

Handreiking samenwerking ROAZ en DPG

Samenwerking in de
regio bij rampen en
crises



Landelijk netwerk
acute zorg



Inhoud

1 Handreiking samenwerking ROAZ en DPG	1
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doel van de handreiking	5
1.3 Leeswijzer	6
2 Taak en opdracht van ROAZ en DPG	7
2.1 Het ROAZ	7
2.2 DPG – Directeur Publieke Gezondheid	8
3 Samenwerken op thema's	11
3.1 Risicoanalyses	11
3.2 Risicobeheersing/risicomanagement	14
3.3 Voorbereiding op rampen en crisis	15
3.4 Regionale crisisinzet & sturing	16
3.5 Landelijke crisisinzet & sturing	17
3.6 Informatievoorziening & monitoring	19
3.7 Verbreden en verbinden keten van zorg en sociaal domein	19
4 Afsluitend: passende wet- en regelgeving	20
Bijlage bij de Handreiking	21





1. Inleiding

1.1 Aanleiding: enorme impact én enorme ontwikkelingen door Covid-19

Crises die de individuele zorgaanbieders overstijgen en (boven)regionaal en landelijk opgepakt moeten worden, waarvan Covid-19 wel van zeer bijzondere categorie is, zullen ook in de toekomst voorkomen. Daarnaast hebben we te maken met de effecten en impact van crises, die niet alleen worden bepaald door het incident maar ook door de omstandigheden waaronder een incident plaatsvindt en hoe de maatschappij hierop reageert.

Covid-19 en de waterramp in Limburg hebben ons meer dan ooit geleerd hoe belangrijk de acute zorgketen en de zorgpartners daaromheen bij een crisis zijn. Om Covid-19 uit te lichten: de pandemie heeft een enorme impact gehad op de gezondheidszorg. Medewerkers in de acute zorg, caresector en bij de GHOR en GGD hebben een indrukwekkende prestatie geleverd onder extreem moeilijke omstandigheden, met verhoogde uitval en uitstroom van personeel als een van de gevolgen. De veerkracht van het zorgstelsel is tot het uiterste getest, maar met een gezamenlijke inspanning is 'code zwart' steeds afgewend. De pandemie heeft in bepaalde opzichten ook positieve effecten gehad, met name op de pandemische paraatheid. In korte tijd zijn nieuwe ontwikkelingen op gang gekomen, die buiten crisistijden niet zomaar zouden zijn ontstaan. Zo is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) opgericht om samen met de Regionale Coördinatiecentra Patiëntenspreiding (RCPS) en met regionale coördinatiepunten van de GGD en GHOR de druk op de zorg gelijkmatiger over het land te spreiden.

Diverse medische beroepsgroepen hebben zorgstandaarden ontwikkeld voor 'fase 3' crisiszorg, zodat er gedragen professionele, medisch-ethische richtlijnen zijn voor het geval we ooit toch nog in 'code zwart' terecht komen. Ook zijn nieuwe landelijke en regionale (crisis)overleggen binnen de zorg opgetuigd. Nadrukkelijker is in het vizier gekomen dat de cure en de care als 'communicerende vaten' nauw met elkaar verbonden zijn. Ook de Landelijke Ketenmonitor Zorg is vanuit de samenwerking LNAZ/LCPS, GGD GHOR Nederland en de NZa ontwikkeld. Door deze partijen wordt aan doorontwikkeling gewerkt. Van vitaal belang daarvoor is de samenwerking tussen (de voorzitter

van) het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) in zijn/haar rol van hoofd GHOR. Tijdens de pandemie hebben de ROAZ'en en DPG'en veel positieve, nieuwe ervaringen opgedaan met deze onderlinge samenwerking. Ook zijn er soms vragen gerezen over de onderlinge rolverdeling.

Covid-19 en de waterramp in Limburg hebben ons meer dan ooit geleerd hoe belangrijk de acute zorgketen en de zorgpartners daaromheen bij een crisis zijn.

Tijdens de Covidcrisis, die pandemisch en langdurig van aard was, is afgeweken van de regelgeving over aansturing van rampen en crisis. Goede samenwerking op het snijvlak van DPG en ROAZ bleek essentieel. Deze ervaring was voor GGD GHOR Nederland en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) aanleiding tot het schrijven van deze handreiking. In de bijlage 3 "Voorbeeldscenario Pandemie" gaan we daarom nader in op het benodigde goede samenspel tijdens een dergelijke pandemische, langdurige crisis. In de toekomst zullen nieuwe (langdurige) crises voorkomen, over regionale grenzen gaan en extra druk leggen op de zorg die door maatschappelijke omstandigheden zoals bijvoorbeeld de vergrijzing al onder toenemende druk staat.

Het LNAZ en GGD GHOR Nederland zien dat de samenwerking verstevigd kan worden vanuit de complementaire taken en hebben hiervoor deze gezamenlijke handreiking ontwikkeld. Met deze handreiking wordt de samenhang van taken en opdrachten van ROAZ en DPG beschreven. Deze handreiking zet uiteen wat de bestaande wettelijke kaders zijn en geeft daarbij op basis van de geleerde lessen een accentuering voor crises die pandemisch van aard zijn.

1.2 Doel van de handreiking

Het voorliggend document is met inbreng van de achterbannen van GGD GHOR Nederland en LNAZ

tot stand gekomen en bestuurlijk vastgesteld. In het doorlopen proces zijn de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) betrokken geweest bij de scenariosessies en de inbreng vanuit beide ministeries is in voorliggende handreiking meegenomen. Met deze handreiking bieden LNAZ en GGD GHOR Nederland nu de regio's een handvat aan voor het regionale gesprek over de onderlinge samenwerking.

Dit document biedt daarnaast houvast voor de lopende dialogen in het kader van landelijke wetgevingstrajecten, waaronder de Wet Veiligheidsregio's (Wvr), de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) en de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) Acute zorg. De handreiking kan daarnaast worden gezien als gezamenlijke ontwikkelagenda voor de komende jaren.

GGD GHOR Nederland en LNAZ bieden deze handreiking aan aan alle Directeuren Publieke Gezondheid (DPG'en), de voorzitters ROAZ en hun landelijke en

regionale netwerken en netwerkbureaus en de ministeries van VWS en JenV. Daarnaast bieden GGD GHOR Nederland en LNAZ dit document aan aan alle partijen die deelnemen aan de IZA thematafel samenwerking in de acute zorg.

Reacties op dit document zijn van harte welkom. GGD GHOR Nederland en LNAZ herijken dit document periodiek, zodat deze handreiking goed blijft aansluiten op landelijke ontwikkelingen.

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de taak en opdracht van het ROAZ de voorzitter van het ROAZ en van de DPG uiteengezet. Hierna wordt dit verder uitgediept voor een aantal concrete thema's. Afsluitend worden enkele adviezen gegeven over de wet- en regelgeving. In de bijlage zijn de scenariobeschrijvingen opgenomen waarin voor verschillende crisistypen is geconcretiseerd welke rollen de DPG en het ROAZ vervullen en wie daarbij in welke fase 'in de lead' is.

2. Taak en opdracht van ROAZ en DPG

In deze paragraaf wordt kort uiteengezet wat de huidige taak en opdracht is van het ROAZ en de ROAZ-voorzitter. En wat de huidige taak en opdracht is van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). De focus in de omschrijvingen van de taken van DPG en ROAZ ligt op die taken die een raakvlak of overlap met elkaar hebben in de context van (de voorbereiding op) een ramp of crisis.

Kernopdracht ROAZ: de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorgketens in de regio optimaliseren en de zorgcontinuïteit in de acute zorgketen borgen, zodat een patiënt of groep patiënten (ook in geval van rampen en crises) met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt.

deelnemen aan het ROAZ en zorgverzekeraars worden hierbij niet genoemd. Gelet op de regierol van zorgverzekeraars in het zorgstelsel is een goede samenwerking met de zorgverzekeraars van groot belang. De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor voldoende beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedere burger/iedere verzekerde. De praktijk is dat de marktleider in de regio deelneemt aan het ROAZ. In een aantal regio's neemt ook een patiëntvertegenwoordiging structureel deel aan het ROAZ.

2.1 Het ROAZ

In Nederland zijn 10 ziekenhuizen met de erkenning Traumacentrum. Deze 10 ziekenhuizen hebben ieder de opdracht om in de eigen regio invulling te geven aan de door VWS opgedragen taken in het kader van de Wkkgz, onderdeel AMvB Acute zorg en de bijbehorende ministeriële regeling (2022). Deze taken richten zich op:

- Het traumazorgnetwerk met inbegrip van de zorg door het Mobiel Medisch Team (MMT)
- Het ROAZ
- Het organiseren van het opleiden, trainen, oefenen (OTO) en het coördineren van deze activiteiten om voorbereid te zijn op rampen en crises.

Het aangewezen traumacentrum organiseert het ROAZ. Dit ROAZ is het regionale overleg van aanbieders van acute zorg. Het ROAZ is niet één overleg maar een samenhangend geheel van overleggen op operationeel, tactisch en strategisch niveau, passend bij de opdracht van het ROAZ.

De AMvB Acute zorg schrijft voor welke zorgaanbieders deelnemen aan het ROAZ: het traumacentrum, ziekenhuizen, ambulancezorg (incl. meldkamer), huisartsen en -posten, verloskundige zorg, farmaceutische zorg, VVT (Wlz zorg, wijkverpleging, ELV geriatrische revalidatie), GGZ (crisisdienst), GGD en GHOR (DPG). De AMvB Acute zorg beschrijft welke zorgaanbieders

Niet vastgelegd is wie voorzitter ROAZ is. In de regel is dit de bestuursvoorzitter/lid Raad van Bestuur van het ziekenhuis met de erkenning Traumacentrum. Vanuit het Traumacentrum wordt door het regionale netwerkbureau acute zorg het ROAZ van de regio georganiseerd. Voor de bovenstaande door VWS opgedragen taken ontvangt ieder aangewezen Traumacentrum jaarlijks een beschikbaarheidsbijdrage voor de coördinatie Trauma/ROAZ en een beschikbaarheidsbijdrage OTO.

Het ROAZ is niet één overleg maar een samenhangend geheel van overleggen op operationeel, tactisch en strategisch niveau

Conform de AMvB Acute zorg worden in het ROAZ in ieder geval afspraken gemaakt over:

1. de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio, mede in relatie tot de normen;
2. maatregelen die de druk op de acute zorgketen beperken met oog op de beschikbaarheid van acute zorg in de regio;
3. de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio, ook tijdens piekperiodes, zoals tijdens griep en vakantieperiodes en bij crises en rampen;



4. het inzicht voor zorgverleners in welke zorgaanbieder in de regio welke specifieke competenties, expertises en faciliteiten heeft voor het bieden van acute zorg aan cliënten met specifieke toestandsbeelden;
5. de informatie die zorgaanbieders in de regio beschikbaar stellen over de specifieke competenties, expertise en faciliteiten die zij hebben voor het bieden van acute zorg aan cliënten met specifieke toestandsbeelden;
6. de informatie die zorgaanbieders met elkaar delen teneinde inzicht te bieden in de actuele voor acute zorg en intensive care beschikbare capaciteit in de regio;
7. het inzicht in de opleidingsinspanningen van zorgaanbieders in de regio;
8. crisisplannen als bedoeld in artikel 8A.5 van het uitvoeringsbesluit van zorgaanbieders in de regio.

In het kader van crisisbeheersing & opleiding, trainen, oefenen (OTO) worden in het ROAZ door zorgaanbieders afspraken met elkaar gemaakt over:

1. de crisisplannen
2. de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio bij crisis en rampen en
3. op basis van een (meer)jarenplan de activiteiten in het kader van opleiden, trainen, oefenen van individuele zorgaanbieders dan wel in gezamenlijk regio-verband.

Hierover vindt in het ROAZ de afstemming plaats met de DPG vanuit de taken en verantwoordelijkheid bij rampen en crisis in het kader van de Wet Veiligheidsregio.

Het Landelijk Centrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Regionale Centra Patiënten Spreiding (RCPS-en) zijn ingericht voor en ten tijde van de Covid-19 pandemie. Het LCPS als onderdeel van het LNAZ, ondersteunde de regionale netwerken acute zorg en de sectoren om de patiëntenzorg in Nederland zo goed mogelijk te laten doorgaan. De inmiddels afgeschaalde functie van het LCPS blijft onderdeel van het LNAZ zodat opschalen mogelijk is wanneer nodig.

2.2 DPG – Directeur Publieke Gezondheid

De DPG staat aan het hoofd van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie (GHOR) in de regio. In Nederland zijn er 25 GGD/GHOR-regio's. De DPG staat met één voet in het stelsel van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg, waaronder de crisistaken van de GGD) en met de andere voet in het stelsel van de algemene crisisbeheersing onder de Wet Veiligheidsregio's (Wvr). De rol van de DPG is in dit kader ook beschreven in de AMvB acute zorg. De DPG wordt benoemd door het bestuur van de GGD, in afstemming met het bestuur van de veiligheidsregio. Voor de uitvoering van de GHOR-taken beschikt de DPG over een GHOR-bureau dat ondersteuning biedt aan de DPG. De vormgeving en organisatorische inbedding daarvan verschilt per regio.

Ingevolge de Wet veiligheidsregio's (Wvr) is de GHOR onderdeel van de veiligheidsregio en belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing.

Kernopdracht DPG: De DPG draagt zorg voor de afstemming tussen de zorg, publieke veiligheid en publieke gezondheid. De DPG vervult daarin 3 rollen.

- **Bewakingsrol DPG.** Toezien op en rapporteren aan het bestuur Veiligheidsregio over mate van voorbereiding van de zorg (mede in relatie tot risico's), signaleren van knelpunten, signaleren en analyseren van (nieuwe) risico's.
- **Coördinerol DPG.** Zorgdragen voor afstemming tussen de sectoren zorg, publieke veiligheid en publieke gezondheid, in de vorm van afspraken, afgestemde planvorming en het zijn van liaison tussen de overlegtafels in die sectoren (warme en koude fase) en operationele sturing op geneeskundige hulpverlening via de 24/7 GHOR-crisisfuncties. Tevens zorgdragen voor afstemming met en tussen geneeskundige zorginstellingen in crisissituaties waarin het ROAZ geen rol vervult, zoals bijvoorbeeld het organiseren van reguliere medische zorg in de crisisnoodopvang voor vluchtelingen.
- **Adviesrol DPG.** Advies aan de verschillende domeinen over de onderlinge afstemming, (zorg)risico's en voorbereiding, zowel in de koude, lauwe als warme fase.

Deze geneeskundige hulpverlening en de voorbereiding daarop zijn een wezenlijk onderdeel van de publieke veiligheidstaken. Doel van de GHOR is dat onder aansturing hiervan de betrokken organisaties gereed zijn om naadloos op te schalen van de dagelijkse naar grootschalige hulpverlening, waarbij de betrokken organisaties multidisciplinair op regionaal niveau als één samenhangende zorgketen optreden om gezondheidsschade voor burgers bij een ramp of crisis zoveel mogelijk te voorkomen of beperken.

Daarnaast adviseert de GHOR andere overheden en organisaties om gezamenlijk op te kunnen treden tijdens een ramp of ongeval (door middel van evenementenadviesing en adviesing omgevingsveiligheid). De GHOR-taak is gericht op zorginstellingen die medi-

sche zorg verrichten in het kader van geneeskundige hulpverlening. De DPG maakt namens het bestuur van de veiligheidsregio schriftelijke afspraken over de voorbereiding van de geneeskundige hulpverlening met individuele zorgverleners zoals GGD'en, huisartsen, ziekenhuizen, traumacentra en de RAV's. De DPG onderhoudt daarmee het brede netwerk in de koude fase en zorgt dat afspraken actueel zijn zodat opschaling van zorg tijdens een ramp of crisis goed verloopt. Tijdens een ramp of crisis geschiedt de geneeskundige hulpverlening onder de operationele leiding van de DPG als directeur GHOR.

De uitvoering van deze geneeskundige hulpverlening onder alle omstandigheden is en blijft een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf op basis van de sectorale wetgeving. De crisisbeheersing en de voorbereiding van de zorg op rampen en crisis vindt plaats op het snijvlak van drie domeinen met ieder eigen wettelijke stelsels (Wvr, Wpg en Wkkgz/AMvB acute zorg). De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de eigen zorgverlening onder alle omstandigheden. Vanuit de Wvr acteert de DPG (zowel vanuit de GHOR-taken in het kader van rampen en crisis als vanuit de GGD taken) in ROAZ-verband in het publieke belang van veiligheid en gezondheid, zoals beschreven in de AMvB acute zorg.

De DPG heeft als hoofd GHOR in ROAZ-verband de volgende taken:

1. Vertegenwoordigt de GHOR (of bij afspraken over onderlinge vertegenwoordiging meerdere GHOR-regio's) als onderdeel van de Veiligheidsregio.
2. Zorgt voor de verbinding van het ROAZ met de publieke gezondheidszorg en de opgeschaalde acute hulpverlening bij rampen en crises.
3. Adviseert zorgaanbieders met een ketenbrede blik over de voorbereiding op rampen en crises.
4. Draagt zorg voor afstemming van de planvorming tussen zorg en veiligheid
5. Zorgt dat hij inzicht heeft in de mate van voorbereiding van de zorgaanbieders op rampen en crises.
6. Legt verbindingen en bewaakt het publieke belang namens het openbaar bestuur.

Op grond van de Wvr is de veiligheidsregio verantwoordelijk voor de algemene crisisbeheersing en voor de advisering over risicobeheersing. De veiligheidsregio omvat partijen in de multidisciplinaire crisisbeheersing: Brandweer, Politie, Bevolkingszorg, GHOR en een

1. Waar in de rest van het document soms alleen de term 'zorginstellingen' of 'zorgaanbieders' wordt gebruikt, worden beide bedoeld.
2. ramp: een zwaar ongeval of een andere gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiële belangen in ernstige mate zijn geschaad of worden bedreigd en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten of organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken; crisis: een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast



veelheid aan vitale organisaties zoals waterschappen, Defensie en nutsvoorzieningen. In de Wvr zijn specifieke taken opgenomen over de mate van voorbereiding op rampen en crisis door de zorgpartijen. Wat betreft de geneeskundige hulpverlening maakt de DPG hierover de afspraken met de zorginstellingen/zorgaanbieders¹. Afspraken tussen GHOR en de zorgaanbieders worden vaak voorbereid op het schaalniveau van de veiligheidsregio, mede afhankelijk van de schaalgrootte van het ROAZ. De afspraken in het kader van opleiden, trainen en oefenen worden in samenspraak met het ROAZ opgesteld. Hierbij stelt de AMvB acute zorg dat de coördinatie op opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crisis op ROAZ-schaal plaatsvindt. Ook worden in het ROAZ actief afspraken gemaakt over vervolgcacties die vanuit de beide netwerken in samenspraak georganiseerd en gecoördineerd worden.

Het bestuur van de veiligheidsregio beziet of er voor een burger afdoende waarborg op geneeskundige zorg is bij een potentiële ramp of crisis.

In de Wvr is opgenomen dat de DPG de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crisis op lokaal of regionaal niveau heeft. Hiervoor is 24/7 een crisisorganisatie GHOR paraat. De verantwoordelijkheid bij een ramp (die voldoet aan de definitie uit de Wvr²) ligt afhankelijk van de schaalgrootte bij de burgemeester of bij de voorzitter Veiligheidsregio. Indien de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening (of de voorbereiding daarop) naar het oordeel van het bestuur van de veiligheidsregio tekort schiet, treedt het bestuur in overleg met de betreffende zorgaanbieder op. De voorzitter van de veiligheidsregio kan, indien hij/zij geen verbetering constateert, de desbetreffende zorgorganisatie op advies van de DPG een schriftelijke aanwijzing geven. Blijft de zorgaanbieder in gebreke, dan verzoekt de voorzitter veiligheidsregio de Minister van VWS de nodige maatregelen te treffen.

De DPG is op grond van de Wpg verantwoordelijk voor de voorbereiding van de eigen GGD-organisatie op rampen en crisis en voor de afstemming daarvan met de zorg en de publieke veiligheid. De Wpg beschrijft onder andere de taken van het College van Burgemeesters en Wethouders voor het uitvoeren van de gemeentelijke verantwoordelijkheid om de publieke gezondheid te bewaken, beschermen en bevorderen. Dit omvat ook specifieke GGD-crisisprocessen infectieziektenbestrijding (IZB), medische milieukunde (MMK),

psychosociale hulp (PSH) en gezondheidsonderzoek na rampen (GOR).

Specifiek in het geval van A-infectieziekten ligt het opperbevel over de crisisbeheersing op basis van de Wvr bij de voorzitter Veiligheidsregio. Deze draagt dan zorg voor de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte. De minister van VWS heeft de leiding over die bestrijding en kan aan de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen (art 7 Wpg). Het wetsvoorstel Wpg 2e tranche maakt rechtstreekse aansturing van de DPG door de Minister van VWS (via de Landelijke Faciliteit Infectieziektebestrijding (LFI)) mogelijk. Deze vult de bestaande aansturing van de voorzitter van de veiligheidsregio's aan. Beide aansturinglijnen komen in beeld indien sprake is van een epidemie van een A-infectieziekte of een directe dreiging daarvan.

De DPG vervult binnen deze kaders als directeur van de GHOR een bewakende, coördinerende en adviseerende rol en heeft als directeur van de GGD de feitelijke leiding over de (opgeschaalde) infectieziektebestrijding. Hierbij is afstemming tussen de DPG en voorzitter Veiligheidsregio cruciaal.

De wijze waarop de DPG naar de medemens kijkt is niet als patiënt, maar als burger. Een burger die risico loopt om getroffen te worden door een ramp of crisis en daardoor mogelijk een gezondheidsrisico loopt of een slachtoffer wordt waardoor hij/zij als patiënt zorg nodig heeft (publieke veiligheid & gezondheid). Het bestuur van de veiligheidsregio beziet of er voor een burger afdoende waarborg op geneeskundige zorg is bij een potentiële ramp of crisis.

Vanuit dat publieke belang neemt de DPG deel aan het ROAZ en gaat de DPG met de geneeskundige zorgpartijen en de zorgverzekeraar het gesprek aan over de prioritaire risico's voor de zorg, de mate van voorbereiding van de zorg op rampen en crises, de toegankelijkheid van reguliere acute en planbare zorg bij bijvoorbeeld evenementen, alsmede de gevolgen van beleid en crises die leiden tot een afname van zorgaanbod voor geneeskundige hulpverlening bij een ramp (bijvoorbeeld door sluiting van een ziekenhuis of SEH). De DPG heeft voorts oog voor de complementaire blik op de (zorgbehoevende) medemens als verhoogd kwetsbare of verminderd zelfredzame bij een ramp of crisis. Sommige medemensen worden immers harder getroffen of lopen een groter risico dan anderen.

3. Samenwerken op thema's

Door samen te werken, (ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid) duidelijke afspraken te maken en uniform te handelen, hoeft niet iedere organisatie het wiel opnieuw uit te vinden en ontstaat een eenduidig geluid naar buiten. In het Landelijk beleidskader 3.0 Risicomanagement en Crisisbeheersing voor de Zorg³, hebbende zorgaanbieders die samenwerken in de regionale netwerken acute zorg een stevige basis om zich goed voor te bereiden op opgeschaalde zorg om de zorgcontinuïteit in de regio's te waarborgen bij rampen en crises. Zo dragen de netwerken bij aan de integrale voorbereiding op rampen en crises.

De ROAZ'en verbreden hierbij de scope van uitsluitend crisisbeheersing en OTO naar risicomanagement in den brede en richten zich daarbij op integratie en samenwerking in een breed netwerk. Een belangrijk onderdeel hiervan is de intensivering van de samenwerking tussen de GHOR-bureaus in de regio en de Acute Zorgnetwerken. Daarbij staat samenwerken en samen doen centraal met aandacht voor de verschillende belangen. Waarbij het publieke belang van opgeschaalde medische zorg als publiek belang (Wvr) niet per definitie identiek is aan ROAZ-belang en het individuele patiënt belang.

In de volgende paragrafen worden de taken van ROAZ (voorzitter) en DPG en de beoogde onderlinge samenwerking nader geconcretiseerd op de volgende thema's:

- Risicoanalyses
- Risicobeheersing/risicomanagement
- Voorbereiding op rampen en crisis
- Regionale crisisinzet en sturing
- Landelijke crisisinzet en sturing
- Informatievoorziening & monitoring
- Verbreden en verbinden keten van zorg en sociaal domein

3.1 Risicoanalyses

Voorbereiding op rampen en crises (en preventief verkleinen van risico's) begint met inzicht in risico's. Niet alleen pandemieën kunnen de gezondheidszorg en de maatschappij hard treffen. De gezondheidszorg wordt bedreigd door een veelheid aan externe en interne risico's (zie kader P12). Dit vraagt een generieke veerkracht van de gezondheidszorg om alle mogelijke soorten rampen en crises het hoofd te kunnen bieden. Tegelijkertijd is voor sommige voorzienbare, prioritaire

risico's een gerichte voorbereiding nodig en kunnen risico's (en de kwetsbaarheid daarvoor) zelfs preventief worden gereduceerd. Om onderbouwde keuzes hierin te kunnen maken, is inzicht in risico's nodig.

Voorbereiding op rampen en crises (en preventief verkleinen van risico's) begint met inzicht in risico's.

Rampen en crises kunnen met een zorgvuldige risicoanalyse met bijbehorende impactanalyse effectiever en efficiënter worden voorbereid door de netwerken dan wanneer alleen vanuit OTO-activiteiten wordt geanticipeerd op specifieke scenario's. Een effectievere voorbereiding wordt vooral bereikt door (crisis)planvorming en OTO-activiteiten primair af te stemmen op de risico's die de kritieke processen van zorgaanbieders kunnen verstoren, ten einde in de gehele keten zo generiek mogelijk risico's en impacts te verminderen. De focus wordt hiermee verlegd naar het denken in kritieke processen en risico's, alsmede de risico-reducerende maatregelen. Een actuele en zorgvuldige risicoanalyse (op basis van kritieke processen) is daarmee een belangrijke randvoorwaarde voor de inzet van gelden en focus van het OTO-programma van zorgaanbieders binnen de regio.

Het voorzien in uniforme hulpmiddelen en regionale structuren is van belang om deze randvoorwaarden goed in te vullen. Het vertrekpunt voor integraal risicomanagement is het inventariseren van de risico's voor de eigen zorgaanbieder (interne kritieke processen).

3. https://www.lnaz.nl/cms/files/landelijk_beleidskader_risicomanagement_en_crisisbeheersing.pdf

4. Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 (lnaz.nl). Medio 2024 publiceert LNAZ het Kwaliteitskader 3.0

Soorten risico's voor de zorg

Heel veel rampen en crises hebben directe impact op de zorg. Er zijn echter ook risico's binnen de zorg zelf, die geen publieke ramp of crisis zijn, maar wel grote impact hebben op de continuïteit van zorg. Op hoofdlijnen zijn de volgende publieke en zorgrisico's te onderscheiden:

- Externe risico's met een grote acute zorgvraag (gewonden, zieken), zoals verkeersongevallen, terreuraanslagen en aardbevingen.
- Publieke gezondheidsrisico's met een grote specialistische zorgvraag (bescherming, ontsmetting, behandeling), zoals chemische, biologische, radiologische en nucleaire ongevallen/aanslagen en rampen met veel psychosociale impact.
- Externe verstoring van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg, zoals extreem weer, overstromingen en openbare ordeverstoringen.
- Interne verstoring of uitval van individuele zorginstellingen met ketengevolgen, zoals een brand in een zorginstelling, wateroverlast, stroomuitval en eventueel naar aanleiding van een ontruiming.
- Regionale verstoring van het zorgaanbod, zoals uitval van nutsvoorzieningen, personeelstekorten, verstoringen van logistieke ketens en cyberaanvallen.
- Deze categorieën zijn niet wederzijds uitsluitend. Sommige risico's (zoals pandemieën) leiden bijvoorbeeld tegelijkertijd tot een grote zorgvraag en een verminderd zorgaanbod.

De veiligheidsregio's stellen de regionale risicoprofielen op. De GHOR-bureaus vertalen dit in samenwerking met de ROAZ'en en met de netwerkbureaus naar een zorgrisicoprofiel (ZRP) voor de zorgorganisaties. De risicoanalyse en het zorgrisicoprofiel komen terug in het nieuwe kwaliteitskader Crisisbeheersing en Opleiden, Trainen, Oefenen 3.0 met de volgende uitgangspunten:

- Gebaseerd op inzicht in relevante risico's en de doorvertaling daarvan in planvorming en beheersmaatregelen.
- Aandacht voor crisisbeheersing en doorvertaling naar planvorming. Dit wordt ondersteund en geborgd met concrete OTO-activiteiten. Met als doel het vakbekwaam maken en houden van sleutelfunctionarissen in de (crisis)organisatie en zo voorbereid te zijn op een crisis.

De veiligheidsregio heeft een wettelijke taak om

publieke veiligheidsrisico's die kunnen leiden tot een ramp of crisis te analyseren in het regionaal risicoprofiel. Dit omvat tevens rampen en crises die leiden tot grote aantallen gewonde slachtoffers of tot impact op een of meer zorginstellingen (zoals een brand of wateroverlast) of tot impact op de continuïteit van de hele (acute) zorgketen (zoals grootschalige uitval van nutsvoorzieningen). Ook grootschalige risico's op het raakvlak met publieke gezondheid worden meegenomen, zoals infectieziekten en ongevallen met gevaarlijke stoffen. De uitdaging voor de DPG vanuit zijn/haar regierol op het risicoanalyseproces is om als liaison tweerichtingsverkeer op gang te brengen: enerzijds om de risico's uit het regionaal risicoprofiel door te vertalen naar analyses en handelingsperspectieven voor de zorg door het zorgrisicoprofiel en anderzijds om de risico's binnen de zorg nog beter een plek te geven binnen het regionaal risicoprofiel. Het regionaal risicoprofiel omvat namelijk zeker niet alle relevante risico's die effect op de zorgketen kunnen hebben. Allerhande interne risico's binnen de zorg zelf worden er niet standaard in meegenomen en behoren ook niet primair tot het kennisveld van de veiligheidsregio, zoals verstoringen in logistieke medische ketens of personeelsproblematiek in de zorg, maar kunnen wel gezamenlijke beeldvorming en eventueel gezamenlijk optreden van ROAZ en DPG vergen.

De gezamenlijke uitdaging voor ROAZ en DPG is om (nu nog onderbelichte) interne en externe risico's in beeld te krijgen voor de regionale continuïteit van de zorgketen (zowel acute zorg als op het raakvlak met care). Belangrijk is ook dat de instellingen in de acute zorg en in de care gezamenlijk zijn voorbereid om bij rampen en crises de noodzakelijke geneeskundige hulp te verlenen. Deze voorbereiding wordt versterkt door de introductie van het zorgrisicoprofiel. Zoals beschreven in de contourennota Wvr en de AmvB Acute Zorg vertaalt de DPG/GHOR de dominante (boven)regionale risico's in het kader van geneeskundige hulpverlening naar scenario's voor de gehele geneeskundige keten.

De DPG heeft vanuit haar bewakende rol een signalerende en adviserende functie richting het bestuur van de Veiligheidsregio ten aanzien van de aandachtspunten voortkomend uit het zorgrisicoprofiel. De DPG met de GHOR-bureaus vertalen hierbij de regionale risicoprofielen, in samenwerking met de ROAZ'en en netwerkbureaus, naar een zorgrisicoprofiel voor de zorgaanbieders. De relevante risico's worden hierbij vertaald in planvorming en beheersmaatregelen met als doel om de (zorg)organisaties gezamenlijk optimaal voor te bereiden op crises. Het zorgrisicoprofiel is gericht op de gehele geneeskundige keten en het brede spectrum aan crisistypen. De zorgpartijen

zijn en blijven verantwoordelijk voor de verdeling van capaciteit in de zorg. In het ROAZ worden hierover gezamenlijk afspraken gemaakt.

Dit vergt het bij elkaar brengen van partijen in een gezamenlijk gedragen analyseproces, waarbij DPG en ROAZ ieder een eigen netwerk en kennisdomein inbrengen, complementair aan elkaar. Sommige risico's worden daarbij specifiek door één partij beschouwd, maar de meeste risico's vertonen een overlap en worden door de partijen ieder vanuit hun eigen perspectief beschouwd. De samenwerking komt tot uitdrukking in de kennis die enerzijds de DPG heeft van publieke veiligheidsrisico's en publieke gezondheidsrisico's en de advisering daarover aan de voorzitter Veiligheidsregio en anderzijds de kennis van het ROAZ en de zorginstellingen van interne zorgrisico's en ketenrisico's en gezamenlijk over de kwetsbaarheid van patiënten en burgers.

Kortom, samenwerken op:

- Ontwikkelen van compatibele risicotaal en -methodieken
- Inzicht creëren in de mate waarin het zorgaanbod toereikend is voor de geneeskundige zorgvraag bij rampen en crises
- Verbinden van inzichten over kwetsbare groepen
- Een proces waarin partijen uit acute zorg, care, publieke veiligheid en publieke gezondheid met elkaar de dialoog aangaan, gezamenlijk tot expertbeoordelingen van risico's komen en uitkomsten van eigen (interne) risicoanalyses met elkaar delen en vergelijken
- Gezamenlijk afstemmen van prioritering van risico's en van beleidsadviezen voor risicobeheersing en voorbereiding.



Foto: Megin Zondervan

3.2 Risicobeheersing/risicomanagement⁵

Onderdeel van de cyclus van crisismanagement is ook de risicobeheersing. Dit omvat activiteiten die zijn gericht op het vermijden van risico's, beperken van de waarschijnlijkheid of impact daarvan en het beperken van de kwetsbaarheid (van de zorg) voor die impact. De veiligheidsregio heeft een adviestaak naar gemeenten en provincie over risicobeheersing door middel van ruimtelijke ordening (omgevingsveiligheid). Risicobeheersing is echter veel breder dan dat. Voor prioritaire risico's worden door de veiligheidsregio 'beïnvloedingsanalyses' gedaan, die leiden tot inzichten over mogelijke draaiknoppen om risico's in te dammen, bijvoorbeeld door waterschappen of nutsbedrijven.

Een veelheid aan (gemeentelijke) beleidsvelden en publieke en private sectoren kunnen hier een rol in

spelen. Voorts heeft de DPG een specifieke adviestaak naar gemeenten over evenementenveiligheid en naar de zorg over maatregelen voor infectiepreventie.

Tegelijkertijd doen individuele zorginstellingen zelf ook aan risicobeheersing binnen de eigen bedrijfsvoering. Zo nemen zorgaanbieders interne maatregelen en maken zij bijvoorbeeld afspraken met nutsvoorzieningen over leveringszekerheid en back-up voorzieningen. Niet alle risico's zijn uit te sluiten, maar de kans, impact en kwetsbaarheid van de zorg daarvoor kunnen wel worden gereduceerd. Door goede planvorming en een onderbouwd OTO-programma kan dit bewerkstelligd worden. Daarom wordt de scope door de ROAZ'en verbreed en krijgt risicomanagement meer aandacht de komende jaren. De GHOR als onderdeel van de Veiligheidsregio is hierin een belangrijke samenwerkings-

partner voor de ROAZ'en en de ROAZ-netwerkbureaus. Ieder vanuit de eigen wettelijke taak.

Zoals eerder beschreven maakt het ROAZ afspraken over waarborgen voor de 24/7 bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg onder alle omstandigheden. Dit betekent dat ook maatregelen die kunnen leiden tot kwetsbaarheidsreductie van de zorgketen onderwerp van gesprek in het ROAZ zijn. In het ROAZ stemmen de DPG en de zorgaanbieders de ketenbrede risicobeheersingsmaatregelen binnen de zorg af op maatregelen van gemeenten en andere partijen.

Kortom, samenwerken op:

- Organiseren ketenbrede regionale dialoog over crisisbeheersings- en risicobeheersingsmaatregelen in de acute zorg en caresector, welke gevolgen deze maatregelen over en weer kunnen hebben en waar partijen elkaar nodig hebben
- Versterken van dwarsverbanden tussen risicobeheersing in het publieke domein, binnen de zorg en gezondheidsbevordering binnen publieke gezondheid
- Het in samenhang agenderen van maatregelen bij verschillende besluitvormende tafels (veiligheidsregio, gemeenten, zorgverzekeraars, nutsvoorzieningen)
- Vroegtijdig signaleren van wijzigingen in risico's en in het zorgaanbod, die gevolgen hebben voor het potentieel voor geneeskundige hulpverlening of het risico vergroten op discontinuïteit van de zorg.

3.3 Voorbereiding op rampen en crisis

Zorginstellingen/zorgaanbieders die behoren tot de acute zorg zijn verplicht te beschikken over een crisisplan en hun crisisfunctionarissen te bekwamen (crisismanagement processen) door opleiden, trainen en oefenen (OTO). De zorgaanbieders in het ROAZ worden hierin ondersteund met de OTO-stimuleringsgelden, het 'Landelijk Beleidskader 3.0 Risicomanagement en Crisisbeheersing voor de Zorg, OTO', het nieuwe Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 3.0 in samenwerking met de expertise en inzichten van de GHOR-organisaties en gecoördineerd door de ROAZ-netwerkbureaus.

Het ROAZ is de overlegtafel waar DPG en zorgaanbie-

ders de crisisplannen ketenbreed afstemmen⁶.

De DPG adviseert zorgaanbieders over hun crisisplannen (adviesrol), draagt zorg voor afstemming tussen de crisisplannen en OTO-activiteiten van acute zorg en caresector, veiligheid en publieke gezondheid (coördinatie) en bewaakt de mate van voorbereiding van de zorg en rapporteert hierover aan het bestuur van de veiligheidsregio (bewakingsrol). De DPG draagt verder zorg voor de voorbereiding (planvorming en OTO) van de crisisorganisatie GHOR.

Niet alle risico's zijn uit te sluiten, maar de kans, impact en kwetsbaarheid van de zorg daarvoor kunnen wel worden gereduceerd.

De Covid-19 pandemie laat zien dat ook ieder ROAZ en de ROAZ-en met elkaar een rol hebben bij (langdurige) crises bij bedreiging van de (regionale) continuïteit van de acute zorgketen, die het regionale niveau van de veiligheidsregio en de ROAZ-regio overstijgt. Deze regionale rol van het ROAZ is een voortzetting van de reguliere rol om de toegankelijkheid van de acute zorg te waarborgen, maar dan onder crisissomstandigheden. Deze moet net als bij individuele zorginstellingen worden geborgd in afspraken in een crisisplan en in OTO-activiteiten, waaronder in afspraken over de concrete operationele afstemming en crisis-overleggen op het raakvlak van veiligheidsregio, GHOR en ROAZ. In alle ROAZ-regio's wordt vorm gegeven aan zorgcoördinatie. Vanuit de zorg zal hierbij multidisciplinair worden samengewerkt. Ook deze nieuwe regionale zorgcoördinatievoorzieningen zullen goed voorbereid moeten zijn op rampen en crisis, in afstemming met de veiligheidsketen.

Kortom, samenwerken op:

- Intensiveren van de samenwerking tussen de ondersteuningsbureaus van het ROAZ en de GHOR bij de voorbereiding op rampen en crisis.
- Actueel houden van planvorming ten behoeve van een parate crisisorganisatie in de keten van GHOR, GGD, ROAZ en andere veiligheidspartners. Hierbij

5. In het 'Landelijk beleidskader 3.0 Risicomanagement en Crisisbeheersing voor de Zorg, OTO' van LNAZ wordt risicobeheersing ook wel aangeduid met de term risicomanagement. In relevante literatuur komen beide termen voor. Bij het ontwikkelen van "compatibele risicotaal" kan dit naar elkaar toegroeien.

6. De crisisorganisatie GHOR is onderdeel van de multidisciplinaire crisisorganisatie van de veiligheidsregio. Daarnaast beschikt de DPG over de eigen crisisorganisatie van de GGD.



heeft de DPG de focus op het publieke belang en afstemming met andere crisispartners en het ROAZ op het borgen van zorgcontinuïteit en in-/door-/uitstroom.

- Nog betere afstemming van rapportage-systematieken van zelfrapportages en visitaties in het kader van het 'Landelijk Beleidskader 3.0 Risicomanagement & Crisisbeheersing voor de zorg' (ROAZ) en de bewaking van de voorbereiding vanuit de Wvr (DPG).
- Bijeenbrengen van risicoanalyses van veiligheidsregio, GGD, ROAZ en zorginstellingen als gezamenlijk input voor de prioritering bij de toekenning van OTO-stimuleringsgelden.
- De benodigde eigen voorbereiding van zorgcoördinatievoorzieningen op rampen en crisis, in goede afstemming met de veiligheidsketen.

3.4 Regionale crisisinzet & sturing

De zorg aan gewonde slachtoffers en zieken (flits-ramp) wordt geleverd door de keten van zorginstellingen en zorgaanbieders, op basis van hun eigen crisisplan en de convenanten tussen de acute zorgaanbieders en de GHOR in het kader van crisisbeheersing. In het geval van geneeskundige hulpverlening met multidisciplinaire opschaling, waarbij bestuurlijke besluiten genomen moeten worden, heeft de DPG-zitting in het beleidsteam en adviseert de burgemeester of voorzitter Veiligheidsregio, zowel op grond van de Wvr als de Wpg. De GHOR treedt in de crisisteams van de veiligheidsregio op als vertegenwoordiger van geneeskundige zorgpartijen en vice versa namens de multidisciplinaire crisisbeheersing naar zorgpartijen.

In de acute fase van een ramp of (publieke) crisis is de DPG 'in de lead' over de geneeskundige hulpverlening aan slachtoffers (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening) en indien van toepassing over de crisisorganisatie van de GGD. De DPG adviseert deze zorgpartijen waar nodig over continuïteit van zorg in de keten, met daarbij specifieke focus op kwetsbare groepen. De DPG geeft leiding aan de crisisfunctionarissen van GHOR en GGD. De DPG heeft de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening, als onderdeel van het geheel van de rampenbestrijding en crisisbeheersing. De DPG houdt een actueel informatiebeeld bij van de situatie in de zorg en draagt van daaruit bij aan de multidisciplinaire informatievoorziening en zorgt vice versa dat relevante multidisciplinaire informatie wordt gedeeld met de zorg. De DPG draagt

zorg voor afstemming tussen veiligheid en zorg over publiekscommunicatie. De voorzitter van het ROAZ en de DPG zien samen toe op het naleven van die afspraken. In het uiterste geval kan de DPG de voorzitter Veiligheidsregio adviseren gebruik te maken van een aanwijzingsbevoegdheid naar de zorg.

Vanuit de crisisorganisatie van de GHOR wordt proactief afstemming gezocht met het ROAZ

Vanuit de acute fase van een ramp of crisis kan er ook een langdurige belemmering ontstaan voor de toegang tot acute zorg en/of een bedreiging van de zorgcontinuïteit in de keten. In deze fase vindt binnen het ROAZ afstemming plaats over de continuïteit van de regionale acute zorgketen. Ook bij incidenten zonder een duidelijke acute fase, maar een toenemende druk op de continuïteit van zorg, bijv. bij een ernstige griepgolf, is het ROAZ in de lead. De ROAZ-voorzitter benut de bestaande ROAZ-overlegstructuren om afspraken te maken over de toegang en continuïteit van de acute zorg. De DPG en de ROAZ-voorzitter trekken hierin samen op. Vanuit de crisisorganisatie van de GHOR wordt proactief afstemming gezocht met het ROAZ. De DPG informeert de voorzitter van het ROAZ, zodat tijdig een inschatting gemaakt kan worden van een mogelijk langduriger belemmering van de continuïteit van zorg daar waar instroom, doorstroom en uitstroom acute zorg en zorgcontinuïteit onder druk staat. Bij een ervaren grote druk op de zorg kan de infrastructuur van RCPS/LCPS benut worden voor spreiding van slachtoffers/patiënten⁷. De ROAZ-voorzitter organiseert een strategisch ROAZ-ketenoverleg.

Als er in de crisis sprake is van langdurige discontinuïteit van zorgvraag en zorgaanbod dan worden in het ROAZ mitigerende maatregelen afgesproken en continu afgestemd en gecoördineerd voor het borgen van de zorgcontinuïteit. Waar nodig gebeurt dit ook landelijk tussen ROAZ-regio's in afstemming met VWS zoals tijdens de pandemie op basis van het breed gedragen en vigerende Covid-op-schalingsplan dat voor toekomstige situaties, anders dan Covid, nader uit te werken is. In alle gevallen heeft de DPG vanuit het publieke belang van veiligheid de signalerende, bewakende, adresserende en informerende verantwoordelijkheid namens het

openbaar bestuur. Vanuit de complementariteit van de voorzitter ROAZ en de DPG in de verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg initieert de DPG waar nodig overleg en afstemming met het openbaar bestuur. Ter afstemming van maatregelen vanuit crisisbeheersing en binnen de acute zorg kan eventueel gebruik worden gemaakt van een overleg tussen ROAZ-voorzitter, DPG(en) en voorzitter(s) Veiligheidsregio. Het initiatief hiervoor ligt in eerste instantie (in de acute fase) bij de DPG en voorzitter Veiligheidsregio, maar ook de voorzitter ROAZ kan het initiatief nemen, bijvoorbeeld bij een sluipende crisis zonder acute fase.

Kortom:

Ook bij rampen en crisis met een langdurige impact werkt de crisisorganisatie DPG/GHOR/GGD en ROAZ/ROAZ-voorzitter/ROAZ-netwerkbureaus nauw samen. Ook dit vraagt aandacht voor doorontwikkeling van de

regionale samenwerking, gezamenlijke crisisinzet, informatiedeling en sturing passend bij de betreffende regio.

3.5 Landelijke crisisinzet & sturing

De pandemie heeft ons geleerd dat bij crisis ook afstemming tussen alle ROAZ-en wenselijk is en middels afspraken deze coördinatie wordt geregeld. De hier beschreven rolverdeling en samenwerking van ROAZ en DPG en de ervaringen in de pandemie vragen dat het stelsel van landelijke sturing verder wordt aangescherpt. De kern hierbij is dat de gezamenlijke ROAZ-en (verenigd in het LNAZ) en de GGD'en en GHOR-regio's (verenigd in GGD GHOR Nederland) beschikken over een heldere landelijke crisisstructuur passend bij zowel de opdracht van het ROAZ als de opdracht van de DPG.

Bij langdurige crisis in de zorg, zoals bij een pandemie,



Foto: Megin Zondervan

7. Gewondenspreiding in de acute fase vanaf plaats incident naar ziekenhuizen wordt verricht door de Meldkamer Ambulancezorg, in opdracht van de DPG. De infrastructuur RCPS/LCPS is bedoeld voor (secundaire) spreiding van patiënten tussen ziekenhuizen.



Foto: Acute Zorg Euregio Emiel Muijderman

is het ROAZ in the lead als het gaat over zorgcontinuïteitsproblematiek. Waar nodig gebeurt dit ook landelijk tussen ROAZ-regio's in afstemming met VWS. VWS heeft daarvoor de LCPS-functie bij het LNAZ belegd. De DPG draagt dan in het ROAZ zorg voor de verbinding naar de bredere crisisaanpak vanuit de multidisciplinaire crisisstructuren en adviseert hierover richting het bestuur/de voorzitter van de Veiligheidsregio.

Crisissturing moet evenwel niet uitsluitend worden ontworpen op nationale crises. Het is belangrijk dat het systeem niet alleen wordt toegesneden op top-down sturing door de ministers. De crisisbeheersing bouwt voort op reguliere zorg: dat wat in de reguliere

zorg geregeld kan worden, hoeft niet apart opgezet te worden. Samenwerking vindt zo decentraal mogelijk plaats en wordt opgeschaald naar een volgend schaalniveau waar nodig. De voorgestelde blik is daarom in beginsel bottom-up, want het overgrote deel van rampen en crises wordt op een lokaal, regionaal of bovenregionaal niveau afgehandeld. De crisisrespons binnen de genoemde sectoren en zoals geregeld in de Wvr, Wpg en de Wkkgz/AMvB acute zorg moet worden opgebouwd vanuit een vaste basis (voor elk crisistype) schaalbaar zijn van lokaal, naar regionaal, bovenregionaal en landelijk (zowel bottom-up als top-down), met extra aandacht voor bovenregionale en landelijke informatievoorziening en het delen van best practices.

Kortom:

Samenwerking tussen ROAZ'en, DPG'en en de ministeries van JenV en VWS is noodzakelijk om een naadloze aansluiting te realiseren tussen landelijke sturing (top-down) en (boven)regionale samenwerking van onderop (bottom-up).

3.6 Informatievoorziening & monitoring

Informatiegestuurd werken⁸ door de multidisciplinaire veiligheidspartners én door de zorg vergt heldere afspraken over beschikbaar stellen van informatie door en voor de hele zorgketen, zodat de besluitvorming onder crisismomstandigheden altijd is gebaseerd op een actueel en consistent (geneeskundig) situatiebeeld. Bij crises zoals flitsrampen wordt dit beeld opgebouwd en gedeeld door en onder regie van de crisisorganisatie GHOR, in samenwerking met de betrokken zorgaanbieders. Het delen en duiden van informatie bij langlopende (boven) regionale crises is enerzijds vanuit het ROAZ gericht op kunnen borgen van zorgcontinuïteit door zorgaanbieders. En anderzijds vanuit de DPG op de multidisciplinaire beeldvorming binnen de crisisbeheersing (in de veiligheidsregio vindt afstemming plaats met politie, gemeente, brandweer en zorg).

Bij langdurige crisis in de zorg, zoals bij een pandemie, is het ROAZ in the lead als het gaat over zorgcontinuïteitsproblematiek.

Soms is het onderscheid tussen beiden rollen van DPG en ROAZ-voorzitter niet zo éénduidig te maken, dit betekent vooral samenwerken en regionaal heldere afspraken maken over wie doet wat. Uitgangspunt is dat alle relevante informatie over en weer wordt gedeeld, waaronder relevante capaciteitsgegevens, tenzij er specifieke redenen zijn omdat niet te doen (zoals privacy of bedrijfsgevoelige informatie).

Het ROAZ maakt afspraken over het monitoren van de continuïteit van de acute zorg, inclusief de in-, door- en uitstroom op het raakvlak met de caresector. Zodanig dat knelpunten gesignaleerd en besproken kunnen worden binnen care en/of tussen care, vervolgzorg en acute zorg en publieke gezondheid. Het ROAZ en de DPG delen relevante monitoringsinformatie met de

keten van de zorg. De DPG draagt zorg voor de multidisciplinaire informatievoorziening (vice versa) met de veiligheidsregio, het sociaal domein en het openbaar bestuur.

Kortom, samenwerken op:

- Delen en gebruiken van relevante (sturings)informatie zowel door individuele zorginstellingen als organisaties in het sociaal en publieke domein ten behoeve van een ketenbreed situatiebeeld van de zorg en gemeenschappelijke monitoring
- Uniformeren van definities van monitoringgegevens van acute zorg en de caresector

3.7 Verbreden en verbinden keten van zorg en sociaal domein

De acute zorg en care zijn communicerende vatten, zeker ook onder crisismomstandigheden. Vanuit de AMvB acute zorg is de care, in relatie tot in-, door- en uitstroom acute zorg, deelnemer aan het ROAZ. Concreet worden in de AMvB genoemd: aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die geen acute zorg verlenen, aanbieders van wijkverpleging, aanbieders van eerstelijnsverblijf, aanbieders van Wlz-zorg en aanbieders van geriatrische revalidatiezorg. De exacte vormgeving van de deelname van deze zorgpartijen aan het ROAZ (en de relatie met andere regionale overleggen) moet regionaal nader worden afgesproken. Dit omvat tevens het verder smeden van netwerkrelaties met het sociaal domein (door gemeenten gefinancierde Wmo-zorg, maar ook jeugdhulp en gehandicaptenzorg) met aandacht voor kwetsbare groepen. De DPG draagt hieraan bij vanuit zijn/haar GGD-taken. De verwachting is dat de ontwikkeling van zorgcoördinatie de samenwerking tussen acute zorg en care verder zal verstevigen en versnellen. Van belang voor de partijen in de caresector is ook doorontwikkeling en een extra impuls in de eigen onderlinge netwerksamenwerking. Dit betreft ook de voorbereiding op de impact van rampen en crises binnen de eigen instelling en de continuïteit van de caresector op lokaal, (boven)regionaal en landelijk niveau.

Dit betekent samenwerken op:

- Verdere verbinding van de netwerken van acute zorg, care en sociaal domein met aandacht voor risico- en crisisbeheersing.
- Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor de mate van voorbereiding op rampen en crisis binnen de care en ontsluiten van OTO-stimuleringsgelden hiervoor.

⁸ Informatiegestuurd werken, ook wel bekend als netcentrisch werken is een manier van werken, waarbij alle betrokken teams en organisaties zo snel mogelijk informatie met elkaar delen waardoor alle betrokkenen voortdurend uitgaan van hetzelfde situatiebeeld.

4. Afsluitend: passende wet- en regelgeving

In deze handreiking is de samenwerking tussen ROAZ en DPG nader uitgewerkt. Zoals in de inleiding opgemerkt, bleek in de Covidtijd hoe essentieel een goede samenwerking is van DPG en ROAZ op met name het snijvlak van drie wetten. Wet- en regelgeving moet blijvend ondersteunend zijn aan deze benodigde samenwerking. Het verdient de voorkeur om in wet- en regelgeving de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden te beschrijven vanuit het WAT (doelvoorschriften) en niet het HOE (middelvoorschriften), zodat er regionale ruimte is voor organisatorische keuzes. Regio's hebben te maken met verschillende omstandigheden en verschillen in de huidige wijze van samenwerken. De partijen zorgen er samen, complementair, voor dat de wettelijke taken worden ingevuld, maar hebben ook ruimte nodig voor regionaal maatwerk bij de concrete regionale samenwerking, mits de regionale invulling interoperabel blijft ten behoeve van bovenregionale samenwerking.

GGD GHOR Nederland en het LNAZ beogen met deze handreiking bij te dragen aan de regionale samenwerking. Bij vragen, opmerkingen en suggesties kunt u contact opnemen via secretariaat@lnaz.nl en postbus@ggdghor.nl

Colofon

Dit is een uitgave van GGD GHOR Nederland en het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Deze uitgave is tot stand gekomen met ondersteuning van adviesbureau Itineris

Juli 2024

20

Bijlage bij de Handreiking Samenwerking ROAZ en DPG

Scenariobeschrijvingen voor specifieke duiding rolverdeling ROAZ-DPG

Introductie

In de afgelopen periode hebben GGD GHOR en LNAZ de handreiking Samenwerking ROAZ en DPG uitgewerkt en in verschillende sessies besproken met de achterbannen en de ministeries VWS en J&V. Onderstaande scenario's waren in eerste instantie bedoeld om de rolverdeling tussen ROAZ en DPG te toetsen aan een scala aan voorbeeldscenario's die illustratief zijn voor verschillende soorten risico's. De uitwerking van deze scenario's kunnen ook voor de regio's behulpzaam zijn om met elkaar het goede gesprek te voeren over de onderlinge rolverdeling en de samenwerking.

Selectie van voorbeeldscenario's

Als startpunt is gekozen voor vijf scenario's, eentje voor elk van de vijf 'risicocategorieën' zoals genoemd in de handreiking. Voor de eerste categorie (externe risico's met grote acute zorgvraag) is gekozen voor twee aparte voorbeelden: een ramp met veel slachtoffers ("1x100") en een crisis met tegelijkertijd heel veel individuele slachtoffers ("100x1"). Voor de tweede categorie is gekozen voor drie scenario's: infectieziekten (pandemie) en CBRN (gifwolk en dreiging bio-terroristische aanslag). Ook voor de derde categorie zijn twee onderscheiden scenario's om de verschillende aspecten van de samenwerking tussen ROAZ en DPG te verduidelijken.

Risicocategorieën	Voorbeelden	Gekozen voorbeeldscenario
Externe risico's met een grote acute zorgvraag (gewonden, zieken)	Verkeersongevallen, terreuraanslagen	1. Aanslag (veel slachtoffers ineens) 2. IJzel (cumulatie van veel zorgvragen tegelijk)
Publieke gezondheidsrisico's met impact op de zorg (zorgvraag en/of zorgaanbod)	Pandemieën, chemische, biologische, radiologische en nucleaire ongevallen/aanslagen en rampen met veel psychosociale impact	3. Pandemie 4. Gifwolk 5. Dreiging van bio-terroristische aanslag
Externe verstoring van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg	Extreem weer, overstromingen, openbare ordeverstoringen, aardbevingsschade	6. Hoogwater met (dreigende) overstroming 7. Aardbevingsschade
Interne verstoring of uitval van individuele zorginstellingen met ketengevolgen	Een brand in een zorginstelling, wateroverlast, stroomuitval en eventueel naar aanleiding daarvan een ontruiming	8. Brand in zorginstelling
Regionale verstoring van het zorgaanbod	Uitval van nutsvoorzieningen, personeelstekorten, verstoringen van logistieke ketens en cyberaanvallen	9. Cyberaanval op ziekenhuissystemen

De scenario's zijn toegespitst op de regionale verantwoordelijkheidsverdeling tussen DPG en ROAZ. Er zitten ook scenario's tussen met landelijke opschaling. De scenario's zijn echter niet geschreven met het doel om landelijke verantwoordelijkheden af te bakenen.

9 De categorieën zijn overigens niet strikt wederzijds uitsluitend. Een scenario kan binnen meerdere categorieën worden ingedeeld.

21



VOORBEELDSCENARIO **AANSLAG**



**1****Beschrijving
gebeurtenis**

Een extremistische groep pleegt een bomaanslag op een evenement, gevolgd door een langdurige schietpartij. In korte tijd valt een groot aantal doden, zwaargewonden en lichtgewonden, met hoogenergetisch letsel, brandwonden en schotwonden.

Mogelijke escalatie: het blijkt een vuile bom, met radiologisch of chemisch materiaal. Vele slachtoffers hebben aan straling/chemische stoffen blootgestaan en moeten ontsmet worden.

2**Kenmerkende fasen
in het scenario
(vanuit de zorg
bezien)**

- Geen voorwaarschuwing, wel mogelijk verhoogd dreigingsniveau
- Acute fase:
 - terreurbestrijding: nationale inzet politie en veiligheidsdiensten om dreiging weg te nemen, acute opsporing van daders, dreiging van tweede bom, zekerstellen brongebied, eigen veiligheid hulpdiensten voorop, veilig stellen bewijsmaterialen, beveiliging andere vitale locaties, afzettingen en ontruiming vanwege terreurdreiging
 - hulpverlening: GRIP 3 of 4 inzet met waarschijnlijk ook nationale opschaling, grootschalige alarmering ambulancebijstand, triage, geneeskundige hulpverlening op het rampterrein, T3-behandelcentrum/opvangcentrum, voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen, landelijke gewondenspreiding, piekbelasting SEH en OK, inzet psychosociale opvangteams in gemeentelijke opvang en bij ziekenhuizen, operationeel informatiemanagement, slachtofferregistratie, verwanteninformatie, crisiscommunicatie.
 - publieke gezondheid bij escalatie vuile bom: decontaminatie op rampterrein, inzet specifieke CBRN-behandelcapaciteit, extra beschermingsmaatregelen zorgpersoneel, verrichten metingen brandweer, RIVM-metingen en -adviezen, gezondheidskundig advies gevaarlijke stoffen, afzettingen en ontruiming vanuit gezondheidsperspectief
- Semi-acute fase: overbelasting van de acute zorg in de hele regio en daarbuiten, fors olopende wachttijden voor reguliere acute zorgvraag, secundaire spreiding van op SEH/OK gestabiliseerde patiënten
- Nafase: herstel regionale zorgcontinuïteit, wegwerken van de bulk aan ziekenhuisopnames, bulk aan poliklinische bezoeken/herstelzorg/revalidatie, extra belasting huisartsenzorg voor herstelzorg, grootschalige nazorg onder regie van kernteam psychosociale hulpverlening, nazorg voor zorgpersoneel, onderzoek door Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Bij escalatie vuile bom: grootschalig gezondheidsonderzoek onder bevolking en zorgpersoneel

3**Mogelijke impact
op de zorgvraag**

- Massale vraag naar ambulancebijstand en inzet traumaheli's
- Massale vraag naar SEH/OK
- Massale vraag naar behandeling van T3-slachtoffers (Rode Kruis, huisartsen)
- Noodzaak van bovenregionale spreiding van de zorgvraag (landelijke patiëntenspreiding)
- Specifieke vraag naar capaciteit brandwondencentra
- Specifieke vraag naar specialistische OK voor schotwonden en bomfragmenten
- Bulk aan herstelzorg/revalidatiezorg
- Bulk aan psychosociale nazorg slachtofferhulp, huisartsen, GGZ, maatschappelijk werk

**4****Mogelijke impact op het zorgaanbod**

- Bereikbaarheid van rampterrein voor ambulancezorg kan een issue zijn
- Bereikbaarheid dichtstbijzijnde SEH kan een issue zijn door zelfverwijzers
- Interne opschaling van ziekenhuizen kan vertraging oplopen door verkeersbelemmeringen; ook kan een deel van het zorgpersoneel zelf slachtoffer of verwant zijn

5**Mogelijke impact op de maatschappij**

- Verhoogd dreigingsniveau, beveiliging gebouwen en personen, opsporing daders, grootschalig strafrechtelijk onderzoek, juridische afwikkeling letselschade
- Opschaling gemeentelijke lijkbezorging
- Maatschappelijke onrust, verstoringen openbare orde
- Grootschalig nazorgtraject
- Verstoring van het dagelijks leven (wonen, werk, onderwijs, boodschappen) van een hele stad gedurende enkele uren van dreiging

6**Mogelijke impact op de zorgvraag**

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in acute fase over de geneeskundige hulpverlening (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening), waaronder afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in de lead in de acute fase, semi-acute fase en nafase over de crisisorganisatie GGD, waaronder psychosociale nazorg en gezondheidskundige advisering gevaarlijke stoffen
- ROAZ:
 - in de lead in de semi-acute fase en nafase over herstel van continuïteit van regionale acute zorgketen (waaronder eventuele secundaire spreiding door RCPS/LCPS)
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO

IJZEL





1

Beschrijving gebeurtenis

Het KNMI geeft code geel af vanwege de kans op ijzel in een deel van het land. De ijzel blijkt echter op veel grotere schaal, langer en ernstiger op te treden dan de prognose. Het KNMI geeft last minute nog code oranje af, maar dan zijn veel mensen al op de weg en diverse grote schaatstochten zijn reeds gestart. Binnen korte tijd worden de meldkamers in meerdere regio's volledig overspoeld met meldingen van verkeersongevallen en valpartijen. De ambulancezorg kan slechts met lage snelheid aanrijden en enkele ambulances glijden zelf van de weg. De SEH's worden in korte tijd overspoeld met ongevalsletsels en botbreuken. De HAP's worden overspoeld met verstuikingen en snijwonden. De omstandigheden van ernstige gladheid duren meer dan een etmaal en treffen ook reguliere zorgverlening

2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

- Fase van waarschuwing: een dag van tevoren geeft het KNMI een waarschuwing af
- Acute fase: overspoelen van meldkamer, ambulancezorg, SEH's en HAP's, vraagstuk van beeldvorming en operationeel informatiemanagement in de zorg, hoge zorgvraag en aangetast zorgaanbod leiden tot verstoring van regionale zorgcontinuïteit
- Semi-acute fase: wegwerken van de piekbelasting op de SEH, OK en gipskamers, doorloop van impact op regionale zorgcontinuïteit voor acute zorg en ook electieve zorg
- Nafase: herstel regionale zorgcontinuïteit wegwerken van de bulk aan ziekenhuisopnames, tijdelijke opnames in verpleeghuizen, enkele indicaties voor acute wijkverpleging, bulk aan poliklinische bezoeken/herstelzorg/revalidatie, extra belasting huisartsenzorg voor herstelzorg

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Een acute bulk aan 112-meldingen en rituitgiftes door meldkamer ambulancezorg, plus meldingen aan telefonische triage HAP
- Een acute bulk aan ambulanceritten
- Een acute bulk aan gewonde slachtoffers bij HAP, SEH; mogelijk noodzaak specifieke regionale zorgcoördinatie (maar geen landelijke patiëntenspreiding)
- Een secundaire bulk aan ziekenhuisopnames
- Enige opnames in verpleeghuizen en indicaties voor acute wijkverpleging (bijvoorbeeld 2 polsen gebroken en geen mantelzorg)
- Bulk aan herstelzorg/revalidatiezorg

4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Ambulancezorg kan door gladheid (en grote zorgvraag) tijdelijk aanrijtijden niet waarmaken
- Ook aanrijtijden visiteauto's HAP en GGZ-crisisdienst nemen door gladheid toe
- Huisbezoeken door huisartsenpraktijken moeten worden uitgesteld
- HAP en SEH zijn door gladheid voor patiënten moeilijk bereikbaar
- Electieve zorg in het ziekenhuis en reguliere consulten huisartsenzorg zijn ook moeilijker bereikbaar voor patiënten
- Een deel van het zorgpersoneel kan niet op tijd op het werk komen
- Wijkverpleging doet langer over rondes en moet een deel van de zorg uitstellen



5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Overbelasting meldkamer
- Extra inzet brandweer, politie en sleepdiensten bij ongevallen
- Langere aanrijtijden brandweer en politie door gladheid en extra inzetten
- Verstoring OV leidt mogelijk tot noodzaak van gemeentelijke opvang & verzorging indien reizigers stranden
- Verstoring van het dagelijks leven (wonen, werk, onderwijs, boodschappen) van een hele provincie gedurende enkele uren

6

Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in de acute fase over informatievoorziening aan de gezondheidszorg (de DPG houdt een informatiebeeld bij van de situatie in de zorg en draagt van daaruit bij aan de multidisciplinaire informatievoorziening en zorgt vice versa dat relevante multidisciplinaire informatie wordt gedeeld met de zorg)
 - indien noodzaak tot acute opschaling van slachtofferhulpverlening: in de lead in acute fase over de geneeskundige hulpverlening (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening), waaronder afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in principe geen rol
- ROAZ:
 - in de lead in de semi-acute fase en nafase over herstel van continuïteit van regionale acute zorgketen
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO
PANDEMIE





1

Beschrijving gebeurtenis

Dit scenario kan iedereen uit eigen ervaring navertellen. In plaats van Covid-19 is ook een veelheid aan andere bronnen van pandemieën mogelijk, zoals humane influenzavirussen en zoönosen.

2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

- Vanuit publieke gezondheid bezien:
 - Alert fase: eerste gevallen elders in de wereld, incidentele introductie in Nederland
 - Containment fase: publieke maatregelen om verspreiding te voorkomen (reisbeperkingen, bron- en contactonderzoek, testen, social distancing, hygiëne, persoonlijke bescherming, lockdowns), operationeel informatiemanagement, crisiscommunicatie
 - Mitigatie fase: publieke maatregelen om verspreiding af te remmen (idem, plus vaccinatie)
- Vanuit (acute) zorg bezien:
 - Alert fase / conventional management: voorbereiding op aankomende golven, introductie van beschermende maatregelen en testen
 - Contingency management: maatregelen om zorgcontinuïteit overeind te houden
 - Crisismanagement: code zwart, aangepaste zorgverlening
 - Nafase: langdurige psychische en somatische nazorg, over elkaar buitelandse onderzoeken van inspecties, OvV en parlement

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Massale vraag naar IC- en klinische bedden (beademing)
- Massale vraag naar huisartsenzorg
- Massale vraag naar verpleging en verzorging en mantelzorg in thuissituatie
- Massale vraag naar behandeling en beademing besmette V&V-patiënten
- Noodzaak landelijke patiëntenspreiding
- Massale vraag naar psychosociale steun en hulpverlening
- Massale vraag na herstellzorg post-besmetting en zorg bij chronische besmetting / gezondheidsschade
- Door uitstel van reguliere zorgverlening komt een deel van de zorgvraag later in ernstiger vorm terug, bulk aan gezondheidsschade en chronische ziekte met extra reguliere zorgvraag



4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Grootschalige uitval van zorgpersoneel door ziekte, isolatie en quarantaine
- Noodzaak van aanpassing zorgaanbod door teveel zorgvraag en uitval zorgpersoneel:
 - Beschermende maatregelen zorgpersoneel en patiënten
 - Optimaliseren doorstroom
 - Patiëntenspreiding (regionaal, bovenregionaal, internationaal)
 - Uitstellen van niet-acute zorg
 - Concentreren van zorg
 - Vervangen van (geplande en acute) zorg: digitaal, zorg thuis
 - Aanpassing zorgorganisatie en zorgkwaliteit, uitsluiten van groepen (code zwart)
- Uitsstel van electieve zorg

5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Beperkingen maatschappelijk verkeer: reizen, evenementen, groepsgroottes, afstand houden, mondkapjes, test-/vaccinatie-/ herstel-certificaten, lockdowns
- Door lockdowns verstoord dagelijks leven, psychosociale impact, leerachterstanden
- Economische schade: verstoring van arbeidsmarkt, vraag & aanbod, logistieke ketens, overheidsfinanciën
- Maatschappelijke onrust, verstoringen openbare orde, polarisatie
- Personeelstekorten door ziekte, isolatie en quarantaine bij brandweer, politie en vitale infrastructuur
- Verstoring van het dagelijks leven (wonen, werk, onderwijs, boodschappen) van de hele wereld gedurende vele maanden tot jaren

6

Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in alle fasen over afstemming binnen de zorgdriehoek tussen GHOR, GGD en ROAZ.
- DPG vanuit de GGD:
 - in de lead in alle fasen over infectieziektebestrijding
- ROAZ:
 - in de lead in alle fasen continuïteit van regionale acute zorgketen en patiëntenspreiding door RCPS/LCPS
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO **GIFWOLK**



**1****Beschrijving
gebeurtenis**

Door nog onbekende oorzaak ontspoord in de vroege ochtendspits een goederentrein met gevaarlijke stoffen op relatief hoge snelheid in een bocht in een binnenstad. Door de 'pile-up' komen wagons met brandbare en met giftige stoffen (die in de treinsamenstelling zoveel mogelijk gescheiden blijven) dicht bij elkaar terecht. Bij de ontsporing zelf vallen geen doden of gewonden. Meerdere wagons met ethanol raken lek en vatten vlam. De brandweer vangt aan met brandbestrijding, het waarschuwings- en alarmeringssysteem en NL alert worden geactiveerd en omwonenden wordt geadviseerd om binnen te schuilen en ramen en deuren te sluiten tegen de rookvorming. De meldkamer sluit op basis van meetwaarden van de aanwezige snuffelpalen op afstand de inlaten van de mechanische ventilatie van diverse grotere kantoren en zorginstellingen. Nog voordat het ROT en GBT de noodzaak van een ontruiming kunnen overwegen, wordt de hittestraling dusdanig groot dat enkele wagons met waterstoffluoride opeenvolgend instantaan falen. Met een matige wind trekt een gifwolk over de binnenstad. De 100% letaliteitsgrens (in open lucht) ligt op 200 meter in een driehoek benedenwinds, aflopend tot 1% letaliteit op 2 kilometer afstand. Een paar honderd mensen in de open lucht komen direct te overlijden. Circa tweeduizend mensen op straat lopen (ernstig) inhalatietrauma op (T1, T2). Vele duizenden mensen krijgen te maken met irritaties van ogen, huid en ademhaling. Irritaties en stankoverlast treden op tot tientallen kilometers benedenwinds. De hulpverlening kan slechts langzaam op gang komen en duurt erg lang, omdat het rampterrein niet zonder bescherming kan worden betreden. Conform het protocol decontaminatie wordt een hot zone, warm zone en cold zone ingesteld. Patiënten worden druppelsgewijs gered, ontsmet en overgebracht naar ziekenhuizen die besmette patiënten kunnen opvangen.

Mogelijke escalatie 'terreurdood als trigger': na enkele uren wordt door een terreurgroep geclaimd dat het spoor moedwillig is gesaboteerd om de ontsporing te veroorzaken. Het dreigingsniveau wordt verhoogd naar het hoogste niveau. Politie en veiligheidsdiensten zoeken naar de daders en proberen andere aanslagen/sabotage te voorkomen. Politie en OM stellen bewijsmaterialen veilig.

Mogelijke escalatie 'zorgen over verontreiniging': na de acute fase volgen grootschalige evacuaties vanwege het acute gezondheidsrisico. Na circa een week wordt het gebied weer vrijgegeven, omdat de te hoge concentraties fluorwaterstof ruimschoots zijn verdwenen. Alleen in de directe omgeving van de ontsporing is er sprake van bodem- en waterverontreiniging door gelekte chemicaliën en verontreinigd bluswater. Ondanks dat het acute risico is geweken, er geen sprake zal zijn van langdurige blootstelling en fluorwaterstof sowieso niet kankerverwekkend is, blijft er langdurig onrust ontstaan onder de bevolking. Aangewakkerd door samenzweringstheorieën gaan veel inwoners niet-gerelateerde gezondheidsklachten en klachten door PTSS wijten aan een vermeende verontreiniging.



2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

- Fase van voorwaarschuwing: geen voorwaarschuwing
- Acute fase:
 - hulpverlening: bovenregionale GRIP 4 inzet met waarschijnlijk ook nationale opschaling, brandbestrijding, meetplan, waarschuwing bevolking, grootschalige alarmering landelijke ambulancebijstand, triage, geneeskundige hulpverlening op het rampterrein, voorwaarschuwingen aan ziekenhuizen, nationale en internationale gewondenspreiding, piekbelasting SEH en OK in het hele land, inzet psychosociale opvangteams bij ziekenhuizen, operationeel informatiemanagement, slachtofferregistratie, verwanteninformatie, crisiscommunicatie.
 - publieke gezondheid: decontaminatie op rampterrein, inzet specifieke CBRN-behandelcapaciteit, extra beschermingsmaatregelen zorgpersoneel, verrichten metingen, gezondheidskundig advies gevaarlijke stoffen, afzettingen en ontruiming van gezondheidsperspectief
 - escalatie terreurdaad: nationale inzet politie en veiligheidsdiensten om dreiging weg te nemen, acute opsporing van daders, veilig stellen bewijsmaterialen, beveiliging andere vitale locaties
- Semi-acute fase: wegwerken van de piekbelasting op de SEH en OK, impact op regionale en landelijke zorgcontinuïteit voor acute zorg en ook electieve zorg, verstoring zorgverlening door diverse zorginstelling in effectgebied, noodzaak ontruiming groot gebied gedurende enkele dagen vanwege gezondheidsrisico's, opvang & (medische) verzorging van geëvacueerden
- Nafase: herstel regionale en landelijke zorgcontinuïteit, wegwerken van de bulk aan ziekenhuisopnames, tijdelijke opnames in verpleeghuizen, veel permanente gezondheidsschade, indicaties voor acute wijkverpleging, bulk aan poliklinische bezoeken/herstelzorg/revalidatie, langdurig somatisch en psychosociaal nazorgtraject, extra belasting huisartsenzorg voor herstelzorg, grootschalig gezondheidsonderzoek onder de bevolking en hulpverleners
 - Escalatie 'zorgen over verontreiniging': maatschappelijke onrust, protesten, toenevend beroep op huisartsenzorg, verspreiding van nepnieuws, in twijfel trekken van uitkomsten gezondheidsonderzoek (RIVM en GGD)

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Massale vraag naar landelijke ambulancebijstand en inzet traumaheli's
- Massale vraag naar SEH/OK
- Massale vraag naar IC met beademingscapaciteit, specifieke vraag naar (schaarse) beademingscapaciteit kinderen
- Massale vraag naar decontaminatiecapaciteit op het rampterrein en CBRN-capaciteit in ziekenhuizen
- Noodzaak van nationale en internationale spreiding van de zorgvraag (landelijke patiëntenspreiding)
- Tijdelijke zorgbehoefte (huisartsenzorg, medicatie, psychosociale opvang) bij opvang & verzorging geëvacueerden
- Bulk aan herstelzorg/revalidatiezorg
- Bulk aan psychosociale nazorg slachtofferhulp, huisartsen, GGZ, maatschappelijk werk
- Escalatie verontreiniging: patiënten willen zich niet meer laten behandelen/verplegen bij zorginstellingen in het directe effectgebied vanwege vermeend gezondheidsrisico



4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Aanrijroutes ambulancezorg in groot gebied onveilig. Wegen afgesloten. Ambulancebijstand kan alleen bovenwinds aanrijden en opstellen in cold zone
- Rampterrein is langdurig onveilig waardoor hulpverlening slechts langzaam op gang kan komen
- Bottleneck in hulpverlening door beperkte decontaminatiecapaciteit
- Grootschalige ambulancebijstand leidt tot verstoring van ambulanceparaatheid in de rest van het land
- SEH's, OK's en electieve zorg voor andere patiënten in het hele land verstoord
- Risico dat door gebreken in decontaminatie (vanwege de grote aantallen slachtoffers) enkele zorgmedewerkers zelf bevangen raken en uitvallen
- Interne opschaling van ziekenhuizen kan vertraging oplopen door verkeersbelemmeringen; ook kan een deel van het zorgpersoneel zelf slachtoffer of verwant zijn
- Zorginstellingen kunnen in het effectgebied liggen, waardoor personeel en patiënten zelf gewond kan raken en de zorgverlening langere tijd verstoord is
- Escalatie verontreiniging: personeel wil niet meer werken bij zorginstellingen in het directe effectgebied vanwege vermeend gezondheidsrisico

5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Noodzaak bovenregionale afstemming veiligheidsregio's (bronregio en effectregio's)
- Brandbestrijding, grootschalige reddingsoperatie
- Waarschuwing & alarmering, NL alert, meetplan in meerdere regio's tegelijk
- Grootschalige evacuatie en opvang & verzorging
- Landelijke opschaling lijkbezorging
- Lokale vervuiling van riolering, sloten en grondwater. Noodzaak schoonmaakoperatie vervuild bluswater en grondsanerend rondom het spoor.
- Verstoring van het dagelijks leven (wonen, werk, onderwijs, boodschappen) van een hele stad gedurende meer dan een week
- Afsluiting van groot gebied en ook doorgaande snelwegen. Meerdere dagen verstoring van economische hoofdaders transport.
- Langdurige verstoring van spoorvervoer in West-Europa. Noodzaak schepen te lossen in andere Europese havens dan Rotterdam.
- Verhoogd dreigingsniveau, beveiliging gebouwen en personen, opsporing daders, grootschalig strafrechtelijk onderzoek, juridische afwikkeling letselschade
- Grootschalige maatschappelijke onrust, verstoringen openbare orde, blokkades spoortransport, polarisatie, samenzweringstheorieën
- Lokale economische impact: vertrek bedrijven en inwoners uit getroffen gebied, moeilijk verkoopbaar worden van woningen in spoorzones door heel het land
- Grootschalig nazorgtraject, nationale rouw
- Val Kabinet, verkiezingen met politieke en maatschappelijke onrust
- Langdurige infrastructurele projecten om spoorvervoer gevaarlijke stoffen uit binnensteden te krijgen
- Verstoring energietransitie door maatschappelijke weerstand tegen extra vervoer gevaarlijke stoffen noodzakelijk voor waterstofproductie

**6****Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg**

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in acute fase over de geneeskundige hulpverlening (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening), waaronder afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in de lead in de acute fase, semi-acute fase en nafase over de crisisorganisatie GGD, waaronder psychosociale nazorg en gezondheidskundige advisering gevaarlijke stoffen
- ROAZ:
 - in de lead in de semi-acute fase en nafase over herstel van continuïteit van regionale acute zorgketen (waaronder eventuele secundaire spreiding door RCPS/LCPS)
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO

DREIGING BIO- TERRORISTISCHE AANSLAG

OvDG

DREIGING BIO-TERRORISTISCHE AANSLAG



1

Beschrijving gebeurtenis

AIVD/MIVD ontvangen van een buitenlandse inlichtingendienst signalen over een geloofwaardige dreiging van een bio-terroristische aanslag in Noordwest-Europa door een extremistische groep met mogelijke heimelijke steun van een statelijke actor. De dreiging betreft twee type aanslagen die mogelijk worden voorbereid: een poging om het pokkenvirus te verspreiden bij een grootschalig evenement (om een grote infectieziekte-uitbraak te bewerkstelligen) en een poging om een ernstige bacteriële infectie ongemerkt in de voedselketen te brengen (om grootschalige maatschappelijke onrust over voedselveiligheid te bewerkstelligen). Na nadere analyse wordt de dreiging voldoende reëel geacht om gerichte maatregelen te nemen een aanslag te voorkomen. Landelijk coördineert de NCTV. De minister van JenV neemt het voortouw en heeft waar nodig doorzettingsmacht om maatregelen tegen dit potentiële gebruik van biologische agentia te nemen (ook op het beleidsterrein van andere ministeries, zoals voedselveiligheid). De inlichtingen- en veiligheidsdiensten verzamelen inlichtingen om een aanslag te voorkomen en starten onzichtbare en enkele zichtbare beveiligingsmaatregelen. De kerninformatie over de aard van de twee dreigingen wordt in eerste instantie vertrouwelijk gehouden, om het inlichtingenwerk en justitieel onderzoek niet te belemmeren en geen grote maatschappelijke onrust te creëren. In deze fase beperken de beschermende maatregelen en voorbereidingen op een aanslag zich tot een kleine kring van landelijke actoren in de terreurbestrijding (AIVD, MIVD, NCTV), algemene crisisbeheersing (NCTV) en publieke gezondheid (VWS, RIVM, NVWA).

Na enkele dagen wordt op basis van nadere inlichtingen dreigingsniveau 4 (substantieel) afgekondigd. De MCCb wordt bij elkaar geroepen om de strategie voor crisiscommunicatie en betrokkenheid van alle ministeries en regionale actoren te bepalen. De NCTV en VWS verzorgen een vertrouwelijke briefing voor de voorzitters veiligheidsregio, directeuren veiligheidsregio en DPG'en. Het is hen echter niet toegestaan om de rest van hun organisatie te informeren dat de aard van de dreiging bio-terrorisme betreft. De maatregelen en voorbereidingen blijven zich beperken tot de landelijke actoren. Binnen publieke gezondheid worden VWS (DCC), RIVM en NVWA verzocht om voorbereid te zijn voor het geval de aanslag niet kan worden voorkomen (zeer selecte groep functionarissen werkt aan opfrissen landelijk draaiboek pokkenvaccinatiecampagne en opstellen landelijke aanpak opsporen besmetting in voedselketen, paraatheid van CBRN-responsunit van RIVM). Ook wordt het Landelijk Laboratorium Netwerk terreuraanslagen (LLN-ta) vertrouwelijk geïnformeerd. Voor de acute zorg wordt het ministerie van VWS verzocht om eventuele bottlenecks in de behandelcapaciteit (beschermende maatregelen, cohortering) inzichtelijk te maken, op basis van o.a. planvorming voor pandemische paraatheid van de acute zorg. De ROAZ'en worden in deze fase niet geïnformeerd over de aard van de dreiging. Voor de eventuele behandeling van besmette slachtoffers, beschermende maatregelen, cohortering en verstoring van zorgcontinuïteit wordt uitgegaan van de veerkracht en bestaande regionale voorbereidingen. Wel verzoekt VWS de DPG'en om vertrouwelijk te rapporteren over de specifieke regionale planvorming ten aanzien van de paraatheid van de acute zorg voor deze dreiging en eventuele regionale bottlenecks te signaleren.

Dilemma: wanneer informeren zorgpersoneel dat als eerste in aanraking kan komen met besmettingsgevallen (ambulancezorg, SEH's, huisartsen)? Dit is mogelijk je eerste signalering dat er een aanslag is geweest, maar omdat het om zoveel medewerkers gaat is de aard van de dreiging niet meer vertrouwelijk te houden.

Gedurende deze voorbereidingen wordt de dreiging door de groepering (met steun van statelijke actor) wereldkundig gemaakt. Zij starten een grootschalige desinformatiecampagne en lanceren samenzweringstheorieën met als doel de geloofwaardigheid van de Nederlandse overheid te ondermijnen. De NCTV ziet zich in samenspraak met de MCCb genoodzaakt dreigingsniveau 5 (kritiek) af te kondigen. De minister-president geeft een persconferentie.

DREIGING BIO-TERRORISTISCHE AANSLAG



De 25 veiligheidsregio's wordt verzocht op te schalen naar GRIP 4 (in combinatie met GRIP-Rijk) voor de paraatheid en voorbereiding van de hulpdiensten en voor regionale bestuurlijke coördinatie van maatschappelijke impacts (maatschappelijke onrust, toepassing van regionale noodbevoegdheden). Elke GGD activeert een crisisteam, dat rapporteert aan de DPG en via deze aan het RBT. In het GGD-crisisteam worden massavaccinatie pokken, bron- en contactonderzoek en testen/diagnostiek voorbereid, adviezen voorbereid over beschermende maatregelen van de bevolking en in de zorg (o.b.v. landelijke richtlijnen) en adviezen gegeven aan het RBT en gemeenten over bestrijding van maatschappelijke onrust. De DPG informeert op basis van de landelijke informatie het ROAZ over de aard van de publieke gezondheidsdreiging (DPG vanuit GGD-pet) en over de mogelijke impact op de hulpverlening aan slachtoffers en de continuïteit van acute en planbare zorg (DPG vanuit GHOR-pet). Gezien de kritieke dreiging worden geen nadere regionale voorbereidingen getroffen binnen de acute zorg (uitgangspunt is veerkracht en bestaande planvorming), maar wordt alleen de afstemming tussen de algemene kolom en het ROAZ goed ingeregeld (activatie GHOR-actiecentrum, strategisch en tactisch ketenoverleg van DPG'en met ROAZ, advies- en rapportagelijnen naar RBT).

Na enkele weken wordt op basis van nadere inlichtingen geconcludeerd dat het doel van de dreiging niet was om een daadwerkelijke aanslag te plegen, maar uitsluitend om groot-schalige maatschappelijke onrust te creëren, de geloofwaardigheid van de Nederlandse overheid te ondermijnen, de samenleving te polariseren en het draagvlak voor internationale anti-terreurecampagnes en NATO-lidmaatschap te verzwakken. Het dreigingsniveau wordt verlaagd naar niveau 4. De bestuurlijke opschaling blijft enige tijd in stand, met name vanwege de maatschappelijke onrust en om voorbereid te blijven mocht er alsnog een aanslag komen. Operationeel hoeft door de hulpdiensten en de acute zorg eigenlijk geen actie meer te worden ondernomen. In een lange nafase resteert maatschappelijke onrust en is mogelijk (reguliere) psychosociale nazorg nodig.

DREIGING BIO-TERRORISTISCHE AANSLAG

**2**

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

- Voorwaarschuwing dreiging: signalen komen binnen en circuleren binnen zeer beperkte groep functionarissen en politici die toegang hebben tot vertrouwelijke informatie (DPG en ROAZ niet op de hoogte).
- Dreigingsniveau 4:
 - Terreurbestrijding: nationale inzet inlichtingen- en veiligheidsdiensten om dreiging weg te nemen, inlichtingen verzamelen, opsporen potentiële daders, opvoeren beveiliging mogelijke doelwitten (evenementen, voedselketen)
 - Multidisciplinaire crisisbeheersing: nationale inzet van crisisstructuren NCTV/MCCb, beperkte vertrouwelijke voorinformatie aan voorzitters en directeuren VR
 - Publieke gezondheid: nationale inzet onder coördinatie van VWS door RIVM en NVWA ter voorbereiding massavaccinatie en opsporen besmetting in voedselketen; DPG vertrouwelijk op de hoogte
- Dreigingsniveau 5:
 - Terreurbestrijding: massale inzet inlichtingen- en veiligheidsdiensten om aanslag te voorkomen, beveiliging mogelijke doelwitten (evenementen, voedselketen)
 - Multidisciplinaire crisisbeheersing: nationale inzet van crisisstructuren NCTV/MCCb, bestuurlijke coördinatie tussen Rijk en voorzitters VR over voorbereiding hulpdiensten en maatschappelijke impacts (maatschappelijke onrust)
 - Publieke gezondheid: nationale inzet onder coördinatie van VWS door RIVM en NVWA, GGD-crisisteam ter voorbereiding infectieziektebestrijding, opsporing besmetting voedselketen en advies over maatschappelijke onrust
 - Acute zorg: goed inregelen regionale strategische, tactische en operationele afstemming binnen ROAZ en tussen ROAZ en algemene kolom crisisbeheersing; in samenhang met landelijke afstemming tussen VWS (publieke gezondheid, zorgcontinuïteit) en NCTV (algemene crisisbeheersing, terreurbestrijding)
- Afnemend dreigingsniveau: in stand houden bestuurlijke opschaling, resterende inzet op
- Nafase: psychosociale nazorg (reguliere zorg, patiëntgericht).

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Door dreiging zelf:
- Enige extra vraag naar huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg (psychosociale nazorg)
- Als aanslag werkelijkheid zou worden gepleegd:
- Extra ziekenhuisopnames besmette patiënten (noodzaak beschermende maatregelen, isolatie, cohortering)
- Vraag naar quarantainecapaciteit aangewezen ziekenhuizen (dwingende quarantaine)
- Mogelijk noodzaak van bovenregionale patiëntenspreiding
- Bulk aan psychosociale nazorg slachtofferhulp, huisartsen, GGZ, maatschappelijk werk

DREIGING BIO-TERRORISTISCHE AANSLAG



4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Door dreiging zelf:
- Mogelijk enige uitval personeel vanwege angstklachten
- Mogelijk beveiligingsmaatregelen zorginstellingen
- Noodzaak om in ziekenhuizen bedden vrij te houden voor isolatie en quarantaine
- Mogelijk discussie over het preventief gebruik van beschermende middelen vanwege de dreiging
- Als aanslag werkelijkheid zou worden gepleegd:
- Uitval besmet personeel
- Afzeggen electieve zorg om behandel- en verpleegcapaciteit vrij te maken
- Noodzaak inrichten isolatiebedden, cohortering, quarantaine faciliteiten
- Noodzaak inzet zorgpersoneel voor massavaccinatie pokken (andere wijze van vaccinatie dan reguliere prikken)
- Beperking vrije toegankelijkheid van zorg, waaronder voor bezoekers (vanwege beveiliging en besmettingsrisico)
- Grootschalige toepassing van beschermende maatregelen in de zorg (tijdsverlies)

5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Openbare orde en veiligheid: inzet inlichtingendiensten, politie en justitie voor inlichtingen verzamelen, opsporen en beveiligen om de aanslag te voorkomen en ordeverstoringen te managen
- Langdurige verstoring dagelijks leven, maatschappelijke onrust, polarisatie
- Economische schade in de voedselketen door aangepast koopgedrag

6

Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in acute fase over de geneeskundige hulpverlening (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening), waaronder afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in alle fasen de lead over de crisisorganisatie GGD ter voorbereiding infectieziektebestrijding, advies MMK/GAGS, GOR en advies over PSH/maatschappelijke onrust
- ROAZ:
 - vanaf het moment dat de vertrouwelijke informatie binnen de zorg gedeeld kan worden in de lead over het inrichten van strategische, tactische en operationele afstemming binnen de acute zorg en het bewaken en eventueel herstellen van de continuïteit van regionale acute zorgketen
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO

HOOGWATER MET (DREIGENDE) OVERSTROMING



HOOGWATER MET (DREIGENDE) OVERSTROMING



1

Beschrijving gebeurtenis

Door hoogwater in een van de grote rivieren is er gedurende lange tijd de dreiging dat een dijk doorbreekt, met een relatief beperkte overstromingsdiepte in de achterliggende polder (ca. 1 meter). De voorzitter veiligheidsregio overweegt de evacuatie van een hoogrisicogebied, waarin ook een ziekenhuis met HAP en een gesloten GGZ-instelling zijn gelegen. Dilemma is of de SEH en HAP moeten sluiten, het ziekenhuis en de GGZ-instelling geheel ontruimd moet worden, of met tijdelijke maatregelen (zandzakken, defensiebijstand) afdoende beschermd kan worden om zelfs bij een daadwerkelijke dijkdoorbraak toch open te blijven voor acute zorg en opgenomen patiënten.

Mogelijke escalatie: als de dijkdoorbraak zich daadwerkelijk voltrekt, vindt grootschalige inzet van de hulpdiensten plaats. Het ziekenhuis en de GGZ-instelling kunnen in dit voorbeeld met tijdelijke maatregelen voldoende worden beschermd tegen het water, maar krijgen alsnog te maken met verstoring van elektriciteit (in ziekenhuis inzet noodstroom), communicatie en drinkwater. In de kelder komt rioolwater omhoog.

2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

Fase van voorwaarschuwing: hoogwater alert, voorbereidingstijd

Fase van dreigende dijkdoorbraak: dijkbewaking, onzekerheid over kans op doorbraak, bestuurlijk dilemma wel of niet evacueren, planbare zorg alvast afzeggen, start operationeel informatiemanagement, start crisiscommunicatie

Fase van evacuatie: massale inzet hulpdiensten en gemeenten voor evacuatie en opvang & verzorging, waaronder eventueel (gedeeltelijke) ontruiming ziekenhuis en GGZ-instelling met grote inzet van ambulancezorg en landelijke patiëntenspreiding

Fase van feitelijke overstroming: massale inzet hulpdiensten voor redding uit water en van daken, verstoring van bereikbaarheid voor ambulancezorg, directe verstoring van alle zorginstellingen in het gebied, regionale verstoring van de zorgcontinuïteit, stroomuitval, uitval communicatie, aantasting van druk en kwaliteit drinkwater, verspreiding rioolwater

Nafase: schoonmaken, herstel nutsvoorzieningen, schadeherstel aan ziekenhuis en GGZ-instelling, heropenen ziekenhuis en GGZ-instelling, herstel van regionale zorgcontinuïteit, heropenen samenleving, psychosociale nazorg, financiële afwikkeling van directe schade en inkomstenderving, onderzoek OvV

HOOGWATER MET (DREIGENDE) OVERSTROMING

**3**

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Bij sluiting van de SEH verschuift acute zorgvraag naar omliggende ziekenhuizen en HAP's
- Bij ontruiming van het ziekenhuis moet de patiëntenpopulatie worden overgeplaatst: grote inzet ambulancezorg, landelijke patiëntenspreiding, extra zorgvraag voor andere ziekenhuizen, extra zorgvraag thuiszorg en mantelzorg voor patiënten die sneller worden ontslagen
- Bij ontruiming van de gesloten GGZ-instelling moet de patiëntenpopulatie worden overgeplaatst. Dit zijn grote aantallen moeilijk handelbare patiënten, waarvoor in heel den lande weinig opvangplek is. Landelijke patiëntenspreiding bestaat voor deze patiëntenpopulatie niet. Voor andere GGZ-instellingen in den lande levert het een enorme (tijdelijke) zorgvraag op.
- Evacuatie van kwetsbare groepen uit de thuissituatie levert ook extra vraag naar besteld vervoer ambulancezorg op
- Zorgvraag van geëvacueerde (chronisch) zieken verschuift tijdelijk naar andere gebieden en andere zorgverleners
- Specifieke zorgverlening nodig in gemeentelijke opvanglocaties
- Bij daadwerkelijke doorbraak mogelijk instroom van verdrinkings- en hypothermie-slachtoffers in de omliggende ziekenhuizen
- In nafase mogelijk zieken door besmet drinkwater en psychosociale hulpvraag

4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Mogelijke SEH-stop, HAP-sluiting en opnamestop GGZ-crisisplekken gedurende meerdere dagen.
- Mogelijk tijdelijke uitval van het gehele zorgaanbod van ziekenhuis, HAP en GGZ-crisiszorg
- Verstoring van aanrijroutes ambulancezorg
- Ook als het ziekenhuis en de GGZ-instelling met maatregelen open blijven, zullen electieve zorg en alle nieuwe opnames tijdelijk moeten worden uitgesteld
- Uitval van openbare nutsvoorzieningen en communicatie kunnen de kwaliteit en veiligheid van zorg beïnvloeden
- De noodzaak kan ontstaan van tijdelijke uitbreiding van huisvesting van omliggende GGZ-instellingen, met hulp van personeel van de getroffen GGZ-instelling

HOOGWATER MET (DREIGENDE) OVERSTROMING



5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Dijkbewaking, dijkversterking, Defensiebijstand
- Evacuatie, registratie, opvang en verzorging geëvacueerden
- Verstoring van het dagelijks leven (wonen, werk, onderwijs, boodschappen) van de risicozone gedurende enkele dagen
- Bij daadwerkelijke overstrooming:
 - Redding vanaf water en daken
 - Verstoring nutsvoorzieningen (elektra, gas, drinkwater, rioolwaterzuivering)
 - Voorzien in primaire levensbehoeften (onderkomen, nutsvoorzieningen, voedsel)
 - Schaderegistratie, grootschalige hersteloperatie, herstel dagelijks leven (onderwijs, werk)
 - Schade aan cultureel erfgoed
 - Afsluiting van groot gebied en ook doorgaande snelwegen. Meerdere dagen verstoring van economische hoofdaders transport.
- Verstoring van het dagelijks leven (wonen, werk, onderwijs, boodschappen) in het overstroomde gebied gedurende enkele weken

6

Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in alle fasen, waaronder over voorwaarschuwingen aan de zorg, advies aan bevoegd gezag over evacuatiebesluiten, de feitelijke evacuatie van patiënten en de geneeskundige hulpverlening bij de overstrooming, alsmede afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in de lead in alle fasen over de crisisorganisatie GGD
- ROAZ:
 - in de fase van evacuatie en overstrooming in de lead over patiëntenspreiding (LCPS/RCPS) en waarborgen van toegankelijkheid en bereikbaarheid van acute zorg
 - in de nafase in de lead over herstel van continuïteit van regionale acute zorgketen
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg en veilige overdracht van patiënten (acuut en niet-acuut) aan andere zorgverleners
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO

AARDBEVINGS- SCHADE



**1**

Beschrijving gebeurtenis

Een aardbeving veroorzaakt lokaal schade aan gebouwen en infrastructuur. Er storten geen gebouwen in en er zijn ook geen doden te betreuren. Wel zijn er verspreid over twee gemeenten enkele lichtgewonden met kneuzingen, snijwonden en een enkele botbreuk. In het meest getroffen gebied liggen een ziekenhuis met SEH en HAP en diverse verpleeghuizen en huisartsenpraktijken. Deze hebben te maken met schade, zoals scheuren, gesprongen ruiten, neerkomende plafondplaten en waterleidingbreuken. Ook is sommige medische apparatuur op de IC, in het medisch laboratorium en de instrumentensterilisatie beschadigd geraakt. De elektriciteit en telecommunicatie valt in een groter gebied uit. In het ziekenhuis slaat de noodstroomvoorziening aan, maar de verpleeghuizen en huisartsenpraktijken zitten 24 uur zonder stroom. De brandweer moeten tijdelijke noodstroom aanleggen voor de verpleeghuizen. Het ziekenhuis is relatief nieuw gebouwd, maar heeft eerder reparatiewerkzaamheden moeten ondergaan vanwege van verkeerd gestorte betonvloeren (n.a.v. de destijds ingestorte parkeergarage in Eindhoven). Bij nadere inspectie blijkt nu dat deze constructie een verhoogd instortingsrisico heeft. Met tijdelijke versterkingsmaatregelen kan dit risico worden beperkt, maar de Raad van Bestuur en burgemeester besluiten in goede samenspraak dat de hele hoogbouw van het ziekenhuis moet worden ontruimd, vanwege de kans op (grotere) naschokken en het onveiligheidsgevoel onder patiënten. Patiënten moeten worden gespreid over de rest van het land en electieve zorg moet worden uitgesteld. De SEH (in laagbouw) kan echter niet worden gesloten, omdat bij een grotere naschok wellicht ineens veel slachtoffers in dat gebied geholpen moeten worden.

2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

Fase van voorwaarschuwing: geen voorwaarschuwing (landen als USA en Japan hebben wel waarschuwingssysteem dat tientallen seconden tijd biedt om veilig heenkomen te vinden)

Acute fase: GRIP 4 inzet (zonder CoPI) voor coördinatie multidisciplinaire inzet, acuut schadeherstel door brandweer en aannemers, opvang van getroffenen, acute zorg voor enkele slachtoffers, bestuurlijke afweging van ontruiming ziekenhuis, ontruimingsactie met ambulancebijstand voor spreiding van patiënten in reguliere zorg (acuut en electief), Semi-acute fase: langdurige sluiting van IC en beddenhuis, uitstel/verplaatsing van electieve zorg, beperking op gebruik SEH, extra belasting van acute/electieve zorg in rest van de regio

Nafase: stapsgewijs herstel regionale zorgcontinuïteit (acuut en electief), psychosociale nazorg aan veel getroffenen, onderzoek door OvV.

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Enkele ambulanceritten met lichtgewonde slachtoffers en enkele zelfverwijzers HAP/SEH
- Na ontruiming spreiding van reguliere patiënten van IC en beddenhuis over omliggende ziekenhuizen en omliggende regio's
- Door ontzien van getroffen SEH krijgen omliggende SEH's gedurende meerdere weken meer van de acute zorgvraag te verwerken
- Omdat er geen doden zijn gevallen en ook amper gewonden is er initieel weinig behoefte aan psychosociale opvangteams of een groot collectief nazorgtraject van de gemeente (slachtofferbijeenkomsten). Na enige tijd blijkt echter dat steeds meer inwoners een individuele psychosociale hulpbehoefte ontwikkelen door de onzekerheid over het aardbevingrisico en de afwikkeling van opgelopen schade. Dit legt primair druk op de huisartsenzorg, en door doorverwijzingen naar de GGZ nemen de regionale wachtlijsten fors toe

**4****Mogelijke impact op het zorgaanbod**

- IC en verpleegafdelingen ziekenhuis gedurende meerdere weken gesloten
- Alle electieve zorg moet worden uitgesteld of verplaatst naar andere ziekenhuizen
- SEH blijft beperkt open met name voor hulpverlening bij eventuele naschokken, maar wordt voor reguliere acute zorg zoveel mogelijk ontzien
- Paraatheid ambulancezorg staat enigszins onder druk doordat gedurende meerdere weken zoveel mogelijk naar omliggende SEH's moet worden uitgeweken
- Enige extra uitval van zorgpersoneel doordat zij thuis schade moeten herstellen of extra mantelzorg moeten verlenen

5**Mogelijke impact op de maatschappij**

- Acute verstevigingswerkzaamheden beschadigde gebouwen door brandweer en aannemers
- Schadeherstel en financiële afwikkeling, schade aan cultureel erfgoed
- Tijdelijke uitval van nutsvoorzieningen (elektra, telecom)
- Acute opvang en verzorging van getroffen en die tijdelijk niet kunnen terugkeren naar hun huis, gevolgd door opgave van tijdelijke herhuisvesting
- Maatschappelijke onrust

6**Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg**

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in de acute fase over de geneeskundige hulpverlening (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening), waaronder afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in de lead in de nafase over de crisisorganisatie GGD, waaronder advies over psychosociale nazorg
- ROAZ:
 - in de lead in de semi-acute fase en nafase over herstel van continuïteit van regionale acute zorgketen (waaronder eventuele secundaire spreiding door RCPS/LCPS)
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO

BRAND IN ZORGINSTELLING



**1**

Beschrijving gebeurtenis

Kortsluiting in de kelder in combinatie met een falend systeem van rookdetectie en rookafvoer veroorzaakt in een zorginstelling een brand met veel rookontwikkeling. De elektriciteit, communicatie en ICT valt uit en ook de noodstroomvoorziening in de kelder is aangetast. Vanwege de brandscheidingen in het gebouw is er geen acuut gevaar voor overslaan van de brand naar patiëntafdelingen en de brand is na enige tijd onder controle. Wel moeten vanwege de rookvorming patiënten van enkele afdelingen acuut worden overgebracht naar andere delen van de zorginstelling en moet een opnamestop worden afgekondigd. Meerdere medewerkers en patiënten moeten worden behandeld tegen inademen van rook en een enkele BHV'er moet worden overgebracht naar een brandwondencentrum. De zorginstelling kan vervolgens gedurende een week de normale zorg niet hervatten en moet patiënten van enkele afdelingen overplaatsen naar andere instellingen.

2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg bezien)

Geen fase van voorwaarschuwing

Acute fase: inzet BHV, brandbestrijding, ontruimen afdelingen, opnamestop, medische hulpverlening aan slachtoffers, operationeel informatiemanagement CoPI, crisiscommunicatie zorginstelling

Semi-acute fase: sluiting van zorginstelling leidt tot gevolgen voor regionale zorgcontinuïteit

Nafase: schadeherstel zorginstelling, heropenen zorg, herstel van de regionale zorgcontinuïteit, onderzoek door arbeidsinspectie, IGJ, OvV

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Door opnamestop verschuift de acute zorgvraag (in geval van ziekenhuis: SEH; in geval van verpleeghuis: o.a. Eerstelijns Verpleging, crisisplekken) gedurende een week naar omliggende zorginstellingen.
- Medewerkers en patiënten die rook hebben ingeademd moeten na initiële beoordeling en stabilisatie per ambulance worden verspreid over de ziekenhuizen en slachtoffers met brandwonden naar een brandwondencentrum.
- Overplaatsing van patiënten van enkele afdelingen leidt tot extra zorgvraag voor andere zorginstellingen.

4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Door tijdelijke uitval van elektriciteit (inclusief noodstroom) wordt de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten aan medische apparatuur aangetast.
- Door tijdelijke uitval communicatie/ICT moeten werkwijzen worden aangepast.
- Mogelijke zorgstop gedurende een week.
- Uitstel electieve zorg gedurende een week.
- Minder regionale bedden capaciteit gedurende een week (regionale zorgcoördinatie)
- Uitval van personeel (initieel gewonden en daarna ziekteverzuim door psychosociale klachten) leidt tot roosterproblematiek.
- Tijdelijk beperkte bereikbaarheid/openstelling aanpalende zorgvoorzieningen in of naast de zorginstelling



5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Brongebied: brandbestrijding brandweer, wegfazettingen gemeente/politie
- Effectgebied: meting gevaarlijke stoffen, waarschuwing ramen en deuren sluiten vanwege rook

6

Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg

- DPG vanuit de GHOR-taak:
 - in de lead in de acute fase over de geneeskundige hulpverlening (operationele leiding over extramurale geneeskundige hulpverlening, aanwijzingen/opdrachten voor opschaling intramurale geneeskundige hulpverlening), waaronder afstemming tussen veiligheid, acute zorg en publieke gezondheid
- DPG vanuit de GGD:
 - in de lead over gezondheidskundig advies gevaarlijke stoffen (i.v.m. omgeving en vrijgeven gebouw zorginstelling)
- ROAZ:
 - in de lead in de semi-acute fase en nafase over herstel van continuïteit van regionale acute zorgketen (waaronder eventuele secundaire spreiding door RCPS/LCPS)
- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
 - in de lead over interne zorgcontinuïteit
 - in de lead over gezondheid en veiligheid van eigen zorgpersoneel en patiënten



VOORBEELDSCENARIO

CYBERAANVAL OP DIGITAAL PATIENTENDOSSIER



CYBERAANVAL OP DIGITAAL PATIENTENDOSSIER

**1**

Beschrijving gebeurtenis

Door een hackersgroep wordt het digitaal patiëntendossier dat door meerdere zorginstellingen wordt gebruikt aangevallen met gijzelsoftware. Initieel is het systeem niet bereikbaar, waardoor zorgverleners geen patiëntgegevens kunnen inzien. De zorgverlening wordt direct zwaar belemmerd; afspraken moeten worden afgezegd. De acute zorgverlening draait door, maar zonder toegang tot patiëntendossier. Al snel ontvangen de zorginstellingen van de hackersgroep een verzoek om geld te betalen. Na meerdere dagen wordt met behulp van experts stapsgewijs in elke zorginstelling opnieuw toegang gekregen tot het systeem, met een back-up van de data. Het is evenwel niet in elke zorginstelling zeker of de integriteit van de data wel is gewaarborgd; omdat de hackersgroep al langer toegang blijkt te hebben gehad, kan het zijn dat ook data uit de back-up is aangetast. Nadat het systeem weer in de lucht is, dreigt de hackersgroep om patiëntendossiers online te plaatsen als niet alsnog wordt betaald. Het is onduidelijk of de zorginstellingen daarop zijn ingegaan, maar bij patiënten blijven er nadien grote zorgen of hun gegevens op straat kunnen belanden. Zorgverleners vragen zich af of de data in de patiëntendossiers nog wel kloppen.

2

Kenmerkende fasen in het scenario (vanuit de zorg gezien)

Geen fase van voorwaarschuwing

Acute fase: geen toegang tot patiëntendossiers met impact op electieve en acute zorg, verpleging en medicatieverstrekking, inhuur cyberexperts om systeemtoegang en data te herstellen, inroepen politie en OM, verstoring van zorgcontinuïteit in regio en ook daarbuiten, crisiscommunicatie zorgbestuurders

Semi-acute fase na systeemherstel: hervatting zorg, dreiging van online publicatie patiëntgegevens, veel media-aandacht, afweging om geld te betalen

Nafase: onderzoek Autoriteit Persoonsgegevens, juridische afwikkeling schadeclaims, werken aan herstel van vertrouwensbreuk patiënten

3

Mogelijke impact op de zorgvraag

- Dit scenario levert geen directe extra zorgvraag op
- Mogelijk verschuift op eigen initiatief van patiënten een deel van de zorgvraag naar andere zorginstellingen

4

Mogelijke impact op het zorgaanbod

- Zorgverlening staat in meerdere zorginstellingen enkele dagen onder druk en moet deels worden uitgesteld
- Acute zorg draait door, maar zonder toegang tot patiëntgegevens
- Kwaliteit van zorg is niet volledig gewaarborgd door ontbreken toegang patiëntgegevens en daarna onduidelijkheid over integriteit van gegevens
- Financiële schade, imagoschade en juridische kosten hebben op de lange termijn indirect impact op de financiële positie van de zorginstellingen

CYBERAANVAL OP DIGITAAL PATIENTENDOSSIER



5

Mogelijke impact op de maatschappij

- Burgers als patiënten: onrust over veiligheid eigen data
- Maatschappij in den brede: maatschappelijke verantwoordiging

6

Conclusie: wie is wanneer en waarover in de 'lead' binnen de zorg

- Zorginstellingen en zorgaanbieders:
 - in alle fasen in de lead over interne bestrijding cyberaanval, veiligheid van eigen patiëntinformatie, communicatie naar patiënten en (juridische) afwikkeling
 - in de lead over (kwaliteit van) eigen patiëntenzorg
- ROAZ:
 - uitsluitend in de lead in het geval de cyberaanval zou leiden tot verstoring van de continuïteit van de regionale acute zorgketen (en dan uitsluitend over het herstel van de zorgcontinuïteit)

AMBULLA