GHOR Haaglanden

Zorgrisicoprofiel
2026-2030



GHOR Haaglanden
Onderdeel van Veiligheidsregio Haaglanden

Veiligheidsregio Haaglanden

Voorwoord

Voor u ligt het Zorgrisicoprofiel (ZRP) 2026-2030 van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Haaglanden, onderdeel van Veiligheidsregio Haaglanden. Dit profiel is tot stand gekomen dankzij de inzet en samenwerking van veel betrokken professionals en partners. Hun kennis, ervaring en openheid hebben geholpen om beter inzicht te krijgen in wat nodig is om de zorg in Haaglanden ook tijdens langdurige verstoringen veilig, toegankelijk en robuust te houden.

Wij danken de zorgorganisaties uit de publieke gezondheid, acute zorg en langdurige zorg voor hun waardevolle bijdrage. In interviews, via een gestructureerde uitvraag en tijdens gezamenlijke sessies deelden zij hun inzichten over kwetsbaarheden, afhankelijkheden en dilemma's binnen de zorgketen. Daardoor konden we niet alleen risico's in beeld brengen, maar ook beter begrijpen hoe verstoringen doorwerken tussen organisaties en verschillende schakels in de keten.

Daarnaast danken wij de veiligheidspartners en vertegenwoordigers van vitale sectoren voor hun bijdrage aan de themasessies in het kader van het Regionaal Risicoprofiel (RRP). Hun perspectief helpt om beter zicht te krijgen op de gevolgen die verstoringen buiten de zorg kunnen hebben voor de continuïteit van zorg. Samenwerking tussen zorg, veiligheid en openbaar bestuur blijft daarbij van groot belang.

Ook bedanken wij alle collega's binnen GHOR Haaglanden en Veiligheidsregio Haaglanden die hebben meegewerkt aan dit profiel en zich inzetten om de uitkomsten ervan goed te verankeren in de bredere kwaliteitscyclus van crisisbeheersing.

Met dit ZRP werken we verder aan een gezamenlijke ambitie: een zorgketen die ook onder druk zo veilig, toegankelijk en voorspelbaar mogelijk blijft.

Robbin Huijbers – Hoofd GHOR Haaglanden
Annette de Boer – Directeur Publieke Gezondheid

Managementsamenvatting

Waarom een Zorgrisicoprofiel?

De zorgketen in Haaglanden staat de komende jaren voor grote uitdagingen door samenlopende ontwikkelingen, zoals personeelstekorten, financiële druk, dubbele vergrijzing en de mogelijke verstoringen van digitale en logistieke ketens. In deze context neemt de urgentie toe om de zorgketen tijdig en effectief te kunnen opschalen bij rampen en crises. Onvoldoende voorbereiding leidt tot verstoring van zorgcontinuïteit, vermijdbare gezondheidsschade en bestuurlijke dilemma's in zowel de voorbereiding als de respons.

Het Zorgrisicoprofiel (ZRP) van GHOR Haaglanden geeft een ketenbreed beeld van hoe bepaalde effecten vanuit crisistypen de continuïteit van publieke, acute en langdurige zorg beïnvloeden. Het profiel kiest nadrukkelijk het perspectief van de keten: zorgorganisaties functioneren in wederzijdse afhankelijkheid, waardoor problemen bij één schakel vrijwel altijd gevolgen hebben voor onderdelen van het gehele systeem. Daarmee ondersteunt het ZRP de adviesrol van de DPG/GHOR richting het Algemeen Bestuur door bestuurlijke kaders te verduidelijken en de regionale informatiepositie te versterken. Het profiel is onderdeel van een bredere cyclus van crisisbeheersing en kwaliteitsontwikkeling, en sluit aan op het Regionaal Risicoprofiel (RRP).

Traject met de zorgketen

Het profiel is tot stand gekomen via een zorgvuldig en iteratief traject met de zorgketen. Het traject omvatte bestuurlijke verankering via een uitvraag aan zorgbestuurders. Met afgevaardigden zijn verdiepende interviews gehouden en is een vragenlijst met het risicoformat ingevuld, waarbij crisistypen zijn gescoord op kans, impact, belang, kennis en ervaring volgens de Landelijke Leidraad ZRP. Dit overzicht is te vinden in bijlage 2. In een gezamenlijke groepssessie met de vertegenwoordigers van het ZRP zijn de eerste bevindingen gespiegeld ter verificatie. Daarnaast zijn knelpunten en afhankelijkheden besproken aan de hand van thema's, zie bijlage 4.

Resultaten van de scenario's

Voor verdieping zijn twee scenario's uitgewerkt, zodat de effecten beter besproken en begrepen kunnen worden: langdurige verstoring van de energievoorziening (nadruk op stroomuitval) en extreme weersomstandigheden (nadruk op extreme neerslag). Stroomuitval heeft een brede impact op zorgprocessen en een ketenbrede doorwerking via neveneffecten, onder meer richting ICT en communicatie. Daarnaast moet rekening gehouden worden met langere hersteltijden tot 72 uur en langer in het kader van de weerbaarheidsopgave. Extreme neerslag zet de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg snel onder druk, met effecten die zich in de tijd kunnen opstapelen en kunnen overgaan in andere verstoringen.

De scenario-uitwerkingen laten zien dat verschillende crisistypen in de praktijk leiden tot knelpunten in de zorgketen. Het gaat daarbij om vastlopende doorstroom, afnemende bereikbaarheid van zorg, oplopende druk op personeel, sterke afhankelijkheden van vitale leveranciers en toenemende risico's voor patiëntveiligheid en zorgcontinuïteit. Dit benadrukt dat de aandacht niet uitsluitend gericht moet zijn op afzonderlijke scenario's, maar vooral op het gezamenlijke vermogen om met deze effecten om te gaan.

Dat vraagt om kaders: welke waarden zijn leidend onder druk, welke kritieke processen zijn in beeld, wat wordt regionaal verstaan onder minimaal verantwoorde zorg en wanneer zijn keuzes over afschalen, herprioriteren of verdelen van capaciteit uitlegbaar en aanvaardbaar. Het ZRP biedt de zorgketen een gedeeld kader om deze vragen tijdig te adresseren en te verankeren, zodat in een crisis effectiever, consistenter en met meer voorspelbaarheid kan worden gehandeld, met behoud van samenhang en verantwoordelijkheid in de regionale zorgketen.

Inhoudsopgave

Voorwoord 2

Managementsamenvatting 3
- Waarom een Zorgrisicoprofiel? 3
- Traject met de zorgketen 3

1. Inleiding 5
- 1.1 Waarom een Zorgrisicoprofiel? 5
- 1.2 Context van het landschap 5

2. Methodische aanpak 7
- 2.1 Het gebruik van crisistypen 7
- 2.2 Relevante kaders 8
- 2.3 Traject met de zorgketen 8
- 2.4 Uitwerking resultaten en aanbevelingen 9

3. Resultaten van de scenario's 10
- 3.1 Scenario 1: Verstoring energie-voorziening (gas en elektriciteit); specifiek stroomuitval 10
- 3.2 Belangrijke thema's 10
- 3.3 Scenario 2: Extreme weersomstandigheden (hitte-, storm- en wateroverlast); specifiek extreme neerslag 12
- 3.4 Belangrijke thema's 12

4. Aanbevelingen voor de zorgketen 14
- 4.1 Strategische keuzes en besluitvorming vooraf 14
- 4.2 Inzicht in kwetsbaarheden en cascade-effecten 15
- 4.3 Rolverdeling en verantwoordelijkheden in ketensamenwerking 16
- 4.4 Communicatie en betekenisgeving 17
- 4.5 Vastleggen, evalueren, leren en terugkeren naar de reguliere situatie 18

5. Conclusie 19

Bijlagen 20
- Bijlage 1: Korte terugblik op resultaten van de aanbevelingen uit Zorgrisicoprofiel 2021 21
- Bijlage 2: Uitkomst risico-inventarisatie maart 2026 22
- Bijlage 3.1: Scenariobeschrijving – Extreme neerslag 23
- Bijlage 3.2: Scenariobeschrijving – Uitval stroomvoorziening 24
- Bijlage 4: Besproken thema's groepssessie 25
- Bijlage 5: Deelnemende zorginstellingen 26
- Bijlage 6: Cyclisch risicomanagement in de zorg 27

Colofon 28

1. Inleiding

Sinds de oplevering van het eerste Zorgrisicoprofiel Haaglanden (ZRP) in 2021 hebben zich ingrijpende maatschappelijke, technologische en geopolitieke ontwikkelingen voltrokken. De Nederlandse zorgketen opereert – van publieke gezondheid tot acute en langdurige zorg – in een omgeving die structureel onder druk staat. De combinatie van hardnekkige personeelstekorten, toenemende budgettaire krapte, mogelijke verstoringen van digitale en logistieke ketens, internationale spanningen en de effecten van klimaatverandering leiden tot een aanzienlijk complexer risicolandschap.

Tegelijkertijd groeit de urgentie om de zorgketen tijdig en effectief te kunnen opschalen bij rampen en crises. Als de zorgketen onvoldoende is voorbereid, kan dat leiden tot ernstige verstoringen van de zorgcontinuïteit, vermijdbare gezondheidsschade en bestuurlijke dilemma's, zowel in de voorbereiding als tijdens een ramp of crisis.

1.1 Waarom een Zorgrisicoprofiel?

Het ZRP heeft zich in de afgelopen jaren bewezen als een robuust en richtinggevend instrument voor regionaal beleid. Na de eerste versie in 2021 hebben alle Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR) het voorbeeld gevolgd en een eigen profiel ontwikkeld. Deze landelijke beweging benadrukt de waarde van een systematische en ketenbrede risicobenadering.

Het vernieuwde ZRP geeft inzicht in de effecten van crisistypen op de continuïteit van publieke, acute en langdurige zorg, bezien vanuit de gehele keten. Zorgketens zijn onderling afhankelijk: een verstoring bij één schakel heeft vrijwel altijd gevolgen voor andere onderdelen van het zorgsysteem. Het gezamenlijk beoordelen van deze effecten vormt daarom een belangrijk fundament voor regionaal crisisbeleid en bestuurlijke besluitvorming.

Daarmee:

1. identificeren we relevante crisistypen, en worden deze gebruikt om essentiële kaders en effecten voor de zorgcontinuïteit te benoemen;
2. benoemen we relevante thema's en geven we aanbevelingen voor de keten;
3. zorgen we voor een adequate informatiepositie van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) in het Algemeen Bestuur (AB).

1.1.1 ZRP als verbindend hulpmiddel tussen openbaar bestuur en de zorgketen

Hoewel zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor het borgen van zorgcontinuïteit op instellingsniveau, heeft de DPG vanuit het publieke belang een signalerende functie voor de gehele zorgketen. De aanbevelingen in dit ZRP zijn primair bedoeld voor de zorgketen en bieden handelingsperspectief voor wat ketenbreed moet worden voorbereid en afgestemd.

Tegelijkertijd geven zij het AB, via de advisering door de DPG, inzicht in de gewenste koers en de belangrijkste aanbevelingen voor de voorbereiding op rampen en crises. Daarmee is dit ZRP onderdeel van de kwaliteitscyclus binnen de bredere samenwerking in het veiligheidsdomein. Deze cyclus is geïntroduceerd in het Meerjarenbeleidsplan 2026-2030 en is schematisch weergegeven in bijlage 6.

Keuzes van één zorginstelling kunnen daarnaast gevolgen hebben voor andere instellingen in de keten. Juist de brede blik van de GHOR op de ketencontinuïteit (gericht op voorbereiding op rampen en crises) als verbinder in het openbaar bestuur is noodzakelijk voor het overzicht en een adequate samenwerking tussen zorgpartners om primair passende geneeskundige zorg te verlenen, waarbij acute en niet-acute zorgketen op elkaar aansluiten.

1.1.2 Rol van de DPG en de GHOR

De GHOR vormt een integraal onderdeel van Veiligheidsregio Haaglanden, waarbij de DPG eindverantwoordelijk is voor de GHOR en lid is van de directie. De DPG bevindt zich op zowel het domein van publieke gezondheid als publieke veiligheid. De DPG is daarmee het bestuurlijke gezicht van de geneeskundige keten richting het openbaar bestuur. De GHOR adviseert, via de DPG, het AB over risico's, voorbereidingsopgaven en prioritaire thema's in de langdurige, acute en publieke gezondheidszorgketen.

1.2 Context van het landschap

De afgelopen jaren kreeg de zorgketen in de regio Haaglanden te maken met verschillende ketenbrede opgaven, zoals de COVID-19-pandemie, de opvang van Oekraïense ontheemden en de NAVO-top 2025. Deze opgaven hebben bijgedragen aan het vergroten van kennis, ervaring en samenwerking binnen en tussen zorgorganisaties en veiligheidspartners. Daarbij is de rolverdeling tussen de GHOR en het NAZW de afgelopen jaren verschoven: de GHOR treedt steeds duidelijker op als verbinder tussen zorg, veiligheid en openbaar bestuur in de crisisvoorbereiding, terwijl het NAZW de inhoudelijke voorbereiding voor zorginstellingen en de zorgketen oppakt.

1.2.1 Trends en ontwikkelingen in het zorglandschap

Hieronder staan de belangrijkste trends en ontwikkelingen die door de zorgketen in Haaglanden zijn gesignaleerd:

- de financiële druk op de ziekenhuizen blijft hoog, met mogelijke gevolgen voor de continuïteit van zorg;
- voorbereidingen op SEH-budgetbekostiging per 1-1-2027 om beschikbaarheid te borgen;
- administratieve lasten en complexe wet- en regelgeving blijven toenemen voor zorgorganisaties;
- aanhoudende dreiging van ransomware-aanvallen in de zorgsector;
- GGZ blijft onder druk: structureel wachttijden boven de Treeknorm, meer personen met onbegrepen gedrag en een stijgende en complexere zorgvraag;
- dubbele vergrijzing neemt toe: het aantal 80-plussers groeit. Dit zorgt voor een groei van multimorbiditeit en complexere zorgbehoeften;
- structurele personeelstekorten in de hele zorgketen houden aan. Dit zorgt voor uitdagingen met betrekking tot de druk op zorgcontinuïteit en -kwaliteit;
- toenemende desinformatie leidt tot zorgmijding (zoals de lage vaccinatiegraad), wantrouwen en weigering van zorg, met impact op publieke gezondheid en zorgvraag;
- klimaatverandering en veranderende leefomgeving vergroten de kans op extreem weer, hittestress en gezondheidsproblemen.



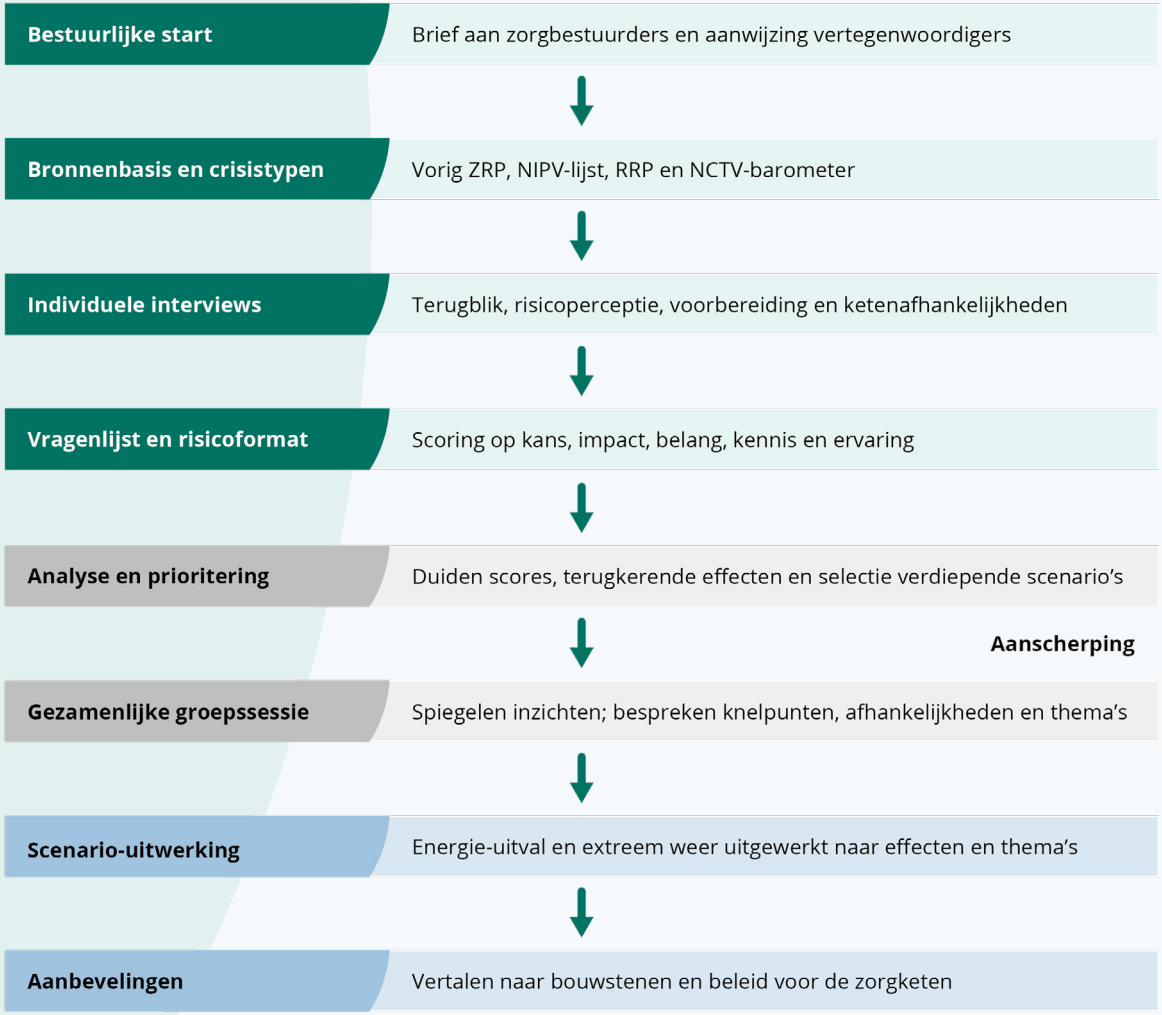
2. Methodische aanpak

Het ZRP komt tot stand via een zorgvuldig opgebouwd, iteratief proces. Bij de totstandkoming van het eerste ZRP heeft GHOR Haaglanden een eerste methode ontwikkeld en toegepast. Daarna heeft een landelijke doorontwikkeling plaatsgevonden, waardoor diverse verbeteringen zijn aangebracht. In Figuur 1 is de methodische aanpak schematisch weergegeven.

2.1 Het gebruik van crisistypen

Het ZRP beschrijft op welke wijze crisistypen de continuïteit van zorg kunnen beïnvloeden. Met alleen het scoren en uiteenzetten van de crisistypen blijft de kern buiten beeld. Het bespreken van de crisistypen helpt om met de keten de juiste effecten te bepalen. Veel crisistypen hebben andere oorzaken, maar leiden tot dezelfde effecten voor de continuïteit van zorg. Deze context is belangrijk bij het lezen van de scenario's.

In bijlage 2 staat de risico-inventarisatie van de crisistypen.



2.1.1 Crisistypen en weerbaarheid

Binnen dit ZRP is gekozen om de effecten van twee crisistypen te bespreken: de uitval van stroom en extreme neerslag. Deze keuze komt voort uit de risico-inventarisatie (bijlage 2), analyse van de crisistypen en de interviews met de vertegenwoordigers van de zorginstellingen.

Uit de inventarisatie blijkt dat uitval van de energievoorziening een aantoonbaar grote impact op de zorgketen heeft. Daarnaast leidt dit crisistype tot verschillende cascade-effecten, waaronder verstoring van telecommunicatie en ICT. Met de huidige focus op weerbaarheid vraagt dit om voorbereiding op situaties waarin het herstel van energievoorziening tot en met 72 uur (en langer) kan duren. Met name de uitval van stroom vormt daarbij een grote kwetsbaarheid volgens de keten: de impact is hoog, het belang evident en tegelijkertijd is de kennis en paraatheid hierover nog niet op het niveau waar het kan komen. Door deze factoren wordt de urgentie van dit crisistype breed herkend en is het raadzaam om met elkaar de effecten in kaart te brengen.

Verschillende crisistypen zijn al uitvoerig behandeld in een eerder ZRP, zoals Extreem Geweld en Terrorisme (EGT). Ook zien we dat infectieziekten lager zijn gescoord, doordat de kennis en ervaring binnen zorginstellingen is gegroeid als gevolg van de COVID-19-pandemie. Voor diverse scenario's bestaat reeds planvorming waarnaar kan worden gerefereerd, zoals bij ongevallen met gevaarlijke stoffen. In de bestuurlijke rapportage wordt inzichtelijk gemaakt welke regionale plannen er zijn gemaakt.

Crisistypen die minder expliciet onder de noemer weerbaarheid vallen, lijken relatief lager te zijn gescoord. Dat kan echter ook een valkuil zijn. Veel crisistypen kennen namelijk bereikbaarheidseffecten, die bij extreme neerslag juist nadrukkelijk naar voren komen als onderdeel van extreem weer. Deze invalshoek leidt tot andere inzichten en gesprekken dan bijvoorbeeld bij uitval van de energievoorziening.

2.1.2 Distillatie van crisistypen

De lijst die is gebruikt voor de risico-inventarisatie is het resultaat van een gewogen combinatie van bronnen, waaronder:

- prioriteringsonderzoek binnen het vorige ZRP (2021);
- de lijst van crisistypen van het NIPV;
- de crisistypen uit het Regionaal Risicoprofiel (RRP);
- de Risico- en Crisisbarometer (NCTV).

2.1.3 Verbinding met het RRP

Het ZRP sluit inhoudelijk aan op het hernieuwde Regionaal Risicoprofiel (RRP). Daarmee fungeert het ZRP als verbinding: input vanuit de veiligheidsdomeinen, crisistypen en thema's uit het RRP vormen de basis, waarbij het ZRP de vertaalslag maakt naar de duiding en effecten voor de zorgketen. Tijdens gezamenlijke themasessies voor het RRP met veiligheidspartners en vertegenwoordigers van vitale sectoren is deze basis verrijkt en geconcretiseerd.

2.2 Relevante kaders

2.2.1 Zorgcontinuïteit in balans

Dit document biedt zorginstellingen een (landelijk) kader om op gestructureerde wijze een zorgcontinuïteitsplan te maken. Het faciliteert zorginstellingen bij het inventariseren van factoren die tijdens rampen of crises van belang kunnen zijn, of waarvan zij gevolgen kunnen ondervinden. In bijlage 2 zijn per crisistype de mogelijke disbalansen opgenomen. Daarmee wordt op uniforme wijze weergegeven welke disbalansen kunnen ontstaan.

2.2.2 Thema's gezamenlijke sessie

Voor een goed verloop van de sessies en een zorgvuldige uitwerking van het ZRP is het noodzakelijk om op het juiste abstractieniveau te komen. De beleids- en managementlagen die bij deze sessie aanwezig zijn, zitten meestal niet direct aan de bestuurlijke tafel, maar hebben wel de taak om bestuurders op de juiste manier te voeden ten aanzien van crisisbeheersing. Daarom is een aantal vragen opgesteld om tot dit abstractieniveau te komen. Deze vragen zijn uitgewerkt in bijlage 4. De resultaten van de scenario's zijn in de uitwerking ook onderverdeeld naar deze thema's.

De thema's kunnen zowel vanuit het perspectief van één organisatie als vanuit het perspectief van de gehele keten worden bezien.

2.3 Traject met de zorgketen

Het traject is gestart met het versturen van een brief aan de zorgbestuurders binnen de regio, met het verzoek een vertegenwoordiger aan te wijzen voor deelname aan het proces. Hiermee werd geborgd dat elke deelnemende organisatie zowel bestuurlijk als operationeel vertegenwoordigd was en op basis van mandaat kon bijdragen aan het risicobeeld.

2.3.1 Individuele interviews (een-op-een)

Met vertegenwoordigers van vijftien zorgorganisaties (zie bijlage 5) uit de keten zijn vervolgens verdiepende gesprekken gevoerd. In deze gesprekken is systematisch gevraagd naar:

- een terugblik op het vorige ZRP;
- percepties van relevante crisistypen;
- stand van zaken binnen de eigen organisatie;
- onderlinge afhankelijkheden binnen de keten.

2.3.2 Vragenlijst (risicoformat én terugkoppeling)

De vertegenwoordigers hebben een vragenlijst ingevuld die uit twee onderdelen bestond: een terugblik op de aanbevelingen van het vorige Zorgrisicoprofiel (ZRP) en het invullen van een risicoformat. Zie bijlage 1.

Om tot de juiste inzichten, kaders en conclusies te komen, is onderzocht hoe de keten naar verschillende crisistypen kijkt. Hierdoor ontstond een gestructureerd beeld van de manier waarop de keten deze crisistypen beoordeelt. Een tabel met de scoring is te vinden in bijlage 2.

Elke organisatie heeft voor ieder crisistype een score gegeven op vijf variabelen:

- Kans: hoe groot is de kans dat het crisistype zich voordoet?
- Impact: wat is de verwachte impact op de continuïteit en capaciteit van de eigen organisatie?
- Belang: hoe belangrijk is het volgens de organisatie dat dit crisistype wordt opgenomen in het regionale ZRP?
- Kennis: in welke mate is er binnen de organisatie kennis aanwezig over dit crisistype? (Score omgedraaid voor de totale weging)
- Ervaring: in welke mate heeft de organisatie ervaring met dit type incident of opschaling? (Score omgedraaid voor de totale weging)

De variabelen, en hun toepasbaarheid in de keten, komen ook terug in de Landelijke Leidraad ZRP. De inzichten uit de scoring zijn waardevol voor zowel de prioritering in het risicoprofiel als de selectie van thema's voor de groepssessie.

2.3.3 Gezamenlijke groepssessie

Tot slot is met een brede vertegenwoordiging uit de keten een gezamenlijke sessie georganiseerd waarin twee scenario's specifiek zijn behandeld, zie bijlage 3.

1. Langdurige uitval energievoorzieningen, met een focus op stroomuitval.
2. Extreem weer, met een focus op extreme neerslag.

Tijdens deze sessie zijn:

- de voorlopige inzichten gespiegeld;
- knelpunten en onderlinge afhankelijkheden besproken;
- gedeelde prioriteiten in kaart gebracht;
- de thema's zoals hierboven benoemd geduid op basis van expertise en ervaring uit de praktijk (zie bijlage 4).

2.4 Uitwerking resultaten en aanbevelingen

De resultaten uit de groepssessie zijn geordend aan de hand van de vooraf besproken thema's, zie bijlage 4. Deze thema's vormen het analysekader voor het resultatenhoofdstuk. Daarbij is per scenario gekeken welke effecten, afhankelijkheden en dilemma's zichtbaar werden, en welke lessen daaruit breder toepasbaar zijn voor de zorgketen.

De aanbevelingen in hoofdstuk 4 zijn vervolgens afgeleid uit deze bredere patronen. Zij richten zich daarom niet uitsluitend op de specifieke scenario's van stroomuitval en extreme neerslag, maar op het versterken van het gezamenlijke vermogen van de keten om voorbereid te zijn op effecten die bij meerdere crisistypen kunnen optreden.

3. Resultaten van de scenario's

3.1 Scenario 1: Verstoring energie-voorziening (gas en elektriciteit); specifiek stroomuitval

Relevante disbalansen (Zorgcontinuïteit in Balans) voor dit crisistype: Digitale verstoring - Sluiting (delen) locatie - Verplaatsen cliënten - Groot aanbod cliënten - Logistieke stagnatie - Tekort aan personeel.

Stroomuitval (in drie regio's, zoals in het scenario) vormt een scherpe breuk in vrijwel alle zorgprocessen en kent waarschijnlijk de meeste cascade-effecten van alle crisistypen. Gebouwgebonden functies zoals liften, klimaatregeling, toegangsbeveiliging en koeling vallen (gedeeltelijk) weg, met directe gevolgen voor veiligheid en zorgcontinuïteit. Hoewel instellingen vaak (deels) op noodstroom kunnen terugvallen, is niet altijd duidelijk welke functies daadwerkelijk (langdurig) ondersteund blijven.

Na enkele uren nemen knelpunten snel toe door beperkte voorraden en het uitvallen van logistieke processen en informatiesystemen. Bij langdurige uitval stapelen de effecten zich verder op: telecommunicatie en daarmee de bereikbaarheid van 112 vallen weg, thuismonitoring valt weg en de doorstroom binnen de zorgketen stokt. Triage, bewaking van medicatieveiligheid en voorraadbeheer worden handmatiger en daarmee foutgevoeliger.

Tegelijkertijd zijn burgers steeds meer aangewezen op zichzelf en hun directe omgeving. De druk op personeel loopt snel op doordat meer zorgvragen samenkomen terwijl minder middelen beschikbaar zijn en digitale ondersteuning wegvalt. Ook ontstaat onduidelijkheid over de langdurige inzetbaarheid van personeel, mede in relatie tot hun eigen thuissituatie. De neveneffecten van langdurige stroomuitval hebben daardoor een grote impact op de zorgcontinuïteit en zijn moeilijk volledig te overzien.

3.2 Belangrijke thema's

3.2.1 Mobiliseren van middelen en mensen

De veerkracht bij energie-uitval wordt in belangrijke mate begrensd door logistieke processen, zoals de beschikbaarheid van brandstof voor noodstroom, toegang tot drinkwater en sanitaire voorzieningen en de continuïteit van leveranciers. Een belangrijke vraag hierin is ook in hoeverre tijdens stroomuitval nog voldoende personeel gemobiliseerd en beschikbaar gehouden kan worden. Andere thema's zoals doorstroom in de keten en verbinden buiten het zorgnetwerk zijn hierin ook relevant.

3.2.2 Beschermen van mensen en systemen

Mensen en (digitale) systemen zijn in de zorg steeds sterker met elkaar verweven. Bij energie-uitval vallen veel systemen direct weg, waardoor zorgprocessen onder druk komen te staan. Naarmate de uitval langer duurt, treden steeds meer cascade-effecten op tussen mens en systeem, zoals uitval van telecommunicatie en ICT.

Voor zorginstellingen betekent ICT-uitval dat onder andere EPD's, ordermanagement en digitale diagnostiek niet beschikbaar zijn. Dit kan leiden tot het (gedeeltelijk) sluiten van afdelingen en tot uitstel of afschaling van zorg. Daarnaast raken zorgvragers die thuiszorg ontvangen of thuis gemonitord worden minder zichtbaar voor zorgorganisaties, wat gevolgen heeft voor toezicht, continuïteit en veiligheid van patiënten.

3.2.3 Betekenisgeving en communicatie

Om tijdens een grootschalige crisis adequaat te handelen, is een heldere en consistente boodschap noodzakelijk die zowel intern als extern wordt begrepen. Daarbij hoort duidelijkheid over de impact op de zorgverlening en de bedrijfsvoering, en wat zorgvragers en hun naasten kunnen verwachten over bijvoorbeeld de afschaling van zorg.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat juist tijdens stroomuitval de mogelijkheden om (extern en intern) te communiceren beperkt zijn.

3.2.4 De juiste koers varen met de juiste waarden

Stroomuitval legt direct de vraag op tafel wat minimale zorg is: wat móet doorgaan en wat kan tijdelijk worden stilgezet, op een manier die veiligheid en kwaliteit nog steeds verantwoord borgt. Binnen organisaties bestaat – vaak impliciet – altijd een ondergrens waarbinnen men vindt dat verantwoorde zorg nog geleverd wordt. Soms is deze grens extern vastgelegd, bijvoorbeeld door wetgeving, toezichthouders of financiers. Bij een langdurige crisis kunnen deze kaders echter onder druk komen te staan.

3.2.5 Coördineren en besluiten

In het scenario van een stroomuitval in meerdere regio's, is het van groot belang om afstemming en samenwerking te zoeken binnen de zorgketen, waarbij ook bovenstaande onderwerpen geagendeerd worden. Het bepalen van de eerdergenoemde ondergrens van zorg en de kaders hierbij, is tevens een belangrijk onderwerp. Het ontbreken van een ketenbrede visie hierop, kan gevolgen hebben voor de voorspelbaarheid van zorg, zowel voor zorgvragers als voor zorgprofessionals.

3.2.6 Verbinden buiten het zorgnetwerk

Zorginstellingen in de regio benadrukken dat 72-uurszelfredzaamheid alleen houdbaar is als afspraken met vitale partners, zoals energie- en netbeheerders en waterbedrijven, zijn gemaakt én getoetst. Daarnaast is het belangrijk om in beeld te hebben welke leveranciers cruciale materialen leveren, zoals voedsel, bloed en steriele materialen.

Bovendien zijn de leveringen van bovenstaande producten, met name water en medische producten, van levensbelang. De kwaliteit hiervan is ook cruciaal. De GGD heeft in het kader van publiek belang een grote rol in preventie en repressie van infectieziekten en milieu-incidenten en heeft zodoende samen met de Veiligheidsregio een groot netwerk in de vitale infrastructuur. Daarnaast heeft de GGD een eigen crisisorganisatie, die actief wordt wanneer een ramp of crisis het leven en de gezondheid van (grote groepen) bewoners in de regio bedreigt of schaadt en waarbij verschillende GGD-processen betrokken kunnen zijn.



3.3 Scenario 2: Extreme weersomstandigheden (hitte-, storm- en wateroverlast); specifiek extreme neerslag

Relevante disbalansen (Zorgcontinuïteit in Balans) voor dit crisistype: Sluiting (delen) locatie - Verplaatsen cliënten - Groot aanbod cliënten - Logistieke stagnatie - Tekort aan personeel.

Extreme neerslag kan direct ontwrichtend werken voor de zorg doordat gebouwen en infrastructuur beschadigd raken of onbruikbaar worden. Wateroverlast leidt tot meer ziekenhuisopnames en een snel toenemende druk op de acute zorg en hulpdiensten. Hevige regenval kan wegen en toegangsroutes blokkeren, waardoor het vervoer van patiënten en personeel wordt belemmerd en de aanrijtijden van hulpdiensten oplopen. Dit vergroot de kans op vertragingen en onveilige situaties en zet de bereikbaarheid, met name van de acute zorg, onder druk.

Daarnaast kan extreme neerslag schade veroorzaken aan cruciale voorzieningen binnen zorginstellingen, zoals technische ruimtes en energievoorzieningen. Hierdoor kunnen interne zorgprocessen ernstig verstoord raken. Tegelijkertijd neemt het gezondheidsrisico toe, mede door een verminderde toegang tot zorg, vooral voor kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen met chronische aandoeningen en luchtwegklachten. Vochtproblemen en schimmelvorming dragen hieraan bij. Ook kan rioolwater dat via het toilet overstroomt bacteriën verspreiden en infectierisico's vergroten.

Deze samenloop van factoren leidt tot extra knelpunten in triage en beschikbare capaciteit, waardoor risico's voor de patiëntveiligheid zich snel kunnen opstapelen.

3.4 Belangrijke thema's

3.4.1 Doorstroom in de keten

Crisistypen kunnen leiden tot cascade-effecten die grotere problematiek veroorzaken dan het initiële incident zelf. Bij het scenario extreme neerslag spelen bereikbaarheidsproblemen een dominante rol.

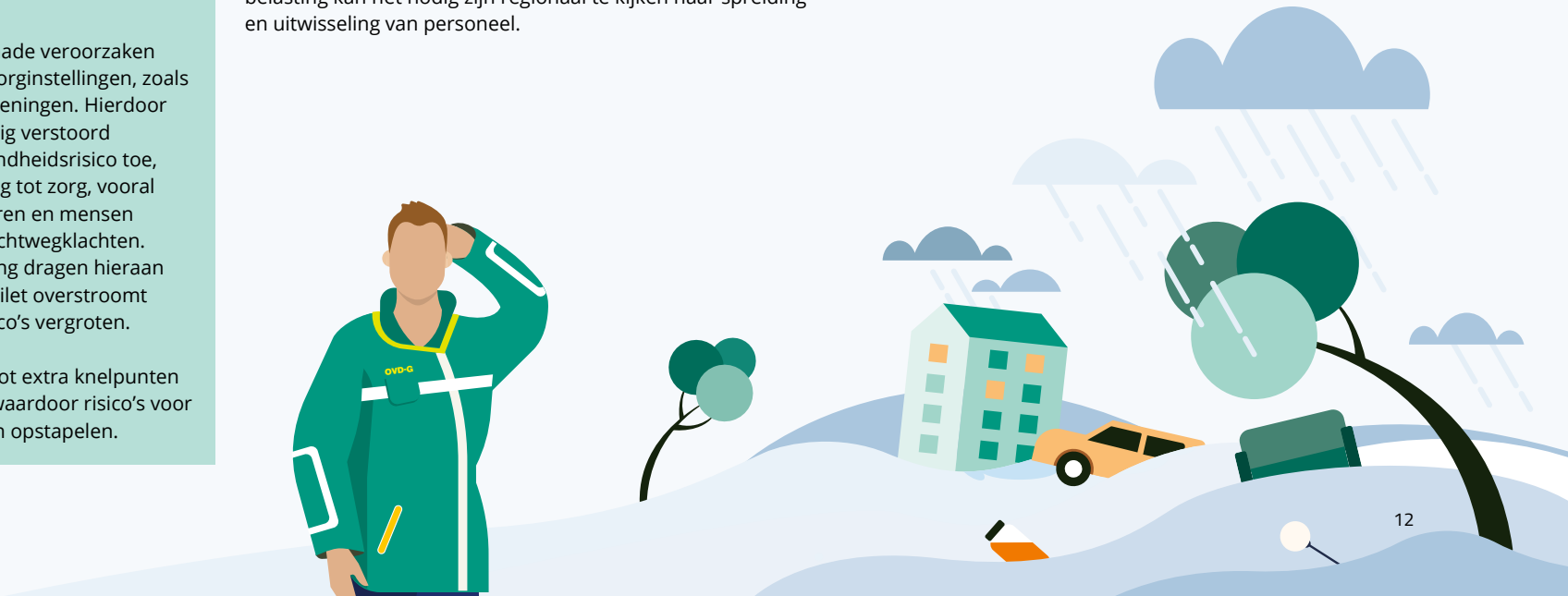
In reguliere situaties is de beschikbare zorgcapaciteit binnen organisaties vaak bepalend. Bij langdurige wateroverlast verschuift dat perspectief: het verplaatsen van patiënten en cliënten kan problematisch worden en de bereikbaarheid van de zorg komt onder druk te staan.

Hierdoor verandert het systeem van instroom-doorstroom-uitstroom. In een verdichte, stedelijke regio als Haaglanden kunnen afzettingen en omleidingen ertoe leiden dat wegen slecht begaanbaar zijn, waardoor patiënten, cliënten en personeel locaties niet of moeilijk kunnen bereiken. Dit leidt direct tot continuïteitsproblemen van de organisatie en bereikbaarheidsproblemen voor de zorgvrager. Bij langere belasting kan het nodig zijn regionaal te kijken naar spreiding en uitwisseling van personeel.

3.4.2 Duiding van de situatie

Extreme neerslag kenmerkt zich door dynamische omstandigheden die steeds opnieuw moeten worden geduid. Op een vast moment is het – met de juiste informatievoorziening – vaak helder. In de praktijk kan het over een langere periode echter lastige dilemma's opleveren doordat ook cascade-effecten kunnen ontstaan die belangrijk zijn voor de continuïteit van zorg.

Afhankelijk van de omstandigheden kan kortdurende extreme regenval aan het begin al leiden tot schade aan zorginstellingen. Hierdoor kunnen bereikbaarheidsproblemen optreden voor de zorginstellingen zelf. Na een langere tijd kunnen de problemen van deze crisis ook uitmonden in andere crises, zoals uitval van elektriciteit, verstoring van telecommunicatie en ICT, of andere risico's voor de volksgezondheid.



3.4.3 Legitimiteit en verantwoording

Bij scenario's zoals extreme neerslag kunnen nieuwe legitimiteits- en verantwoordingsdilemma's ontstaan. Waar de zienswijze zich steeds meer verplaatst van een individuele instelling naar een ketengerichte benadering – op zichzelf een positieve ontwikkeling – roept dit tegelijkertijd lastige vragen op. Als we in een situatie terechtkomen die voorzienbaar was en waartegen maatregelen mogelijk waren geweest, waar ligt dan de verantwoordelijkheid voor de gevolgen?

Hiermee dringt zich ook de vraag op in hoeverre er sprake is van gezamenlijke verantwoordelijkheid, wanneer keuzes door individuele instellingen tot gezamenlijke effecten leiden. Dit zijn relatief nieuwe vragen, die raken aan diepgewortelde aannames over rolverdeling en eigenaarschap. Juist daardoor kunnen nieuwe dilemma's ontstaan rondom verantwoording en aansprakelijkheid.

3.4.4 Afhechten en leren

Het afhechten – de duidelijke markering van het einde van een crisis – en het leren van een crisissituatie zijn onderschatte onderdelen.

In de gehele keten is er niet één moment dat een crisis voorbij is; dit verschilt per organisatie in de keten, en kan zelfs per afdeling verschillen. Bij meerdere crisistypen is er niet één zwart-witkader waarin de crisis is afgelopen. Meerdere cascade-effecten kunnen namelijk nog effect hebben op de (continuïteit van) zorg.

4. Aanbevelingen voor de zorgketen

De aanbevelingen zijn onderverdeeld in vijf hoofdonderwerpen:

1. **Strategische keuzes en besluitvorming vooraf**
2. **Inzicht in kwetsbaarheden en cascade-effecten**
3. **Rolverdeling en verantwoordelijkheden in ketensamenwerking**
4. **Communicatie en betekenisgeving**
5. **Vastleggen, evalueren, leren en terugkeren naar de reguliere situatie**

Deze indeling helpt om de aanbevelingen niet als afzonderlijke punten te lezen, maar als samenhangende bouwstenen voor een betere crisisvoorbereiding binnen de keten. De aanbevelingen kunnen zowel bezien worden vanuit het perspectief van één organisatie, als vanuit de gehele keten.

4.1 Strategische keuzes en besluitvorming vooraf

4.1.1 Maak vooraf regionaal keuzes over welke (ook planbare) zorgactiviteiten als eerste worden afgeschaald

Tijdens een crisis is het voor zorginstellingen lastig om onder tijdsdruk te bepalen welke zorg nog doorgaat en welke zorg tijdelijk moet worden afgeschaald. Wanneer deze keuzes pas tijdens een incident worden gemaakt, leidt dit tot vertraging, onduidelijkheid en bestuurlijke druk.

Zorginstellingen zouden daarom vooraf moeten bepalen welke zorgprocessen essentieel zijn en welke activiteiten tijdelijk kunnen worden afgeschaald. Dit vraagt om het opstellen van zogenoemde verdringingsreeksen: vooraf vastgelegde keuzes over de volgorde waarin zorgactiviteiten worden verminderd, aangepast of stopgezet. Het is belangrijk te benadrukken dat het niet alleen gaat om de gevolgen van het afschalen van niet-planbare zorg, maar dat ook keuzes binnen de planbare zorg zorgvuldig moeten worden afgewogen, omdat die tot merkbare maatschappelijke effecten kunnen leiden door de uitgestelde zorg.

Keuzes hierover zouden niet uitsluitend binnen één organisatie moeten worden gemaakt, maar juist ook in regionaal of landelijk verband worden afgestemd. Een besluit van bijvoorbeeld een ziekenhuis kan namelijk gevolgen hebben voor andere partijen in de keten, zoals binnen de langdurige zorg, huisartsenzorg, thuiszorg of publieke gezondheidszorg. Door deze afhankelijkheden vooraf te bespreken, ontstaat meer duidelijkheid over de gevolgen van afschaling.

Deze voorbereiding helpt ook om (ethische) dilemma's tijdig te signaleren. Als vooraf duidelijk wordt dat bepaalde keuzes grote maatschappelijke of morele gevolgen hebben, kunnen deze ook tijdig worden besproken in andere gremia.

4.1.2 Maak dilemma's met financiële consequenties vooraf inzichtelijk

Crisissituaties zijn ongeschikt om complexe financiële vraagstukken op te lossen. Tijdens een incident moeten zorginstellingen snel kunnen handelen, zonder onzekerheid over bijvoorbeeld productieafspraken, inzet van extra personeel, kosten van noodmaatregelen of vergoeding van uitgestelde zorg.

Zorginstellingen zouden daarom vooraf moeten inventariseren welke financiële dilemma's bij verschillende crisistypen kunnen ontstaan. Denk bijvoorbeeld aan de kosten van noodvoorzieningen, extra personele inzet, verplaatsing van patiënten, uitval van reguliere productie of het sluiten van afdelingen.

Door deze dilemma's vooraf zichtbaar te maken, ontstaat meer transparantie en voorspelbaarheid in de besluitvorming. Ook wordt duidelijk welke financiële risico's door de instelling zelf kunnen worden gedragen, welke met zorginkopers (zorgverzekeraars) moeten worden besproken en welke in regionale, sectorale (of landelijke) gremia moeten worden besproken.

Dit voorkomt dat financiële onzekerheid tijdens een crisis verlammend werkt op de besluitvorming. Bovendien helpt het zorginstellingen en ketenpartners om vooraf een onderbouwd standpunt in te nemen over wat in crisissituaties redelijk, uitvoerbaar en noodzakelijk is.

4.2 Inzicht in kwetsbaarheden en cascade-effecten

4.2.1 Breng concreet in kaart welke processen uitvallen bij verstoring van voorzieningen en logistieke ketens

Uit de gesprekken blijkt dat zorginstellingen vaak onvoldoende scherp hebben welke onderdelen van de organisatie daadwerkelijk niet meer functioneren wanneer cruciale voorzieningen uitvallen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om stroom, ICT, water, medische gassen, telefonie, medicatievoorziening, voedselvoorziening, schoonmaak, linnengoed of transport.

Zorginstellingen zouden per kritisch proces moeten vastleggen:

- welke voorziening of keten nodig is om het proces draaiend te houden;
- wat er gebeurt als deze voorziening uitvalt;
- welke fallbackprocedure beschikbaar is;
- hoe lang het proces zonder reguliere voorziening kan doorgaan;
- wie verantwoordelijk is voor de operationele besluitvorming en uitvoering;
- welke afhankelijkheden bestaan met externe leveranciers of ketenpartners.

Deze informatie moet actueel, overzichtelijk en direct beschikbaar zijn voor crisisfunctionarissen en leidinggevenden. Alleen wanneer vooraf duidelijk is welke processen kwetsbaar zijn, kunnen zorginstellingen tijdens een crisis gericht prioriteren en sneller passende maatregelen nemen.

4.2.2 Neem cascade-effecten expliciet mee in scenario's en planvorming

Crisistypen staan zelden op zichzelf. De uitval van één voorziening kan leiden tot een reeks vervolgproblemen. Zo kan stroomuitval leiden tot ICT-uitval, verstoring van medische apparatuur, problemen met toegangscontrole, uitval van telefonie en stagnatie van logistieke processen; met alle verdere maatschappelijke gevolgen van dien. Wateroverlast kan vervolgens leiden tot verplaatsingsproblemen, hygiënerisico's, infectierisico's of uitval van gebouwen.

Deze opeenstapeling van effecten wordt nog vaak te gefragmenteerd meegenomen in planvorming. Zorginstellingen zouden daarom scenario's moeten ontwikkelen waarin niet alleen de eerste verstoring wordt beschreven, maar ook de waarschijnlijke neveneffecten en keteneffecten.

Daarbij moet duidelijk worden:

- welke processen als eerste worden geraakt;
- welke gevolgen optreden na enkele uren, dagen of weken;
- welke afdelingen of locaties extra kwetsbaar zijn;
- welke ketenpartners worden beïnvloed;
- welke maatregelen nodig zijn om verdere escalatie te voorkomen.

Door cascade-effecten als geheel zichtbaar te maken, ontstaat een realistischer beeld van de impact van crises. Dit helpt zorginstellingen om beter voorbereid te zijn op langdurige en samengestelde verstoringen.



4.3 Rolverdeling en verantwoordelijkheden in ketensamenwerking

4.3.1 Maak de rolverdeling helder volgens het 'ik-wij-zij'-principe

De continuïteit van zorg begint bij de inzetbaarheid van individuele medewerkers. Als medewerkers niet kunnen komen werken, niet weten wat van hen wordt verwacht of onvoldoende worden ondersteund, heeft dit direct gevolgen voor de capaciteit van de organisatie. Die organisatiecapaciteit bepaalt vervolgens weer welke rol de instelling in de regionale keten kan vervullen.

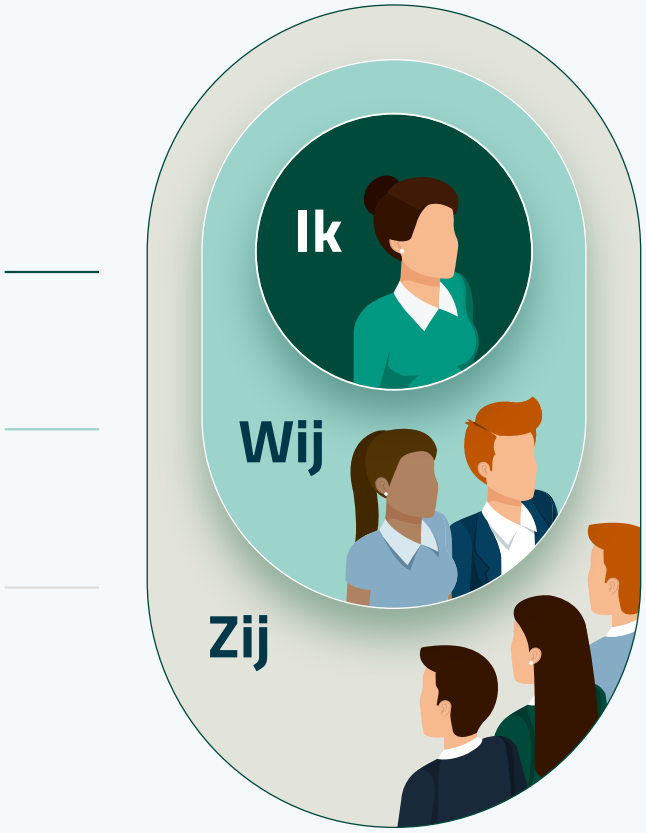
Zorginstellingen zouden daarom expliciet moeten maken wat wordt verwacht op drie niveaus tijdens rampen en crises:

Ik: wat is de verantwoordelijkheid van de individuele medewerker, bijvoorbeeld rond bereikbaarheid, beschikbaarheid, voorbereiding thuis en naleving van crisisafspraken?

Wij: wat doet de organisatie om medewerkers inzetbaar te houden, bijvoorbeeld door opvang, informatievoorziening, roostering, vervoer, psychosociale ondersteuning of beschermingsmiddelen?

Zij: wat betekent de organisatie voor andere partijen in de keten, zoals ziekenhuizen, huisartsen, VVT-instellingen, GHOR, GGD, gemeenten en Veiligheidsregio? En wat betekenen zij andersom voor ons?

Deze rolverdeling moet niet alleen in plannen staan, maar ook met medewerkers en ketenpartners worden besproken. Door hierover vooraf het gesprek te voeren, ontstaat meer realisme over wat van individuen, organisaties en de keten verwacht kan worden tijdens een crisis.



'Ik-wij-zij'-rolverdeling
Verantwoordelijkheid en samenwerking in drie lagen

4.3.2 Breng kwetsbare patiënten en personen in beeld, inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden

Een terugkerend aandachtspunt is dat kwetsbare extramurale patiënten en personen tijdens een ramp of crisis onvoldoende in beeld zijn. Het gaat bijvoorbeeld om mensen die thuis wonen maar afhankelijk zijn van intensieve zorg, medische apparatuur, medicatie, thuiszorg, mantelzorg of begeleiding.

Bij deze groep is vaak onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Ligt de verantwoordelijkheid bij de zorginstelling, de gemeente, de huisarts, de Veiligheidsregio, de patiënt zelf of diens netwerk? Deze onduidelijkheid kan ertoe leiden dat kwetsbare mensen tijdens een crisis tussen wal en schip vallen.

Daarom zouden gemeenten, huisartsen, VVT- en GGZ-organisaties, GGD, GHOR en andere relevante partners moeten bepalen:

- welke kwetsbare groepen extra risico lopen;
- welke informatie voor die groepen vooraf beschikbaar mag en moet zijn;
- welke ondersteuning realistisch geboden kan worden, en wie daar verantwoordelijk voor is;
- waar de grens ligt tussen individuele verantwoordelijkheid en georganiseerde zorgcontinuïteit.

Een gedeeld beeld van kwetsbare groepen en verantwoordelijkheden is noodzakelijk om zorg zo toegankelijk en veilig mogelijk te houden, ook wanneer de omstandigheden sterk verslechteren.

4.4 Communicatie en betekenisgeving

4.4.1 Zorg dat crisiscommunicatie doelgericht is afgestemd op verschillende doelgroepen

Tijdens crises wordt niet altijd op dezelfde manier gecommuniceerd richting medewerkers, patiënten, cliënten, naasten, ketenpartners, media en maatschappij. Verschillen in communicatie[1] kunnen effectief zijn, zolang ze bewust zijn gekozen en passen bij het doel van de organisatie.

Zorginstellingen zouden daarom vooraf moeten bepalen welke doelgroepen in een crisis informatie nodig hebben en wat per doelgroep de belangrijkste boodschap is. Medewerkers hebben bijvoorbeeld behoefte aan duidelijke instructies, handelingsperspectief en informatie over hun eigen veiligheid.

Patiënten en cliënten hebben vooral behoefte aan duidelijkheid over de gevolgen voor hun zorg. Ketenpartners moeten weten wat de organisatie nog wel en niet kan leveren. Door crisiscommunicatie vooraf doelgericht in te richten, wordt voorkomen dat communicatie tijdens crises versnipperd, tegenstrijdig of te laat plaatsvindt.

4.4.2 Bepaal vóór de crisis welke waarden en uitgangspunten leidend zijn

In crisissituaties moeten organisaties vaak lastige afwegingen maken. Daarbij kunnen verschillende waarden met elkaar botsen, zoals veiligheid, continuïteit van zorg, toegankelijkheid, bescherming van personeel, bescherming van patiënten en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Uit de gesprekken blijkt dat deze betekenisgeving – het bepalen van wat in een crisis werkelijk belangrijk is – vaak pas tijdens de crisis plaatsvindt en minder vaak vooraf. Dat maakt besluitvorming kwetsbaar, omdat keuzes onder hoge druk en met beperkte informatie moeten worden gemaakt.

Zorginstellingen zouden daarom vooraf moeten bespreken welke waarden en uitgangspunten leidend zijn bij verschillende crisistypen. Dit kan bijvoorbeeld onderdeel worden van oefeningen, bestuurlijke gesprekken, ethische reflectie of regionale crisisvoorbereiding.

Het is goed om te benoemen dat het daarbij niet om het volledig dichtregelen van elke situatie gaat, maar om het creëren van een gedeeld denkkader. Als vooraf is besproken welke principes belangrijk zijn, kunnen bestuurders, crisisfunctionarissen en professionals tijdens een crisis sneller en consistenter besluiten nemen.

[1] *Binnen de publieke crisisbeheersing vindt crisiscommunicatie plaats onder de verantwoordelijkheid van de burgemeester van de getroffen gemeente, bij een bovengemeentelijke crisis onder de verantwoordelijkheid van de voorzitter veiligheidsregio.*

4.5 Vastleggen, evalueren, leren en terugkeren naar de reguliere situatie

4.5.1 Leg besluiten tijdens crises zorgvuldig en systematisch vast

Tijdens een crisis moeten besluiten snel worden genomen. Juist daarom is het belangrijk om systematisch vast te leggen welke besluiten zijn genomen, door wie, op welk moment en met welke onderbouwing. Zonder goede vastlegging gaat waardevolle informatie verloren en wordt het achteraf moeilijk om te evalueren, te verantwoorden en te leren.

Zorginstellingen zouden vooraf moeten bepalen hoe besluitvorming tijdens crises wordt gedocumenteerd. Daarbij moet minimaal worden vastgelegd:

- welk besluit is genomen;
- wanneer het besluit is genomen;
- welke informatie beschikbaar was;
- welke risico's en dilemma's zijn meegewogen;
- welke acties uit het besluit volgen.

Deze vastlegging hoeft niet uitgebreid of bureaucratisch te zijn, maar moet wel consequent gebeuren. Goede documentatie helpt om tijdens de crisis overzicht te houden en maakt het na afloop mogelijk om gericht te leren van het incident.

4.5.2 Definieer regionaal wanneer een langdurige crisis is afgelopen en hoe wordt afgeschaald

Bij langdurige crises kan onduidelijkheid ontstaan over het moment waarop en op welke manier zorgorganisaties kunnen terugkeren naar de reguliere situatie. De ene organisatie kan al willen afschalen, terwijl een andere organisatie nog in de opschalingsfase zit; afhankelijk van hun plek in de zorgketen. Dit kan leiden tot mismatches in capaciteit, verwachtingen en verantwoordelijkheden binnen de keten.

Door vooraf na te denken over het einde van een crisis kunnen organisaties beter met elkaar afstemmen over het moment (of de fasering) en de wijze van afschalen. Het afstemmen en het delen van inzichten dragen bij aan een ketenbrede (of sectorale) overgang naar de reguliere situatie en verkleint de kans op nieuwe verstoringen in de keten.

Regionaal zouden inzichten gedeeld moeten worden over:

- criteria voor afschaling;
- overdracht van crisisorganisatie naar de reguliere lijnorganisatie;
- herstel van uitgestelde zorg;
- nazorg voor medewerkers en patiënten;
- evaluatie en borging van geleerde lessen.

5. Conclusie

De ontwikkelingen van de afgelopen jaren laten zien dat goede crisisvoorbereiding voor de zorgketen in Haaglanden meer dan een randvoorwaarde is geworden. De huidige context vraagt om een andere manier van samenwerken. Crises en rampen zijn complexer, kennen meer afhankelijkheden en de effecten werken sneller en langduriger door in verschillende ketens. Juist daarom is het noodzakelijk om vooraf ketenbreed duidelijke keuzes te maken, afspraken te verankeren en voorbereid te zijn om elkaar effectief te vinden wanneer de situatie daarom vraagt.

De uitwerking van de twee scenario's bevestigt dat verschillende oorzaken in de praktijk vaak leiden tot dezelfde ketenproblemen. Stroomuitval leidt tot stagnerende doorstroom, bereikbaarheidsproblemen, hogere druk op personeel, toenemende afhankelijkheden tussen organisaties en oplopende risico's voor patiëntveiligheid en zorgcontinuïteit. Daarbij wordt zichtbaar dat vooral cascade-effecten van groot belang zijn: stroomuitval werkt door in ICT en telecommunicatie, logistieke processen vallen sneller stil dan verwacht en handmatige werkwijzen vergroten de foutgevoeligheid. Bij extreme neerslag kunnen problemen met toegankelijkheid, verplaatsbaarheid en publieke gezondheid op korte én langere termijn plaatsvinden.

Voorbereiding en besluitvorming kunnen niet meer uitsluitend leunen op individuele plannen van afzonderlijke organisaties. De keten functioneert als één systeem: keuzes van één partij hebben directe gevolgen voor andere schakels, en verschillen in afschaling, verantwoordelijkheden of communicatie kunnen de continuïteit van zorg ketenbreed onder druk zetten. Het gaat daarbij niet alleen om het duiden van een situatie, maar nadrukkelijk ook om betekenisgeving vooraf: welke waarden zijn leidend onder druk, wat verstaan we ketenbreed onder minimaal verantwoorde zorg, en wanneer is afschalen of verdringen bestuurlijk legitiem en uitlegbaar. Dit vraagt om gedeelde kaders en onderlinge afhankelijkheden die vooraf zijn besproken en afgestemd, zodat die in een crisis richting en houvast bieden.

Met dit ZRP is vanuit het ketenperspectief inzicht gegeven in de relevante crisistypen, de effecten daarvan op de zorgcontinuïteit en de afhankelijkheden tussen schakels in de zorgketen. Op basis daarvan zijn aanbevelingen geformuleerd die richting geven aan de voorbereiding en planvorming van zorginstellingen en de zorgketen als geheel. Daarmee versterkt dit ZRP tevens de regionale informatiepositie van de DPG/GHOR en het Algemeen Bestuur, doordat het scherp maakt welke keuzeruimte, afwegingsvragen en voorbereidingsopgaven in de keten centraal staan.

Bijlagen



Bijlage 1: Korte terugblik op resultaten van de aanbevelingen uit Zorgrisicoprofiel 2021

Een meer uitvoerige terugkoppeling op de activiteiten en plannen van de afgelopen vier jaar zijn binnen de bestuurlijke rapportage van de GHOR benoemd. Het opvragen en inzien van uitgevoerde maatregelen en activiteiten, naar aanleiding van de aanbevelingen van het vorige ZRP, geven echter inzichten om de context van de gekozen aanbevelingen en conclusies te begrijpen.

Binnen het vorige ZRP is gekozen om deze te categoriseren naar zorgcontinuïteit, informatiemanagement, kennis en ervaring, communicatie en acceptabele risico's.

Zorgcontinuïteit

Verschillende organisaties melden dat convenanten zijn geactualiseerd om patiënten over te nemen bij uitval of schaarste. Netcentrisch werken is verder ingebed met regionale druktemonitoring en informatie-uitwisseling, onder andere via het Netwerk Acute Zorg West (NAZW) en het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Crisis- en continuïteitsplannen zijn geactualiseerd met duidelijke rollen (ICO/CriCo), BCM-structuren en scenariokaarten. Tegelijkertijd geven andere organisaties aan dat plannen wel bestaan maar niet zijn uitgewerkt, dat afspraken bij schaarste ontbreken en dat regionale capaciteitsinformatie niet overal inzichtelijk is. Dit bevestigt dat de basis is gelegd, maar dat bestendiging en uniformiteit deels ontbreken. Bovendien is de beste toets een realiteitstoets, en (gelukkig) blijft dat vaak bespaard.

Informatiemanagement

Meerdere partijen hebben informatiemanagementopleidingen en bewustwordingscampagnes uitgerold en LCMS-GZ beter verankerd in de crisisstructuur. Daarnaast worden noodcommunicatiemiddelen, zoals satelliettelefoons, voorbereid en is er meer inzicht in noodstroom/scenario's rond ICT-uitval. Tegelijkertijd geven enkele instellingen aan dat aanbevelingen op het gebied van informatiemanagement nog beperkt zijn opgepakt, dat verwachtingen niet altijd eenduidig zijn en dat de verdere uitwerking zich nog in een oriënterende fase bevindt.

Kennis en ervaring

De regio heeft zichtbaar geïnvesteerd in bekwaamheid, onder meer via tabletops, OTO-programma's, LCMS-GZ-trainingen en (multidisciplinaire) scenario-oefeningen. Diverse organisaties hebben ICO's/CriCo's opgeleid of aangesteld en scenariokaarten ontwikkeld. Ook wordt kennis gedeeld over opschalingsplannen. Tegelijkertijd wordt benoemd dat evaluaties niet altijd worden vertaald naar beleid en dat inzicht in vitale afhankelijkheden, zoals stroom, ICT en back-ups, beperkt blijft. Dat is relevant omdat in 2021 juist is aanbevolen om kennis op te bouwen over datagijzeling, ICT-uitval, stroomafhankelijkheden en evacuatie-afspraken.

Communicatie en bereikbaarheid

Positief is de start van werkgroepen communicatie, onder andere via het NAZW, aangescherpte bereikbaarheidsafspraken en betere afstemming tussen crisiscommunicatie en operationele communicatie. Tegelijkertijd blijft het niet altijd duidelijk wie welke rol heeft in regionale crisiscommunicatie en hoe dit in de keten geborgd is. De aanbeveling om heldere afspraken te maken bij (dreigende) verstoring van zorgcontinuïteit en bij uitval van reguliere communicatiemiddelen is blijvend onder de aandacht.

Acceptabele risico's en algemene aanbevelingen

De algemene aanbeveling om het ZRP in het beleid te verankeren is zichtbaar in een significant deel van de instellingen. De mate waarin het ZRP een sturingsdocument is kan wel verschillen binnen de organisaties. Sommige instellingen gebruiken het om crisisplannen vorm te geven, andere instellingen geven aan dat ze het als kennisdocument benutten.

Bijlage 2: Uitkomst risico-inventarisatie maart 2026

Gewogen score	Crisistype	Kans	Impact	Belang	Kennis (omg.)***	Ervaring (omg.)***	Dominante disbalans (GGD GHOR NL)
22,6	**Verstoring Telecommunicatie & ICT (cyberincident)**	4,4	4,7	4,4	4,6	4,5	Digitale verstoring; Uitval ICT
22,1	**Verstoring energievoorziening (gas en elektriciteit)**	4,2	4,6	4,4	4,2	4,7	Uitval nutsvoorzieningen; Sluiting locatie
20,3	**Verstoring (drink)water- en rioolvoorziening**	4,0	4,2	4,1	4,0	4,0	Uitval nutsvoorzieningen
20,1	**Kernongeval**	2,6	4,3	4,0	4,6	4,6	Sluiting locatie; Verplaatsen cliënten
19,4	**Extreme weersomstandigheden (hitte, storm, wateroverlast)**	3,8	3,4	4,0	4,1	4,1	Uitval nutsvoorzieningen; Logistieke stagnatie
19,2	**Extreem geweld en terrorisme**	3,2	4,0	4,1	3,9	4,0	Sluiting locatie; Verplaatsen cliënten
18,7	**Bedreiging volksgezondheid (infectieziekten/epidemie)**	3,8	4,0	4,0	3,4	3,5	Uitbraak infectieziekten; Groot aanbod cliënten
18,4	**(Natuur)branden en instortingen**	3,1	3,3	3,9	4,0	4,1	Sluiting locatie; Verplaatsen cliënten
18,3	**Ongevallen met brandbare/explosieve/ giftige stoffen**	3,2	3,9	3,6	3,8	3,8	Sluiting locatie; Logistieke stagnatie
16,7	**Verstoring openbare orde**	3,1	3,3	3,8	3,2	3,3	Groot aanbod cliënten
15,9	**Groot tunnel-, luchtvaart- of verkeersincident**	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3	Groot aanbod cliënten; Logistieke stagnatie

* Militaire dreiging is in deze inventarisatie niet als afzonderlijk crisistype beoordeeld. Op het moment van inventarisatie zijn landelijke casuïstiek en landelijke uitwerking hierin leidend. Dit betekent niet dat deze risico's buiten beschouwing blijven, maar dat hiervoor bewust een afbakening is aangebracht.

** Bredere trends en externe risico's worden uitgebreider benoemd in het Regionaal Risicoprofiel (RRP).

*** Score omgedraaid voor de totale weging.

Bijlage 3.1: Scenariobeschrijving – Extreme neerslag

Algemeen
- Plaats: regio Haaglanden
- Tijdstip: dinsdagmiddag 13.00 uur
- Meteo: aanhoudende zware buien met lokale piekintensiteit, kans op onweer en een KNMI-waarschuwing (scenario-aanname).

Tijdvak 1 (0-6 uur):
- Het is dinsdagmiddag 13.00 uur in maart. Een hoosbui van meer dan 25 mm per uur trekt over Haaglanden. Eerste schattingen geven aan dat er zelfs meer dan 50 mm in één uur is gevallen. Veel water op straat.
- Onderdoorgangen, tunnels en laaggelegen wegen lopen snel vol. Afzettingen en omleidingen, vertragingen en meer verkeersongevallen.
- Riolering en kolken raken lokaal overbelast. Water dringt via putten en afvoeren woningen en parkeerkelders binnen (terugstuwing).
- Hoogheemraadschap van Delfland schaalt op. Gemalen draaien op maximaal vermogen en er vindt peilbewaking en inspectie van kades en oevers plaats.
- Tram- en buslijnen worden omgeleid of zijn gestremd. Ook op het spoor is kans op verstoringen.
- NL-Alert kan zijn uitgezonden met het advies om ondergelopen gebieden te vermijden en aanwijzingen van hulpdiensten op te volgen.
- De Gemeenschappelijke Meldkamer is overbelast: sterke toename van meldingen (water in woningen, gevaarlijke situaties, verkeersincidenten).
- Gezondheidsrisico's bij contact met overstort- of oppervlaktewater: vermijd contact, handen wassen of douchen na contact.

Tijdvak 2 (6-12 uur):
- Het is dinsdagavond 19.00 uur. De neerslag houdt aan, de piekafvoer richting boezem en zee blijft hoog en er ontstaat risico op instabiele taluds en ondergelopen kelders.
- Diverse parkeerkelders, kelders en technische ruimtes, mogelijk bij zorginstellingen, zijn volgelopen of worden beschermd tegen waterintrede. De brandweer voert water af waar dat mogelijk is, met prioriteit voor levens- en brandveiligheid.
- Overstorten van gemengde rioolstelsels. Verontreinigd water in de openbare ruimte.
- Meerdere ov-lijnen blijven omgeleid of gestremd. Regionaal treinverkeer kampt met verstoringen door het weer en de logistieke impact daarvan.
- Inzet van kolkenreiniging, mobiele pompen en afzettingen op gevaarlijke locaties. Afstemming vindt plaats met waterschap en gemeenten.
- Zorgvraag kwetsbare thuispatiënten neemt toe. Ook de bereikbaarheid van zorgverleners staat onder druk. Grotere kans op slachtoffers of gewonden door extreme neerslag.

Tijdvak 3 (12-... uur):
- Het is dinsdagnacht 01.00 uur. De buien houden aan.
- Wegen raken vervuild met modder, olie en fecaliën. Inspectie van infrastructuur, elektrische installaties en liften komt op gang. Crisiscommunicatie is van belang om duidelijk te maken wat nog wel en niet mogelijk is en welke handelingsperspectieven gelden.



Bijlage 3.2: Scenariobeschrijving – Uitval stroomvoorziening

Algemeen
- Plaats: regio Haaglanden
- Tijdstip: dinsdagochtend 11.00 uur.
- Meteo: huidige weersomstandigheden.

Tijdvak 1 (0-6 uur):
- Het is dinsdagochtend 11.00 uur in maart wanneer de stroom uitvalt in de regio Haaglanden als gevolg van een nog onverklaarde storing in (in ieder geval) een aantal verdeelstations.
- Het is nog niet bekend hoelang de storing gaat duren.
- Betalingsverkeer, treinen, trams en verkeerslichten zijn uitgevallen. Op hoger gelegen verdiepingen is geen waterdruk meer.
- De overheid heeft een NL-Alert verstuurd. Bekend is dat de stroomstoring zich grofweg verspreidt over de regio's Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Holland.
- De Gemeenschappelijke Meldkamer is overbelast: 112-meldingen komen in de wachtrij.
- Zorginstellingen en zorgaanbieders met werkende aggregaten behouden stroom, maar de duur hiervan is niet voor alle locaties duidelijk.
- Meer verkeersongevallen door chaos op de weg.
- Verminderd zelfredzame personen in thuissituatie worden ongerust, trapliften en andere elektrische hulpmiddelen werken niet meer.
- Verwarmingen, ventilatiesystemen en koelinstallaties vallen uit.
- Zorginstellingen en zorgaanbieders krijgen te maken met 5% extra personeelsuitval.

Tijdvak 2 (6-12 uur):
- Het is dinsdagmiddag 16.00 uur.
- Afvalwaterzuiveringsinstallaties lekken vuil water.
- Inhoud van koel- en vriesinstallaties begint te bederven.
- Verminderd zelfredzame personen in thuissituatie krijgen problemen.
- Zorginstellingen en zorgaanbieders moeten rekening houden met toestroom van patiënten die afhankelijk zijn van thuisdialyse, ademapparatuur enzovoort.
- Zorginstellingen en zorgaanbieders krijgen te maken met 10% extra personeelsuitval.
- Onbekend hoelang de storing gaat duren, nog geen signalen van verbetering.

Tijdvak 3 (12-... uur)
- Het is dinsdagavond 23.00 uur.
- Onbekend hoelang de storing gaat duren.
- De exacte neveneffecten voor de regio zijn nog onbekend.



Bijlage 4: Besproken thema's groepssessie

De thema's zijn ontleend aan de tien strategische families van Werner Overdijk en Arjen Boin en aan de sleutel-besluitenlijst die in 2024 is opgesteld voor besluitvorming op bestuurlijk crisisniveau tijdens een ramp of crisis.

Duiding van de situatie

Hoe snappen we samen snel wat er aan de hand is? Wat gebeurt er? Wat betekent dit voor ons? Wat moeten we nu in de gaten houden, en wat niet? Welke onzekerheden accepteren we?

De juiste koers varen met de juiste waarden

Hoe wordt bepaald wat onder druk het zwaarst weegt, zeker wanneer moeilijke keuzes nodig zijn? Welke waarden zijn leidend en hoe worden belangen zorgvuldig tegen elkaar afgewogen?

Coördineren en besluiten

Welke rollen, verantwoordelijkheden en mandaten gelden, en binnen welk tempo moeten besluiten worden genomen? Hoe wordt geborgd dat betrokken partijen weten wie waarover gaat, wie bevoegd is om besluiten te nemen en wanneer besluitvorming noodzakelijk is?

Mobiliseren van middelen en mensen

Hoe worden mensen, middelen en ruimtes ingezet op de plekken waar zij het hardst nodig zijn? Hoe worden daarbij rechtvaardigheid, doelmatigheid en ketenbelang meegewogen, en welke logistieke keuzes zijn daarvoor nodig?

Doorstroom in de keten

Hoe blijft de doorstroom van patiënten en cliënten in de keten zo goed mogelijk geborgd? Hoe worden opstoppingen en wachttijden beperkt, bijvoorbeeld op de SEH, in de kliniek, bij transfermomenten en bij in- en uitstroom? Zijn bestaande procedures en systemen voldoende, of zijn aanvullende werkwijzen nodig?

Beschermen van mensen en systemen

Hoe worden patiënten, cliënten, medewerkers en systemen beschermd tegen schade? Welke maatregelen zijn nodig om veilig werken, patiëntveiligheid en de continuïteit van digitale systemen te ondersteunen? Hoe wordt voorkomen dat problemen escaleren voordat maatregelen worden genomen?

Betekenisgeving en communicatie: de buitenwereld

Hoe wordt gezorgd voor een eenduidige boodschap, zodat betrokken partijen en de buitenwereld begrijpen wat er aan de hand is? Wat wordt gecommuniceerd richting cliënten, patiënten, media, maatschappij, ketenpartners en medewerkers, en welk handelingsperspectief hoort daarbij?

Verbinden buiten het zorgnetwerk (externe partijen)

Hoe is de keten voorbereid op samenwerking met partijen buiten het zorgdomein waarvan de zorg afhankelijk is? Zijn deze partners in de beschreven scenario's goed vindbaar en bereikbaar? Welke leveranciers en externe partners zijn cruciaal voor de continuïteit van zorg?

Legitimiteit en verantwoording

Hoe worden besluiten juridisch, financieel en inhoudelijk zorgvuldig onderbouwd? Welke informatie is nodig om keuzes uitlegbaar en verantwoord te maken?

Afhechten en leren

Hoe wordt de overgang van crisisstand naar reguliere situatie zorgvuldig gemarkeerd? Op welke wijze wordt gezamenlijk geleerd van de crisis, en hoe worden verbeterpunten vertaald naar afspraken, beleid en oefeningen?

Bijlage 5: Deelnemende zorginstellingen

- Haaglanden Medisch Centrum
- HagaZiekenhuis
- Reinier de Graaf Gasthuis
- Hadoks
- Huisartsenpost Schievliet
- Huisartsenspoedpost Zoetermeer/Spoedzorg Zoetermeer
- Huisartsenpost Westland
- RAV Haaglanden
- GGD Haaglanden
- Florence
- Pieter van Foreest
- Parnassia Groep
- GGZ Rivierduinen
- GGZ Delfland
- WelThuis

Bijlage 6: Cyclisch risicomanagement in de zorg

De zorgketen bereidt zich samen met de GHOR voor op rampen en crises. Het Zorgrisicoprofiel (ZRP) vormt hiervoor een belangrijk instrument. Om de samenwerking meer richting te geven en risicomanagement te versterken, introduceert GHOR Haaglanden in het Meerjarenbeleidsplan 2026-2030 een kwaliteitscyclus, die past binnen het systeem van bredere samenwerking binnen de veiligheidsregio. De GHOR vernieuwt daarbij het ZRP en de bestuurlijke rapportage, en introduceert een zorgcrisis- en beleidsplan.



Zorgrisicoprofiel

De meest prevalente risico's en effecten voor de regionale zorgpartijen. Daarnaast beschrijft het de aanbevelingen en geeft daarmee een indicatie voor implementaties.

Bestuurlijke rapportage

De bestuurlijke rapportage evalueert en rapporteert, conform de Wvr-vereisten, over de samenwerking en voortgang op doelen zoals beschreven in bovengenoemde plannen. De rapportage vormt input voor een nieuwe cyclus, die start met de actualisering van het Zorgrisicoprofiel. Door het introduceren van bovenstaand systeem kan de GHOR de zorgketen gerichter adviseren over ontwikkelingen en risicomitigatie. Hierbij kunnen netwerken binnen het zorg- en veiligheidsdomein worden betrokken die buiten de scope van traditionele rampenbestrijding en crisisbeheersing vallen. De bestuurlijke rapportage maakt inzichtelijk in hoeverre de voorbereiding van de instellingen past binnen de huidige risico's. Door de introductie van dit systeem draagt de GHOR bij aan het meer robuust maken van zorginstellingen en de zorgketen.

Zorgcrisis- en beleidsplan

Het zorgcrisis- en beleidsplan bepaalt, op basis van de risico's, de strategische beleidsthema's met en voor de zorg. Het plan beschrijft het optreden van de acute, niet-acute en publieke zorg tijdens crises in de regio, waaronder de taak- en rolverdeling tussen DPG en GHOR Haaglanden binnen de eigen veiligheidsregio. Bij regio-overstijgende crises vindt afstemming plaats met omliggende GHOR-regio's, het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en het Netwerk Acute Zorg West (NAZW).

Colofon

Vormgeving
Van Hulzen Communicatie

Tekst
Emiel de Kruijf

Redactie
Merel van Aardenne

Adres
GHOR Haaglanden
Katschiplaan 10
2496 ZN Den Haag
Postbus 52155
2505 CD Den Haag

Telefoon
088 886 8000

E-mail
info@vrh.nl

Website
www.vrh.nl

Oktober 2026

