

**Herijking
van de
visie op zorgcontinuïteit**

Maart 2014
Versie 2.0

Vastgesteld in de bijeenkomst van de Raad van DPG'en op 13 december 2013
(met verwerking van de aanpassingsvoorstellen uit deze vergadering)

Samenvatting

De GHOR heeft een rol heeft bij zorgcontinuïteit in de verpleeg- en verzorgingssector. Hoewel dit niet expliciet in de WVr staat benoemd, blijkt vooral uit de opstelling van het ministerie van VWS en de IGZ dat zij verwachten dat de GHOR haar verantwoordelijkheid hierin neemt.

De doelgroep van de visie bestaat uit zorginstellingen waar intramurale cliënten verblijven, en thuiszorgcliënten die specialistische zorg krijgen.

‘Zorg’ bestaat uit medische en verpleegkundige handelingen, en in de intramurale setting ook uit wonen en welzijn.

Uit de visie-elementen zijn de volgende taken voor de GHOR te destilleren:

- a) Inventarisatie van care-organisaties in de regio
- b) Care-organisaties actief benaderen en registreren
- c) Care-organisaties ondersteunen d.m.v. kennisdeling
- d) Contact onderhouden met de care-organisaties (continu)
- e) Bestuur van de veiligheidsregio informeren over de wijze waarop in de regio vorm wordt gegeven aan zorgcontinuïteit
- f) 24/7 Loketfunctie voor vragen van care-organisaties in crisissituaties
- g) De GHOR is het laatste vangnet bij problemen waar care-organisaties zelf niet uitkomen

Inhoudsopgave

1	Inleiding	pag. 4
1.1	Opbouw notitie	pag. 4
1.2	Verantwoording	pag. 4
2	Aanleiding	pag. 5
3	Legitimatie, doelgroep en definitie	pag. 7
3.1	Legitimatie vanuit wet- en regelgeving	pag. 7
3.2	Doelgroep	pag. 8
3.3	Definitie	pag. 9
3.4	Exclusie van thuiszorg	pag. 10
4	Visie-elementen	pag. 11
Visie-element I	De positie van de GHOR	pag. 11
Visie-element II	De rol van de GHOR	pag. 12
Visie-element III	Inzicht in voorbereiding	pag. 13
Visie-element IV	Verantwoordelijkheidsverdeling	pag. 14
Visie-element V	Kennen en gekend worden	pag. 17
Visie-element VI	Plannen op maat	pag. 17
5	Implementatie	pag. 19
6	Tot slot	pag. 20

1 Inleiding

In maart 2013 heeft GHOR NL opdracht gegeven om de visie op zorgcontinuïteit te herijken. De beoogde doelgroep van de visie is de verpleeg-, verzorgings- en gehandicaptensector. De aanleiding wordt gevormd door een steeds nadrukkelijker vraag om een landelijke visie, niet alleen vanuit de GHOR bureaus maar ook vanuit de zorgsector zelf.

1.1 Opbouw notitie

In voorliggende notitie wordt in hoofdstuk 2 de aanleiding om te komen tot een herziene visie op zorgcontinuïteit beschreven. Omdat bij interpretatie van de huidige wetgeving het thema zorgcontinuïteit niet automatisch wordt toebedeeld aan het domein van de GHOR, wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de wet- en regelgeving die de visie legitimeren. In dat hoofdstuk wordt ook de keuze voor de doelgroep onderbouwd en komt de definitie van zorgcontinuïteit aan de orde.

In hoofdstuk 4 worden de elementen waaruit de visie is opgebouwd benoemd, en worden de visie-elementen toegelicht en geconcretiseerd.

In hoofdstuk 5 wordt een advies gegeven over de implementatie van de visie en in hoofdstuk 6 wordt een suggestie gedaan voor een vervolgtraject.

1.2 Verantwoording

De directe input voor de visie op zorgcontinuïteit is verzameld door middel van:

- Bijwonen van bijeenkomsten van: landelijke GHOR dagen, de Programmaraad Repressie en Nazorg van GHOR NL en het landelijke informele netwerk zorgcontinuïteit
- 20 interviews met burgemeesters, Raden van Besturen (RvB's) van zorginstellingen en DPG'en, waarbij de selectie heeft plaats gevonden op basis van betrokkenheid bij een grootschalig incident, bevolkingszorg en/of zorgcontinuïteit
- Overleg met koepelorganisaties als Actiz, VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) en de GHOR academie.

De indirecte input is afkomstig uit meer dan 100 gesprekken die zijn gevoerd over de (voorbereiding op) rampenbestrijding met RvB's van zorginstellingen en burgemeesters.

Deze notitie is geschreven door drs Ellen Botman MBA, Eclecta organisatieadvies.

2 Aanleiding

Bij de uitbraak van de vogelgriep in 2005 was er sprake van een dreigende griep пандemie. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn toen door GHOR NL drie nationale draaiboeken *Aviaire influenza* gemaakt, die vervolgens vertaald zijn door de GHOR bureaus naar regionale draaiboeken. Een onderdeel van deze draaiboeken was het maken van afspraken met alle intramurale zorginstellingen in de curatieve- en verpleeg- & verzorgingssector over hun capaciteit bij een griep пандemie. Dat de GHOR hierbij in de ogen van VWS initiator was, blijkt uit het feit dat meerdere GHOR bureaus onder verscherpt toezicht van IGZ zijn geplaatst, omdat zij eind 2005 nog geen afspraken hadden gemaakt met de verpleeg-&verzorgingssector. Dit verscherpt toezicht werd opgeheven toen aangetoond kon worden dat de afspraken alsnog waren gemaakt.

In de zomer van 2009 heeft de minister van Welzijn en Volksgezondheid aan de zorginstellingen zelf gevraagd met spoed zogenaamde continuïteitsplannen op te stellen. Ook hierbij was de reden de te verwachten piekbelasting in de zorg in het najaar door een mogelijke griep пандemie (zgn. Mexicaanse griep). Door GHOR NL is tegelijkertijd een *Landelijk model Regionaal Zorgcontinuïteitsplan voor GHOR-bureaus* ontwikkeld en vastgesteld (mei 2009). Dit model is bedoeld als 'hulpmiddel voor het op adequate wijze invulling geven aan het opstellen c.q. vernieuwen van een regionaal zorgcontinuïteitsplan'¹. Samen met deze handreiking voor de GHOR-bureaus is in 2009 ook een handreiking gemaakt voor de zorginstellingen², die als adviesmodel aan Actiz is aangeboden. Verscheidene GHOR regio's zijn met dit model aan de slag gegaan, maar er zijn ook GHOR bureaus die hun eigen invulling hebben gegeven aan de zorgcontinuïteit binnen hun regio.

De verwachting was dat zorgcontinuïteit als aparte bepaling in de Wet op de Veiligheidsregio's (WVr) opgenomen zou worden. Dat is echter niet gebeurd. Het onderwerp wordt wel betrokken bij art. 33 van de WVr maar dit artikel wordt in de dagelijkse praktijk op verschillende manieren geïnterpreteerd. Desalniettemin bestaat bij de GHOR bureaus en bij de zorginstellingen de behoefte om te komen tot een eenduidige visie op zorgcontinuïteit. Deze behoefte komt onder andere doordat grote koepels van zorgorganisaties met locaties in meerdere veiligheidsregio's geconfronteerd worden met verschillend beleid.

Doordat het onderwerp zorgcontinuïteit inmiddels wel op de politieke agenda staat, leeft ook bij bestuurders de vraag wat de rol is van de veiligheidsregio – en daarmee hun eigen rol – bij dit onderwerp. Niet in de laatste plaats omdat zij in het kader van de WVr verantwoordelijk zijn voor Bevolkingszorg, en uit de wetgeving niet duidelijk blijkt waar de verantwoordelijkheid van de RvB van een zorginstelling eindigt en die van de burgemeester begint.

¹ Citaat uit het *Landelijk model Regionaal Zorgcontinuïteitsplan voor GHOR-bureaus*

² *Landelijke richtlijn Zorgcontinuïteitsplan voor ketenpartners*

Andere maatschappelijke ontwikkelingen en overheidsstandpunten die het decor vormen waartegen de visie op zorgcontinuïteit is ontwikkeld, zijn:

- De 'eigen kracht' van burgers staat centraal. De overheid treedt terug, en haar bevoogdende rol is nagenoeg verdwenen.
- Bij het openbaar bestuur bestaat grote belangstelling voor zelfredzaamheid van burgers. In de notitie *Bevolkingszorg op orde* van het Veiligheidsberaad speelt dit onderwerp een belangrijke rol. Letterlijk staat er: 'De overheid rekent erop dat de samenleving haar verantwoordelijkheid (ook) tijdens en na een crisis neemt'³ en 'De overheid stemt haar bevolkingszorg af op de zelfredzaamheid van de samenleving'⁴.
- Er is een tendens gaande van vermindering van formele regels en toename van informele regels.

Ter ondersteuning van de regionale zorgcontinuïteit is in 2007 in Brabant de webapplicatie GHOR4all ontwikkeld. Momenteel maken 23 GHOR regio's gebruik van GHOR4all, en er wordt steeds meer ervaring opgedaan met de webapplicatie. In het verlengde van de herijking van de visie op zorgcontinuïteit rijst de vraag in welke richting GHOR4all doorontwikkeld moet worden, en hoe aangesloten kan worden bij het netcentrisch werken. De vraag hoe de witte kaart-laag gerealiseerd kan worden, staat hierbij centraal.

Binnen GHOR NL hebben bovengenoemde ontwikkelingen geleid tot de behoefte om de landelijke visie op zorgcontinuïteit te herijken, waarbij de volgende aspecten zijn meegenomen:

- Huidige wet- en regelgeving
- Behoeften en ideeën van het openbaar bestuur en de Raden van Bestuur van zorginstellingen met betrekking tot bevolkingszorg en zorgcontinuïteit
- Advies over de implementatie van de visie op zorgcontinuïteit

³ Uit: *Bevolkingszorg op orde*, Veiligheidsberaad, juli 2012, pag. 24

⁴ Uit: *Bevolkingszorg op orde*, Veiligheidsberaad, juli 2012, pag. 26

3 Legitimatie, doelgroep en definitie

Uit de discussies die gevoerd zijn ter voorbereiding op de ontwikkeling van de visie blijkt dat zorgcontinuïteit de gemoederen hoog doet opblazen. Vermoedelijk komt dat doordat het onderwerp de GHOR in haar kern raakt: waar is de GHOR nu eigenlijk van? En waar niet van? Hieronder worden argumenten benoemd die vanuit de wetgeving de visie op zorgcontinuïteit rechtvaardigen.

3.1 Legitimatie vanuit wet- en regelgeving

De eisen die gesteld worden aan de zorgsector in zijn algemeenheid en de geneeskundige hulpverlening bij grote incidenten in het bijzonder zijn terug te vinden in meerdere wetten: de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet Toelating Zorginstellingen, de Wet Publieke Gezondheid, de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en de Wet Veiligheidsregio's. Belangrijk uitgangspunt bij al deze wetgeving is dat de zorginstellingen en de individuele beroepsbeoefenaren (zoals huisartsen) door de wetgever verantwoordelijk worden gesteld voor de kwaliteit van zorg die zij leveren *onder alle omstandigheden*. Met andere woorden: zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren zijn zelf verantwoordelijk voor hun voorbereiding op, en werkzaamheden bij, rampen en crises. Dat betekent echter niet dat de GHOR geen rol heeft hierin.

In 2004 doet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een (kleinschalig) onderzoek naar de voorbereiding op calamiteiten in de V&V-sector⁵. In het voorwoord van het rapport staat: *'Veiligheid binnen instellingen voor verpleging en verzorging is een belangrijk aspect van de verantwoorde zorg. In gevallen van uitval van nutsvoorzieningen of bij brand zijn de bewoners door hun niet-zelfredzaamheid volledig afhankelijk van de hulpverlening door het personeel.'* De conclusie van het rapport is dat zorginstellingen onvoldoende zijn voorbereid. Voor sommige GHOR-regio's is dit aanleiding om aan de slag te gaan met zorgcontinuïteit binnen de V&V sector.

Ook het onder verscherpt toezicht stellen van meerdere GHOR bureaus door IGZ bij de voorbereiding op de aviariae influenza (zoals beschreven in de Aanleiding) heeft gemaakt dat zorgcontinuïteit een onderdeel werd van het takenpakket van de GHOR.

Met het inwerking treden van de WvR (okt. 2010) is de rol van de GHOR veranderd. Waar de GHOR voorheen inhoudelijk verantwoordelijk was voor de 3 geneeskundige processen binnen de rampenbestrijding (spoedeisende medische hulpverlening, preventieve openbare gezondheidszorg en psychosociale nazorg), heeft de GHOR nu vooral een regisserende, adviserende en ondersteunende rol. Onder reguliere omstandigheden omvat deze functie het bewaken (namens het openbaar bestuur) van

⁵ *Voorbereiding calamiteiten niet op orde*; Inspectie voor de Gezondheidszorg, april 2004

de mate van voorbereiding van de zorginstellingen, het eventueel doen van verbetervoorstellen, en de planvorming⁶.

De WvR regelt verder dat de geneeskundige keten structureel over haar voorbereiding op crisissituaties rapporteert aan het bestuur van de Veiligheidsregio ⁷, dat op haar beurt dient te beoordelen of de inrichting van de geneeskundige keten kwalitatief verantwoord is toegerust. De GHOR, die met de geneeskundige keten hierover afspraken maakt, heeft hiervoor een aansturende en coördinerende rol in het *totale zorgveld*, dus ook voor zorginstellingen die geen directe taak hebben bij de rampenbestrijding.

Ook IGZ maakt bij de toetsing van de voorbereiding op calamiteiten geen onderscheid of zorginstellingen al dan niet acute zorg leveren. Op haar website staat: *'De IGZ houdt toezicht op crisisbeheersing en rampenbestrijding op 3 manieren:*

1. Preventief: zijn zorginstellingen voorbereid op een ramp of crisis?

[...]

Zorginstellingen moeten altijd en aan iedereen verantwoorde zorg kunnen bieden, ook als er een ramp of crisis is met veel slachtoffers. Gelukkig komt dit niet zo vaak voor. Maar omdat het lastig is om in rampomstandigheden te werken, is het belangrijk dat zorgverleners goed zijn voorbereid op zulke situaties.⁸

Een ander argument ter legitimatie is gelegen in de Wet Publieke Gezondheid⁹. De DPG wordt vanuit zijn functie van directeur GGD regelmatig geconfronteerd met incidenten in de verpleeg- en verzorgingssector die niet direct een ramp genoemd worden, maar waarbij wel de zorgcontinuïteit van een instelling in het geding kan zijn. Een voorbeeld hiervan is het uitbreken van een infectieziekte (bv. norovirus, mazelen, MRSA) in een verpleeghuis.

Ook vanuit de Veiligheidsregio bekeken is de zorgsector een partij die aandacht behoeft. Bij de regionale risico-inventarisatie zullen zorginstellingen gescoord worden als een risico, en dienen er plannen te liggen hoe daar mee om te gaan.

3.2 Doelgroep

De vraag van GHOR NL was te focussen op zorginstellingen die géén acute zorg leveren. Dit vanuit de gedachte dat er voor partijen die wel acute zorg leveren (en vanuit die functie betrokken zijn bij het Regionaal Overleg Acute Zorg - ROAZ), zoals ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten, GGD'en door ZonMW programma's en de OTO

⁶ WvR, memorie van toelichting, pag. 79

⁷ WvR, artikel 33 en 48 en WvR, Deel I, pag. 40

⁸ <http://www.igz.nl/onderwerpen/publieke-en-geestelijke-gezondheidszorg/crisiszorg-en-rampenbestrijding/index.aspx>; 4-12-2013

⁹ WPG, art 2

stimuleringsgelden al veel aandacht is voor de continuïteit van zorg als onderdeel van hun crisisorganisatie. Voor deze instellingen heeft dat onder andere geresulteerd in het “Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO”, dat door de convenantspartijen in de acute zorg is onderschreven. Deze normen in het kwaliteitskader kunnen dan ook gezien worden als veldnormen.

Bij verschillende GHOR bijeenkomsten werd tijdens de discussies rondom zorgcontinuïteit duidelijk dat het begrenzen van de doelgroep noodzakelijk is; voor de een is het vanzelfsprekend dat bijvoorbeeld kinderdagverblijven en tandartsen ook tot de doelgroep behoren, terwijl dat voor een ander niet logisch is. Daarom zijn bij het bepalen van de doelgroep de onderstaande inclusiecriteria gehanteerd.

Inclusiecriteria:

- De GHOR is in het leven geroepen voor opgeschaalde situaties. Dit betekent dat de GHOR pas wordt ingeschakeld bij een incident waar meerdere slachtoffers bij betrokken zijn. In de voorbereiding betekent dit dat de GHOR een rol heeft als er bij een mogelijk incident door de *setting* een groot aantal slachtoffers verwacht kunnen worden, zoals bij verminderd zelfredzame, zorgbehoeftige mensen die in groepen wonen, bij evenementen of bij ziekenhuizen.
- Het gaat om mensen die (intramuraal of thuis) langdurige, en/of specialistische *zorg* krijgen die niet uitstelbaar is.

Op basis van bovenstaande inclusiecriteria is de doelgroep van de visie op zorgcontinuïteit als volgt te omschrijven:

- Alle zorginstellingen waar intramurale cliënten verblijven die langer dan 24 uur medische en/of verpleegkundige zorg nodig hebben die niet uitgesteld kan worden (verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, GGZ instellingen, jeugdzorginstellingen, revalidatiecentra, etc.)
- Thuiszorg cliënten die specialistische zorg ontvangen¹⁰ onder de vlag van een care-organisatie

Tot de doelgroep van deze visie op zorgcontinuïteit behoren géén instellingen die acute – fysieke – verzorging leveren.

Voor de duidelijkheid wordt in het vervolg de doelgroep van de visie op zorgcontinuïteit samengevat onder de noemer ‘**care-organisaties**’.

¹⁰ Onder specialistische thuiszorg wordt verstaan: Toedienen van medicatie/vocht/TPV(voeding) via een centraal veneuze catheter, Port-A-Cath of perifeer infuus; Dialyse middels buikspoeling; Palliatieve sedatie middels subcutane toediening van medicatie; Pijnbestrijding middels infuus of epidurale catheter. Ook patiënten welke thuis beademd worden, alsmede afhankelijk van vitale elektrische medische apparatuur kunnen onder deze categorie gebracht worden.

3.3 Definitie

Onder *zorgcontinuïteit* worden de planvorming en handelingen verstaan die zorginstellingen verrichten ter voorbereiding op, tijdens en na acute crises om de zorg die zij leveren aan hun cliënten te kunnen continueren.

Op basis van de WTZi wordt bij intramurale care-organisaties onder zorg niet alleen medisch en verpleegkundige handelingen verstaan, maar ook wonen en welzijn.

3.4 Exclusie van thuiszorg

Bovenstaande inclusiecriteria geven automatisch een exclusie van het grootste deel van de mensen die thuiszorg krijgen. Omdat iedere thuiszorgcliënt een individueel huishouden voert, heeft de GHOR geen rol bij de voorbereiding op het continueren van de zorg die zij ontvangen, met uitzondering van de cliënten die specialistische zorg ontvangen en dan alleen nog om het bieden van deze specialistische zorg veilig te stellen¹¹.

Wonen en vervoer vallen verder dus buiten de verantwoordelijkheid van de zorginstelling, en daarmee ook buiten de afspraken, die hierover met de GHOR worden gemaakt. De verantwoordelijkheid daarvoor behoort tot het gemeentelijke domein.

De reden dat thuiszorgcliënten toch benoemd wordt in voorliggende notitie is dat in de praktijk blijkt dat deze groep – vooralsnog – nauwelijks tot niet in beeld is bij de gemeenten, maar gezien hun zorgvraag wel extra aandacht behoeft. Het benoemen en beleggen van aandachtspunten voor de opvang (inclusief zorg) van verminderd zelfredzamen onder crisissomstandigheden is nog onvoldoende duidelijk. Vanuit de GHOR wordt dit aandachtsveld om de hierboven genoemde redenen niet tot haar verantwoordelijkheid gerekend, maar tot de verantwoordelijkheid van de gemeentelijke kolom. Om tot een goede afbakening en afstemming te komen, is het voornemen dat er wel lijnen gelegd gaan worden van en naar de gemeentelijke processen in de crisisbeheersing. Daarbij is het doel om op basis van deze visie een gedeeld beeld te creëren bij burgemeesters, gemeenten en bestuurders van instellingen over de verantwoordelijkheidsverdeling en werkwijze ten aanzien van deze doelgroep. Daaruit kan in afstemming afgesproken worden, welke adviserende bijdrage de GHOR in dit kader landelijk en regionaal kan leveren. Deze concrete invulling is in dit visiedocument nog niet voorzien.

De verwachting is dat met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Wet Langdurige Intensieve Zorg en de wijzigingen in de Zorgverzekeringswet deze groep de komende jaren fors in omvang en 'zwaarte' zal toenemen. Overigens vallen voorzieningen, die thans in het kader van de WMO versterkt worden buiten de reikwijdte van de zorgwetgeving en is ook geen sprake van geneeskundige hulpverlening in de zin van de WvR.

¹¹ In situaties, dat deze specialistische zorg niet veiliggesteld kan worden en levensbedreigende situaties kunnen ontstaan (zoals bijv. stroomuitval bij afhankelijk van elektrische medische apparatuur) dan is sprake van een indicatie voor acute medische zorg via de meldkamer.

4 Visie-elementen

De visie op zorgcontinuïteit is opgebouwd uit zes verschillende elementen. Hieronder worden de elementen benoemd, toegelicht en nader geconcretiseerd.

Visie-element I De positie van de GHOR

De GHOR vormt de verbinding tussen het openbaar bestuur en de care-organisatie.

Toelichting

Vanaf het ontstaan van de GHOR in 1999 is de GHOR de verbindende schakel tussen het openbaar bestuur en de witte kolom, waartoe ook de care-organisaties behoren. Hoewel met de komst van de WvR de GHOR geen probleemeigenaar meer is van de 3 geneeskundige processen in de rampenbestrijding, heeft dat de positie van de GHOR als verbindende schakel niet veranderd.

De burgemeesters en DPG'en zijn over dit visie-element helder; de kennis over de witte kolom zit bij de GHOR en niet bij de gemeente.

Verscheidene keren is aan de orde geweest dat de burgemeesters graag zien dat de DPG een ruimere taakopvatting hanteert dan strikt in de wet is opgenomen, en dat de GHOR zich meer mag profileren.

Voor de RvB's van de care-organisaties is deze verbindende positie van de GHOR minder vanzelfsprekend. De een vindt het niet meer dan logisch dat de GHOR het aanspreekpunt is bij vragen aan het openbaar bestuur, voor een ander blijft de GHOR een (te) abstract begrip, en weer een ander ziet de GHOR en de gemeente als één.

Concretisering van het visie-element

- De functie van de GHOR als verbindende schakel tussen het openbaar bestuur en de care-organisaties dient opgepakt te worden in die regio's waar de GHOR nog onvoldoende uit de verf komt en/of niet in beeld is bij de care-organisaties. In de volgende visie-elementen en bij de implementatie worden hier concrete handvatten voor gegeven.

Visie-element II De rol van de GHOR

De GHOR is het loket waar care-organisaties met vragen over zorgcontinuïteit terecht kunnen, zowel in de voorbereiding als tijdens een incident.
De GHOR heeft een ondersteunende, adviserende en faciliterende rol.

Toelichting

Alle partijen benoemen de ondersteunende en adviserende rol van de GHOR bij zorgcontinuïteit, zowel in de voorbereiding als tijdens een incident. Belangrijkste argument hierbij is dat de expertise op het gebied van zorg bij de care-organisaties zit, en de expertise op het gebied van rampenbestrijding bij de GHOR.

Ook bij het creëren van een platform voor kennisbevordering en het evalueren van incidenten zien de RvB's een rol weggelegd voor de GHOR.

Vanuit de tijd dat de GHOR probleemeigenaar was van de geneeskundige deelprocessen, is de neiging ontstaan om te denken voor de klant. De valkuil daarbij is dat er wordt gedacht: 'Wij weten wel wat goed is voor u'.

Bij zorgcontinuïteit gaat het om het continueren van de zorg, de expertise van de care-organisaties. De GHOR is vanuit haar eigen deskundigheid op het gebied van rampenbestrijding ondersteunend aan het proces van de care-organisatie. De vraag die hierbij past is: 'Op welke manier kan ik u helpen?'

Concretisering van het visie-element

- De adviserende rol van de GHOR krijgt vorm doordat de GHOR de awareness omtrent zorgcontinuïteit vergroot bij de care-organisaties en het openbaar bestuur.
In de voorbereidende fase doet de GHOR dit enerzijds door actief care-organisaties in haar regio te benaderen, en anderzijds door ervoor te zorgen dat zorgcontinuïteit op de agenda blijft van het veiligheidsbestuur.
Tijdens een incident heeft de GHOR een faciliterende rol en reageert zij op vragen van de care-instelling.
- Om de loketfunctie van de GHOR goed te kunnen vervullen, kennen de GHOR en de care-organisatie elkaar, en is bij beide een telefoonnummer van de ander bekend, dat onder crisisomstandigheden ook 24/7 bereikbaar is (zie ook visie-element III).

Visie-element III Inzicht in voorbereiding

Het bestuur van de veiligheidsregio wordt door de DPG geïnformeerd over de voorbereiding van de care-organisaties.

Toelichting

Zowel de burgemeesters, de DPG'en als de RvB's hebben redenen om bovenstaand visie-element te onderschrijven, zij het om verschillende redenen.

De burgemeesters achten zichzelf in de rampenbestrijding te allen tijde eindverantwoordelijk. Vanuit die rol houden zij toezicht op de care-organisaties, en grijpen zij in als zij dat nodig achten. Dit kan in de acute fase zijn, maar ook in de voorbereiding.

De DPG'en vinden hun functie dienend aan het openbaar bestuur. In het verlengde daarvan informeren zij de burgemeesters over de voorbereiding van de care-organisaties in hun gemeenten.

De RvB's hebben weer een hele andere invalshoek. Zij willen graag de expertise van de GHOR benutten om hun plannen op orde te maken. Want zeggen ze: 'Wij weten alles van zorg, maar de GHOR weet alles van rampen'.

Om het bestuur van de veiligheidsregio adequaat te informeren moet de DPG een overzicht hebben van het aantal care-organisaties in de regio. Dit overzicht omvat de NAW gegevens van de fysieke, intramurale locaties (dus geen hoofdkantoor waar geen zorg wordt verleend). De webapplicatie GHOR4all is het geëigende instrument om dit overzicht bij te houden. Dit vraagt echter wel input van de care-organisaties.

Het praktische probleem hierbij is dat alleen al in de gehandicaptenzorg het aantal zorglocaties wordt geschat tussen de 22.000 en 30.000. Het is voor alle partijen ondoenlijk om hiervan een actueel overzicht bij te houden.

Dit betekent dat in elke veiligheidsregio de GHOR en de care-organisaties in onderling overleg moeten bepalen welke locaties wel, en welke niet moeten worden opgenomen in het overzicht.

Alle partijen zijn het er over eens dat de GHOR bij het verkrijgen van inzicht in de mate van voorbereiding, géén toetsende¹² rol heeft. Die rol is toebedeeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De GHOR geeft ook geen keurmerk af over de zorgcontinuïteitplannen van de care-organisaties.

Concretisering van het visie-element

¹² De term "toetsing" heeft een wettelijke lading, waarbij formeel wordt gerapporteerd aan het Veiligheidsbestuur of de daadwerkelijke voorbereiding van de zorginstelling tekortschiet. Dit geldt wel voor de cure organisaties, maar niet voor de care organisaties. Het gaat in dit visie-element alleen over het verzamelen van informatie en het adviseren over de planvorming.

- Binnen elke GHOR regio maken de GHOR en de care-organisaties afspraken over de registratie van de fysieke locaties in een overzicht ten behoeve van zorgcontinuïteit. Criteria hiervoor kunnen grootte van de locatie, zorgzwaarte en zelfredzaamheid van de bewoners zijn.
Het initiatief hiertoe ligt bij de GHOR.
- De NAW-gegevens van de locaties worden opgenomen in GHOR4all.
- Daarnaast dient van de opgenomen locaties in GHOR4all bekend te zijn wie de contactpersoon (incl. telefoonnummer) van de care-organisatie is.
Vice versa dient bij de opgenomen care-organisatie de contactpersoon binnen de GHOR bekend te zijn.
- Voor care-organisaties met locaties verspreid over meerdere veiligheidsregio's geldt dat de afspraken worden gemaakt tussen het hoofdkantoor van de care-organisatie en het GHOR bureau van de veiligheidsregio waar het hoofdkantoor staat.
- De verdere uitwerking van de minimale basisset van gegevens (buiten de NAW gegevens en de contactinformatie) die de DPG nodig heeft om het bestuur van de veiligheidsregio adequaat te informeren, dient bepaald te worden door de stuurgroep GHOR4all.
- De DPG informeert periodiek het bestuur van de veiligheidsregio over de mate van voorbereiding van de care-organisaties.
- De visie op GHOR4all dient aangepast te worden, waarbij de visie op zorgcontinuïteit als uitgangspunt dient.

Visie-element IV Verantwoordelijkheidsverdeling

De GHOR, de burgemeester en de RvB van een care-organisatie hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid (zie onderstaande schema).
De burgemeester wordt geïnformeerd over de gang van zaken en kan naar eigen bevinden ingrijpen.
De GHOR heeft een taak in de voorbereiding en fungeert als laatste vangnet voor de care-organisaties.

Toelichting

De GHOR is vanuit haar adviserende, ondersteunende en faciliterende taken verantwoordelijk voor het vergroten van de awareness omtrent zorgcontinuïteit bij de care-organisaties.

Vanuit hun eindverantwoordelijkheid voor de rampenbestrijding in zijn algemeenheid en de bevolkingszorg in het bijzonder, vinden de meeste burgemeesters dat zij verantwoordelijk zijn voor de opvang van bewoners van de care-organisaties. Immers, is

de redentatie, ook de bewoners van care-organisaties zijn burgers en inwoners van de gemeente.

De RvB's van de intramurale care-organisaties zijn een andere mening toegedaan. Aan de erkenning die zij vanuit de Wet Toelating Zorginstellingen hebben gekregen voor hun instelling, is niet alleen zorg maar ook 'wonen' gekoppeld. Dit betekent concreet dat als een bewoner, om wat voor reden dan ook, tijdelijk in een andere instelling verblijft, de bewoner onder het regime blijft vallen van de instelling die de erkenning heeft. Ook al duurt het tijdelijke verblijf enkele maanden, bijvoorbeeld bij brand waarna nieuwbouw nodig is.

De care-organisaties acteren in het dagelijkse leven in een dicht netwerk van collega-instellingen. Bij problemen en vragen zullen zij dan ook in eerste instantie aankloppen bij hun collega's. Mochten zij daar onvoldoende antwoord krijgen, dan kijken zij vervolgens zelf welke partij zij nodig hebben om hun probleem op te lossen. Dit kan de GHOR zijn, maar het kan ook een andere partij zijn.

De gemeente en GHOR zien zij als laatste vangnet. Als zij er zelf niet meer uitkomen, willen zij graag aan kunnen kloppen bij het openbaar bestuur, waarbij sommigen onderscheid maken tussen de GHOR en de gemeente, en anderen de GHOR en de gemeente in één adem noemen.

De RvB's van de intramurale care-organisaties hebben bij dit element te kennen gegeven dat in hun ogen de GHOR géén rol heeft bij het zoeken naar een vervangende (opvang)locatie. Hier liggen twee redenen aan ten grondslag.

De eerste is dat in de praktijk blijkt dat door de social media collega-instellingen zeer snel op de hoogte zijn van het incident, en de getroffen instelling bellen om ruimte aan te bieden. Er zijn altijd wel instellingen die 'toevallig' een paar kamers of een hele een vleugel leeg hebben staan. Dit toeval blijkt in de praktijk structureel van aard, en rechtvaardigt de gedachte dat de tijdsinvestering die gevraagd wordt bij het vooraf organiseren en actueel houden van een overzicht van vervangende locaties, niet opweegt tegen de kans, dat het gebruikt gaat worden.

De tweede reden is dat er in de zorgsector al zo ontzettend veel geëxtramuraliseerd is, dat alleen de 'zware' cliëntencategorieën nog intramuraal verblijven. Aan de woonomgeving van deze intramurale cliënten worden vaak hele specifieke eisen gesteld. De ervaring leert dat het bij een calamiteit simpelweg te veel tijd vraagt om de GHOR bij te praten over die specifieke eisen. Het is veel eenvoudiger en sneller om met collega-instellingen te overleggen over mogelijke opvang.

Concretisering van het visie-element

- Op basis van bovenstaande argumentatie is de volgende verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt.

	<i>Intramurale instelling voor zorg en wonen en thuiszorgcliënten met specialistische thuiszorg</i>	<i>Individuele huishoudens met zorg en ondersteuning aan huis (= 'gewone' thuiszorg)</i>
<i>Awareness m.b.t. zorgcontinuïteit vergroten</i>	GHOR	Gemeente
<i>Afspraken maken over registratie en een nader te bepalen minimale gegevensset</i>	GHOR	n.v.t.
<i>Voorbereiding op continueren van zorg bij incidenten</i>	Care-organisatie	Care-organisatie
<i>Ondersteuning bij de voorbereiding</i>	GHOR	n.v.t.
<i>Medische- en verpleegkundige zorg</i>	Care-organisatie	Care-organisatie
<i>Welzijn (huishoudelijke zorg)</i>	Care-organisatie	Cliënt en mantelzorgers
<i>Opvanglocatie</i>	Care-organisatie	Gemeente
<i>Vervoer naar opvanglocatie</i>	Care-organisatie	Gemeente
<i>Wonen</i>	Care-organisatie	Gemeente
<i>Inlichten verwanten</i>	Care-organisatie	Gemeente / politie
<i>Crisiscommunicatie ¹³</i>	Care-organisatie én Gemeente	Gemeente
<i>Herstelzorg</i>	Care-organisatie	Gemeente

¹³ De verantwoordelijkheidsverdeling bij crisiscommunicatie is afhankelijk van de aard van het incident (instelling-overstijgend of niet) en het onderwerp van de communicatie. In ieder geval dient de communicatie altijd in gezamenlijk overleg tussen de care-organisatie en de gemeente plaats te vinden.

<i>Laatste vangnet bij problemen¹⁴</i>	GHOR en gemeente	Gemeente
<i>Loketfunctie bij crisisonstandigheden</i>	GHOR	Gemeente

Tabel 1: Verantwoordelijkheidsverdeling bij zorgcontinuïteit

Visie-element V Kennen en gekend worden

Rampenbestrijding en zorgcontinuïteit, en de voorbereiding daarop, wordt sterk positief beïnvloed wanneer je elkaar kent.

Toelichting

Een zeer belangrijk element dat in alle gesprekken naar voren kwam, is dat het essentieel is om elkaar te kennen. Lijntjes die gelegd worden, zijn meestal afhankelijk van het niveau van de functie; de RvB kent de DPG, de crisismanager van de care organisatie kent de ACGZ (Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg), en de facilitair manager van de care organisatie kent het hoofd Actiecentrum GHOR. Weten wie je counterpart is bij de andere organisatie, maakt het – vooral tijdens een crisis – vele malen makkelijker om zaken te regelen.

Concretisering van het visie-element

- De care-organisaties worden actief door de GHOR benaderd, wanneer zij de GHOR nog niet kennen.
- De care-organisaties worden geïnformeerd over crisismanagement en de werkwijze van de hulpdiensten.
- De GHOR initieert en faciliteert een platform voor care-organisaties waar kennis en ervaringen omtrent zorgcontinuïteit met elkaar gedeeld kan worden.

Visie-element VI Plannen op maat

De care-organisatie maakt een zorgcontinuïteitsplan-op-maat voor haar eigen instelling. De GHOR stelt hiervoor het model met de 7 disbalansen beschikbaar.

Toelichting

¹⁴ De vangnetfunctie is zeer beperkt: wanneer door de schaal van het incident de mogelijkheden van de care organisaties overstegen worden.

Een ander belangrijk element dat in bijna alle gesprekken naar voren kwam, is dat er een sterke behoefte bestaat aan 'zorgcontinuïteitplannen op maat'. De voorbeelden die werden gegeven van het strikt volgen van een bestaand draaiboek in een crisissituatie die afweek van de crisis waarop het draaiboek was gebaseerd, zijn schrijnend. Wel onderschreven alle partijen de behoefte aan een landelijke visie, waarbij de focus ligt op WAT er geregeld dient te worden, en niet HOE dit geregeld dient te worden.

De Leidraad COBRA (of een regionale afgeleide daarvan) werd regelmatig genoemd als een document dat zeer bruikbaar is om voor de eigen care-organisatie een plan op maat te maken.

Concretisering van het visie-element

- Bij de ondersteuning van de care-instellingen bij het ontwikkelen van zorgcontinuïteitsplannen op maat, stelt de GHOR het model met de 7 disbalansen in de zorg¹⁵ beschikbaar.

¹⁵ De 7 disbalansen staan beschreven in de Leidraad COBRA, ontwikkeld door GHOR Groningen in 2007, herzien in 2012. Het betreft de volgende elementen, die in de Leidraad worden uitgewerkt:

1. Sluiting van (delen van) de locatie;
2. Groot aanbod van cliënten;
3. Verplaatsen van cliënten;
4. Tekort aan personeel;
5. Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT middelen;
6. Logistieke stagnatie;
7. Uitbraak infectieziekte.

Sommige regio's hebben een eigen variant gemaakt op deze leidraad.

5 Implementatie

Voor het implementeren van de visie op zorgcontinuïteit worden de volgende acties voorgesteld.

- ❖ Visie op zorgcontinuïteit kenbaar maken bij koepelorganisaties Actiz, VGN en GGZ NL. Zij zorgen voor verdere bekendmaking binnen hun eigen branche.
 - *GHOR NL / Eclecta*
 - *Tijd: eerste kwartaal 2014*

- ❖ Landelijke bijeenkomst voor het netwerk zorgcontinuïteit, hoofden GHOR bureau, portefeuillehouders GHOR4all met als doel de structuur van het informele netwerk te formaliseren en te optimaliseren en GHOR4all aan te passen aan de nieuwste inzichten
 - *Actie: deelnemers van het informele netwerk zorgcontinuïteit*
 - *Tijd: eerste kwartaal 2014*

- ❖ In elke regio op gemeentelijk niveau overleg organiseren met de burgemeester en RvB's van (grote) care-organisaties om de verantwoordelijkheidsverdeling tussen bevolkingszorg en zorgcontinuïteit te bespreken, en de awareness rondom de thuiszorgproblematiek te vergroten (NB. De grote care-organisaties zijn meestal ook de thuiszorgaanbieders)
 - *Actie: DPG*
 - *Tijd: gedurende 2014*

- ❖ Visie op zorgcontinuïteit opnemen in landelijke opleiding(en) van sleutelfunctionarissen.
 - *Actie: GHOR NL*
 - *Tijd: 1^e halfjaar 2014*

- ❖ Visie op zorgcontinuïteit bespreken met de multidisciplinaire ketenpartners
 - *Actie: deelnemers informele netwerk zorgcontinuïteit*
 - *Tijd: 1^e halfjaar 2014*

6 Tot slot

De herijking van de visie op zorgcontinuïteit voorziet in een al langer bestaande behoefte bij de GHOR bureaus en de care-organisaties.

Dat deze behoefte reëel is blijkt uit de forse kwaliteitsverbetering die GHOR bureaus ervaren bij care organisaties die aan de slag gaan met zorgcontinuïteit.

Het verkrijgen van helderheid over de interpretatie van artikel 33 van de WVr zou de GHOR bureaus helpen bij de legitimatie om dit onderwerp structureel op te nemen in hun takenpakket. Dit zal ten goede komen aan de kwaliteit van zorg van de care-organisaties en ook aan een duidelijkere taakafbakening tussen bevolkingszorg en geneeskundige zorg.

Geadviseerd wordt daarom om de verduidelijking van art. 33 op te nemen in het Besluit WVr. Hiertoe zou artikel 5.1 van het Besluit WVr gesplitst kunnen worden in 2 sub artikelen; een sub artikel voor instellingen die een rol hebben in de acute zorg, en een sub artikel voor instellingen die een rol hebben bij een grootschalige maatschappelijke ontwrichting.

Het traject hiertoe kan via het Veiligheidsberaad lopen.