



Doen wat de situatie vraagt

Ervaringen en lessen van de evacuatie van
VUmc op 8 september 2015

COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement
in samenwerking met VUmc en de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland
September 2016

Inhoudsopgave

1	Toelichting.....	1
2	Samenvattende tijdslijn.....	2
3	Ervaringen en lessen per thema	3
3.1	Oorzaak en (directe) effecten	3
3.2	Voorbereiding op rampen en crises	4
3.3	Leiding en coördinatie.....	4
3.4	Patiëntveiligheid.....	6
3.5	Communicatie.....	8
3.6	Grootschalige inzet ambulances.....	8
3.7	Evacuatie	9
3.8	Inzet brandweer en defensie	11
3.9	Spreiding van patiënten	12
3.10	Nafase	13
4	Overkoepelende lessen en aanbevelingen	15
4.1	Overkoepelende lessen crisismanagement.....	15
4.2	Overzicht leerpunten per thema	18

1 Toelichting¹

Aanleiding en doelstelling Op 8 september breekt een waterleiding nabij VUmc. De grote hoeveelheden water die het gebouw van VUmc binnenkomen en de kracht van dit water veroorzaken forse schade aan (kritische) installaties. Er zijn op dat moment 339 patiënten binnen. Er ontstaat een situatie waarin VUmc tot het oordeel komt dat onder deze omstandigheden niet langer verantwoorde zorg kan worden geboden en patiënten elders moeten worden ondergebracht. Er komt een grootschalige operatie op gang om dit mogelijk te maken, met de hulp van vele partijen zoals hulpdiensten en defensie. Er is intensieve media-aandacht en een forse informatie-opgave richting patiënten en hun familie. Rond middernacht die dag vertrekt de laatste patiënt. Patiënten en ook verpleegkundig en medisch personeel worden vervoerd naar verscheidene andere ziekenhuizen binnen en buiten de regio, inclusief het calamiteitenhospitaal in Utrecht. In totaal worden 284 patiënten geëvacueerd. Er worden 40 ambulances ingezet die dag. De andere patiënten konden naar huis. Na intensieve herstelwerkzaamheden aan de technische installaties keren patiënten na twee weken geleidelijk terug naarmate onderdelen van het ziekenhuis weer open gaan. Op 23 september 2015 gaat ook de spoedeisende hulp (SEH) weer open en is het ziekenhuis weer volledig operationeel.

Het is gelukt om met deze majeure operatie patiënten veilig elders onder te brengen. De impact op patiënten en medewerkers was groot. Er is reden voor professionele trots. Tegelijkertijd is het belangrijk om te leren van de opgedane ervaringen. Er is geëvalueerd, zowel intern binnen VUmc en de Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland als gezamenlijk. In deze overkoepelende rapportage beschrijven VUmc en de Veiligheidsregio de belangrijkste ervaringen en lessen, samen met het COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement.² Net als eerdere calamiteiten en crises in de zorg hebben ook de gebeurtenissen bij VUmc grote impact gehad elders in het land. Deze rapportage heeft mede tot doel anderen inzicht te geven in de ervaringen en lessen.



Perspectief: crisismanagement in de zorg Deze rapportage is geschreven vanuit het perspectief van crisismanagement. De kern is het – onder hoe tijdsdruk en te midden van onzekerheid - organiseren van een passende reactie op dynamische, complexe en veelal emotionele situaties met grote impact.

Crisismanagement vergt:

- Voldoende aandacht voor de impact (naast de oorzaak en het directe effect): welke impact heeft het op medewerkers, patiënten/cliënten, de omgeving, de samenleving?
- Beslissingen te midden van onzekerheid: het duurt even voordat er overzicht is. Er is waarschijnlijk zowel te weinig als te veel informatie en toch moeten er knopen worden doorgehakt.
- Zicht op kritieke momenten en kritieke besluiten. Waar zitten de kantelpunten in de situatie en wat zijn die paar beslissingen die er echt toe doen?
- Oog voor het bijzondere: doorhebben waar je kunt vertrouwen op het bekende (de professionele basis, de routine) en wat er dit keer echt anders is. Juist het bijzondere vergt extra aandacht.
- Situationeel bewustzijn: doorhebben wat er gebeurt en hoe dit zowel 'binnen' als 'buiten' wordt ervaren. Ook doorhebben wanneer de situatie verandert en bijvoorbeeld een brand een gezondheidsprobleem en vervolgens een communicatieprobleem wordt.
- (Terug)verdienen van vertrouwen: iedere crisis betekent een beschadiging van het vertrouwen. Van

¹ De gebruikte foto's zijn gemaakt door Jeffrey Koper met uitzondering van de fotocompilatie in 3.8 (deze is afkomstig van Defensie)

² Het COT heeft bestaande evaluaties, onderliggende rapportages en verslagen benut en enkele aanvullende gesprekken gevoerd (met de ambulancedienst Amsterdam, de meldkamer ambulance, de raad van bestuur van VUmc en een vertegenwoordiger namens Defensie). Documenten die zijn benut zijn onder meer: evaluatierapportage CoPII/Interface, evaluatie noodorganisatie VUmc, rapportage VUmc aan de IGZ over de calamiteit, interne evaluatie GHOR, samenvattende rapportage over de inzet vanuit Defensie en verslagen van verscheidene interne en gezamenlijke evaluatiebijeenkomsten. Het COT-projectteam bestond uit Marco Zannoni en Matthijs van der Mijn.

<p>medewerkers, van cliënten, van toezichhouders, van media, etc. Dit moet worden (terug)verdiend.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Een integrale aanpak: maatregelen versterken elkaar en wijzigingen of aanpassingen worden doordacht op implicaties voor andere maatregelen. Samen dragen de maatregelen bij aan het realiseren van benoemde doelstellingen en van een aanpak conform vastgestelde uitgangspunten. – Eenheid van inspanning en executiekracht: het gezamenlijk optrekken om te zorgen dat maatregelen worden uitgevoerd en de benodigde slagkracht wordt gerealiseerd. – Leiderschap: het in moeilijke omstandigheden bieden van perspectief, realiseren van moeilijke keuzes en het bieden van kalmte en rust. <p>Het bovenstaande kan niet vanzelf worden gerealiseerd in de staande organisatie. Dit is de reden om te komen tot een crisisorganisatie. Hiermee worden de volgende randvoorwaarden voor een adequate aanpak gerealiseerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tijdige detectie en melding. – Passende structuren en processen om te komen tot besluiten, afstemming en uitvoering. – Bijeenbrengen van mandaten zodat kritieke besluiten genomen kunnen worden – Informatiemanagement als input voor een goed situationeel beeld. – Expertise en ervaring om adequaat om te gaan met bijzondere aspecten. – Doelstellingen en uitgangspunten die richting geven, integraliteit mogelijk maken en de basis vormen voor de gewenste eenheid van inspanning. – Zicht op afhankelijkheden van anderen om in te kunnen schatten waar welke actie nodig is – Een gedeelde notie van scenario's waarvan bekend is dat zij de continuïteit van kritische processen bedreigen of de patiëntveiligheid in gevaar brengen.

Leeswijzer In het volgende hoofdstuk staat een overkoepelende tijdlijn waarin de belangrijkste momenten zijn benoemd. Dit is achtergrond bij de thematische uitwerking die volgt in hoofdstuk 3. Per thema beschrijven we (beknopt) de gebeurtenissen en ervaringen. In het slothoofdstuk 4 presenteren we de overkoepelende bevindingen en de leerpunten per thema.

2 Samenvattende tijdlijn

Op basis van de verschillende evaluaties en reconstructies komen wij tot de volgende samenvattende tijdlijn. De verschillende thema's die hierin terugkomen worden toegelicht in het volgende hoofdstuk. De blauwe gearceerde delen gaan over activiteiten binnen VUmc. De andere onderdelen betreffen de hulpverleningsrespons al dan niet samen met VUmc.

07:30 uur	1e melding binnen op de MKA gesprongen waterleiding de Boelelaan/van der Boechorststraat. VUmc activeert haar Bedrijfsnoodplan.
07.45 uur	Eerste crisisteamleden in crisisruimte VUmc.
07.54 uur	GRIP 1 afgegeven door Officier van dienst Politie.
08.16 uur	Na inventarisatie van de situatie, de getroffen afdelingen en de oorzaak volgt besluit van het crisisteam VUmc om preventief stroom af te schakelen van toren C en B. Patiënten blijven op hun afdeling. De meest kritische voorzieningen zijn voorzien van een batterij-back-upstelsel. Het preferente en niet preferente net zijn uitgeschakeld in een groot deel van het beddenhuis in VUmc behalve in vleugel D, de polikliniek en de Westflank (SEH). De Intensive Care afdeling wordt vanuit bouwdeel D. met haspels en 'paddenstoelen' van stroom voorzien.
8.16 – 8.30 uur	Eerste inventarisatie hoog-risico patiënten afgerond. Liften werken niet, dus afhijsen met brandweer wordt geïnventariseerd maar later afgehouden omdat er geen acuut gevaar dreigt. Besluit om zo veel mogelijk intern te verplaatsen.
08.22 uur	GRIP 2 afgegeven door Politie en Brandweer.
08.30 uur	Water is afgesloten: start met pompen. Brandweer coördineert dit
08:45 uur	Er zijn 22 ambulances ter plaatse. Er moeten 22 patiënten van de Intensive Care (IC)/CCU (hartbewaking) en kinder IC vervoerd worden.
08.45/ 9.00 uur	Bespreking crisisteam van 1 ^e interne evacuatieplan (verplaatsing binnenshuis). Prioriteit ligt bij accu's voor noodstroom. Op D vleugel (inclusief de IC neonatologie) is wel stroom. De IC gaat zich opmaken voor eventuele evacuatie. De website is uitgevallen (overbelasting).
09.00 uur	Bijstand ambulances aangevraagd bij omliggende regio's. Het ambulancebijstandsplan is opgestart door de meldkamer Ambulance. Voor de Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) is duidelijk dat de patiënten niet in gevaar zijn.
09:10 uur	Het actiecentrum van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) is operationeel. Er wordt gestart met het informeren van ziekenhuizen in de regio. De Interface (vergelijkbaar met het Regionaal Operationeel Team) is operationeel.
09.15 uur	De stroomvoorziening in het ziekenhuis op verpleegeenheden en de begane grond is hersteld. Het preferente net wordt per bouwdeel opgevoerd.
09.22 uur	Eerste overleg van het Commando Plaats Incident (CoPI).
09.28 uur	Waternet heeft de waterleiding afgesloten en het water daalt: het is veilig om de stroom aan te zetten.
09.30 uur	Overleg crisisteam: er is medisch en technisch gezien geen reden om acuut te evacueren. Het water is

	schoon, met verlengsnoeren wordt voor stroom gezorgd en patiënten zijn stabiel.
09:45 uur	Er zijn 36 ambulances ter plaatse. Er is één patiënt vervoerd. Toren D heeft wel stroom: daar liggen nu de acute patiënten van de IC/CCU.
09:50 uur	Besluit tot annuleren van alle geplande electieve (planbare) zorg. Uitgangspunt is dat er niets nieuws wordt opgestart (o.a. vanwege ontbreken waterdruk voor laboratoria).
09:54 uur	De directeur Publieke Gezondheidszorg (DPG) wordt gealarmeerd.
10:20 uur	Er is contact tussen het Actiecentrum GHOR en het crisisteam van VUmc. Dit was eerder niet gelukt.
10:22 uur	Besluit tot gehele evacuatie VUmc door de RvB in het crisisteam in verband met het niet kunnen garanderen van vitale functies en de resterende risico's als gevolg van het water/de schade.
11:05 uur	Het lid Interface GHOR is in afwachting van het evacuatieplan VUmc en start met onder andere het opstellen van toetsingscriteria om de haalbaarheid van het plan te toetsen en het nadenken over scenario's, impact op zorgketen en verwantenmatching met gemeente.
11:15 uur	Het medisch stafflid (tevens voorzitter van de ZiekenhuisRampenopvang-/bedrijfsnoodorganisatie ZiROP/BNO) van VUmc neemt plaats in het CoPI. De schatting is dat 300 patiënten met ambulance vervoerd moeten worden. VUmc gaat een plan opstellen voor evacuatie.
12:00 uur	Persconferentie VUmc door voorzitter RvB met hierin het bericht dat VUmc geëvacueerd gaat worden.
12:00 uur	Beeld VUmc: er zijn 339 patiënten in huis. De kinderafdeling start direct met evacuatie. Neonaten gaan naar AMC en één patiëntje naar LUMC. Tevens wordt met ondersteuning van de gemeente het getroffen mortuarium direct leeggehaald. De CCU (hartbewaking) krijgt prioriteit.
12:15 uur	Besluit in het CoPI (met VUmc en OvDG) dat de regie voor de gewondenspreiding en het gewondenspreidingsplan (GSP) bij de Meldkamer Ambulance (MKA) ligt.
13:00 uur	Een ruwe eerste versie van het evacuatielijst vanuit VUmc is gereed. Hierop volgen meerdere momenten van afstemming over wat er wordt bedoeld met de benodigde lijst voor de spreiding van patiënten. De lijst voldoet niet aan verwachtingen/behoefte van de meldkamer en de GHOR.
13:15	Besluit CoPI en VUmc dat alle communicatie met VUmc via het CoPI verloopt
13:45 uur	Het CoPI ontvangt patiëntenlijsten van VUmc. Deze lijsten zijn voor het CoPI te uitgebreid en bevatten geen beeld van hoe patiënten vervoerd moeten worden (liggend/zittend). Wel wordt duidelijk dat het om bijna 340 patiënten gaat.
14:00 uur	Akkoord vanuit DPG voor inzet van calamiteitenhospitaal op verzoek van de meldkamer ambulance in overleg met de Algemeen Commandant Geneeskundige zorg.
15:00 – 15:30 uur	Druk vanuit onder andere de DPG en de Interface op het starten met het vervoeren van patiënten om te voorkomen dat het in de nacht door moet gaan. Tot nu toe zijn 18 patiënten vervoerd.
15:45 uur	VUmc stuurt de GHOR een totaaloverzicht van patiënten met (waar mogelijk) de gewenste bestemming.
16:00 uur	Nieuwe afspraken VUmc en meldkamer ambulance over vervoer en spreiding patiënten. Voor het CoPI zijn nog geen duidelijke lijsten beschikbaar. Het CoPI is in afwachting van toestemming DPG op het spreidingsplan van de meldkamer.
16:00 uur	De GHOR geeft aan dat er 95 bedden beschikbaar zijn in het calamiteitenhospitaal in Utrecht. Het operationeel team in VUmc maakt een eerste selectie van 40 patiënten. Duidelijk wordt dat het calamiteitenhospitaal ook personeel nodig heeft vanuit VUmc.
16:45 uur	Besluit OvDG tot inzet van mariniers van Defensie die sinds ongeveer 12.00 uur paraat staan in Amsterdam. Doel is het verhogen van het tempo van de evacuatie. Het CoPI wil aanvankelijk wachten op het spreidingsplan van de meldkamer, maar de actie wordt doorgezet.
19:25 uur	Er moeten nog 180 patiënten vervoerd worden. De triage van patiënten en controle op aanwezige documenten en apparatuur vinden plaats door artsen op de SEH van VUmc.
20:30 uur	Afschaling van GRIP 2 naar GRIP 1.
20:45 uur	Mariniers ondersteunen bij het via de trappenhuizen vervoeren van patiënten die niet liggend vervoerd hoeven te worden. Dit versnelt het proces aanzienlijk. Op een gegeven moment ontstaat enige stagnatie bij de SEH omdat patiënten daar moeten wachten op passend vervoer.
23:30 uur	De laatste patiënt wordt vervoerd en verlaat VUmc.

3 Ervaringen en lessen per thema

3.1 Oorzaak en (directe) effecten

Op 8 september 2015 breekt rond 07.30 uur een ondergrondse hoofdtransport-(drink)waterleiding van Waternet in de Van den Boechorststraat. Het lek wordt binnen drie kwartier gestopt, maar er is 15 miljoen liter water uitgestroomd. Dit heeft geen gevolgen voor het afvalwater of drinkwater maar wel voor het verkeer en voor VUmc. De kelders (etages -1, -2 en -3) van VUmc staan binnen enkele minuten onder water.³

Het 'ketelhuis' op -2 en -3 - dat in werkelijkheid een verdeel- en distributiestation voor alle waterzijdige voorzieningen is - loopt tot een hoogte van twee meter onder water en dreigt volledig verloren te gaan. Effecten hiervan zijn onder meer uitval van stroom, warm water en verwarming. Er wordt direct actie uitgezet om het drinkwater te controleren. Ter voorkoming van kortsluiting, elektrocutie en het hierdoor verhoogde risico op brand wordt de elektriciteit van de kliniek (exclusief

³ BNO evaluatie, p. 1

bouwdeel D) enige tijd (1 uur en 45 min) preventief uitgeschakeld. De Intensive Care Volwassenen (ICV) wordt met behulp van haspels en ‘paddenstoelen’ binnen een uur voorzien van tijdelijke elektrische voorzieningen die worden gevoed vanuit gebouwdeel D. Patiënten worden waar mogelijk intern verhuisd naar andere bouwdelen. Als water via de ondergrondse logistieke tunnels richting de *Main Equipment Room* (MER) in de polikliniek komt, wordt de prioriteit gelegd bij het veiligstellen van deze essentiële onderdelen van bedrijfsvoering. Ook radiotherapie krijgt ondersteuning bij het tegenhouden en wegpompen van water. Na afsluiting van het lek en een eerste technische check wordt de preferente stroomvoorziening weer aangeschakeld en daarna gefaseerd de niet preferente stroomvoorziening. Ongeveer een uur na het ontstaan van de breuk slaagt Waternet er in de toevoer naar de gebroken waterleiding geheel af te sluiten. Na afsluiting zakt het waterniveau in de kliniek en wordt de stroomvoorziening van de kliniek grotendeels hersteld. Ook het mortuarium heeft last van het water waardoor deze capaciteit elders moet worden opgevangen. Dit loopt via de gemeente.

3.2 Voorbereiding op rampen en crises

Zowel bij de gemeente en hulpdiensten als binnen VUmc zijn de afgelopen jaren voorbereidingen getroffen voor het omgaan met calamiteiten en crises. Binnen de Veiligheidsregio bestaan verschillende plannen en procedures waaronder het regionaal crisisplan, het onderliggende regionale risicoprofiel en specifieke plannen voor enkele crisistypen. Monodisciplinair zijn er voorbereidingen vanuit elk van de hulpdiensten en binnen de gemeente. Er zijn met regelmaat multidisciplinaire oefeningen met verschillende crisistypen, waaronder pandemie en terrorisme.

VUmc beschikte over een ziekenhuis rampen opvangplan (ZiROP) dat periodiek werd beoefend, gericht op de ontvangst en triage van grote aantallen slachtoffers. Er was een centraal bedrijfsnoodplan en er waren op afdelingsniveau specifieke evacuatieplannen.⁴ Er lag een concept integraal crisisplan klaar. Bij de terugblik op de evacuatie blijkt dat externe ondersteunende diensten volgens eigen zeggen onvoldoende op de hoogte waren van de bij VUmc aanwezige locatiedraaiboeken. Deze waren bij de zorgafdelingen beter bekend en zijn door een groot aantal afdelingen ook daadwerkelijk gebruikt. Intern is de behoefte wel om gericht voorbereid te zijn op een totaalevacuatie/ - ontruiming. De plannen waren nu gericht op een gedeeltelijke interne evacuatie – horizontaal – van een bedreigd compartiment naar een ander deel van het ziekenhuis. Bijzondere aandacht is nodig voor enkele kritische afdelingen waar een evacuatie grote risico's kan hebben voor de patiëntveiligheid. Er was geen specifiek plan voor een situatie waarbij de zorgcontinuïteit in het geding is en een zorginstelling beheerst geëvacueerd moet worden.

Tussen ziekenhuizen en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) zijn afspraken gemaakt over de voorbereiding en uitvoering van geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises. Ook met VUmc zijn afspraken vastgelegd (2012). Hierin is bijvoorbeeld bepaald dat:

- de DPG de intermediair is tussen het bestuur van de veiligheidsregio en de regionale zorginstellingen;
- het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de voorbereiding op en uitvoering van zijn taak bij de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing en daartoe de nodige maatregelen treft;
- het ziekenhuis dient te voorzien in de continuïteit van verantwoorde zorg onder bijzondere omstandigheden.

De uitgewerkte afspraken gaan vooral over de rol van het ziekenhuis bij de zorg voor slachtoffers van rampen in het kader van ‘rampenopvang’. In de afspraken is voorzien in afstemming tussen ziekenhuis en de Algemeen Commandant (AC) Geneeskundig zorg (namens de directeur Publieke Gezondheid (DPG)). De operationele contacten met de GHOR loopt via het Actiecentrum GHOR.

3.3 Leiding en coördinatie

De grootste uitdaging van deze calamiteit en (bijna)crisis bleek te zitten in de leiding en coördinatie van het evacuatieproces. Dit vooral vanwege het bijzondere karakter van de calamiteit: in plaats van grootschalige opvang van slachtoffers in het ziekenhuis moest er een groot aantal patiënten het

⁴ In de afgelopen jaren hebben ziekenhuizen zich voorbereid op hun rol in de zogenoemde opgeschaalde acute zorg, vooral gericht op het kunnen bieden van zorg voor grotere aantallen slachtoffers bij een zogenoemde ‘externe ramp’. De laatste paar jaar is er ook steeds meer aandacht voor andere crisistype en ook interne ‘rampen’. In de acute zorg regio waartoe VUmc behoort werken instellingen onder meer aan een integraal crisisplan en delen zij ervaringen en lessen rond crises in kennisplatforms.

ziekenhuis uit om elders zorg te ontvangen waarbij het grootste deel geen acute zorg nodig had. In deze paragraaf benoemen we relatief veel knelpunten.

Alarmeren en opschaling Eerste meldingen over de watercalamiteit komen bij hulpdiensten binnen via de meldkamer. Voor medewerkers van VUmc geldt dat een deel van de medewerkers direct te maken kreeg met de overlast. De calamiteit is heel zichtbaar. De alarmering via het automatisch alarmeringssysteem van VUmc weigert dienst (COT: dit had niet te maken met de wateroverlast). De meldkamer van VUmc moet alle sleutelfunctionarissen die een rol hebben in het crisisplan handmatig bellen en informeren. De overige medewerkers worden veelal via onofficiële routes geïnformeerd (app, twitter, facebook) of via nieuwsberichten. Voor patiënten en familieleden geldt dat deze of zelf of via mediaberichtgeving snel op de hoogte (kunnen) zijn van de calamiteit.

Crisisorganisatie VUmc De meldkamer VUmc activeert rond 07.30 uur volgens protocol in opdracht van het unithoofd Veiligheid het bedrijfsnoodplan. Er wordt een crisisteam geformeerd dat bijeenkomt in de zogenoemde ZiROP/BNO ruimte (COT: de ruimte die wordt benut bij de grootschalige rampenopvang of bij de inzet van de bedrijfsnoodorganisatie). Rond 07.45 uur zijn eerste leden van het crisisteam aanwezig waarna het team geleidelijk aan meer informatie krijgt en zich een beeld vormt van de situatie. Ook komt er een operationeel team actief. Dit team krijgt de specifieke taak om alle patiëntgegevens te verzamelen en een lijst te maken ten behoeve van transport naar andere ziekenhuizen. Om de samenwerking tussen crisisteam en operationeel team te bevorderen is er een Information liaison actief. Medewerkers kunnen bij deze functionaris terecht voor dringende vragen die deze functionaris vervolgens doorspeelt naar het desbetreffende team. Naast het operationeel team wordt er specifiek voor de evacuatie ook een 'verificatieteam' gevormd. Het operationeel team verzamelt onder meer lijsten van patiënten en coördineert de planning. Het verificatieteam wordt gevestigd op de SEH om de 'omgekeerde triage' te begeleiden: het beoordelen van de gezondheid van patiënten en het geven van toestemming voor vervoer naar een ander ziekenhuis.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt vanuit VUmc actief geïnformeerd (onder andere over privacy en het meesturen van medische informatie met patiënten). De (voorzitter van de) Raad van Toezicht wordt actief geïnformeerd door de Raad van Bestuur. De RvT zegt over de calamiteit het volgende in haar jaarverslag: 'de RvT is onder de indruk van de manier waarop organisatie en bestuur VUmc tijdens en na deze calamiteit hebben gehandeld en daarbij steeds het belang en welzijn van de patiënten in het oog hebben weten te houden.'⁵

Crisisorganisatie Veiligheidsregio Om 7.30 uur komt de eerste melding binnen bij de meldkamer. Water 'kolkt' over de weg, waardoor er verkeersproblemen ontstaan, ook omdat de locatie vlakbij de ringweg is en het spitsuur is. Een auto verdwijnt in een *sinkhole*. Het water stroomt de kelders van het ziekenhuis binnen. Na een eerste motorkapoverleg tussen aanwezige leidinggevendenden wordt opgeschaald naar GRIP 1 (COT: een van de niveaus binnen de gecoördineerde regionale incidentbestrijdingsprocedure). Na een motorkapoverleg en overleg met het bestuur van VUmc wordt besloten om op te schalen naar GRIP 2 dat om 8.23 uur door de brandweer wordt afgekondigd. Dit vanwege de grote impact op de omgeving en de acute evacuatie van de IC/CCU patiënten, de omvang van de benodigde operationele inzet en de waarschijnlijke lange duur. GRIP 2 betekent dat er naast het CoPI ook een team bijeenkomst dat zich gaat richten op de effecten en de bestuurlijke advisering (COT: In Amsterdam-Amstelland is dit de Interface). Er volgt geen opschaling naar GRIP 3 omdat er geen bestuurlijke vraagstukken liggen en de besluitvorming grotendeels bij VUmc ligt. Naast het CoPI en de Interface zijn verscheidene actiecentra operationeel waaronder het actiecentrum GHOR. Ook de ambulancedienst Amsterdam en de meldkamer schalen op.

Een groot deel van de activiteiten vindt plaats binnen VUmc en in de directe omgeving vanwege het lek en het vrijgekomen water. In het CoPI komen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde: het beeld van de situatie, de planvorming voor de evacuatie, voortgang van de werkzaamheden aan de waterleiding, verkeersmaatregelen en de benodigde mensen en middelen voor de evacuatie. De verschillende operationele maatregelen lopen goed en de samenwerking in het CoPI wordt als effectief ervaren als het gaat om de directe maatregelen op en rond de locatie. In de evaluatie achteraf geven de partijen in het CoPI aan trots te zijn op het borgen van de veiligheid van en zorg voor patiënten, de zorgvuldigheid en het feit dat patiënten niet buiten hoefden te wachten op ambulancevervoer. De afstemming over de voorbereiding van de spreiding van patiënten levert knelpunten op (zie verder).

⁵ <https://www.VUmc.nl/afdelingen-themas/7069120/75361/VUmc-jaarverslag-2015.pdf>

Gedurende de ochtend en een groot deel van de middag blijkt het lastig om tot een goede samenwerking te komen tussen CoPI en Interface. Dit kwam mede omdat de toegevoegde waarde van de Interface niet duidelijk was/bleek voor het CoPI.

Ter ondersteuning van de crisisbeheersing wordt er gewerkt met het Landelijk Crisismanagement systeem (LCMS) voor het informatiemanagement. In deze situatie is LCMS verschillend gebruikt. Het systeem is bijvoorbeeld niet door de meldkamer gebruikt terwijl het actiecentrum GHOR juist in LCMS de uitkomsten van een inventarisatie van capaciteit bij ziekenhuizen in de regio had genoteerd. LCMS is een netcentrisch systeem tussen de partners binnen de veiligheidsregio, waaronder de GHOR. Zorginstellingen – waaronder ook VUmc - zijn hierop niet aangesloten, ook niet als lezer. Een netcentrisch systeem voor GHOR, Ambulancedienst en ziekenhuizen, GGD'en – de witte keten – is in ontwikkeling.

De burgemeester van Amsterdam zit in het buitenland. De locoburgemeester (tevens wethouder zorg) wordt met enige regelmaat en naar behoefte geïnformeerd over de voortgang van de evacuatie in een overleg waarin de DPG, de leider Interface, bestuursvoorlichting en OOV aanwezig waren (een ad hoc overleg/vorm van kernteam). Daarnaast is hij - om zijn betrokkenheid te tonen - op locatie geweest, onder meer bij het CoPI. Ook is er éénmaal telefonisch contact geweest tussen de loco en de voorzitter Raad van Bestuur van VUmc.

Afstemming VUmc en veiligheidsregio VUmc is vertegenwoordigd in het CoPI. Een trauma-arts sluit aan. Op momenten luistert de voorzitter RvB van VUmc mee in het CoPI en/of neemt hij actief deel aan het overleg. In de loop van de middag gaat ook een vertegenwoordiger namens VUmc naar het stadhuis om aan te sluiten bij de Interface. Specifiek voor het bespoedigen van de spreiding van patiënten sluiten twee vertegenwoordiger, waaronder een anesthesioloog, namens VUmc aan bij de meldkamer ambulance. Ook zijn er contacten tussen VUmc en het actiecentrum GHOR en is er één contactmoment tussen de DPG en de voorzitter van het crisisteam van VUmc.

Op enig moment wordt besloten dat alle communicatie via het CoPI loopt. De reden hiervoor is dat VUmc via verschillende ingangen bevraagd wordt op informatie. Met het CoPI als centrale plek moet de aansluiting tussen VUmc en veiligheidsregio worden gestroomlijnd. Door deze andere manier van informatiedelen kan de GHOR op tactisch en strategisch niveau echter geen geneeskundig beeld vormen. VUmc neemt aan dat afstemming vervolgens vanuit het CoPI naar de GHOR loopt. Tegelijkertijd wordt vanuit de GHOR-organisatie geprobeerd reguliere/afgesproken lijnen te volgen via onder meer het actiecentrum en de AC. Deze lijnen lopen niet/beperkt via het CoPI.

De rolverdeling tussen VUmc en GHOR is aanvankelijk helder. VUmc is verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg in het ziekenhuis in bijzondere omstandigheden. Anderzijds is er de verantwoordelijkheid voor de GHOR voor a) de vertegenwoordiging van de zorg in de algehele crisisbeheersing en het uitvoeren van bestuurlijke besluiten en b) het bewaken van de regionale zorg continuïteit. Door de verschuiving van acuut incident (breuk in de waterleiding en evacuatie IC/CCU patiënten) naar een beheersbare evacuatie verschuiven ook de verantwoordelijkheden tijdens het incident. Omdat de situatie bij VUmc bijzonder is voor alle partners is het minder duidelijk dan bij externe rampen hoe de verantwoordelijkheden liggen. De conclusie achteraf is dat dit primair de zorgcontinuïteit betreft en daarmee de eigen verantwoordelijkheid van het ziekenhuis.

3.4 Patiëntveiligheid

In een situatie met wateroverlast en het noodzakelijke uitzetten van de stroomvoorziening en niet werkende liften zijn er per definitie risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Gedurende de dag is deze kwaliteit en veiligheid het belangrijkste focuspunt geweest voor VUmc (en partners). Patiënten op de IC worden met speciale ambulances (MICU) patiënt voor patiënt geëvacueerd. Uitgangspunt is gedurende de hele dag: een patiënt vertrekt pas uit VUmc als dit medisch verantwoord is en als adequate verpleegkundige en medische begeleiding is geregeld.

Voordat alle VUmc patiënten zijn geëvacueerd vindt triage per patiënt plaats op de SEH om te zorgen dat deze naar een geschikt ziekenhuis worden vervoerd waar bekendheid is met het ziektebeeld van de betreffende patiënt.⁶ Er wordt zorgvuldig verslag gelegd van alle patiënten inclusief; contactgegevens van de patiënt, gegevens van de eerste opgegeven contactpersoon van de patiënt, naam van de behandelend arts en bestemming van de geëvacueerde patiënt. Alle

⁶ Rapportage VUmc aan de IGZ, dd.17 september 2015

patiënten worden in het intern Slachtoffer Volg Systeem VUmc⁷ geplaatst. Zo is de patiënt digitaal bij de SEH en in de ZiRO- ruimte te volgen. Op de SEH vindt op drie plaatsen controle plaats van de registratie. Volledigheid van gegevens is hiermee gegarandeerd. Op deze wijze is het systeem dat bestemd was voor de opvang van slachtoffers benut, maar nu voor het omgekeerde proces: het vertrek van patiënten.

Omdat er enige tijd zit tussen deze inschatting en het daadwerkelijk vervoeren van de patiënt in de ambulance, worden alle patiënten opnieuw gecontroleerd voordat zij de ambulance ingaan. Hier kan bijvoorbeeld 45 minuten of een uur tussen zitten. De zorg voor de patiënten bij aankomst in andere instellingen is de verantwoordelijkheid van deze ontvangende instellingen. Bij een deel van de patiënten reist personeel van VUmc mee om op locatie (een deel van) de zorg te continueren. Een ander voorbeeld van het werken aan de kwaliteit en veiligheid is het meereizen van verplegend personeel met patiënten. Medische gegevens worden meegegeven. In verband met de privacy heeft VUmc daarover voorafgaand aan de evacuatie contact met de IGZ.

Voor patiënten zelf zijn de gebeurtenissen ingrijpend. Belangrijk is dat patiënten en familieleden worden geïnformeerd over wat er gaande is en wat zij –redelijkerwijs– kunnen verwachten. Medewerkers brengen patiënten steeds op de hoogte van de ontwikkelingen. Hierbij komt dat veel patiënten ook zelf de berichtgeving kunnen volgen op sociale media of in contacten met vrienden en/of familie. Niet alle patiënten zijn bedgebonden of moeten in het ziekenhuis blijven. Een deel van deze patiënten gaat dan ook, na overleg met een arts, zelf weg (bijvoorbeeld patiënten die nog geopereerd moesten worden of voor een afspraak kwamen). VUmc vraagt patiënten in de daaropvolgende twee weken actief naar hun ervaringen en naar hoe het met hen gaat.

Tevredenheid onder patiënten In totaal heeft 59% van de geëvacueerde patiënten een vragenlijst ingevuld. De patiënten beoordeelden de evacuatie met een gemiddelde van 7,8. De meerderheid van de patiënten heeft zich gedurende de gehele evacuatie veilig gevoeld (72%). Tijdens de gehele evacuatie hebben zich daarnaast geen incidenten voorgedaan.

Patiënten hebben verscheidene aandachtspunten benoemd die gelden voor de evacuatie/ het ontslag:

- lang wachten
- alleen gelaten worden (angst vergeten te worden)
- geen contact met familie
- onduidelijkheid/onvoldoende informatie
- te zwak/ziek
- traplopen (net geopereerd, pijn, slecht ter been)
- geen medische zorg/begeleiding op weg naar SEH of zorginstelling
- niet mobiel (afhankelijkheid)

Ook zijn er aandachtspunten na evacuatie/ontslag benoemd:

- de fysieke omstandigheden in het calamiteitenhospitaal (bijvoorbeeld geen ramen)
- extra hersteltijd
- het wegvallen van de vertrouwde omgeving
- geen datum voor uitgestelde operatie

Van de patiënten die de enquête hebben ingevuld geeft 76% aan tevreden te zijn over de zorg tijdens de evacuatie. Voor de periode na de evacuatie is dat 72%. Ook de samenwerking tussen zorginstellingen is door patiënten als positief ervaren (76 %).

Een genoemd knelpunt is dat een deel van de mobiele patiënten lang moet wachten op een lift en uiteindelijk zelf de vele trappen naar beneden loopt. Dit gaat soms om patiënten in matige conditie en oudere patiënten. Ook zijn er afdelingen die aangeven dat zij vinden dat kritische zorgprocessen voor de patiënt in gevaar zijn geweest.

VUmc stelt patiënten ook vragen die inzicht geven in het risico op een post traumatisch stress syndroom. Zo kan worden gesignaleerd bij welke patiënten aanvullende screening nodig is. Bij deze patiënten is van belang om na te vragen hoelang klachten al duren (minimaal een maand?), hoe vaak deze patiënt hier last van heeft (hoeveel keer per week?) en of de klachten op moment van bevragen het dagelijks functioneren verstoren. Op basis van de antwoorden op deze vragen kan de patiënt wel/of niet worden doorverwezen naar de psychiatrie. VUmc belt deze patiënten waar mogelijk terug (soms waren vragenlijsten anoniem ingevuld). Uit het nabellen blijkt dat de gevoelens

⁷ Dit is een ander systeem dan het SVS SIS

het heftigst waren op de dag zelf of gedurende enkele dagen/weken na de evacuatie. Drie oudere patiënten geven bij het nabellen aan er op dat moment nog steeds last van te hebben.

3.5 Communicatie

Interne communicatie VUmc De situatie is heel zichtbaar en merkbaar voor zowel personeel op locatie, als personeel dat onderweg was en personeel thuis. VUmc belegt onder meer een bijeenkomst met alle afdelingshoofden om hen bij te praten. Dit verbetert de informatiepositie op de afdelingen. Ook worden er periodiek updates op intranet geplaatst. Personeel gebruikt onder andere *Whatsapp*. Er zijn periodiek overleggen op en tussen afdelingen. Zo zijn er meerdere communicatie- en informatiekkanalen. Omdat intranet aanvankelijk niet werkt, missen medewerkers delen van de informatie. Later worden e-mail en intranet updates erg gewaardeerd, zo blijkt uit interne evaluaties van VUmc. Voor leidinggevenden die niet in het ziekenhuis zijn, is het moeilijk om de afdeling te ondersteunen. Door verkeersopstoppingen kan het ziekenhuis door hen ook moeilijk worden bereikt.

Communicatie met patiënten en naasten VUmc stelt een speciaal informatienummer in voor patiënten en contactpersonen van familieleden. Dit nummer wordt ongeveer 150 keer gebeld. Op 10 september wordt dit nummer opgeheven omdat het niet meer nodig is. Het ziekenhuis is bereikbaar via de reguliere nummers. Patiënten worden geïnformeerd door zorgpersoneel van VUmc. Naasten worden geïnformeerd via de door de patiënt opgegeven contactpersonen. Geëvacueerde patiënten worden geregistreerd in het interne Slachtoffer Volg Systeem van VUmc zodat zij later gericht kunnen worden geïnformeerd.

Mediacommunicatie Bij een zo zichtbare gebeurtenis als de wateroverlast bij een zo herkenbare locatie als de VUmc, is de aandacht van media voorspelbaar groot. Ook zijn er op zo'n moment vele mensen die een familielid of vriend(in) hebben die in het ziekenhuis aanwezig is. Hulpdiensten geven feitelijke informatie over de situatie ter plaatse. VUmc houdt een live blog bij en benut ook Twitter. De directeur communicatie staat als voorlichter de pers te woord. De voorzitter RvB – deels samen met de directeur medische zaken - geeft tweemaal een persconferentie. Hij is ook te gast in het televisieprogramma *Pauw* op donderdag 8 september 2015.

Verscheidene media houden ook een live blog bij. Een leerpunt van VUmc is dat door beschikbare beelden van het binnenstromende water (en de overspoelde auto) het in de buitenwereld op een gegeven moment als heftiger wordt ervaren dan 'binnen'. In het ziekenhuis keert de rust na herstel van de stroomvoorziening terug en wordt er geleidelijk gewerkt aan een evacuatie en aan de spreiding van patiënten. In de buitenwereld domineren de beelden van vroeg in de ochtend en is er – letterlijk – geen beeld van de inmiddels beheersbare situatie.

Sociale media Tijdens de twee weken dat het ziekenhuis dicht is (als gevolg van de wateroverlast), wordt er meer dan 1000 keer over VUmc bericht in (online)media. Het aantal 'fans' op Facebook stijgt in die periode met 635 personen. VUmc bereikt met de eigen berichtgeving via *Facebook* ruim 400.000 personen.⁸

3.6 Grootschalige inzet ambulances

Vroeg in de ochtend wordt een groot aantal ambulances gemobiliseerd van binnen en buiten de regio. Het is aanvankelijk niet duidelijk of de situatie bij VUmc acuut is of niet. Vervolgens wordt duidelijk dat patiënten van de intensive care voor volwassenen en kinderen vervoerd moeten worden. Op dat moment is nog niet bekend dat de liften het niet doen. Ambulancedienst Amsterdam schaal op en formeert een intern crisisteam.

Rond 08.45 uur zijn er 22 ambulances ter plaatse en het aantal loopt op. Uiteindelijk worden er op 8 september in totaal 40 ambulances ingezet. Het duurt even voordat



⁸ Jaarverslag 2015, VUmc

duidelijk wordt dat er geen situatie is waarin een groot aantal patiënten acute zorg nodig heeft en met spoed moet worden vervoerd. Dit is ook voor de ambulancedienst(en) een bijzondere situatie. Als duidelijk wordt dat het ziekenhuis geëvacueerd moet worden weet de MKA dat grootschalige inzet nodig is. Er zit uiteindelijk een lange tijd tussen het evacuatiebesluit en het opstarten hiervan.

Na 11 uur is er voor de meldkamer geen sprake meer van een 'klassieke' crisissituatie waarin het gewondenspreidingsplan opgestart moet worden. Tijdens een ramp/crisis in de eigen Veiligheidsregio, gaat de meldkamer van de Veiligheidsregio Kennemerland de ziekenhuizen in de regio Amsterdam-Amstelland informeren over het incident omdat de eigen meldkamer op dat moment te druk is. Deze procedure wordt nu niet opgestart omdat er geen sprake is van gewondenspreiding maar van het gecontroleerd uitplaatsen van patiënten. Er is geen noodzaak tot het inventariseren van bedden capaciteit in de regio voor (zwaar)gewonde slachtoffers. Wel moeten er dedicated bedden worden gevonden die veelal direct gerelateerd zijn aan de zorgvraag.

Wachten De ambulances moeten wachten op inzet. Naar verwachting is er de hele dag grootschalige inzet van ambulances nodig. Om andere regio's op de hoogte te houden van de situatie organiseert de Ambulancedienst periodieke conference-calls.

Ondertussen gaan de ritten in de regio door. De evacuatie heeft gevolgen voor het reguliere Besteld Vervoer van en naar zorginstellingen. In sommige gevallen treedt vertraging op of is uitstel nodig. Het spoedvervoer gaat gewoon door. Een bijzonderheid is ook dat er in die periode CAO-acties onder het ambulancepersoneel worden uitgevoerd. In verband met de benodigde inzet bij VUmc worden deze acties tijdelijk opgeschort. Tussentijds moet een tiental ambulances richting Schiphol rijden omdat er een voorwaarschuwing komt voor een vliegtuig in problemen.

In de loop van de middag ervaart de Ambulancedienst toenemende druk omdat nog steeds een groot aantal ambulances klaar staat en duidelijk wordt dat ook inzet in de avond en misschien wel in de nacht nodig is. Het wachten is op de patiëntenlijst waarmee duidelijk moet worden welke patiënt waar heen moet. De Ambulancedienst vraagt de GHOR om inzet van het calamiteitenhospitaal. Als er duidelijkheid komt over de spreiding komt er een intensieve vervoersbeweging op gang.

Voldoende capaciteit Er is steeds voldoende ambulancecapaciteit. Ambulances kunnen binnen 70 minuten weer terug zijn bij VUmc na het brengen van een patiënt naar het calamiteitenhospitaal. Ook Rijkswaterstaat en de politie hebben zich maximaal ingespannen om het vervoer te faciliteren en een effectieve inzet mogelijk te maken. VUmc heeft bij het verlaten van het ziekenhuis een zorgvuldige registratie opgezet. De eerste ambulance registreert ook alle patiënten die vervoerd worden.

Verkeerseffecten In de ochtend wordt op de buitenring bij knooppunt De Nieuwe Meer de afrit S108 (richting VUmc) afgesloten vanwege de watercalamiteit. Dit resulteert in een file op de A10. De hele ochtend en middag is er verkeershinder. De Verkeersinformatiedienst (VID) schat dat de evacuatie ongeveer 35 kilometer file rondom Amsterdam oplevert. Ook ontstaat er file bij Utrecht in verband met de verplaatsing naar het calamiteitenhospitaal: +/- 20 kilometer. Naarmate de evacuatie op gang komt gaan ambulances met het verkeer meerijden in de route richting Utrecht.

3.7 Evacuatie

Verkennen alternatieven In een vroeg stadium denkt VUmc na over hoe vooral de IC-patiënten veilig en verantwoord elders kunnen worden ondergebracht. Omdat de liften niet werken wordt ook het 'afhijzen' met behulp van de brandweer overwogen en geïnventariseerd. Dit komt regulier ook voor als het medisch noodzakelijk is dat een patiënt volledig en gedurende het gehele vervoer in liggende toestand moet worden gehouden, vaak in combinatie met de onmogelijkheid dat langs een reguliere toegang of uitgang te realiseren. Na overleg en rondgang op de afdelingen met brandweer en het crisisteam wordt hier niet voor gekozen. Het besluit dat volgt is om zo veel mogelijk patiënten intern te verplaatsen. Dit kost tijd in verband met traplopen naar een andere (de 7^e) etage).

Besluit tot evacueren In het crisisteam van VUmc wordt de situatie beoordeeld en op basis van antwoorden op openstaande vragen wordt om 10.22 uur besloten tot evacueren. Door de wateroverlast zijn er cruciale, infrastructurele onderdelen defect geraakt. Basisfuncties in het ziekenhuis doen het nog en de zorg voor de patiënten is niet in gevaar. Omdat echter onduidelijk is hoe lang de situatie gaat duren en er toch risico's zijn, wordt besloten patiënten over te plaatsen naar andere ziekenhuizen.

Bekend maken besluit intern Om de evacuatie goed te laten verlopen en onnodige paniek in de organisatie te voorkomen worden alle afdelingshoofden gevraagd bijeen te komen. Tijdens deze bijeenkomst wordt door de RvB aangekondigd dat VUmc ontruimd gaat worden. Aan afdelingshoofden wordt gevraagd per afdeling aan te leveren welke patiënten zij in huis hebben en of zij voorkeur hebben voor een bestemming per patiënt. Deze lijsten worden centraal verzameld.

Organisatie en 'route' Naast het operationeel team wordt ook een verificatieteam gevormd op de SEH. Deze teams begeleiden de voorbereiding en uitvoering van de evacuatie. De uitstroom van patiënten verloopt via een centrale route. De SEH wordt het centrale punt van waaruit patiënten vertrekken. Dit mede omdat hier alle faciliteiten aanwezig zijn om patiënten tot op het laatste moment, en bij eventueel wachten op vervoer, optimale patiëntenzorg te bieden. Ook is de SEH goed bereikbaar voor ambulances. Er is een grote ambulancehal en de SEH is gelegen aan de 'hoge (droge) zijde' van de Boelelaan. Door te werken met een centrale route (een sluis) kan goed zicht worden gehouden op vertrekkende patiënten en kunnen tellingen bij worden gehouden. Ook patiënten die met ontslag kunnen moeten ter controle via deze route het ziekenhuis uit.

Volgorde Na besluit tot evacuatie worden eerst de afdelingen geëvacueerd met de meest kwetsbare patiënten; IC volwassenen, IC kinderen en neonatologie. Daarna wordt een plan gevormd tot verdere evacuatie. Om doorstroom op de trappen te stimuleren worden eerst de meer mobiele patiënten verplaatst. In de interne registratie moet onder meer worden aangegeven hoe patiënten vervoerd kunnen worden. Afdelingen moeten voor 13.00 uur hun lijsten aanleveren. Het operationeel team levert met spoed een format Excel aan via de mail waarin de opgevraagde gegevens kunnen worden bijgehouden. Digitale lijsten van alle patiënten worden uit de zorgadministratiesystemen gehaald.

'Omgekeerde triage' en registratie Op de SEH wordt tijdens de evacuatie gewerkt met een 'omgekeerde triage'. Daarnaast ontwikkelt het operationeel team samen met het crisisteam een methode voor overdracht die bij vrijwel alle patiënten wordt toegepast. Deze bestaat uit drie formulieren: 1) ambulance overdracht (*ticket to ride*, conform SBAR)⁹; 2) overdracht intern (deze overdrachtsformulieren worden bij de SEH achtergelaten); 3) overdracht extern (mee te nemen en af te geven aan vervolginstelling). Door deze werkwijze wordt zorgvuldige overdracht gegarandeerd.

VUmc legt contact met de IGZ in verband met de privacy van patiënten. Zij vraagt de IGZ of het in deze situatie is toegestaan het patiëntendossier mee te geven zodat medisch personeel in het ontvangende ziekenhuis direct alle noodzakelijke informatie beschikbaar heeft om de juiste zorg te verlenen. Patiënten nemen zelf veel van hun persoonlijke bezittingen mee in de ambulances. Ook medische apparatuur gaat mee naar andere zorginstellingen (150 stuks).

Liften Het, als gevolg van onder water gelopen liftschachten, niet kunnen gebruiken van de liften is het grootste logistieke probleem. Een belangrijk (kritiek) moment is het moment waarop duidelijk wordt dat er twee liften zijn die direct toegang geven tot de SEH waar vandaan de ambulances moesten vertrekken. Deze liften kunnen gebruikt worden met handmatige bediening door bevoegd personeel. Vanaf 12 uur zitten technische medewerkers bovenop de liftkooi en wordt door middel van portfoons contact gehouden met collega's die bij de verschillende etages staan om prioritering voor liften te coördineren. Het naar beneden brengen van patiënten duurt lang. Er is wel tijd omdat er ook nog wordt gewerkt aan het plan voor de verspreiding. Daarnaast is het voor patiënten (en medewerkers) soms frustrerend om te moeten wachten of bijvoorbeeld terug te moeten omdat het te lang duurt. Voor medewerkers is het niet altijd duidelijk hoe het vervoer per lift en de coördinatie hiervan zouden verlopen. Er is een beperkt aantal trapstoelen en ook is er beperkte capaciteit om mensen te begeleiden die niet goed ter been zijn, maar wel met de trap naar beneden willen.

Van langzame start tot snelle uitstroom Een deel van de patiënten vertrekt zelfstandig. Patiënten van de IC worden als eerste geleidelijk naar beneden gebracht en vervolgens vervoerd, waaronder kinderen. De eerste uren gaat het om een beperkt aantal patiënten. Binnen de Interface en het CoPI neemt de zorg over de duur toe onder meer met als risico de impact op de avondspits. De toenemende druk leidt er toe dat er uiteindelijk via de OvDG (in afstemming met VUmc) wordt besloten tot inzet van Defensie die reeds vanaf einde ochtend paraat staat voor inzet (zie verder). Vanaf 17.00 uur komt de evacuatie verder. Het verzoek aan Defensie leidt tot vragen en discussie in het CoPI. Achteraf steunt het CoPI dit besluit.

⁹ SBAR is een methode voor overdracht en staat voor: Situation (situatie), Background (achtergrond), Assessment (beoordeling) en Recommendation (aanbeveling).

Na akkoord van het crisisteam beginnen brandweermensen en mariniers met het evacueren van patiënten met draagbare brancards. Met de inzet van brandweer en Defensie krijgt het evacueren van het ziekenhuis een flinke vaart. Doordat op de meldkamer ook hard gewerkt wordt aan het plaatsen van patiënten bij andere ziekenhuizen, wordt de aanpak steeds effectiever. Rond 19.20 uur hebben 164 patiënten VUmc via de SEH verlaten. Dit aantal loopt op naar 210 (20.05 uur) en 258 (21.07 uur). Dan komt het signaal dat de SEH de grote stroom niet kan verwerken. Tussen 21.07 uur en 21.50 uur wordt daarom intern vervoer richting SEH stilgelegd zodat SEH alle aangeboden patiënten kan verwerken. Nadat om 21.50 uur de evacuatie van de afdelingen richting SEH verder voortgang krijgt komt om 22.30 uur het bericht dat alle zorgeenheden 'leeg' zijn. Om 23.30 uur vertrekt de laatste patiënt.

Beveiliging Er moet ook worden gezorgd voor beveiliging. Alle materialen die met patiënten meegaan zijn gelabeld en geregistreerd. Alle afdelingen die leeg zijn worden nagelopen en vervolgens met kettingen afgesloten voor de nacht. Beveiliging blijft aanwezig.

3.8 Inzet brandweer en defensie

Tijdens de evacuatie worden Defensie en brandweer ingezet om het vervoer van patiënten naar de ambulancehal van de SEH te bespoedigen. Defensie wordt rond 08.30 uur via het piket geïnformeerd door de meldkamer. Het verzoek is om op locatie te komen en aan te sluiten bij het overleg ter plaatse.¹⁰ Kort hierop volgt de GRIP-2 alarmering. Op basis van de diagnose van de situatie wordt de inschatting gemaakt dat er behoefte kan komen aan ondersteuning, onder andere qua mankracht. Binnen Defensie wordt besloten dat één van de eenheden die piket heeft voor ondersteuning bij rampen naar Amsterdam komt. Deze – in vaktermen - pre-positonering zorgt ervoor dat Defensie paraat staat op het moment dat inzet nodig is. Andere mogelijke onderwerpen die aan bod komen in het CoPI zijn defensiesteen bij het leveren van een mobiel mortuarium (in verband met verplaatsen mortuarium VUmc), de inzet van ziekenwagens (dit zijn lichte varianten van een ambulance maar met minder middelen/voorzieningen) en de mogelijke inzet van artsen vanuit Defensie. Ook wordt het aanbod vanuit Defensie gedaan voor het leveren van pompen. Vanaf 12 uur zijn de mariniers klaar voor inzet. De mariniers bevinden zich op het Marinecomplex in Amsterdam.



Dan breekt ook voor de mariniers een periode van wachten aan. Ondertussen wordt gewerkt aan het – indien nodig – gereed hebben van ziekenwagens voor inzet, mochten er te weinig ambulances zijn. Defensie geeft aan dat de ziekenwagens niet als volwaardige ambulance kunnen worden ingezet. Het ziekenwagenaanbod van Defensie wordt afgewezen. De grote groep patiënten op dat moment kan ook zittend worden vervoerd. Defensie biedt alternatieve vervoerscapaciteit aan in de vorm van busjes.



Als de druk toeneemt (zoals hierboven beschreven) om tijdig te beginnen met de evacuatie, volgt rond 17.00 uur via de OvdG het formele verzoek voor inzet van mariniers. Defensie stemt af met de leider CoPI en er wordt begonnen met gezamenlijke inzet van brandweer en tien mariniers. Deze aanpak werkt goed, zo concludeert ook VUmc en vervolgens worden alle mariniers ingezet. Naast brancards worden in overleg met CoPI

¹⁰ Dit was voor Defensie de eerste keer qua directe vertegenwoordiging in het CoPI in Amsterdam.

ook evac-chairs ingezet. De patiënten worden met vier mariniers per rolstoel via het trappenhuis naar beneden gebracht.¹¹

3.9 Spreiding van patiënten

Een zoektocht Het zorgen voor een vervangende zorgplek voor een groot aantal patiënten met een specifieke zorgbehoefte bleek gedurende de dag een lastige opgave. Ook hier geldt dat, omdat de situatie anders was dan de situatie die was voorbereid (de ramp met slachtoffers en de grootschalige spreiding van slachtoffers met urgente zorgvraag), het zoeken was voor alle betrokkenen. Zoeken naar de rolverdeling, maar ook naar de wijze van verdelen en de wijze van onderling informeren. De bereidheid en het aanbod van ziekenhuizen in de regio voor het bieden van hulp waren groot. Het beddenaanbod overtrof in grote mate de vraag, waardoor - tot teleurstelling van zorginstellingen - niet van alle aangeboden hulp gebruik hoefde te worden.

De belangrijkste knelpunten waren:

- **Het zoeken naar wat er op 'de lijst' moet staan** VUmc heeft hard gewerkt aan het opstellen van een overzicht van patiënten en de zorgbehoefte. Een eerste overzicht was voor het CoPI niet goed te gebruiken omdat informatie ontbrak. Volgende versies van de lijsten waren juist zeer uitgewerkt en compleet. Echter, deze informatie was voor de MKA niet direct te gebruiken. Zo stonden de patiënten die naar huis mochten tussen de patiënten die vervoerd moesten worden en stonden de gewenste bestemmingen door elkaar heen. Het heeft even tijd gekost om de patiënten te clusteren in type vervoer en benodigde bestemming. Bovendien kon de meldkamer zelf niet in beeld brengen waar welke specialistische zorg beschikbaar was omdat zij in de systemen alleen de acute zorgplaatsen kan inzien (T1 en T2). Ook hadden artsen ondertussen voor patiënten op deze lijsten al zelf plekken geregeld.
- **Ziekenhuizen worden via meerdere kanalen benaderd** Het actiecentrum van de GHOR is na het opstarten de ziekenhuizen gaan informeren over het incident volgens afspraak met de ziekenhuizen. Toen de evacuatielijst/evacuatieplan uitbleef is de GHOR op verzoek van de MKA de capaciteit in de regio gaan opvragen bij de ziekenhuizen. De ziekenhuizen worden ook zelf benaderd door specialisten van VUmc. En de ziekenhuizen nemen ook zelf contact op met VUmc. Dit zorgt aanvankelijk voor onduidelijkheid. VUmc wil een centrale coördinatie en registratie op het overplaatsen van de patiënten.
- **Ziekenhuizen moeten lang wachten op duidelijkheid** Na inventarisatie willen de ziekenhuizen weten wat zij kunnen verwachten qua patiëntenaanbod. Er komen gedurende de hele middag en avond vragen vanuit ziekenhuizen die bijna niet kunnen worden beantwoord door het actiecentrum GHOR omdat het tempo van de evacuatie in het begin zeer laag is en er bij het actiecentrum geen informatie beschikbaar is. Aan het einde van de dag rond 23.30 uur zijn alle ziekenhuizen door het Actiecentrum GHOR geïnformeerd over de afschaling en over het feit dat er definitief geen patiënten meer komen omdat alle patiënten het ziekenhuis hebben verlaten.

Eerder noemde we al dat ook LCMS geen uitkomst bood.

Impasse wordt effectief doorbroken In de loop van de middag neemt de druk om vaart te maken met het verplaatsen van patiënten toe. Een aantal maal worden besluiten genomen en is er afstemming over de rolverdeling. Zo wordt in het CoPI besloten dat plaatsing van patiënten via de GHOR/Meldkamer moet verlopen omdat het 1-op-1 plaatsen door de specialisten van VUmc naar andere ziekenhuizen veel tijd in beslag zou nemen. De uitdaging is om de expertise van VUmc en het inzicht op patiëntniveau optimaal te benutten en te koppelen aan de capaciteit van de meldkamer en de Ambulancedienst op basis van inzicht in beschikbare plaatsen. Uiteindelijk wordt besloten een arts van VUmc naar de Meldkamer te laten komen om hier gezamenlijk naar te kijken. Dit blijkt effectief: er kan nu snel geschakeld worden tussen VUmc en de Meldkamer, waardoor dit proces goed vorm krijgt. Zo ontstaat uiteindelijk een duidelijke rolverdeling. Voor de patiënten met gespecialiseerde zorg (klein deel) bepaalt VUmc waar de patiënten heen gaan, MKA regelt het vervoer. De eerste grote groep patiënten gaat naar het calamiteitenhospitaal. De rest van de patiënten wordt verdeeld via de meldkamer ambulance.

Het operationeel team van VUmc maakt een eerste selectie van de eerste 40 patiënten die hier naartoe overgebracht kunnen worden. Wel wordt direct duidelijk dat het calamiteitenhospitaal ook personeel nodig heeft om deze patiënten te verzorgen. De zorgmanagers werken dit samen met het

¹¹ Zie <http://noventas.mobi/index.php/mariniers-helpen-bij-evacuatie-VUmc/> en <https://www.defensie.nl/actueel/nieuws/2015/09/09/militaire-spijkracht-maakte-verschil-bij-ziekenhuisontuiming>

operationeel team verder uit. VUmc heeft het beeld dat de evacuatie naar het calamiteitenhospitaal pas kan plaatsvinden als het hele plan gereed is.

Een bijzonderheid is het realiseren van zittend vervoer. Hiervoor zijn geen ambulances nodig omdat het om oudere patiënten of patiënten die slecht ter been waren gaat. Zij hebben geen specifieke zorg nodig. Hiervoor moeten bussen worden geregeld vanuit bevolkingszorg, maar dit lukt niet. Uiteindelijk worden busjes van Defensie ingezet.

Veel ziekenhuizen bieden hulp Ziekenhuizen binnen en buiten de regio bieden hulp aan. Patiënten worden uiteindelijk in 36 verschillende instellingen ondergebracht afhankelijk van hun zorgbehoefte. Een groot aantal patiënten krijgt zorg in het calamiteitenhospitaal (59) en in het AMC (54). Ook in andere Amsterdamse ziekenhuizen, zoals MC Slotervaart, Ziekenhuis Amstelland en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AvL) worden patiënten vanuit VUmc geplaatst. Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) biedt een groot aantal bedden aan. Hier wordt op de dag van de evacuatie geen gebruik van gemaakt. Op een later moment gebeurt dit alsnog en op 16 september opent dit ziekenhuis voor ten minste twee weken een speciale VUmc afdeling. Artsen vanuit VUmc voeren onder andere operaties uit in de andere ziekenhuizen. Het gaat om VUmc patiënten, tenzij er met het ziekenhuis andere afspraken zijn gemaakt. De afdelingen waarvan patiënten geëvacueerd zijn hebben contact met de afdelingen van de ziekenhuizen waar de patiënten naartoe zijn gegaan. In de dagen na de evacuatie ontstaat druk op de regionale beschikbare capaciteit. De volgende ochtend komen de academische ziekenhuizen, de burgemeester en de DPG bij elkaar om hierover te spreken. De druk wordt groter vanwege geplande grote evenementen in en rond Amsterdam.

Inzet calamiteitenhospitaal Het calamiteitenhospitaal biedt capaciteit aan. Het besluit om gebruik te maken van deze capaciteit leidt op de dag zelf tot enige discussie tussen VUmc en GHOR. Mede omdat er ook capaciteit in de regio beschikbaar is en de omstandigheden in het hospitaal niet voor alle patiënten het beste zijn. Achteraf vinden betrokken partners dit toch een verstandige keuze, vooral qua ontlasting van de regio. De reguliere acute zorg moest ook doorgaan. Er zijn leerpunten waaronder de constatering dat het verstandig is patiënten te informeren over wat het calamiteitenhospitaal is, hoe het er van binnen uitziet en hoe familie het kan bereiken.

Calamiteitenhospitaal Het Calamiteitenhospitaal, een samenwerkingsverband tussen het Ministerie van Defensie en het UMC Utrecht, is een voorziening voor gegarandeerde medische en daaraan gerelateerde kortdurende opvangcapaciteit bij ongevallen en rampen voor groepen (méér dan 5 personen) van militaire en burgerslachtoffers, die de reguliere opvangcapaciteit van ziekenhuizen in kwalitatief of kwantitatief opzicht te boven gaan. Het calamiteitenhospitaal is binnen 30 minuten na de aanvraag voor openstelling volledig operationeel en biedt direct ruimte aan maximaal 200 slachtoffers. Het Calamiteitenhospitaal heeft in totaal 59 patiënten van VUmc opgevangen. Familie kon het calamiteitenhospitaal bezoeken. In de avond van 9 september lagen er nog 34 patiënten in het Calamiteitenhospitaal. Negentien patiënten zijn verplaatst naar verpleegafdelingen binnen het UMC Utrecht. De overige negentien patiënten zijn naar huis of elders (o.a. revalidatiecentra) opgevangen. In de speciaal ingerichte vleugel van het UMC werkten zowel medewerkers van het Utrechtse ziekenhuis als van VUmc (te herkennen aan blauwe hesjes met het woord GAST). De meerderheid van de VUmc-patiënten zat op de afdeling medium care. Andere patiënten zijn ondergebracht op de low-care afdeling, of op een van de reguliere UMC-afdelingen.¹²

3.10 Nafase

Personeel VUmc elders aan het werk Na de evacuatie is een groot deel van de artsen en verpleegkundigen van VUmc elders aan het werk.¹³ VUmc opent gedurende twee weken een speciale VUmc afdeling in het SLAZ met twee operatiekamers en 36 bedden. Als het eigen ziekenhuis in de week daarna open gaat, blijft VUmc op deze afdeling werken. Ook in andere Amsterdamse ziekenhuizen, zoals het AMC, MC Slotervaart, Ziekenhuis Amstelland en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AvL) voeren chirurgen van VUmc operaties uit en zorgen VUmc verpleegkundigen voor de patiënten. Dit wordt, met uitzondering van de medische zorg in het SLAZ, langzaam afgebouwd zodat de medewerkers weer beschikbaar zijn voor medische zorg in het eigen VUmc.

¹² Updates op de website van het calamiteitenhospitaal en <http://www.rtvutrecht.nl/nieuws/1378450/>

¹² <https://www.VUmc.nl/patienten/nieuws/wateroverlast-september-2015/>

¹³ <https://www.VUmc.nl/patienten/nieuws/wateroverlast-september-2015/>

Organisatie Nazorg vindt zowel op afdelingsniveau als op centraal niveau plaats. De focus in de nafase ligt op herstel en normalisatie. Een post Crisis Monitoring Groep (PCMG) wordt op 9 september 2015 opgericht om dagelijks (zo nodig meerdere keren per dag) de situatie te bespreken en mede vorm te geven aan de overgang naar heropening van de kliniek. Er komt een taskforce om specifiek de voorbereiding van heropening kliniek ter hand te nemen. Een cockpit is ontwikkeld om op afdelingsniveau te controleren of alle, voor veilige zorg noodzakelijke, voorzieningen aanwezig en beschikbaar zijn; een zelfde cockpit is ontworpen voor een aantal huisbrede facilitaire en technische checks. Er is een kernteam, bestaande uit de RvB, divisievoorzitters en enkele directeuren/(zorg)managers, dat verantwoordelijk is voor de coördinatie van activiteiten in de nafase. Het kernteam komt dagelijks om 08.00 uur bijeen en indien nodig vaker.

Een team van technici en externe bedrijven werkt dag en nacht om noodinstallaties aan te leggen voor stoom, warm water en centrale verwarming. Deze installaties worden buiten het ziekenhuis geplaatst en gekoppeld op de in het gebouw aanwezige leidingen.

De opdracht aan het kernteam is om zo spoedig mogelijk op een veilige wijze het ziekenhuis in zijn geheel op te kunnen starten. Het streven is aanvankelijk om maandag 21 september te heropenen. In de communicatie extern wordt dit bewust minder stellig gebracht en wordt gesproken over “alles in het werk stellen” om “begin volgende week” te kunnen openen. Bij de opstart staat patiëntveiligheid en daarmee een zorgvuldige, gefaseerde uitvoering bovenaan. In de dagen na de evacuatie worden medewerkers via verschillende kanalen geïnformeerd over de stand van zaken. Er worden onder andere bijeenkomsten georganiseerd de dag na de evacuatie.

Wanneer verantwoord? Even uniek als de evacuatie, is het herstel. De uitdaging zit in de werkzaamheden, maar ook in de vraag hoe kan worden vastgesteld dat het ziekenhuis weer verantwoorde zorg kan bieden. VUmc heeft naast de interne ook externe expertise ingeschakeld om dat te helpen toetsen. Ook is er vanuit VUmc afgestemd met de IGZ. Om vast te stellen welke patiënten als eerste zouden worden behandeld zijn drie categorieën patiënten gedefinieerd: electieve patiënten met een medische noodzaak (wachtrij); patiënten die gerepatriëerd moesten worden vanuit andere ziekenhuizen; en acute patiënten. Per categorie is een plan uitgewerkt. Het uitgangspunt is dat er zo min mogelijk sprake mag zijn van transport van patiënten. Als er toch transport nodig is, moet dit altijd worden afgewogen tegen de medische risico's voor de patiënt.

De CV, elektriciteit, watervoorziening (waterdruk en kwaliteit), stoom, liften, brandveiligheidsvoorzieningen, etc. moeten op orde zijn. Zodra dit veilig is moeten alle afdelingen hun apparatuur testen, hun voorraden op orde brengen en ervoor zorgen dat zij veilig patiënten kunnen ontvangen. Om zorg te dragen voor een actuele status en een compleet overzicht worden vooraf de testplannen per afdeling doorgelopen. Ook is er oog voor de beschadiging van het archief en bijvoorbeeld gevolgen voor onderzoeksmateriaal.

VUmc zet gericht externe expertise in, zoals TNO, het liftinstituut en de Brandweer die continue risico-audits uitvoert op technische systemen, met name de noodvoorzieningen stroom en warm water (tapwater en CV-water). Een ingenieursbureau ondersteunt in het ontwerp van de interim voorzieningen (tot 2 jaar) en definitieve voorzieningen. Kort na de calamiteit worden verzekeraars geïnformeerd over de schade.

Psychosociale effecten op patiënten De geëvacueerde patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld zijn allen gescreend voor Posttraumatisch stressstoornis. Op basis van deze resultaten zijn een aantal patiënten na-gebeld en is hulp aangeboden via de behandelend arts. Drie patiënten geven ten tijde van de evaluatie aan dat ze nog steeds last hadden van stress als gevolg van de evacuatie. Aan hen wordt ondersteuning aangeboden

'Weer open' Op 10 september zijn alle poliklinieken heropend, waaronder twee op een andere locatie. Alle eerder afgelaste afspraken zijn opnieuw ingepland. Patiënten met vragen kunnen contact opnemen via de afsprakenbalies. Op 22 september keren de eerste patiënten terug naar het ziekenhuis en worden eerste operaties uitgevoerd. De terugkeer van patiënten naar VUmc is opnieuw een grootschalige operatie waarvoor extra ambulancecapaciteit wordt ingezet. Er vindt effectief overleg plaats tussen ambulancedienst, meldkamer en VUmc op basis van een duidelijk patiëntbeeld en afspraken over de volgorde. Ook het personeel, dat twee weken zorg heeft verleend aan VUmc-patiënten in andere ziekenhuizen komt geleidelijk weer terug. De spoedeisende hulp opent op 23 september.

Leren Om maximaal te leren van de gebeurtenissen worden verscheidene lessensessies en evaluatiemomenten georganiseerd: binnen VUmc, met de ingezette multidisciplinaire crisisteams, binnen de GHOR, met ketenpartners in de zorg, binnen Defensie, etc. Ook de door VUmc gehouden enquêtes onder betrokken afdelingen en patiënten bieden tal van leerpunten. De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) bezoekt VUmc in de middag van de evacuatie. Vertegenwoordigers namens de OVV melden zich rond 15.00 uur. Hun komst is aangekondigd. Bij aankomst volgt overleg met VUmc. De OVV neemt kennis van de bevindingen van het crisisteam en woont een CoPI overleg bij. Op 15 september maakt zij bekend geen nader onderzoek te doen.

'Waterrobuustheid' Kort na de calamiteit bij VUmc verschijnt een rapport van TNO over waterrobuustheid bij ziekenhuizen. De minister van VWS stuurt de resultaten naar de Tweede Kamer vanwege de actualiteit rond VUmc. Het onderzoek was een onderdeel van een groter onderzoekstraject. TNO doet in het rapport diverse aanbevelingen voor het verbeteren van de waterrobuustheid van Nederlandse ziekenhuizen. De minister kondigt aan op een later moment te komen met vervolgstappen in afstemming met de IGZ en de ziekenhuizen.

Uitkomsten TNO onderzoek 'waterrobuustheid' ziekenhuizen De definitie van de waterrobuustheid van een ziekenhuis luidt: Het voorbereid zijn als ziekenhuisorganisatie op ernstige wateroverlast in de vorm van een overstroming of extreme regenval die gevaar oplevert voor de patiëntveiligheid en de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Dit houdt in dat: - het ziekenhuis bouwkundige en technische maatregelen heeft genomen om overlast te voorkomen of te beperken; - indien overlast ontstaat of dreigt te ontstaan, het ziekenhuis protocollen en procedures heeft om verdere overlast te beperken. De vitale ziekenhuisfuncties moeten kunnen blijven functioneren. In het onderzoek is gekeken naar welke functies dit zijn en wat dan de belangrijkste voorzieningen zijn en randvoorwaarden zijn (zoals toegankelijkheid van hoofdwegen voor aan- en afvoer van personeel, patiënten en bevoorrading en de riolering om vuil water af te kunnen voeren). TNO concludeert dat ongeveer 75% van de Nederlandse ziekenhuislocaties in een gebied ligt waar sprake is van een overstromingsrisico met een grote, middelgrote of kleine kans. Daarnaast kunnen alle ziekenhuizen te maken krijgen met tijdelijke wateroverlast als gevolg van extreme regenval. De meeste bestaande ziekenhuizen zijn niet waterrobuust gebouwd en lopen risico dat bij ernstige wateroverlast als gevolg van een overstroming of extreme regenval een deel van de vitale functies tijdelijk niet operationeel kan zijn. De meeste ziekenhuizen zijn volgens TNO om verschillende redenen kwetsbaar, bijvoorbeeld omdat liften niet meer gebruikt kunnen worden en belangrijke apparatuur en voorzieningen in de kelder staan. Bron: TNO, *Waterrobuustheid ziekenhuizen*, september 2015

4 Overkoepelende lessen en aanbevelingen

Wat op 8 september 2015 begint met een breuk in een hoofdwaterleiding buiten, eindigt met de totaalevacuatie van VUmc. De ervaring van VUmc, de Veiligheidsregio en hun partners is bijzonder waardevol. Er is collectieve trots op de geleverde prestatie vanuit het volle besef dat de evacuatie (zeer) ingrijpend is geweest voor patiënten, zorgverleners en anderen. Voor de direct betrokkenen, maar zeker ook voor hulpverleners en zorginstellingen elders geldt dat er veel kan worden geleerd van deze situatie en dat is ook de belangrijkste reden voor deze meta-evaluatie. De lessen gaan over de specifieke situatie van VUmc en meer generiek over de samenwerking tussen ziekenhuis en hulpdiensten. In dit slothoofdstuk benoemen we overkoepelende lessen en leerpunten per thema.

4.1 Overkoepelende lessen crisismanagement

In het eerste hoofdstuk hebben we een toelichting gegeven op de terugkerende uitdagingen bij crisismanagement. Als we vanuit deze 'bril' kijken naar de ervaringen met de watercalamiteit en de totaalevacuatie, dan komen we tot de volgende overkoepelende observaties.

De impact van de watercalamiteit op VUmc was groot, maar er was ook 'rust'. Voor vele medewerkers en patiënten was deze impact merkbaar als direct gevolg van de aangerichte schade of als gevolg van de getroffen maatregelen (zoals het tijdelijk uitschakelen van de noodstroom en de evacuatie). Er vonden op dat moment geen operaties plaats. Het is met een grote inspanning van velen gelukt om negatieve effecten voor patiënten zoveel als mogelijk te beperken. De evacuatie was ingrijpend. Er hebben zich geen persoonlijke calamiteiten voorgedaan met blijvende gezondheidsschade voor patiënten. Wel hebben enkele patiënten na de evacuatie psychosociale last (gehad). En tegelijkertijd kan een groot deel van de dag en van de sfeer ook worden getypeerd als rustig en beheerst, inclusief een lange periode van wachten tot het moment waarop grotere groepen patiënten het ziekenhuis verlieten. Er zijn bijvoorbeeld ook steeds voldoende ambulances. In de buitenwereld overheerste echter de indringende beelden van het vele water en de gevolgen hiervan (zoals een meegevoerde auto). Een leerpunt is het actiever tonen en uitleggen wat de situatie

werkelijk is. De factor 'geluk' heeft ook meegespeeld. Op een ander tijdstip zou er bijvoorbeeld groter gevaar zijn geweest voor medewerkers die aan het werk zouden zijn. Er zijn geen patiënten overleden ondanks de serieuze toestand waarin veel patiënten al verkeerden.

Er was expliciete aandacht voor kritieke momenten en besluiten Vanuit VUmc, de Veiligheidsregio en hun partners was er expliciete aandacht voor kritieke momenten en kritieke besluiten. Voorbeelden van kritieke besluiten waren het stoppen van de stroomvoorziening in delen van het ziekenhuis (in verband met onder andere het risico op kortsluiting en brand), het besluit tot een totaalevacuatie van het ziekenhuis en het besluit tot inzet van Defensie. Voorbeelden van kritieke momenten waren: het moment waarop bleek dat er geen medewerkers gewond of vermist waren, dat het lek was gedicht, het moment waarop er wel of niet een lift zou kunnen worden gebruikt, het moment dat afhijzen van patiënten (buitenom) en andere heftige maatregelen niet nodig bleken en het moment van opstarten na herstelwerkzaamheden. Juist deze besluiten en momenten hebben bijzondere aandacht gekregen in de verschillende (crisis)teams.

Er is gewerkt met duidelijke doelen en uitgangspunten VUmc heeft gewerkt met expliciete doelen en uitgangspunten die houvast moesten geven aan alle betrokken professionals. Voorbeelden van uitgangspunten waren: 'zorgvuldigheid gaat voor snelheid', 'wij beschouwen de situatie als veilig: er is geen acute evacuatie nodig', 'een patiënt vertrekt pas uit VUmc als dit medisch verantwoord is en als adequate verpleegkundige en medische begeleiding is geregeld.' Ook de Veiligheidsregio hanteerde expliciete uitgangspunten. Het was niet altijd duidelijk of de uitgangspunten voor de verschillende partners ook dezelfde betekenis hadden. Een voorbeeld is dat de evacuatie niet alleen zorgvuldig moest, maar het liefst ook tijdig zo bracht de Veiligheidsregio in. Wanneer is het zorgvuldig genoeg en kan snelheid ook worden meegewogen? Doelstellingen en uitgangspunten moeten altijd worden doorleefd om begrepen te worden. Ook in de nafase zijn doelen en uitgangspunten gehanteerd, binnen VUmc en bijvoorbeeld rond de terugkeer van patiënten in afstemming met onder meer de Ambulancedienst. De verschillende maatregelen binnen VUmc (onder meer in het kader van zorg, evacuatie, continuïteit, communicatie, zorg voor medewerkers, herstel en verzekeringen) versterkten elkaar en droegen bij aan de gestelde doelen en zijn conform de uitgangspunten. Hiermee was er een integrale aanpak. Een leerpunt is dat er meer aandacht moet zijn voor eigen personeel, waar de focus al snel ligt op patiënten.

De gewenste eenheid van inspanning in de keten stakte in de uitvoering VUmc, de Veiligheidsregio en hun partners werkten hard om elk hun bijdrage te leveren. Echter, in de uitvoering werd deze eenheid van inspanning gehinderd door tegenstrijdige verwachtingen, onduidelijkheden in rollen en het langs elkaar heen werken bij het komen tot een lijst voor de verspreiding van patiënten. Het gedeelde beeld achteraf is dat het ziekenhuis verantwoordelijk is voor adequate zorg, ook in bijzondere omstandigheden. Het ziekenhuis is daarmee in de lead. De inzet van hulpdiensten is nodig om de gewenste aanpak uit te voeren. De GHOR is de verbindende schakel tussen ziekenhuis en de crisisorganisatie van de overheid. Ook is het de rol van de GHOR om zorg te dragen voor de continuïteit van de reguliere (acute) zorg in de regio.

De situatie moet leidend zijn en niet de structuur of procedure De structuur waarin is gestart in reactie op de acute (water)calamiteit en mogelijk vervoer van IC-patiënten paste niet meer goed bij de bijzondere situatie van de gefaseerde totaalevacuatie. Knelpunten die zich hebben voorgedaan hadden voor een belangrijk deel te maken met het bijzondere karakter van de (dreigende)crisis en met het op momenten ontbreken van een gedeeld situationeel bewustzijn. Voor verschillende partijen werd op verschillende momenten duidelijk dat er geen sprake meer was van een acuut probleem. Het acute probleem was een zorgvuldige en logistiek complexe operatie geworden om patiënten veilig en verantwoord naar een andere zorgplek te brengen. Mede hierdoor paste de opgeschaalde organisatie die is voorbereid op onder meer grootschalige rampenopvang en gewondenspreiding niet bij wat de situatie nodig had. Er was sprake van een 'omgekeerde triage' (patiënten die vertrekken) en patiëntenspreiding in plaats van gewondenspreiding. Iedereen realiseerde zich geleidelijk aan dat de situatie bijzonder was en dat het niet goed liep qua informatielijnen en afstemming (zowel multi- als monodisciplinair), maar de implicaties hiervan zijn beperkt gezamenlijk doordacht en de organisatie is langere tijd niet aangepast. Juist dit soort duiding moet gezamenlijk worden gedaan en worden gedeeld met partners zodat zij de implicaties voor de eigen bijdrage kunnen doordenken. Het inventariseren van passende, gespecialiseerde zorgplekken is bijvoorbeeld iets anders dan het in kaart brengen van acute zorgplekken. Ook de standaard structuur bij GRIP 2 paste niet meer. De toegevoegde waarde van de Interface is beperkt als blijkt dat de belangrijkste opgave het spreidingsplan is en bijvoorbeeld ambulancecapaciteit geen issue is. Aandachtspunt is hierbij wel dat per situatie moet worden bekeken en bespreekbaar gemaakt wat er past. Zo kan de aansluiting van de voorzitter RvB bij het CoPI ook

verstorend werken en past deze aansluiting in andere situaties bijvoorbeeld beter in een beleidsteam: 'wat vraagt de situatie' in plaats van 'wat vraagt de structuur'.

De GHOR heeft de volgende vergelijking gemaakt die treffend de verschillen qua situatie weergeeft:

"Klassieke ramp"	Evacuatie VUmc
Acute Zorgproces staat centraal. GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie	Zorgcontinuïteit staat centraal - zorginstelling is zelf verantwoordelijk
Rampsterrein: buiten, onveilig	Ziekenhuis en rondom: binnen, veilig
Chaos	Redelijke orde/georganiseerde toestand
OvDG in charge op plaats incident	VUMC in charge
Slachtoffers	Patiënten met behandelaar
Haast - om mensen weg van de ramp te krijgen	Tijd – voor zorgvuldigheid voor patiënten en registratie
Redden (brandweer)	Geen redding nodig
Triëren	Diagnoses, dossiers, behandelplannen
Gewondenspreidingsplan: op Meldkamer bestemming bepalen	Zorgoverdracht naar andere instelling: zorgcontinuïteit. Bestemming door VUmc bepalen. Gewondenspreidingsplan is hier niet van toepassing, MKA heeft geen zicht in gespecialiseerde bedden capaciteit. Dat moet actief worden uitgezocht op dat moment
Vervoeren (meest spoedrit: A1 of A2)	Vervoeren ('besteld vervoer')
Opname in ziekenhuis – dat evt. opschaaft- maar bij spreiding meestal niet nodig.	Opname in ziekenhuizen – dat evt. opschaaft
Ziekenhuizen krijgen informatie van Meldkamer (per rit) en AC-GHOR (overall beeld)	Ziekenhuizen krijgen informatie van VUmc, meldkamer en GHOR – onduidelijk wie waarover gaat
AC GHOR spil in informatiemanagement in de witte keten	VUMC / MKA spil in informatiemanagement; AC GHOR op informatieachterstand
Eventueel slachtofferregistratie t.b.v. verwantenmatching - door GHOR i.s.m. bevolkingszorg. Ziekenhuizen leveren registratie aan AC GHOR	Registratie van patiënten die vertrekken - door VUMC en registratie gegevens door 1 ^o ambulance
MKA geeft voorwaarschuwing aan ziekenhuizen	
AC GHOR: als dit operationeel is informeert het de ziekenhuizen over het incident en mogelijke knelpunten	AC GHOR informeert ziekenhuizen over het incident, MKA en VUmc doen dat ook voor de daadwerkelijke spreiding. Ziekenhuizen weten niet wat het "centrale loket" is m.b.t. de informatie-uitwisseling over de capaciteit en het overnemen van patiënten: GHOR, MKA of VUmc?

Er is effectief geïmproviseerd in het uitvoeren van de totaalevacuatie Een totaalevacuatie van het ziekenhuis was als zodanig niet voorbereid (in tegenstelling tot een gedeeltelijke ontruiming die wel is voorbereid). Er is effectief geïmproviseerd om tot een goede uitvoering te komen. Voorbeelden hiervan zijn het benutten van een aangepaste vorm van registratie van patiënten die het ziekenhuis verlieten ('de omgekeerde triage'), het komen tot een logistiek proces voor een verantwoorde doorstroom van patiënten (met de SEH als centrale verzamelplaats en één vaste route), het toch nog kunnen gebruiken van één van de liften, het doordenken van eventuele alternatieven als het afhijzen van patiënten en de inzet van brandweer en defensie om mensen te tillen. De lange duur van het komen tot het spreidingsplan is de zorgvuldigheid ten goede gekomen: er is 100 procent geregistreerd, er zijn overdrachten geschreven, waar mogelijk is familie gecontacteerd, patiënten kregen medicatie mee voor drie dagen en er vond triage plaats door een arts.

Ook de nafase was intensief en impactvol Dit geldt onder meer voor VUmc waar unieke ervaringen zijn opgedaan met alles dat te maken heeft met herstel en met het opnieuw realiseren van verantwoorde zorg. Er zijn veel goede ervaringen op dat punt zoals de wijze van samenwerken met andere ziekenhuizen waarbij personeel van VUmc ook elders aan het werk was en de opgestelde checklist om te bepalen of apparatuur en/of een afdeling weer veilig was. De meeste zorginstellingen hebben in hun planvorming en oefeningen (nog) weinig tot geen aandacht geschonken aan de nafase. Deze is altijd afhankelijk van de situatie maar het loont om ook hier over na te denken. Een belangrijk punt in de nafase is ook het mogelijk langdurige effect van evacuatie op de totale regionaal beschikbare zorgcapaciteit. Dit was voor de GHOR een belangrijk aandachtspunt bij de evacuatie. Zo is onder meer het calamiteitenhospitaal ingezet en ter ondersteuning aan de Meldkamer Ambulance de capaciteit van de regio geïnventariseerd. Ondanks deze inspanningen is gebleken dat in de weken na de evacuatie er grote druk op de zorgcapaciteit binnen de regio kwam te staan. Dit aandachtspunt kan worden meegenomen in de crisisvoorbereiding in de regio (wat kan de regio aan en over welke en hoeveel specialistische bedden beschikt de regio?). Een aandachtspunt is ook het maken van afspraken met omliggende GHOR-regio's over de afstemming met ziekenhuizen buiten de regio.

Een geleidelijke en gecontroleerde evacuatie verschilt fundamenteel van een eventuele acute ontruiming Ook in deze situaties waren er risico's voor de patiëntveiligheid. Het is gelukt deze risico's beperkt te houden. In een acute situatie waarbij het gehele ziekenhuis zou moeten worden ontruimd, zijn de risico's voor medewerkers en patiënten veel groter. Zeker indien ook dan liften niet gebruikt kunnen worden. Een dergelijke situatie zou bijna zeker gepaard gaan met slachtoffers omdat niet alle patiënten de begeleiding en behandeling kunnen krijgen die nodig is. Het vergt een bewust keuze vooraf in welke mate een zorginstelling zich wel of niet wil – en kan - voorbereiden op een totaalontuiming. In de praktijk gaan veel ziekenhuizen – en andere zorginstellingen – in hun voorbereiding op calamiteiten uit van een gedeeltelijke ontruiming.

In de nafaase van de evacuatie bij VUmc is één van de vragen die breder speelt of ziekenhuizen zich wel of niet specifiek moeten voorbereiden op deze situaties. Voor VUmc geldt dat zij wel maatregelen treft om de kwetsbaarheid van systemen te beperken, maar zich niet specifiek gaat voorbereiden op grootschalige wateroverlast. VUmc kiest voor een goede basisvoorbereiding en voor een *all hazard* en flexibele respons. Wel gaat VUmc specifieke voorbereidingen treffen voor de mogelijkheid van een totaalevacuatie, zoals het mee-oefenen van afdelingen met kwetsbare patiënten die eerder niet of minder betrokken waren.

4.2 Overzicht leerpunten per thema

De beschreven ervaringen in het vorige hoofdstuk bevatten tal van aandachtspunten. In deze paragraaf vertalen we deze ervaringen en aandachtspunten naar leerpunten per thema.

<p>Voorbereiding</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zorg voor een goede basisvoorbereiding die all hazard en flexibel is: het kunnen reageren op verschillende situaties met nadruk op de samenstelling en rolverdeling binnen de crisisorganisatie. – Maak bewuste keuzes wat betreft de specifieke voorbereiding: waar wil je als instelling specifiek op zijn voorbereid? Het helpt om vervolgens vooral de bijzonderheden voor te bereiden aanvullend op de generieke voorbereiding. – Maak in de voorbereiding op evacuatie een expliciete keuze of de instelling voorbereid wil zijn op een totaalevacuatie en in welke mate. In de praktijk kiezen veel instellingen ervoor om te vertrouwen op improvisatie en de voorbereiding te richten op een gedeeltelijke of horizontale evacuatie, zoals bijvoorbeeld bij brand. Dit omdat zij de voorbereiding op een totaalevacuatie niet proportioneel vinden in de balans tussen de kans dat dit zich voordoet, de impact op de patiëntenzorg en de kosten/maatregelen. – Betrek ook de afdelingen met de meest kwetsbare patiënten bij de ontruimingsvoorbereidingen. – Zorg ervoor dat je de ketenpartners kent en wat je van elkaar kunt verwachten
<p>Leiding en coördinatie</p> <p><i>Lessen crisismanagement ziekenhuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Zorg voor een duidelijke rolverdeling binnen het crisisteam. – Maak afspraken over hoe om te gaan met inkomende telefoontjes. Het crisisteam van VUmc werd veelvuldig gebeld door media en derden die hun diensten of opvang voor patiënten aanboden. Het activeren van een speciaal nummer met bezetting door communicatieadviseurs gaf verlichting. – Zorg voor de beschikbaarheid van een lid Raad van Bestuur voor het crisisteam. De aanwezigheid van een lid RVB in het crisisteam van VUmc maakte dat er altijd mandaat was om ultieme besluiten te nemen. <p><i>Lessen afstemming ziekenhuis en veiligheidsregio bij interne ramp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Maak en benut bij een crisis een overzicht van betrokken organisaties en maak inzichtelijk wie op welk onderdeel leidend is (een eenvoudige vorm van netwerkkaart). Houd hierbij ook rekening met de bestuurlijke aspecten (ook zonder GRIP 3 zijn er bestuurlijke verantwoordelijkheden en rollen). – Pas de structuur aan, aan wat de situatie vraagt. De structuur die paste bij de acute calamiteit (GRIP 2 opschaling) paste niet bij de veranderde situatie en de beheerste evacuatie. Gedurende de dag werd duidelijk dat er knelpunten zaten in de afstemming tussen CoPI en Interface, maar ook binnen bijvoorbeeld de GHOR-kolom. De structuur paste niet bij deze situatie. Het leerpunt is om dit eerder te signaleren en met partners samen bewust te kiezen voor een flexibele invulling die past bij de situatie. – Zorg dat besluiten op de juiste plaats worden genomen. De – op momenten - aanwezigheid van de RvB bij het CoPI versnelde de besluitvorming. Het zorgde er ook voor dat – omdat lijnen zo kort werden – de coördinatie- en informatiesystematiek werd doorbroken. Dit vergt in iedere situatie een bewuste keuze: wat is de plaats waar knopen moeten worden doorgesneden? Soms is dit in contact tussen RvB en de DPG, ook kan de GHOR aansluiten bij het crisisteam van de instelling en vice versa, etc. – Stem overlegmomenten tussen CoPI en crisisteam af: voorkomen dat deze samenvallen. Ook kan een afgevaardigde vanuit de crisisorganisatie van de overheid deelnemen aan vergaderingen van het crisisteam VUmc/zorginstelling. Welke functionaris dat is hangt af van de situatie. – De zorgcontinuïteit en -capaciteit in de regio moeten (ook) worden geborgd (zie verder).
<p>Patiëntveiligheid</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ga uit van zorgvuldigheid De tijd die beschikbaar was heeft de patiëntveiligheid bevorderd. Meerdere

<p>controlemomenten maakten het mogelijk om de gezondheid van patiënten te monitoren en vast te stellen of iemand ook echt kon worden vervoerd op verantwoorde wijze.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Waar nodig is het verstandig personeel mee te laten gaan met patiënten zodat zij de benodigde zorg kunnen bieden en de ontvangende instelling kunnen ontlasten.
<p>Grootschalige inzet ambulances</p> <ul style="list-style-type: none"> – Informeer als meldkamer andere meldkamers in een vroeg stadium (voorwaarschuwing) over de situatie en verzorg periodiek updates zodat zij mee kunnen groeien met de situatie. De MKA heeft dit gedaan met behulp van teleconferenties. – Wees alert op het verschil tussen spreiding van gewonden of de spreiding van patiënten die een zorgplek nodig hebben. De meldkamer heeft bijvoorbeeld zelf geen zicht op de reguliere zorgcapaciteit, wel op de acute zorgplekken. – Ga na welk type vervoer nodig is, naast ambulances. Een deel van de patiënten van VUmc moest/kon zitten worden vervoerd zonder grote zorgbehoeften. Dan volstaan busjes in plaats van ambulances.
<p>Evacuatie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Houd rekening met veel benodigde capaciteit ('handjes'). Als de liften niet werken is er veel capaciteit nodig om patiënten veilig naar beneden te brengen. Er is ook capaciteit nodig voor het begeleiden van mensen die zelf kunnen en willen vertrekken. – Denk – als er tijd is – na over de logistieke stroom en de gewenste route: hoe komen patiënten uiteindelijk bij de ambulance en hoe wordt dit in goede banen geleid? Nu is gekozen voor de SEH als centraal punt en als centrale uitgang. Dit hangt af van de situatie. Dit werkte goed. – Durf bij een crisis ook na te denken over draconische maatregelen die nodig kunnen zijn. Zo is bijvoorbeeld nagedacht over het verplaatsen van patiënten naar buiten via balkons en containers. Dit bleek uiteindelijk niet nodig omdat alsnog een lift kon worden gebruikt. – Houd indien mogelijk, met name bij kinderen, rekening met ouders/familieleden die bij de patiënt willen blijven en er zo aan bijdragen dat patiënten zich minder zorgen maken. – Denk na over registratie van uitgaande patiënten en benut bestaande instrumenten/middelen in het kader van ZIROP. Houd in de registratie rekening met informatie die nodig is voor interne overdracht, voor het vervoer en voor de ontvangende zorgverlener.
<p>Inzet Defensie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Betrek Defensie vroegtijdig om haar mee te laten denken. Er zijn verscheidene mogelijkheden voor ondersteuning. Sommige vormen van steun kosten enkele uren voordat deze kunnen worden gerealiseerd. Hoe eerder Defensie wordt betrokken hoe beter zij aan kan geven wat zij kan betekenen en wanneer er uiterlijk besluitvorming nodig is. In Amsterdam loonde het dat de marine uit voorzorg al naar Amsterdam was gekomen in afwachting van inzet.
<p>Spreiding van patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Houd rekening met het verschil tussen spreiding van gewonden vs het spreiden van patiënten. Bij spreiding van patiënten heeft het ziekenhuis als enige het beeld van de medische situatie van iedere patiënt. De meldkamer heeft niet voor alle specialistische zorg de mogelijkheid om beschikbare capaciteit in beeld te brengen. Dan kan het beter werken dat het ziekenhuis dit deels zelf inventariseert. In alle gevallen vergt het samen optrekken en bepalen van de benodigde informatie en bepalen van de wijze van verdelen en de besluitvorming hierover. Hier werkt de aansluiting van VUmc bij de meldkamer ambulance goed. – Houd goed contact met ziekenhuizen binnen en buiten de regio die hulp aanbieden. Zij bereiden zich voor op het bieden van zorg en worden idealiter op de hoogte gehouden van de situatie en van beslissingen over de spreiding: is de aangeboden zorg ook nodig? De GHOR kan dit verzorgen. – Houd bij de spreiding van patiënten rekening met zowel de directe benodigde zorg als met de zorg voor de middellange of langere termijn, de totaal beschikbare capaciteit in de regio en de reguliere acute zorg die ook gewoon doorgaat (zorgcontinuïteit). – Benut de mogelijkheid van het calamiteitenhospitaal voor het onderbrengen van een grotere groep patiënten, mits gepast. De ervaring van VUmc is ook dat voor sommige patiënten de voorzieningen van het calamiteitenhospitaal minder prettig waren omdat deze niet gericht zijn op leefbaarheid/comfort maar op benodigde zorg na calamiteiten.
<p>Communicatie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Benut een live blog. Dit is een waardevolle wijze van het informeren van verscheidene doelgroepen. Zowel patiënten, familieleden maar ook professionals volgden de berichten van VUmc. Naast de live blog was VU actief op sociale media zoals Twitter en was er een speciaal informatienummer. – Heb voldoende aandacht voor de interne communicatie: deze is minstens zo belangrijk als externe communicatie. Naast berichten op intranet kunnen ook fysieke informatiebijeenkomsten en bijvoorbeeld specifieke Whatsapp groepen nuttig zijn. Dit past in de voorbereiding. Dit kan worden voorbereid. – Informeer voor zover als mogelijk actief familieleden van patiënten. VUmc benutte onder meer een speciaal informatienummer voor patiënten en familie.
<p>Nafase</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ook de nafase vergt coördinatie en afstemming. Hierbij hoort de bewuste keuze of de staande organisatie dit op kan pakken of dat een vorm van projectorganisatie beter past. Dit mede om de rest van de organisatie te ontlasten. VUmc heeft gewerkt met een projectstructuur voor de nafase met een vorm van stuurgroep en verschillende (deel)projectgroepen. In de nafase spelen ook onderwerpen als verzekeringen, juridische trajecten (zoals aansprakelijkheidsstellingen), het omgaan met eventuele klachten, het informeren van patiënten en medewerkers over de voortgang, het leren, het terughalen van meegereisde apparatuur en dergelijke.

- Maak na uitval van stroom, watervoorzieningen of IT of na schade van systemen expliciet hoe wordt vastgesteld of de apparatuur en toepassingen op verantwoorde wijze weer in gebruik kunnen worden genomen. Er moet worden bepaald wie op basis van welke criteria vaststelt dat er verantwoorde en veilige zorg kan worden geboden. Inzet van externe experts of een second opinion ligt voor de hand.
- Heb expliciete aandacht voor de nazorg en het delen van ervaringen. Een evacuatie heeft een grote impact op patiënten en op personeel. De precieze impact zal per persoon verschillen. Bevraag medewerkers en patiënten actief over hun ervaringen. Er komen waardevolle inzichten uit de enquête die door VUmc onder patiënten is gehouden. Patiënten waardeerden onder meer de informatie en begeleiding rond de evacuatie. Met een enquête krijgen zij gelegenheid hun ervaring te delen en kan het ziekenhuis maximaal leren. Zo kon direct een inschatting worden gemaakt van het risico op PTSS en kon contact worden gelegd met patiënten die bijvoorbeeld ontevreden waren.
- Benut de herstelfase om andere benodigde en gewenste verbeteringen en aanpassingen door te voeren, zoals systeemaanpassingen, cursussen en dergelijke. In een leeg ziekenhuis met veel personeel dat minder werk heeft kunnen dit soort zaken makkelijker worden gedaan dan in de normale uitvoeringspraktijk.
- Benut externe expertise en tegendenkers om te zorgen voor scherppte.

Disclaimer onderzoek

Deze onderzoeksrapportage is gebaseerd op informatie die ter beschikking is gesteld, en verkregen, tijdens de periode waarin het onderzoek is uitgevoerd. Nieuwe of aanvullende informatie kan van invloed zijn op de inhoud en de geformuleerde conclusies en aanbevelingen. Het COT beschikt alleen over informatie waar het van rechtswege toegang toe heeft. Rapporten worden in beginsel in opdracht van de opdrachtgever gemaakt en niet gepubliceerd. Eén kopie wordt bewaard voor juridische, IT- en wetgeving- en toezichtdoeleinden.

Over het COT

Het COT is een gespecialiseerd bureau op het gebied van veiligheids- en crisismanagement. Ons werkteerrein strekt zich uit van vraagstukken over de vormgeving van veiligheidsbeleid tot de voorbereiding op crisissituaties. Met onze kennis en kunde helpen we opdrachtgevers in complexe situaties waarbij grote risico's worden gelopen, strategische belangen op het spel staan en vaak vele stakeholders zijn betrokken. Advies, onderzoek, en training en oefening vormen de basis van onze dienstverlening. Het COT is een volledige dochteronderneming van Aon Nederland.

Meer informatie: www.cot.nl of cot@cot.nl