

Zorgrisicoprofiel Limburg

Mook en
Middelaar

Gennep

Bergen

Venray

Horst a/d Maas

Venlo

Peel en Maas

Nederweert

Weert

Leudal

Beesel

Roermond

Maasgouw

Roerdalen

Echt-Susteren

Sittard-
Geleen

Stein

Beekdaelen

Beek

Brunssum

Landgraaf

Heerlen

Kerkrade

Voerendaal

Valkenburg

Simpelveld

Maastricht

Eijsden-
Margraten

Gulpen-
Wittem

Vaals



Voorwoord

Met trots bieden wij u het zorgrisicoprofiel voor Limburg aan. We zijn er vooral trots op dat dit zorgrisicoprofiel is gemaakt in samenwerking met alle zorgpartners in de provincie Limburg en het Netwerk Acute Zorg Limburg. Bij de start van dit proces is er bewust voor gekozen om dit een traject van “samen bouwen” te laten zijn, zodat we het ook vanuit gezamenlijk eigenaarschap verder inhoud kunnen geven.

Het zorgrisicoprofiel sluit aan op het provinciaal risicoprofiel en heeft als focus de continuïteit van zorg te garanderen in tijden van een crisis. De basis hiervoor ligt in een gezamenlijk besef dat er risico's bestaan voor elke organisatie. Als de reguliere gang van zaken onder druk komt te staan door een onvoorziene interventie van buitenaf, staat de continuïteit direct onder hoogspanning.

In het proces van het maken van het zorgrisicoprofiel is veel aandacht geschonken aan de definitie van de crises die de continuïteit van de zorg kunnen raken en is er een doorkijk gemaakt naar welke actie en reactie dan noodzakelijk is.

De conclusie is duidelijk. Een goede voorbereiding op de uitgewerkte scenario's geeft elke organisatie rust en voedt het besef dat het belangrijk is snel te kunnen schakelen tussen de reguliere zorg en de opgeschaalde zorg in crisistijd. Het is mooi om te zien dat vaak ook sprake kan zijn van het oplossen van een continuïteitsvraagstuk door samenwerking met andere partners in het zorgveld.

In het rapport worden een aantal aanbevelingen gegeven. Deze bevelen we graag van harte aan bij iedere bestuurder. Het klaar zijn voor een crisis is de opgave van elke organisatie en dat vraagt goede planvorming en inrichting van de (crisis-) organisatie.

Het zorgrisicoprofiel is een dynamisch document omdat de samenleving in beweging is en blijft. Daarnaast ook omdat elke organisatie dagelijks weer afwegingen moet maken om de zorgcontinuïteit te blijven waarborgen.

Dank aan iedereen die een bijdrage heeft geleverd. We zijn ervan overtuigd dat we een mooie inspiratie toevoegen aan het zorglandschap in Limburg, om klaar te zijn voor de zorgverlening. Ook als er sprake is van een crisis.

Sandy Leurs
Veiligheidsregio
Limburg-Noord
Hoofd GHOR

Danny ten Berge
GGD Zuid-Limburg
Hoofd GHOR

Inhoud

Begrippenlijst en samenvatting	5
01. Zorgrisicoprofiel als waardevol instrument	10
1.1 De GHOR als (netwerk) organisatie	11
1.2 Aanleiding zorgrisicoprofiel	11
1.3 Het zorgrisicoprofiel als instrument	11
1.4 Samenwerking met het 'Netwerk Acute Zorg Limburg'	13
1.5 Betrokken zorgpartners bij het zorgrisicoprofiel	13
1.6 Borging van het zorgrisicoprofiel	13
02. Ligging en typering van Limburg	14
03. Trends en ontwikkelingen	18
3.1 Toegankelijkheid van zorg staat onder druk	19
3.2 Zorgprofessionals staan onder druk	21
3.3 Kwaliteit van zorg staat onder druk door onvoldoende regionale samenwerking	21
3.4 Opgave om de zorg te verduurzamen	21
3.5 Creeping crisis	21
04. Prioriteren van crisis- en incidenttypen	22
4.1 Prioriteren van crisis- en incidenttypen	23
4.2 Opstellen van de crisis- en incidentbeschrijvingen	25
4.3 Scoren van de impact op de primaire processen	25
4.4 Analyseren en duiden van de verzamelde data	27
05. Analyse en resultaten	28
5.1 Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen	28
5.2 Maatschappelijke onrust en buurtrellen	32
5.3 Overstroming door hoge rivierwaterstanden	34
5.4 Uitval van data- en spraakcommunicatie	36
5.5 Verstoring energievoorziening	38
5.6 Ziektegolf: besmettelijke ziekte	40
06. Conclusie en aanbevelingen	42
6.1 Algemene conclusies en aanbevelingen	43
6.2 Conclusies en aanbevelingen per primair proces	45
07. Literatuurlijst	55
08. Bijlagen	56
Bijlage A Projectorganisatie en zorgpartners	57
Bijlage B Crisis- en incidenttypen	59
Bijlage C Beschrijvingen van de crisis- en incidenttypen	63
Bijlage D Toelichting primaire processen	69
Bijlage E Toelichting afhankelijkheden	71





Begrippenlijst

Buffervermogen	het vermogen van een zorgpartner om gevolgen van een crisis of ramp op te vangen.
Continuïteit van zorg	de capaciteit van het systeem om te garanderen dat de zorg die een patiënt krijgt op een vlotte en gecoördineerde manier is georganiseerd en dat die het volledige ziekteverloop dekt.
Regionaal risicoprofiel	een profiel dat inzicht geeft in de risicovolle activiteiten en incidenten die kunnen leiden tot een ramp, crisis of grote brand.
Zorgcontinuïteit	het onder alle omstandigheden leveren van goede zorg.
Zorgpartner	een organisatie die zorg levert.
Zorgketen	geheel van zorgpartners in een regio.
Zorginstelling	een locatie van een organisatie die zorg levert.
Zorgsysteem	een systeem voor de regulering van zorgvoorziening.
Zorgvrager	een persoon die om zorg vraagt.

Samenvatting

Managementsamenvatting

Het Zorgrisicoprofiel Limburg biedt specifiek inzicht in zorggerelateerde risico's en knelpunten in de provincie Limburg. Deze zijn onder de regie van GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg en het Netwerk Acute Zorg (NAZL) samen met de zorgpartners in Limburg in kaart gebracht. Het is daarmee voor de zorgketen de equivalent van het provinciaal risicoprofiel, maar geeft daarnaast ook aanbevelingen voor het verkleinen van knelpunten en het stimuleren van structurele samenwerking tussen zorgpartners.

Doordat het zorgrisicoprofiel inzicht geeft in de belangrijkste risico's en knelpunten in de zorgketen, kan het als handvat dienen bij het opstellen van de interne continuïteitsplannen van de zorgpartners. Deze zijn een verplichting vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) en het 'Integraal Zorgakkoord' (IZA). Door het voorhanden hebben van een handvat kunnen zowel planvorming, als het opleiden, trainen en oefenen van medewerkers beter aansluiten bij de huidige aanwezige risico's. Dit draagt bij aan het waarborgen van zorgcontinuïteit van de zorgpartner en daarmee ook aan de continuïteit van zorg in de regio.

De borging van het zorgrisicoprofiel is cruciaal om als waardevol en dynamisch instrument te blijven fungeren. GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg en het NAZL hebben samen met

de zorgpartners de taak om de uitkomsten van zorgrisicoprofiel te vertalen naar gezamenlijke prioriteiten voor beleidsontwikkeling, het crisisplan en het opleiden, trainen en oefenen van medewerkers binnen hun eigen crisisorganisaties. Om deze prioriteiten actueel te kunnen houden, wordt het zorgrisicoprofiel in de basis elke vier jaar herzien. Deze herziening kan echter ook eerder plaatsvinden. De samenleving is en blijft in beweging. Door deze snel veranderde omgeving kunnen er nieuwe en andere risico's ontstaan. Een meer dynamisch zorgrisicoprofiel kan deze nieuwe risico's beter het hoofd bieden. Een eventuele meer dynamische herziening van het zorgrisicoprofiel sluit ook aan bij de ontwikkeling om het provinciaal risicoprofiel meer dynamisch te gaan herzien.

Methodiek

Bij het opstellen van het zorgrisicoprofiel is een landelijke vastgestelde methodiek gevolgd. Deze wordt uniform toegepast in alle GHOR-regio's in Nederland.

1. Prioriteren van crisis- en incidenttypen.
2. Opstellen van crisis- en incidentbeschrijvingen.
3. Scoren van de impact op de primaire processen.
4. Analyseren en duiden van de verzamelde data.

Prioriteren van crisis- en incidenttypen

Iedere veiligheidsregio maakt gebruik van een overzicht van crisis- en incidenttypen voor het scoren van risico's voor het regionaal risicoprofiel. Zorgpartners zijn uitgenodigd om hieruit een top vijf te selecteren. Op basis van de respons is een lijst met tien typen verder besproken en geprioriteerd, wat leidde tot een definitieve selectie van zes typen:

1. Ziektegolf: besmettelijke ziekte;
2. Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen;
3. Uitval van data- en spraakcommunicatie;
4. Verstoring energievoorziening;
5. Overstroming door hoge rivierwaterstanden;
6. Maatschappelijke onrust en buurtrellen.

Opstellen van crisis- en incidentbeschrijvingen

Voor elk van de zes geselecteerde typen is een gedetailleerde beschrijving opgesteld door groepen bestaande uit vertegenwoordigers van GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg, acute zorg en de zorgpartners. Tijdens een verdiepingssessie zijn deze beschrijvingen besproken

met alle zorgpartners om een uniform begrip te verzekeren.

In de zorgketen zijn een aantal primaire processen die uitsluitend van invloed zijn op de continuïteit van zorg bij rampenbestrijding en crisisbeheersing. Deze primaire processen zijn voor iedere zorgpartner gelijk. De zorgpartners hebben deze incidentbeschrijvingen gescoord op de impact van de incidenttypen op de primaire processen en afhankelijkheden binnen de eigen organisatie. Per primair proces werd met behulp van onderstaande impactschaal een score toegekend aan de variabelen: personeel, materiaal/materieel en vitale infrastructuur. Hierbij is het buffervermogen het vermogen om gevolgen van een crisis of ramp op te vangen.

De data verzameld via een online invultool vormden de basis voor gesprekken tijdens een dialoogsessie. Zorgpartners uit verschillende sectoren bespraken de resultaten, waarbij de nadruk lag op ketenperspectief en afhankelijkheden binnen de zorgketen.

Mate van impact	Score	Impactschaal
Geen	0	Geen impact
Beperkt	1	Wél impact, maar buffervermogen volstaat zeker
Aanzienlijk	2	Buffervermogen is zeker nodig, maar volstaat
Ernstig	3	Irreguliere aanpassingen zijn zeker nodig, en volstaan zeker
Zeer ernstig	4	Irreguliere aanpassingen zijn zeker nodig, maar volstaan mogelijk niet
Catastrofaal	5	Handelingsperspectief zeer beperkt en volstaat niet

Op basis van de bevindingen zijn er diverse conclusies en aanbevelingen geformuleerd die gelden voor alle crisis- en incidenttypen, evenals specifiek voor de primaire processen.

Algemene conclusies en aanbevelingen

1. **Communicatie:** het waarborgen van juiste en tijdige communicatie tijdens crises blijkt essentieel, maar niet altijd vanzelfsprekend voor zorginstellingen. Gebruik eenduidige communicatiemiddelen en heb aandacht voor de rol van communicatieadviseurs.
2. **Druk op Zorg en Personeel:** de krapte in personeelscapaciteit verhoogt de druk op zorginstellingen tijdens incidenten. Heb aandacht voor de bescherming en (duurzame) inzet van personeel en specifiek de crisisorganisatie.
3. **Samenwerking:** er is onduidelijkheid over de hulp van andere zorgpartners en leveranciers. Verbeter de samenwerking tussen zorgpartners door elkaars mogelijkheden en beperkingen inzichtelijk te maken en gezamenlijke afspraken te maken.
4. **Planvorming:** de planvorming voor incidenttypen is vaak onvoldoende of verouderd. Niet alle zorginstellingen hebben vastgelegd wanneer een crisisteam wordt ingezet. Zorg voor actuele planvorming en leg parameters vast voor de inzet van een crisisteam.

Conclusies en aanbevelingen per primair proces

1. **Alarmering:** het grootste risico is de uitval van de vitale infrastructuur, omdat bij alarmering veelal gebruik wordt gemaakt van digitale hulpmiddelen. Het is aan te bevelen dat elke zorgpartner een scenario 'zwart' doorleeft om te identificeren welke knelpunten optreden. Op basis van deze output kan het interne continuïteitsplan verder worden uitgewerkt.
2. **Leiding & Coördinatie:** leiding en coördinatie zijn cruciaal bij alle crises, vooral bij minder tastbare incidenten. Richt een 24/7 inzetbare crisisorganisatie in en doorleef minder tastbare crises om knelpunten in kaart te brengen.
3. **Triage:** kleine aanpassingen kunnen de impact van incidenten op triage minimaliseren. Het is van belang dat in planvorming wordt verwerkt door welke (kleine) aanpassingen de triage toch zijn doorgang kan vinden. Daarbij is het belangrijk om dit structureel te beoefenen.
4. **Diagnostiek:** incidenten kunnen de continuïteit van diagnostiek verstoren. Besteed aandacht aan extra capaciteitsvraag en zorg dat medewerkers ook zonder digitale hulpmiddelen kunnen werken.
5. **Behandeling en Verzorging:** incidenten hebben grote impact op behandeling en verzorging. Zorg voor back-up systemen en offline toegang tot patiëntgegevens.
6. **Informatiemanagement:** digitale afhankelijkheid vormt een risico bij incidenten. Stel procedures en handleidingen op voor situaties zonder digitale informatiekkanalen. Stel procedures en handleidingen op voor situaties zonder digitale informatiekkanalen.
7. **Resource management:** middelen kunnen schaars worden tijdens crises. Het is essentieel dat er inzicht komt in de voorbereidingen die de gehele zorgketen heeft getroffen voor situaties van schaarste aan middelen en voorzieningen. Zorgpartners moeten vooraf (contractuele) afspraken maken om de continuïteit van zorg te waarborgen en voorkomen dat dezelfde leverancier bij een regionale crisis wordt overbelast.
8. **Communicatie:** essentiële communicatie kan verstoord raken bij uitval van infrastructuur. Implementeer een centraal communicatiesysteem en zorg voor alternatieve communicatiemiddelen bij uitval van systemen.
9. **Transport:** evacuatie tijdens incidenten vereist goede planvorming. Ontwikkel en beoefen planvorming voor grootschalige verplaatsingen en houd rekening met de risico's van de energietransitie op transport.

01

De samen-
leving is

en blijft in
beweging.

Een dynamisch
zorgrisico-
profiel kan
nieuwe risico's
beter het
hoofd bieden



Zorgrisicoprofiel als waardevol instrument

1.1 De GHOR als (netwerk) organisatie

De 'Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio' is een organisatie die belast is met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing. De GHOR in Noord- en Midden-Limburg is onderdeel van de Veiligheidsregio Limburg-Noord, en de GHOR in Zuid-Limburg is onderdeel van de GGD Zuid-Limburg. Het doel is om onder deze aansturing te zorgen dat betrokken (zorg)partners gereed zijn om naadloos op te schalen van de dagelijkse naar de grootschalige hulpverlening. Daarmee vormen de zorgpartners regionaal één samenhangende zorgketen om de gezondheidsschade voor burgers bij een ramp of crisis zoveel mogelijk te voorkomen en te beperken.

1.2 Aanleiding zorgrisicoprofiel

Als recente crises ons iets hebben geleerd, dan is het wel dat het belangrijk is dat zowel de acute als de langdurige zorgpartners als samenhangende zorgketen voorbereid zijn om bij rampen en crises de noodzakelijke geneeskundige hulp te kunnen verlenen en de zorgcontinuïteit in de regio te kunnen waarborgen. Het zorgrisicoprofiel kan deze voorbereiding versterken door het inzichtelijk maken van de relevante (boven)regionale risico's in de geneeskundige keten. Het begint namelijk bij het onderkennen van deze risico's. Het zorgrisicoprofiel is daarmee een opdracht aan de GHOR. Tevens zien de 'Contourennota Versterking Crisisbeheersing en Brandweezorg' en de 'Landelijk Beleidskader 3.0 Risicomanagement &

Crisisbeheersing & OTO voor de zorg' het zorgrisicoprofiel als instrument dat houvast moet bieden voor de zorgpartners voor hun voorbereiding op rampen en crises.

1.3 Het zorgrisicoprofiel als instrument

Het zorgrisicoprofiel kent een verbinding met het regionaal risicoprofiel. Iedere veiligheidsregio moet een regionaal risicoprofiel opstellen. De veiligheidsregio's Limburg-Noord en Zuid-Limburg hebben een gezamenlijk risicoprofiel; het provinciaal risicoprofiel. Dit risicoprofiel geeft inzicht in de (veiligheids)risico's in de provincie Limburg. Het biedt alleen geen specifiek inzicht in de risico's in de zorgketen. De GHOR heeft als opgave ervoor te zorgen dat de zorgcontinuïteit in de regio niet in het geding komt, zodat de geneeskundige hulpverlening aan personen gewaarborgd is. Hiervoor is inzicht in de risico's en knelpunten die de zorgcontinuïteit bedreigen en de afhankelijkheden binnen de zorgketen noodzakelijk. Het zorgrisicoprofiel brengt deze in kaart. Het helpt daarmee zorgpartners over hun eigen grenzen heen te kijken. Het zorgrisicoprofiel is dus een risicoprofiel voor de acute en langdurige zorgpartners. In lijn met het provinciaal risicoprofiel, is ook dit zorgrisicoprofiel provinciaal. Het zorgrisicoprofiel gaat daarnaast verder dan het provinciaal risicoprofiel; het geeft namelijk ook aanbevelingen om de (mogelijke) knelpunten te verkleinen en biedt gezamenlijke prioriteiten om te dienen als basis voor een structurele samenwerking tussen zorgpartners onderling.

Het zorgrisicoprofiel is een gezamenlijk instrument van de GHOR LN, GHOR ZL, NAZL en de zorgpartners in de regio

Het zorgrisicoprofiel kan daarnaast als basis dienen voor de interne continuïteitsplannen van de zorgpartners. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (artikel 3, Wkkgz) zijn de zorgpartners verplicht om de continuïteit van zorg, ook tijdens incidenten, crises en rampen te waarborgen. Met het inzichtelijk hebben van de risico's, knelpunten en afhankelijkheden in de zorgketen, kunnen de zorginstellingen zich beter voorbereiden op crises en rampen. Niet alleen in planvorming, maar ook in het opleiden, trainen en oefenen van medewerkers. Daarmee kan de zorgcontinuïteit beter worden gewaarborgd en kan het zorgrisicoprofiel als handvat voor elke zorgpartner dienen. Hierdoor richt het zorgrisicoprofiel zich op het functioneren van de gehele zorgketen binnen het systeem van crisisbeheersing en rampenbestrijding.

Daarnaast heeft het zorgrisicoprofiel verbinding met het 'Integraal Zorgakkoord' (IZA). Hierin staat de opdracht om te komen tot regiobeelden- en plannen ter bevordering van de regionale samenwerking. Deze beelden zijn in opdracht van het Netwerk Acute Zorg Limburg gemaakt. Daarbij verstrekt de opdracht de noodzaak van het op orde hebben van de interne continuïteitsplannen van de individuele zorginstellingen. Eventuele knelpunten, risico's en afhankelijkheden in de reguliere processen kunnen namelijk direct van invloed zijn wanneer er sprake is van zorg tijdens een crisis of ramp.

1.4 Samenwerking met het 'Netwerk Acute Zorg Limburg'

Het Netwerk Acute Zorg Limburg (NAZL) is er in de basis voor om de zorgpartners in de acute zorg te ondersteunen, stimuleren en faciliteren om ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk en op de juiste locatie de best mogelijke zorg kan worden geboden. Dit doen zij door goede afstemming en samenwerking met zowel de acute als de langdurige zorgpartners in Limburg. Een onderdeel hiervan is de ondersteuning bij de voorbereiding (onder andere middels interne continuïteitsplannen van zorgpartners), opleiding, training en oefening van zorgpartners. Deze ondersteuning kan alleen optimaal zijn als binnen de zorgketen inzichtelijk is welke risico's, knelpunten en afhankelijkheden er zijn; het doel van het zorgrisicoprofiel. Bij de totstandkoming van het zorgrisicoprofiel is intensief samengewerkt met het NAZL.

1.5 Betrokken zorgpartners bij het zorgrisicoprofiel

Daarnaast zijn er bij de totstandkoming van het zorgrisicoprofiel een groot aantal acute en langdurige zorgpartners betrokken. Deze zorgpartners maken deel uit van het netwerk van de GHOR-bureaus in Limburg en van het NAZL (zie **bijlage A** voor een overzicht). Het uitgangspunt is dat het zorgrisicoprofiel alleen tot stand kan komen met de actieve betrokkenheid van zorgpartners. Het zorgrisicoprofiel en de totstandkoming ervan kan worden beschouwd als een gezamenlijk bezit van de zorgpartners, GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg en het NAZL.

1.6 Borging van het zorgrisicoprofiel

De borging van het zorgrisicoprofiel is belangrijk om als waardevol en dynamisch instrument te kunnen blijven fungeren. GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg en het NAZL hebben samen met de zorgpartners de taak om de uitkomsten van het zorgrisicoprofiel te vertalen naar gezamenlijke prioriteiten voor het ontwikkelen van beleidsplannen, het bijwerken van crisisplannen en het opleiden, trainen en oefenen van crisisfunctionarissen.

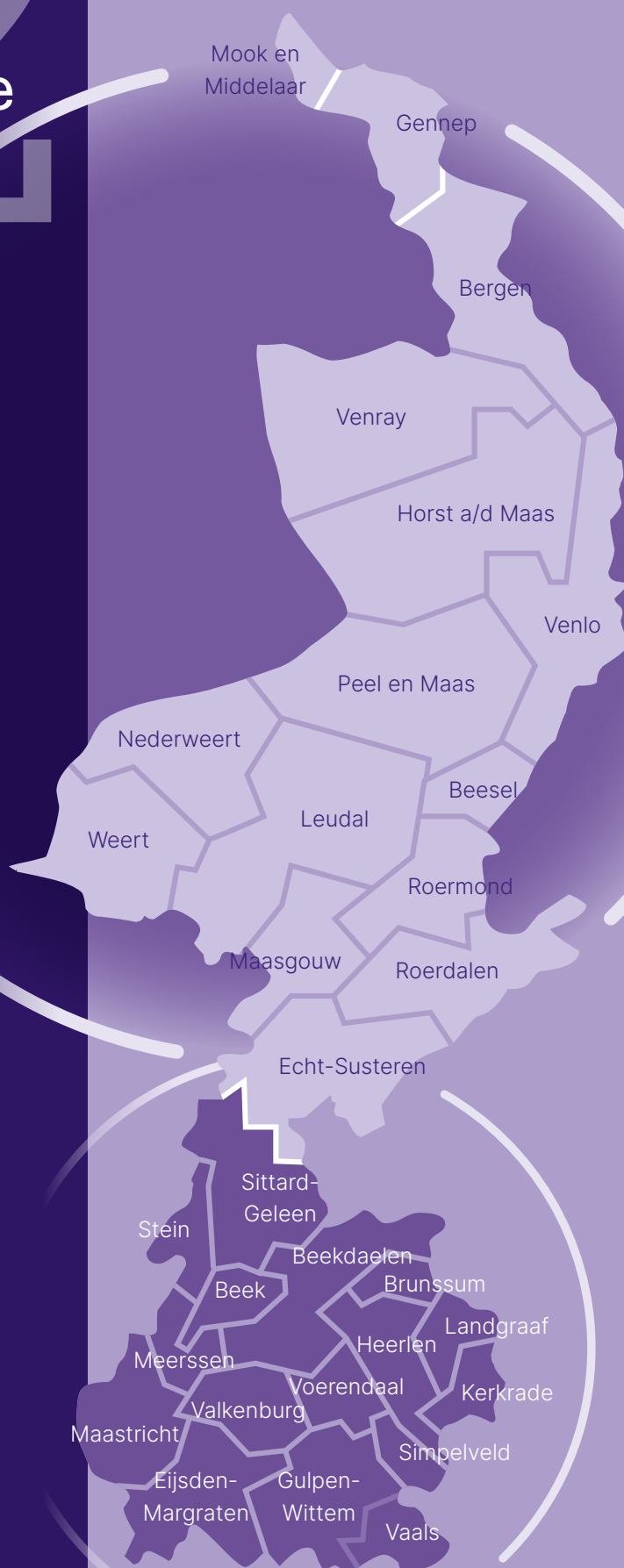
In de basis wordt het zorgrisicoprofiel iedere vier jaar herzien. Daarmee sluit het aan bij de cycli van het beleidsplan en provinciaal risicoprofiel. Deze herziening kan echter ook eerder plaatsvinden. De samenleving is en blijft in beweging. Door deze snel veranderde omgeving kunnen er nieuwe en andere risico's ontstaan. Een meer dynamisch zorgrisicoprofiel kan deze nieuwe risico's beter het hoofd bieden. Een eventueel meer dynamische herziening van het zorgrisicoprofiel sluit ook aan bij de ontwikkeling om het provinciaal risicoprofiel meer dynamisch te gaan herzien.

02

De provincie Limburg

telt 31

gemeenten



Ligging en typering van Limburg

Limburg wordt in het uiterste noorden begrensd door Gelderland, in het noordwesten door Noord-Brabant, in het westen en zuiden (Voeren) door de Belgische provincie Limburg, en eveneens in het zuiden door de Belgische provincie Luik en in het oosten door de Duitse deelstaat Noordrijn-Westfalen. De hoofdstad is Maastricht. Het is qua inwonertal een middelgrote provincie. Het wordt vaak Nederlands-Limburg genoemd als het nodig is onderscheid te maken met de gelijknamige Belgische provincie. Op dit moment wonen er binnen de Provincie Limburg ~1,118 miljoen inwoners (per 01-01-2022) op een gebiedsoppervlakte van ~2.210 km² (~2.147 km² land en ~63 km² water) met een bevolkingsdichtheid van ~521 inw./km². Ongeveer 54% van de inwoners (~600.000) woont in het verstedelijkte en meest dichtbevolkte zuiden van Limburg. De provincie heeft 31 gemeenten (per 1 januari 2019) en concentreert zich rondom de centrumgemeenten Maastricht, Venlo, Sittard-Geleen, Heerlen, Roermond, Weert, Kerkrade en Venray. Qua aantal inwoners is Maastricht de grootste gemeente (~121.000), voor de regio Limburg-Noord is Venlo de grootste gemeente (~102.000 inwoners).

Regio Limburg-Noord

De regio Limburg-Noord is een landelijk en bosrijk gebied dat bestaat uit vele kleine en enkele grotere kernen. Deze regio wordt gekenmerkt door intensieve agribusiness, in de vorm van intensieve veehouderij en land- en tuinbouw. Er vinden vele logistieke activiteiten plaats, met name de grootschalige op- en overslag van goederen.

Deze economische activiteiten zorgen onder andere voor een samenstelling van de samenleving die internationaler van aard is vanwege arbeidsmigranten en ontheemden. De regio is smal (5 tot 35 km) en langgerekt (ruim 85 km) en wordt in de lengterichting doorsneden door de rivier de Maas. Naast de Maas kent de regio nog een aantal andere vaarwegen zoals het Julianakanaal, Lateraalkanaal, Kanaal Wessem-Nederweert en de Zuid-Willemsvaart en enkele grotere zijrivieren zoals de Roer, Niers en de Swalm. De regio wordt doorkruist door een aantal belangrijke wegen, waaronder de A2, A67, A73, N271, N273, N279 en N280. Verder kent de regio een aantal belangrijke spoorwegen: Nijmegen - Venlo - Roermond, Eindhoven - Venlo - Duitsland en Eindhoven - Weert - Sittard. Er loopt een geologische breuklijn genaamd de Peelrandbreuk door de gemeente Roerdalen en Roermond.



Door buisleidingen, over de weg, over het spoor en over het water vindt veelvuldig vervoer van gevaarlijke stoffen plaats. Ook bevinden zich in de regio diverse risicovolle inrichtingen waaronder: BRZO-inrichtingen, twee spoorwegemplacements, diverse LPGtankstations en een aantal inrichtingen waar relatief grote hoeveelheden gevaarlijke stoffen worden opgeslagen (PGS15 opslagen), zoals warehouses. Binnen de regio worden relatief veel grootschalige evenementen georganiseerd zoals het Oud-Limburgs Schuttersfeest en diverse carnavalsevenementen, grote kermissen en (muziek) festivals. Ook is het Outlet Centrum in Roermond het gehele jaar door een drukbezochte toeristische trekpleister. Daarnaast kent de regio door haar Euregionale karakter een constante uitwisseling over landsgrenzen heen.

De internationale
ligging van Limburg
heeft consequenties
voor de crisis-
beheersing en
rampenbestrijding

Regio Zuid-Limburg

Zuid-Limburg kenmerkt zich als een compact verstedelijkt gebied van circa 650 km². Er zijn grote industrieën met specifieke veiligheidsrisico's, zoals (petro)chemische industrieën (o.a. op Chemelot bedrijventerrein) en een luchthaven (MaastrichtAachen Airport). Met name in de zomermaanden komen veel toeristen naar deze regio. Er zijn veel grootschalige evenementen (bijvoorbeeld Pinkpop, Amstel Gold Race, Andre Rieu Maastricht, Kerststad Valkenburg en de Oktoberfeesten in Sittard, et cetera), waterrecreatie en bezoekers van de (wekelijkse) markten uit de Euregio Maas-Rijn.

Zuid-Limburg fungeert als kruispunt in het transitieverkeer voor personen en goederen. Het is een bottleneck voor het verkeer naar het zuiden. De aanleg van de Koning Willem Alexandertunnel (openstelling december 2016) heeft de druk op het wegennet deels opgelost. De regio wordt doorkruist door een aantal belangrijke wegen, waaronder de A2, A76, A79, N276, N278, N281 en N300. Door meerdere buisleidingen, over weg en spoor, en via transport over water vindt vervoer van gevaarlijke stoffen plaats. Ook liggen er in de regio meerdere BRZO-inrichtingen (Besluit Risico's en Zware Ongevallen).

De bodem van de regio Zuid-Limburg is kwetsbaar. Een groot deel van de bodem (>50%) is bijzonder beschermingsgebied. Hiervoor zijn provinciale verordeningen opgesteld die nadere (strengere) eisen aan deze gebieden stellen. Deze gebieden

zijn het bodembeschermingsgebied Mergelland, grondwaterbeschermingsgebieden en waterwin-gebieden. Incidenten met bodemvervuiling tot gevolg vormen zo een extra risico. De rivier de Maas en de andere zijrivieren zoals de Geul, de Gulp en de Geleenbeek in Zuid-Limburg zijn zeer bepalend voor de regio. Deze rivieren hebben namelijk door de tijd de dalen geslepen, waardoor het zo herkenbare heuvellandschap van Zuid-Limburg is ontstaan. Daarnaast lopen er geologische breuklijnen door de bodem van de provincie Limburg.

Eenzijds is de regio Zuid-Limburg voor bijstand bijna geheel aangewezen op de aangrenzende landen, terwijl anderzijds de risico's op het grondgebied van de aangrenzende landen (grote) gevolgen kunnen hebben voor de eigen regio. Een goede euregionale samenwerking is derhalve één van de meest belangrijke succesfactoren van de crisisbeheersing en rampenbestrijding in de regio Zuid-Limburg.

De regio Zuid-Limburg onderscheidt zich van de andere regio's binnen Nederland door haar ligging. Ingeklemd tussen België en Duitsland met maar een smalle verbinding (circa 6 kilometer) met de rest van Nederland, te weten de regio Limburg-Noord. Zuid-Limburg ligt centraal in de Euregio Maas-Rijn, binnen een straal van 20-40 kilometer van steden als Aken, Heinsberg, Luik, Tongeren en Hasselt. Dit heeft grote consequenties voor de crisisbeheersing en rampenbestrijding.

03

De vergrijzing
in Limburg

ligt hoger ten
opzichte van
de rest van
Nederland



Trends en ontwikkelingen

In de steeds veranderde samenleving zijn er ieder jaar nieuwe trends en ontwikkelingen. Deze kunnen impact hebben het zorgsysteem en daarmee de zorgpartners. In het IZA (Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg', 2022), regiobeeld en het regio-plan zijn enkele trends en ontwikkelingen beschreven die een toenemende druk op de zorg hebben.

3.1 Toegankelijkheid van zorg staat onder druk

De toegankelijkheid van zorg staat onder druk door voornamelijk effecten van de vergrijzing, ontgroening, samenstelling van de samenleving in Limburg en een toenemend personeelstekort in de zorg.

De vergrijzing in Limburg ligt hoger ten opzichte van de rest van Nederland (CBS, z.d.). Steeds meer (oudere) personen blijven thuis wonen. Daarbij neemt het aantal mantelzorgers af. Deze twee ontwikkelingen leiden tot een toename van de thuiszorgbehoeften. Daarnaast neemt de digitalisering in rap tempo toe. Dit zorgt voor kansen, maar ook voor bedreigingen. Een zorgelijke bedreiging is dat niet iedereen op een gelijke manier kan deelnemen aan de online leefwereld. Daardoor spreken we van een digitale kloof tussen mensen die wel en niet digitaal vaardig zijn. Deze kloof uit zich op verschillende manieren: in onge-

lijkheid tussen mensen wat betreft hun digitale vaardigheden en in ongelijkheid in de toegang tot digitale middelen om volwaardig te kunnen participeren. Binnen de zorg en bij het aanbieden van de zorg is deze kloof een uitdaging. Het zorgaanbod wordt steeds meer gedigitaliseerd en moeilijker toegankelijk, denk bijvoorbeeld aan patiëntendossiers en aanvragen van medicatie. Dit kan voor de minder digitaal vaardige mensen in de samenleving tot een afstand tot zorg leiden, omdat ze niet meer digitaal mee kunnen.

De samenstelling van de samenleving in Noord- en Midden-Limburg bestaat, door de economische activiteiten in de regio, voor een groter gedeelte uit arbeidsmigranten en ontheemden ten opzichte van de andere provincies. Deze personen kennen vaak een grotere afstand tot de zorg in Nederland. Enerzijds omdat er een taalbarrière is, anderzijds omdat ze vaak ook niet weten dat ze verzekerd zijn en toegang hebben tot zorg.

Daarnaast is er sprake van een toename in het personeelstekort in de gezondheidszorg. In Noord- en Midden-Limburg wordt een tekort van 4.500 zorgmedewerkers tegen 2030 verwacht (Rijksoverheid, z.d.). In Zuid-Limburg is de verwachting dat dit tekort op 4.700 zorgmedewerkers gaat uitkomen (Rijksoverheid, z.d.). Het grootste personeelstekort wordt verwacht in de sectoren van de verpleging, verzorging en thuiszorg.

Hoge werkdruk en een tekort aan personeel leiden tot uitval

3.2 Zorgprofessionals staan onder druk

Zorgprofessionals in Limburg werken onder toenemend zware omstandigheden. Hoge werkdruk en een tekort aan personeel leiden tot uitval en het niet meer aantrekkelijk zijn om te werken in de zorg. Ook een afname van het werkplezier geeft een negatieve invloed. Er is sprake van toenemende administratielasten en afname van waardering voor het werken in de zorg. Dit vermindert de kwaliteit van zorg.

3.3 Kwaliteit van zorg staat onder druk door onvoldoende regionale samenwerking

Hoewel de zorg in Limburg van hoge kwaliteit is, toont de praktijk dat niet alle geleverde zorg effectief is. De zorg is gefragmenteerd, wat vaak resulteert in een gebrek aan goede verbinding en samenwerking tussen de acute zorg, langdurige zorgpartners, publieke zorg en het sociaal domein. Dit heeft negatieve gevolgen voor de patiënt. Er zijn meerdere regionale initiatieven en verscheidene regionale samenwerkingsverbanden actief, zoals in Zuid-Limburg de Mijnstreekcoalitie en Alliantie Santé, die trachten de zorg efficiënter en effectiever te maken.

3.4 Opgave om de zorg te verduurzamen

De zorgsector in Limburg staat, net als landelijk, voor de uitdaging om bij te dragen aan het tegengaan van klimaatverandering. Gezondheidsproblemen gerelateerd aan het klimaat, zoals hittestress, nemen toe en leggen extra druk op de zorg. Dit vereist een duurzamere aanpak in de zorgverlening, die ook de milieu-impact van de zorgsector vermindert.

3.5 Creeping crisis

De maatschappij krijgt naast de traditionele flitsrampen steeds vaker te maken met langdurige crises; de 'creeping crises'. Deze crises doen lange tijd een beroep op de weerbaarheid en veerkracht van de samenleving en de hulpverleningsdiensten. Dit nieuwe type crisis vereist een andere aanpak op het gebied van risico- en crisisbeheersing. Langdurige crises vinden vaak hun oorsprong buiten de regio. Door de toenemende fysieke en digitale verbondenheid van de wereld kunnen incidenten in andere landen of continenten snel effect hebben op de Nederlandse samenleving. Daarbij ook kijkend naar de provincie Limburg die grenst aan buurlanden België en Duitsland. Hierdoor is de kans nog groter dat deze provincie in aanraking kan komen met crisissen over de grens. Dit type crisis kan ook voor langere tijd extra druk op de zorg leggen. Voorbeelden hiervan zijn de langdurige inzet van de regionale en landelijke crisisorganisatie tijdens COVID-19 en de vluchtelingencrisis in Oekraïne.

04

Road van het zorgrisicoprofiel



- Ziektegolf: besmettelijke ziekte.
- Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen.
- Uitval van data- en spraak-communicatie.
- Verstoring energievoorziening.
- Overstroming door hoge rivierwaterstanden.
- Maatschappelijke onrust en buurtrellen.

Een crisis- en incident-beschrijving is gemaakt van de geprioriteerde crises en incidenten.

De geprioriteerde crises en incidenten zijn op impact gescoord.

04

Prioriteren van crisis- en incidenttypen

4

Analyseren
en duiden van
de verzamelde
data

De impactscores zijn
verwerkt in een diagram.

Het opstellen van het zorgrisicoprofiel gebeurt volgens een landelijke vastgestelde methodiek die in iedere GHOR-regio in Nederland wordt gebruikt.

- 1) Prioriteren van crisis- en incidenttypen.
- 2) Opstellen van crisis- en incidentbeschrijvingen.
- 3) Scoren van de impact op de primaire processen.
- 4) Analyseren en duiden van de verzamelde data.

Het verzamelen van de benodigde data is zowel digitaal als fysiek gedaan. Digitaal middels uitvragen via de e-mail en een online invultool. Fysiek middels het houden van drie bijeenkomsten: de kick-off, de verdiepingssessie en de dialoogsessie.

4.1 Prioriteren van crisis- en incidenttypen

Iedere veiligheidsregio gebruikt voor het scoren van risico's voor het regionaal, in ons geval provinciaal, risicoprofiel een lijst met verschillende crisis- en incidenttypen (zie **bijlage B**). Om verbinding te houden met de risico's in het provinciaal risicoprofiel is voor het prioriteren van de crises- en incidenttypen ook voor het zorgrisicoprofiel deze lijst als startpunt gekozen.

Deze lijst bevat 50 verschillende crisis- en incidenttypen waarop kan worden gescoord en is in een uitvraag naar alle zorgpartners (online) verstuurd. Aan de zorgpartners is de vraag gesteld om uit deze lijst een top vijf van meest relevante crisis- en incidenttypen voor de zorg te scoren. Op basis van deze uitkomsten is een voorselectie van tien crisis- en incidenttypen gemaakt, te weten:

- Uitval elektriciteitsvoorziening;
- Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen;
- Overstroming door hoge rivierwaterstanden;
- Uitval voorziening voor spraak- en datacommunicatie;
- Ziektegolf besmettelijke ziekte;
- Uitval drinkwatervoorziening;
- Bosbrand;
- Uitval gasvoorziening;
- Hittegolf;
- Maatschappelijke onrust en buurtrellen.

Zes crisis- en incidenttypen



Ziektegolf besmettelijke ziekte



Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen



Uitval van data- en spraakcommunicatie



Verstoring energievoorziening Overstroming



door hoge rivierwaterstanden



Maatschappelijke onrust en buurtrellen

Om de start van het opstellen van het zorgrisicoprofiel te markeren is er een kick-offbijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst is het zorgrisicoprofiel als waardevol instrument geïntroduceerd, het tijdspad van opstellen van het zorgrisicoprofiel toegelicht en zijn de tien crisis- en incidenttypen uit de voorselectie verder geprioriteerd.

In groepen met verschillende zorgpartners is men aan de hand van vier vragen in gesprek gegaan over de tien crisis- en incidenttypen. Deze vragen zijn:

- Hoe groot is de kans dat het incidenttype plaatsvindt?
- Hoe groot is de impact van het incidenttype op de eigen organisatie?
- Hoe groot is het huidige kennisniveau over het incidenttype?
- Hoeveel ervaring heeft de organisatie met het incidenttype?

Vervolgens heeft iedere zorgpartner geprioriteerd welke crisis- en incidenttypen zij het belangrijkste vonden om nader te onderzoeken. Hierdoor zijn de tien crisis- en incidenttypen uit de voorselectie gereduceerd tot zes typen die nader worden onderzocht. Dit zijn:

- Ziektegolf: besmettelijke ziekte;
- Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen;
- Uitval van data- en spraakcommunicatie;
- Verstoring energievoorziening;
- Overstroming door hoge rivierwaterstanden;
- Maatschappelijke onrust en buurtrellen.

4.2 Opstellen van de crisis- en incidentbeschrijvingen

Na het vaststellen van de definitieve selectie van de crisis- en incidenttypen is voor ieder gekozen type een beschrijving opgesteld. Iedere beschrijving is opgesteld door een groep bestaande uit een persoon van de GHOR Limburg-Noord, een persoon van de GHOR Zuid-Limburg, een persoon uit de acute zorg en een persoon uit de langdurige zorg. In totaal zijn hierdoor direct twaalf zorgpartners bij het opstellen van deze beschrijvingen betrokken.

Deze beschrijvingen (zie **bijlage C**) zijn uitgewerkte scenario's voor ieder van de zes crisis- en incidenttypen. Deze scenario's geven een beter beeld van wat kan gebeuren bij een dergelijke crisis of incident.

Tijdens de verdiepingssessie, een fysieke bijeenkomst, zijn de beschrijvingen met de zorgpartners besproken. Hierdoor heeft iedereen hetzelfde beeld kunnen krijgen wat de inhoud van de beschrijving is. Dat is belangrijk voor de scoring van de belasting op de primaire processen. Daarnaast is tijdens deze sessie uitleg gegeven over de werking van de online invultool.

4.3 Scoren van de impact op de primaire processen

In de zorgketen zijn er een aantal primaire processen die van invloed zijn op de continuïteit van zorg bij rampenbestrijding en crisisbeheersing. Deze primaire processen (zie **bijlage D**) voor een nadere uitwerking) zijn voor iedere zorgpartner gelijk. Daarom worden ze de 'primaire processen' genoemd.

Er zijn tien primaire processen, te weten:

- **Alarmering:** complex van maatregelen om mensen met een rol in de crisisbeheersing acuut bijeen te brengen.
- **Leiding & coördinatie:** leiding is het aansturen van mensen en teams, zoals het crisisteam. Coördinatie is het laten samenwerken van mensen en teams als geheel op alle niveaus.
- **Triage:** kwalificeren op aard en ernst van het (lichamelijk) letsel van slachtoffers (bij rampen en crises). Onder triage vallen ook de processen screening en bron- en contactonderzoek.
- **Diagnostiek:** middelen en handelingen die nodig zijn voor het stellen van een diagnose.
- **Behandeling:** medische handelingen die nodig zijn voor het verbeteren van de toestand van slachtoffers en patiënten, nadat er een diagnose is gesteld.
- **Verzorging:** alle werkzaamheden rondom een patiënt in een zorginstelling behalve triage, behandeling en transport.
- **Informatiemanagement:** verzamelen, analyseren van informatie en uitwisselen, door middel van het netcentrisch werken met LCMS-GZ, van relevante informatie binnen de geneeskundige kolom.
- **Resource management:** beheer van mensen en middelen ten behoeve van het bestrijden van het incident en de reguliere zorg.
- **Communicatie:** communiceren ten behoeve van informatievoorziening, met als doel het bieden van een handelingsperspectief en duiden van de situatie.
- **Transport:** vervoeren van mensen (hulpverleners, slachtoffers) en middelen.



In een online invultool hebben de zorgpartners de impact van de crisis- en incidenttypen gescoord. De crisis- en incidentbeschrijvingen werden eerst als startbeeld voor de zorgpartners getoond. Ieder proces is apart op drie variabelen gescoord. Deze variabelen zijn: personeel, materiaal en materieel en vitale infrastructuur (zie **bijlage E** voor een nadere uitwerking). Daarbij is aangegeven dat het ijkpunt voor de scoring het moment is waarop de piekbelasting voor het primaire proces het grootst is.

De scoring van de impact op het primaire proces en de variabelen gebeurt aan de hand van een schaal van 0 tot en met 5; de zogenoemde Likertschaal. Waarbij de score 0 geen mate van impact is tot en met een score 5 waarbij dat een catastrofale impact is. Daarbij is de definitie van buffervermogen: het vermogen van een zorgpartner om gevolgen van een crisis of ramp op te vangen. Daarbij is de onderstaande verdeling aangehouden.

Mate van impact	Score	Impactschaal
Geen	0	Geen impact
Beperkt	1	Wél impact, maar buffervermogen volstaat zeker
Aanzienlijk	2	Buffervermogen is zeker nodig, maar volstaat
Ernstig	3	Irreguliere aanpassingen zijn zeker nodig, en volstaan zeker
Zeer ernstig	4	Irreguliere aanpassingen zijn zeker nodig, maar volstaan mogelijk niet
Catastrofaal	5	Handelingsperspectief zeer beperkt en volstaat niet

4.4 Analyseren en duiden van de verzamelde data

De online invultool leverde waardevolle data op waarover met elkaar het gesprek kan worden aangegaan. Tijdens de dialoogsessie is dit gesprek gevoerd. Deze gesprekken zijn in roulerende samenstelling van zorgpartners van de verschillende sectoren per crisis- en incidenttype gevoerd. Onder leiding van een

gespreksleider zijn de uitkomsten van de online invultool besproken en is door de zorgpartners duiding gegeven. Deze duiding is zorgvuldig door een notulist bijgehouden. Bij de gesprekken lag de nadruk op het ketenperspectief en daarmee op de knelpunten en afhankelijkheden die binnen de zorgketen voor de crisis- en incidenttypen aanwezig zijn.

05



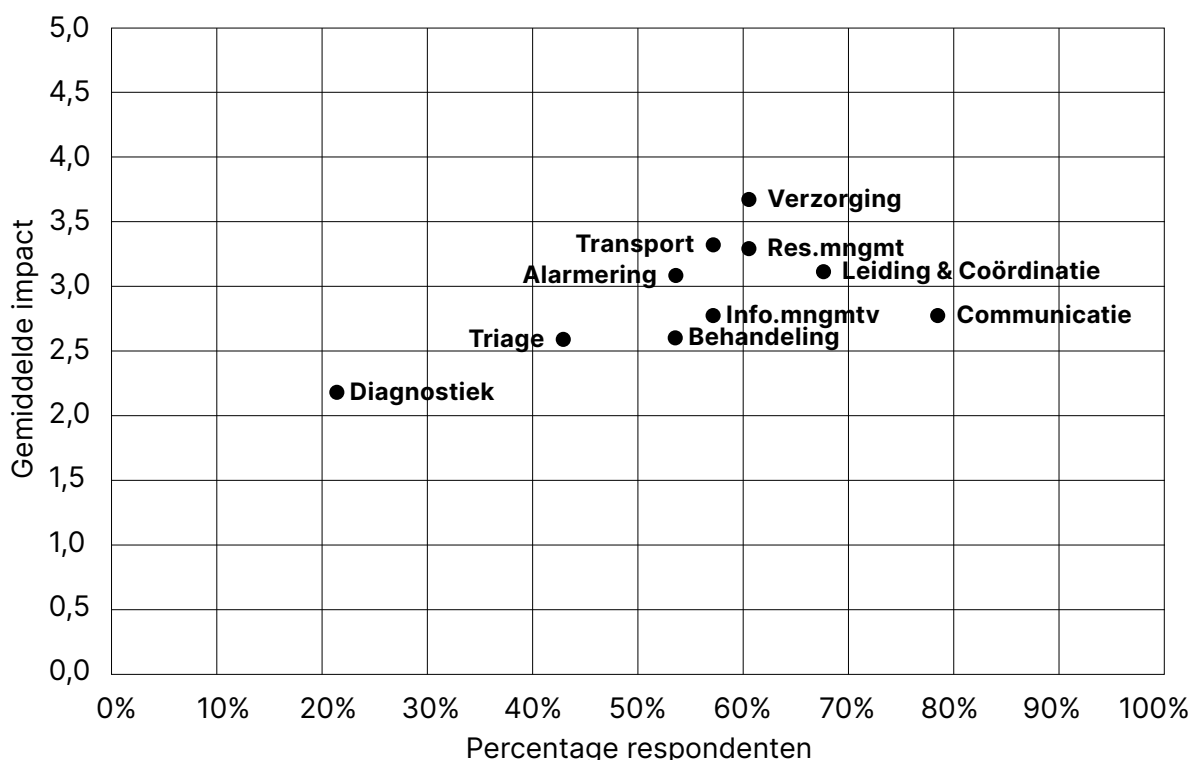
Analyse en resultaten

Voor ieder crisis- en incidenttype is waardevolle data verzameld. Deze data is visueel verwerkt in een (score-)diagram. Daarnaast is deze data aangevuld met specifieke duiding die tijdens de dialoogsessie is verzameld. Deze duiding is uiteengezet onder het (score-)diagram.

5.1 Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen

In dit scenario is er sprake van een brand op een kamer van een bewoner van een zorginstelling. Deze zorginstelling biedt meerdere vormen van zorg aan. Op het tijdstip dat de brand ontstaat is er weinig personeel aanwezig. Uiteindelijk moet het pand worden geëvacueerd en wordt het door de aanwezigheid van brandschade onbewoonbaar verklaard. Dit resulteert op korte termijn onder andere in een groot aantal te evacueren personen.

Grote brand in gebouwen met niet- of verminderd zelfredzame personen





Communicatie

- De prioriteit van het juist, volledig en tijdig in- en extern communiceren wordt vaak onderschat.
- Niet alle zorgpartners hebben (voldoende) getrainde communicatiemedewerkers en/of woordvoerders om in de communicatie-behoefte ten tijde van een dergelijk scenario te voorzien, zowel naar de bewoners, cliënten en medewerkers als naar de media.
- De beeldvorming door berichtgeving op externe media, in het bijzonder de sociale media, kan een negatieve impact hebben op de externe omgeving van de zorginstelling.
- Zorginstellingen met als doelgroep jongeren zien hierin een extra risico doordat de verwachting is dat deze jongeren zelf gaan communiceren naar en op de (sociale) media.
- Een aantal zorginstellingen zijn bij een dergelijk scenario, in het bijzonder een evacuatie, afhankelijk van de bereikbaarheid en bereidheid van het personeel om te helpen.
 - Bij een zorginstelling in de sector geestelijke gezondheidszorg is het risico groter, omdat een onderkomen vinden voor deze doelgroep als lastiger wordt ervaren.
- De berichtgeving op sociale media kan grote (negatieve) impact hebben door de paniek die kan ontstaan door deze berichtgeving.
 - Deze berichtgeving kan ook een (negatieve) impact hebben op het beeld en de acties van de ketenpartners.

Behandeling

- Enkele vormen van medicatie zijn bij een evacuatie of overplaatsing niet meer voorhanden. De beschikbaarheid of het op korte termijn verkrijgen van de juiste medicatie voor de juiste cliënt is een knelpunt.

Leiding & Coördinatie

- Bij kleinere zorginstellingen is coördinatie bij een crisis vaak een uitdaging, doordat de crisisorganisatie niet altijd is toegerust in opleiding, training, omvang of beschikbaarheid om de crisis te kunnen coördineren.
- Als de crisis buiten de reguliere werktijden plaatsvindt, dan is de personele bezetting een knelpunt.
- De spontane toeloop van medewerkers, omstanders of familie vraagt een extra inspanning op de coördinatie.

Verzorging

- De te evacueren of uit te plaatsen cliënten of patiënten kunnen soms alleen op specifieke, schaarse, plekken worden ondergebracht.
- Bij het onderbrengen van een cliënt of patiënt op een andere locatie zijn niet altijd (direct) de juiste middelen en materialen beschikbaar.

Transport

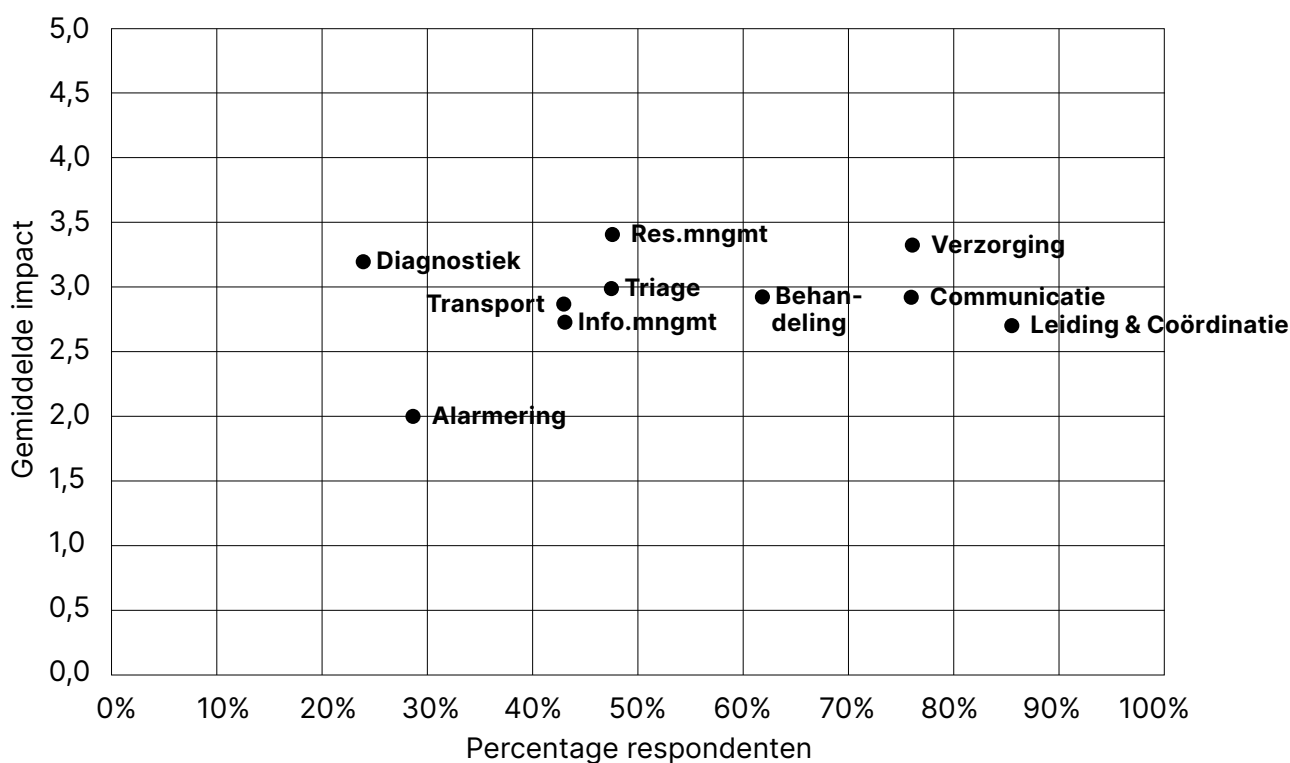
- Bij de inzet van meerdere ambulances is de impact op de reguliere continuïteit van ambulancezorg een risico.
- Er zijn niet altijd de juiste vervoersmiddelen in de daarvoor benodigde aantallen aanwezig om in een korte tijd de cliënten en patiënten te vervoeren.

5.2 Maatschappelijke onrust en buurtrellen

In dit scenario is het januari en er heerst een extreme griepgolf in Nederland. Limburg loopt in aantal besmettingen voorop door onder andere het vele grensverkeer. Hierdoor neemt de druk op de zorg toe. Instellingen zijn genoodzaakt om de zorg af te schalen. Dit leidt tot onrust onder cliënten en hun familieleden. Verwanten komen verhaal halen en worden zelfs agressief. Ook op

sociale media wordt er veelvuldig over gesproken. Er is sprake van intimidatie en bedreigingen van zorgpersoneel op locatie om zorg proberen af te dwingen. De zorginstelling ziet zich genoodzaakt om de politie in te schakelen. Hierop keert de menigte zich tegen de politie. Een deel van de buurt wordt afgezet. Enkele thuiszorgmedewerkers kunnen niet meer hun cliënten in de wijk niet meer bereiken. De escalatie neemt toe; zowel vanuit de cliënten als de buurtbewoners.

Maatschappelijke onrust en buurtrellen



Communicatie

- De prioriteit van het volledig en tijdig in- en extern communiceren wordt vaak onderschat
- Niet alle zorgpartners hebben voldoende getrainde communicatiemedewerkers en/of woordvoerders om in de communicatie-behoefte ten tijde van een dergelijk scenario te voorzien, zowel naar de bewoners, cliënten en medewerkers als naar de media.
- De beeldvorming door berichtgeving op externe media, in het bijzonder de sociale media, kan een negatieve impact hebben op de externe omgeving van de zorginstelling.
- De lijn naar een crisiscommunicatie-adviseur zit veelal in een opschalingsstructuur en is niet altijd regulier beschikbaar. Een dergelijke crisis hoeft niet een crisis van de eigen zorginstelling te zijn, maar de zorginstelling kan wel de gevolgen van maatschappelijk onrust ervaren. Deze opschalingsstructuur is dan meestal nog niet in gang gezet.
- Bij sommige kleinere zorginstellingen maakt een communicatieadviseur niet standaard deel uit van het crisisteam.

Behandeling

- Bij cliënten of verwanten kan het niveau van zorg gaan verschillen. Cliënten of verwanten kunnen zorg gaan proberen af te dwingen. Dit kan leiden tot spanningen tussen de medewerkers en de cliënten en/of de verwanten, maar ook tussen medewerkers onderling.
- Wanneer de zorg is afgeschaald, gaat dit de druk op de continuïteit van zorg opvoeren. Er ontstaat een andere dynamiek tussen zorgvraag en -aanbod alsmede tussen de in-, door en uitstroom binnen de zorgketen. Het afdwingen van de zorg kan leiden tot een langere afgeschaalde zorg en nog minder behandeling.

- Sommige locaties zullen door afsluitingen of (fysieke) obstakels minder of niet bereikbaar zijn.

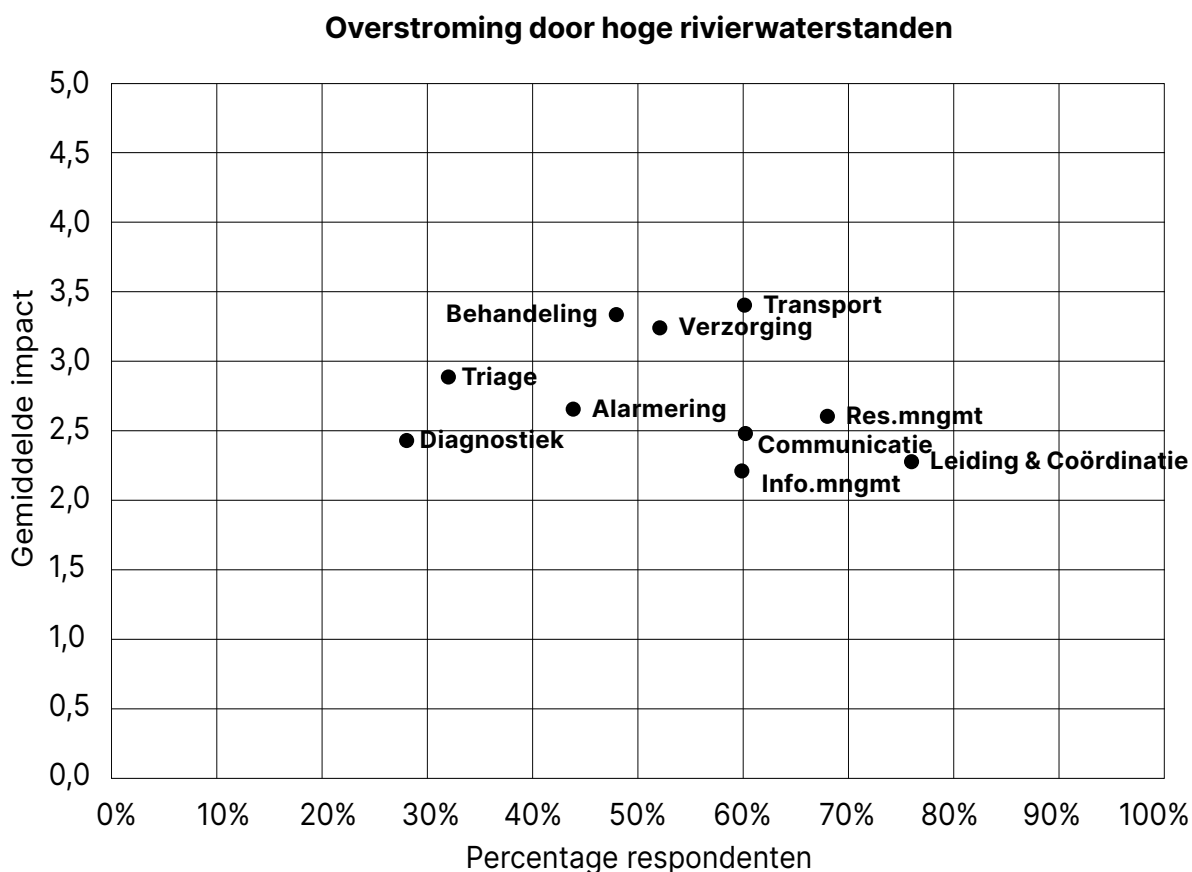
Leiding & coördinatie

- Het hebben van meerdere zorginstellingen in het bron- en/of effectgebied betekent een verdeling van (bestuurlijke) aandacht naar meerdere zorginstellingen tegelijk. Het behapbaar zijn en houden is een uitdaging.
- De impact op iedere locatie kan verschillen. Naar mate de impact, verschilt de aanpak. Dit wordt onderschat.
- Bij kleinere zorginstellingen of zorginstellingen met meerdere locaties is het management veelal niet fysiek aanwezig. Dit kan (snelle) actie vertragen.
- Bij een kleine crisis wordt na de bestrijding van de crisis de nazorg niet altijd (goed) ingeregeld.
- Kleinere zorginstellingen kunnen niet tot nauwelijks voor meerdere dagen opschalen in een crisisstructuur. Men staan minder materialen, middelen en personen tot hun beschikking.
- Er kunnen strategische beslissingen worden gemaakt die voor de zorgmedewerkers niet altijd goed navolgbaar zijn.
- Aandacht naar het (onveiligheids)gevoel van medewerkers en cliënten krijgt niet altijd de juiste aandacht.
 - Vooral bij de langdurige zorginstellingen wordt deze factor onderschat. Daar verblijven de cliënten meestal voor een langere duur, waardoor de betrokkenheid bij de locatie, medewerkers en mede-clieënten groter is.

5.3 Overstroming door hoge rivierwaterstanden

In dit scenario is er sprake van aanhoudende regenval in omliggende landen, verzadigde bodems en overvolle regenwaterbuffers waardoor er in een gedeelte van Limburg hoogwater ontstaat. Door de extreme neerslag ontstaat daarnaast ook wateroverlast in de zijrivieren. Gevolg hiervan is

dat woonwijken geïsoleerd dreigen te raken. Preventief evacueren wordt door verschillende gemeenten in gang gezet. Hieronder vallen ook enkele zorginstellingen en locaties met verminderd zelfredzamen. Enkele wegen zijn onbereikbaar voor hulpdiensten en in delen van Limburg is de stroom uitgevallen. De situatie houdt nog enkele dagen aan.



Communicatie

- In- en externe communicatie naar cliënten, maar ook ketenpartners is van belang. Het hoogwater ontwikkelt zich zichtbaar. Onvolledige informatie of geen of beperkte handelingsperspectief kan uitlokken tot ongewenste actie.
- Een evacuatie of patiëntenstop kan impact op de zorgcontinuïteit en de continuïteit van zorg hebben. Volledige en tijdige communicatie naar inwoners en ketenpartners is van belang.

Informatiemanagement

- Er zijn verschillende waardes in verschillende eenheden in de planvorming, maar ook in de informatievoorziening verwerkt. Denk hierbij aan bijvoorbeeld waterstanden. Hierdoor ontstaat geen eenduidig beeld van de situatie, waardoor de besluitvorming wordt bemoeilijkt.

Behandeling

- Evacuatie van cliënten of patiënten naar andere zorginstellingen kan worden bemoeilijkt, doordat niet altijd voldoende personeel aanwezig is bij deze andere zorginstellingen om de geëvacueerde cliënten of patiënten te verzorgen.

Leiding & Coördinatie

- Doordat hoogwater zich zichtbaar ontwikkelt is het lastig om grip te houden op de coördinatie. Dit wordt versterkt doordat in de zorg veelal wordt gewerkt met zelfsturende teams, wat in de actie leidt tot versnippering.
- Het is voor sommige zorgstellingen nog onduidelijk hoe de nazorg bij een dergelijk scenario moet worden ingericht.
- Deze nazorg geldt in het bijzonder ook voor het terug in gebruik nemen van de zorginstellingen.

Resourcemanagement

- De zorginstellingen hebben niet (vooraf) inzichtelijk waar in de regio opvanglocaties voor hun zorginstellingen worden gerealiseerd
- De uitval van een vitale voorziening kan een cascade-effect bij dit scenario veroorzaken. Er is onvoldoende aandacht voor de mogelijkheid van de samenloop van dergelijke knelpunten.
- Medewerkers kunnen in het bron- en/of het effectgebied wonen. Hierdoor kunnen ze niet inzetbaar zijn.
- Dit geldt ook voor medewerkers die door het hoogwater de zorginstellingen niet kunnen bereiken.
- Door de hulpbereidheid van de medewerkers kan een ongeplande toestroom van medewerkers ontstaan. Het is van belang om de juiste balans te vinden tussen de niet-geplande toestroom van medewerkers en de medewerkers die niet kunnen komen. Bij een disbalans kan er chaos, onvrede of onrust ontstaan.

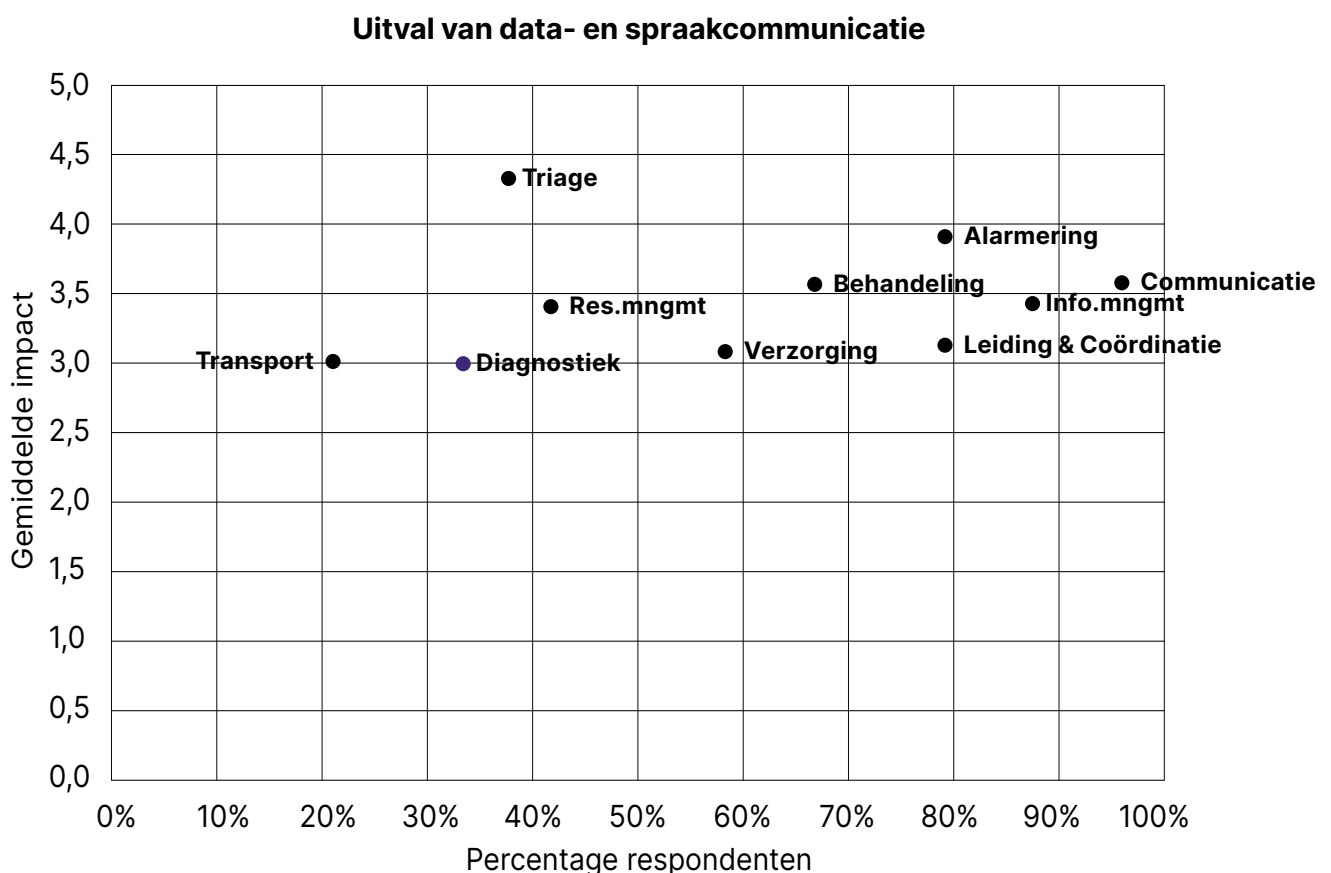
Transport

- Al naar gelang de omvang van de evacuatie kan de beschikbaarheid van (specialistisch) vervoer een (regionaal) knelpunt worden. Niet altijd hebben zorginstellingen afspraken of contracten met vervoerders.
- Op het moment dat meerdere zorginstellingen gelijktijdig aanspraak maken op de vervoerders, bestaat er een kans dat deze vervoerders te weinig (specialistische) capaciteit hebben. Voor het in kaart brengen van mogelijke conflicten van de capaciteit bij gelijktijdige aanspraak is nog te weinig aandacht.

5.4 Uitval van data- en spraakcommunicatie

In dit scenario is er een landelijke storing waardoor data- en spraakcommunicatie in Nederland is uitgevallen. Dit gaat volgens het Amsterdam Internet Exchange (AMS - IX), het belangrijkste

internetknooppunt van Nederland, minstens 24 uur duren. Alle systemen die binnen een zorginstelling aan het internet zijn verbonden werken niet meer. Daarmee is data-uitwisseling tussen systemen en organisaties niet mogelijk.



Communicatie

- Er zijn weinig zorginstellingen die voorzieningen hebben ingericht om met medewerkers en cliënten te blijven communiceren in deze omstandigheden.
- Specialisten die op afroep voor een zorginstelling werken kunnen bij een noodgeval vaak niet worden bereikt.
- Met de medewerkers en cliënten kan geen informatie over het verloop van de crisis of handelingsperspectieven worden gedeeld. Dit kan leiden tot onrust. Er moet niet worden onderschat dat het ontbreken van informatie bij beide groepen elkaar in onrust kunnen versterken.

Alarmering

- De (thuis-)alarmering kan mogelijk niet meer werken. Hierdoor kunnen cliënten niet meer hun medewerkers of noodcontactpersonen bereiken in geval van een hulpvraag of nood.
- Weinig zorginstellingen kunnen hun crisisteam zonder data- en spraakcommunicatie te activeren.

Behandelingen

- Afhankelijk van de duur van de uitval van data- en spraakcommunicatie kan dit een knelpunt voor de beschikbaarheid van de patiëntendossiers opleveren. Hierdoor kan de behandelhistorie en het medicatieoverzicht niet meer online worden opgevraagd. Dit vormt een risico voor de veiligheid van de patiënt/cliënt.

Leiding & Coördinatie

- Het wordt een knelpunt om zonder elektronische communicatiemiddelen de medewerkers en de patiëntenstroom te coördineren.
- Zorginstellingen die afhankelijk zijn bij een opschaling van de buurlocaties, kunnen deze opschaling niet opstarten.
 - Dit knelpunt is nog groter voor zorginstellingen die medewerkers hebben die op een route werken.

Triage

- Als zorgvragers de zorginstellingen niet digitaal kunnen bereiken, dan is de verwachting dat hierdoor minder zorgvragers zich melden bij een zorginstelling. Deze zorgvermijding kan een negatieve impact op de gezondheid van deze zorgvrager hebben.
- Daarnaast kan dit een extra toestroom van patiënten naar de zorginstellingen veroorzaken. Dit vergt een striktere triage en het stellen van prioriteiten.

Diagnostiek

- In een mindere mate is diagnostiek mogelijk. Veelal is voor een juiste diagnostiek het patiëntendossier, het gebruik van (digitale) hulpmiddelen of nadere informatie noodzakelijk. Hierbij valt onder andere te denken aan uitslagen van een (extern) laboratorium.

Verzorging

- Voor een groot deel van de medewerkers staat het werkrooster in een digitale omgeving. Doordat deze niet bereikbaar is, bestaat het risico dat sommige medewerkers op de verkeerde tijdstippen op het werk arriveren. Hierdoor is het mogelijk dat diensten niet worden ingevuld en dat daarmee de verzorging van een cliënt/patiënt niet plaatsvindt.
 - Daarnaast is het voor een medewerker op route een uitdaging om zeker te zijn dat alle cliënten zijn verzorgd. Dit is in het bijzonder bij de thuiszorg zichtbaar.
- Doordat het (digitale) medicatieoverzicht niet kan worden geraadpleegd, kan het voorkomen dat op locatie niet de (juiste) medicatie kan worden gegeven.
- Voor sommige zorginstellingen geldt dat de voedselvoorziening op basis van een digitaal systeem werkt. Er is niet altijd een passend alternatief ingeregeld.

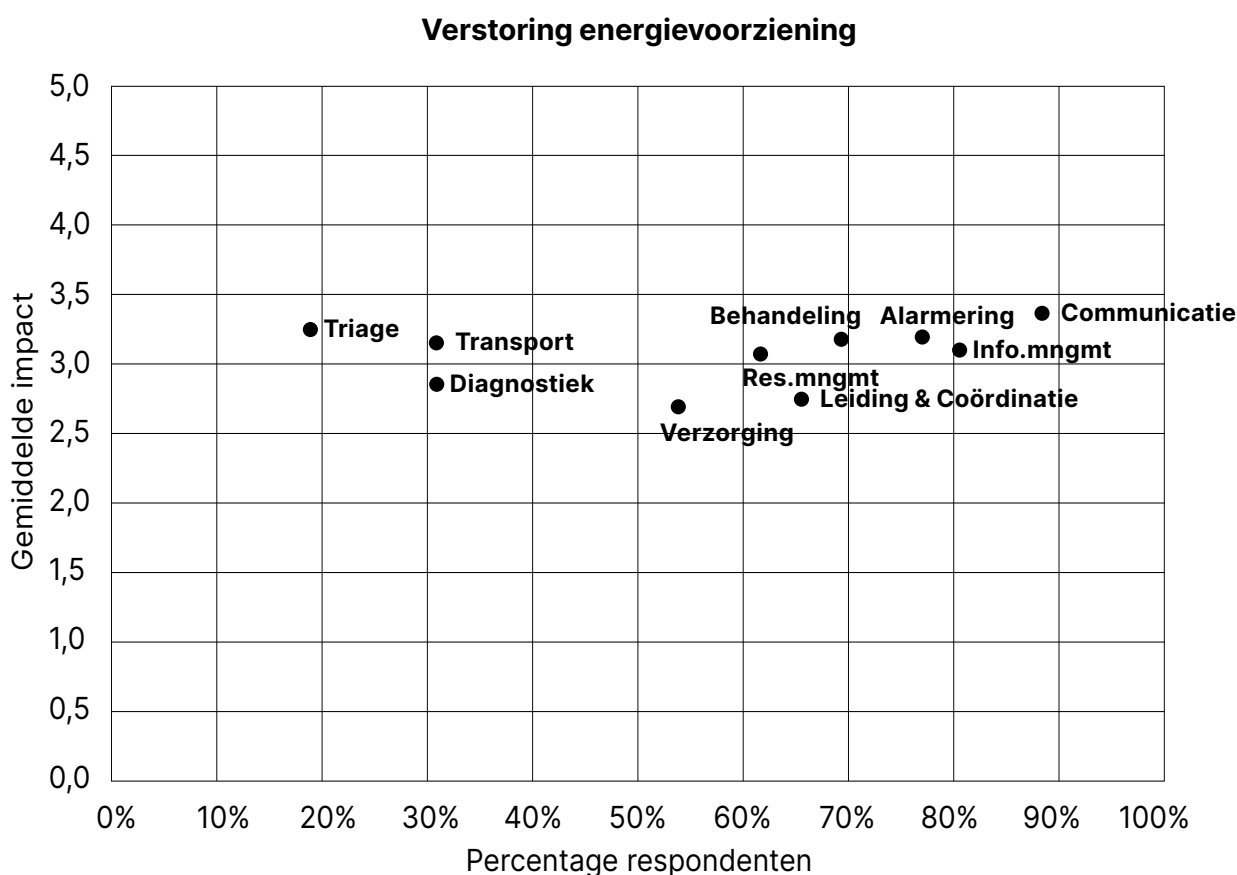
Resource management

- Er zullen in de zorginstellingen extra handelingen, zowel tijdens als na de crisis, moeten worden verricht. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van extra controlerondes. Deze extra handelingen vragen tijdelijk extra capaciteit, die in een dergelijke scenario niet snel beschikbaar kan zijn.
- Niet alle zorginstellingen hebben inzichtelijk welke digitale processen handmatig kunnen worden overgenomen en welke procedures dan te volgen zijn.
- Bestellingen plaatsen bij verschillende leveranciers, zoals bijvoorbeeld medicatie of eten en drinken, is digitaal en telefonisch niet meer mogelijk.

5.5 Verstoring energievoorziening

In dit scenario is door een brand in een verdeelkamer is de stroomvoorziening in een gedeelte van de provincie Limburg volledig uitgevallen. Op het moment van de stroomuitval is nog onduidelijk hoelang het gaat duren. Uiteindelijk blijkt dat de stroomuitval minimaal 8 uur gaat duren. De buiten temperatuur is 9 graden. Door de uitval van de meeste voorzieningen, zoals hydrofoorinstallaties, ontstaat een gebrek aan primaire levensbehoeften. De meest vanzelfsprekende systemen zullen met

het uitvallen van energie ook uitvallen. Hier kan onder andere worden gedacht aan verlichting en verwarming. Hiervoor is niet altijd genoeg aandacht. Meer specifiek zullen gesloten deuren zullen bij stroomuitval openen. Het opengaan van deuren kan een risico opleveren voor veiligheid van de cliënten, door bijvoorbeeld dwaling of vluchtgedrag. Daarnaast kunnen er knelpunten met de elektrische sloten op de medicijnkasten ontstaan, waardoor bijvoorbeeld medicatie niet toegankelijk zal zijn.



Communicatie

- Met het uitvallen van randapparatuur, waaronder computers, zullen patiëntendossiers niet meer kunnen worden aangevuld. Deze zullen met behulp van een fysieke kopie up-to-date moeten worden gehouden. Op een later moment moeten deze fysieke dossiers in het digitale patiëntendossier worden ingevuld. Dit kan foutgevoelig zijn.
- Cliënten die niet kunnen omgaan met een mobiele telefoon kunnen lastiger hun verwanten bereiken. Bij hen kan hierdoor onrust ontstaan.
- Bij langdurige uitval van energie zal de (thuis-) alarmering niet meer werken. Hierdoor kunnen cliënten niet meer hun medewerkers of noodcontactpersonen bereiken in geval van een hulpvraag of nood.

Behandeling

- Afhankelijk van de tijdsduur moet er aandacht zijn voor levensbenodigde apparatuur, zoals infuuspompen, beademingsapparatuur of dialyseapparatuur.
- De werkdruk op de medewerkers zal verhogen, omdat er meer handmatige handelingen moeten worden uitgevoerd.

Leiding & Coördinatie

- De groep jongere professionals is opgegroeid in een andere generatie, waarin technologie de boventoon voert. Bij het omschakelen naar handmatig of analoog werken is er onbewust te weinig aandacht voor dit verschil in werken. Hierdoor kunnen er fouten insluipen.
- Mogelijk melden zorgvragen zullen zich melden bij locaties welke wel een (nood)stroomvoorziening hebben. Deze mogelijk toestroom moet juist worden gemanaged.
- Wanneer een medewerker in het effectgebied woonachtig is, moet de impact of de focus van de medewerker niet worden onderschat.

Diagnostiek

- Van zorgvragers wordt verwacht dat men inziet dat bij een dergelijke situatie de druk op de zorg hoog is. De verwachting is dat hierdoor minder zorgvragers zich melden bij een zorginstelling. Deze zorgvermijding kan een negatieve impact op de gezondheid van deze zorgvrager hebben.

Verzorging

- Sommige zelfredzame cliënten worden op afstand gemonitord. Deze monitoring werkt dan niet meer. Zicht op deze cliënt is dan op afstand niet meer mogelijk.

Resource management

- Veel zorginstellingen beschikken niet over noodstroomaggregaten of kunnen deze niet langdurig beschikbaar houden. Ook hebben niet alle zorginstellingen hiervoor contracten of afspraken met leveranciers. Er kan hierdoor krapte in noodstroomaggregaten ontstaan, waardoor zal moeten worden geprioriteerd.

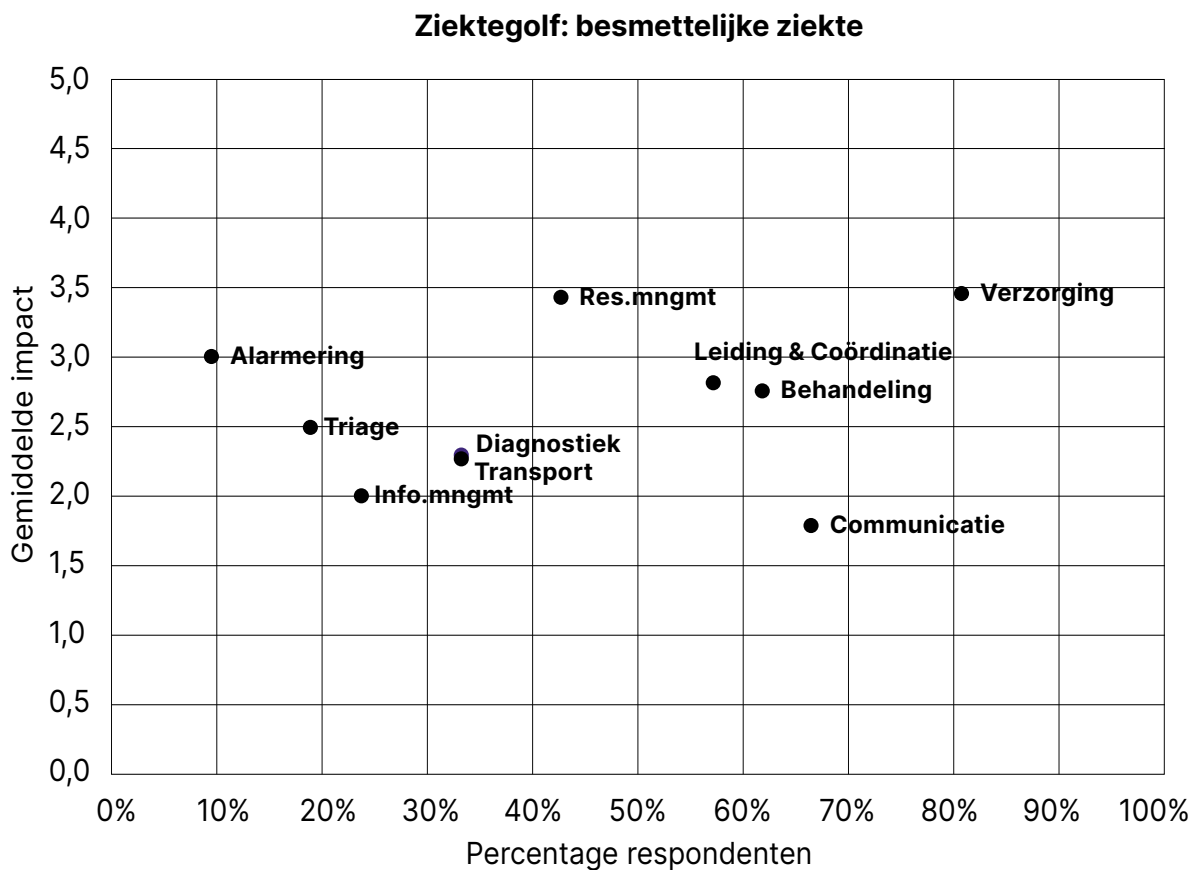
Transport

- Hedendaags zijn er veel hulpmiddelen afhankelijk van elektriciteit om te kunnen functioneren. Ze kunnen niet meer worden gebruikt of worden opgeladen, zoals bijvoorbeeld trapliften of tilhulpsystemen. In de vanzelfsprekendheid van elektriciteit zit een veelal onderschat risico.

5.6 Ziektegolf: besmettelijke ziekte

In dit scenario is het Norovirus uitgebroken bij verschillende zorginstellingen. Het is een zeer besmettelijk virus, dat al overdraagbaar is door aanraking van besmette voorwerpen. Enkele cliënten raken besmet met het Norovirus. Hygiëne-maatregelen worden hierdoor verscherpt. De GGD geeft het advies om in kaart brengen welke

organisaties zijn betrokken. Daarnaast stelt zij een handelingsperspectief op. Er is een duidelijke verstoring van vraag en aanbod in beschikbare capaciteit die ontstaat door het dubbele effect van de toename van de zorg en de afname van het zorgaanbod door ziek personeel. Door deze verstoring is men genoodzaakt een beroep te doen op de ketenpartners.



Communicatie

- Een extra risico dat wordt onderkend zijn de grote aantallen ZZP'ers die hedendaags worden ingezet. Het registreren en het bereiken van deze grote groep personen is een knelpunt.
- De prioriteit van het volledig en tijdig in- en extern communiceren wordt vaak onderschat.
- Handelingsperspectieven worden niet altijd tijdig gecommuniceerd.

Behandeling

- Het voorhanden hebben en volgen van een handelingsperspectief moet bij de behandeling centraal staan. Dit kan door het ontbreken van een handelingsperspectief niet altijd.

Leiding & Coördinatie

- Niet alle zorginstellingen hebben vastgelegd wanneer een crisisteam wordt ingezet.
- Sommige zorginstellingen schakelen bij dit type scenario pas een crisisteam in op het moment dat er impact op materiaal en personeel is.
- Een besmettelijke ziekte wordt, na de periode waarin het Corona-virus prominent aanwezig was, in sommige zorginstellingen als 'business as usual' gezien dat met protocollen kan worden bestreden.

Triage

- Niet iedereen is op de hoogte van de symptomen van de besmettelijke ziektes om vroegtijdig acties kunnen ondernemen.

Diagnostiek

- Doordat de laboratoria mogelijk meer diagnostische tests moeten uitvoeren, kan er door een te grote belasting een knelpunt in de capaciteit ontstaan.

Verzorging

- Doordat medewerkers op meerdere locaties werken, zelfstandig zijn of voor meer werkgevers werken kan dit verspreiding van een besmetting versnellen en bron- en contactonderzoek complexer maken.
- De verzorging van cliënten en patiënten vergen door de aangescherpte hygiëne-maatregelen en de toenemende zorgvraag meer aandacht en tijd.

Resource management

- De kans bestaat dat er schaarste op personeelsvlak ontstaat door de besmetting van eigen medewerkers.
- Er is een mogelijkheid dat schaarste op het gebied van (medische) materialen en voorraden optreedt.
- Doordat registratie van bezoekers niet altijd sluitend of niet overal ingericht is, is het moeilijk om te achterhalen wie contact met de besmette cliënten heeft gehad.

06

Het in ver-
binding zijn
met elkaar is
de start van
een duurzame
en extensieve
samenwerking



Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de bevindingen die in het vorige hoofdstuk zijn uitgewerkt, zijn er een aantal algemene conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Deze komen bij alle zes crisis- en incidenttypen terug. Daarnaast zijn er voor ieder primair proces specifieke conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

6.1 Algemene conclusies en aanbevelingen

Communicatie

- Het is voor de beheersing van de crisis van belang dat wordt voorzien in juiste en tijdige communicatie gedurende de crisis. Dit blijkt voor een aantal zorginstellingen niet vanzelfsprekend te zijn.

Aanbevelingen

- Maak gebruik van een eenduidig communicatiemiddel, waar getrainde professionals real-time hun informatie kunnen ophalen en delen.
- Heb aandacht voor de rol en inhoud van de communicatieadviseur in alle lagen van de opschalingsstructuur.

Druk op zorg en personeel

- De zorg heeft op het gebied van personeel te kampen met krapte. Bij enkele scenario's is er sprake van uitval van medewerkers. Hierdoor neemt de druk op de zorg nog meer toe.

- Bij de incidenttypen komt de continuïteit van zorg in de meeste gevallen niet in het geding, maar leveren de uitdagingen wel knelpunten op.
- De impact van een incidenttype is afhankelijk van de tijdsduur. Er geldt dat hoe langer het incident duurt, hoe groter de gevolgen voor de zorginstelling(en) is.

Aanbeveling

- Heb aandacht voor de bescherming en (duurzame) inzet van personeel en specifiek de crisisorganisatie.

Samenwerking

- Meerdere zorgpartners hebben bij diverse incidenttypen geen duidelijk zicht op de mogelijkheden en onmogelijkheden voor hulp vanuit de andere zorgpartners en leveranciers.

Aanbevelingen

- Het is van belang dat de ketenpartners van elkaar inzichtelijk hebben waar hun verantwoordelijkheid zelf ligt, waar afspraken met leveranciers gewenst zijn en welke hulpvraag ze bij andere zorgpartners kunnen stellen. Stel voor de eigen organisatie een overzicht hiervan op.
- Het in verbinding zijn met elkaar is de start van een duurzame en extensieve samenwerking. Niet alleen om afspraken te maken over het uithelpen in praktische mogelijkheden, maar ook om kennis te delen. Maak daarom een verkenning in de eigen regio en maak hiervoor samenwerkingsafspraken.

Planvorming

- De planvorming voor de incidenttypen is niet bij elke zorgpartner aanwezig, voldoende of up-to-date.
- Niet alle zorginstellingen hebben vastgelegd wanneer een crisisteam wordt ingezet.

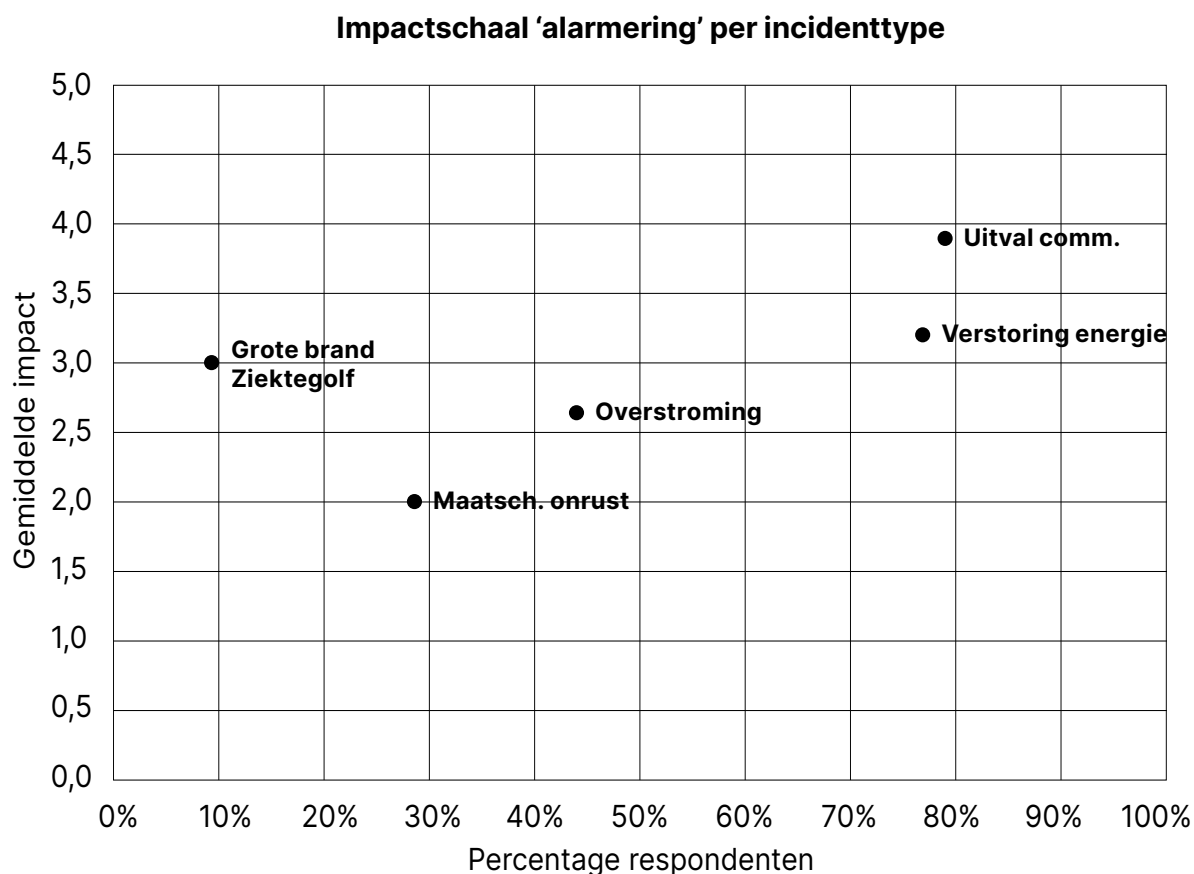
Aanbevelingen

- Breng voor (ten minste) de benoemde incidenttypen de planvorming op orde.
- Leg in planvorming vast bij welke parameters een crisisteam wordt ingezet.



6.2 Conclusies en aanbevelingen per primair proces

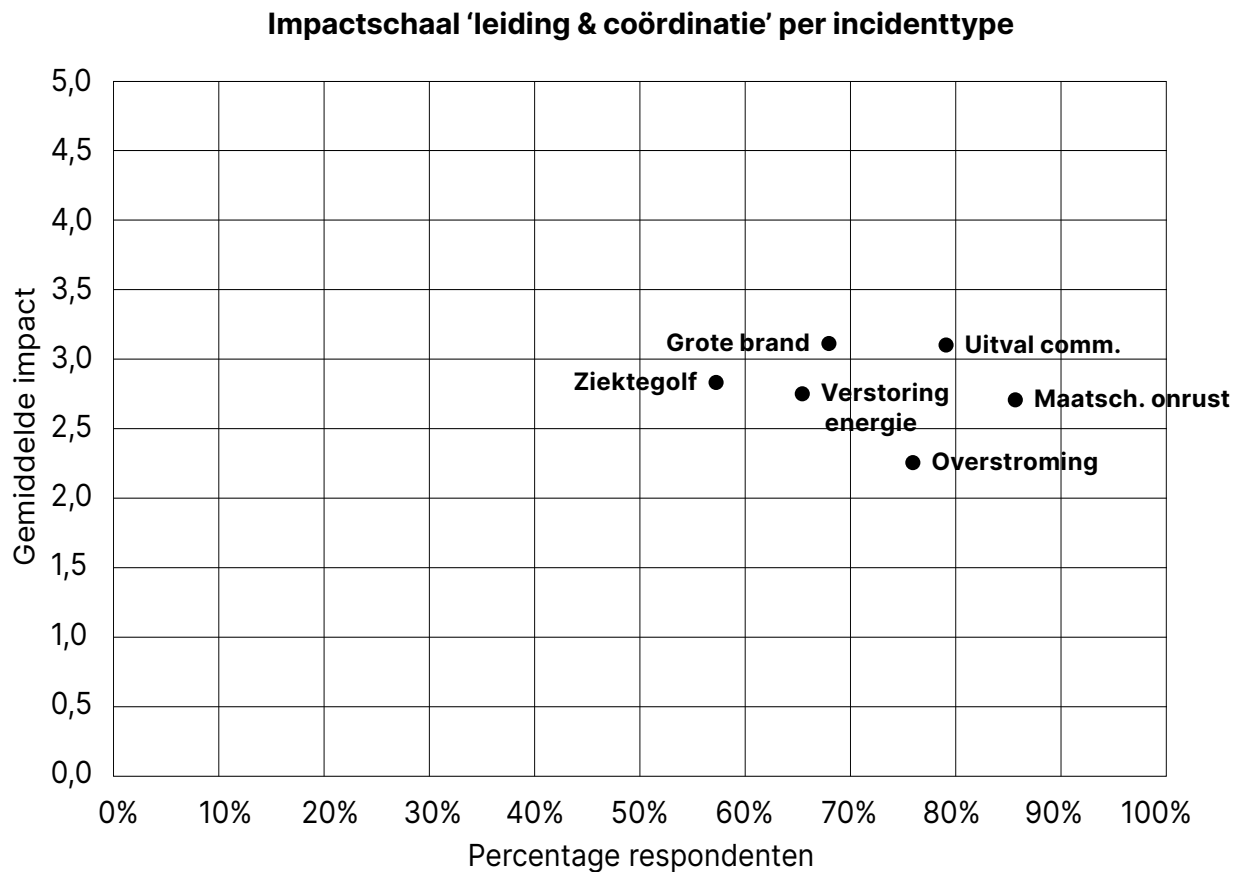
Primair proces 1: alarmering



De impact van de diverse incidenttypen op de zorgpartners wordt verschillend gescoord. Er is niet binnen ieder incidenttype sprake van een grote impact op alarmering. Het grootste knelpunt is bij de uitval van de vitale infrastructuur, omdat bij alarmering veelal gebruik wordt gemaakt van digitale hulpmiddelen.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen dat elke zorgpartner een scenario 'zwart' doorleeft om te identificeren welke knelpunten optreden. Op basis van deze output kan het interne continuïteitsplan verder worden uitgewerkt.

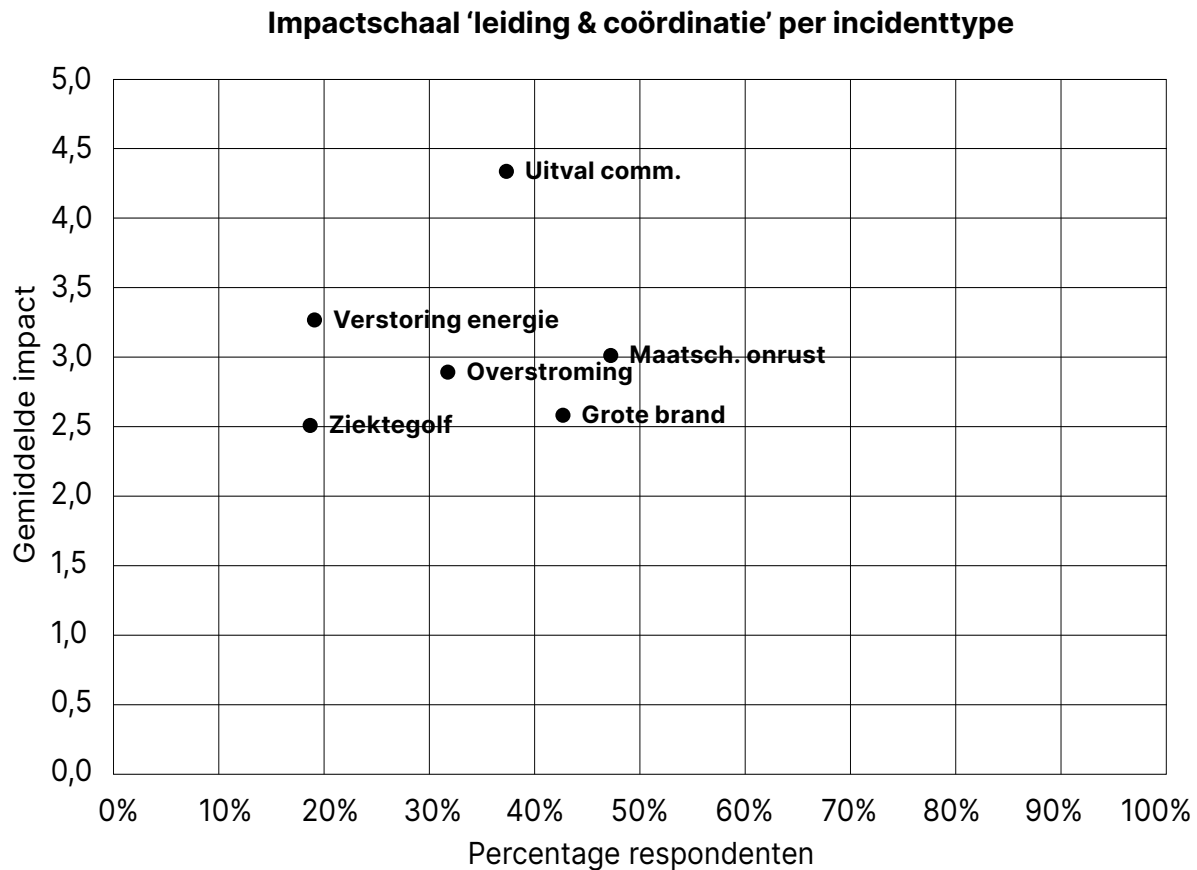


Gezien de scoring van de impact van leiding en coördinatie bij de verschillende incidenttypen wordt duidelijk dat dit primaire proces centraal bij dergelijke crises staat. Iedere crisis heeft leiding en coördinatie nodig. Uit de dialoogsessie komt naar voren dat bij de meest voorkomende en recentste crises dit goed is ingericht. Bij de minder tastbare crises wordt aangegeven dat leiding en coördinatie een knelpunt kan zijn. De knelpunten die bij dergelijke crises zich zullen manifesteren zijn een black box.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen dat er een getrainde crisisorganisatie is ingericht welke 24/7 en langdurig inzetbaar is. Daarnaast is het van belang om de mindere tastbare crises (zoals bijvoorbeeld uitval van data- en spraakcommunicatie) ten minste met het crisisteam en bij voorkeur met de gehele organisatie te doorleven. Hierdoor kun je knelpunten in kaart brengen, om vervolgens maatregelen te nemen om risico's beheersbaar te maken.

Primair proces 3: triage

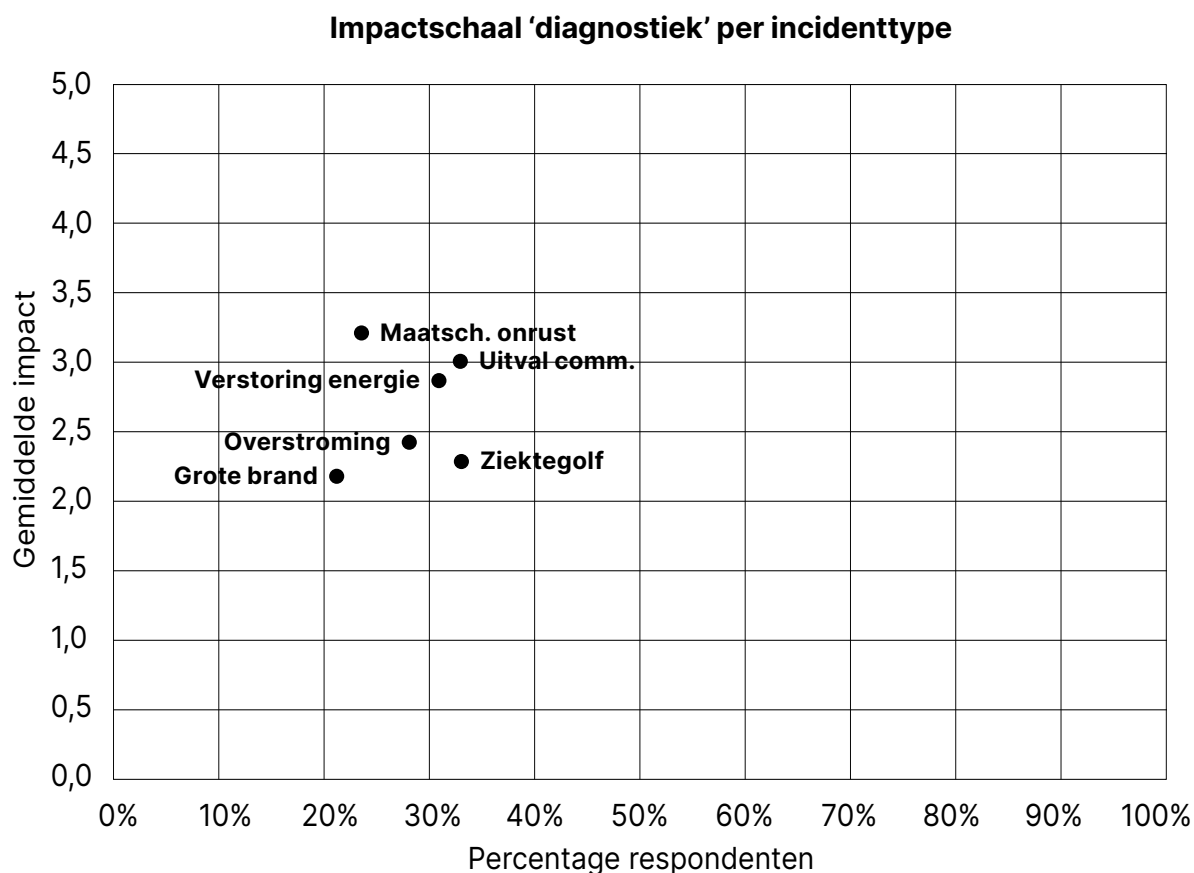


Tijdens de dialoogsessie is meermaals aangegeven dat bij de verschillende incidenttypen er geen tot nauwelijks impact op de triage zal zijn. De (kwantitatieve) scoring geeft een andere conclusie weer. Deze discrepantie komt waarschijnlijk doordat de triage met (kleine) aanpassingen toch kan worden uitgevoerd. De verschillende incidenttypen hebben dus impact op de triage, maar met (kleine) maatregelen kan deze impact worden geminimaliseerd of opgeheven.

Aanbevelingen

Het is van belang dat in planvorming wordt verwerkt door welke (kleine) aanpassingen de triage toch door kan gaan. Daarbij is het van belang om dit structureel te beoefenen. Maak dit onderdeel van de planvorming en neem de haalbaarheid hiervan structureel mee in het oefenen.

Primair proces 4: diagnostiek



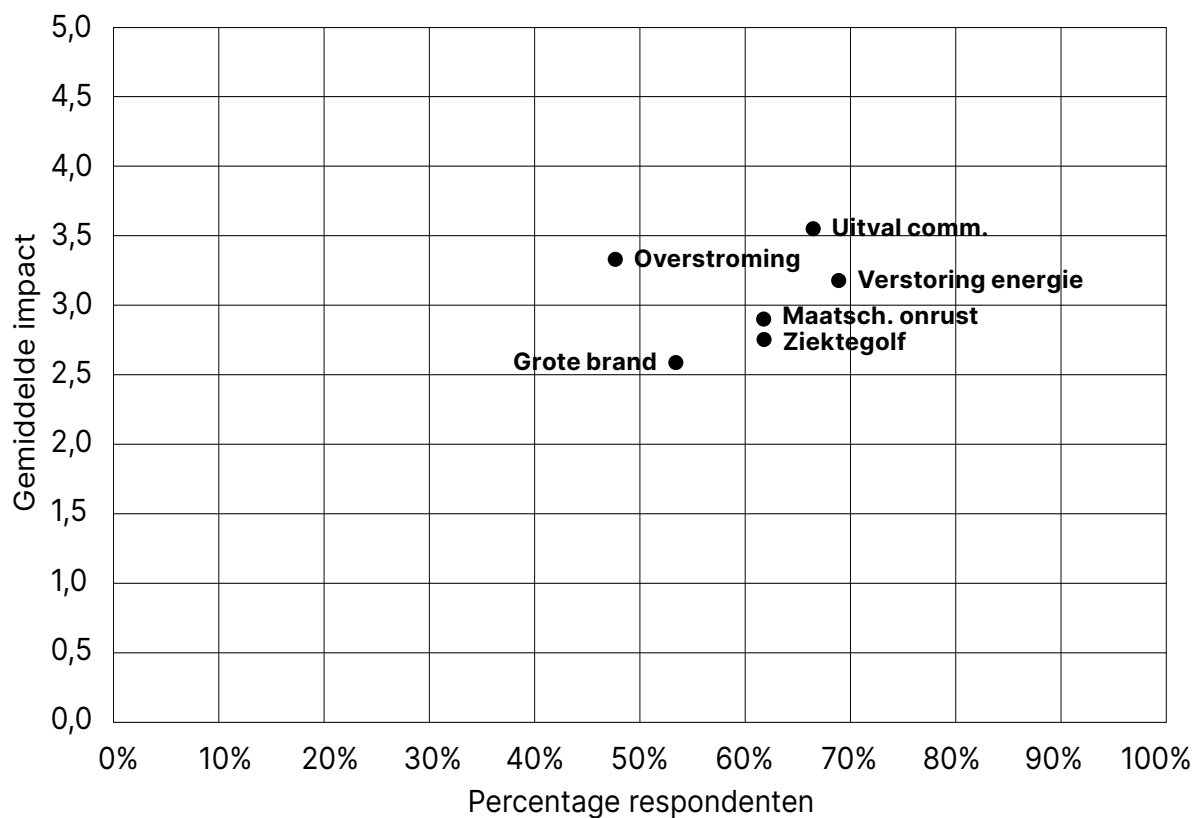
Bij een crisis neemt de druk op de continuïteit van zorg toe. Dit komt bijvoorbeeld doordat bij een aantal incidenttypen de toegang tot elektronische dossiers wegvalt, omdat behandeling op dat moment meerdere handelingen vraagt of omdat laboratoria's meer aanvragen voor het verwerken van monsters krijgen. Bij sommige incidenttypen kunnen impactvollere uitdagingen zich voordoen, doordat de diagnostiek met behulp van (digitale) hulpmiddelen wordt uitgevoerd.

Aanbevelingen

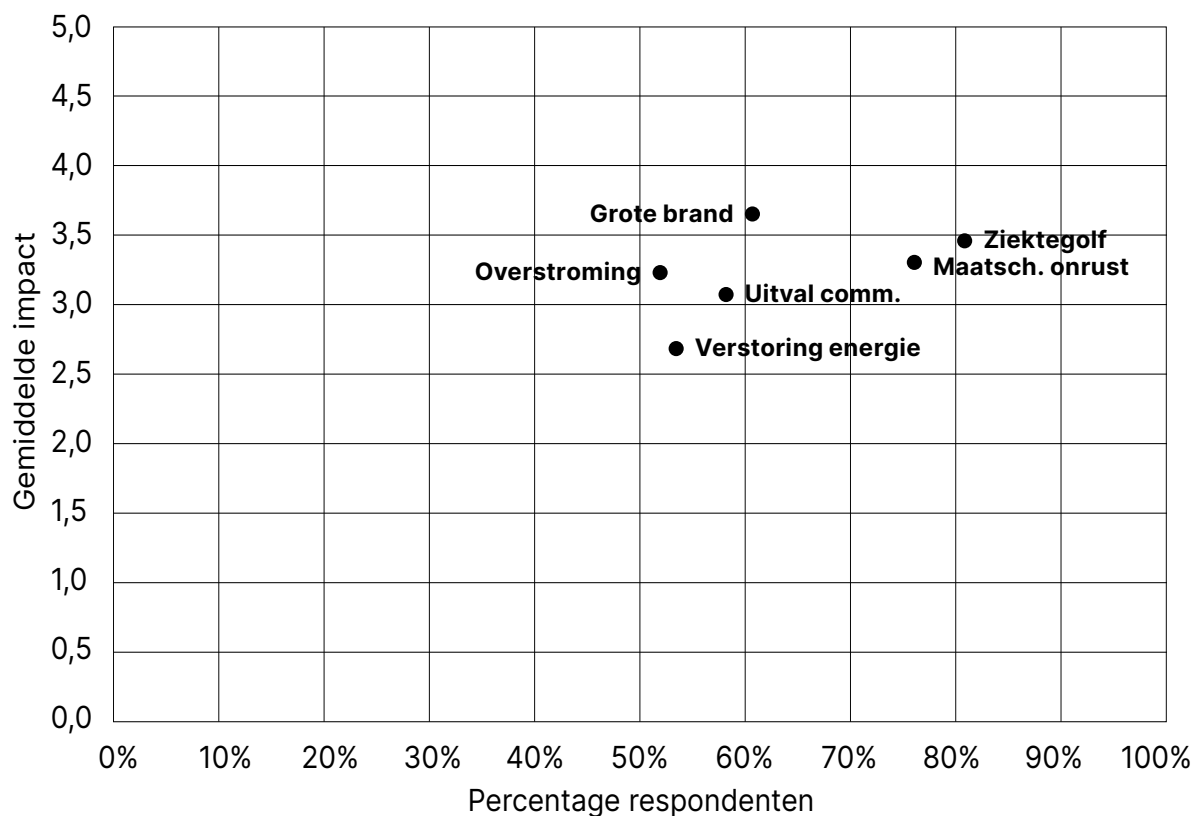
Het is van belang aandacht te hebben voor de extra capaciteitsvraag die sommige incidenttypen van de diagnostiek vragen, om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Het risico bestaat dat deze capaciteitsvraag niet opgelost wordt en uiteindelijk de zorgcontinuïteit wordt bedreigd. Daarnaast is het van belang te onderkennen dat niet alle medewerkers zijn opgeleid om zonder (digitale) hulpmiddelen alle diagnoses te kunnen uitvoeren, zodat daar in planvorming en in uitvoerbaarheid rekening mee kan worden gehouden.

Primair proces 5 en 6: behandeling en verzorging

Impactschaal 'behandeling' per incidenttype



Impactschaal 'verzorging' per incidenttype

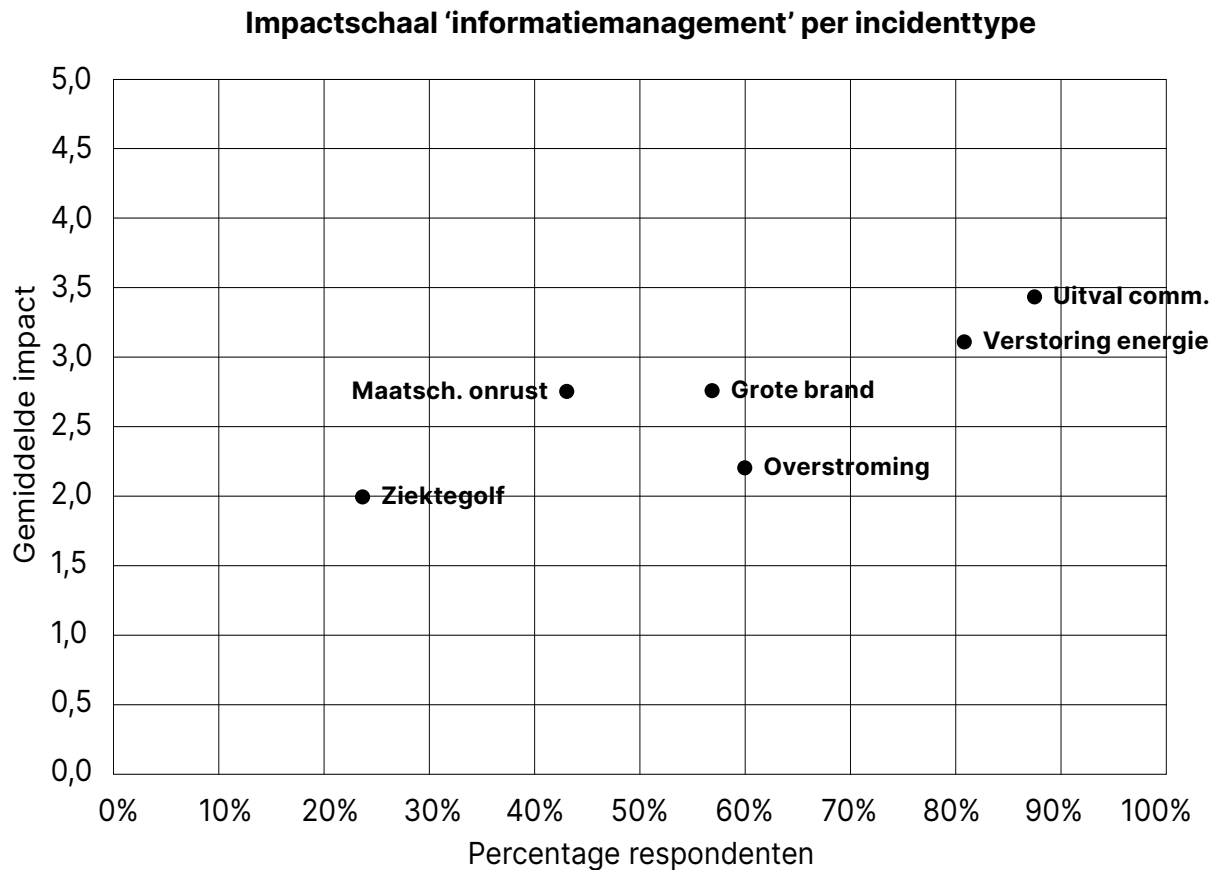


Ieder incidenttype heeft een (grote) impact op de behandeling en verzorging. Omdat de impact op beide primaire processen en de duiding daarbij overeenkomen en beide processen dicht bij elkaar liggen, zijn deze samengepakt. Zoals aangegeven bij de uitwerking van de algemene conclusies en het vorige primaire proces, neemt de druk op de zorg bij dergelijke crises toe. Dit kan onder andere resulteren in andere prioritering of vermindering van zorg door potentiële patiënten. Net als bij de voorziening is bij het uitvallen van de vitale infrastructuur de impact groot op de behandeling van patiënten, doordat elektronische systemen niet meer kunnen worden geraadpleegd of niet meer functioneren.

Aanbevelingen

Het is van belang dat er back-up systemen in de zorginstellingen aanwezig zijn en regelmatig worden getest om bij uitval van vitale infrastructuur voor een bepaalde tijdsperiode deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden. Daarnaast is het aan te bevelen dat de belangrijkste patiëntgegevens ook in te zien zijn via offline-systemen of fysieke documentatie. Het inrichten van dergelijke maatregelen kunnen de druk op de zorg verminderen en het behouden van de continuïteit van de zorg bestendigen.

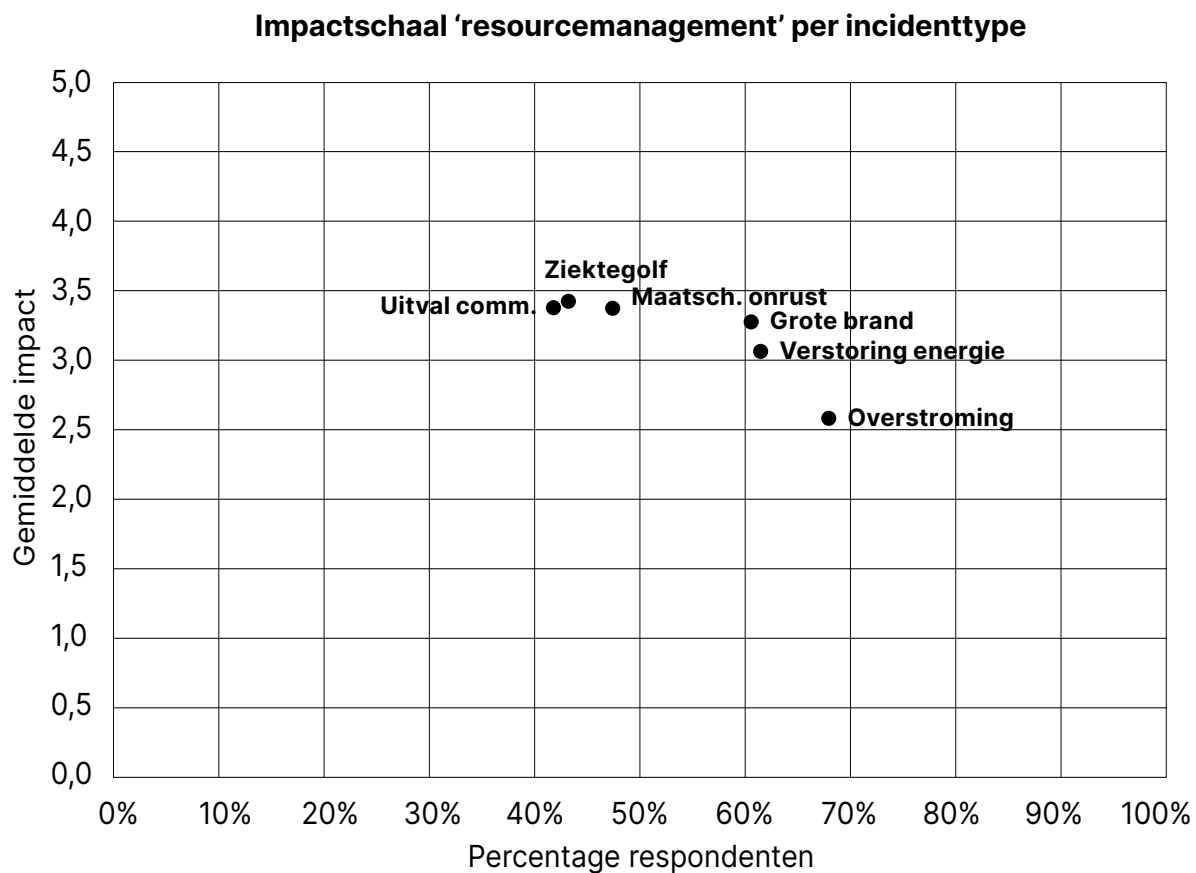




Binnen het primaire proces informatiemanagement zijn er grote verschillen tussen de impact op de verschillende incidenttypen gescoord. De incidenttypen met een relatief lage impact zijn crises waar we de afgelopen periode als samenleving door zijn geraakt. De minder zichtbare en tot de verbeelding sprekende incidenttypen zijn hoger gescoord. Ook binnen dit primaire proces is de grootste uitdaging bij de uitval van de vitale infrastructuur. De informatievoorziening verloopt hedendaags grotendeels via digitale kanalen.

Aanbevelingen

Stel procedures en handleidingen op waardoor bij uitval van digitale kanalen of wanneer inzage in de digitale kanalen niet mogelijk is, de organisatie zijn (bedrijfs)activiteiten kan blijven voortzetten.

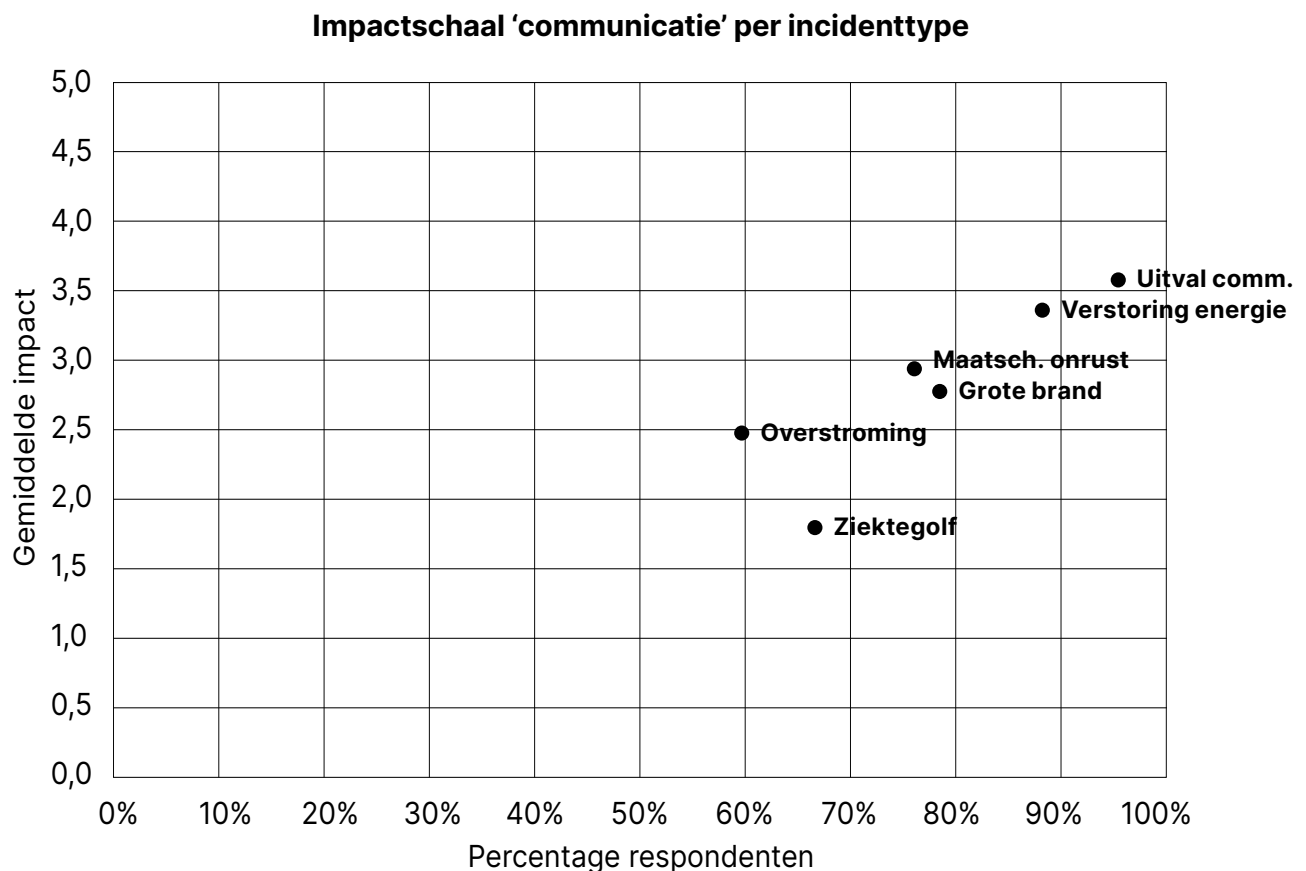


Ten tijde van een crisis kunnen middelen of voorzieningen schaars worden. Als middelen of voorzieningen niet meer voorhanden zijn, dan kan dit de continuïteit van zorg en/of de zorgcontinuïteit bedreigen. Dit kan dus een aanzienlijke impact hebben. Dit is ook te zien aan de scores die zijn gegeven aan de impact op resource management bij de verschillende incidenttypen. Tijdens de dialoogsessie hebben verschillende zorgpartners aangegeven niet altijd voorbereid te zijn op een tekort aan middelen of voorzieningen. Daarbij is geen zicht op de voorbereidingen die de keten in zijn geheel heeft getroffen.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen dat er inzicht komt in de voorbereidingen die de keten heeft getroffen bij een tekort aan middelen en voorzieningen. Zorgpartners moeten zich realiseren dat op voorhand (contractuele) afspraken maken van belang is om de continuïteit van zorg en de zorgcontinuïteit te waarborgen. Daarbij is het van belang om te weten met welke aanbieders dergelijke (contractuele) afspraken worden gemaakt, om te voorkomen dat bij het hebben van een regionale crisis dezelfde (contractuele) partij wordt overspoeld. Daarnaast kan het maken van afspraken binnen de keten, over bijvoorbeeld opvanglocaties, de notie tot samenwerken bevorderen. Zorgpartners zijn voor het handhaven van de continuïteit van zorg en de zorgcontinuïteit op elkaar aangewezen.

Primair proces 9: communicatie

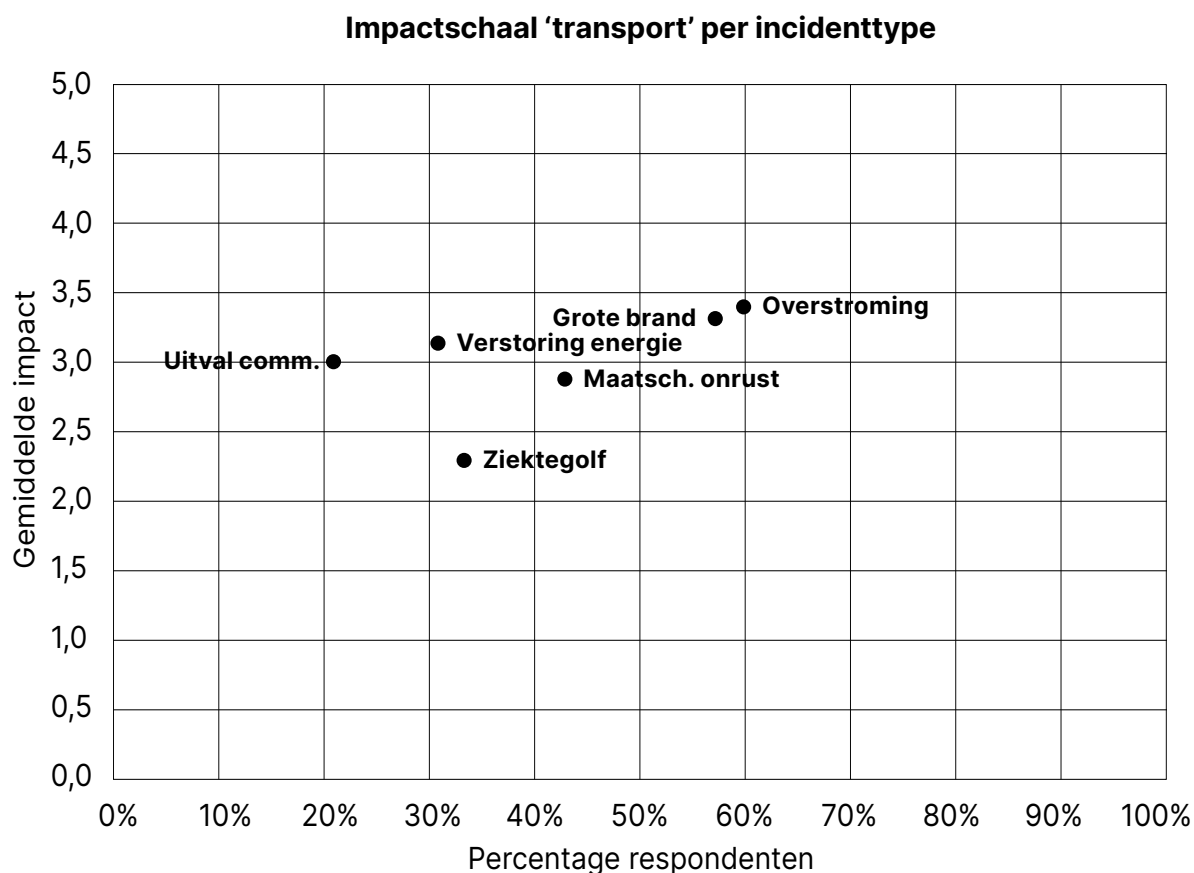


Op de communicatie, naar zowel in- als externe actoren, heeft ieder incidenttype een hoge mate van impact. Communicatie is essentieel om de crisis te bestrijden, maar ook om deze niet te verder uit te breiden. Het is van belang ons te realiseren dat de vanzelfsprekendheid van het gebruik van digitale middelen bij communicatie abrupt kan worden verstoord bij bijvoorbeeld de uitval van vitale infrastructuur. Zorgpartners hebben tot op heden onvoldoende maatregelen genomen communicatie bij een dergelijke uitval voort te kunnen zetten. Daarnaast moeten we ons realiseren dat de snelheid van berichtgeving over verschillende incidenten razend snel is. Hierop moet volledig, tijdig en juist worden geacteerd om te voorkomen dat er negatieve beeldvorming ontstaat. Niet alleen naar de externe omgeving,

maar ook de interne. Door het ontbreken van (voldoende) opgeleide communicatieadviseurs, is dit nu niet altijd haalbaar.

Aanbevelingen

Het is van belang om een centraal systeem te realiseren waar ten tijde van crisis op kan worden gecommuniceerd, waardoor real-time de laatste informatie kan worden opgehaald en worden gedeeld. Een voorbeeld hiervan is LCMS-GZ. Daarbij moet oog zijn voor een 24/7 inzetbare en opgeleide communicatieadviseur. Daarnaast moet aandacht zijn voor alternatieve communicatiemiddelen, mochten systemen uitvallen. Niet alleen voor de communicatie binnen de zorginstelling, maar ook met andere zorgpartners, zorgvragers thuis, medewerkers en andere zorginstellingen.



Bij de incidenttypen waarbij in veelvoorkomende gevallen evacuatie een rol gaat spelen, is de impact op transport het grootst. Uit de dialoogsessie komt naar voren dat nog te weinig zorgpartners planvorming voor het (grootschalig) verplaatsen van cliënten en/of patiënten hebben. Daarbij moet aandacht zijn voor de energie-transitie. Steeds meer vervoersmiddelen worden aangedreven door elektriciteit. Uitval van vitale infrastructuur kan daarmee de transport bemoeilijken.

Aanbevelingen

Zorgpartners dienen planvorming voor het (grootschalig) verplaatsen van cliënten en/of patiënten op te stellen en te beoefenen. De uitdaging om het voorhanden hebben van genoeg vervoersmiddelen om een dergelijke (grootschalige) verplaatsing mogelijk te maken, wordt verwezen naar de aanbeveling bij het primaire proces 'resourcemanagement'. Daarnaast moet er rekening worden gehouden met de risico's (voor transport) die de energie-transitie met zich meebrengt.

Literatuurlijst



CBS. (sd). Regionale bevolkings- en huishoudprognoses 2022-2050 | vergrijzing

Opgehaald van CBS: <https://longreads.cbs.nl/regionale-prognose-2022/vergrijzing>

CBS. (z.d.). Jongeren en ouderen per gemeente

Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/regionaal/jongeren-en-ouderen>

Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. (2022, September)

Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf>

Rijksoverheid. (z.d.). Zorg en welzijn (breed)

Opgehaald van Prognosemodel Zorg en Welzijn: <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/stories-dashboard/1--zorg-en-welzijn--breed->

08 Bijlagen

Bijlage A

Projectorganisatie en zorgpartners

Projectorganisatie

Opdrachtgevers

DPG Limburg-Noord	Carolien Angevaren
DPG Zuid-Limburg	Frank Klaassen

Stuurgroep

Hoofd GHOR Limburg-Noord	Annette Theuws / Sandy Leurs
Hoofd GHOR Zuid-Limburg	Danny ten Berge / Marlies Goldsmits

Projectgroep

GHOR Limburg-Noord	Stef Smits	Projectleider
GHOR Zuid-Limburg	Thijs van Agteren	Projectleider
NAZL/OTO Limburg	Joeri Metsemakers	Projectlid
GHOR Limburg-Noord	Lotte Alsters	Projectlid
GHOR Limburg-Noord	Ben Rayer	Projectlid
GHOR Zuid-Limburg	Marcel Sillen	Projectlid
GHOR Zuid-Limburg	Christel Steins	Projectlid
Veiligheidsregio Limburg-Noord	Caro Brouns	Projectlid communicatie
Veiligheidsregio Limburg-Noord	Nikki de Rooij	Projectlid communicatie

Zorgpartners

Cure

Ziekenhuizen	Maastricht UMC+, Zuyderland Medisch Centrum, VieCuri, SJG, Laurentius
HAP & Huisartsen	Meditta, HOZL, HAP Maastricht-Heuvelland, Cohesie
RAV	Ambulancezorg Limburg
GGD	GGD Zuid-Limburg, GGD Limburg-Noord

Care

VVT	Adelante Zorggroep, Envida, Nobamacare, Sevagram, Zuyderland Care, MeanderGroep, Vivantes, Thuiszorg Groot Limburg, De Zorggroep, Proteion, Land van Horne, La Providence, Beek en Bos, St. Jozef, Vincent DePaul
GHZ	Daelzicht, Radar, Koraal, Pergamijn, WonenPlus, Philadelphia, Dichterbij, PSW
GGZ	Mondriaan, MET ggz, LEVANTOgroep, Mutsaersstichting, Vincent van Gogh

Overig

Overig	Het Nederlandse Rode Kruis
--------	----------------------------

Bijlage B

Crisis- en incidenttypen

Nr.	Crisistype	Incidenttype
1	Overstromingen	Overstroming vanuit zee
		Overstroming door hoge rivierwaterstanden
2	Natuurbranden	Bosbrand
		Heide, (hoog)veen- en duinbranden
3	Extreme weersomstandigheden	Koudegolf, sneeuw en ijzel
		Hittegolf
		Storm en windhozen
		Aanhoudende laaghangende mist
4	Aardbevingen	Aardbeving
5	Plagen	Ongedierte
6	Dierziekten	Ziektegolf
7	Branden in kwetsbare objecten	Grote brand in gebouwen met niet of verminderd zelfredzame personen
		Grote brand in gebouwen met een grootschalige publieksfunctie
		Grote brand in bijzonder hoge gebouwen of ondergrondse bebouwing
		Brand in dichte binnensteden
8	Instorting in grote gebouwen / kunstwerken	Instorting door explosie
		Instorting door gebreken constructie of fundering

Nr.	Crisistype	Incidenttype
9	Incidenten met brandbare / explosieve stof in de open lucht	Incident vervoer weg
		Incident vervoer water
		Incident spoorvervoer
		Incident transport buisleidingen
		Incident stationaire inrichting
10	Incidenten met giftige stof in de open lucht	Incident vervoer weg
		Incident vervoer water
		Incident spoorvervoer
		Incident transport buisleidingen
11	Kernincidenten	Incident A-objecten: centrales
		Incident A-objecten: nabije centrales grensoverschrijdend
		Incident A-objecten: scheepvaart met kernenergie en nucleair defensiemateriaal
		Incident B-objecten: vervoer grote eenheden radioactief materiaal
		Incident B-objecten: overige nucleaire faciliteiten brandklasse i
		Incident B-objecten: nucleaire faciliteiten brandklasse ii
		Incident B-objecten: overig vervoer en gebruik nucleaire materialen
		Incident militair terrein en transporten nucleair materiaal
12	Verstoring energievoorziening	Uitval olievoorziening
		Uitval gasvoorziening
		Uitval elektriciteitsvoorziening
13	Verstoring drinkwater-voorziening	Uitval drinkwatervoorziening
		Problemen waterinname
		Verontreiniging in drinkwaternet

Nr.	Crisistype	Incidenttype
14	Verstoring rioolwaterafvoer en afvalwaterzuivering	Uitval rioleringssysteem
		Uitval afvalwaterzuivering
15	Verstoring telecommunicatie en ICT	Uitval voorziening voor spraak- en datacommunicatie
16	Verstoring afvalverwerking	Uitval afvalverwerking
17	Verstoring voedselvoorziening	Uitval distributie
18	Luchtvaartincidenten	Incident bij start of landing op of om een luchtvaartterrein
		Incident vliegtoestel bij vliegshows
19	Incidenten op of onder water	Incident waterrecreatie en pleziervaart
		Incident beroepsvaart (anders dan met gevaarlijke stoffen)
		Incident op ruim water
		Grootschalig duikincident
20	Verkeersincidenten op land	Incident wegverkeer
		Incident treinverkeer
21	Incidenten in tunnels	Incident in treintunnels en ondergrondse stations
		Incident in wegtunnels
		Incident in tram- en metrotunnels en ondergrondse stations
22	Bedreiging volksgezondheid	Besmettingsgevaar via contactmedia
		Feitelijke grootschalige besmetting (nog) zonder ziekteverschijnselen
		Besmettelijkheidsgevaar vanuit buitenland
		Besmettelijkheidsgevaar in eigen regio
		Dierziekte overdraagbaar op mens
23	Ziektegolf	Ziektegolf besmettelijke ziekte
		Ziektegolf niet besmettelijke ziekte
24	Paniek in menigten	Paniek tijdens grote festiviteiten, concerten en demonstraties
25	Verstoring openbare orde	Rel rondom demonstraties en andere manifestaties
		Gewelddadigheden rondom voetbalwedstrijden
		Maatschappelijke onrust en buurtrellen



Bijlage C

Beschrijvingen van de crisis- en incident-typen

Incidentbeschrijving 1: Ziektegolf besmettelijke ziekte

In week 52 (december 2024) breekt het Norovirus uit in een (jouw) zorginstelling waar kwetsbare cliënten verblijven. Het betreft personen die niet geheel zelfverzorgend zijn. Het zijn cliënten die tevens naar de dagbesteding gaan, waar ook cliënten vanuit andere woongroepen en cliënten die zelfstandig wonen dagbesteding afnemen.

De klachten behorende bij een besmetting met het Norovirus zijn: braken, diarree, misselijkheid, koorts, hoofdpijn, buikpijn of buikkrimp. Het braken is vaak heftig en kan heel plotseling beginnen. De tijd tussen besmet raken en ziek worden is 1 tot 3 dagen. Iemand met een infectie door Norovirus kan anderen besmetten via de handen. Na bezoek aan het toilet kan het virus bijvoorbeeld op de wc-bril, de spoelknop, de kraan of de deurklink zitten. Hierdoor kan het virus via de handen in de mond terechtkomen. Via de handen kan het virus ook op bestek, servies en eten terechtkomen.

Iemand die braakt, kan andere mensen in dezelfde ruimte besmetten. Door braken komen kleine druppeltjes in de lucht. Mensen kunnen deze druppeltjes inademen en besmet raken. Als het virus in de lucht komt, kan het ook op spullen terechtkomen. Via bestek, servies en eten kan het dan op de handen en in de mond komen en kan iemand besmet raken.

Situatiebeschrijving

Dag 1-3

In de zorginstelling worden bewoners ziek. Het betreft symptomen als braken, diarree, misselijkheid, et cetera. Symptomen passend bij een besmetting met Norovirus. Op een gegeven moment worden er meer dan 3 mensen met vergelijkbare symptomen op dezelfde locatie ziek. Vervolgens wordt, volgens protocol, in de zorginstelling naast de medische dienst ook de basisarts ingeschakeld. De basisarts stelt middels een Norosneltest de diagnose Norovirus vast. De hygiënemaatregelen worden zeer strikt nageleefd en verscherpt. Zeker rond toiletgebruik, omdat na het verdwijnen van de symptomen nog voor een periode van 3 weken virus kan worden uitgescheiden. Deze diagnose en vaststelling wordt doorgegeven aan de GGD.

Dag 4-6

De besmetting verspreidt zich naar meerdere cliënten, de ambulante zorg, de thuiszorg en verder naar buiten. Ook bij andere zorginstellingen worden besmettingen vastgesteld waardoor cliënten niet meer naar de dagbesteding komen. De GGD geeft het advies in kaart te brengen welke organisaties of zorginstellingen betrokken zijn. Naast meerdere cliënten is het directe personeel ook besmet, die zich vervolgens voor het werk ziekmelden.

Daarnaast geeft de GGD advies welke persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt moeten worden om verdere besmettingen te voorkomen of de lopende besmettingen in te dammen. Het virus heeft zich binnen de oorspronkelijke organisatie verspreid naar meerdere locaties van de lokale en regionale organisatie. Hierdoor is de zorg voor cliënten niet meer gegarandeerd. Er is een duidelijke verstoring van de vraag ten opzichte van de beschikbare capaciteit, die ontstaat door het dubbele effect van de toename van de zorg en de afname van het zorgaanbod door ziek personeel.

Dag 7-14

Door deze verstoring ten opzichte van vraag versus capaciteit is men genoodzaakt een beroep te doen op de overige facetten van de witte keten. Er wordt aanspraak gedaan op overige hulpverlenende instanties, andere ambulante hulpverleners, alsook lokale huisartsen. Door een tekort aan personeel, middelen en materialen wordt verder opgeschaald naar de ziekenhuizen. Als knelpunten worden aangegeven de steeds grotere groep zieke cliënten en medewerkers. Overige effecten zijn een tekort aan materialen en de logistiek komt in de knel.

Incidentbeschrijving 2: grote brand in gebouwen met niet of verminderend zelfredzame personen

Het is 16 oktober 05:00 uur. De temperatuur is 10 graden en er staat een stevige wind. In het hoofdgebouw van uw zorginstelling breekt brand uit op de kamer van een oudere cliënt. Het hoofdgebouw bestaat uit meerdere bouwlagen. De zorginstelling biedt (jeugd)gehandicaptenzorg en ouderzorg aan. In het pand bevindt zich ook een hospice van een andere zorgorganisatie. Vanwege het tijdstip is weinig personeel aanwezig; een persoon heeft slaapwacht en een achterwacht is op oproep beschikbaar. Door de brandweer wordt opgeschaald naar GRIP 1.

Situatiebeschrijving

De cliënt, op wiens kamer de brand is ontstaan, heeft om te kunnen roken de rookmelder afgeschermd. De rookmelders zijn vertraagd afgegaan. Het duurt niet lang voordat de rook zich over de hele afdeling verspreidt en overslaat naar naastgelegen kamers. Vanwege het rookalarm sluiten de branddeuren en wordt het vluchten bemoeilijkt; de hectiek onder de cliënten neemt toe. De cliënten worden in kritieke toestand geëvacueerd, waarbij zowel cliënten als personeel ernstige brandwonden oplopen en rook inademen. Bovendien is tijdens de evacuatie een cliënt ten val gekomen.

Mogelijk is de ambulancecapaciteit in Limburg niet toereikend. Opvang en verzorging door de gemeente is complex vanwege het ontbreken van de juiste voorzieningen voor de drie cliëntencategorieën. Vanwege de grote impact op de omgeving wordt opgeschaald naar GRIP 2.

Om 10:00 uur geeft de brandweer brandmeester. Het pand is onbewoonbaar. De cliënten worden zoveel als mogelijk ondergebracht bij collega-instellingen, waar de druk vanwege personeelstekorten al hoog is. De impact van de gebeurtenissen is enorm: psychosociale hulpverlening is hard nodig voor zowel cliënten en familie als personeel. Al snel komt in de media het bericht over de gevaarlijke bouwtechnische constructie van het verouderde pand, waardoor de brand zo snel kon overslaan. Dit zorgt voor onrust bij de familie van cliënten, maar ook bij omliggende zorginstellingen rijst de vraag over hoe veilig hun panden zijn.

Het pand wordt onbewoonbaar verklaard. De kosten van herstellen blijken niet op te wegen tegen sloop en nieuwbouw. De brandverzekeraar is kritisch en betaalt vooralsnog niet uit. De cliënten, onder te verdelen in de drie verschillende cliëntcategorieën, dienen voor langere tijd elders ondergebracht te worden; wat zeker voor de cliënten met een verstandelijke beperking, een enorm impactvolle aangelegenheid is. Hetgeen ook weer voor extra druk op het personeel zorgt. De cliënten worden in andere zorginstellingen ondergebracht, en personeel gaat mee.

Het eigen personeel blijft de inzet van het BOT team van belang. De druk op het personeel blijft hoog. De zorg dient gecontinueerd te worden en medische dossiers worden overgedragen. Daarnaast dragen de medewerkers zorg voor de persoonlijke eigendommen die teruggegeven kunnen worden aan de cliënten.

Slachtofferbeeld

T1 (zwaargewond): 5

T2 (gewond): 11

T3 (lichtgewond): 14

Overleden: 1

Incidentbeschrijving 3: uitval van data- en spraakcommunicatie

Op maandag 05:00 uur wil een medewerker van jouw instelling een dienstdoende arts urgent telefonisch spreken in het kader van een zorgvraag van een patiënt/cliënt. De medewerker merkt op dat hij geen beltoon krijgt te horen. Een collega die naast hem staat, blijkt geen mobiel bereik te hebben. De medewerker probeert daarom op de computer het telefoonnummer van de ICT-helpdesk/servicedesk op te zoeken. De website van het telefoonboek blijkt ook niet bereikbaar te zijn.

Situatiebeschrijving

De systemen die verbonden zijn via het internet, zoals patiëntendossiers, het assistentie-oproep-systeem, koppeling van de brandmeldinstallatie, de personenalarmering thuis, (VOIP /mobiele) telefonie, zorgdomein en elektronisch ritformulier werken niet.

Er blijkt een storing te zijn in de Amsterdam Internet Exchange (AMS-IX); het belangrijkste internet-knooppunt van Nederland, waar een groot deel van het internetverkeer met het buitenland en de gegevensstroom tussen Nederlandse internet-providers wordt afgehandeld. De eerste berichten geven aan dat de verwachting is dat de storing 24 uur gaat duren. Beide veiligheidsregio's in Limburg zijn naar GRIP-4 opgeschaald.

Telefonie is niet mogelijk en de patiëntendossiers zijn digitaal niet toegankelijk. Hierdoor ontstaat er onrust onder het personeel en de patiënten/cliënten van de zorginstellingen. Data-uitwisseling tussen de instellingen en de veiligheidsregio's is niet mogelijk.

Na 10 uur is mobiele telefonie weer mogelijk. Er wordt verwacht dat binnen enkele uren het internet gefaseerd wordt opgestart. De GHOR'en doen een uitvraag aan de instellingen over de wijze waarop deze gefaseerd willen gaan opstarten. Na 24 uur zijn grotendeels de telefonie- en datavoorzieningen hersteld. Nog niet alle systemen zijn gesynchroniseerd of zijn in bedrijf. Daarnaast moeten de papierendossiers nog verwerkt worden in de reguliere systemen; dit vergt enorm veel tijd. Daarbij is er inhaalzorg ontstaan.

Incidentbeschrijving 4: verstoring energievoorziening

In de ochtend van **donderdag 17 oktober 2024** valt omstreeks 07:30 uur de stroomvoorziening uit door een brand in een verdeelkamer. De provincie Limburg zit hierdoor zonder elektriciteit. Ook zorginstellingen worden door de stroomstoring getroffen. Het normale dagelijks leven wordt verstoord. De buitentemperatuur is 9 graden Celcius.

Situatiebeschrijving

Op het moment dat de stroom om 07:30 uur uitvalt, is er geen duidelijk beeld over hoe lang de uitval kan duren. Instellingen met noodstroomvoorzieningen schakelen hierop over. Bij de instellingen zonder noodstroomvoorzieningen vallen licht en elektra uit.

Rond 08:15 uur wordt duidelijk dat het om een brand gaat in de verdeelkamer, waardoor de elektriciteitsvoorziening wordt verstoord. De uitval zal langer dan 8 uur duren. Telefonie, internet, tv en radio zijn niet bereikbaar. Enkel noodtelefonie is mogelijk. Elektronische patiëntendossiers zijn niet te bereiken en digitale medicatielijsten niet te gebruiken. Door de uitval van de verkeerslichten, straatlampen en matrixborden kunnen gevaarlijke situaties ontstaan op de openbare weg.

Na 8 uur zonder elektriciteit vallen hydrofoorinstallaties uit. Hierdoor ontvangen hoger gelegen verdiepingen geen leidingwater meer. Enkel de pompen die op de noodstroom zijn aangesloten, blijven functioneren.

Door de uitval van de meeste voorzieningen ontstaat een gebrek aan primaire levensbehoeften. De gevolgen zijn dat voedsel in koelingen/vriesinstallaties bederft. Huizen en instellingen kunnen niet meer verwarmd worden, waardoor de kans op onderkoeling toeneemt. Dit kan ervoor zorgen dat mensen via niet-reguliere manieren gaan verwarmen. Dit kan uiteindelijk leiden tot gevaarlijke situaties met CO-intoxicaties tot gevolg.

De reserves van voorzieningen op batterijen en accu's raken op, waardoor o.a. mobiele telefoons, elektrische rolstoelen, (thuis)dialyse-apparatuur en brandstofpompen uitvallen. Ook thuiswonende verminderd zelfredzame personen krijgen hiermee te maken. Patiënten die hun (huis)arts niet kunnen bereiken, zullen zelf op locatie verschijnen; zowel bij huisartsenpraktijken als ziekenhuizen. De politie voert extra surveillance in de regio uit. Daarnaast is extra aandacht noodzakelijk voor beveiliging van gebouwen.

Op zaterdag 19 oktober 2024 om 10:00 uur geeft Enexis het bericht dat de reparaties in de verdeelkamer zijn afgerond. De getroffen inwoners en instellingen schakelen terug naar de normale situatie. Apparatuur wordt opgestart en gecontroleerd op functionaliteit. Patiëntendossiers zijn gedurende de uitval op papier bijgehouden, deze zullen digitaal ingevoerd moeten worden. Patiënten met medicatie thuis in de koeling, komen met vragen bij de huisartsposten of dit nog gebruikt kan worden.

Incidentbeschrijving 5: overstroming door hoge rivierwaterstanden

Het is november en door de aanhoudende regenval in Frankrijk, België en Nederland van de afgelopen weken, raken de bodems verzadigd en lopen diverse regenwaterbuffers van Waterschap Limburg vol. Door de extreme neerslag ontstaat wateroverlast en wordt niet alleen hoogwater in de Maas verwacht, maar ook in de zijrivieren die uitmonden op de Maas. Wanneer zich een gelijktijdige situatie voordoet van hoogwater in de Maas én de zijrivieren, kan zich 'terugslag' voordoen. In het geval van een terugslag kan de zijrivier haar water niet uitmonden in de Maas, waardoor het water zich in de riviermonding ophoopt. Hierdoor ontstaat terugslag en zal de waterstand in de zijrivier zich stroomopwaarts verder ophogen.

Situatiebeschrijving

Het waterpeil van de Maas en zijrivieren stijgen en er is sprake van wateroverlast door de extreme neerslag. Er worden diverse maatregelen getroffen door de gemeenten en verschillende crisisstructuren worden opgestart. De verwachting van Rijkswaterstaat is dat de afvoer bij Sint Pieter Maastricht 2000 m³/s gaat overstijgen. Verscheidene zorginstellingen zijn door de wateroverlast beperkt bereikbaar. De riolering kan het vele water niet aan, waardoor enkele straten blank komen te staan en lager gelegen delen van gebouwen kunnen onderlopen.

De neerslag houdt aan en de waterafvoer bij Sint Pieter Maastricht blijft elk uur toenemen. Al snel dreigen de eerste woonwijken geïsoleerd te raken. In verschillende gemeenten rondom de Maas, maar ook de zijrivieren zoals de Geul en de Roer, wordt overgegaan op preventieve evacuatie. Bij de evacuatie zijn diverse zorginstellingen en locaties met verminderd zelfredzamen betrokken. Als gevolg

van de hoge waterstanden is in een aantal woonwijken de stroomvoorziening uitgevallen. Ook zijn een aantal wegen onbegaanbaar door de hoge waterstanden. Dat zorgt voor problemen wat betreft de bereikbaarheid van zorginstellingen en het bemoeilijkt de inzet van hulpdiensten. Ook cliënten in geïsoleerde woonwijken kunnen niet meer worden bezocht.

Het waterpeil blijft stijgen tot boven het niveau van diverse waterkeringen. Duizenden hectaren van de oppervlakte van de provincie Limburg staat uiteindelijk onder water en duizenden mensen zijn geëvacueerd. Het water reikt zelfs tot aan verschillende gemeenten in Brabant. De situatie houdt volgens Rijkswaterstaat nog enkele dagen aan, waarna het water weer zal zakken. Door het aanhoudend hoge waterpeil neemt ook het risico op een dijkdoorbraak toe. De schade in Limburg is groot, geëvacueerde mensen kunnen voorlopig nog niet terug naar de eigen woonplaats en een groot aantal zorginstellingen kan door de schade voorlopig hun deuren nog niet openen. De nafase zal naar verwachting nog lang gaan duren.

Incidentbeschrijving 6: maatschappelijke onrust en buurtrellen

Het is januari en er heerst een extreme griepgolf. In Limburg loopt de ontwikkeling van de griepgolf, door het vele grensverkeer, voor op de rest van het land. Het ziekteverzuim in de zorg is erg hoog. De patiëntenstroom neemt in het hele land (en dus ook in Limburg) erg snel toe. Door de krapte op de arbeidsmarkt is inzet van extra personeel vrijwel uitgesloten. Een langdurige disbalans ontstaat tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Situatiebeschrijving

De zorginstelling ziet zich genoodzaakt de zorg af te schalen. Door het afschalen van de zorg vindt er een prioritering van de zorg plaats. Hierdoor kan de zorg die normaliter geleverd en verwacht wordt, niet worden geleverd. Hierdoor ontstaat onbegrip bij patiënten. De patiënten voelen zich machteloos en reageren emotioneel en soms wat agressief.

De verwanten worden door de zorginstelling in kennis gesteld dat de zorginstelling zich genoodzaakt ziet de zorg af te schalen. De verwanten zijn het niet eens met de keuzes die door de zorginstelling gemaakt worden. De emoties lopen behoorlijk hoog op en er wordt aan de telefoon agressief op de berichtgeving gereageerd. Een deel van de verwanten komt bij de zorginstelling verhaal halen en wordt zelfs agressief tegen het zorgpersoneel. De bedrijfsvoering van de zorginstelling wordt hierdoor verder verstoord en de werknemers voelen zich geïntimideerd en onveilig.

Het nieuws over afschalen van de zorg bij de zorginstelling spreekt zich overal rond; met name via social media verspreidt het nieuws zich razendsnel. Door middel van intimidatie en bedreigingen wordt geprobeerd het leveren van de zorg af te dwingen. Hierdoor voelt de zorginstelling zich genoodzaakt de politie in te schakelen. Bij het zien van de politie keert de menigte zich tegen de politie en de zorgverleners. De politie zet straten in de omgeving van de zorginstelling af om de toestroom van nog meer mensen te voorkomen. Een groot deel van de buurt waarin de zorginstelling zich bevindt, is hierdoor ontoegankelijk geworden. Dit heeft tot gevolg dat ook thuiszorgmedewerkers hun cliënten in de wijk niet meer kunnen bereiken. Daardoor neemt de escalatie steeds meer toe; enerzijds van de kant van de familie van de patiënten en anderzijds vanuit de buurt.

Bijlage D

Toelichting primaire processen

Primaire processen	Definitie	Voorbeelden
Alarmering	Een complex van maatregelen om mensen met een rol in de crisis-beheersing acuut bijeen te brengen.	• Pager • Belboom • Smart Respond • Communicator
Leiding & Coördinatie	Leiding: het aansturen van mensen en teams, zoals het crisisteam. Coördinatie: het laten samenwerken van mensen en teams als geheel op alle niveaus.	• Pager • Belboom • Smart Respond • Communicator
Triage	Het kwalificeren op aard en ernst van het (lichamelijk) letsel van slachtoffers (bij rampen en crises). Onder triage vallen ook de processen screening en bron- en contactonderzoek.	
Diagnostiek	De middelen en handelingen die nodig zijn voor het stellen van een diagnose.	• Diagnostische systemen
Behandeling	De medische handelingen die nodig zijn voor het verbeteren van de toestand van slachtoffers en patiënten, nadat er een diagnose is gesteld.	• Logistiek van behandelmaterialen

Primaire processen	Definitie	Voorbeelden
Verzorging	Alle werkzaamheden rondom een patiënt in een zorginstelling, behalve triage, behandeling en transport.	
Informatiemanagement	Het verzamelen, analyseren van informatie en uitwisselen van relevante informatie binnen de geneeskundige kolom.	• Netcentrisch werken met LCMS
Resourcemanagement	Het beheer van mensen en middelen t.b.v. het bestrijden van het incident en de reguliere zorg.	
Communicatie	Communiceren t.b.v. informatievoorziening, met als doel het bieden van een handelingsperspectief en duiden van de situatie.	
Transport	Het vervoeren van mensen (hulpverleners, slachtoffers, patiënten) en middelen.	• Gewondenvervoer / uitvoering gewonden-spreidings-plan • MMT vervoer • Bloedtransport

Bijlage E

Toelichting afhankelijkheden

Afhankelijkheid		Definitie	Voorbeelden
Materiaal / Materieel	Personeel	Personeel De schaarste in vakbekwaam personeel.	- Ambulance-teams - Calamiteiten-teams - Alarmering (opschaling) - Triagisten
	Voertuigen	Voertuigen gespecialiseerd voor zorgverlening, patiëntenvervoer of vervoer van zorgpersoneel naar plaats incident of coördinatielocaties.	- Ambulance - Piketvoertuigen - Noodhulp-voertuigen
	Materiaal prehospitala behandeling	Materiaal bedoeld voor levensreddende handelingen of voorkomen van gezondheidsschade.	- Zuurstof - AED - Stabilisatie-materiaal - Decontaminatie-middelen
Vitale infrastructuur	Materialen, ruimten en verbruiksmiddelen	De ruimten (lees: behandelkamers) met materialen en uitrusting waar de slachtoffers worden behandeld. Cruciale materialen voor levensreddende handelingen en ter voorkoming van gezondheidsschade.	- Beademings-materiaal - SEH bedden - IC bedden - OK's
	ICT	Technologische voorzieningen / systemen t.b.v. informatie en communicatie.	- Internet - Bedrijfsnetwerk - C2000
	Gas	Gassen t.b.v. binnenklimaat en koken.	Aardgas
	Elektriciteit	Elektriciteit aanwezig of toereikend om weer op de lichtnetvoorziening over te gaan.	- Lichtnetvoor-ziening - Accu's - Noodaggregaat (brandstof)
	Water	Leidingwater	- Drinkwater - Hygiëne doeleinden - Behandelingsdoeleinden

Zorgrisicoprofiel Limburg

