

Bundel – Bestuurscommissie GGD, reguliere vergadering. van 6 november 2024

- A Algemeen
- A.1 Opening en mededelingen
- A.2 Besluitenlijst van de reguliere vergadering BC GGD d.d. 25 september 2024
 - Voorstel:*
 - Besluitenlijst vaststellen.*
 - 2024-09-25_Bestuurscommissie GGD_ reguliere vergadering (1)
- B Ter kennisneming/hamerstukken
- B.1 Zorgrisicoprofiel
 - Voorstel:*
 - Ter kennisgeving*
 - Deknotitie BC GGD Zorgrisicoprofiel
 - Zorgrisicoprofiel Limburg
 - Zorgrisicoprofiel in perspectief
- C.a Ter besluitvorming; hamerstukken
- C.b Ter besluitvorming
- C.b.1 Inzet bestemmingsreserve tbv versterking GGD
 - 20241031 Nazending Inzet bestemmingsreserve ten behoeve van Versterking GGD
- D Ter bespreking
- D.1 Kaderbrief 2026
 - Voorstel:*
 - 1. Het dagelijks bestuur positief adviseren over de kaderbrief 2026.*
 - Deknotitie kaderbrief 2026
 - Kaderbrief 2026
- E Rondvraag en sluiting

Besluitenlijst Vertrouwelijk Bestuurscommissie GGD, reguliere vergadering.

Datum	25-09-2024
Tijd	13:30 – 16:30
Locatie	Drie Decembersingel 50, Blerick – Bestuurszaal (2e verdieping)
Voorzitter	F. Schatorjé

A Algemeen

A.1 Opening en mededelingen

- Aankondiging gewijzigde regionale winterregeling daklozen.
- De Koude- en winterregeling is van de agenda afgevoerd (zie rondvraag).

A.2 Besluitenlijst van de reguliere vergadering BC GGD d.d. 29 mei 2024

Voorstel:

Besluitenlijst vaststellen.

Besluit:

Conform voorstel vastgesteld.

B Ter kennisneming/hamerstukken

C.a Ter besluitvorming; hamerstukken

C.b Ter besluitvorming

D Ter bespreking

E Rondvraag en sluiting

Door L. Vestjens wordt geïnformeerd naar de “koude- en winterregeling” die in de initiële agenda van de BC GGD stond geagendeerd. Toegelicht dat deze is teruggetrokken in overleg met de gemeente Venlo. Het betreft een gemeentelijk proces en werkwijze en geen regeling vanuit de Veiligheidsregio.

Aldus vastgesteld in de vergadering van de Bestuurscommissie GGD van 6 november 2024

de ambtelijk secretaris,

de voorzitter,

Vergadering van	:	Bestuurscommissie GGD - reguliere vergadering
Kabinet	:	Nee
Vergaderdatum	:	6 november 2024
Auteur	:	Smits, Stef
Onderwerp	:	Zorgrisicoprofiel Limburg
Bijlagen	:	2

Aanleiding en korte samenvatting

Het Zorgrisicoprofiel is hét document dat inzicht biedt in de risico's in de geneeskundige keten in de regio. De regio bestaat uit de provincie Limburg. Als gezamenlijk product van alle acute en langdurige partners heeft de GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg en het NAZL het komen tot een zorgrisicoprofiel als opdracht. Deze opdracht is nog niet wettelijk geborgd, maar dat zal naar verwachting bij de herziening van de wet op de veiligheidsregio's wel het geval zijn. Voor nu is de frequentie van herziening vastgezet op 4 jaren. Het Zorgrisicoprofiel is door de directeur publieke gezondheid van beide GGD'en vastgesteld.

Het zorgrisicoprofiel is tot stand gekomen na drie fysieke bijeenkomsten met, bij voorkeur, alle acute en langdurige zorgpartners. Het gaat dan om:

1. Kick-off bijeenkomst, waar de belangrijkste risico's door de zorgketen werden bepaald.
2. Verdiepingsbijeenkomst, waar uitleg is gegeven over het gebruik van de tool om de risico's te scoren.
3. Dialoogsessie, waar de zorgketen met elkaar in gesprek gingen over de uitkomsten van de digitale scoring.

Op basis van deze sessies is het zorgrisicoprofiel opgesteld en zijn er aanbevelingen gedaan om deze risico's te beperken of weg te nemen worden gegeven.

Het is van belang dat er een duidelijke koppeling is tussen het provinciaal risicoprofiel en het provinciaal zorgrisicoprofiel. Landelijk wordt deze koppeling ook gevolgd, met name door beide methodieken op elkaar af te stemmen. Mocht de vorm van het provinciaal risicoprofiel in Limburg veranderen, dan is het logischerwijs dat het zorgrisicoprofiel deze vorm volgt.

Beslispunten

Ter kennisgeving.

Bijlagen

1. Zorgrisicoprofiel Limburg
2. Zorgrisicoprofiel in perspectief

Besluit

Paraaf ambtelijk secretaris:

- Akkoord met voorstel
- Akkoord met voorstel met aantekening
- Niet akkoord met voorstel met aantekening

Toelichting:

Zorgrisicoprofiel Limburg



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 huidig 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 samenleving is

en blijft in beweging.

Een dynamisch zorgrisicoprofiel kan

nieuwe risico's

beter het hoofd bieden



01

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

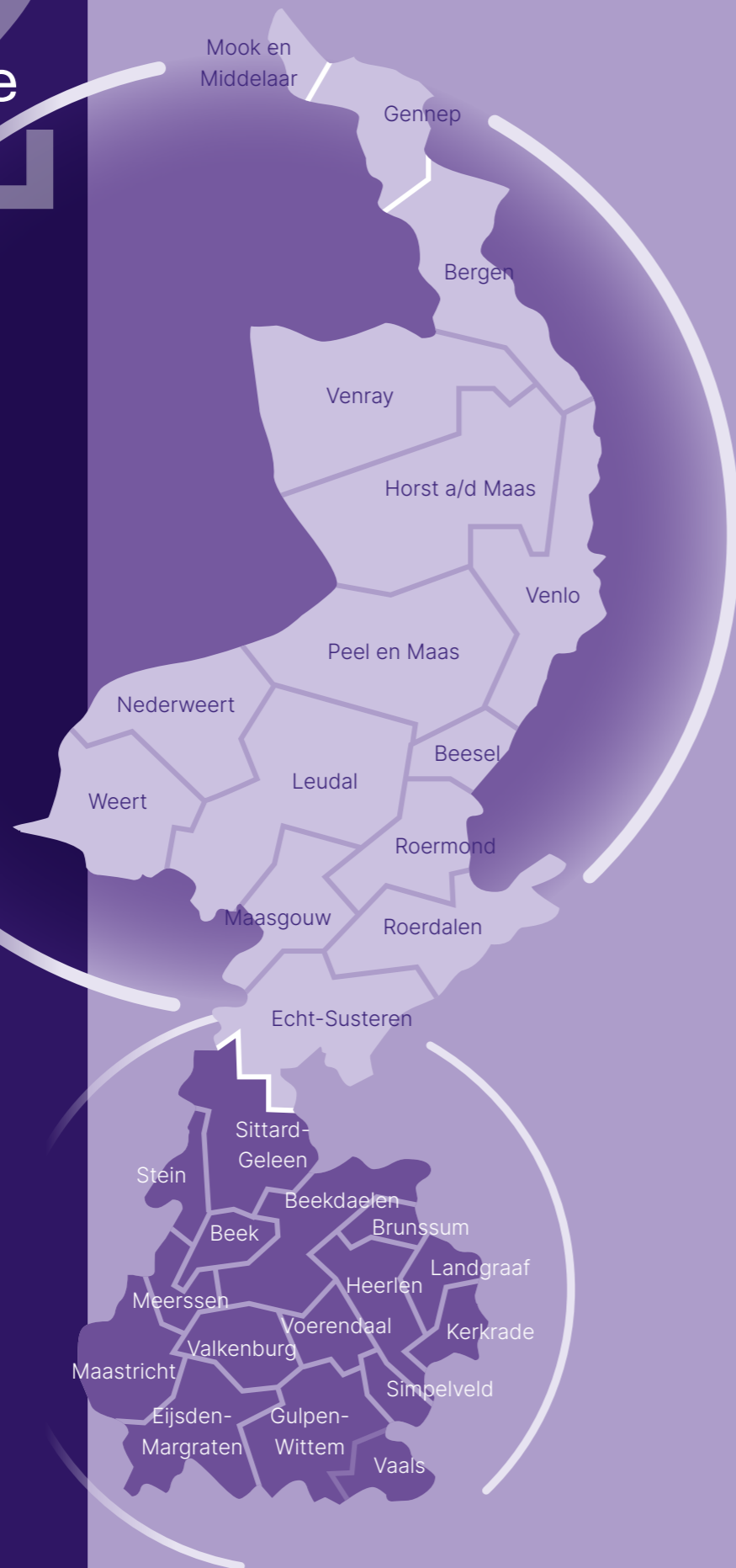
De borging van het zorgrisicoprofiel is belangrijk om als waardevol en dynamisch instrument te kunnen blijven fungeren. GHOR Limburg-Noord, GHOR Zuid-Limburg en het NAZL hebben samen met de zorgpartners de taak om de uitkomsten van het zorgrisicoprofiel te vertalen naar gezamenlijke prioriteiten voor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



02

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 groot-schalige 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



03

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 spraakcommunicatie.
- Verstoring energievoorziening.
- Overstroming door hoge rivierwaterstanden.
- Maatschappelijke onrust en buurtrellen.

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

De geprioriteerde crises en incidenten zijn op impact gescoord.

04

Prioriteren van crisis- en incidenttypen

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:

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.

- 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 tijdsfad 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

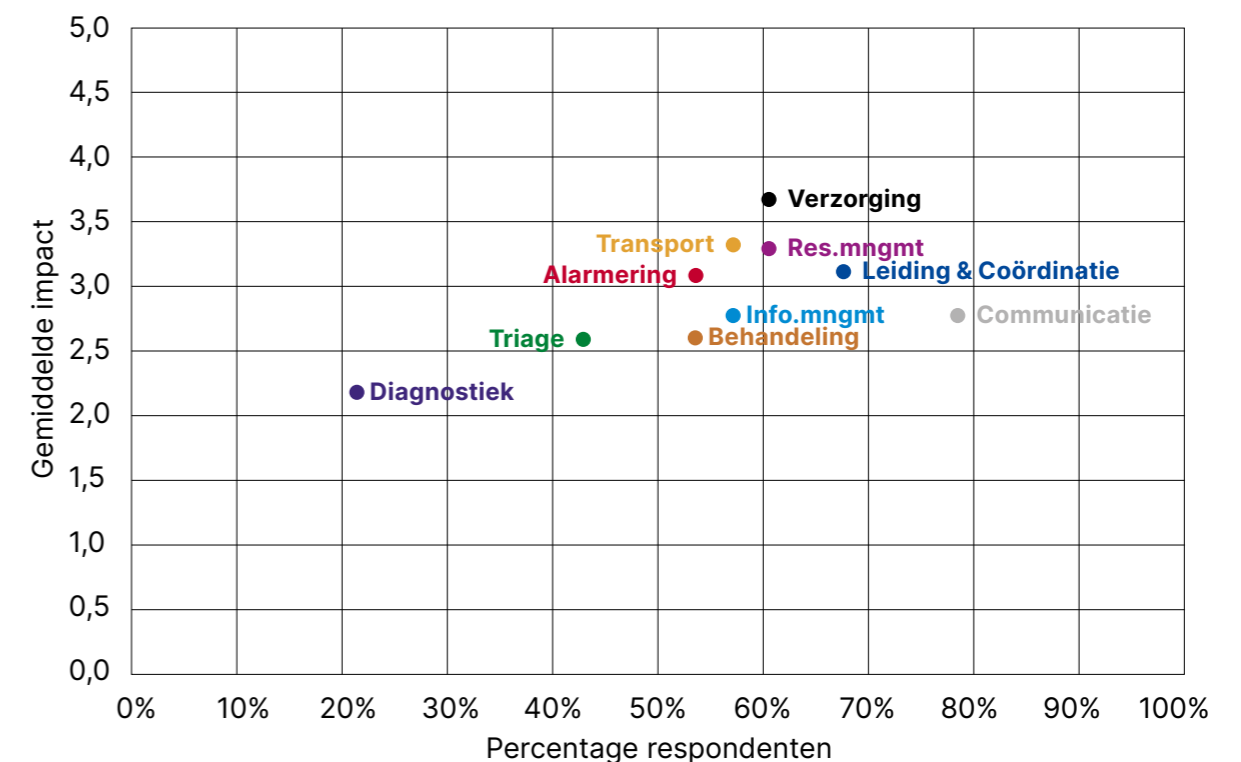
05 Analyse en resultaten

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 communicatiebehoefte 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

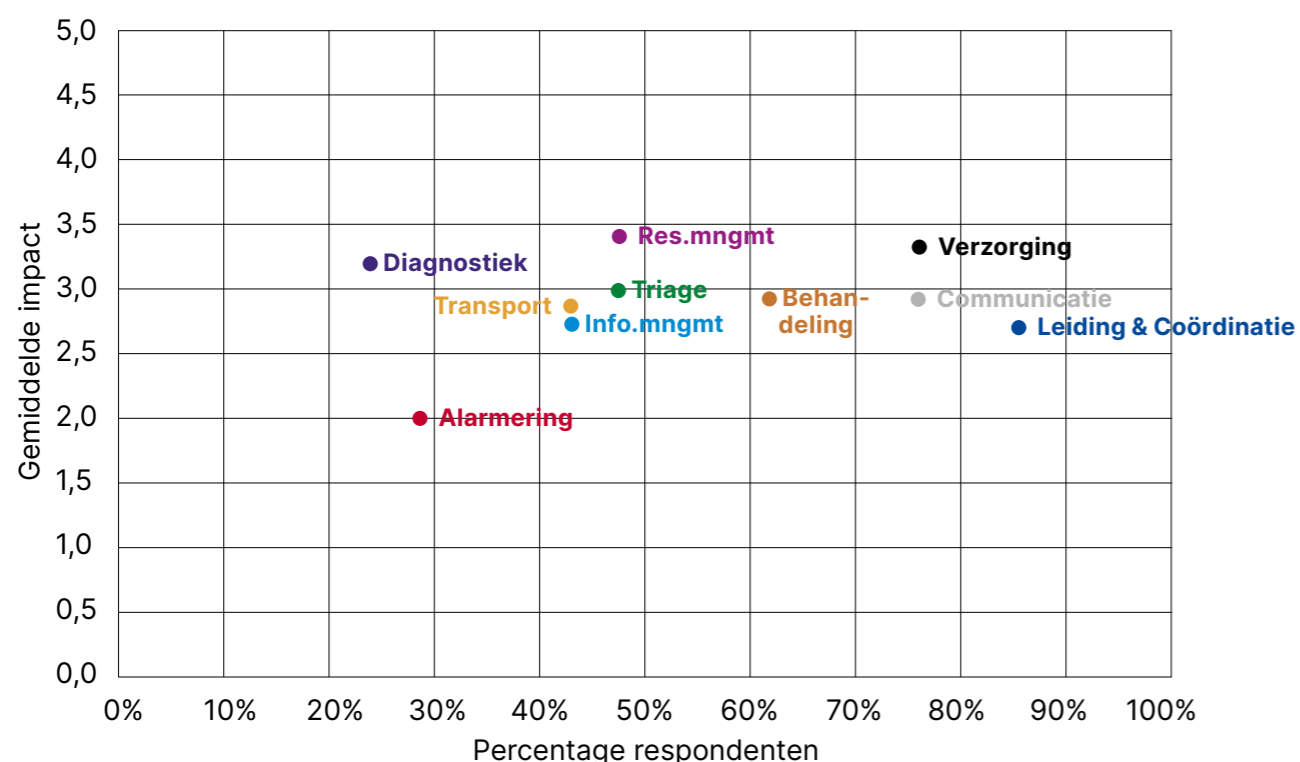
- Bij de inzet van meerdere ambulances is de impact op de reguliere continuïteit van ambulancezorg een risico.
- Er zijn niet altijd de juiste vervoersmiddelen in de daarvoor benodigde aantallen aanwezig om in een korte tijd de cliënten en patiënten te vervoeren.

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 communicatiebehoefte 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

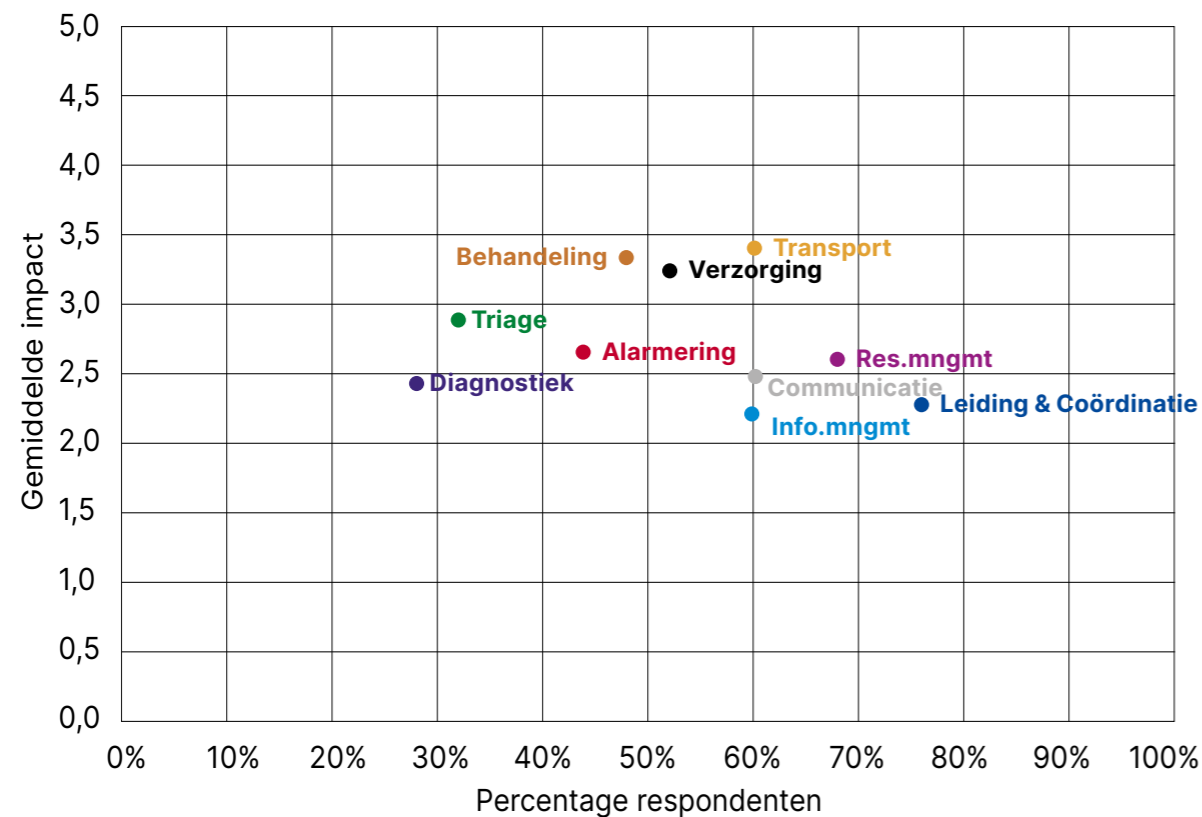
- Het hebben van meerdere zorginstellingen in het bron- en/of effectgebied betekent een verdeling van (bestuurlijke) aandacht naar meerdere zorginstellingen tegelijk. Het beha- baar zijn en houden is een uitdaging.
- De impact op iedere locatie kan verschillen. Naar mate de impact, verschilt de aanpak. 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. Hen 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- cliënten 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.

Overstroming door hoge rivierwaterstanden



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 waarden 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 zorginstellingen 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.

Resource management

- 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.

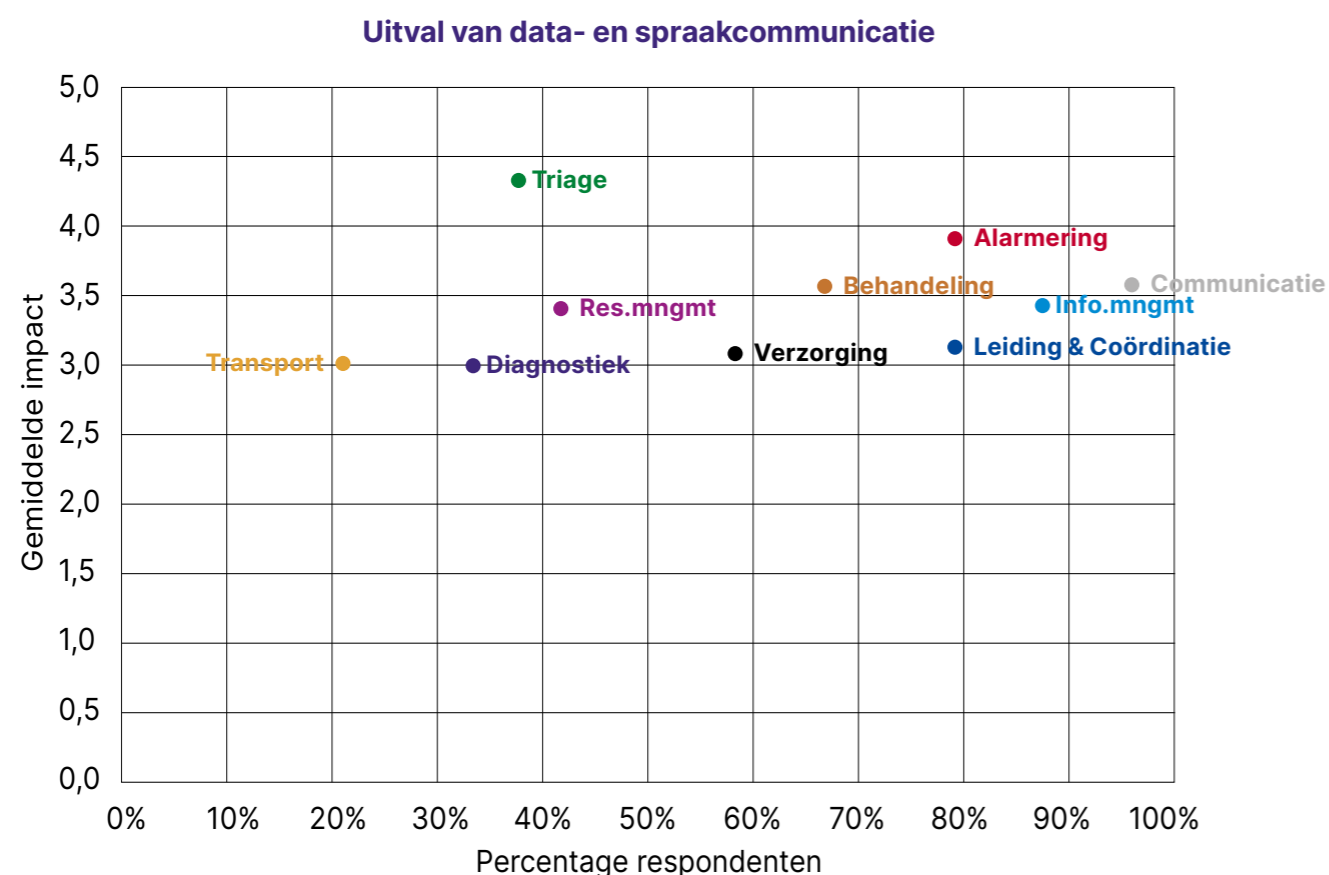
Transport

- 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.

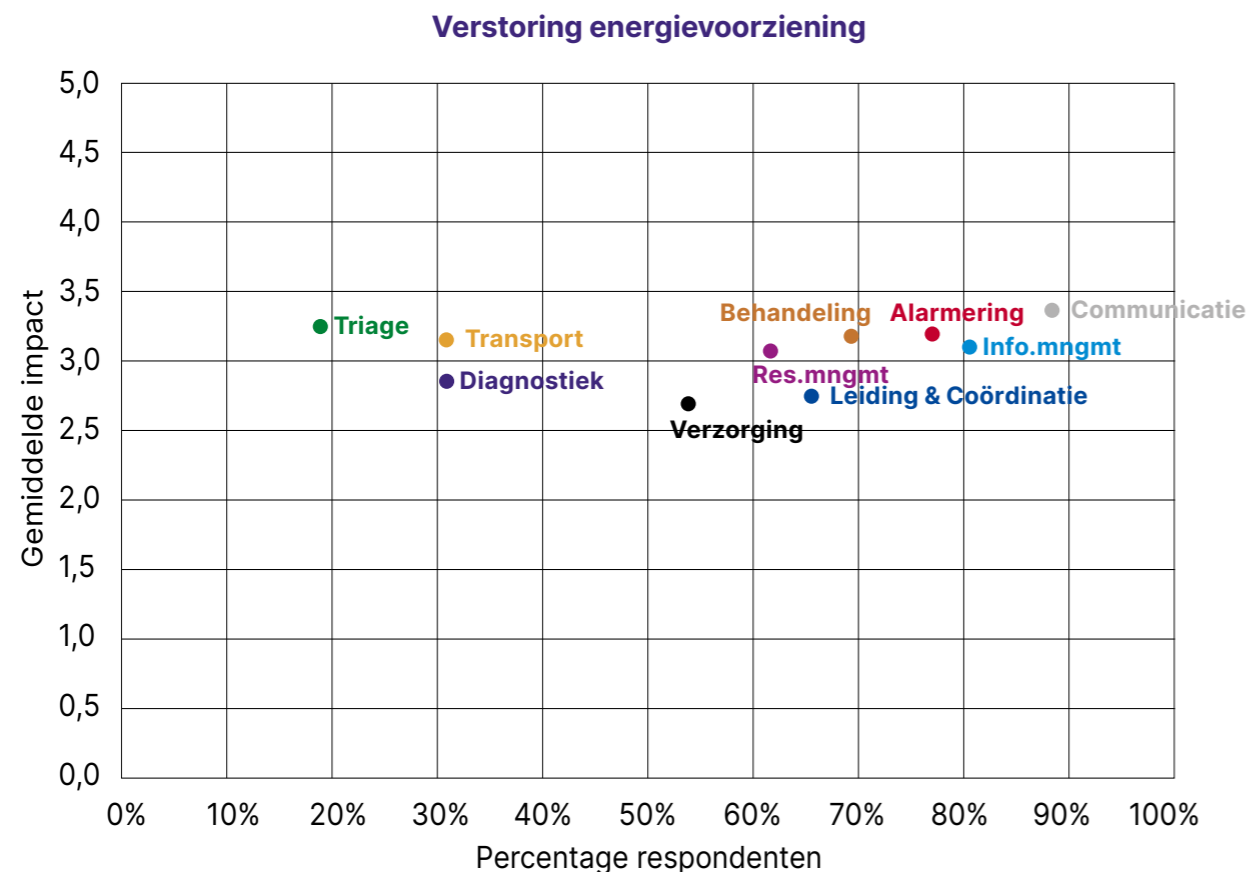
Resource management

- 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 zorgvermindering 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.

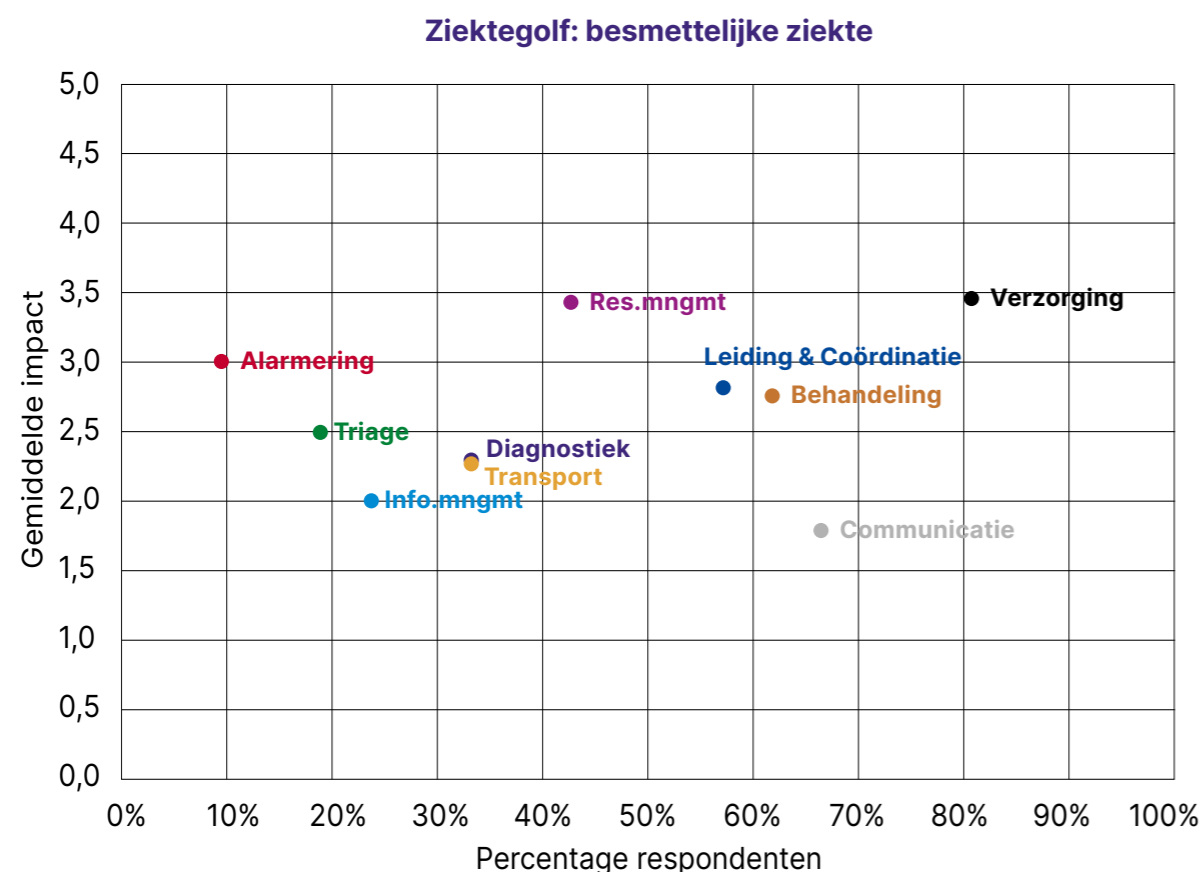
Transport

- 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



06 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

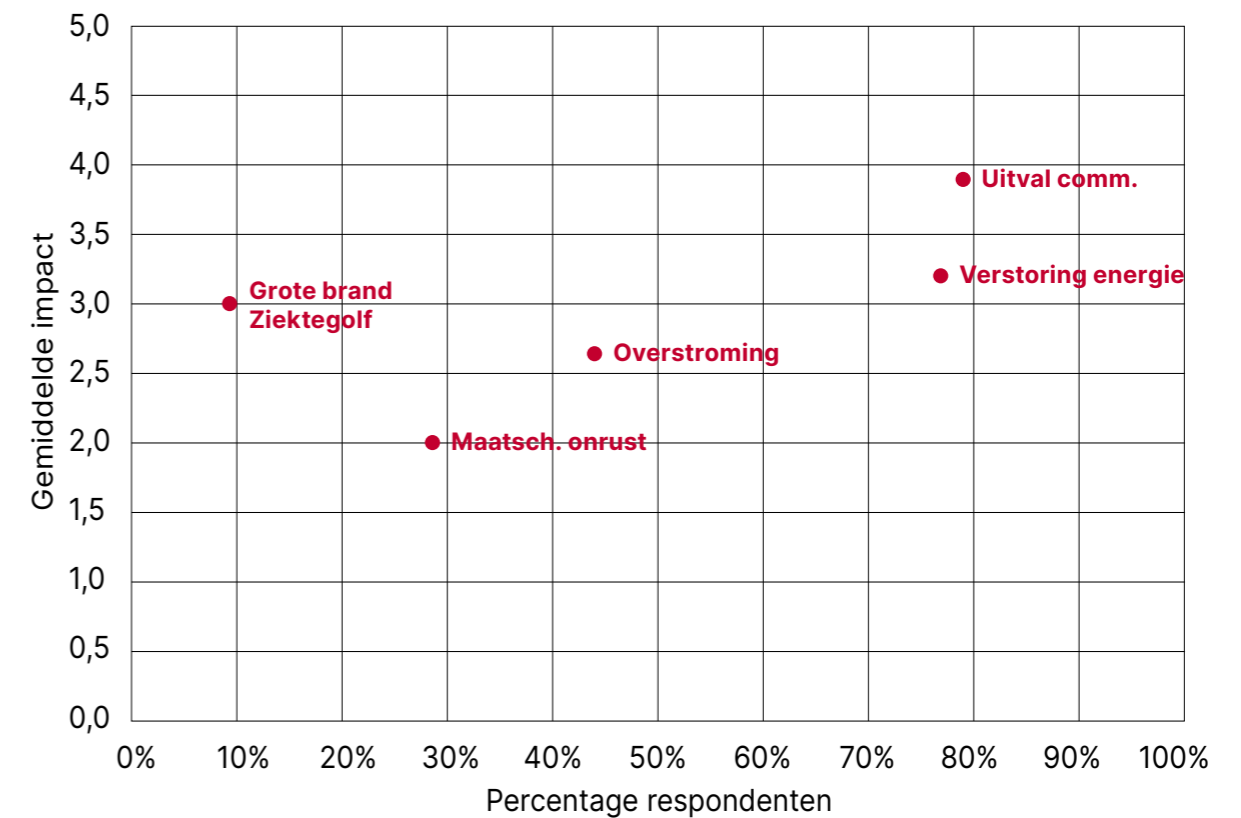
- Breng voor (ten minste) de benoemde incidenttypen de planvorming op orde.
- Leg in planvorming vast bij welke parameters een crisisteam wordt ingezet.



6.2 Conclusies en aanbevelingen per primair proces

Primair proces 1: alarmering

Impactschaal 'alarmering' per incidenttype



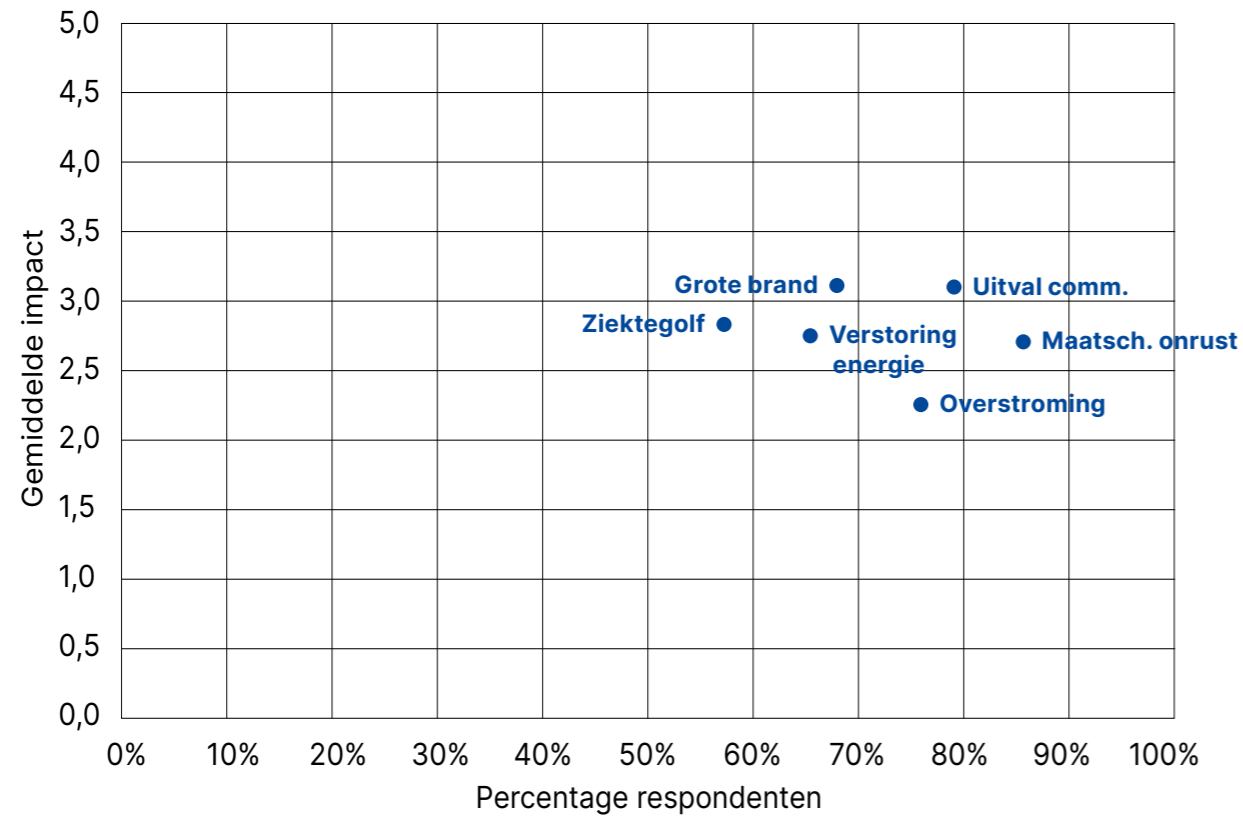
De impact van de diverse incidenttypen op de zorgpartners wordt verschillend gescoord. Er is niet binnen ieder incidenttype sprake van een grote impact op alarmering. Het grootste knelpunt is bij de uitval van de vitale infrastructuur, omdat bij alarmering veelal gebruik wordt gemaakt van digitale hulpmiddelen.

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.

Primair proces 2: leiding & coördinatie

Impactschaal 'leiding & coördinatie' per incidenttype



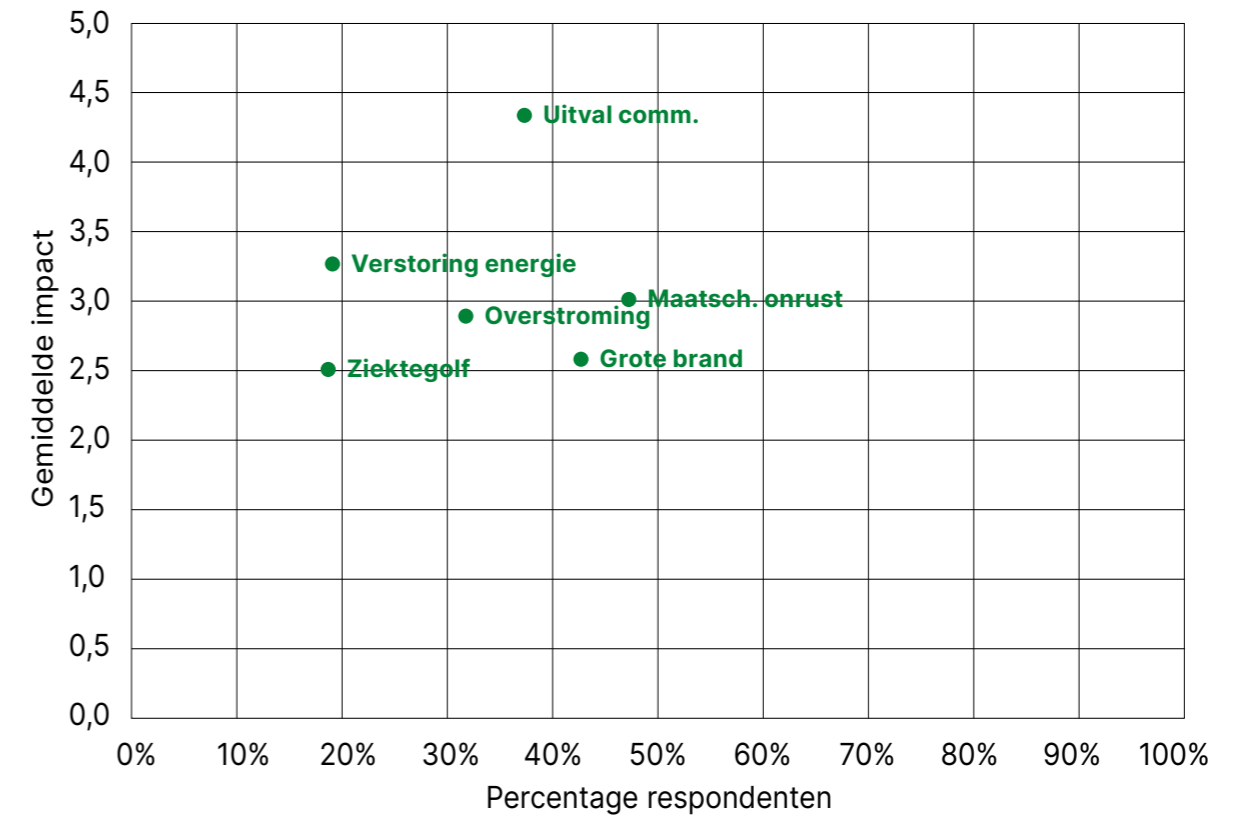
Gezien de scoring van de impact van leiding en coördinatie bij de verschillende incidenttypen wordt duidelijk dat dit primaire proces centraal bij dergelijke crises staat. Iedere crisis heeft leiding en coördinatie nodig. Uit de dialoogsessie komt naar voren dat bij de meest voorkomende en recentste 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

Impactschaal 'leiding & coördinatie' per incidenttype



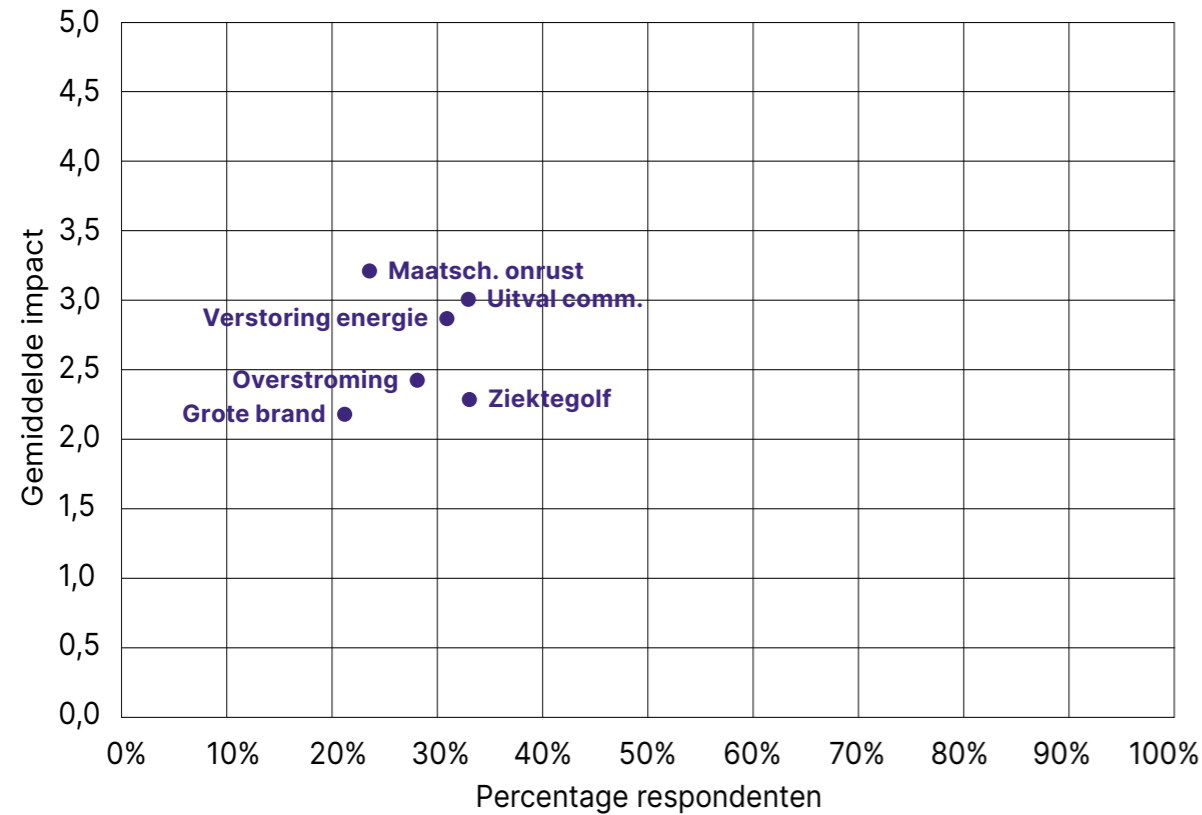
Tijdens de dialoogsessie is meermaals aangegeven dat bij de verschillende incidenttypen er geen tot nauwelijks impact op de triage zal zijn. De (kwantitatieve) scoring geeft een andere conclusie weer. Deze discrepantie komt waarschijnlijk doordat de triage met (kleine) aanpassingen toch kan worden uitgevoerd.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

Impactschaal 'diagnostiek' per incidenttype



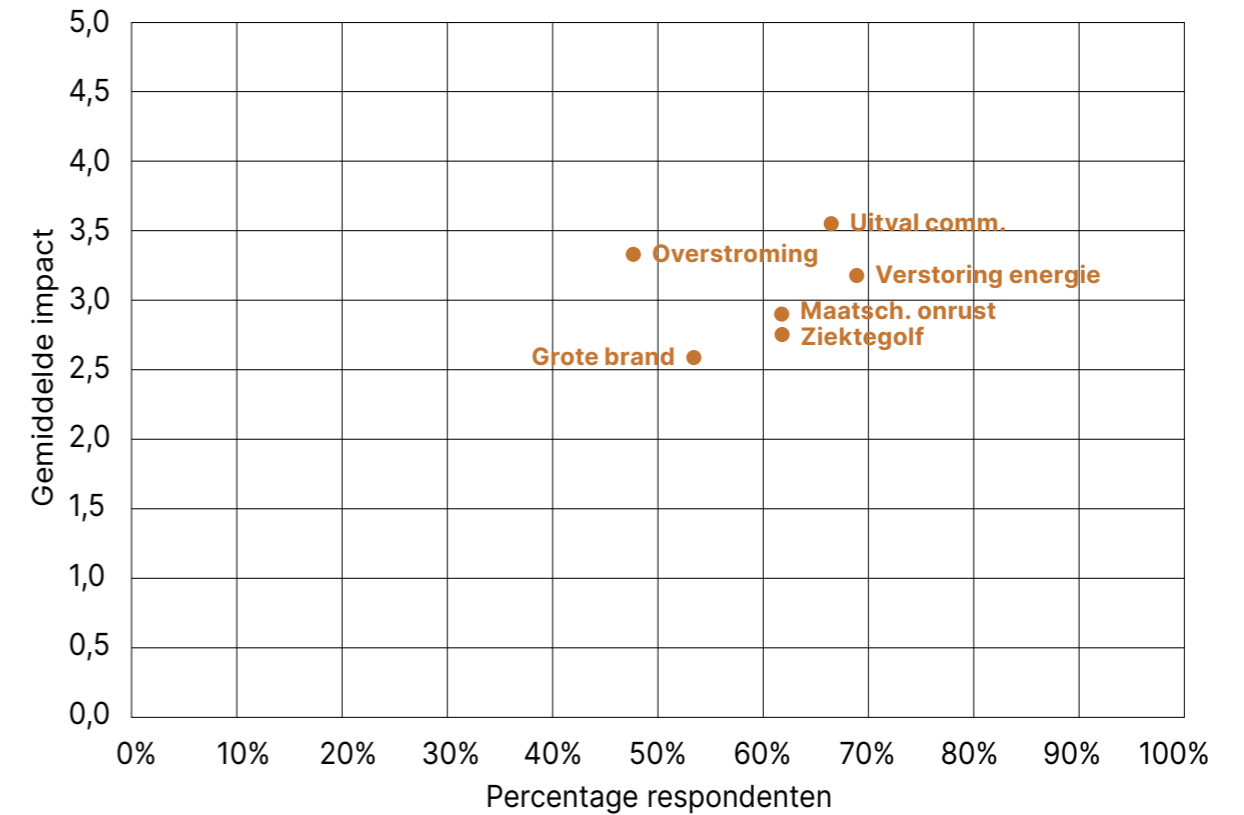
Bij een crisis neemt de druk op de continuïteit van zorg toe. Dit komt bijvoorbeeld doordat bij een aantal incidenttypen de toegang tot elektronische dossiers wegvalt, omdat behandeling op dat moment meerdere handelingen vraagt of omdat laboratoria's meer aanvragen voor het verwerken van monsters krijgen.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

Aanbevelingen

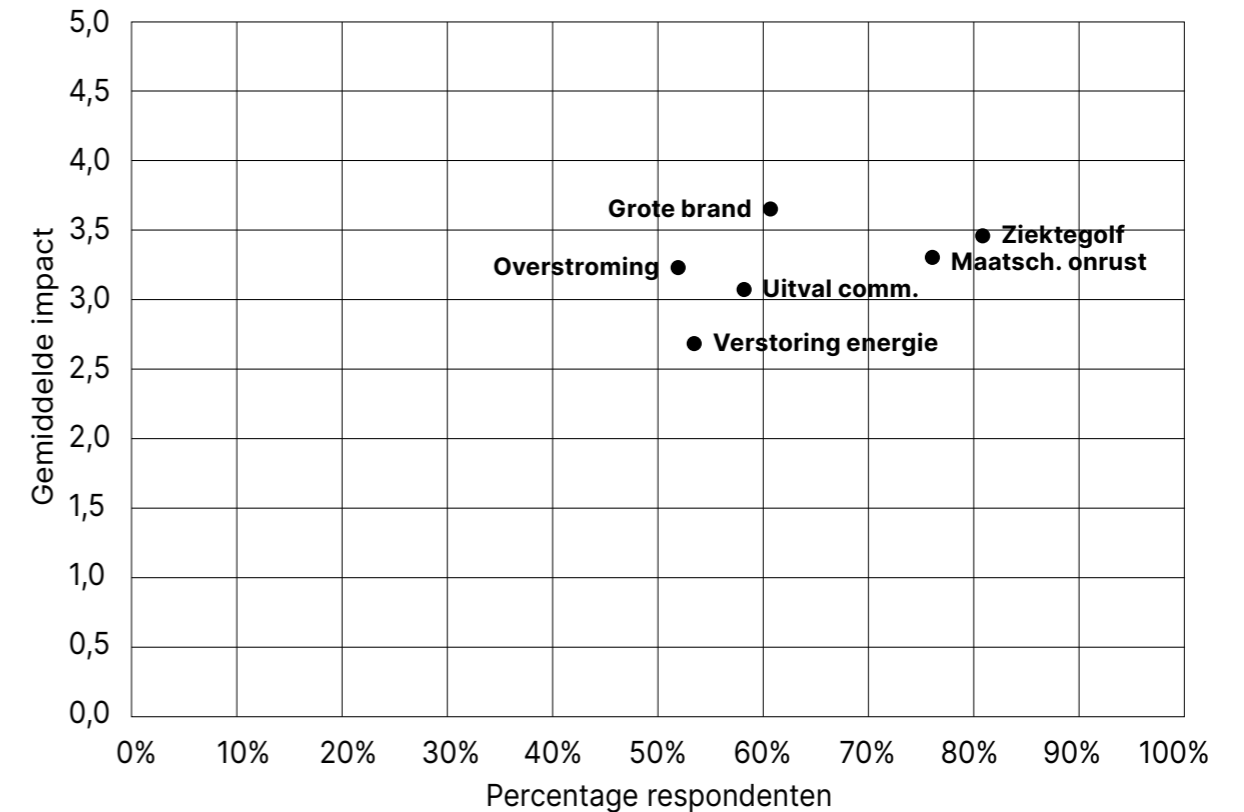
Het is van belang aandacht te hebben voor de extra capaciteitsvraag die sommige incidenttypen van de diagnostiek vragen, om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Het risico bestaat dat deze capaciteitsvraag niet opgelost wordt en uiteindelijk de zorgcontinuïteit wordt bedreigd. Daarnaast is 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



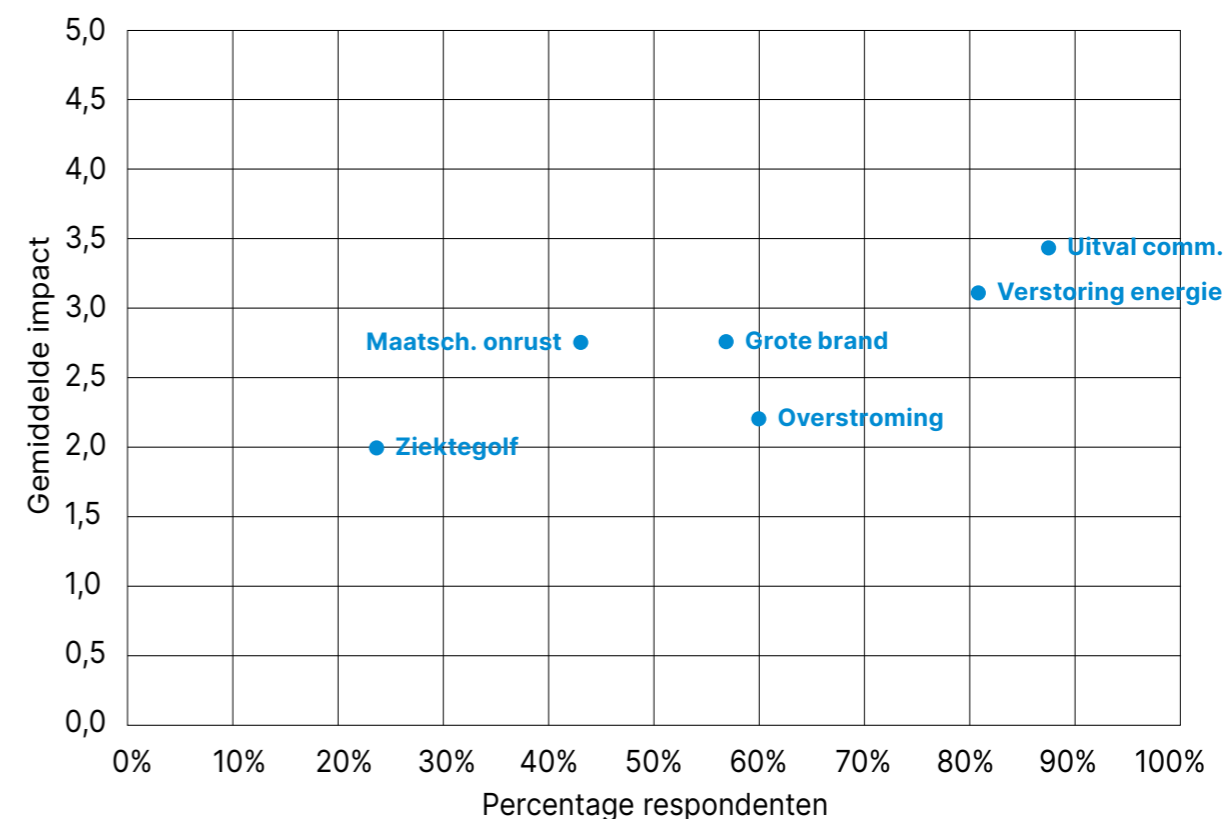
Ieder incidenttype heeft een (grote) impact op de behandeling en verzorging. Omdat de impact op beide primaire processen en de duiding daarbij overeenkomen en beide processen dicht bij elkaar liggen, zijn deze samengepakt. Zoals aangegeven bij de uitwerking van de algemene conclusies en het vorige primaire 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.

Primair proces 7: informatiemanagement

Impactschaal 'informatiemanagement' per incidenttype



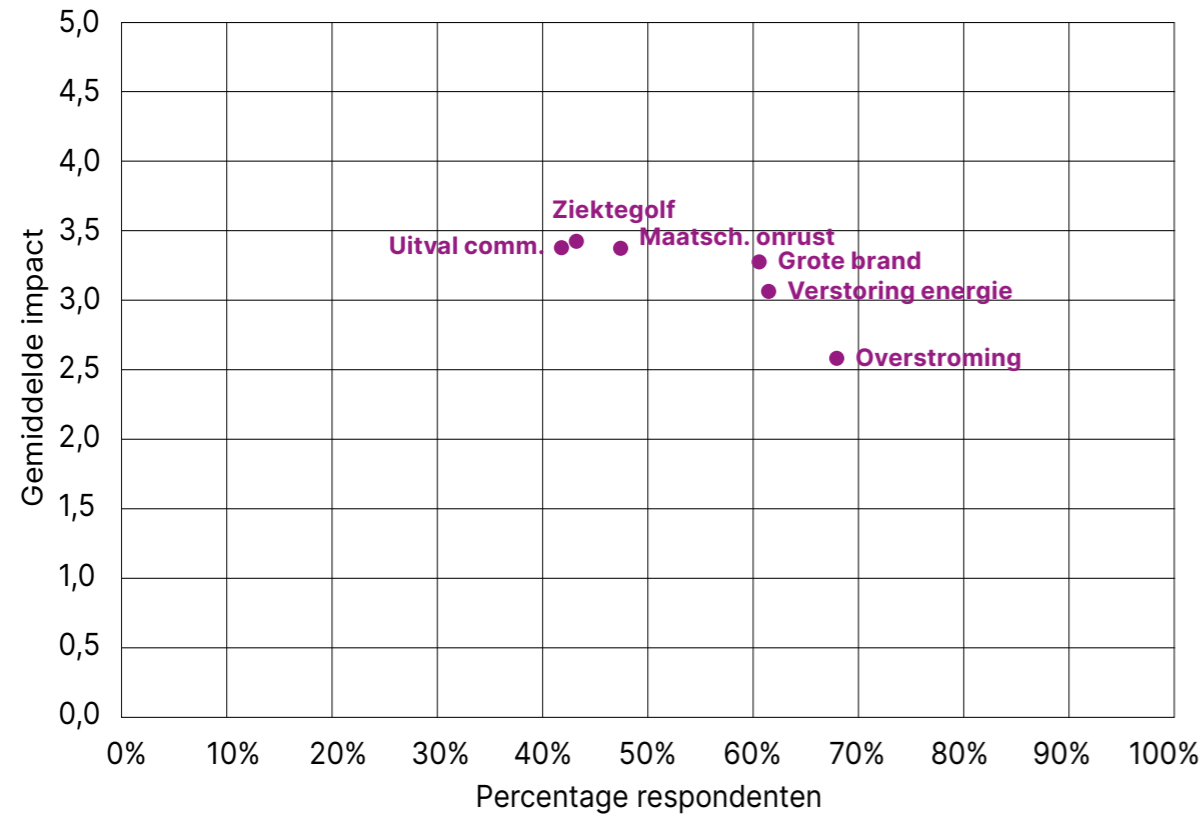
Binnen het primaire proces informatiemanagement zijn er grote verschillen tussen de impact op de verschillende incidenttypen gescoord. De incidenttypen met een relatief lage impact zijn crises waar we de afgelopen periode als samenleving door zijn geraakt. De minder zichtbare en tot de verbeelding sprekende 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.

Primair proces 8: resource management

Impactschaal 'resource management' per incidenttype



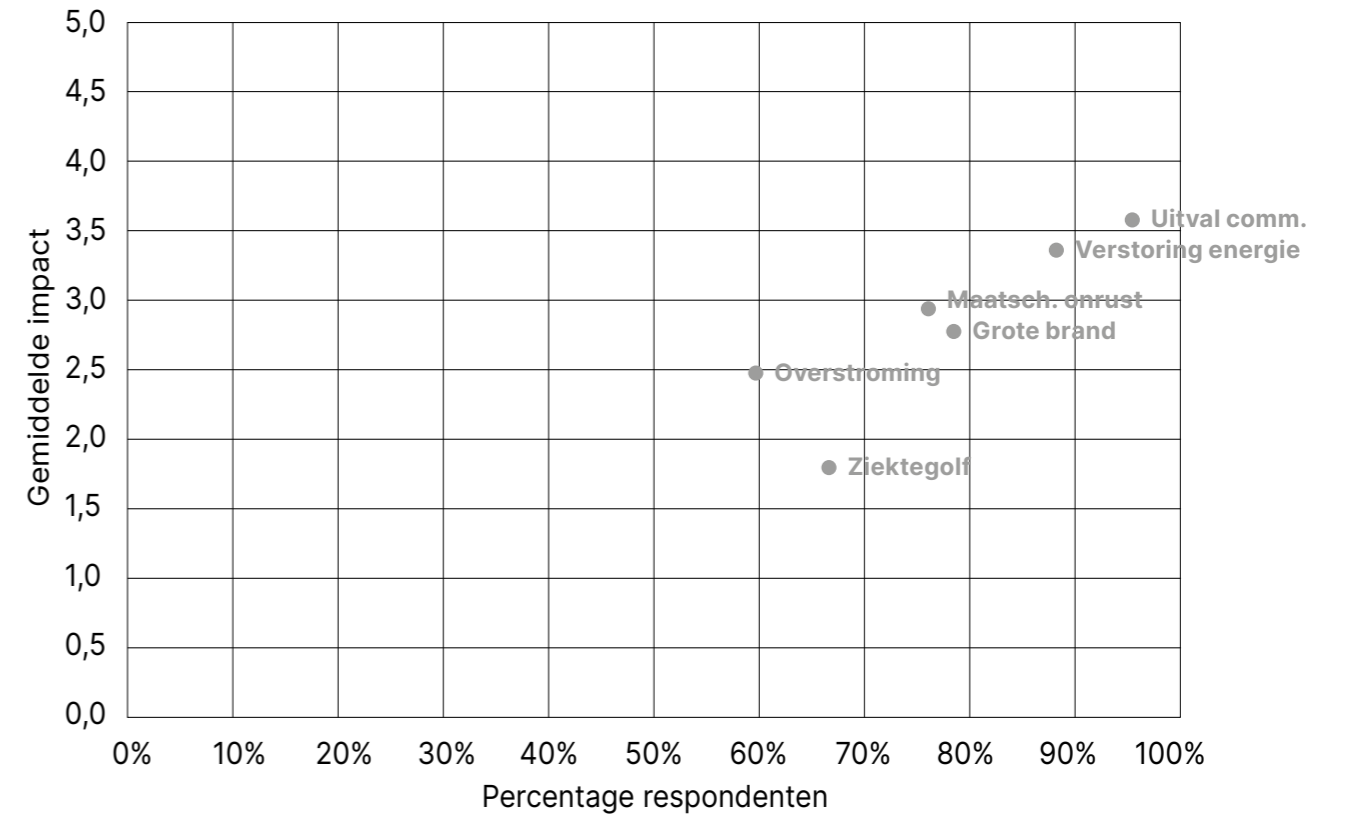
Ten tijde van een crisis kunnen middelen of voorzieningen schaars worden. Als middelen of voorzieningen niet meer voorhanden zijn, dan kan dit de continuïteit van zorg en/of de zorgcontinuïteit bedreigen. Dit kan dus een aanzienlijke impact hebben. Dit is ook te zien aan de scores die zijn gegeven aan 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

Impactschaal 'communicatie' per incidenttype



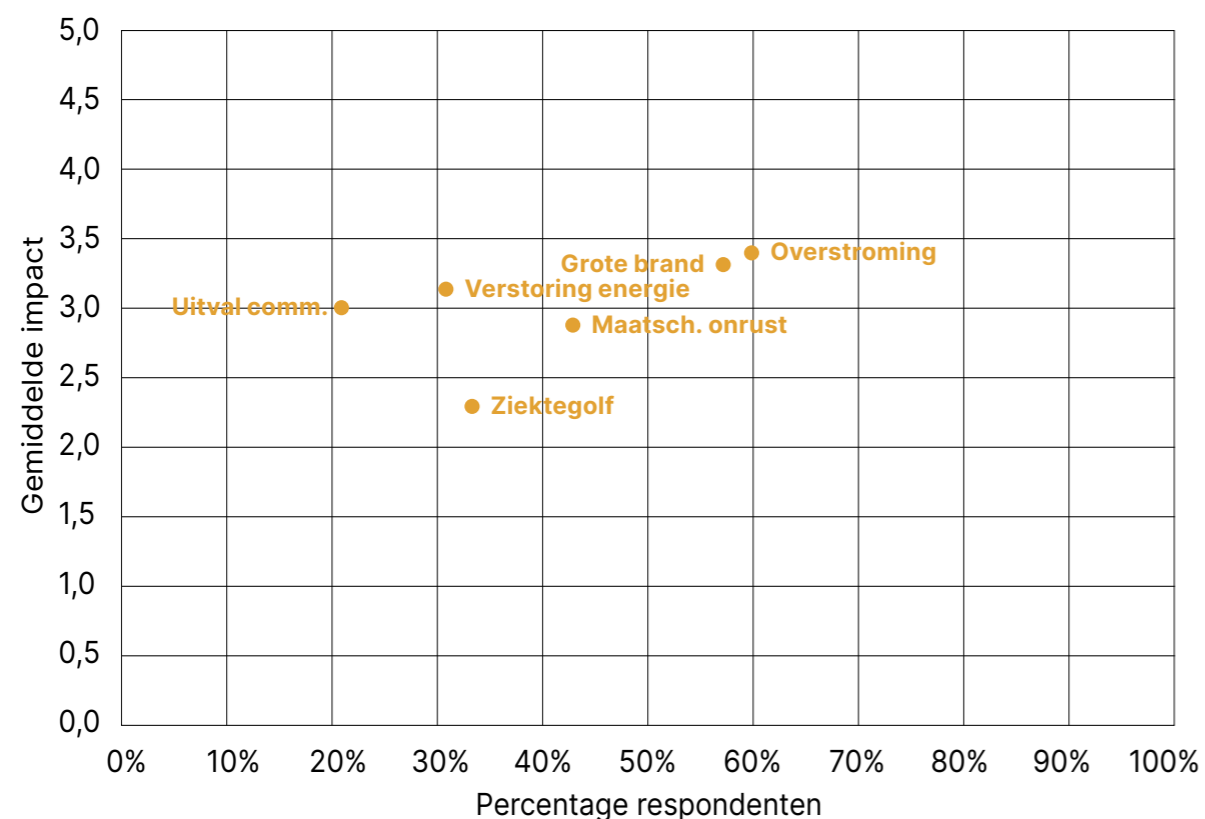
Op de communicatie, naar zowel in- als externe actoren, heeft ieder incidenttype een hoge mate van impact. Communicatie is essentieel om de crisis te bestrijden, maar ook om deze niet te verder uit te breiden. Het is van belang ons te realiseren dat de vanzelfsprekendheid van het gebruik van digitale 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.

Impactschaal 'transport' per incidenttype



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 'resource management'. Daarnaast moet er rekening worden gehouden met de risico's (voor transport) die de energie-transitie met zich meebrengt.

07 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->

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
		Incident stationaire inrichting
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 rioleringsstelsel
		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 vliegtuig 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
		Besmettingsgevaar vanuit buitenland
		Besmettingsgevaar in eigen regio
23	Ziektegolf	Dierziekte overdraagbaar op mens
		Ziektegolf besmettelijke ziekte
24	Paniek in menigten	Ziektegolf niet besmettelijke ziekte
		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 incidenttypen

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 buikkramp. 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 en 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-hulpdesk/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-oproepstelsel, 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 internetknooppunt van Nederland, waar een groot deel van het internetverkeer met het buitenland en de gegevensstroom tussen Nederlandse internetproviders 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• Logistiek van behandelmaterialen

Bijlage E

Toelichting afhankelijkheden

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.	<ul style="list-style-type: none"> • Netcentrisch werken met LCMS
Resource management	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Gewondenvervoer / uitvoering gewondenspreidingsplan • MMT vervoer • Bloedtransport

Afhankelijkheid	Definitie	Voorbeelden	
Personeel	Personeel	De schaarste in vakbekwaam personeel.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulance-teams • Calamiteiten-teams • Alarmering (opschaling) • Triagisten
Materiaal / Materieel	Voertuigen	Voertuigen gespecialiseerd voor zorgverlening, patiëntenvervoer of vervoer van zorgpersoneel naar plaats incident of coördinatielocaties.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulance • Piketvoertuigen • Noodhulp-voertuigen
	Materiaal prehospitala behandeling	Materiaal bedoeld voor levensreddende handelingen of voorkomen van gezondheidsschade.	<ul style="list-style-type: none"> • Zuurstof • AED • Stabilisatie-materiaal • Decontaminatiemiddelen
	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Beademings-materiaal • SEH bedden • IC bedden • OK's
Vitale infrastructuur	ICT	Technologische voorzieningen / systemen t.b.v. informatie en communicatie.	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Bedrijfsnetwerk • C2000
	Gas	Gassen t.b.v. binnenklimaat en koken.	<ul style="list-style-type: none"> • Aardgas
	Elektriciteit	Elektriciteit aanwezig of toereikend om weer op de lichtnetvoorziening over te gaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Lichtnetvoorziening • Accu's • Noodaggregaat (brandstof)
	Water	Leidingwater	<ul style="list-style-type: none"> • Drinkwater • Hygiëne doeleinden • Behandelingsdoeleinden

Zorgrisicoprofiel Limburg



Zorgrisicoprofiel in perspectief

Het zorgrisicoprofiel is een instrument dat wordt gebruikt in Nederland om de risico's en kwetsbaarheden van de zorgketen in kaart te brengen. Het heeft tot doel om de regionale samenwerking en planning tussen zorgaanbieders te verbeteren en de paraatheid te vergroten bij rampen, crises of andere grootschalige incidenten die de zorgcapaciteit en -continuïteit kunnen beïnvloeden.

- Gezamenlijke voorbereiding van instellingen voor langdurige en acute zorg om bij rampen en crisis de noodzakelijke geneeskundige hulp te verlenen kan worden versterkt door een Zorgrisicoprofiel – [contourennota 'versterking crisisbeheersing en brandweezorg'](#).
- Dit wordt ondersteund door het ['Landelijk beleidskader 3.0 Risicomanagement & Crisisbeheersing & OTO voor de zorg'](#).
- Aanvulling op Provinciaal Risicoprofiel.
- Opgesteld door de GHOR, NAZL en de zorgpartners, vaststelling door Directeur Publieke Gezondheid (DPG), aangeboden aan het AB VRLN.

Het zorgrisicoprofiel wordt opgesteld door de GHOR, in samenwerking met regionale zorgpartijen en het Netwerk Acute Zorg Limburg (NAZL). Het profiel ondersteunt zorgaanbieders bij het nemen van preventieve maatregelen, het verbeteren van hun interne crisis- en continuïteitsplannen en het versterken van de samenwerking om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te waarborgen, in tijden van crises of rampen.

Het zorgrisicoprofiel wordt na implementatie een dynamisch instrument dat tweejaarlijks wordt bijgewerkt, omdat risico's kunnen veranderen en nieuwe inzichten en ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de zorg.

Provinciaal Risicoprofiel

Het provinciaal risicoprofiel geeft een overzicht van risico's en analyseert per scenario de impact en waarschijnlijkheid. Dit geeft richting aan beleidskeuzes rondom risicobeheersing en crisisbeheersing.

De Veiligheidsregio dient een risico-inventarisatie en -analyse te maken (art. 9 en art. 15). Die is gebaseerd op de Nationale Risicobeoordeling. Het regionale beleidsplan van de Veiligheidsregio wordt gebaseerd op het risicoprofiel. Het provinciaal risicoprofiel wordt vastgesteld door het AB VRLN, na afstemming met partners. Daaruit volgt het regionaal crisisplan.

Samenhang profielen

Het zorgrisicoprofiel en het provinciaal risicoprofiel zijn twee verschillende instrumenten die in Nederland worden gebruikt om verschillende aspecten van risico's en kwetsbaarheden in kaart te brengen, maar ze zijn wel aan elkaar gerelateerd.

Het zorgrisicoprofiel is specifiek gericht op de zorgketen in de provincie (tevens ROAZ-regio). Het heeft tot doel om de risico's en kwetsbaarheden in de zorg te identificeren en te analyseren, zodat zorgaanbieders, de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) en het regionale Netwerk Acute Zorg zich beter kunnen voorbereiden op grootschalige incidenten die de zorgcapaciteit en -continuïteit kunnen beïnvloeden.

Het provinciaal risicoprofiel richt zich op het identificeren en analyseren van verschillende soorten risico's binnen de provincie. Hierbij worden zowel fysieke risico's (zoals natuurrampen, industriële

ongevallen) als niet-fysieke risico's (zoals gezondheidscrises, veiligheidsrisico's) in kaart gebracht. Het provinciaal risicoprofiel biedt een overzicht van de belangrijkste risico's en bedreigingen in de provincie.

Het zorgrisicoprofiel en het provinciaal risicoprofiel zijn gerelateerd omdat het provinciaal risicoprofiel een bredere context biedt voor het zorgrisicoprofiel. Het provinciaal risicoprofiel kan informatie bevatten over risico's die van invloed kunnen zijn op de gezondheidszorg en de zorgketen in een regio. Bijvoorbeeld, als het provinciaal risicoprofiel aangeeft dat de provincie kwetsbaar is voor bepaalde gezondheidscrises of infectieziekten, kan het zorgrisicoprofiel specifiek inzoomen op de voorbereiding en respons van de acute zorg op dergelijke gezondheidscrisisen.

Integraal Zorg Akkoord (IZA)

Het Integraal Zorgakkoord is een meerjarige overeenkomst tussen verschillende partijen in de zorgsector en de overheid om samen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren.

Het Integraal Zorgakkoord heeft betrekking op een breed scala aan onderwerpen binnen de zorg, waaronder:

- Kwaliteit van zorg: Het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening, het verminderen van wachtlijsten en het verbeteren van de uitkomsten voor patiënten.
- Toegankelijkheid: Het waarborgen van toegang tot zorg voor alle burgers, het verminderen van gezondheidsverschillen en het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners.
- Betaalbaarheid: Het beheersen van de zorgkosten en het realiseren van een duurzaam zorgstelsel.
- Innovatie en preventie: Het stimuleren van innovatie in de zorg en het bevorderen van preventieve maatregelen om gezondheidsproblemen te voorkomen.

Het Integraal Zorgakkoord heeft als doel om gezamenlijk afspraken te maken en maatregelen te nemen om de zorgsector te verbeteren en aan te passen aan de veranderende zorgbehoeften en maatschappelijke ontwikkelingen.

De verhouding tussen het Integraal Zorgakkoord, het zorgrisicoprofiel en het provinciaal risicoprofiel kan als volgt worden begrepen:

Het Integraal Zorgakkoord bevat brede afspraken over de ontwikkeling en verbetering van de gezondheidszorg in het algemeen, gericht op lange-termijnbeleid en samenwerking tussen verschillende zorgpartijen en de overheid.

Het zorgrisicoprofiel en het provinciaal risicoprofiel zijn meer gericht op specifieke aspecten van de zorg. Het zorgrisicoprofiel richt zich op de zorgketen en de voorbereiding op grootschalige incidenten die de zorgcapaciteit kunnen beïnvloeden. Het provinciaal risicoprofiel richt zich op een bredere analyse van risico's en bedreigingen binnen een provincie, inclusief die van invloed kunnen zijn op de gezondheidszorg.

Hoewel deze concepten verschillende aandachtsgebieden hebben, kunnen ze elkaar wel beïnvloeden en aanvullen. In het kader van het Integraal Zorgakkoord kunnen specifieke afspraken worden gemaakt om de voorbereiding op rampen en crises te versterken, waarbij het zorgrisicoprofiel en het provinciaal risicoprofiel kunnen dienen als input om de zorgcapaciteit en responsplannen te verbeteren. Zo kunnen deze instrumenten bijdragen aan een brede en geïntegreerde aanpak om de

gezondheidszorg te versterken en te beveiligen, zowel in normale omstandigheden als in tijden van crisis.

Regiobeeld en ROAZ-beeld (en ROAZ-plan)

Het ROAZ-beeld en het regiobeeld zijn twee verschillende begrippen die worden gebruikt in de context van het Integraal Zorgakkoord en de coördinatie van de acute zorg in Nederland. Hieronder wordt het verschil tussen beide begrippen uitgelegd:

ROAZ-beeld (Regionaal Overleg Acute Zorg)

Het ROAZ-beeld heeft betrekking op de regionale analyse van de acute zorgcapaciteit en -continuïteit in een specifieke regio, in dit geval Limburg. Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is een overlegstructuur waarin verschillende zorgpartijen in de regio samenwerken, waaronder ziekenhuizen, ambulancedienst, huisartsen, verpleeghuizen, en andere zorginstellingen. Het ROAZ bevordert de samenwerking en samenhang van de (acute) zorg in de regio, en het ROAZ-beeld is een instrument dat wordt gebruikt om de capaciteit en beschikbaarheid van de acute zorg in kaart te brengen.

Het ROAZ-beeld omvat onder andere:

- Een overzicht van de beschikbare ziekenhuisbedden en IC-capaciteit in de regio.
- Een analyse van de ambulancecapaciteit en -spreiding.
- Inzicht in de beschikbaarheid van medische apparatuur en middelen.
- Een evaluatie van de samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgaanbieders in de acute zorgketen.

Regiobeeld

Het regiobeeld verwijst naar een bredere analyse van de zorgcapaciteit en gezondheidsrisico's in een regio, in dit geval op veiligheidsregio-niveau (Noord- en Midden-Limburg). Het omvat een breder scala aan aspecten, zoals gezondheidsbehoeften, preventieve zorg, ouderenzorg, GGZ (geestelijke gezondheidszorg) en langdurige zorg. Het regiobeeld is een instrument dat wordt gebruikt om een holistisch inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie en de behoeften van de bevolking in een bepaald gebied.

Het regiobeeld omvat onder andere:

- Gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking, inclusief prevalentie van ziekten en gezondheidsproblemen.
- Een overzicht van de beschikbare zorg- en welzijnsvoorzieningen in de regio.
- Inzicht in de behoeften en wensen van de bevolking op het gebied van zorg en welzijn.
- Een overzicht van de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en maatschappelijke partners in de regio.

Het regiobeeld helpt bij het ontwikkelen van een integrale en geïntegreerde aanpak om de gezondheid en het welzijn van de bevolking te bevorderen en de zorgvoorzieningen op een effectieve en passende manier te organiseren.

Het regiobeeld wordt opgesteld door de regionale zorgpartijen en samenwerkende partners in de veiligheidsregio Limburg-Noord. Deze regionale partijen zijn onder andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, GGD, welzijnsorganisaties en andere relevante stakeholders.

Na het opstellen van het regiobeeld werken de regionale zorgpartijen samen om gezamenlijke doelstellingen en actieplannen op te stellen. Het regiobeeld is een belangrijk instrument om de

gezamenlijke visie en prioriteiten voor de gezondheidszorg in de regio vast te stellen en de samenwerking tussen verschillende zorgpartijen te bevorderen. Het draagt bij aan een geïntegreerde en holistische aanpak om de zorg te verbeteren en aan te passen aan de specifieke behoeften van de lokale bevolking.

In het kader van het Integraal Zorgakkoord kunnen zowel het ROAZ-beeld als het regiobeeld worden gebruikt om regionale gezondheidsdoelstellingen en prioriteiten vast te stellen, gezamenlijke afspraken te maken tussen zorgpartijen en de overheid, en een brede en geïntegreerde aanpak te bevorderen om de zorg en gezondheid in de regio te verbeteren.

Onderlinge samenhang

Het ROAZ-beeld is gericht op de analyse van de acute zorgcapaciteit en -continuïteit in een specifieke regio. Het richt zich op de capaciteit van ziekenhuizen, ambulances, IC-bedden, medische apparatuur en de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in de zorgketen. Het doel is het identificeren van de ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod en de knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg. Het ROAZ-plan beschrijft vervolgens op basis van het ROAZ-beeld wat de prioritaire opgaven zijn en de afspraken die regionale zorgpartijen maken om deze aan te pakken. Het zorgrisicoprofiel richt zich op de opgeschaalde zorg in crisissituaties, maar raakt daarmee ook het ROAZ-beeld en -plan: knelpunten in reguliere situaties zijn er immers ook nog in opgeschaalde situaties. Het regiobeeld ROAZ wordt eigenlijk met het zorgrisicoprofiel duidelijker. Voorheen was er geen analyse op de ketensamenwerking, de kwetsbaarheden en de robuustheden binnen de regio. Met dit profiel is dat er wel.

Het regiobeeld daarentegen omvat een bredere analyse van de gezondheidssituatie en zorgbehoeften in de regio, niet beperkt tot de acute zorg. Het omvat een breder scala aan aspecten, zoals gezondheidsbehoeften, preventieve zorg, ouderenzorg, GGZ (geestelijke gezondheidszorg) en langdurige zorg. Het richt zich op het begrijpen van de gezondheidssituatie van de bevolking, de beschikbare zorgvoorzieningen, en de behoeften van de lokale gemeenschap.

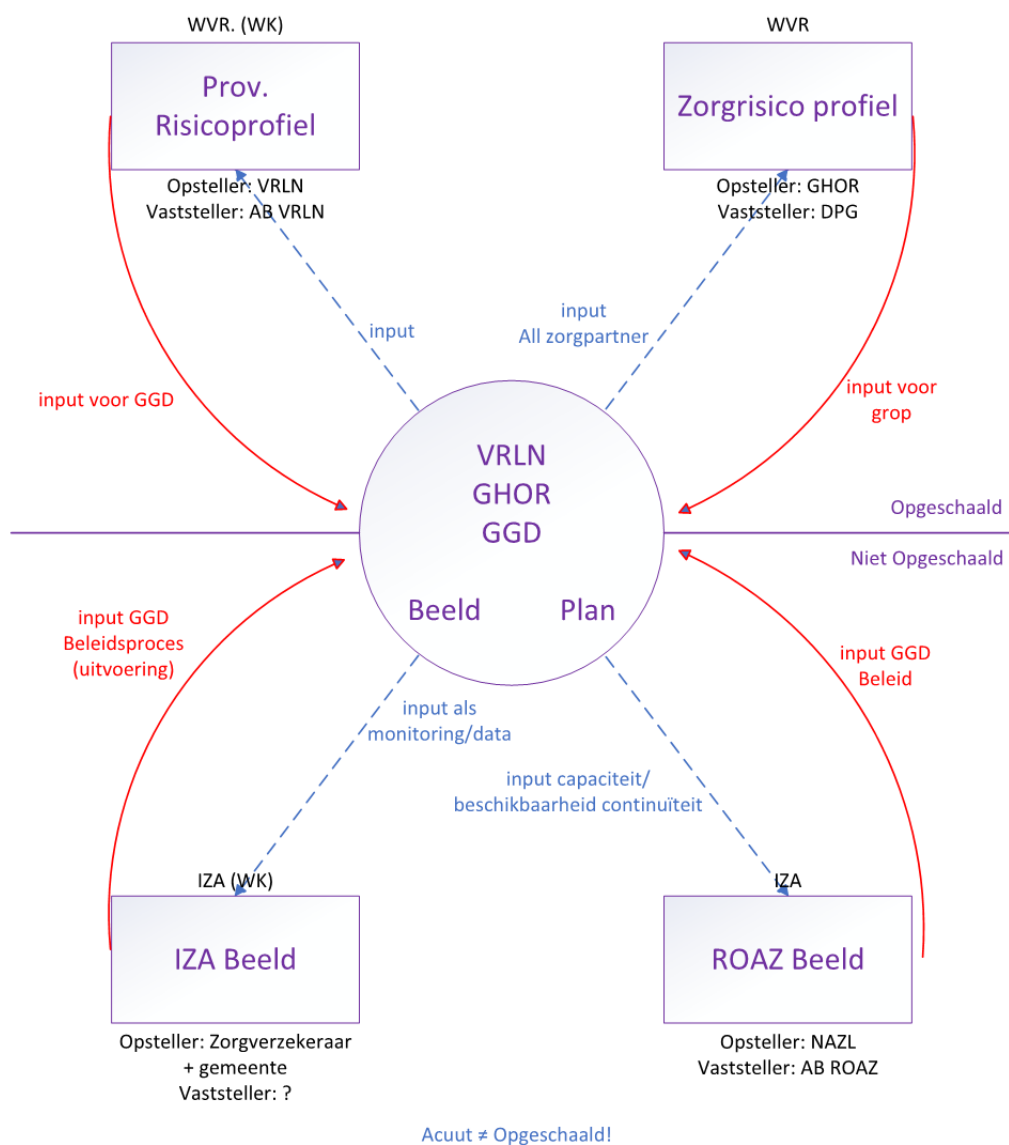
Hoewel deze instrumenten zich richten op verschillende aspecten van de zorg in de regio, kunnen ze elkaar wel aanvullen en ondersteunen in het kader van regionale zorgplanning en beleidsvorming. Het ROAZ-beeld kan bijvoorbeeld informatie verstrekken aan het regiobeeld over de beschikbaarheid van acute zorgcapaciteit en de voorbereiding op noodsituaties, terwijl het regiobeeld bredere context en inzichten biedt over de algehele gezondheid en zorgbehoeften in de regio.

Het regiobeeld heeft minder samenhang met het zorgrisicoprofiel op dit moment. Vanuit aanbevelingen uit het zorgrisicoprofiel kunnen wel consequenties van bijvoorbeeld nieuwe samenwerkingsverbanden worden bekeken. Misschien geven deze ontwikkelingen op sommige gebieden oplossingen.

Het vermijden van dubbelingen en het afstemmen van beide instrumenten is van cruciaal belang om een geïntegreerde en efficiënte benadering van de gezondheidszorg in de regio te waarborgen. Het stelt regionale zorgpartijen in staat om gezamenlijke doelstellingen en prioriteiten vast te stellen en een brede aanpak te hanteren om de zorg en gezondheid van de bevolking te verbeteren, zowel in normale omstandigheden als in crisissituaties.

Schematische weergave

Product	Opgesteld door	Wettelijk kader	Opgeschaald of regulier	Vastgesteld door	relevantie voor BC GGD
Provinciaal Risicoprofiel	VRLN	Wvr	opgeschaald	AB VRLN	ter kennisgeving
Zorgrisicoprofiel	GHOR	Wvr	opgeschaald	DPG	ter kennisgeving
IZA regiobeeld	Zorgverzekeraar en Gemeenten	IZA	regulier		ter kennisgeving
ROAZ beeld	NAZL	IZA	regulier	AB ROAZ	ter kennisgeving



Vergadering van	:	Bestuurscommissie GGD - reguliere vergadering
Kabinet	:	Nee
Vergaderdatum	:	6 november 2024
Auteur	:	Boots, Niels
Onderwerp	:	Inzet bestemmingsreserve ten behoeve van versterking GGD
Bijlagen	:	Klik hier om het aantal bijlagen in te vullen.

Aanleiding en korte samenvatting

In de Bestuurscommissie (BC) GGD van 20 maart jl. is gesproken over het positief jaarresultaat van VRLN. Daarbij heeft de BC GGD aan het Dagelijks Bestuur voorgesteld om het bedrag van € 269.000 aan te wenden voor het versterkingstraject GGD op voorwaarde dat een nadere onderbouwing voorgelegd wordt aan de BC GGD waaraan deze middelen worden besteed. Op voordracht van het Dagelijks Bestuur VRLN heeft het Algemeen Bestuur ingestemd met dit voorstel van de BC GGD. Voor de € 269.000 is daarop een bestemmingsreserve toekomstbestendige GGD ingesteld.

In deze notitie wordt de door de GGD voorgestelde bestemming van deze middelen geduid (wat doen we voor dit geld?). Voorgesteld wordt om in te zetten op:

1. Inzet aanvullende personele capaciteit;
2. Terugdringen achterstanden door inhuur vaccinatiecapaciteit;
3. Verbeteren van de kwaliteit van de stuurinformatie en de processen binnen Algemene Gezondheid ten behoeve van het optimaliseren van dienstverlening aan gemeenten en inwoners.

Wanneer de BC GGD akkoord gaat met dit voorstel, kunnen de beschikbare middelen direct daarvoor worden ingezet. Aanwending van deze middelen is zeer gewenst gezien de urgentie die al eerder door de GGD is voorgehouden voor wat betreft het versterkingstraject. De voorgestelde besteding is afgestemd met de contactambtenaren publieke gezondheid van de gemeenten.

De voorgestelde besteding van de incidentele middelen, is onderdeel van het totale versterkingsplan. Gezien de urgentie en gezien het feit dat formele besluitvorming door de BC GGD wordt gevraagd, wordt dit onderdeel nu ter besluitvorming geagendeerd in de reguliere vergadering van de BC GGD.

Beslispunten

1. Instemmen met het aanwenden van de bestemmingsreserve GGD voor het inzetten van aanvullende personele capaciteit, het terugdringen van achterstanden binnen de Jeugdgezondheidszorg door de inhuur van externe vaccinatiecapaciteit en het

verbeteren van de kwaliteit van de stuurinformatie en processen binnen Algemene Gezondheid.

Onderbouwing voorstel

In de presentatie van de BC GGD van 29 mei jl. is reeds een onderbouwing gegeven voor de inzet van de beschikbare incidentele middelen (€ 269.000) uit het jaarresultaat VRLN. Dit gezien de urgentie rondom de uitvoering van de wettelijke taken die door de GGD bestuurlijk is gemaakt onder de noemer Toekomstbestendige GGD. Het voorstel dat werd gedaan bestond uit – vooruitlopend op besluitvorming rondom de integrale analyse en het integrale versterkingsplan – het versterken van een aantal functies. De BC GGD ging niet akkoord met het voorstel omdat een nadere analyse en uitwerking werd gemist.

Inmiddels is de analyse aangevuld en is er zoals geconstateerd tijdens de bestuursconferentie een gedeeld beeld dat de GGD handen tekort komt om de wettelijke taken die belegd zijn bij de GGD, binnen de daarvoor gestelde normen en wordt nu verder vorm gegeven aan een meerjarig integraal versterkingsplan.

Voor de besteding van de €269.000 uit de bestemmingsreserve GGD worden de volgende drie onderdelen voorgesteld:

- Inzet aanvullende personele capaciteit - € 138.934
- Terugdringen achterstanden door inhuur vaccinatiecapaciteit - € 65.004
- Verbeteren van de kwaliteit van de stuurinformatie en de processen binnen Algemene Gezondheid ten behoeve van het optimaliseren van dienstverlening aan gemeenten en inwoners - € 65.520

Inzet aanvullende personele capaciteit

Doordat nadere besluitvorming over een meerjarig versterkingsplan pas voor ligt in het Algemeen bestuur van 6 december a.s., kan de GGD pas op z'n vroegst personeel gaan werven op het moment dat het AB VRLN een positief besluit neemt. Concreet betekent dit dat vanaf maart 2025– stapsgewijs – nieuwe medewerkers kunnen starten (rekening houdend met wervingsprocedure, uitwerktermijnen e.d.).

Gezien de eerder aangegeven urgentie en de gedeelde analyse, willen we nu reeds inzetten op de inzet van aanvullend personeel en deze periode (januari t/m maart 2025) overbruggen door – vooruitlopend op besluitvorming door het AB VRLN in december 2024- reeds een beperkt aantal functies te versterken (zie onderstaande tabel).

Tabel: Versterken personele capaciteit

Functie	Fte	Kosten (jan-mrt 2025)
Arts JGZ –9- 4 jaar	1	€ 28.700
Verpleegkundige –9-4 jaar	2	€ 44.300
Arts IZB	1	€ 33.300
Gezondheidskundig assistent AGZ	1	€ 16.650
subtotaal		€122.950
Aanvullende kosten, 13%		€ 15.984
Totaal		€138.934

Hiervoor dienen vacatures gesteld te worden. Voor het invullen van deze vacatures betekent dit concreet:

- Starten werving na akkoord BC GGD op 6 november a.s.;
- In dienst nemen medewerkers vanaf 1 januari 2025;
- Voor de periode van 1 januari t/m 1 maart 2025 worden deze gefinancierd uit het incidenteel budget van €269.000;
- Vanaf 1 maart 2025 worden deze gefinancierd (voorfinanciering) uit het budget van het versterkingstraject.

Terugdringen achterstanden door inhuur vaccinatiecapaciteit

Ieder jaar vinden vaccinaties uit (onder andere) het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) plaats op 9 verschillende locaties binnen de regio (grootschalige vaccinatie tijdens de zogenaamde vaccinatieweken). Deze vaccinaties worden doorgaans uitgevoerd door ons eigen personeel. Door de inzet van een externe samenwerkingspartner (gebaseerd op de samenwerking tijdens de Covid pandemie), maken we mogelijk dat eigen personeel in deze weken vrijgespeeld wordt van het zetten van vaccinaties en reguliere spreekuren JGZ kan draaien. Door middel van deze inzet kan het verder oplopen van achterstanden binnen de JGZ worden voorkomen en kunnen bestaande achterstanden worden ingehaald. Belangrijk om op te merken is dat niet alle taken kunnen worden overgenomen door extern personeel. Specifieke taken rondom deze vaccinatieweken, zoals het bemannen van de informatiebalie en de dagcoördinatie blijven onder de medische eindverantwoordelijkheid van de GGD. In 2024 hebben we gedurende de laatste vaccinatieweek deze werkwijze ook reeds toegepast.

In onderstaande tabel zijn de benodigde kosten voor inzet van extern personeel voor 2025 weergegeven. Hierbij is ervan uitgegaan dat op elke vaccinatielocatie (totaal 9 locaties) één Consultatiebureauassistent en twee Jeugdverpleegkundigen worden uitgeroosterd op vaccinatieactiviteiten en worden ingezet binnen het reguliere proces ten behoeve van het terugdringen van de achterstanden.

Tabel: Kostenspecificatie externe inhuur

Kostenverdeling externe inhuur	2-stroom (3 JGZ-collega's)
Aantal locaties	9
Aantal prikkers/optrekkers	27
Tijdsduur (uren)	8
Uurtarief excl. 21% BTW	€ 56,93
Uurtarief incl. 21% BTW	€ 68,89
subtotaal excl. KM-vergoeding	€ 14.879,22
KM-vergoeding per gereden KM excl. 21% BTW	€ 0.42
Stelpost KM-vergoeding (75KM enkele reis)	€1.134.00
KM-vergoeding incl. 21% BTW	€1.372,14
subtotaal incl. BTW	€16.251,36
Totaal externe inzet in 2025 gedurende vier vaccinatieweken (€ 16.251 x 4)	€ 65.004,00

Verbeteren van de kwaliteit van de stuurinformatie en de processen binnen Algemene Gezondheid (AGZ) ten behoeve van het optimaliseren van dienstverlening

De afdeling AGZ van de GGD Limburg-Noord kenmerkt zich door een verscheidenheid aan teams (Wet Kinderopvang, Infectieziektebestrijding, Reizigers, Technische Hygiënezorg, Tuberculose, Seksuele Gezondheid en Medische Milieukunde) en een daaraan gerelateerd divers takenpakket. In navolging van het verbeteren van kwaliteit van de stuurinformatie en de processen en de resultaten die dit heeft opgeleverd binnen de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ), voeren we dit programma nu ook door voor de afdeling AGZ. Het programma richt zich op alle teams van afdeling AGZ en raakt daarmee de vier pijlers van de (wettelijke) GGD taken, zoals beschreven in de Wet publieke gezondheid. Het programma wordt geïmplementeerd door de externe projectleider die dit programma ook binnen de afdeling JGZ heeft geïmplementeerd. Enerzijds vanwege behaalde resultaten en anderzijds vanwege het kennen van de organisatie en daarmee in staat is om op korte termijn en concreet aan de slag kan gaan.

De fasering van de opdracht is als volgt:

- Onderzoeksfase; twee maanden (starten en afronden in 2024).

Na 2 maanden een projectplan opleveren met daarin o.a. opgenomen:

- Aanleiding
- Wat; doelstelling beoogde effecten, mijlpalen (eindresultaat en tussenresultaten)
- Afbakening (wat valt wel en niet binnen de scope van het project)
- Werkwijze (het hoe); aanpak activiteiten, fasering in tijdlijn met mijlpalen, projectcommunicatie en rapportageafspraken

- Wie; projectorganisatie met rollen, verantwoordelijkheden
- Uitvoeringsfase 1: Doorlooptijd vier maanden (vanaf januari 2025). Gestart wordt met de teams Infectieziektenbestrijding en Toezicht Wet kinderopvang.
- Uitvoeringsfase 2: Doorlooptijd zes maanden. Teams Reizigersadviesing, Seksuele gezondheid, Tuberculosebestrijding en Medische milieukunde.
- Uitvoeringsfase 3: Doorlooptijd drie maanden. Borgen van opgedane kennis, stuurinformatie en processen.

Voor de onderzoeksfase en uitvoeringsfase 1 (totale doorlooptijd van zes maanden) wordt een inzet gevraagd van de projectleider van gemiddeld 24-28 uur per week, tegen een tarief van € 100. Het gaat in totaal om een bedrag van € 65.520.

Financiële consequenties

Bovenstaande onderbouwing omschrijft de voorgestelde besteding van de Bestemmingsreserve GGD (ingesteld ten behoeve van de inzet van incidentele middelen à €269.000) door:

Besteding	Geraamde kosten
Inzet aanvullende personele capaciteit	€ 138.934
Terugdringen achterstanden door inhuur vaccinatiecapaciteit	€ 65.004
Verbeteren van de kwaliteit van de stuurinformatie en de processen binnen Algemene Gezondheid ten behoeve van het optimaliseren van dienstverlening	€ 65.520
Totale geraamde kosten	€ 269,458

Besluit

Paraaf ambtelijk secretaris:

- Akkoord met voorstel
- Akkoord met voorstel met aantekening
- Niet akkoord met voorstel met aantekening

Toelichting:

Vergadering van	:	Bestuurscommissie GGD - reguliere vergadering
Kabinet	:	Nee
Vergaderdatum	:	6 november 2024
Auteur	:	Knapen, Claudia
Onderwerp	:	Kaderbrief 2026
Bijlagen	:	1

Aanleiding en korte samenvatting

De kaderbrief 2026 van VRLN bevat de financiële uitgangspunten en de beleidsmatige kaders voor de begroting 2026.

Naast de loon- en prijsindex zijn de stijging i.v.m. de kapitaallasten materieel brandweer en strategische huisvesting opgenomen. Dit zijn zaken die al bestuurlijk zijn afgetikt. Daarmee is de gemeentelijke bijdrage 2026 als volgt opgebouwd:

(bedragen in duizenden euro's)

	Bedrag	I/S
Gemeentelijke bijdrage 2025	72.304	S
Loonkostenstijging 2026	1.014	S
Materiële kostenstijging 2026	651	S
Strategisch huisvestingsplan	263	S
Kapitaallasten materieel brandweer	262	S
Totaal gemeentelijke bijdrage 2026	74.494	

In de kaderbrief zijn wel de ontwikkelingen van de toekomstbestendige GGD benoemd, maar aangezien er nog geen besluitvorming heeft plaatsgevonden en de hoogte van het bedrag voor 2026 nog niet bekend is, is dit nog niet verwerkt in de gemeentelijke bijdrage. Ook worden enkele andere ontwikkelingen genoemd, die nog niet zover zijn dat deze in financiële zin concreet genoeg zijn om te worden opgenomen, zoals het overhevelen van de specifieke uitkeringen naar het gemeentefonds.

Beslispunten

1. Het dagelijks bestuur positief adviseren over de kaderbrief 2026.

Onderbouwing voorstel

In deze kaderbrief worden de belangrijkste algemene ontwikkelingen benoemd die van invloed kunnen zijn op de begroting 2026. Voor deze ontwikkelingen geldt dat ze momenteel nog niet concreet zijn en daarmee er nog geen financiële vertaling kan plaatsvinden in deze kaderbrief.

Het betreft hier onder andere de landelijke ontwikkeling van het overhevelen van de specifieke uitkeringen naar het gemeentefonds waarbij tevens een korting van 10% wordt toegepast.

Verder loopt er binnen de GGD Limburg-Noord een traject toekomstbestendige GGD. De verwachting is dat dit (mogelijk aanzienlijke) financiële gevolgen zal hebben die in e begroting 2026 worden verwerkt. De mate waarin is afhankelijk van de bestuurlijke koers en richting die gekozen wordt.

Personele consequenties

Personele consequenties gepaard gaande met de kaderbrief worden uitgewerkt in de begroting 2026.

Financiële consequenties

Financiële consequenties gepaard gaande met de kaderbrief worden uitgewerkt in de begroting 2026.

Vervolgprocedure

De financiële aspecten van de concept kaderbrief 2026 worden besproken in het overleg met de controllers/financieel adviseurs van de gemeenten. De beide bestuurscommissie krijgen de gelegenheid om advies uit te brengen over de inhoud. Deze uitgebrachte adviezen worden voorgelegd aan het dagelijks bestuur. Deze leidt vervolgens de kaderbrief 2026 ter vaststelling door aan het algemeen bestuur van 6 december 2024. Vervolgens wordt deze verstuurd naar de gemeenteraden van de deelnemende gemeenten, met daarbij de uitnodiging om te reageren op de kaderbrief.

Bijlagen

1. Kaderbrief 2026

Besluit

- Akkoord met voorstel
- Akkoord met voorstel met aantekening
- Niet akkoord met voorstel met aantekening

Toelichting:

Paraaf ambtelijk secretaris:

Kaderbrief voor begroting 2026

Inhoud

1.	Inleiding en korte samenvatting	3
1.1	Mogelijke uitdagingen	3
1.2	Indexering	4
1.3	Eerdere besluitvorming.....	5
2.	Algemene ontwikkelingen	6
2.1	Publieke Gezondheid	6
2.2	Veiligheid	10
2.2.1	Algemeen.....	10
2.2.2	Programma Crisisbeheersing	11
2.2.3	Programma Brandweezorg.....	13
2.3	Risk Factory.....	16
2.4	Bedrijfsvoering	17
3.	Financiële kaders.....	18
3.1	Actualisatie verdeelsystematiek gemeentefonds	18
3.2	Aantal inwoners	18
3.3	Indexatie	18
3.4	Renteomslag.....	18
3.5	Vennootschapsbelasting	18

1. Inleiding en korte samenvatting

Voor u ligt de kaderbrief 2026 van Veiligheidsregio Limburg-Noord (VRLN). Jaarlijks maakt de veiligheidsregio een kaderbrief waarin ontwikkelingen worden geschetst die invloed hebben op de (meerjaren)begroting. Tevens worden de financiële uitgangspunten en de kaders voor de begroting 2026 vastgelegd.

1.1 Mogelijke uitdagingen

Overhevelen specifieke uitkeringen naar het gemeentefonds

Er zijn een aantal ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de begroting van VRLN. Op basis van het hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet besloten om specifieke uitkeringen (SPUK) over te hevelen naar het gemeentefonds en daarop een korting van 10% toe te passen. De overheveling en korting moet ingaan per 1-1-2026. Door de overheveling naar het gemeentefonds vervalt het oormerk van de bijdrage. Gemeenten zijn vrij in de bestedingen van het gemeentefonds en dus ook vrij in welk deel van de voormalige SPUK (en dus de BDuR) zij aan de veiligheidsregio beschikbaar stellen.

VRLN ontvangt de volgende specifieke uitkeringen¹:

- Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) (via centrum GGD Zuid-Limburg) (totale omvang € 3,1 miljoen);
- Versterking Pandemische paraatheid (€ 1,3 miljoen);
- COVID-19 vaccinatie (€ 2,1 miljoen) en
- BDuR Veiligheid en versterking Crisisbeheersing (€ 9,4 miljoen).

Er spelen ook nog andere ontwikkelingen in het kader van de genoemde SPUK's.

Er loopt een onderzoek naar de financiering van de seksuele gezondheid en PrEP, waardoor onduidelijk is wat het totale beschikbare bedrag gaat worden en hoe dit verdeeld gaat worden. Mogelijk leidt dit tot een meer evenwichtige verdeling over de GGD regio's.

Ten aanzien van de pandemische paraatheid wordt een afbouwscenario uitgewerkt waarin rekening wordt gehouden met de afbouw van de uitkering tot 2029. Onduidelijk is wat de korting gaat betekenen voor de opdracht aan de GGD.

De kosten van de COVID-19 werden steeds volledig door het Rijk vergoed via de specifieke uitkering. Onduidelijk is welke opdracht de GGD'en/gemeenten gaan krijgen en welke vergoeding daarvoor ontvangen gaat worden. De regering heeft nog geen besluit genomen over het structureel verstrekken van de COVID-19 vaccinatie. Op dit moment loopt de voorbereiding van de besluitvorming over de vaccinatie in 2025, waarbij voor 2025 nog onderzocht wordt hoe de vaccinaties bekostigd worden. Nu is dat op basis van een begroting per GGD. Onderzocht wordt of een vergoeding per vaccinatie haalbaar is.

Naar aanleiding van de overheveling naar het gemeentefonds en de daarbij toegepaste korting van de BDuR hebben de veiligheidsregio's gesproken met de staatssecretaris. Deze heeft aangegeven dat het opheffen van de BDuR als specifieke uitkering een ongewenst effect is geweest. Ze heeft aangegeven dat ze zich zal inzetten om van de BDuR weer een specifieke uitkering te maken. Ook door de GGD'en en GGD GHOR Nederland zijn bewaren gemaakt tegen het opheffen van de SPUK. Zowel aan de kant van de veiligheidsregio's als aan de kant van de GGD is er hoop dat het besluit over de SPUK's wordt teruggedraaid. Daarbij heeft de staatssecretaris nog geen uitspraak gedaan over de toegepaste korting van 10%.

¹ Genoemde bedragen zijn de verwachte baten 2025

Door de onduidelijkheid wordt er in de begroting 2026 nog geen rekening gehouden met de overheveling van de SPUK en BDuR. Dit betekent dat deze vooralsnog als overige baten zijn opgenomen in de begroting, waarbij nog geen rekening gehouden is met de verwachte korting van 10%. Bij een overheveling naar het gemeentefonds worden bedragen via de gemeenten aan VRLN betaald, waardoor de inwonerbijdrage zal stijgen en de overige inkomsten van VRLN dalen.

Toekomstbestendige GGD

Samen met de 15 gemeenten in Noord- en Midden-Limburg heeft de GGD Limburg-Noord in 2021 het Manifest 'Naar gelijke kansen op gezondheid' opgesteld en zijn de ambities van de GGD daaruit vertaald en vastgesteld in de Visie 2030. In 2021 heeft VRLN een bestuurlijk traject rondom haar kerntaken gelopen. Daarin werd gezamenlijk geconcludeerd dat onder andere de formatie als ook het totale budgettaire kader voor het uitvoeren van de wettelijke taken lager ligt dan bij andere (vergelijkbare) GGD'en.

De afgelopen jaren zijn er mede als gevolg van landelijke ontwikkelingen taken bijgekomen, zijn bestaande taken geïntensiveerd en is de rol van de GGD in het netwerk van publieke gezondheid in de samenwerking met gemeenten en zorgpartners sterk aan verandering onderhevig, terwijl de hiervoor benodigde formatie en financiële middelen niet meegroeiden.

De GGD heeft lange tijd zelf deze ontwikkelingen binnen de bestaande financiële kaders opgelost en zo veel mogelijk rendement uit de eigen organisatie en de samenwerking uit het netwerk met andere GGD'en gehaald.

De afgelopen vier jaar werden vooral gekenmerkt door een externe focus. Denk hierbij aan de inzet in de Covid-pandemie, Meinwegbrand, Monkeypox, HPV18plus campagne, Hoogwater Maas-Roer, opvang ontheemden, Vogelgriep en Mazelenuitbraken. De GGD constateert dat zij niet op alle vlakken meer in staat is om haar wettelijke- en kerntaken op verantwoorde wijze uit te voeren.

Het bestuur van VRLN heeft op basis van dit signaal een bestuurlijke opdracht gegeven aan de Algemeen Directeur om deze constatering nader te onderbouwen. De verwachting is dat dit (mogelijk aanzienlijke) financiële gevolgen zal hebben voor de reeds door de veiligheidsregio afgegeven begroting. De mate waarin is afhankelijk van de bestuurlijke koers en richting die wordt gekozen. Het uitgewerkte plan van aanpak wordt naar verwachting bestuurlijk geagendeerd in december 2024. Eventuele aanpassingen van de begroting van VRLN met gevolgen voor de gemeentelijke bijdrage omvatten altijd een zienswijzetraject met gemeenteraden. Mutaties voor 2026 worden na besluitvorming in de begroting verwerkt.

De verwachting is dat dit (mogelijk aanzienlijke) financiële gevolgen zal hebben die in de begroting 2026 zal worden verwerkt. De mate waarin is afhankelijk van de bestuurlijke koers en richting die wordt gekozen.

1.2 Indexering

Jaarlijks wordt de begroting conform de vastgestelde indexatiesystematiek geïndexeerd. Voor 2026 is op basis van de septembercirculaire gerekend met:

- indexatie loonstijging 2026 van 2,1% € 1,01 miljoen;
- indexatie materiële kostenstijging van 2,2% € 0,65 miljoen.

De indexatiepercentages zijn afgeleid van de Macro Economische Verkenning (MEV) van het Centraal Planbureau (september 2024). Op basis van het Centraal Economisch Plan vindt eventueel bijstelling plaats (maart 2025).

1.3 Eerdere besluitvorming

Op een aantal dossiers heeft al besluitvorming plaatsgevonden door het algemeen bestuur met gevolgen voor de begroting van 2026.

Kapitaallasten materieel brandweer

In het algemeen bestuur van december 2022 is toegekend dat het budget voor de kapitaallasten van de materiële voorzieningen van de brandweer de komende jaren stapsgewijs gaat toenemen. Het ingroei-scenario is als volgt: 2024 + € 1 per inwoner, 2025 + € 0,50 en 2026 + € 0,50, wat betekent vanaf 2027 € 2 structureel. De uitzetting van het budget wordt via het verdeelmodel voor de kosten van de brandweezorg over de gemeenten verdeeld.

Via een stapsgewijze uitzetting van het budget voor de kapitaallasten wordt het financiële knelpunt weggenomen. Daarnaast geeft het ingroei-model de budgettaire ruimte de egaliseringsreserve in het perspectief van 2027 te verhogen. Uit deze reserve wordt dan de kostenstijging uit technologische innovatie opgevangen. Naast vervanging vindt kwaliteitsverbetering plaats, vanzelfsprekend passend bij doelmatige brandweezorg tegen aanvaardbare kosten.

Strategische huisvestingsplan

In december 2023 heeft het algemeen bestuur het strategisch huisvestingsplan vastgesteld. Het aantal werkplekken wordt teruggebracht en daartoe wordt het pand aan de Nijmeegseweg na verkoop afgestoten. Nieuw- en verbouw van meerdere brandweerlocaties vindt plaats. Tevens is rekening gehouden met herhuisvesting van een groot aantal consultatiebureaus van de GGD.

Het hybride werken (deels thuis, deels op kantoor) wordt verder doorgevoerd en dat betekent dat in meerdere mate multifunctioneel gebruik gemaakt gaat worden van regiovestigingen. Diverse panden worden aangepast aan deze nieuwe manier van werken, met flexibele werkplekken en meer ruimte voor ontmoeten en vergaderen. Daarnaast worden in de eigendomspanden duurzaamheidsmaatregelen doorgevoerd.

Op basis van de eerdere besluitvorming door het algemeen bestuur wordt in de begroting 2026 rekening gehouden met:

- kapitaallasten materieel brandweer € 262.000;
- financiële gevolgen strategisch huisvestingsplan € 263.000.

De aansluiting begroting 2025 naar kaderbrief 2026 kan worden weergegeven op basis van de hiervoor genoemde mutaties. Deze bijdragen zijn exclusief effecten overhevelen specifieke uitkering naar het gemeentefonds en de hiermee gepaard gaande korting van 10% en tevens exclusief toekomstbestendige GGD.

(bedragen in duizenden euro's)

	Bedrag	I/S
Gemeentelijke bijdrage 2025	72.304	S
Loonkostenstijging 2026	1.014	S
Materiële kostenstijging 2026	651	S
Strategisch huisvestingsplan	263	S
Kapitaallasten materieel brandweer	262	S
Totaal gemeentelijke bijdrage 2026	74.494	

De gemeentelijke bijdrage wordt als volgt verdeeld over de drie programma's:

(bedragen in duizenden euro's)

Programma	2025	2026
Publieke Gezondheid	25.306	26.020
Brandweezorg	40.705	42.069
Crisisbeheersing	6.292	6.405
Totaal gemeentelijke bijdrage	72.304	74.494

2. Algemene ontwikkelingen

In de kaderbrief stippen we een aantal ontwikkelingen aan die van invloed zijn op de begroting 2026, maar die nog niet voldoende zijn uitgekristalliseerd zijn om al meegenomen te zijn in de kaderbrief 2026.

2.1 Publieke Gezondheid

Gezondheidsakkoorden IZA/GALA

De gemeenten ontvangen een specifieke uitkering van het Rijk voor het uitvoeren van het IZA/GALA akkoord. De oorspronkelijke financieringsafspraken tussen Rijk en gemeenten lopen tot 2026.

Activiteiten die de GGD in dit kader uitvoert in opdracht van de gemeenten, worden uitgevoerd via een dienstverleningsovereenkomst (DVO).

De DVO's Kansrijke start, Nu niet zwanger (NNZ) en VoorZorg zijn of worden verlengd voor 2025. Deze DVO's worden in de begroting meegenomen als overige baten en zitten dus niet in de gemeentelijke bijdrage. Gemeenten hebben hun voorkeur uitgesproken om de DVO's structureel te maken en op te nemen in de gemeentelijke bijdrage. Deze voorkeur en aanpassing wordt meegenomen in het traject toekomstbestendige GGD.

Versterking Pandemische paraatheid (Specifieke uitkering)

Met het landelijke project Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid (VIP) werd een versterking en vernieuwing ingezet om de basis op orde te krijgen voor pandemische paraatheid. Daar waar het de bedoeling was dat VIP gelden met ingang van 2025 structureel zouden worden, maar dat is door het regeerakkoord niet doorgegaan, zijn de middelen niet structureel beschikbaar gesteld.

Het Rijk financiert ook het RIVM om Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) vorm te geven. GGD GHOR Nederland ontvangt subsidie voor het IV-landschap om te komen tot een nieuwe IZB-applicatie Pandemisch Parate Informatievoorziening (PP-IV).

De financiering van deze activiteiten wordt op basis van het regeerakkoord van het kabinet afgebouwd naar 2029. Onduidelijk is wat dit betekent voor de taken van de GGD, het vormen van het LFI en de PP-IV. Er worden gesprekken gevoerd met het ministerie om hier duidelijkheid over te krijgen. In het voorjaar van 2025 wordt duidelijk of de plannen van het kabinet worden bijgesteld. De activiteiten van de partijen (GGD, RIVM en GGD GHOR Nederland) zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden om beter voorbereid te zijn op een volgende pandemie.

Er is een reële kans dat Nederland in de komende jaren opnieuw te maken krijgt met grootschalige uitbraken van infectieziekten. Tijdens de coronapandemie hebben we gezien dat we ons daar samen beter op moeten voorbereiden. De Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) gaat deze rol vervullen. De crisisorganisatie LFI is onderdeel van het RIVM en werkt samen met andere onderdelen van het RIVM, de GGD'en, GGD GHOR Nederland, andere organisaties in de infectieziektebestrijding en het ministerie van VWS. Bij een A-infectieziekte die landelijke bestrijding

vergt, stuurt de minister van VWS via de LFI de GGD'en aan. De LFI is hiermee de verbindende schakel tussen het beleid en de uitvoering. Ook voert de LFI regie op de medisch-operationele voorbereiding op een dergelijke crisis. De LFI zit in een ontwikkelings- en implementatietraject dat doorloopt tot december 2026.

Diverse applicatie vervangingen en aanpassingen

Veel applicaties die de GGD gebruikt voor de uitvoering van taken zijn landelijke GGD-applicaties en zijn al of komen nog op landelijk niveau in beheer. Dat vraagt om voor ontwikkeling, voorbereiding en uitvoering ook van de regionale gebruikers om inspanningen waarvoor mogelijk extra geïnvesteerd moet gaan worden. De schaal en omvang hiervan is door actuele en constante ontwikkeling van de landelijke en eigen informatievoorziening nog lastig in te schatten.

Toezicht kinderopvang

Vanaf 2027 vindt er een landelijke kwaliteitsimpuls plaats op Vroegschoolse Educatie (VE) locaties. Het toezicht hierop komt bij de GGD te liggen en een wetswijziging wordt hiervoor momenteel voorbereid. Dit betekent dat hier de organisatie in 2026 op voorbereid moet worden.

Daarnaast worden als gevolg van de wettelijk uitbreiding van het aantal inspecties vanaf 2023 ook meer overtredingen geconstateerd. De druk op de normtijden neemt daarom toe. Tevens nemen de items die in de inspecties bekeken moeten worden toe. Landelijke besluitvorming hierover moet nog plaatsvinden. Er wordt dan gelijktijdig aangegeven wat dit betekent voor de tijd per inspectie.

Forensische geneeskunde

Door de schaarste van forensische artsen en de wens van de politie om met één contractpartner per politieregio te hebben, is de samenwerking met GGD Zuid Limburg versterkt. Er wordt gewerkt vanuit één rooster en ondersteunende bedrijfsvoering is vanuit Zuid opgepakt. De politie is in 2024 gestart met de aanbesteding van arrestantenzorg (1 onderdeel van de dienstverlening aan de politie). De uitslag van de gunning wordt eind 2024 verwacht. Als de arrestantenzorg aan een andere partij wordt gegund, zal dit (financiële) impact hebben op de uitvoering van de overige taken van de forensische geneeskunde.

Seksuele Gezondheid

Een maatschappij waarin seksuele gezondheid wordt gekoesterd en bevorderd, zorgt niet alleen voor een omgeving waarin het risico wordt verminderd op hiv, soa's, ongewenste zwangerschappen en seksuele grensoverschrijdend gedrag, maar ook voor een omgeving waar respect, wederzijds begrip en gelijkwaardigheid groeien en bloeien. Ook in Limburg-Noord blijkt uit de meest recente cijfers van seks onder je 25ste dat 1 op de 5 meisjes en 1 op de 20 jongens ooit gedwongen is geweest tot seksuele handelingen. De GGD wil daarom de komende jaren de ingeslagen weg volgen in het bevorderen van seksuele gezondheid en het gesprek hierover aangaan met jongeren, docenten, intermediairs bij verenigingen etc.. In de afgelopen jaren hebben we met tijdelijke subsidie deze deskundigheid op kunnen bouwen. Het vraagt een extra investering om deze expertise en benodigde formatie verder uit te breiden teneinde deze blijvend in te kunnen zetten voor de hele regio. Tevens kan deze verpleegkundige formatie het team Infectieziektebestrijding ondersteunen in het kader van pandemische paraatheid. Dit en middelen voor preventieve activiteiten in generieke zin zoals opbouwen van een netwerk, train de trainer activiteiten, aanwezig zijn op die plekken waar de doelgroep aanwezig is, zijn onderdeel van het traject toekomstbestendige GGD.

Versterken van de gezondheidsbescherming

Bedreigingen in de publieke gezondheid zullen er altijd zijn. Niet elke crisis of uitdaging voor de publieke gezondheid is te voorkomen of laat zich voorspellen. Op de juiste manier omgaan met acute situaties die de publieke gezondheid bedreigen is daarom belangrijk. Juist ook om te voorkomen dat de gezondheidsverschillen in de regio verder toenemen. GGD Limburg-Noord is verantwoordelijk voor het op peil houden van de bescherming tegen gezondheidsrisico's waar inwoners zelf niet of

nauwelijks invloed op hebben en mogelijk ook geen weet van hebben.

Het vele verkeer van mensen en dieren vergroot de kans op import van infectieziekten, denk hierbij bijv. aan mazelen of monkeypox. Er is een toenemend aantal mensen dat het buitenland bezoekt voor medische/cosmetische behandelingen en resistente bacteriën mee terug neemt. Ook oorlogsvluchtelingen kunnen ziekten meenemen omdat er andere ziekten in hun thuisland circuleren. Dit geldt ook voor de arbeidsmigranten uit Oost-Europa. Klimaatverandering en antibioticaresistentie kunnen ook hier een rol in spelen. Ook de hoge veedichtheid in combinatie met hoge mensdichtheid in onze regio vraagt vanwege het zoönoserisico om aandacht.

Een versteviging van de reguliere infectieziektebestrijding (IZB) is nodig om klaar te kunnen staan voor een komende pandemie. De GGD is op dit moment nog onvoldoende geëquipeerd om hun rol op het gebied van infectieziektebestrijding kwalitatief goed uit te voeren. De contouren van de nieuwe landelijk bepaalde formatienormering IZB worden langzaam maar zeker duidelijk. Deze laten, gelet op de uit te voeren kerntaken, een substantiële ophoging in formatie zien. Formatie die de komende jaren gevuld zal moeten worden willen we alle zeven kerntaken behorende bij IZB naar behoren uit kunnen voeren, pandemisch paraat zijn en goed aangesloten op de processen van de LFI. Bovenregionale samenwerking vraagt inzet, maar levert ook kennis- en tijds winst. Bij gelijke inzet meer kwaliteit, niet minder werk. De versterking van IZB is onderdeel van het traject toekomstbestendige GGD.

Tuberculosebestrijding

Met de grote instroom van vluchtelingen en arbeidsmigranten merken we dat het aantal te behandelen patiënten toeneemt. Dit vergroot de werkdruk omdat hier vaak meerdere momenten van (intensieve) begeleiding nodig is om de behandeling adequaat voort te zetten. Met de verwachting dat de instroom van (niet-)EU ingezetenen zich niet laat sturen is de inschatting dat dit om extra inzet en middelen zal vragen. Dit is onderdeel van het traject toekomstbestendige GGD.

Wijziging Rijksvaccinatieprogramma (RVP)

Vaccinaties beschermen kinderen tegen ernstige infectieziekten. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om een aantal vaccinaties op een andere leeftijd te geven. Daardoor zijn kinderen nog beter beschermd. Vanaf 2025 zal het nieuwe Rijksvaccinatieschema ingaan. De wijzigingen hebben rechtstreeks invloed op nieuwe jaarberekeningen, benodigd personeel door veranderende contactmomenten, ontwikkelingen en benodigde ruimtes op consultatiebureaus. Er zal daarvoor meer inzet van personeel nodig zijn door verschuivingen in het vaccinatieproces en inhaalrondes die moeten plaatsvinden. GGD'en ontvangen een compensatie van het rijk voor de implementatie. Het aanpassen van de uitvoering is onderdeel van het traject toekomstbestendige GGD.

Informatie laten werken voor publieke gezondheid

Nieuwe technologieën bieden kansen. Ook als het gaat om het vergroten van veiligheid en gezondheid. Tegelijkertijd schept het ook verwachtingen. We moeten als GGD meegaan met de snelheid van de informatiemaatschappij waarbinnen wij werken en tegelijkertijd betrouwbaar blijven. Wij zetten ons in op het verkrijgen, verrijken, delen en duiden van data. Voor onze gemeenten en voor onze inwoners.

Een goede, real-time ontsluiting, van in- en externe databronnen en deze data goed laten landen in een datawarehouse is één van de uitdagingen de komende jaren. Een andere uitdaging zal zijn het beantwoorden van (complexe) vraagstukken met behulp van data analyse. En deze informatie visualiseren, delen als antwoorden, gebruiken als onderbouwing voor strategie & beleid, planning & control en bedrijfsvoering. Er wordt al gewerkt aan de integratie van business intelligence (BI) binnen de VRLN/GGD. Naast een goed datafundament en -warehouse zijn er voor het ontsluiten en analyseren van deze data ook BI-professionals nodig. Deze kunnen met incidentele rijksmiddelen al in 2025 aan de slag. Voor 2026 zal het beeld van de benodigde structuur en organisatie voor data-gedreven, informatie-gestuurd werken en de benodigde structurele formatie compleet zijn.

Publieke gezondheid en publieke veiligheid vanzelfsprekend verbonden

Gezondheid en veiligheid zijn voor de mens een groot goed. Zij behoren tot de meest basale levensbehoeften. Het zijn dan ook de belangrijkste kerntaken van de overheid met de grootste uitgavenpost. Het zijn twee verschillende maatschappelijke velden met eigen wetten. De twee velden hebben belangrijke raakvlakken waarop publieke organisaties voor gezondheid en veiligheid met elkaar moeten samenwerken. Wij zetten ons in op de borging van publieke gezondheid binnen de publieke veiligheid.

Om de verbinding te versterken tussen publieke gezondheid en de gemeenten zijn de subregionale GGD-teams ingesteld. Om dit te kunnen continueren en verder door te ontwikkelen vanuit algemene gezondheidsaspecten wordt onderzocht welke formatie daarvoor extra nodig is.

Ook willen wij het beter in beeld krijgen van kwetsbare groepen. Dat doen wij met o.a. de 'Doelgroep Gerichte Aanpak'. Door het koppelen van informatie en data willen we blinde vlekken nog beter zichtbaar maken. We willen een duidelijk beeld krijgen van hoe het met onze inwoners gaat en welke groepen extra aandacht nodig hebben. Hierbij hebben we extra aandacht voor onze kwetsbare inwoners die niet binnen bestaande kaders en regelgeving geholpen kunnen worden. Binnen de GGD geven we, in opdracht van GGD GHOR Nederland en COA, voorlichting aan asielzoekers over onder andere hygiëne, opvoeding, gezondheidszorg in Nederland en hebben we hierin expertise opgebouwd. Onderzocht wordt hoe deze expertise ook ingezet kan worden bij de verdere integratie van de statushouders. Dat vraagt om een beeld van de eventuele extra formatie.

Samenwerken aan een duurzame leefomgeving

De leefomgeving waarin mensen wonen, werken en leven heeft invloed op hun gezondheid. Een gezonde leefomgeving is een leefomgeving die als prettig wordt ervaren, die uitnodigt tot gezond gedrag en beschermt tegen gezondheidsrisico's. Wij adviseren gemeenten om samen met haar partners voor en met inwoners een zo gezond en veilig mogelijk leven, thuis, in de directe woonomgeving, op school en op het werk en in de vrije tijd te creëren.

Er komt steeds meer aandacht, ook recent in het landelijke regeringsbeleid, om de kwaliteit van de leefomgeving in het belang van de gezondheid van mensen te bevorderen. De GGD heeft met de bouwstenen Gezonde Leefomgeving een goede basis gelegd voor gemeenten om dit onderdeel in de omgevingsvisie op te nemen. Een gezonde leefomgeving is in het merendeel van de omgevingsvisies van gemeenten opgenomen. In het vervolgtraject, de vertaling naar de omgevingsplannen en de advisering bij nieuwe plannen, wil de GGD graag een actieve rol spelen om deze kennis en inzichten over de leefomgevingsfactoren op de publieke gezondheid optimaal in te kunnen zetten. Dit vereist een veel meer pro-actieve rol dan we op dit moment kunnen realiseren met de huidige formatie en deskundigheid. Het is de wens om in 2026 in elk GGD team een adviseur medische milieukunde (MMK) te hebben en op GGD niveau een senior MMK adviseur & GAGS te hebben met een korte lijn en samenwerking op de schaal Zeeland, Brabant en Limburg (ZeeBraLim). Deze uitbreiding is onderdeel van het traject toekomstbestendige GGD.

2.2 Veiligheid

2.2.1 Algemeen

Landelijke agenda crisisbeheersing

In 2024 is de landelijke agenda crisisbeheersing vastgesteld. Deze agenda heeft een scope van 6 jaar en geeft landelijk richting aan drie strategische thema's voor crisisbeheersing:

- Versterking voorbereiding en paraatheid;
- Versterken van een weerbare samenleving;
- Bevorderen van kwaliteit en professionaliteit.

Een aantal thema's wordt centraal opgepakt (o.a. landelijk informatieknooppunt KCR2, doorontwikkeling LOCC), een aantal in het collectief (meerjarenplan vakraad crisisbeheersing), maar ook van de regio's zelf wordt verwacht dat zij hun activiteiten richten op de genoemde thema's. In onze regio is daarnaast internationale samenwerking een belangrijk thema.

Herziening Wet veiligheidsregio's

De contouren van de nieuwe wet tekenen zich af en bijzondere ontwikkelingen betreffen onder andere de rechtstreekse aanwijzingsbevoegdheid van de minister van Justitie en Veiligheid waarmee het proces van crisisbeheersing verder wordt gestroomlijnd, het opnemen van de rol van het Veiligheidsberaad in de wet en afspraken inzake het Interregionaal Beleidsteam. Daarnaast groeit de verbinding tussen landelijke en regionale regelgeving op het vlak van crisisbeheersing en brandweezorg.

Militaire dreiging

Een belangrijke stap in de preparatie op een militaire dreiging is de totstandkoming van het landelijk crisisplan militaire dreiging (LCP-MD) dat in nauwe samenwerking tussen Defensie, de NCTV en de veiligheidsregio's wordt opgesteld. Vanuit VRLN zijn planvormingsspecialisten hierbij betrokken. Door mee te werken aan dit kaderstellend civiel-militair bestuurlijke plan verzekeren we ons van de bruikbaarheid en sorteren we voor op de regionale vertaling (landelijke crisisplannen vormen doorgaans de basis voor de regionale voorbereiding op bovenregionale risico's).

Het plan kent 9 hoofdthema's (territoriale veiligheid, continuïteit van de overheid, nationale en internationale coördinatie, logistieke keten, vluchtelingenstromen, geneeskundige keten, openbare orde en veiligheid, continuïteit van de samenleving, communicatie) en wordt de leidraad voor het civiel-militaire crisisproces rondom het optreden van de krijgsmacht en civiele partijen in het kader van de territoriale en bondgenootschappelijke verdediging in opbouw naar of tijdens een conflict. Door het LCP MD en eigen aanvullende risicoanalyses willen wij ons voorbereiden op de impact van militaire dreiging en het bestuur beter in staat stellen om de bakens te verzetten ten aanzien van specifiekere voorbereiding van inwoners, gemeentes, hulpdiensten en de veiligheidsregio. Een adequate voorbereiding op deze dreiging draagt ook bij aan het verbeteren van de algemene voorbereiding op rampen en crises én de weerbaarheid van de samenleving als geheel

Uniform Kwaliteitsniveau Bevolkingszorg

Halverwege 2023 is door het Veiligheidsberaad en de Algemeen Besturen van de veiligheidsregio's het Uniform Kwaliteitsniveau Bevolkingszorg inclusief crisiscommunicatie (UKB) vastgesteld. In het UKB zijn naast een eenduidige beschrijving van bevolkingszorg, inclusief een afbakening van gemeentelijke crisisbeheersing, ook landelijke kwaliteitsnormen voor bevolkingszorg vastgesteld. Vanuit een landelijk programma wordt het UKB verder geïmplementeerd. Zowel in 2025 als in 2026 wordt verder gewerkt aan het UKB en dan met name aan de borging van kwaliteitsaspecten, te weten a) bepalen en vastleggen kwaliteitsniveau tijdens de inzet bij incidenten en oefeningen en b) vastleggen van de vakbekwaamheid van crisisfunctionarissen Bevolkingszorg.

Ontwikkelingen BDuR

Als de overheveling van de BDuR naar het gemeentefonds met daarbij de 10% korting doorgaat, heeft dit voor brandweezorg en crisisbeheersing grote gevolgen. Los van eventuele financiële gevolgen, zal een korting ook impact hebben op de doorontwikkeling van crisisbeheersing/brandweer en het behalen van de gestelde doelen.

2.2.2 Programma Crisisbeheersing

Het domein crisisbeheersing

Om invulling te kunnen geven aan de opgaven en uitdagingen vanuit het landelijk programma 'Versterking Crisisbeheersing en Brandweezorg' en de continuïteit van crisisbeheersing ook in de toekomst te kunnen borgen, zijn we in 2023 gestart met een intensieve samenwerking tussen de drie kolommen, te weten crisisbeheersing, GHOR en bevolkingszorg. We werken vanuit drie processen: risicoanalyse en advies, organiseren en uitvoeren en informatievoorziening.

Verbinding en kaders: werken vanuit onze stakeholders

Om de functionaliteit naar de verschillende ketens en partners in stand te houden en verder uit te bouwen zijn op de taakvelden GHOR, bevolkingszorg, multidisciplinaire samenwerking en internationale samenwerking regisseurs actief om stakeholdermanagement, programma's, beleid en verantwoording vorm te geven. Belangrijkste ambities op deze taakvelden zijn:

- Operationaliseren en implementeren van de landelijke kwaliteitskaders bevolkingszorg;
- Borgen van onze bijdragen aan landelijke netwerken, initiatieven en eventuele crisisteams;
- Operationaliseren van een toekomstvisie over piketfuncties voor de crisisorganisatie, in tijden van nieuwe generaties, toenemende schaarste, werkdruk en veranderend werkgeverschap;
- Versterken van netwerkmanagement en onze daadwerkelijke verbinding met inwoners en maatschappelijke partijen (bouwen aan vertrouwen als basis voor versterken weerbaarheid);
- Intern bestendigen van een programma voor (internationale) samenwerking, met het inzetten en verwerven van externe fondsen;
- Voorbereiding van de grote multidisciplinaire eindoefening van het Interreg gesubsidieerde project ERMWIC (vindt plaats in de eerste helft van 2027);
- Borging van samenwerking na de projectperiode resulteert in 2026 in een voorstel voor structurele financiering aan alle in ERMWIC samenwerkende partners.

Risicoanalyse en advies

Sterke operationele paraatheid en slagkracht wordt verbeterd door inzicht in regionale- en lokale risico's. We ontwikkelen een eenduidig proces voor risico-inventarisatie en risicoanalyse op operationeel, tactisch en strategisch niveau. In 2026 zijn de belangrijkste producten het veiligheidsbeeld, het dynamisch (zorg)risicoprofiel en uitgevoerde dreigingsanalyses. We trekken samen op met de Risicobeheersing van de brandweer en adviseren op grote ontwikkelingen in de fysieke omgeving met mogelijke impact op crisisbeheersing en rampenbestrijding. Daarnaast adviseert de GHOR onze gemeenten bij B- en C-evenementen op gezondheidsrisico's.

Als veiligheidsregio hebben we de ambitie om relatiebeheer met onze inwoners te versterken, ook een van de pijlers vanuit de visie crisisbeheersing (*crisisbeheersing en de burger*). Het verbeteren van de kennis en bekendheid over risico's en veiligheid bij inwoners heeft hierbij prioriteit. Door inzet van risico- en crisiscommunicatie wordt de weerbaarheid van de samenleving versterkt en geactiveerd en worden negatieve gevolgen van een ramp of crisis geminimaliseerd. Een andere ambitie is het beter gebruik maken en betrekken van groepen inwoners bij reguliere en ad hoc taken van de veiligheidsregio. In het licht van recente internationale politieke ontwikkelingen behoort de versterking van deze ambities nog nadrukkelijker tot het takenpakket van risico- en crisiscommunicatie.

Organiseren en uitvoeren

Het is van groot belang dat functionarissen met een rol in de crisisbeheersing goed voorbereid hun taken kunnen uitvoeren, ook voor de toekomst. Om dit optimaal te ondersteunen worden plannen en protocollen ontwikkeld, trainingen en oefeningen georganiseerd, lessen getrokken uit incidenten en worden atypische en niet acute crises opgepakt. Binnen dit proces wordt de regionale crisisorganisatie georganiseerd en deze is bij uitstek de organisatie die wordt geactiveerd om te reageren op buitengewone omstandigheden of bij ernstige vrees voor het ontstaan daarvan.

Maatschappelijke ontwikkelingen en de meerjarige, landelijke agenda crisisbeheersing moeten leiden tot een toekomstbestendig stelsel voor crisisbeheersing en brandweezorg. Het is duidelijk dat dit stelsel aan de vooravond staat van vernieuwing. Er wordt onder andere gewerkt aan een flexibele netwerksamenwerking, gezamenlijke inrichting van een Knooppunt Coördinatie Regio's-Rijk (KCR2) en het toewerken naar het optreden als één overheid. Bij het opstellen van het nieuwe regionale crisisplan is, voor zover mogelijk, voorgesorteerd op de verwachte aanpassingen die voortvloeien uit deze ontwikkelingen.

VRLN streeft continu naar het professionaliseren van haar crisis(beheersings-)organisatie. In lijn met de contourennota wordt crisisbeheersing ingericht als een cyclisch proces: risico-inventarisatie, risicoanalyse, voorbereiding, respons en nafase en herstel. Het uitgangspunt daarbij is een flexibele en informatiegestuurde crisisbeheersingsorganisatie die ingezet kan worden voor zowel flitsrampen en kortdurende (acute) crises als dreigingen en langdurige crises.

Informatievoorziening

Het doel van het proces informatievoorziening is het hebben van een 24/7 actueel informatiebeeld voor crisisfunctionarissen in zowel de koude, lauwe als warme situatie. Hiervoor wordt een informatienetwerk opgebouwd en onderhouden dat bestaat uit diverse (interne) organisatieonderdelen en externe partners/organisaties. Hiermee werken we toe naar een actueel beeld van kwetsbaarheden, risico's en dreigingen. Om te komen tot integrale (GEO/BI-) analyses is een robuuste data-uitwisseling met partners nodig.

Centraal binnen het proces informatievoorziening staat het VIK (Veiligheids-Informatie Knooppunt): de centrale ingang naar de diverse (crisis)applicaties én het veiligheidsbeeld (de actuele situatie in Limburg op het gebied van risico's en dreigingen). Het VIK is een samenwerking tussen de twee Limburgse veiligheidsregio's en wordt de komende jaren doorontwikkeld.

De komende jaren versterken we informatiegestuurde veiligheid binnen Limburg, Zuid-Nederland en landelijk door de samenwerking binnen Fieldlab Zuid6². Fieldlab Zuid6 is een dynamisch platform dat zich richt op het verkennen, ontwikkelen en implementeren van innovatieve oplossingen op het gebied van veiligheid, crisismanagement en rampenbestrijding (bijvoorbeeld toepassingen van AI en GEO/BI). Vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid ligt de opdracht om landelijk een informatieknooppunt te realiseren. Dit is een optelsom van alle veiligheidsbeelden van de veiligheidsregio's. De opdrachten binnen VIK Limburg, Zuid6 en landelijk vullen elkaar aan. Voor Limburg-Noord is het verstevigen van de internationale informatie-uitwisseling de komende tijd een belangrijk speerpunt.

Weerbare organisatie: Interne continuïteit

In het licht van de toenemende complexiteit van risico's waarmee VRLN wordt geconfronteerd, is het van belang om een robuust Bedrijfscontinuïteitsmanagementsysteem (BCM) te ontwikkelen. Het is vanuit Crisisbeheersing de wens om het bestaande continuïteitsplan verder te laten evolueren naar een BCM. Gezien de complexiteit van de materie en de verschillende belangen van de diverse bedrijfsonderdelen die hiermee samenhangen, is het zaak om dit dossier VRLN-breed gezamenlijk

² Zuid6 is een samenwerkingsverband van de zes veiligheidsregio's uit Brabant, Zeeland en Limburg

aan te pakken. Verschillende toekomstige ontwikkelingen zoals nieuwbouw, technologische innovatie of nieuwe inzichten meenemen in onze dynamische (crisis)organisatie. Het versterken van de interne continuïteit is ook één van de speerpunten van het beleidsplan 2024-2027 'In goede handen'.

Weerbare samenleving: in verbinding met onze inwoners

Mede ingegeven door het thema militaire dreiging, maar ook vanuit onze eigen ambities uit de visie crisisbeheersing 2030 en het beleidsplan zal er stevig geïnvesteerd moeten worden op de verbinding met onze inwoners. Dit is een eerste voorwaarde om samen met onze inwoners en maatschappelijke partijen te kunnen werken aan verbetering van onze weerbaarheid bij uiteenlopende crises. Waar naar verwachting 2025 in het teken staat van opzetten en opstarten van een breder programma op dit thema, zal dit programma een meerjarig karakter hebben en zo ook (be)geleid moeten worden. Scope is vooralsnog de beleidsperiode tot en met 2027. Maar als we maximaal gebruik willen kunnen blijven maken van de maatschappelijk aanwezige weerbaarheid en burgerkracht, zal dat in de toekomst meer structureel aandacht vergen.

2.2.3 Programma Brandweezorg

Visie op brandweezorg

Het algemeen bestuur heeft in 2021 de visie op brandweezorg 2030 vastgesteld. Hierin zijn de lijnen voor de komende jaren vastgelegd. Met dit document als basis, is een traject gestart om de brandweer te moderniseren en meer toekomstbestendig te maken. Hiervoor worden de volgende bouwstenen gebruikt:

- Behapbare basis;
- Risicogerichte specialismen;
- Minimale maar wel verantwoorde slagkracht;
- Flexibel repressief organisatiemodel;
- Gebiedsgerichte opkomsttijden in het volgende dekkingsplan;
- Toekomstbestendige brandweezorg, met inachtneming van de 'deeltijdrichtlijn';
- Informatiegestuurd werken en continu ontwikkelen van onze kennis.

Taakvelden brandweer

Drie taakvelden (brandbestrijding, technische hulpverlening en bestrijding van incidenten met gevaarlijke stoffen) zijn inmiddels doorontwikkeld en het laatste taakveld (bestrijding van waterongevallen inclusief incidenten op en met schepen) moet nog worden doorontwikkeld. Er is een landelijke visie vastgesteld die vertaald moet worden naar onze regio. Hierbij valt te denken aan samenwerking met andere regio's/partners, modernisering van de oppervlakteredding, modernisering van de uitrusting van het duikteam en modernisering van de eigen vloot brandweerboten. Dit zal in 2025 en 2026 zijn beslag gaan krijgen.

Goed werkgeverschap

Meer aandacht voor werkgeverschap en leiderschap is nodig om richting te geven aan de eigen organisatie in ontwikkeling en zo een interessante werkgever te blijven en vrijwilligheid te borgen. Om een vitaal duurzame brandweeorrganisatie te kunnen zijn, is het van belang te zoeken naar een nieuwe, goede balans tussen mens en werk: het nu en straks beschikbaar hebben van de juiste (hoeveelheid) mensen, met de juiste middelen, op de juiste plek.

De brandweer in verandering

Het kabinet heeft aangekondigd om met behoud van het goede, te komen tot een toekomstbestendig, samenhangend stelsel voor de crisisbeheersing en brandweezorg. Een zichtbare ontwikkeling is een toenemende focus op de voorbereiding en respons op bovenregionale en landelijke incidenten. In feite wordt hier gedoeld op landelijke slagkracht. De veiligheidsregio's zijn sterk georiënteerd op de eigen

veiligheidsregio en de eigen slagkracht. Het is niet duidelijk of en welke financiële gevolgen dit kan hebben.

Ook zien we veranderingen in de maatschappij die zorgen voor veranderende risico's. Ontwikkelingen als de energietransitie en extreem weer als gevolg van klimaatverandering hebben een direct effect op ons werk en vraagt om organisatorische aanpassingen binnen de brandweereenheden en intensieve bijscholing. Dit vergt een hoge mate van flexibiliteit en veerkracht van onze brandweerorganisatie.

Daarnaast zien we ook dat het landschap van de brandweer verandert en dat noodzaakt tot herziening van het onderwijsstelsel. Met name de transitie van het huidige model naar een meer modulair systeem zal ons de komende jaren bezig gaan houden. Het systeem zal ook op inhoud overeen moeten komen met de repressieve organisatie en de mate waarin crisisbeheersing en brandweezorg elkaar gaan beïnvloeden zal invloed hebben op de inrichting van het nieuwe onderwijsstelsel.

Tenslotte zien we dat veranderingen ook gevolgen kunnen hebben voor de historisch bepaalde locaties in onze regio: waar komt de toekomstige kazerne te liggen, welke specialismen koppelen we eraan en wat betekent dit voor de dekking? Dit vraagt een meer bedrijfsmatige aanpak waarbij lokale verankering niet losgelaten kan worden. De stijgende maatschappelijke kosten zoals energie en bouwkosten zullen bij de realisatie van nieuwe kazernes ook een rol blijven spelen. De vraag wat mag het kosten, zowel in geld als in tijd zal dus ook in 2026 aan de orde zijn.

Risicobeheersing: van regelgericht naar risicogericht adviseren

De brandweer is bezig met een transitie om niet alleen maar regelgericht te adviseren, maar ook risicogericht. Het gaat om een integrale, proactieve aanpak, waarbij oplossingsgericht wordt meegedacht met maatschappelijke opgaven in de leefomgeving en de risico's die deze opgaven kunnen beïnvloeden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bestaande regelgeving, maar ook andere werkwijzen zoals kennisdeling, bewustwording en gedragsbeïnvloeding. Bij een stapeling van risico's of bij nieuwe ontwikkelingen ontbreekt het soms aan duidelijke regelgeving; op zo'n moment vraagt het dat veiligheidsregio's vanuit hun deskundigheid meedenken, zodat de veiligheid en continuïteit toch geborgd worden bij activiteiten en opgaven in de fysieke leefomgeving.

De veranderingen in de maatschappij zorgen voor risico's die snel veranderen. Denk hierbij aan de Veilige Energietransitie, extreem weer, klimaatverandering en natuurbranden. Dit vraagt om een afdeling Risicobeheersing die goed kan inspelen op de nieuwe risico's die hierbij horen om de fysieke veiligheid te borgen. Dit doen we door de gemeenten te ondersteunen met het uitvoeren van toezicht op brandveilig gebruik en advisering op initiatieven in de fysieke omgeving.

Informatiegestuurd werken

Met snel veranderende risico's is het ook van groot belang om zicht te hebben op de ontwikkeling van de risico's. Informatiegestuurd werken krijgt hierin een steeds belangrijker rol. De afdeling Risicobeheersing kent de ontwikkelingen in de regio en de risico's en is daarmee een belangrijke informatiebron voor de veiligheidsketen. Hierin ontwikkelt de afdeling continu door.

Groeiende complexiteit

Naast de verandering van risico's worden de risico's ook steeds complexer. De verdichting van initiatieven, nieuwe technieken en technologieën die gebruikt worden en dus ook complexere risico's vergen daardoor ook steeds complexere adviezen. Dit betekent dat de kennis en competenties van de medewerkers mee moeten groeien met de adviesvragen die voorliggen. Vanuit het plan 'perspectief' wordt invulling gegeven aan groei en ontwikkeling van de individuele medewerkers en daarmee ook aan de afdeling in zijn geheel.

Versterken zelfredzaamheid

Als incidenten plaatsvinden zijn hulpdiensten meestal later aanwezig. Dit betekent dat er altijd een beroep gedaan wordt op de zelfredzaamheid van inwoners van onze regio. Vanuit risicobeheersing werken we aan de versterking van zelfredzaamheid door gedragsbeïnvloeding. De Risk Factory, Keurmerk Veilig Ondernemen en branchegerichte projecten zoals 'de zorg brandveilig' zijn hier voorbeelden van. Deze aanpak blijven we continu versterken.

Incidentbestrijding: gegarandeerde brandweezorg

Paraatheid

Gegarandeerde brandweezorg bieden aan onze inwoners is alleen mogelijk bij een voldoende parate repressieve organisatie (7 dagen per week en 24 uur per dag direct en adequaat kunnen reageren op een melding). Het hebben van een grotendeels vrijwillige organisatie, betekent een toenemende uitdaging om de paraatheid op peil te houden. De paraatheid wordt nauwkeurig in de gaten gehouden en we treffen aanvullende maatregelen om de paraatheid op peil te houden waarbij de focus ligt op werving en behouden van vrijwilligers en het versterken van beroepsmatigheid, waar vrijwilligheid afneemt.

Robuustheid en slagkracht

Het vaker voorkomen van grote incidenten, zoals grote of gelijktijdige natuurbranden of overstromingen, betekent dat het hebben van een robuuste brandweerorganisatie steeds belangrijker wordt. De slagkracht in de regio moet hiervoor op peil blijven. Onze eigen regionale slagkracht is teruggebracht tot een minimaal, maar wel verantwoord niveau. Er wordt geïnvesteerd in modern materieel, gerichte slagkracht zoals voor de bestrijding van natuurbranden en branden in zeer grote brandcompartimenten en in specialistische teams. We werken toe naar een toekomstbestendige brandweer met voldoende capaciteit om kwalitatief hoogwaardige brandweezorg te leveren én weerstand te kunnen bieden aan grootschalige en nieuwe incidenttypen. Waarschijnlijk zullen in het kader van vergroten van de weerbaarheid van de samenleving meer en andere taken bij de brandweer belegd gaan worden.

Voorbereiding op rampen en crises van de toekomst

Naast het versterken van slagkracht binnen de eigen regio, is uit de evaluatie van de Wet veiligheidsregio's gebleken dat Nederland niet voldoende is voorbereid op rampen en crises van de toekomst. Deze rampen en crises zullen naar verwachting vaker langdurig druk uitoefenen op de (boven)regionale en landelijke slagkracht. Voor het brandweeroptreden betekent dit onder andere gegarandeerde paraatheid, responstijd, slagkracht, uitwisselbaarheid, schaalbaarheid en voortzettingsvermogen. De komende jaren wordt duidelijk wat dit voor ons gaat betekenen.

Vrijwilligheid bij de brandweer en continuïteit van de vrijwillige posten

De ruim 830 brandweermensen in onze regio staan samen voor een gegarandeerde brandweezorg. Om de paraatheid van deze kazernes te garanderen is het van belang om voldoende beroeps- en vrijwillig brandweerpersoneel aan te trekken, op te leiden en te behouden. Vrijwilligheid wordt anders ingericht en ingevuld dan in het verleden. Vrijwilligers blijven korter bij de brandweer, werken vaker verder weg van de kazerne, zijn minder beschikbaar en gaan met een andere mindset bij de brandweer dan de vorige generatie. Het behouden en werven van voldoende vrijwilligers is voor de brandweer een belangrijk en continue doel. Om eenzelfde mate van paraatheid te kunnen organiseren gaan we ervan uit dat jaarlijks 2% extra vrijwilligers nodig zijn. Dit leidt tot toenemende inspanningen en kosten van onder andere werving en selectie en het opleiden van nieuw personeel. Tot op heden worden deze kosten gedekt uit de beschikbare budgetten.

Personeel

Een toekomstbestendige 24-uursdienst

Diverse ontwikkelingen zoals een verhoogde arbeidsmobiliteit, de gevolgen van het tweede loopbaanbeleid en wijzigingen in het zwangerschaps- en ouderschapsverlof maken dat de personele bezetting te krap werd om de paraatheid op peil te houden. Inmiddels is de sterkte weer grotendeels op peil gebracht. Er is ook sprake van een ervaringsverdunning door de wisselingen van personeel. Meer en intensiever trainen is hier een van de oplossingen.

Duurzame inzet van personeel

Duurzame inzetbaarheid is erop gericht om beroepspersoneel en vrijwilligers tot hun afscheid gezond, gelukkig en bekwaam aan het werk te houden. De focus ligt hierbij op veilig repressief optreden, arbeidsomstandigheden, vitaliteit en een leven lang ontwikkelen. Het geestelijk en lichamelijk vitaal houden van repressief brandweerpersoneel en het voorkomen van PTSS en burn-out krijgen meer aandacht. Ook krijgt sociale veiligheid structurele aandacht. Landelijk loopt nu het proces om PTSS te erkennen als beroepsziekte.

2^e loopbaanbeleid brandweer

In 2006 is het 2^e loopbaanbeleid voor medewerkers incidentbestrijding in de 24-uursdienst geïntroduceerd. Onder voorwaarde van medische geschiktheid mogen deze medewerkers maximaal 20 jaar werken in deze bezwarende functie. Bijna alle 24-uursdienst medewerkers maken hier gebruik van.

Het 2^e loopbaanbeleid kent ook nadelen. Daarom wordt op verzoek van werkgevers en werknemers onderzoek uitgevoerd naar de belemmerende en bevorderende factoren voor duurzame inzetbaarheid en arbeidsparticipatie van mannen en vrouwen in repressieve brandweerfuncties. Dit onderzoek duurt tot en met 2026. De uitvoering van het loopbaanplan voor de brandweerlieden is uitgesteld tot dat de uitkomsten van het onderzoek gereed zijn. Dit betekent dat de kosten van het 2^e loopbaanbeleid grotendeels naar achteren worden geschoven.

2.3 Risk Factory

Vanaf mei 2019 bezoeken doelgroepen Risk Factory Limburg-Noord, waar beleven van gezondheid en veiligheid centraal staat. Met realistische en interactieve scenario's ervaren doelgroepen (on)gezondheid en (on)veiligheid én leren ze hoe te handelen. Levenschte ervaringen veranderen de kijk op risico's. En dat geeft zelfvertrouwen om – als het er echt op aankomt – de juiste beslissingen te nemen. Het bestuur heeft besloten om de bestaande opzet van de Risk Factory voor het Primair Onderwijs en Senioren te continueren en uit te breiden met het Voortgezet Onderwijs.

2.4 Bedrijfsvoering

De digitale transformatie

De digitale revolutie heeft een grote impact op onze maatschappij. Voor ons als organisatie is het noodzakelijk om hierin mee te evolueren. De technologische ontwikkelingen gaan razendsnel en dus is digitaal transformeren van belang. Daarvoor ontwikkelen we een digitale strategie en hebben we ook aandacht voor de cultuurverandering die hierbij komt kijken.

De processen binnen de VRLN worden vooral ondersteund door het inzetten van digitale hulpmiddelen en de interactie met elkaar en haar klanten/samenwerkingsomgevingen wordt ook steeds vaker via een digitale manieren gefaciliteerd. Daarbij zal de komende periode ook nog meer aandacht zijn aan het vergroten van de vaardigheden en kennis op dit gebied van de medewerkers bij de VRLN. Dit is ook noodzakelijk om de stappen die we op het gebied van security, privacy en ethiek al gezet hebben ook goed te kunnen borgen en verder door te ontwikkelen. Ook zullen we als VRLN onze werkomgeving en de tools die we daarvoor beschikbaar hebben continu moeten aanpassen aan de veranderende behoefte enerzijds en wet- en regelgeving anderzijds.

Al deze activiteiten dragen bij aan een flexibele en wendbare organisatie, die kan inspelen op interne en externe ontwikkelingen bij de digitale transformatie.

Doorontwikkeling processen en systemen

In het belang van de dienstverlening is een (verdergaande) digitaliseringsslag ten aanzien van de uitvoering van een aantal bedrijfsvoering processen noodzakelijk geworden. Binnen de VRLN worden namelijk nog niet alle bedrijfsvoering processen ondersteund door een goede vakapplicatie, dan wel door het niet adequaat of actueel ingericht hebben van bestaande vakapplicaties. Hierbij valt te denken aan P&O gerelateerde processen, financiële en beheersprocessen. Deze afdelingen verliezen heel wat tijd aan administratieve werkzaamheden. Werk dat grotendeels vervangen kan worden dankzij goede vakapplicaties. Hierdoor kunnen de P&O adviseurs de focus leggen op actualisatie van reguliere HR processen maar ook strategisch personeelsadvies zoals de implementatie van de onderdelen uit de HR Visie 2030. Daarnaast kunnen de financieel adviseurs zich meer en beter focussen op stuur- en verantwoordingsinformatie. De doorontwikkeling van processen en systemen is daarmee een belangrijk speerpunt voor 2026.

Werven, leren en ontwikkelen, binden en boeien van personeel en vrijwilligers

VRLN wordt gevormd door verschillende onderdelen met ieder haar eigen cultuur en karakteristieken ten aanzien van personeel. Daar waar de GGD omgaat met werkdruk (mede) als gevolg van onderbezetting, heeft de brandweer te maken met uitstroom als gevolg van vergrijzing en de gevolgen van het landelijke tweede loopbaanbeleid. Daarnaast is crisisbeheersing sterk in ontwikkeling en betreft dit een relatief jonge afdeling. Deze karakteristieken gaan samen met schaarste op de arbeidsmarkt en dat is dan ook merkbaar binnen VRLN. Tot op heden krijgt VRLN alle vacatures nog redelijk goed ingevuld maar niet voor niets spreken we in de HR visie voor 2030 over het belang van invulling geven aan thema's als arbeidsmarktcommunicatie en strategische personeelsplanning, maar ook binden en boeien. Ook in 2026 is het van belang dat VRLN vanuit bedrijfsvoering in samenwerking met de onderdelen brandweer, GGD en crisisbeheersing deze thematiek concreet en levend maakt om instroom te blijven creëren, maar ook structureel te ontwikkelen en te behouden en uitstroom te beperken.

3. Financiële kaders

3.1 Actualisatie verdeelsystematiek gemeentefonds

De verdeling van de gemeentelijke bijdrage aan VRLN voor de programma's Brandweezorg en Crisisbeheersing is gebaseerd op de objectieve gemeentefonds-maatstaven. De wijziging van de OOV maatstaven uit het gemeentefonds heeft in 2025 geleid tot een andere verdeling van de totale kosten van brandweezorg en crisisbeheersing. Deze nieuwe verdeling vormt de basis voor de verdeling in 2026 en volgende jaren, mits er geen landelijke wijziging plaatsvindt.

3.2 Aantal inwoners

Conform het bepaalde in de Wet gemeenschappelijke regeling (Wgr) wordt het aantal inwoners genomen op 1 januari voorafgaande aan het begrotingsjaar. Voor 2026 dus 1 januari 2025. De eerste schatting van het CBS is medio februari 2025 bekend en dient als basis voor het opstellen van de begroting 2026. In deze kaderbrief wordt uitgegaan van het inwoneraantal zoals in de begroting 2025.

3.3 Indexatie

Het algemeen bestuur heeft besloten dat kostenontwikkelingen als gevolg van loon- en prijsstijgingen worden meegenomen in de bijdrage op basis van een vastgesteld kader. Dit kader behelst dat kostenstijgingen, die buiten de beïnvloedingsfeer van VRLN liggen, worden meegenomen in de bijdrage. De loonkostencompensatie is gebaseerd op de verwachte ontwikkeling van de loonkosten in de publieke sector in de Macro Economische Verkenning (MEV) van het Centraal Planbureau (cijfer september T-2). Op basis van het Centraal Economisch Plan vindt eventueel bijstelling plaats (cijfer maart T-1). Voor de ontwikkeling van de materiële kosten wordt in de systematiek uitgegaan van de Index Materiële Overheidsconsumptie (IMOC) uit de MEV.

Voor zover de indexatie herleidbaar en belastbaar is aan derden, worden deze lasten doorbelast aan de bijdragen van derden. Voor het resterende deel worden deze lasten meegenomen in de gemeentelijke bijdrage.

Loonstijging

Uitgangspunt voor de raming van de looncompensatie zijn de geldende cao-afspraken. In deze kaderbrief 2026 is de index ter hoogte van 2,1% meegenomen, gebaseerd op de meest recente MEV-publicatie, sector overheid van het Centraal Planbureau van september 2024. In maart 2025 wordt dit percentage geactualiseerd en verwerkt in de begroting 2026.

De 2,1% wordt berekend over de grondslag personele lasten zijnde € 60,7 miljoen, waarmee de loonstijging uitkomt op € 1,27 miljoen. Ongeveer 20% van de loonstijging, zijnde € 0,26 miljoen, wordt ten laste gebracht aan derden en € 1,01 miljoen komt ten laste van de gemeentelijke bijdrage.

Materiële kostenstijging

Voor de materiële kosten wordt de 'index materiële overheidsconsumptie' (IMOC) uit de MEV toegepast. In deze kaderbrief 2026 is deze IMOC bepaald op 2,2%. In maart 2025 wordt dit percentage geactualiseerd en verwerkt in de begroting 2026. De grondslag voor de berekening van de materiële kostenstijging is een begrotingsbedrag van € 29,6 miljoen, waarmee de materiële kostenstijging uitkomt op € 0,65 miljoen.

3.4 Renteomslag

In de begroting 2026 wordt gerekend met een renteomslag percentage van 1,25%.

3.5 Vennootschapsbelasting

Vanaf 1 januari 2016 zijn overheidsondernemingen belastingplichtig voor de vennootschapsbelasting. De hiermee samenhangende financiële gevolgen zijn voor de veiligheidsregio zeer beperkt.