



*Terugkijken: Wouter Bos over de evacuatie van 339 patiënten van het VUmc <http://pauw.vara.nl/media/345490>*

Pauw @pauwnl

# 10 Wateroverlast bij het VUmc

*Menno van Duin, Jos Ketelaars*

## 10.1 Inleiding

Op 8 september 2015 sprong er in Amsterdam een drinkwaterleiding. De breuk deed zich voor aan de Van der Boechorststraat, waaraan het VU Medisch Centrum (VUmc) gelegen is. Nu is een breuk van een drinkwaterleiding niet iets heel bijzonders. Er zijn geen exacte cijfers bekend over het aantal breuken per jaar, maar een zoektocht op een aantal regionale en landelijke nieuwssites leert dat het om vele tientallen breuken per jaar gaat. In verreweg de meeste gevallen levert dit overlast op, in de zin van enkele ondergelopen straten, ondergelopen huizen en bedrijfspanden en enkele sinkholes. In deze casus echter zorgde de breuk voor meer complicaties, omdat het water de kelder van het VUmc instroomde, wat er uiteindelijk toe leidde dat het gehele ziekenhuis moest worden geëvacueerd.

In dit hoofdstuk staan wij stil bij de evacuatie van de meer dan 300 patiënten van het VUmc naar omliggende, en wat verder gelegen ziekenhuizen. Daarbij is de vraag hoe nu de primaire verantwoordelijkheid van een ziekenhuis (i.c. het VUmc) zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van met name de GHOR, de organisatie die bij grootschalige calamiteiten een rol heeft in het waarborgen van de continuïteit van zorg. Ten behoeve van deze casus zijn gesprekken gevoerd met personen van publieke organisaties (GHOR, brandweer) en is een conceptversie van dit hoofdstuk voorgelegd aan betrokkenen van het VUmc. Verder hebben wij dankbaar gebruikgemaakt van commentaar van voormalig hoogleraar Rampengeneeskunde Joost Bierens.

## 10.2 Feitenrelaas

Op dinsdag 8 september 2015 ontvangt de meldkamer van waterbedrijf Waternet om 07.25 uur een bericht van de brandweer Amsterdam-Amstelland dat de brandweer op weg is naar een lekkende drinkwaterleiding aan de Boelelaan in Amsterdam. Een paar minuten later blijkt uit de bedrijfssystemen van Waternet dat de druk in het waterleidingnet van Amsterdam daalt. Vanuit de nabijgelegen watertoren aan de Amstelveenseweg wordt veel meer water verpompt dan normaal. Dat duidt op een groot drinkwaterlek in Amsterdam-Zuid.

De crisisorganisatie van Waternet schaaft op naar fase 1. Er wordt uitgezocht om welke drinkwaterleiding in het fijnmazige leidingnet het precies gaat. Als blijkt dat het gaat om een transportleiding die drinkwater in de richting van Amstelveen en Schiphol transporteert, wordt er een plan gemaakt om ervoor te zorgen dat de beschadigde leiding – met een doorsnede van 600 mm (hetgeen fors is!) – kan worden afgesloten. Ook zal ervoor moet worden gezorgd dat de betreffende gebieden via andere leidingen toch van drinkwater kunnen worden blijven voorzien.

Om 07.50 uur gaan monteurs van de Storingsdienst en de Officier van Dienst Water (OvD-W) van Waternet ter plaatse om de leiding af te sluiten. Het water kolkt op dat moment over de weg. Er ontstaan verkeersproblemen doordat de ochtendspits nog in volle gang is en de breuk van de waterleiding zich vlakbij de ringweg A10 bevindt. In het gat dat in de weg is geslagen draait een auto rond. Het water loopt de kelder van het VUmc in.

Korte tijd later (om 07.54 uur) schaaft de politie op naar GRIP-1. Naast de vaste bezetting van het CoPI sluiten ook de OvD-W van Waternet, een liaison van Rijkswaterstaat en een liaison van Defensie bij het CoPI-overleg aan.

### *Afsluiten van de drinkwaterleiding*

De eerste zorg van het CoPI is het stoppen van de watertoevoer door de gesprongen leiding. Dat kan niet zo maar van het ene op het andere moment. Het water in het leidingnet staat onder hoge druk. Als de leiding te snel afgesloten wordt, bestaat het risico op waterslag in het stelsel, waardoor ook op andere plaatsen schade aan het leidingnet optreedt. Om een drinkwaterleiding te sluiten moeten meerdere

afsluiters worden dichtgedraaid. Normaal gesproken duurt dat gehele proces ongeveer anderhalf uur. In dit geval gaat het sneller. Om 08.20 uur is de drinkwaterleiding afgesloten, zodat de toevoer van water gestopt is. De druk in het leidingnet herstelt zich.

#### *Gevolgen voor VUmc*

Hoewel er geen klanten zonder drinkwater hebben gezeten (ook het VUmc niet), omdat de lekkage zich in een transportleiding en niet in een distributieleiding voordeed, zijn de gevolgen van de leidingbreuk voor het VUmc toch groot. In de kelder van het VUmc staan veel installaties die nodig zijn voor de waterhuishouding van het ziekenhuis. Door het onderlopen van de kelder valt die apparatuur uit. Vanwege de kans op kortsluiting besluit het crisisteam van het VUmc om in een groot deel van het ziekenhuis de stoomvoorziening preventief uit te schakelen. Daarnaast bestaat door het onderlopen van de kelderverdieping het risico op vervuiling met gevaarlijke stoffen die in de kelder zijn opgeslagen.

Door het uitvallen van enkele vitale technische installaties kan de continuïteit van de zorg aan patiënten in het VUmc niet worden gegarandeerd. Daarom wordt in eerste instantie een evacuatie van de patiënten op de intensive care en neonatologie voorbereid. Om 08.45 uur staan er 22 ambulances ter plaatse om patiënten van de intensive care en hartbewaking naar andere ziekenhuizen te vervoeren. Omdat de liften zijn uitgevallen moeten deze patiënten één voor één naar de uitgang worden gebracht. Rond 09.00 uur wordt stroom uit een andere vleugel (toren D) aangesloten voor de beademings- en bewakingsapparatuur van de IC-patiënten. De patiëntenzorg is daarvoor geborgd.

#### *Verdere verloop*

Nadat eerst was opgeschaald naar GRIP-1, wordt om 08.23 uur besloten tot opschaling naar GRIP-2 en een ROT geformeerd. Om 09.00 uur start de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) het ambulancebijstandsplan op. Tien minuten later start het Actiecentrum van de GHOR met het informeren van de ziekenhuizen in de eigen regio.

Om 11.00 uur besluit het VUmc dat het gehele ziekenhuis geëvacueerd moet worden. Rond het middaguur brengt Wouter Bos, voorzitter van de raad van bestuur van het VUmc, dit nieuws in een

persconferentie naar buiten. Naar aanleiding van dit besluit neemt een medisch stafflid van het VUmc plaats in het CoPI. Ook Wouter Bos neemt enkele malen deel aan het CoPI-overleg.

De GHOR wil van het VUmc graag weten hoeveel patiënten er in totaal vervoerd moeten worden en op welke wijze (liggend of zittend), om zo inzicht te krijgen in de effecten op de zorgcontinuïteit en capaciteit in de regio. Het VUmc verwacht dat het plan voor de evacuatie van de naar schatting 300 patiënten om 13.00 uur gereed zal zijn. Omdat er geen sprake is van acute risico's voor de patiënten, betracht het crisisteam van het VUmc de grootst mogelijke zorgvuldigheid bij het opstellen van de evacuatielijst. Het is van cruciaal belang dat elke patiënt de juiste zorg krijgt en met inbegrip van alle relevante medische dossiers wordt overgeplaatst.

Het evacuatieplan dat rond 13.00 uur gepresenteerd wordt, voldoet niet aan de verwachtingen van de GHOR. Voor het VUmc zelf was het vooral een opzet hoe de evacuatie te gaan organiseren en zeker ook nog niet bedoeld als een uitgewerkt plan. Het bevat nog geen aantallen en geen indicatie van gewenst vervoer. Het Actiecentrum GHOR laat het crisisteam van het VUmc weten dat dit plan voor de MKA niet voldoende is om zicht te krijgen op de benodigde inzet van ambulances en de patiëntenspreiding en voor de GHOR niet voldoende inzicht biedt in de effecten op de regionale zorgcontinuïteit. De adjunct-directeur Publieke Gezondheid (adjunct-DPG) besluit (buiten de GRIP-structuur om) tot openstelling van het Calamiteitenhospitaal in Utrecht, om de continuïteit van de zorg in de regio te kunnen garanderen.

Tot 16.00 uur bestaat er bij de GHOR onduidelijkheid over de verdeling van patiënten over andere ziekenhuizen. Specialisten van het VUmc bellen goedbedoeld, maar in dit geval niet gewenst, andere ziekenhuizen in de regio met de vraag of hun patiënten daar terecht kunnen. Het Actiecentrum GHOR belt op verzoek van de MKA de ziekenhuizen om te vragen naar hun opvangcapaciteit. Politie en Rijkswaterstaat dringen aan op een tijdige start van de evacuatie, zodat die voor de avondspits zal zijn afgerond. Om 16.00 uur is er bij het CoPI echter nog geen duidelijk plan bekend. De evacuatie is weliswaar begonnen, maar verloopt door de beperkte liftcapaciteit erg traag. Er worden nieuwe afspraken gemaakt: Een eerste groep van 100 patiënten zal naar het Calamiteitenhospitaal in Utrecht worden overgebracht. Het VUmc zal voor de relatief kleine groep patiënten die zeer gespecialiseerde zorg

behoeft, bepalen waar zij heen gaan; de MKA regelt het vervoer. De overige patiënten worden verspreid op basis van een door de MKA op te stellen patiëntenspreidingsplan. Twee medewerkers van het VUmc zullen dit spreidingsplan met de MKA uitwerken. Zij melden zich bij de MKA om te adviseren bij de verplaatsing van patiënten naar omliggende ziekenhuizen.

Rond diezelfde tijd meldt de liaison van Defensie aan de adjunct-DPG te kunnen zorgen voor ambulances, busjes en de inzet van mariniers om de evacuatie te versnellen. De adjunct-DPG accepteert het aanbod van busjes en mariniers, maar wijst het aanbod van ambulances af, omdat die niet nodig zijn. Op aanwijzing van de adjunct-DPG draagt het Actiecentrum GHOR de OvD-G op dat de evacuatie, wil deze voor middernacht zijn afgerond, sneller moet. Vanaf circa 18.00 uur wordt gebruikgemaakt van het aanbod van Defensie en brengen mariniers patiënten per brancard via de trap naar buiten, waar ze met busjes naar elders worden overgebracht. Op die manier versnelt het tempo van de evacuatie, maar het zwaartepunt van de evacuatie ligt alsnog tijdens de avondspits.

Het ROT schaal om 20.30 uur af naar GRIP-1. De evacuatie is dan goed op gang en wordt rond 23.30 uur afgerond. Volgens het registratiesysteem zijn er dan nog 13 patiënten niet geëvacueerd, maar zij zijn niet meer fysiek in het ziekenhuis aanwezig. Het VUmc zal deze administratieve kwestie afhandelen. Het CoPI schaal om 23.35 uur af naar GRIP-0. Op dat moment heeft de laatste patiënt het VUmc verlaten.

In totaal zijn 95 patiënten naar het Calamiteitenhospitaal gebracht, 64 patiënten zijn versneld ontslagen en 150 patiënten zijn verdeeld over andere ziekenhuizen in de regio. Eén patiënt is naar een hospice gebracht. Er hebben zich tijdens de verplaatsing van patiënten geen verdere incidenten voorgedaan.

### 10.3 Wie is verantwoordelijk voor de evacuatie?

Achteraf is vastgesteld dat uiteindelijk alle patiënten zonder veel extra problemen het ziekenhuis hebben kunnen verlaten en dat de continuïteit van de zorg geen acuut probleem is geweest. Natuurlijk was de evacuatie als zodanig voor veel van de patiënten een bijzondere en soms

zeker ook vervelende gebeurtenis. Verhuizen is immers nooit prettig, maar eind goed al goed.

Het centrale thema dat in deze casus speelde, was de vraag wie nu bij de evacuatie van de patiënten wat moest doen en wie waarvoor primair verantwoordelijk was. Was het VUmc zelf verantwoordelijk of lag er ook een logische rol en verantwoordelijkheid bij de GHOR? Als bedacht wordt dat het VUmc die dag feitelijk verantwoordelijk was voor de patiëntenzorg, lijkt dit dilemma mogelijk wat 'spijkers op laag water zoeken'. Toch is dat niet het geval. Ten tijde van een ramp is immers de GHOR verantwoordelijk voor de evacuatie van – in dat geval – gewonden. Het thema van verantwoordelijkheid voor de evacuatie en de meest geschikte aanpak speelde bovendien niet alleen die dag in september, het was ook na afloop nog volop een thema van discussie en debat. Zo werden er verschillende evaluatieve sessies georganiseerd door de GHOR, waaronder een sessie met het VUmc en de MKA, en permitteerde Wouter Bos, als speciale gast tijdens het jaarlijks brandweercongres (met ruim 300 man in de zaal), zich een wat onvriendelijke uitspraak over de GHOR.

Om een indruk te krijgen van het verloop van het evacuatieproces wordt onderstaand een aantal belangrijke momenten rond de evacuatie chronologisch weergegeven.

Tijdstip	
08.16 uur	Stroom preventief uitgeschakeld/uitgevallen; kritische voorzieningen draaien door op UPC-back-upvoorzieningen. Ambulances nodig ten behoeve van evacuatie van IC-patiënten.
08.45 uur	22 ambulances paraat; mogelijk 22 patiënten van IC/CCU, hartbewaking en kinder-IC te vervoeren.
09.15 uur	36 ambulances ter plaatse; 1 patiënt vervoerd. Door verlengsnoeren toch stroom in toren D van VUmc.
11.00 uur	VUmc besluit hele ziekenhuis te evacueren, vooral in verband met uitvallen ketelhuis (gelegen in kelder). Hierdoor geen warm water, warmte- en stoomvoorzieningen meer in het ziekenhuis. OvD-G brieft ambulances ter plaatse.
12.00 uur	Wouter Bos, voorzitter van de raad van bestuur van het VUmc meldt in persbijeenkomst dat het hele ziekenhuis moet worden geëvacueerd. GHOR (i.c. adjunct-DPG) wil inzicht in evacuatieplan van het VUmc. VUmc geeft aan dit om 13.00 uur gereed te hebben. De meldkamer van het ambulancevervoer (MKA) krijgt de regie op gewondenspreiding (i.p.v. GHOR).

13.00 uur	Het Actiecentrum GHOR ontvangt van het VUmc een evacuatieplan. De OvD-G geeft aan dat het betreffende plan onvoldoende basis biedt voor de MKA om patiëntenspreiding te organiseren. Het crisisteam VUmc geeft aan dat alle informatie vanaf nu via de OvD-G en het CoPI zal geschieden (en dus geen rechtstreeks contact meer met Actiecentrum-GHOR).
13.45 uur	Het VUmc levert het CoPI een stick met patio steunlijst; niet bekend is daarbij wie liggend en wie zittend vervoerd kan worden. Het gaat in totaal om 340 personen. Onduidelijk is wie nu verantwoordelijk is voor de spreiding van patiënten: MKA of VUmc. Bij VUmc leggen de artsen zelf contact met collega's van andere ziekenhuizen ten behoeve van de overdracht. Patiënten kunnen maar in een enkele (handbediende) lift naar beneden; per uur kunnen daardoor relatief weinig (zo'n 20-40) patiënten per uur worden vervoerd. <sup>106</sup>
15.00 uur	Evacuatie verloopt traag. De GHOR wil dat de ambulances (die er al zo'n zes uur staan) patiënten gaan vervoeren. Twee vertegenwoordigers van het VUmc melden zich bij MKA, maar krijgen pas na zo'n één tot anderhalf uur echt toegang.
16.00 uur	Afspraak VUmc en MKA dat eerste groep patiënten naar calamiteitenhospitaal in Utrecht kan worden vervoerd. Patiënten met gespecialiseerde hulp worden door artsen VUmc geregeld; MKA regelt hiervoor wel vervoer (maar dus niet de bestemming).
16.45 uur	Op aangeven van de adjunct-DPG besluit OvD-G (buiten CoPI om) om Defensie in te schakelen om tempo evacuatie te versnellen. Vanaf 17.00 à 17.30 uur komt vervoer patiënten goed op gang. Een vertegenwoordiger van Defensie is overigens al de gehele dag in het CoPI.
18.30 uur	51 patiënten zijn vervoerd.
23.30 uur	Alle patiënten zijn vervoerd.

#### 10.4 Analyse

Uit bovenstaand overzicht komt naar voren dat gaandeweg het VUmc en de GHOR (zowel de adjunct DPG, het Actiecentrum GHOR als de OvD-G) de aansluiting bij elkaars processen verloren. Het VUmc begreep niet goed wat de GHOR nu wilde, terwijl de GHOR vond dat

<sup>106</sup> Het is niet helemaal duidelijk of er nu één of twee liften gebruikt konden worden voor patiëntenvervoer. Respondenten geven niet allemaal hetzelfde antwoord.



het allemaal te lang duurde. Hoe kwam dit verschil in perceptie tot stand? Wij komen op een aantal factoren.

*De ‘omgekeerde flitsramp’*

Een belangrijke factor is gelegen in de aard van de situatie. Dit was bij uitstek een casus die echt anders en afwijkend was. Normaliter moet een evacuatie op stel en sprong geregeld en uitgevoerd worden; in dit geval was er betrekkelijk veel tijd. In een evaluatie van deze casus die door de GHOR van veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland is opgesteld, is dit contrast in een schema fraai naast elkaar gezet. De GRIP-structuur en de opschaling van de GHOR gaan meestal samen met een ‘klassieke flitsramp’. De evacuatie van patiënten van het VUmc daarentegen was een ‘omgekeerde flitsramp’. Er was geen sprake van een verhoogd aanbod van patiënten, zoals bij een flitsramp, maar van een totale evacuatie van ziekenhuispatiënten.

‘Klassieke ramp’	Evacuatie VUmc
Acuut zorgproces staat centraal. GHOR is verantwoordelijk voor de regie en coördinatie.	Zorg continuïteit staat centraal – zorginstelling is zelf verantwoordelijk.
Rampterrein: buiten, onveilig. Chaos	Ziekenhuis en rondom: binnen, veilig. Redelijke orde/georganiseerde toestand.
OVD-G heeft de leiding op plaats incident.	VUmc heeft de leiding.
Slachtoffers	Patiënten met behandelaar
Haast – om mensen weg van de ramp te krijgen.	Tijd – voor zorgvuldigheid voor overdracht patiënten en registratie.
Redden (brandweer)	Redden niet nodig.
Triëren	Diagnoses, dossiers, behandelplannen
Gewondenspreidingsplan: op Meldkamer bestemming bepalen.	Zorgoverdracht naar andere instelling: zorg continuïteit. Bestemming door VUmc te bepalen. Gewondenspreidingsplan is hier niet van toepassing; Meldkamer heeft geen inzicht in gespecialiseerde bedden capaciteit.
Vervoeren (meest spoedrit: A1 of A2)	Vervoeren (‘besteld vervoer’)

Opname in ziekenhuis – dat evt. opschaalt, maar bij spreiding meestal niet nodig.	Opname in ziekenhuizen – dat evt. opschaalt.
Ziekenhuizen krijgen informatie van Meldkamer (per rit) en Actiecentrum GHOR (overall beeld).	Ziekenhuizen krijgen informatie van VUmc, Meldkamer en GHOR – onduidelijk wie waarover gaat.
Actiecentrum GHOR spil in informatiemanagement in de gezondheidsketen.	VUmc/Meldkamer spil in informatiemanagement; Actiecentrum GHOR op informatie-achterstand.
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 eerste ambulance.
Meldkamer geeft voorwaarschuwing aan ziekenhuizen.	Artsen VUmc informeren bij ziekenhuizen
Als Actiecentrum GHOR operationeel is, informeert het de ziekenhuizen over het incident en mogelijke knelpunten.	Actiecentrum GHOR informeert ziekenhuizen over het incident, Meldkamer en VUmc doen dat ook voor wat betreft de daadwerkelijke spreiding. Ziekenhuizen weten niet wat het 'centrale loket' is m.b.t. de informatie-uitwisseling over de capaciteit en de overdracht van patiënten: GHOR, Meldkamer of VUmc?

Als wij dit schema langslopen, ontstaat het beeld van een casus waarin de GHOR eigenlijk een ondersteunende en faciliterende rol had te spelen. Het VUmc had een probleem en loste dat ook zelf weer op. Tijdens de persconferentie van 12.00 uur had Wouter Bos ook aangegeven dat het VUmc verantwoordelijk was voor zijn patiënten. Cruciaal bij de evacuatie was feitelijk de goede overdracht van de patiënten (en hun dossiers). Interklinisch vervoer van patiënten is in feite aan de orde van de dag, omdat er dagelijks tussen vakspecialisten onderling afspraken worden gemaakt over waar een patiënt het beste behandeld kan worden. Het is dus dagelijks werk van artsen om met collega's van andere ziekenhuizen te overleggen over patiënten en, waar nodig, patiënten naar een ander ziekenhuis over te brengen.

Toch is hiermee niet het gehele verhaal verteld. Over de casus is meer te zeggen dan dat het 'een pakkie aan' was van alleen het VUmc. Er waren enkele andere factoren die eveneens een rol speelden.

*Niet één maar vier gebeurtenissen*

Terecht onderscheidt de GHOR in haar evaluatie een aantal stadia op die betreffende dag.<sup>107</sup> Het *eerste* stadium (07.30 uur tot 08.23 uur) had betrekking op de gesprongen waterleiding en de rol die met name de brandweer en de politie daarbij hadden (wegpompen van water, gevaar van kortsluiting e.d.; terrein vrij maken en gebied afzetten). In deze fase speelde de geneeskundige zorg een ondergeschikte rol.

Het *tweede* stadium (8.23 uur tot 11.00 uur) betrof de (aanvankelijk volledige) stroomuitval in het ziekenhuis en de afwezigheid van noodstroom (opgesteld in kelder; risico kortsluiting). Dat betekende dat vooral voor die patiënten voor wie netstroom onontbeerlijk was (IC/CCU-bedden), er met grote spoed maatregelen moesten worden genomen. Aanvankelijk liet het zich aanzien dat enkele tientallen IC-patiënten en neonaten snel vervoerd zouden moeten worden, maar uiteindelijk was een spoedige evacuatie niet nodig, omdat uit een andere vleugel van het ziekenhuis elektriciteit kon worden 'afgetapt'.

De verbreding van de problematiek (alle patiënten moeten het ziekenhuis uit) was mede aanleiding voor opschaling naar GRIP-2. De dienstdoende DPG had bestuurlijk overleg met onder andere de locoburgemeester. Kernthema betrof de zorgcontinuïteit van het VUmc, maar daarnaast moest ook gekeken worden naar de zorgcontinuïteit in de regio (zijnde een verantwoordelijkheid van de DPG). Omdat een fors aantal ambulances werd ingezet voor de evacuatie van patiënten van het VUmc, was de GHOR bezorgd dat de andere ziekenhuizen in de stad zouden worden 'dichtgetimmerd' door de toestroom van patiënten van het VUmc.

Het *derde* stadium (11.00 uur tot ongeveer 17.00 uur) startte met de beslissing van het VUmc om het gehele ziekenhuis te evacueren. Over dit proces en de onduidelijkheden die zich daarbij voordeden, is op 18 september (en nadien) alle discussie ontstaan; niet over de gebeurtenissen die zich in de andere stadia voordeden.

Ten slotte ging vanaf ongeveer 17.00 uur de evacuatie lopen (*vierde* stadium) en waren iets voor middernacht alle patiënten over.

<sup>107</sup> Tijden zijn ontleend aan presentatie GHOR-AA. In de evaluatie worden drie incidenten onderscheiden; hier noemen wij het vier stadia.

Bovenstaand onderscheid in stadia verheldert de analyse. Er waren feitelijk vier verschillende fasen die elk verschillende vragen opriepen, verschilden in mate van (gepercipieerde) tijdsdruk, verschillende sleutelactoren en daarmee ook eigensoortige problemen en probleem-eigenaren kenden. Van spanningen tussen het VUmc en de GHOR was feitelijk alleen sprake in het derde stadium toen zowel de beelden als de gewenste aanpak uiteen gingen lopen.

#### *Verschillen in beleefde urgentie*

Zoals gezegd kwam uiteindelijk alles goed en kan achteraf gesproken worden van een topprestatie. Ook de beeldvorming was goed. Voorzitter van de raad van bestuur Wouter Bos toonde aan dat hij het publiekelijk communiceren nog niet verleerd was. Zijn persmomenten en zijn doortastend crisismanagement werden alom geprezen. Iedereen begreep dat dit een lastige situatie was en dat maakte dat ook na afloop niemand vraagtekens zette bij bijvoorbeeld de snelheid van de evacuatie. Er was lof dat rond middernacht het hele ziekenhuis met een kleine 339 patiënten (dat aantal was door Bos tijdens een persbijeenkomst aangegeven), ondanks het uitvallen van bijna alle liften, geheel was geëvacueerd.

Partijen in het CoPI waren achteraf tevreden over het verloop van de gebeurtenissen en de zorgvuldigheid die richting de patiënten was betracht. Men was met name trots dat de veiligheid en zorg aan patiënten was geborgd en de patiënten niet buiten hoefden te wachten op ambulancevervoer. Bij het ROT bestond het beeld dat er te weinig gebeurde en raakte men wat ongerust en ongedurig omdat gaande de middag er zo weinig actie leek te worden ondernomen. Bijna alle patiënten waren nog in het ziekenhuis; straks zou de evacuatie pas op gang komen als de avondspits weer begon. De politie zou dan meer capaciteit nodig hebben om een en ander te kunnen regelen en de vlotte en veilige doorstroming van het verkeer op de A10 (belang RWS) kwam daarmee nog meer in gevaar dan tijdens een normale avondspits.

#### *Waarom ging het ogenschijnlijk zo langzaam?*

Er zijn uiteindelijk verschillende redenen waarom de evacuatie van de patiënten uit het ziekenhuis ogenschijnlijk zo lang duurde. Ten eerste was er natuurlijk de schaarse liftcapaciteit. Het vervoer met de nog (handmatig) werkende lift(en) duurde zo veel langer (tot vier keer

langer) dan normaal. Feitelijk konden per uur maar twintig tot veertig patiënten vervoerd worden. De veronderstelling dat er in de loop van de middag meer liften zouden gaan werken, bleek te optimistisch. Zonder twijfel vormt dit de belangrijkste reden dat de evacuatie uiteindelijk pas rond middernacht was voltooid.

Ten tweede was al in het begin afgesproken dat de patiënten in principe liggend vervoerd zouden worden. Toen later in de middag duidelijk werd dat er niet meer liften in gebruik konden worden genomen, is dat uitgangspunt verlaten en zijn vanaf een uur of zes ook mensen zittend (via de trappenhuizen) naar beneden gedragen.

Ten derde was er geen grote haast. Toen in de loop van de ochtend (rond 09.15 uur) de stroomvoorziening voldoende op orde was, was er geen extreme druk meer om iedereen zo snel mogelijk het ziekenhuis uit te krijgen. Vanwege deze relatief beperkte tijdsdruk werd zorgvuldigheid des te belangrijker. Dat betekende dat de artsen van het ziekenhuis zich verstonden met hun collega's in de omliggende ziekenhuizen om een passende plek te vinden voor hun patiënten. Dat nam uiteraard de nodige tijd in beslag en daarnaast moest het vervolgens ook nog zo georganiseerd worden dat het hele logistieke proces van het interne vervoer van de patiënt naar de begane grond en het vervoer van de patiënt naar het betreffende ziekenhuis (vergezeld van alle benodigde informatie!) zo vloeiend mogelijk zou geschieden. Terecht wilde men niet dat beneden grote groepen patiënten, in een niet daarvoor bedoelde ruimte, zouden moeten wachten alvorens te worden vervoerd.

Ten slotte speelden nog kleine, onvoorziene vertragingen een rol. Zo was er in de loop van de middag wat geharrewar over het vervoer in kleine busjes (wie regelt dat dan?) van patiënten naar het Calamiteitenhospitaal in Utrecht. Zij hoefden niet per se liggend vervoerd te worden omdat het merendeel al geopereerd was en nog slechts voor herstel en observatie in het VUmc verbleef. Ook het ontbreken van een benodigde accreditatie van twee artsen van het VUmc om tot de meldkamer te worden toegelaten (waar gezamenlijk de locatie van alle patiënten zou worden vastgelegd) vormde een vertragende factor. Het leidde ertoe dat deze personen ruim een uur moesten wachten voordat zij uiteindelijk aan het werk konden.

Toch viel het achteraf allemaal wel mee en konden dankzij met name de inzet van brandweer en militairen veel patiënten via het trappenhuis naar beneden worden gebracht.

Tegenover vertragende factoren waren er dus ook versnellende factoren zoals het gebruik van het Calamiteitenhospitaal en de inzet van militairen. Uiteindelijk woog de zorgvuldigheid en het feit dat alle patiënten in een goede en passende alternatieve omgeving werden ondergebracht, (terecht!) zwaarder dan de (beperkte) versnelling die mogelijk gerealiseerd had kunnen worden. Als het hele proces enkele uren eerder al volledig was gestart en ambulances al zo'n twee uur eerder patiënten hadden kunnen vervoeren (door een eerdere inzet van militairen en brandweer) dan hadden zich vrijwel zeker enkele, maar mogelijk zelfs meer fouten voorgedaan (waren patiënten op een verkeerde plaats terecht gekomen of hadden zij verkeerde of onvolledige dossiers bij zich gehad). Helaas betekende het wel dat die avond de files op de Amsterdamse wegen nog wat langer waren dan normaal, omdat nu juist rond de avondspits het patiëntenvervoer startte. Maar uit reacties, ook in de sociale media, kwam naar voren dat veel mensen daar wel begrip voor hadden.

#### *Overleggremlia*

Achteraf kan de vraag worden gesteld of de aanwezigheid van de voorzitter van de raad van bestuur (Wouter Bos) en van een chirurg van het VUmc bij enkele CoPI-overleggen nu echt verstandig was en of het niet beter was geweest als het zwaartepunt van de besluitvorming minder bij het CoPI had gelegen. Op het Brandweercongres waar Wouter Bos een betoog hield, vertelde hij dat Harm Balk (leider CoPI) hem enkele dagen na de evacuatie had toegefluisterd dat 'op het moment waarop hij (Harm Balk) die dag een bekende Nederlander en een chirurg zag binnenkomen [in de CoPI-bak, auteurs] hij heel erg pessimistisch werd of het wel goed zou komen met het managen van de crisis'. Achteraf was zowel Bos als Balk tevreden over het CoPI en de directe verbinding tussen het CoPI en het VUmc. Wel heeft de situatie ertoe geleid dat het zwaartepunt van de operatie bij het CoPI kwam te liggen. De leider CoPI was (achteraf) juist zo tevreden omdat door aanwezigheid van Bos in het CoPI er nu eens niet een liaison van een functionele keten aanwezig was zonder enig mandaat, maar alles wat van het VUmc gewenst werd, ook gewoon snel gerealiseerd kon worden.

Wij denken dat de crisis grosso modo goed is gemanaged maar gezien de aard van de situatie was het goed geweest als in de loop van de

middag de verschillende beelden en verwachtingen tussen de meest betrokkenen meer en beter waren gedeeld. Nu liepen de beelden van het ROT en het CoPI, maar ook van de GHOR en het VUmc, te ver uiteen. Dat was de reden dat er bijvoorbeeld zonder veel overleg – maar inhoudelijk begrijpelijk – vanuit het ROT besloten werd een beroep te doen op de inzet van militairen. Het lijkt erop dat de afwijking van het protocol (een bestuursvoorzitter in het CoPI) de situatie zowel heeft vergemakkelijkt als gecompliceerd.

### 10.5 Afronding

Bij grote rampen is er vaak hulp uit omringende en andere landen. Over de hele wereld staan bijvoorbeeld SAR-teams klaar om na aardbevingen mensen onder het puin vandaan te komen halen. Toch is het niet altijd zo dat de hulp die wordt aangeboden ook wordt aanvaard. Er zijn internationaal hele procedures ontwikkeld voor wederzijdse bijstand. Italië baarde in 2009 enig opzien toen het expliciet te kennen gaf helemaal geen buitenlandse hulp nodig te hebben. Bij een aardbeving in L'Aquila en omgeving kwamen meer dan 150 personen om het leven, raakten er zo'n 1500 gewond en werden vele personen dakloos. Zowel afzonderlijke landen als de EU boden hulp aan, maar een regeringsfunctionaris gaf aan dat hulp niet direct nodig was. Misschien had het te maken met de omvang van de ramp maar mogelijk hadden de Italianen geen zin in allerlei buitenlandse ogen, extra coördinatielast e.d.

Het is in het kader van dit hoofdstuk de vraag of het VUmc niet gewoon Italië uit het bovenstaande voorbeeld is. Feitelijk had het VUmc weinig behoefte aan externe ondersteuning en was men in staat in ieder geval de opvang en mogelijke evacuatie van de patiënten zelf te regelen. Er was – toen er stroom van elders was georganiseerd – ook geen enorme spoed meer. Tot op zekere hoogte zal inmenging van buiten als een soort van last zijn ervaren. Als het VUmc zelf om hulp had moeten vragen, zou men dat – met uitzondering van ambulances voor het vervoer – zeer waarschijnlijk ook niet gedaan hebben.

Een voor de hand liggende les uit deze casus zou dan zijn dat ziekenhuizen zelf expliciet om hulp moeten vragen (net zoals landen dat moeten doen in het kader van internationale hulp). Niet vragen betekent dan ook dat het betreffende ziekenhuis het zelf afhandelt.

Redzaamheid geldt voor personen maar natuurlijk ook voor organisaties. Daar waar organisaties hun eigen problemen op kunnen lossen, moeten anderen (ook de hulpdiensten) op afstand blijven en zich er niet nodeloos mee bemoeien. Tegelijkertijd was er in deze casus ook een breder maatschappelijk belang dat anders niet per se aandacht zou hebben gekregen. De spreiding over de ziekenhuizen moest zo georganiseerd worden dat niet in één keer heel Amsterdam en ruime omgeving nauwelijks meer een patiënt zou hebben kunnen opnemen als zich onverwacht (nog) iets zou hebben voorgedaan. Daarnaast werd een groot beroep gedaan op (altijd) schaarse ambulancecapaciteit. Dat vergt ook per definitie afstemming.

De casus zal voor de betrokkenen zeker verschillende leerpunten hebben opgeleverd. Is een dergelijke liftcapaciteit bij stroomuitval acceptabel? Moeten patiënten wel als regel liggend vervoerd worden (als er enige druk op de ketel is)? Is het niet verstandig eerder te overwegen gebruik te maken van de opvangcapaciteit van het militaire noodhospitaal in Utrecht (waarmee de bestaande voorzieningen immers niet worden belast) dan nu gebeurde? Hoofdpunt blijft toch dat de evacuatie van patiënten uit een ziekenhuis een andere triage en logistieke regels kent dan de evacuatie van gewonden van een rampterrein.

Ten slotte kent een casus als deze een financiële nafase. Door de uitval van voorzieningen in het ziekenhuis was de continuïteit van de zorg aan de patiënten in gevaar en werd een evacuatie van alle patiënten noodzakelijk. Door de fysieke schade aan de apparatuur in het ketelhuis van het VUmc en het gedurende twee weken buiten gebruik stellen van het ziekenhuis, is een financiële schadepost ontstaan. Die schade loopt, volgens uitlatingen van het VUmc in de media, in de tientallen miljoenen euro's. De verzekeraars van Waternet en het VUmc doen onderzoek naar de oorzaak van de drinkwaterleiding en zijn in gesprek over de afwikkeling van de schade. Dat proces zal zeker voer zijn voor juristen en wordt mogelijk weer een casus op zich.