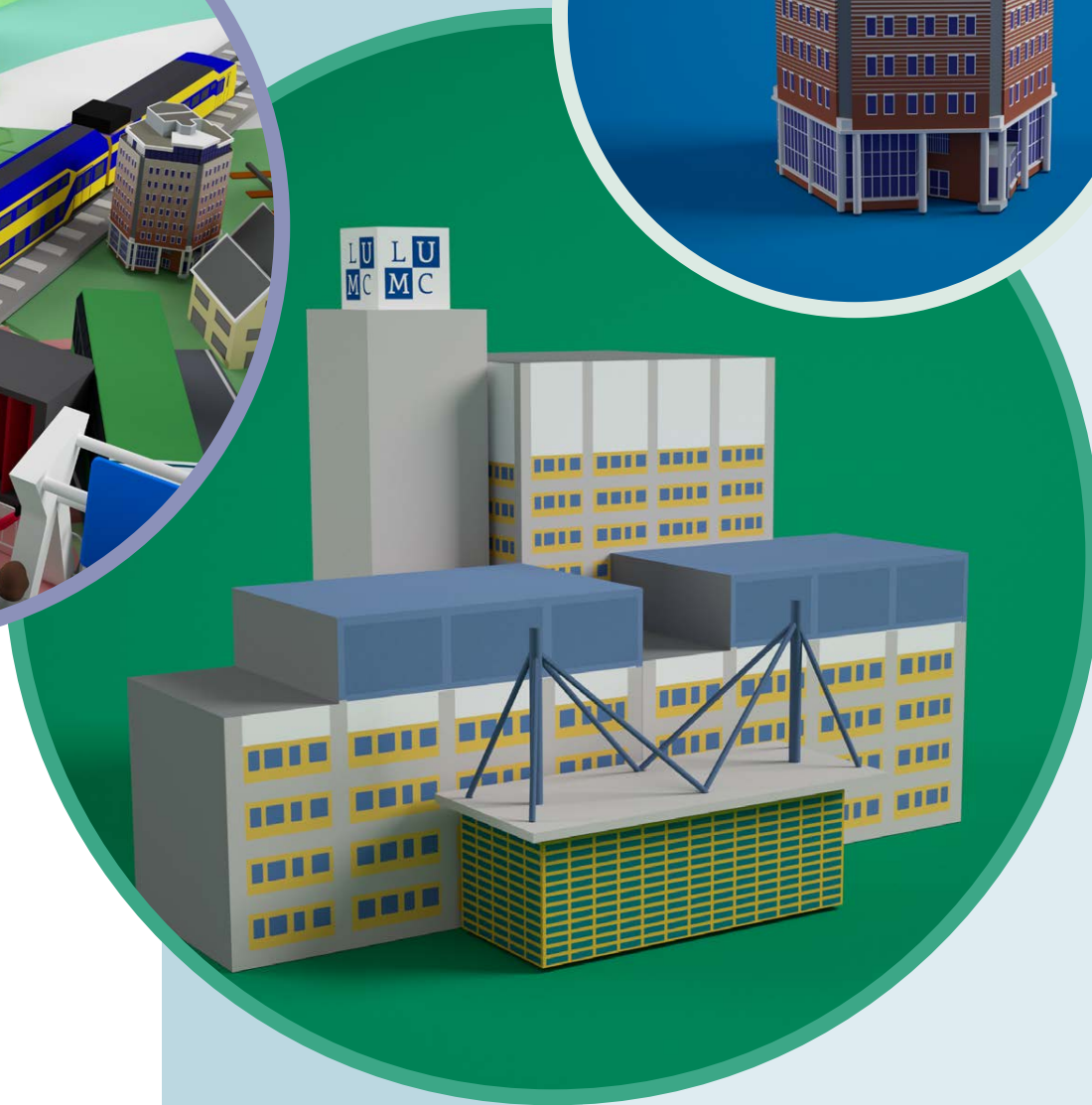






Opgesteld door Elmar de Waard, Aad-Tobias
Huijbens en Sanne Kruijs
GHOR Hollands Midden

Datum 19-10-2023

Versie 0.2

1. Inleiding

De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Hollands Midden 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. Om de samenwerking in de geneeskundige keten te verbeteren, heeft GHOR Hollands Midden, in samenwerking met de curesector, Hecht GGD Hollands Midden en het Netwerk Acute Zorg West (NAZW), een zorgrisicoprofiel (ZRP) geschreven.

Het ZRP richt zich op het functioneren van de geneeskundige keten tijdens rampen en crisis. 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.

1.1 Waarom een ZRP?

Het ZRP draagt bij aan een gezamenlijke focus in de geneeskundige keten en zorgt ervoor dat zorginstellingen in Hollands Midden voorbereid zijn om de best mogelijke zorg te kunnen verlenen tijdens incidenten, rampen en crises. Zorginstellingen bereiden zich hier vooral op individuele basis op voor. Hierdoor is er beperkt inzicht in de risico's voor de gehele geneeskundige keten en de onderlinge afhankelijkheden tussen alle zorginstellingen. Aan de hand van het ZRP kan de zorgketen gezamenlijke prioriteiten stellen voor de ontwikkeling van beleidsplannen, het (zo nodig) bijwerken van crisisplannen en het opleiden, trainen en oefenen (OTO) van medewerkers. Het proces om tot een ZRP te komen bevordert de informatie-uitwisseling tussen de verschillende geneeskundige ketenpartners en vraagt de zorginstellingen om over de grenzen van de eigen organisatie heen te kijken.

1.1.1 Wettelijk kader

Zorginstellingen in de geneeskundige keten zijn vanuit de wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, artikel 8a.4) verplicht om de continuïteit van zorg te waarborgen, ook tijdens incidenten, rampen en crises. In de Wkkgz (artikel 8a.5) is ook bepaald dat zorginstellingen crisisplannen moeten maken en dat ze deze aanbieden aan Directeur Publieke Gezondheid (DPG).

In de Wvr wordt van zorginstellingen verlangd dat ze de nodige maatregelen treffen met het oog op hun taak en de voorbereiding (Wvr, artikel 33, lid 2). Daarnaast wordt verlangd dat zorginstellingen schriftelijke afspraken maken met het bestuur van de veiligheidsregio over hun inzet bij de voorbereiding en uitvoering van hun taak. In de contourennota 'Versterking Crisisbeheersing en Brandweezorg' staat beschreven dat het ZRP een goed instrument is om de besturen van de zorginstellingen en de veiligheidsregio te informeren over de voorbereiding en uitvoering van de geneeskundige hulpverlening tijdens rampen en crisis (Wvr, artikel 34, lid 1).

1.2 Wat is een ZRP?

In het ZRP Hollands Midden brengt de GHOR, in samenwerking met de geneeskundige ketenpartners, in beeld voor welke incidenttypen de voorbereiding het meest relevant is binnen de acute- en publieke gezondheidszorg. Aan de hand van de hoogst geprioriteerde incidenttypen is 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 de 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 op?

Het ZRP is bedoeld om het bestuur van de veiligheidsregio en de zorginstellingen in Hollands Midden antwoord te geven op de volgende vragen:

Wat kan ons overkomen?

Aan de hand van de incidenttypen uit het RRP van de veiligheidsregio is een risico-inventarisatie uitgevoerd om te kijken welke incidenttypen gevolgen hebben voor de acute- en publieke gezondheidszorg in de regio.

Hoe erg is dat?

De incidenttypen zijn geprioriteerd om te kijken hoe ernstig de gevolgen zijn op de zorg. Hiervoor hebben de betrokken zorginstellingen gekeken naar de impact van de incidenttypen op de primaire processen van de eigen organisatie en hoe waarschijnlijk het is dat het incidenttype voorkomt. Daarnaast hebben de zorginstellingen ook gekeken naar de mate van kennis en ervaring op de verschillende incidenttypen. Zo is er bijvoorbeeld geïnventariseerd in hoeverre de zorginstellingen oefenen met de verschillende incidenttypen.

Wat (gaan) we eraan doen?

Op basis van de gescoorde incidenttypen is gekeken welke incidenttypen om extra inspanning vragen. Hierbij is vooral gekeken naar wat de geneeskundige keten samen kan doen om de risico's die ontstaan te beperken. Hiervoor zijn conclusies en aanbevelingen geschreven die samen als geneeskundige keten opgepakt gaan worden.

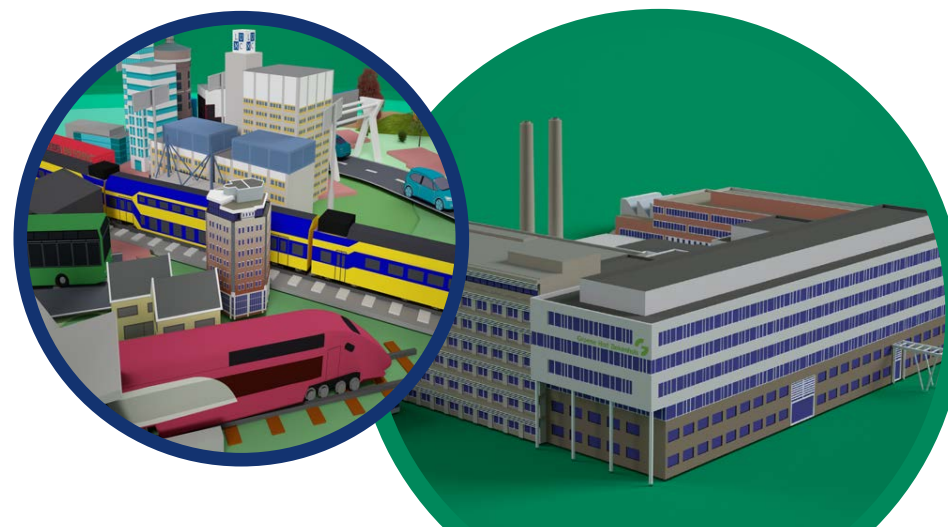
Hoe blijven we op de hoogte?

De GHOR, het NAZW en de zorginstellingen gebruiken de Themagroep Crisisbeheersing en OTO om de aanbevelingen uit het ZRP gezamenlijk op te pakken. Daarnaast zal de GHOR de aanbevelingen ook meenemen in het relatiebeheer en OTO bij zorginstellingen. Op deze manier houdt de GHOR de regie en coördinatie op de afstemming van de regionale ketenafspraken die voortvloeien uit de aanbevelingen. De DPG neemt deze regionale ketenafspraken mee naar de het bestuur van de VRHM.

Het ZRP Hollands Midden zal (minimaal) elke vier jaar geactualiseerd worden, zodat dit in lijn loopt met het RRP van de veiligheidsregio. De GHOR blijft monitoren of het naar aanleiding van trends en ontwikkelingen nodig is om het ZRP eerder te herzien.

1.4 Wie zijn betrokken bij het ZRP?

De GHOR is op grond van de Wvr (artikel 1) belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises en de advisering op dit gebied. De samenwerking binnen de geneeskundige keten is hierin van belang, omdat de geneeskundige hulpverlening tijdens rampen en crises wordt uitgevoerd door reguliere cure en care instellingen. Voor de totstandkoming van het ZRP in Hollands Midden is ervoor gekozen om de een afvaardiging van zorginstellingen te betrekken (zie colofon). De GHOR heeft hierbij als uitgangspunt een zo representatief mogelijk beeld van de acute geneeskundige keten (de curesector) te geven. De caresector (verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicapten zorg, GGZ instellingen, revalidatiecentra, thuiszorg organisaties) in Hollands Midden wordt in het najaar van 2023 ook bevraagd voor het ZRP. Bij de totstandkoming van een volgende versie van het ZRP Hollands Midden, zullen de cure en caresector gelijk meegenomen worden.



2. Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Waarom een ZRP?	3
1.2 Wat is een ZRP?	3
1.3 Wat levert het ZRP op?	4
1.4 Wie zijn betrokken bij het ZRP?	4
2. Inhoudsopgave	5
3. Methodiek	6
3.1 Prioriteren van crisis- en incidenttypen	6
3.2 Scoren belasting op primaire zorgprocessen	6
3.3 Data-analyse en duiding	7
3.4 Opstellen ZRP	7
3.5 Implementatie en borging van het ZRP op langere termijn	7
4. Het omgevingsbeeld, aanjagers, trends en ontwikkelingen	8
4.1 Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen Hollands Midden	8
4.1.1 Kenmerken van de regio	8
4.1.2 Risicodiagram VRHM	8
4.1.3 Aanjagers	8
4.2 Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen in de geneeskundige zorg	10

5. Analyse en bevindingen	12
5.1 Incidenttype koudegolf, sneeuw en ijzel	12
5.2 Incidenttype verstoring elektriciteitsvoorziening	13
5.3 Incidenttype verstoring voorziening voor spraak- en datacommunicatie	15
5.4 Incidenttype overstroming door hoge rivierstanden	16
5.5 Incidenttype grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen	17
5.6 Overige bevindingen	19
6. Conclusies en aanbevelingen	19
Zorgcontinuïteit	19
Informatiemanagement	20
Communicatie	20
Kennis en ervaring	20
Risicoperceptie en bewustwording	21
7. Discussie	21
7.1 Leerpunten en ontwikkelingen	21
Verklarende woordenlijst	23
Colofon	24

3. Methodiek

Voor de totstandkoming van het ZRP hebben de GHOR en de zorginstellingen de volgende stappen doorlopen:

- prioriteren van crisis- en incidenttypen
- scoren van de belasting op primaire zorgprocessen, data-analyse en duiding.

Hierna is het ZRP opgesteld. De implementatie van de aanbevelingen en de borging van het ZRP op langere termijn liggen binnen de Themagroep Crisisbeheersing en OTO en het relatiebeheer van de GHOR. .

3.1 Prioriteren van crisis-en incidenttypen

De GHOR heeft een voorselectie gemaakt van tien incidenttypen (zie bijlage 2) die van invloed kunnen zijn op acute- en publieke gezondheidszorg. Deze voorselectie is gedaan op basis van het RRP van de VRHM. De tien incidenttypen zijn voorgelegd aan de zorginstellingen. Zij hebben deze incidenttypen aan de hand van korte scenario's gescoord op:

- **Kans:** hoe groot is de kans dat het incidenttype plaatsvindt?
- **Impact:** hoe groot is de impact van het incidenttype op de eigen organisatie?
- **Kennis:** hoe groot is het huidige kennisniveau op het incidenttype?
- **Ervaring:** hoeveel ervaring heeft de organisatie met het incidenttype?

Op basis van deze uitkomsten zijn vijf incidenttypen geselecteerd voor het ZRP Hollands Midden:

- **Extreme weersomstandigheden:** koudegolf, sneeuw en ijzel
- **Verstoring energievoorziening:** verstoring elektriciteitsvoorziening
- **Verstoring telecommunicatie:** verstoring voorziening voor spraak- en datacommunicatie
- **Overstromingen:** overstroming door hoge rivierstanden
- **Branden in kwetsbare objecten:** grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen

3.2 Scoren belasting op primaire zorgprocessen

De GHOR heeft per incidenttype een incidentbeschrijving geschreven. Deze beschrijvingen bestaan uit scenario's die opgedeeld zijn in drie tijdvakken. In deze drie tijdvakken verandert het scenario, waardoor ook de impact van het scenario op de zorg verandert. De zorginstellingen hebben op basis van deze incidentbeschrijvingen gekeken in hoeverre het scenario van invloed is op de primaire processen en afhankelijkheden binnen de eigen organisatie. Voor het scoren van de scenario's met behulp van een impactschaal van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) Zuid West Nederland, is een landelijke tool ontwikkeld.

Impactschaal ROAZ Zuid West Nederland		
Mate van impact	Score	Impactschaal
Geen	0	Geen impact op de primaire processen
Beperkt	1	Wél impact, maar het buffervermogen en het aanpassingsvermogen volstaan zéker
Aanzienlijk	2	Buffervermogen en aanpassingsvermogen zijn zéker nodig, maar volstaan zéker
Ernstig	3	Irreguliere aanpassingen zijn zéker nodig, en volstaan zéker
Zeer ernstig	4	Irreguliere aanpassingen zijn zéker nodig, maar volstaan mogelijk niet
Catastrofaal	5	Handelingsperspectief is zeer beperkt en volstaat niet [i]

3.3 Data-analyse en duiding

De analyse van data uit de impactscoring leidt tot het identificeren van kwetsbare processen en kwetsbaarheden in de zorgketen. Om duiding te geven aan de scores uit de online invulmodule, zijn twee bijeenkomsten georganiseerd waarbij de GHOR, de zorginstellingen en het NAZW samen naar de ingevulde scores hebben gekeken. Aan de hand van analysevragen hebben heeft de GHOR knelpunten opgehaald om zo vanuit de data (kwantitatief) tot een kwalitatief onderbouwd ZRP te komen. Waar de nadruk bij het invullen van de online invulmodule lag op de impact binnen de eigen organisatie, lag de nadruk bij de analysevragen expliciet op de ketenafhankelijkheid in de regio. Op basis van deze informatie is een knelpuntenanalyse gemaakt waarin is beschreven welke knelpunten en verwachte consequenties ontstaan per incidenttype. Zo kon de GHOR samen met de zorginstellingen en het NAZW kijken welke kansen er liggen om de geneeskundige keten in Hollands Midden te verstevigen.

3.4 Opstellen ZRP

Op basis van de resultaten uit de online invulmodule en de analysebijeenkomsten heeft de GHOR bevindingen, conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Deze onderdelen vormen samen met de belangrijkste trends en ontwikkelingen op het gebied van veiligheid en zorg en het omgevingsbeeld van de VRHM, het ZRP Hollands Midden. De definitieve versie van het ZRP is gedeeld met de zorginstellingen die direct betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het ZRP.

3.5 Implementatie en borging van het ZRP op langere termijn

De GHOR, de zorginstellingen en het NAZW gebruiken de Themagroep Crisisbeheersing en OTO om de aanbevelingen te prioriteren voor het ontwikkelen van beleid, het (waar nodig) actualiseren van crisisplannen en het opleiden, trainen en oefenen van zorgmedewerkers. De betrokken zorginstellingen zijn aangesloten bij deze themagroep. Daarnaast zal de GHOR de aanbevelingen ook meenemen in het relatiebeheer en OTO bij zorginstellingen. Het ZRP Hollands Midden zal (minimaal) per vier jaar geactualiseerd worden, zodat dit in lijn loopt met het RRP van de veiligheidsregio, welke op basis van de Wvr eens in de vier jaar wordt vastgesteld. De GHOR blijft monitoren of het naar aanleiding van trends en ontwikkelingen nodig is om het ZRP eerder te herzien.

4. Het omgevingsbeeld, aanjagers, trends en ontwikkelingen

Bij incidenten, rampen of crises wordt de geneeskundige hulpverlening uitgevoerd door de reguliere zorginstellingen. De GHOR coördineert de geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen, rampen en crises. De GHOR zorgt ervoor dat de verschillende zorginstellingen dan samen één keten vormen. De mogelijke risico's en aanjagers in de maatschappij en de ontwikkelingen binnen de zorg hebben invloed op de geneeskundige hulpverlening.

4.1 Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen Hollands Midden

4.1.1 Kenmerken van de regio

In het RRP van VRHM staat beschreven dat het werkgebied van de veiligheidsregio zich uitstrekt van de Bollenstreek tot en met de Krimpenerwaard. Hollands Midden telt ruim 814.000 inwoners, bestaat uit 18 gemeenten en beslaat 831 km². De regio kent een grote diversiteit in zowel mate van verstedelijking als in landelijke kenmerken. Er zijn stedelijke en plattelandsgebieden, met snelwegen, spoor- en waterwegen, zee en strand, weilanden, rivieren en plassengebied. En ook bollenteelt, plantenteelt, tuinbouw en veeteelt kenmerkt de regio. Daarnaast bevinden zich in de regio diverse gemeenten die beschikken over historische binnensteden. De regio kent een groot aantal lagergelegen gebieden,

waarvan Zuidplas met zeven meter onder Normaal Amsterdams Peil (NAP) het laagstgelegen gebied is van zowel de regio als van Nederland. De vele dijken en gemalen in het gebied bieden bescherming tegen wateroverlast. Op het gebied van vervoer van gevaarlijke stoffen kent de regio als aandachtspunten de autosnelwegen A4, A44, A12 en A20, de N11, de Rijnland Route en het spoor met vervoer tussen Europoort, Amsterdam en Duitsland. De hogesnelheidslijn (HSL) met uitsluitend personenvervoer doorkruist het grondgebied van de regio. Daarnaast is er veel luchtverkeer met nabijgelegen luchthavens Rotterdam The Hague Airport en Schiphol. De regio grenst aan zes andere veiligheidsregio's en is ingeklemd tussen Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag.

4.1.2 Risicodiagram VRHM

In het RRP van VRHM wordt per thema een overzicht gegeven van de risicovolle situaties binnen Hollands Midden die kunnen leiden tot incidenten, rampen of crises. Per thema is een risicodiagram opgesteld waar op basis van de waarschijnlijkheid en de ernst is gekeken naar het effect van de risico's. In bijlage 3 zijn de risicodiagrammen van de thema's natuur en klimaat, milieu, continuïteit vitale voorzieningen, gebouwde omgeving, mobiliteit en infrastructuur, milieu, gezondheid en veiligheid en publieke veiligheid te vinden.

4.1.3 Aanjagers

In het RRP van VRHM worden zeven aanjagers benoemd. De maatschappij is voortdurend in beweging. Met aanjagers worden de belangrijkste trends en ontwikkelingen benoemd die de kans op of de gevolgen van bestaande risico's voor de fysieke veiligheid binnen de regio Hollands Midden kunnen vergroten. Deze aanjagers zijn:

- Toenemende hyperconnectiviteit
- Klimaatverandering
- Digitale afhankelijkheid
- Energietransitie
- Polarisatie en radicalisering
- Verdichting
- Vergrijzing en langer zelfstandig wonen

Toenemende-hyperconnectiviteit

De wereld raakt steeds meer verbonden, zowel fysiek (zoals via internationale luchtvaart) als digitaal (internet). Ook zijn fysiek en digitaal vaker met elkaar verweven. Hierdoor zijn risico's vaker met elkaar verbonden. Deze hyperconnectiviteit zorgt ervoor dat gebeurtenissen zich snel over de hele wereld kunnen verspreiden. Internationale incidenten kunnen lokale effecten hebben. Het inzichtelijk maken van deze effecten, maakt het mogelijk om beter voorbereid te zijn. Een voorbeeld is COVID-19 welke zich snel verspreidde waardoor het virus in een korte tijd in een groot deel van de wereld om zich heen greep.

Klimaatverandering

Het klimaat verandert. De frequentie en impact van klimaat-gerelateerde incidenten in de nabije toekomst zal toenemen. Het is van belang om de ontwikkelingen rondom klimaatverandering te blijven monitoren en te analyseren wat de mogelijke gevolgen zijn voor de fysieke veiligheid. Voor de zorg betekent klimaatverandering dat infectieziektes sneller verspreiden. En hoe dichter mensen op elkaar wonen en hoe meer mensen reizen, hoe sneller infectieziektes overgedragen kunnen worden.

Digitale afhankelijkheid

Mensen worden steeds afhankelijker van digitale systemen. De razendsnelle ontwikkeling en uitbreiding van het internet en gelieerde systemen gaat gepaard met veel onduidelijkheden en risico's. Digitale systemen kunnen zowel door een storing als moedwillige actie verstoord worden, wat kan leiden tot digitale en/of maatschappelijke ontwrichting. De toenemende digitalisering van de samenleving heeft een veranderende dynamiek in het optreden van de hulpdiensten. De traditionele hulpdiensten treden bij digitale incidenten niet op als 'first responders', die rol ligt meer bij de ICT-beheerders van de vitale infrastructuur. De traditionele hulpdiensten kunnen wel worden ingezet om de maatschappelijke gevolgen tegen te gaan. Denk aan de storing van het noodnummer 112.

Energietransitie

Nieuwe energiebronnen, zoals zonnepanelen en elektrische auto's, brengen nieuwe risico's met zich mee, waarvoor nieuwe maatregelen getroffen moeten worden. Effecten op gezondheid en veiligheid, zeker op lange termijn, zijn niet nauwkeurig te voorspellen. Het is voor de komende jaren daarom belangrijk om kennis en kunde binnen dit thema te blijven ontwikkelen en de gevolgen voor de zorg hierin te monitoren.

Polarisatie en radicalisering

In een samenleving waarin verschillen tussen groepen burgers uitgroeien tot tegenstellingen (polarisatie) kan radicalisering optreden, waardoor spanningen in de samenleving toenemen. Hierbij kan gedacht worden aan terrorisme, maar ook aan groepen in de maatschappij die de rechtsorde niet respecteren. De COVID-19 crisis is een voorbeeld waarbij polarisatie in de samenleving en in de zorg zichtbaar was: wantrouwen in de overheid, wel of niet vaccineren, toename van agressie en geweld tegen zorgpersoneel.

Verdichting

Steeds meer mensen wonen en werken in steden waar de ruimte steeds schaarser wordt. Hierdoor bevindt zich een steeds grotere concentratie mensen, (wilde) dieren en gebouwen op een steeds kleiner gebied. Dit betekent enerzijds een grotere kans op ongevallen. Anderzijds hebben vergelijkbare incidenten impact op meer mensen en bedrijven. Panden met een veranderde gebruiksfunctie en/ of meervoudig ruimtegebruik zorgen, naast meer mensen op één plek, ook voor extra risico's. Voor de zorg betekent dit dat verdichting de kans op/verspreiding van een infectieziekte of ziektegolf alleen maar groter maakt. Dieren en mensen leven steeds dichter op elkaar waardoor de kans op een virusbesmetting steeds groter wordt.

4.2 Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen in de geneeskundige zorg

Vergrijzing en langer zelfstandig blijven wonen

Het aantal ouderen in de bevolking neemt toe, zo is in de twintigste eeuw het aantal 65-plussers meer dan vertienvoudigd. Daarbij bestaat de trend dat ouderen langer dan voorheen thuis (moeten) blijven wonen. Daarnaast is het aantal bedden in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in de afgelopen jaren met een derde afgenomen. Deze trends laten zien dat steeds meer verminderd zelfredzaam zelfstandig thuis moeten blijven wonen. Dit kan zorgen voor meer slachtoffers bij incidenten. Daarnaast bleek bij de duiding van de uitkomsten van het gedane onderzoek, dat de drempel om als burger hulp te zoeken, veel lager is geworden.

Verandering in type crises

Naast de aanjagers wordt ook een verandering in het type crises gezien. In het RRP wordt beschreven dat de VRHM de afgelopen jaren met verschillende crises te maken gehad waarvan de oorzaak niet in de regio zelf of zelfs niet in Nederland lag. Doordat de wereld zowel fysiek als digitaal steeds meer met elkaar verbonden is, kunnen incidenten die in andere landen of continenten plaatsvinden snel effect hebben op de Nederlandse samenleving. Dit brengt een dynamiek teweeg die permanente risicomonitoring vereist. Voorbeelden hiervan zijn de coronapandemie en de oorlog in Oekraïne.

Daarnaast is er in de maatschappij een verschuiving zichtbaar van traditionele flitsrampen naar langdurige crises (creeping crises). Niet alleen ligt de oorsprong van dit type crisis vaak buiten Hollands Midden, ook duren deze crises over het algemeen langer en is de impact divers en wijdverspreid. Dit nieuwe type crisis vraagt om een andere aanpak op het gebied van risico- en crisisbeheersing.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het ROAZ beeld van regio West (2023) zijn trends en ontwikkelingen beschreven die de toenemende druk in de zorg kenmerken:

Toegankelijkheid van zorg staat onder druk

De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. De mens leeft langer waardoor er steeds meer ouderen zijn ten opzichte van het aantal werkenden. En die hebben vaak meer en langer zorg nodig. Tot 2050 wordt een bevolkingsgroei verwacht van 21%. 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.

Ook wordt een groot tekort aan zorgpersoneel gezien. Verwacht wordt dat na 2026 het personeelstekort het meest zal toenemen. Deze tekorten bestaan al langer en gelden voor bijna alle zorgsectoren: de druk op de eerstelijnszorg is buitengewoon hoog, in de ziekenhuizen en GGZ bestaan voor meerdere behandelingen lange wachttijden, er zijn tekorten aan zorgprofessionals en door piekbelasting en volle verpleegafdelingen moeten spoedeisende-hulpafdelingen steeds vaker tijdelijk sluiten. Ook het mantelzorgpotentieel staat onder druk. Er wordt meer ingezet op langer thuis wonen en ondersteuning in de thuissituatie. Verwacht wordt dat het aantal mantelzorgers flink zal dalen van 9.0% in 2023 naar 3.8% in 2040 (op basis van: het aantal mensen in de leeftijdsklasse 50 tot 75 gedeeld door het aantal 85-jarigen en ouder). Naast de zorg ervaren ook gemeenten steeds grotere uitdagingen voor het bieden van passende ondersteuning van de kwetsbare doelgroepen in de samenleving.

Kwaliteit van zorg staat onder druk door onvoldoende onderlinge regionale samenwerking

De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit, maar niet alle zorg die geleverd wordt is effectief. Dit heeft gevolgen voor de patiënt. Niet alle problemen vragen namelijk om een medisch antwoord. Daarnaast is de zorg in Nederland versnipperd, waardoor er vaak geen goede verbinding en samenwerking is tussen de acute zorg, publieke zorg en het sociaal domein (gemeenten). De professionals uit deze sectoren hebben wetten en systemen nodig die hen helpen in de samenwerking.

Zorgprofessionals staan onder druk

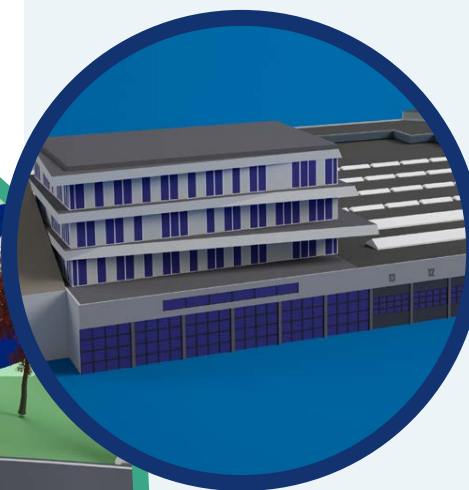
Zorgprofessionals in Nederland doen hun werk met veel kennis, kunde en motivatie. Dit werd tijdens de COVID-19 crisis extra duidelijk. Zorgprofessionals werken steeds vaker onder zware omstandigheden doordat de werkdruk hoog is en de uitval onder personeel groot is. Daarnaast ervaren zorgprofessionals ook vaak een gebrek aan vertrouwen en waardering en is er veel regeldruk en administratief werk. Ook geven zorgprofessionals aan vaak te weinig autonomie in het dagelijkse werk te ervaren en wordt er zelfs gesproken over een onveilige werkomgeving. Dit leidt onder het werkplezier en veroorzaakt een relatief hoog ziekteverzuim. Daarnaast is gebleken dat zorgprofessionals de zorg steeds vaker vroegtijdig verlaten, waardoor de arbeidskrachten en werkdruk steeds meer toenemen.

Opgave om de zorg te verduurzamen

De komende jaren zal de zorgvraag nog meer toenemen. De klimaatverandering is hier onder andere een oorzaak van. De mens krijgt vaker en andere gezondheidsproblemen. Denk hierbij aan hittestress, allergieën en luchtwegklachten. Deze toename van (andersoortige) gezondheidsproblemen leidt tot druk op de zorg. De zorg heeft zelf ook invloed op de klimaatverandering en de gevolgen die hierdoor ontstaan voor de gezondheid van de mens. De zorgsector heeft daarom ook een opdracht om een bijdrage te leveren aan het tegengaan van deze ontwikkelingen binnen de klimaatverandering.

Tekorten medicatie en (medische) hulpmiddelen

Zorginstellingen richten hun voorraden steeds efficiënter in, met als gevolg dat bij een crisis waarbij de bevoorrading in het geding komt, problemen kunnen ontstaan. Daarnaast is door de nasleep van COVID-19 bepaalde medicatie al voor een langere tijd moeilijk leverbaar of niet leverbaar. Dit vraagt om een andere aanpak binnen de zorginstellingen. Waaronder het werken met nieuwe medicatie of (medische) hulpmiddelen. Bij een langdurige ramp of crisis zal dit tekort een nog groter knelpunt vormen voor de zorg.



5. Analyse en bevindingen

De GHOR heeft een analyse gemaakt van de knelpunten en gevolgen in de geneeskundige keten per incidenttype. Het gaat om de incidenttypen:

- Koudegolf, sneeuw en ijzel
- verstoring elektriciteitsvoorziening
- verstoring voorziening voor spraak- en datacommunicatie
- overstroming door hoge rivierstanden
- grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen

Deze bevindingen zijn per incidenttype ingedeeld onder vijf aandachtsgebieden:

- Zorgcontinuïteit
- informatiemanagement
- communicatie
- kennis en ervaring
- risicoperceptie en bewustwording (bijlage 8).

Leeswijzer

- Het crisistype pandemie is niet meegenomen in het ZRP. De zorginstellingen geven aan dat de afgelopen jaren al veel kennis en ervaring is opgedaan over dit crisistype door de COVID-19 pandemie. Hierdoor ontstond de behoefte om andere crisistypen mee te nemen in het ZRP.
- De bevindingen zijn gemaakt op basis van de incidentbeschrijvingen die voor het ZRP zijn geschreven. Dit wil niet zeggen dat alle bevindingen zich daadwerkelijk voordoen bij de incidenttypen. Het zijn vooral aandachtspunten om mee te nemen in de voorbereiding op de verschillende risico's.

5.1 Incidenttype koudegolf, sneeuw en ijzel

Periodes van (extreme) koude, sneeuw en ijzel zullen door de invloed van klimaatverandering in frequentie en intensiteit toenemen. In de incidentbeschrijving van dit incidenttype (bijlage 5) doen zich aanhoudende extreme winterse weersomstandigheden voor in heel Nederland. Zorginstellingen scoren dit incidenttype hoog op kans, impact, kennis en ervaring. De zorginstellingen hebben aangegeven dat de kans en impact op dit incident groot is voor de zorg. Zo is er tijdens de koudegolf in januari 2023 nog gebleken dat de weersomstandigheden zorgen voor druk op de zorg bij de RAV, huisartsenzorg en ziekenhuizen door de vele valpartijen en ongelukken. Er is ook hoog gescoord op kennis en ervaring. De zorginstellingen geven aan dat bij een nieuwe koudegolf opnieuw dezelfde knelpunten naar voren komen. Er zijn bevindingen gevonden die de voorbereiding op dit incidenttype in de geneeskundige keten kunnen verbeteren.

Bevindingen op het gebied van zorgcontinuïteit

- Er ontstaan grote capaciteitsproblemen in de gehele zorgketen in Hollands Midden. Acute (spoed)zorg gaat boven de reguliere zorgvragen waardoor er vertraging en eventuele langere wachttijden ontstaan in de reguliere zorg.
- Door de slechte weersomstandigheden gebeuren meer ongelukken op de weg. Dit kan leiden tot een stijging in de vraag naar acute (spoed)zorg. Daarnaast kunnen bij de RAV Hollands Midden langere aanrijdtijden ontstaan door de slechte bereikbaarheid op de weg.
- De ziekenhuizen en huisartsen(posten) (HAP) zijn beperkt bereikbaar. Ook het (aflossende) personeel en leveranciers van zuurstof, medicatie en voedsel kunnen de zorginstellingen beperkt bereiken. Dit leidt tot langere wachttijden in de zorg. Daarnaast ontstaan er ook langere wachttijden of bestaat er zelfs geen mogelijkheid tot de levering van diagnostische- en behandelmiddelen.

- Thuiswonende cliënten zijn niet bereikbaar voor de hulpdiensten en thuiszorg. Hierdoor is er voor verminderd zelfredzamen in de thuissituatie geen toegang tot zorg, zuurstof of medicatie. Daarnaast is de uitvoering van eventuele behandelingen niet mogelijk door de bereikbaarheid.
- De nasleep is lang door de ontwrichte infrastructuur en verstoring van nutsvoorzieningen (water). Er zijn mogelijk mensen die psychosociale hulp behoeven. Daarnaast neemt de druk op de zorg toe door onrust onder de bevolking. Het leveren van (drink) water vergt ook veel tijd, capaciteit en middelen en zal een groot knelpunt vormen door de bereikbaarheid.

Bevindingen op het gebied van informatiemanagement

- Er zijn (nog) geen werkafspraken over het gebruik van het LCMS-Gz. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over wanneer en welke informatie wordt gedeeld. Nu wordt LCMS-Gz opgestart zonder dat de zorginstellingen hiervan op de hoogte zijn. Dit zorgt ervoor dat de benodigde informatie de zorginstellingen niet op tijd bereikt en de gehele keten achter de feiten aanloopt.
- Er is (nog) geen gemeenschappelijk beeld over de situatie in de geneeskundige keten waarbij ook relevante informatie vanuit de veiligheidspartners is opgenomen. Er is geen volledige en tijdige beeldvorming van de situatie in de regio waardoor de gehele keten achter de feiten aanloopt.

Bevindingen op het gebied van kennis en ervaring

- Ervaringen vanuit eerdere koudegolven laten zien dat knelpunten elk jaar weer terugkomen. Wanneer verwacht wordt dat er een koudegolf komt, kan al een eerdere voorbereiding gestart worden vanuit de veiligheidsregio in bijvoorbeeld een voorbereidend ROT.
- Er ontbreekt een ketenbreed plan voor de ondersteuning en aanlevering van materialen/middelen. 'Creatief handelen' en aannames leiden tot inefficiënt crisismanagement in de zorg.

5.2 Incidenttype verstoring elektriciteitsvoorziening

De samenleving wordt steeds meer afhankelijk van (vitale) infrastructuur zoals ICT-systemen, communicatiemiddelen, elektriciteit en andere technische voorzieningen. Daarnaast komen verstoringen met deze (vitale) infrastructuur door de trends en ontwikkelingen op het gebied van energietransitie steeds vaker voor. Zo is er in november 2022 een dreiging tot grote stroomuitval geweest in het centrum van Leiden door een brand in een transformatorhuisje. Ook ontstond er in mei 2023 een brand in een transformatorhuisje in Leiden waardoor in alle gebouwen van de universiteit in Leiden de stroom uitviel. De afhankelijkheid van elektriciteitsvoorziening zorgt voor een toename van de kans op verstoringen, zo ook in de zorg.

In de incidentbeschrijving van dit incidenttype doet zich een langdurige verstoring van de elektriciteitsvoorziening voor in de hele regio Hollands Midden. Zorginstellingen hebben dit incidenttype hoog gescoord op kans en impact. Als de elektriciteit uitvalt, is de impact groot. De zorginstellingen hebben hierbij aangegeven dat vrijwel alle primaire processen geraakt worden bij de verstoring van elektriciteit. Ook geldt dat hoe langer de verstoring duurt, des te groter de consequenties zijn. Hoewel de zorginstellingen aangeven voldoende kennis en ervaring met het incidenttype te hebben, is er een aantal bevindingen naar voren gekomen om de voorbereiding op dit incidenttype in de geneeskundige keten te verbeteren.

Bevindingen op het gebied van zorgcontinuïteit

- Bij een aantal ketenpartners ontbreekt de (kennis) van noodprocedures en noodstroomvoorziening. Het is bij een aantal instellingen met een noodaggregaat onzeker hoe lang de aggregaat werkt. Wanneer een verstoring van de elektriciteitsvoorziening langer duurt wordt de noodstroomvoorziening minder betrouwbaar. Bij een langere tijd zonder stroom zal de zorgcontinuïteit van een zorginstelling hierdoor in gevaar komen. Wanneer ketenpartners geen kennis hebben van de noodprocedures en noodstroomvoorziening, kunnen zij geen weloverwogen beslissingen maken en zal een mogelijke opschaling vertraging geven waardoor er extra druk op de zorg komt te staan.
- De HAP is altijd afhankelijk van de noodaggregaat van het ziekenhuis waarbij zij zijn aangesloten met de post. Als het ziekenhuis zonder stroom zit, valt de stroom bij de HAP ook uit.
- Veel (medische) apparatuur in de ambulances worden niet meer opgeladen met walstroom. Hierdoor valt ook de communicatieapparatuur in de ambulances uit wat gevolgen heeft voor het contact met de ketenpartners zoals de ziekenhuizen en de MKA.
- De elektriciteitsverstoring leidt tot een gebrek aan waterdruk op de hoger gelegen verdiepingen van zorginstellingen. De waterpompen naar die verdiepingen werken dan mogelijk niet. Ook is schoon water schaars door de verstoring bij afvalwaterzuivering bedrijven. Zonder schoon drinkwater kunnen er geen patiënten worden opgenomen. Dit betekent dat drinkwater op een andere manier naar hoger gelegen afdelingen gebracht moet worden. Dit vraagt extra capaciteit van mensen en middelen om de beschikbaarheid van voldoende schoon drinkwater te realiseren. Daarnaast moet ook het sanitair in de zorginstellingen op een andere manier gereinigd worden. Als dit niet lukt, zal een zorginstelling mogelijk geëvacueerd moeten worden.
- De verminderd zelfredzaam in een thuissituatie die afhankelijk zijn van dialyse en ademapparatuur hebben hulp nodig waardoor er mogelijk een verhoogde druk bij de RAV en ziekenhuizen ontstaat om deze doelgroep te vervoeren en op te nemen.
- Het herstel van de uitval van de elektriciteitsvoorziening duurt lang. Dit leidt tot druk op de zorg voor een langere tijd. Daarnaast ontstaat er ook onrust onder de bevolking, omdat de zorg niet (op tijd) geleverd kan worden.
- De uitval van de elektriciteitsvoorziening raakt alle primaire processen in de zorg. De planbare zorg komt in gevaar als zorginstellingen op alle primaire processen meer personeel moet inzetten. Daarnaast zullen de primaire processen ook vastlopen, omdat deze afhankelijk zijn van stroomvoorziening.
- Doordat er geen stroom is, zullen zorginstellingen hun informatie op papier vastleggen. Elke sector heeft eigen papieren formulieren. Door het gebruik van de verschillende papieren dossiers, kunnen de patiëntgegevens niet ketenbreed gedeeld worden. Het gebrek aan uniformiteit kan leiden tot verwarring bij zorgpersoneel. Daarnaast kunnen de meest actuele patiëntgegevens niet gedeeld worden met als gevolg dat de primaire processen triage en behandeling vastlopen. Ook zal de administratie of verwerking van deze papieren achteraf gedaan worden. Dit is foutgevoelig, arbeidsintensief en niet volgens De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) regelgeving.
- Door de uitval van stroom is de kans op toename van verkeersongelukken groter omdat de verkeerslichten zijn uitgevallen. Chaos in het verkeer leidt tot slechte bereikbaarheid van de zorginstellingen en langere aanrijtijden van de ambulances. Hierdoor ontstaat een mogelijke toename van druk op de zorg.
- De verstoring van de elektriciteitsvoorziening leidt tot onrust onder de bevolking binnen de regio. Er kunnen problemen ontstaan op het gebied van openbare orde en veiligheid. Daarnaast zijn er mogelijk ook mensen die psychosociale hulp behoeven. De GGD zal hierdoor mogelijk moeten opschalen.

Bevindingen op het gebied van informatiemanagement

- Er zijn (nog) geen werkafspraken over het gebruik van het LCMS-Gz. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over wanneer en welke informatie wordt gedeeld. Nu wordt LCMS-Gz opgestart zonder dat de zorginstellingen hiervan op de hoogte zijn. Dit zorgt ervoor dat de benodigde informatie de zorginstellingen niet op tijd bereikt en de gehele keten achter de feiten aanloopt.
- Er is (nog) geen gemeenschappelijk beeld over de situatie in de geneeskundige keten waarbij ook relevante informatie vanuit de veiligheidspartners is opgenomen. Er is geen volledige en tijdige beeldvorming van de situatie in de regio waardoor de gehele keten achter de feiten aanloopt.

Bevindingen op het gebied van kennis en ervaring

- Het is binnen de keten onduidelijk welke systemen en middelen wel of niet werken tijdens de verstoring van de elektriciteitsvoorziening. Daarmee is het onduidelijk hoe men elkaar bereikt via patiëntendossiers, gekoppelde systemen en telefonie. De prehospitale overdracht is hierdoor niet tot beperkt mogelijk en daarnaast zijn patiëntgegevens mogelijk incompleet of verouderd.
- Op regionaal niveau is er geen planvorming op het gebied van stroomuitval. Bij een langdurige verstoring is de keten niet voldoende voorbereid. Op dit moment is de keten vooral op individueel niveau voorbereid. Door de onbekendheid van de gevolgen op regionaal niveau kan nu geen voorbereiding plaats vinden.

5.3 Incidenttype verstoring voorziening voor spraak- en datacommunicatie

Naast kansen brengt digitalisering ook kwetsbaarheden met zich mee. Hoe afhankelijker de samenleving wordt van digitale systemen, hoe groter de effecten als een incident zich voordoet. Ook de zorg is de laatste jaren steeds meer gedigitaliseerd. Elektronische gegevensuitwisseling, digitale patiëntomgeving en elektronisch patiëntendossiers. Het koppelen van deze systemen heeft het voordeel dat informatie efficiënt gebruikt kan worden. Een risico dat hieruit voortvloeit, is dat een storing in een systeem kan leiden tot storingen in andere systemen. Vaak komt dit doordat er nog onvoldoende kennis is over de afhankelijkheden van systemen binnen de zorg.

In de incidentbeschrijving van dit incidenttype (bijlage 5) krijgen de zorginstellingen te maken met een datagijzeling binnen de eigen organisatie. Wanneer patiëntendossiers niet meer toegankelijk zijn, mogelijk openbaar gemaakt worden en onbetrouwbaar zijn, spreekt men van een datagijzeling. Een datagijzeling leidt hierdoor tot meerdere knelpunten. Zorginstellingen scoren dit incidenttype dan ook hoog op zowel kans als impact.

Bevindingen op het gebied van zorgcontinuïteit

- Op dit moment zijn er (nog) geen ketenafspraken gemaakt voor als dit incidenttype zich voordoet in de regio.
- Patiëntgegevens kunnen door een datagijzeling onbetrouwbaar of ontoegankelijk zijn. Hierdoor kan behandeling niet zomaar worden gestart en digitale patiëntgegevens niet worden overgedragen aan andere ketenpartners. Ook kan de privacy van patiëntgegevens niet worden gegarandeerd en is het nog onbekend wanneer de patiëntgegevens wel weer betrouwbaar zijn. Dit kan leiden tot uitstel van zorg. Daardoor ontstaan er langere wachttijden. Mogelijk komt er een opnamestop en uitstel van electieve zorg.

- De nasleep van een datagijzeling is lang door de vele acties die voortvloeien uit dit incidenttype. Er moet een melding gemaakt worden van het datalek, er moeten back-ups teruggezet worden, patiëntgegevens moeten getest worden op betrouwbaarheid, er moet gecommuniceerd worden naar de media en (familie van) patiënten en ook de papieren patiëntgegevens moeten achteraf gedigitaliseerd worden. Dit is foutegevoelig en arbeidsintensief.
- In de regio zijn ketenbreed momenteel geen afspraken en uniforme documenten voor het borgen van patiëntgegevens wanneer het elektronisch patiëntendossier niet beschikbaar is.

Bevindingen op het gebied van informatiemanagement

- Er zijn (nog) geen werkafspraken over het gebruik van het LCMS-Gz. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over wanneer en welke informatie wordt gedeeld. Nu wordt LCMS-Gz opgestart zonder dat de zorginstellingen hiervan op de hoogte zijn. Dit zorgt ervoor dat de benodigde informatie de zorginstellingen niet op tijd bereikt en de gehele keten achter de feiten aanloopt.
- Er is (nog) geen gemeenschappelijk beeld over de situatie in de geneeskundige keten waarbij ook relevante informatie vanuit de veiligheidspartners is opgenomen. Er is geen volledige en tijdige beeldvorming van de situatie in de regio waardoor de gehele keten achter de feiten aanloopt.

Bevindingen op het gebied van communicatie

- Binnen de keten wordt nu niet gecommuniceerd als een ketenpartner in de regio te maken heeft met een datagijzeling waardoor problemen onbekend zijn en blijven en taken hierdoor niet overgenomen kunnen worden. Daarnaast kunnen er ook problemen ontstaan bij andere ketenpartners in de regio.

Bevindingen op het gebied van kennis en ervaring

- Er is onbekendheid over de inrichting van de telecommunicatie en ICT binnen de eigen organisatie. Hierdoor is het voor crisisteam moeilijk om in scenario's te denken en besluiten te nemen over te nemen maatregelen, omdat er mogelijk onvoldoende kennis is.

- Daarnaast is er ook onbekendheid over de afhankelijkheden binnen de telecommunicatie en ICT van de eigen organisatie. Het is onduidelijk welke telecommunicatie en ICT-middelen afhankelijk van elkaar zijn, waardoor niet inzichtelijk is welke middelen onbruikbaar zijn bij een datagijzeling. Daarnaast is er ook onduidelijkheid over het gebruik van diverse diagnostische en behandelingssystemen en apparatuur. Monitoring op de bruikbaarheid hiervan is onbetrouwbaar waardoor diagnoses mogelijk niet betrouwbaar zijn en behandelingen mogelijk niet juist uitgevoerd kunnen worden.
- De meeste ketenpartners oefenen niet met dit incidenttype. De ernst van de situatie kan groter worden door de onbekendheid over dit onderwerp. Er is onvoldoende kennis over de gevolgen. Veel ketenpartners gaan ervan uit dat zij dit incident zelf kunnen oplossen, terwijl ondersteuning van experts op dit gebied noodzakelijk is.

5.4 Incidenttype overstrooming door hoge rivierstanden

Een overstrooming als gevolg van een dijkdoorbraak is een incidenttype dat weinig voorkomt. Een overstrooming in Hollands Midden wordt veroorzaakt doordat een primaire waterkering of een regionale waterkering bezwijkt. Binnen VRHM liggen twee primaire waterkeringen. Een doorbraak van een primaire waterkering is uiterst onwaarschijnlijk en kan alleen gebeuren onder zeer specifieke omstandigheden, namelijk een zeer zware (noord)westerstorm in combinatie met extreem hoge zeestanden. In het zeer onwaarschijnlijke geval dat een primaire waterkering bezwijkt, zijn de gevolgen voor VRHM desastreus. Gehele delen van de regio zijn dan niet meer toegankelijk. Zorginstellingen in de regio die niet tijdig zijn ontruimd, zullen dan ook de eerste uren tot dagen op zichzelf zijn aangewezen.

Ook op kleinere schaal kan een overstroming of wateroverlast leiden tot veel problemen en schade, ook in de zorg. In 2015 raakte door werkzaamheden in het VUMC in Amsterdam een hoofdwaterleiding beschadigd waardoor de cruciale infrastructuur (water, stoom en elektriciteit) niet meer stabiel was. Hierop werd besloten om het ziekenhuis te sluiten en de patiënten over te plaatsen naar andere ziekenhuizen. Een ontruiming van een zorginstelling heeft enorm veel gevolgen. Dit hebben de zorginstellingen ook aangegeven bij het scoren van dit incidenttype. De kans op dit incident is klein, terwijl de impact van dit incident zeer groot is.

Bevindingen op het gebied van zorgcontinuïteit

- Door capaciteitsproblemen zal de planbare zorg vrijwel stil komen te liggen omdat de acute zorg meer capaciteit zal vragen.
- Bij overstroming zal de zorginstellingen niet of slecht bereikbaar zijn voor personeel wat de zorgcontinuïteit in gevaar brengt.
- De nasleep van een overstroming zal lang duren doordat vitale infrastructuur en nutsvoorzieningen zijn uitgevallen. Met name het leveren van drinkwater vergt veel tijd, capaciteit en middelen waardoor de zorgcontinuïteit van zorginstellingen in het geding komt.
- Bevolking zal behoefte hebben aan psychosociale hulpverlening.
- De ziekenhuizen en huisartsenposten zijn beperkt of niet bereikbaar doordat wegen niet begaanbaar zijn. Dit geldt voor zowel patiënten die zelf naar het ziekenhuis komen of patiënten die vervoerd worden door de ambulancedienst. Evacuatie vanuit de ziekenhuizen en huisartsenposten wordt ook bemoeilijkt doordat wegen slecht of niet begaanbaar zijn.
- Leveranciers van medische (genees)middelen kunnen de zorginstellingen slecht bereiken met als gevolg dat patiënten niet op tijd de juiste medicatie of diagnostische middelen aangeleverd krijgen.
- Er zijn geen afspraken in de zorgketen over hoe personeel van de verschillende zorginstellingen ingezet kan worden bij andere zorginstellingen.

Bevindingen op het gebied van informatiemanagement

- Er zijn (nog) geen werkafspraken over het gebruik van het LCMS-Gz. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over wanneer en welke informatie wordt gedeeld. Nu wordt LCMS-Gz opgestart zonder dat de zorginstellingen hiervan op de hoogte zijn. Dit zorgt ervoor dat de benodigde informatie de zorginstellingen niet op tijd bereikt en de gehele keten achter de feiten aanloopt.
- Er is (nog) geen gemeenschappelijk beeld over de situatie in de geneeskundige keten waarbij ook relevante informatie vanuit de veiligheidspartners is opgenomen. Er is geen volledige en tijdige beeldvorming van de situatie in de regio waardoor de gehele keten achter de feiten aanloopt.

Bevindingen op het gebied van kennis en ervaring

- Ketenpartners hebben individuele plannen voor bij overstroming, maar doordat een regionaal plan ontbreekt, kunnen de ketenpartners niet goed de gevolgen in kaart brengen en dus kan er geen voorbereiding plaatsvinden.

Bevindingen op het gebied van risicoperceptie en bewustwording

- Uit de gesprekken bleek dat zorginstellingen uitgaan van hulp vanuit defensie. De GHOR verwacht dat door de internationale veiligheidsontwikkelingen de beschikbaarheid van defensiepersoneel en materiaal voor crisis in Nederland beperkter wordt. Dit neemt niet weg dat de steunaanvraag kan worden gedaan bij defensie.
- De beschikbaarheid van het calamiteitenhospitaal is drie tot vijf dagen, daarna zullen de patiënten overgeplaatst moeten worden met een verhoogde druk op de zorg als gevolg. Uit gesprekken blijkt dat zorginstellingen niet altijd op de hoogte zijn dat patiënten in het calamiteitenhospitaal tijdelijk opgevangen worden.

5.5 Incidenttype grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen

Brand in een zorginstelling kan grote gevolgen hebben, niet alleen voor de bewoners van de instelling, maar ook voor de geneeskundige keten. In juli 2023 ontstond een grote brand bij een zorgboerderij in de regio Hollands Midden. De bewoners waren snel geëvacueerd waardoor er gelukkig geen slachtoffers vielen. Het snel vinden van een opvanglocatie in de directe omgeving voor de bewoners was na de evacuatie een knelpunt. Bewoners werden daarom tijdelijk opgevangen bij een boerderij in de buurt. De bewoners werden vanuit de boerderij verdeeld over andere zorglocaties van de betrokken zorginstelling.

In de incidentbeschrijving van dit incidenttype (bijlage 5) ontstaat er 's-nachts een brand in een zorginstelling waar niet en verminderd zelfredzame bewoners aanwezig zijn. Door de aanwezigheid van verminderd zelfredzamen, neemt de kans op het ontstaan van slachtoffers bij een brand in een zorginstelling toe. De kans op een brand is groot, daarom hebben alle zorginstellingen hier plannen voor. Dit incidenttype scoort relatief laag op impact in vergelijking met de andere incidenttypen. Toch werd in de gesprekken met de zorginstellingen duidelijk dat er door dit incidenttype wel knelpunten zijn die invloed hebben op de zorgcontinuïteit in de regio.

Dit incidenttype scoort relatief laag op impact in vergelijking met de andere incidenttypen. Toch werd in de gesprekken met de zorginstellingen duidelijk dat er door dit incidenttype wel knelpunten zijn die invloed hebben op de zorgcontinuïteit in de regio.

Bevindingen op het gebied van zorgcontinuïteit

- Door te weinig personeel, met name in de avond- en nachturen, wordt een vlotte evacuatie bemoeilijkt wat ernstige medische gevolgen kan hebben bij de bewoners/patiënten van de zorginstelling.
- Afhankelijkheid van andere partijen is belangrijk bij een ontruiming van een zorginstelling omdat de zorginstelling een ontruiming niet alleen aan kan.
- Wanneer een zorginstelling is getroffen door een brand, kunnen de bewoners/cliënten vaak niet op korte termijn terug tot dat het gebouw hersteld is. Dit leidt tot stagnatie in de doorstroom binnen de geneeskundige keten.

Bevindingen op het gebied van informatiemanagement

- Er zijn (nog) geen werkafspraken over het gebruik van het LCMS-Gz. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over wanneer en welke informatie wordt gedeeld. Nu wordt LCMS-Gz opgestart zonder dat de zorginstellingen hiervan op de hoogte zijn. Dit zorgt ervoor dat de benodigde informatie de zorginstellingen niet op tijd bereikt en de gehele keten achter de feiten aanloopt.
- Er is (nog) geen gemeenschappelijk beeld over de situatie in de geneeskundige keten waarbij ook relevante informatie vanuit de veiligheidspartners is opgenomen. Er is geen volledige en tijdige beeldvorming van de situatie in de regio waardoor de gehele keten achter de feiten aanloopt.
- Er is geen duidelijke informatie- en communicatielijin in de geneeskundige keten voor wanneer een zorginstelling ontruimd wordt. Hierdoor zijn andere zorginstellingen niet op de hoogte van de situatie en weten zij niet of zij mogelijk patiënten moeten opvangen.
- Binnen de geneeskundige keten zijn verschillende soorten of soms geen alarmeringsmiddelen aanwezig. Het blijft hierdoor lastig wanneer en welke zorginstellingen wel of niet zijn opgeschaald.
- Het alarmeren van personeel buiten kantooruren is lastig vanwege de bereikbaarheid en beschikbaarheid van personeel.

Bevindingen op het gebied van kennis en ervaring

- Planvorming op het evacueren van een zorginstelling ontbreekt en wordt niet gedeeld binnen de geneeskundige keten. Hierdoor kunnen zorginstellingen niet anticiperen op de zorgcontinuïteit voor wanneer een (andere) zorginstelling in de regio sluit.
- Evacuatieplannen van de cure en care instellingen verschillen. Hierdoor ontstaan verschillen in terminologieën en crisisstructuren wat een evacuatie kan bemoeilijken.
- Er is nog geen regionaal plan met betrekking tot het evacueren van zorginstellingen. Zorginstellingen wachten op het maken van eigen planvorming over evacueren tot dat er een regionaal plan is.
- De curesector oefent patiëntenspreiding bij grootschalige incidenten zoals brand. Maar de spreiding en opvang van grote aantallen slachtoffers wordt niet met de hele geneeskundige keten geoefend. Hierdoor wordt de beddencapaciteit in de gehele geneeskundige keten niet optimaal benut.



5.6 Overige bevindingen

Evenementen

Ook evenementen kunnen een verhoogde druk op de zorg geven. Evenementenorganisatoren moeten hun evenementen zo organiseren zodat de extra zorgvraag die een evenement genereert, door de eigen evenementenzorgorganisatie opgevangen kan worden. Op deze manier wordt de reguliere zorg zo min mogelijk extra belast. Het is belangrijk om evenementen met een hoger risicoprofiel ter advisering aan de GHOR voor te leggen. Van belang hierbij is dat gemeenten erop toe zien dat de vergunningsvoorschriften worden nageleefd. Juist nu de druk op de zorg hoog is, kunnen evenementen extra risico's voor de zorgcontinuïteit met zich meebrengen. De GHOR richt zich voornamelijk op het voorkomen van risico's voor de zorgcontinuïteit, maar rest risico's zijn altijd aanwezig. Het is aan het Openbaar Bestuur om deze restrisico's af te wegen en hierin bewuste keuzes te maken.

De geneeskundige keten staat er niet alleen voor

Zorginstellingen hebben in situaties die leiden tot een grote druk op de zorg, bijvoorbeeld bij ijspret, behoefte aan afspraken om burgers snel te bereiken voor het communiceren van een juist handelingsperspectief. Dit kan extra zorgvraag in bepaalde situaties voorkomen. Oplossingen voor een acute crisis of omstandigheid wordt vaak binnen de keten zelf gezocht. De VRHM gebruikt verschillende kanalen om burgers te voorzien van informatie en handelingsperspectieven, denk aan het versturen van NL-Alerts en sociale media berichten. Zo zijn er nog andere situaties te bedenken waarin een multidisciplinair optreden een grote meerwaarde kan hebben. Zo heeft niemand COVID-19 alleen bedwongen, maar ging dat in samenwerking met vele partijen met allen hun eigen expertise, rollen en taken.

6. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de bovengenoemde bevindingen zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd en ingedeeld volgens de vijf aandachtsgebieden.

Zorgcontinuïteit

De huidige ontwikkelingen in de zorg laten krapte in de arbeidsmarkt zien. Er zijn handen tekort in de zorg terwijl de zorgvraag blijft toenemen. Langdurige rampen en crises vragen extra van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van personeel in de zorg. De druk op de zorg neemt daardoor nog meer toe. Daarnaast zal de capaciteit die beschikbaar is in een crisis, volledig gericht worden op het verlenen van de acute zorg. Planbare zorg wordt hierdoor uitgesteld waardoor wachttijden in de zorg toenemen. Een ramp die één of meerdere zorginstellingen treft, kan tot grote verstoringen leiden in de zorgcontinuïteit. Planvorming van de zorginstellingen is vooral op de eigen organisatie gericht. Daarnaast leunen zorginstellingen vaak op andere zorginstellingen. Er zijn geen regio of ketenbrede plannen, wat gevolgen heeft voor de regionale voorbereiding op rampen en crises. Om deze mogelijke knelpunten weg te nemen, adviseert de GHOR het volgende:

- Ontwikkel regionale plannen voor het uitwisselen van (zorg) personeel.
- Ontwikkel regionale plannen voor de evacuatie van één of meerdere zorginstellingen en betrek de caresector hierbij. Houdt hierbij rekening met de opvang van patiënten met een specialistische zorgvraag.

Vorraden in de zorg zijn beperkt, omdat zorginstellingen de voorraden steeds efficiënter inrichten. Daarnaast laat de nasleep van COVID-19 zien dat bepaalde middelen en materialen niet of nauwelijks meer leverbaar zijn. In de reguliere situatie is dit vaak al een knelpunt voor de voorraad en toevoer van middelen en materiaal. Bij een langdurige ramp of crisis of op het moment dat er meerdere zorginstellingen bij een incident betrokken zijn, wordt dit knelpunt alleen maar groter. Om als geneeskundige keten zo goed mogelijk om te gaan met schaarse materialen en middelen, adviseert de GHOR:

- Maak als zorginstelling vooraf afspraken met leveranciers over de levering van materialen en middelen tijdens schaarste.
- Zoek in tijden van schaarste de samenwerking binnen de geneeskundige keten over de verdeling van materialen en middelen, en maak hier vooraf afspraken over. Als dit niet lukt, zal de coördinatie van schaarse spullen mogelijk belegd kunnen worden binnen het ROAZ.

Informatiemanagement

Het alarmeren van zorgpersoneel buiten kantooruren is niet bij alle zorginstellingen goed georganiseerd. Daarnaast is de alarmering bij de zorginstellingen vaak niet op elkaar afgestemd waardoor het onduidelijk is wanneer en welke zorginstelling opschaaft in een crisissituatie. Na een opschaling is beeldvorming van de situatie van belang voor het nemen van de juiste besluiten. Bij de geselecteerde incidenttypen ontstaan knelpunten bij het vroegtijdig vormen van een beeld van de situatie in de hele geneeskundige keten. Bij een aantal zorginstellingen is op dit moment nog geen personeel voor het informatiemanagementproces tijdens rampen en crises.

De GHOR adviseert om:

- Een adequate alarmeringsprocedure te ontwikkelen en hier regelmatig mee te oefenen.
- Het netcentrisch werken met LCMS-Gz in de regio te implementeren en deze werkwijze de komende jaren verder door te ontwikkelen. Maak hier als GHOR ook werkafspraken voor.
- Wijs de zorginstellingen als GHOR en NAZW regelmatig op de risico's van hyperconnectiviteit en de gevolgen voor de zorg. Van belang is hierbij het inzicht in elkaars systemen en de bewustwording over de kwetsbaarheden en afhankelijkheden van deze systemen.

Communicatie

Rampen en crises hebben invloed op de hele geneeskundige keten. Snelle en efficiënte communicatie naar ketenpartners en burgers is van belang om de effecten te beperken. De zorginstellingen denken na over communicatie aan de patiënten/cliënten, maar over communicatie tussen zorginstellingen onderling zijn geen afspraken gemaakt. De GHOR raadt aan om:

- Als keten vaker met elkaar te communiceren als er iets binnen jouw organisatie speelt en afspraken over communicatie binnen de keten vast te leggen in regionale planvorming.
- Als keten te zorgen voor uniforme afspraken over de overdracht van patiëntendossiers wanneer deze niet toegankelijk zijn.

Kennis en ervaring

Zorginstellingen in de regio opleiden, trainen en oefenen nog steeds veel op individueel niveau. Hierdoor blijft de kennis en ervaring op een plek, terwijl andere zorginstellingen hier ook van kunnen leren. Daarnaast kan ook het jaarlijkse OTO-budget efficiënter ingezet worden.

De GHOR adviseert:

- Oefen vaker ketenbreed en in de regio.

Daarnaast wordt de planvorming van de zorginstellingen in de regio vaak ook nog op individueel niveau geschreven waardoor de keten vooral op individueel niveau is voorbereid. Door de onbekendheid van de gevolgen op regionaal niveau kan nu geen adequate voorbereiding plaats vinden.

De GHOR raadt aan:

- Stem planvorming ketenbreed met elkaar af.

Risicoperceptie en bewustwording

Burgers in Hollands Midden doen vaker een beroep op de zorg. Door de druk op de zorg zal de deze in de toekomst minder vanzelfsprekend zijn waardoor burgers vaker op zichzelf zijn aangewezen. Dit kan leiden tot maatschappelijke onrust. De GHOR raadt aan:

- Geef de burgers in de regio door middel van campagnes handelingsperspectief bij (langdurige) rampen en crises.
- Sluit aan bij crisiscommunicatie-initiatieven van de VRHM.

De personeelstekorten in de zorg en de toenemende zorgvraag door een vergrijzende samenleving maken de zorg kwetsbaar voor rampen en crises. Terugvallen op een andere zorginstelling die kampt met dezelfde kwetsbaarheden is daarmee geen reële optie. De kwetsbaarheden waar de zorg mee kampt zijn ook herkenbaar bij partners waar de zorg op wil terugvallen bij een crisis (zoals defensie). Daarmee is het belangrijker dan ooit dat zorginstellingen zich bewust zijn van de kwetsbaarheden van de keten als geheel en hun crisisplannen goed op orde hebben. Samenwerken en kennisdeling om zo (personeel)capaciteiten in een crisis efficiënt en effectief in te zetten is nodig. Informatiemanagement is hierbij een belangrijk instrument.

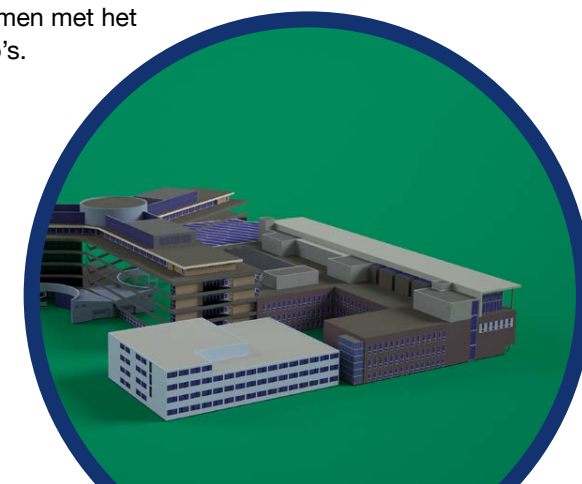
7. Discussie

7.1 Leerpunten en ontwikkelingen

De totstandkoming van het ZRP Hollands Midden heeft de GHOR veel leerpunten gebracht. De GHOR gaat eind 2023 aan de slag om ook samen met de caresector in Hollands Midden een ZRP op te stellen. De punten die de GHOR hierin meeneemt zijn:

- De aanbevelingen uit het huidige ZRP worden meegenomen in de overleggen van de Themagroep Crisisbeheersing en OTO. Hier worden de aanbevelingen vertaald naar gezamenlijke prioriteiten voor het ontwikkelen van beleid, het (waar) nodig bijwerken van crisisplannen en het opleiden, trainen en oefenen van medewerkers. Daarnaast zal de GHOR de aanbevelingen op meenemen in het relatiebeheer en OTO van de geneeskundige ketenpartners. De DPG zal de regionale afspraken die voortkomen uit de aanbevelingen meenemen naar het bestuur van de VRHM. Om aandacht te blijven vragen voor de aanbevelingen, is het noodzakelijk dat de GHOR, de zorginstellingen en het NAZW het ZRP minimaal een keer in de vier jaar herzien, of als hier aanleiding toe is vaker. De rol van de GHOR bestaat uit het monitoren er aanleiding is om het ZRP te herzien.
- Het ZRP Hollands Midden is opgesteld met een bestaande methodiek. De GHOR heeft tijdens het uitvoeren van de methodiek ervaren dat bepaalde processtappen niet toereikend zijn om tot een ZRP te komen. Voor het opstellen van het ZRP voor de care of het actualiseren van het huidige profiel gaat de GHOR kijken hoe de methodiek aangepast kan worden.

- De zorginstellingen hebben de incidentbeschrijvingen los van elkaar gescoord/ingevuld. Voor het opstellen van het ZRP voor de care of voor het actualiseren van het huidige profiel adviseert de GHOR om de zorginstellingen dit 'live' gelijktijdig te laten doen. Zo voorkom je dat een incidentbeschrijving multi-interpretabel wordt gescoord en scores van de zorginstellingen verschillen.
- De planning voor de totstandkoming van het ZRP Hollands Midden heeft enige vertraging opgelopen vanwege de doorontwikkeling van de online invulmodule. Voor het opstellen van het ZRP voor de care of het actualiseren van het huidige profiel gaat de GHOR kijken of de online invulmodule het juiste middel is voor het ophalen van informatie.
- In het vervolg gaat de GHOR breder kijken dan de risico's uit het RRP van de VRHM en zullen ook trends en ontwikkelingen uit de zorg meegenomen worden in de incidentbeschrijvingen. Uit de gesprekken met de zorginstellingen is gebleken dat er risico's zijn die de zorg raken, maar die niet in het RRP zijn opgenomen. Hierdoor zijn deze risico's niet meegenomen met het scoren van de incidentscenario's.



Verklarende woordenlijst

AVG	De Algemene verordening gegevensbescherming is een Europese verordening die de regels voor de verwerking van persoonsgegevens door particuliere bedrijven en overheidsinstanties in de hele Europese Unie standaardiseert.
COVID-19	Ziekte die wordt veroorzaakt door het SARS-CoV-2 virus.
Cure en care	Onderscheiding in acute zorg (cure), zoals ziekenhuizen en huisartsenposten. En (langdurige) verzorging (care), zoals verpleeg- en verzorgingshuizen.
DPG	De DPG is verantwoordelijk voor twee organisaties: GGD en GHOR en is in die laatste hoedanigheid lid van de directie van de veiligheidsregio. De DPG is het aanspreekpunt en de gesprekspartner voor zowel het bestuur als voor de brandweer, politie, gemeente en justitie. Daarbij geeft de DPG binnen het veiligheidsdomein integraal advies namens de geneeskundige keten (de zogenaamde 'witte keten').
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg, vakgebied die 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.
Creeping Crisis	In de maatschappij is een verschuiving zichtbaar van traditionele flitsrampen naar langdurige crises. Deze crises vragen om een andere aanpak in de risicobeheersing en crisisbeheersing.
HAP	Huisartsenpost.
HSL	Een deel van de HogeSnelheidsLijn-zuid loopt over (en onder) het grondgebied van de regio.
ICT	Informatie- en communicatietechnologie.
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).
OTO	Opleiden, trainen en oefenen.
RRP	Het Regionaal Risicoprofiel geeft inzicht in de veiligheidsrisico's van 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.
VUMC	VU Medisch Centrum Amsterdam.
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
Wvr	Wet veiligheidsregio.
ZRP	Zorgrisicoprofiel.

Colofon

Zorginstellingen in Hollands Midden

Hecht RAV Hollands Midden	Marcel van Dijk en André Oudenaarden
Hecht GGD Hollands Midden	Joost Genuit en Jan Oostbeek
Het Groene Hart ziekenhuis	Maureen Huijzer-den Toom en Corine Melis
Het Leids Universitair Medisch Centrum	Linda van der Linden en Silvia Topper
Alrijne Zorggroep	Ed van der Meer
Huisartsenpost De LIMES	Corline de Groot en Renske de Groot
Huisartsenpost Midden Holland	Heleen Koemans en Marion Vervoort
Netwerk Acute Zorg West	Wanda Heering en Marike Liedenbaum

Projectuitvoering

GHOR Hollands Midden	Sanne Kruijs Elmar de Waard Aad-Tobias Huijbens
----------------------	---

Experts

Hecht GGD Hollands Midden Epidemiologie	Annemarie van Dijk – van Dijk
VRHM	Afdeling risicoduiding



GHOR Hollands Midden
 Rooseveltstraat 4A
 2321 BM Leiden

071 - 207 30 00
 bureau@ghorhm.nl
 www.ghorhm.nl

