

Zorgrisicoprofiel Noord-Nederland 2025-2029

GHOR

Groningen | Fryslân | Drenthe



A. Managementsamenvatting

A.1 Hoe is het proces ingericht rondom het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland

Wat is het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland?

In het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland (hierna: zorgrisicoprofiel) laten de GHOR, het Acute Zorg Netwerk Noord-Nederland (AZNN) en de zorgpartners samen zien welke type incidenten het belangrijkste zijn om op voor te bereiden. Dit geldt voor zowel acute als publieke zorg.

Het zorgrisicoprofiel richt zich op het functioneren van de gehele geneeskundige keten binnen het systeem van rampenbestrijding en crisisbeheersing. Het zorgrisicoprofiel helpt zorgpartners om zich, samen en alleen, voor te bereiden op rampen en crises. Zo zorgen we ervoor dat de zorg zoveel mogelijk blijft doorgaan ook ten tijde van rampen en crisis. Het zorgrisicoprofiel is een regionale aanvulling op de individuele crisisplannen van de betrokken zorginstellingen. Daarnaast dient borging plaats te vinden binnen Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO).

Sluit het aan bij het regionaal risicoprofiel?

Het zorgrisicoprofiel vindt aansluiting op de regionale risicoprofielen van de regio Groningen, Fryslân en Drenthe. Het kan beschouwd worden als een op de geneeskundige keten gerichte aanvulling van het regionaal risicoprofiel.

Op welke wijze vindt de besluitvorming plaats?

Aan de hand van de vijf geprioriteerde crisistypen werden mogelijke knelpunten aan de hand van scenario's in kaart gebracht die de ketencontinuïteit van zorg onder druk zetten. Op basis van aanbevelingen zijn de besturen van de Veiligheidsregio's Groningen, Fryslân en Drenthe en de zorgpartners ondersteund in de besluitvorming om als geneeskundige keten zo optimaal mogelijk voorbereid te zijn bij een incident, crisis of ramp. De directeur publieke gezondheid zal het zorgrisicoprofiel bestuurlijk laten

vaststellen binnen de besturen van betrokken veiligheidsregio's. Het zorgrisicoprofiel zal informierend worden voorgelegd aan het bestuurlijk Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Hiermee komt er bestuurlijke borging van de aanbevelingen binnen beleids- en uitvoerende producten binnen het zorglandschap.

Wat is de herzieningstermijn van het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland?

Het zorgrisicoprofiel wordt elke vier jaar herzien. Echter is de wereld in beweging en heeft met veranderingen te maken. De GHOR-regio's checken het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland tweejaarlijks of deze nog past binnen de context van de landelijke zorgtrends, ontwikkelingen in het lokale zorglandschap en de karakteristieke van en prioritaire veiligheidsrisico's landelijk en in de regio.

Welke crisistypen zijn gebruikt?

Uit de 26 crisistypen van het regionaal risicoprofiel hebben de adviseurs van de drie GHOR-regio's een selectie gemaakt van de 10 crisistypen die de meeste impact hebben op de zorgketen. Tijdens een expertmeeting zijn deze crisistypen vanuit experts toegelicht van de zorgpartners vanuit de acute en niet acute zorgsector. Doel was om vijf crisistypen te selecteren waar de regio Noord-Nederland zich verder op kan voorbereiden. De zorgpartners hebben de crisistypen gerangschikt op basis van impact en waarschijnlijkheid.

Welke vijf crisistypen zijn geselecteerd?



Ziektegolf



ICT en Telecom-



Verstoring energievoorziening



Extreem weer



Brand in (kwetsbare) gebouwen

Op welke wijze zijn de bevindingen en aanbevelingen tot stand gekomen?

In een tweede expertsessie zijn per crisistype aan de hand van scenario's gesprekken gevoerd over de knelpunten die kunnen ontstaan. Hiervoor is gebruik gemaakt van de impactcriteria: letsel/ziekte, gezondheidsrisico's, overbelasting kwetsbare groepen, kwetsbaarheid in de zorg en ketencontinuïteit van zorg. Op basis van de gesprekken zijn de bevindingen en aanbevelingen opgesteld.

Waar we nog rekening mee moeten houden?

Vanuit de expertsessies is naar voren gekomen dat we naast de (klassieke) crisistypen rekening moeten houden met twee ontwikkelingen.

De ontwikkelingen zijn:

1. Het thema 'Maatschappelijke weerbaarheid en veerkracht bij rampen en crises'. Dit crisistype komt mede voort uit de geopolitieke (militaire en hybride) dreiging maar ook vanuit ander crisistypen zoals klimaat en pandemie of een combinatie van verschillende scenario's.
2. Het thema: 'Langdurige crises'. Specifiek voor de zorgketen geldt dat een langdurige crisis een situatie is waarin de normale zorgprocessen en -structuren gedurende een aanzienlijke periode (meerder uren, dagen, weken, maanden, jaren) worden verstoord, waardoor de zorgcontinuïteit en de ketencontinuïteit van zorg, kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg onder druk komen te staan. Hierdoor worden meerdere schakels in de zorgketen getroffen en is grootschalige en langdurige aanpassing nodig om de passende zorg te waarborgen.

A.2 Welke ontdekkingen hebben we gedaan (bevindingen)

Gebruik de kracht van het netwerk

Vanuit de expertsessies kan worden geconcludeerd dat de acute en niet acute zorgpartners zich bewust zijn dat bij een incident, ramp of crisis de eigen zorgcontinuïteit maar ook de ketencontinuïteit van zorg in disbalans kan raken. De expertsessies dragen bij aan het delen van kennis, inbreng van expertise en ervaringen en de overkoepelende netwerkverbinding.

Maak verbinding met de disbalansen

Een vraag die tijdens de expertsessie naar voren kwam: *moeten wij ons specifiek voorbereiden op een crisistype of meer op het effect daarvan*. Een effect van een crisistype is de verstoring van een proces of zoals in de zorgcrisismanagement gehanteerde disbalansen. De disbalansen zijn: sluiting van (delen van) de locatie, groot aanbod van cliënten, verplaatsen van cliënten, tekort aan personeel, uitval nutsvoorzieningen, logistieke stagnatie, uitbraak infectieziekten en digitale verstoring. In de uitwerking van het zorgrisicoprofiel is per crisistype een verbinding gemaakt met de van toepassing zijnde disbalansen. In de uitwerking van de crisistypen hebben wij gekozen om een verbinding te maken met de disbalansen.

A.3 Wat raden we aan (aanbevelingen)

Inzetten op ontwikkeling van zorgcontinuïteit naar ketencontinuïteit van zorg

De acute zorgpartners hebben of ontwikkelen een crisisplan die gericht is op de zorgcontinuïteit van de eigen organisatie. In een crisisplan beschrijft de acute zorgpartner op welke wijze de zorg-aanbieder handelt in geval van een crisissituatie die gevolgen kan hebben voor de eigen organisatie en een risico kunnen vormen voor het leveren van passende zorg onder alle omstandigheden.

De niet acute zorgpartners hebben geen wettelijke verplichting om een crisisplan op te stellen. Het is echter wel raadzaam om een zorgcontinuïteitsplan te hebben die de organisatie voorbereidt op verstoringen van de zorg en de maatregelen die dan getrokken dienen te worden.

Bij een ramp of crisis op veiligheidsregio-niveau, op Noord-Nederlandse schaal of landelijk heeft (zorg)ketenbrede componenten zoals spreiding van patiënten, uitval van systemen, opvang van cliënten vanuit een getroffen zorgpartner etc. De effecten binnen het zorglandschap wordt ketencontinuïteit van zorg genoemd. Advies is om op regionaal niveau (Noord-Nederland) binnen het zorglandschap in het kader van ketencontinuïteit van zorg plannen op te stellen voor:

1. Evacuatie en terugkeer grote groepen (disbalans verplaatsen cliënten),
2. Uitwisseling personeel en middelen (disbalans logistieke stagnatie en te kort aan personeel).
3. Maatschappelijke weerbaarheid en veerkracht (alle disbalansen).
4. Langdurige crisis (alle disbalansen).

Zelfredzaamheid (passende zorg) naar kantelpunt opgeschaalde zorg

De zorgpartners zijn verantwoordelijk voor het leveren van passende (acute) zorg. Dit vraagt zelfredzaamheid van een zorgpartner. Echter kunnen er incidenten, rampen en crises zijn waar een effect kan ontstaan op de acute en niet acute zorgketen. Een tweetal openstaande vragen vanuit de expertsessies zijn:

1. Hoe lang kunnen we uitgaan van zelfredzaamheid van een individuele zorgpartner en wanneer houdt dit op?
2. Wanneer is het kantelpunt dat opgeschaalde zorg geen passende zorg meer is?

Advies is om deze vragen binnen het Bestuurlijk ROAZ te doorleven en te definiëren.

Verantwoordelijkheid voor verminderd zelfredzamen

Vanuit het huidige beleid wordt veel zorg zoveel mogelijk in of rondom de thuissituatie van een zorgvrager georganiseerd. Dit kan thuis of (kortdurend) in de extramurale zorg. Deze doelgroep is bij een ramp of crisis verminderd zelfredzaam. Echter kunnen deze wel eerder een beroep doen op de schaarse (acute) zorg. Vraag vanuit de expertsessie is:

1. Welke verantwoordelijkheid is er voor extramurale zorg en verminderd zelfredzamen bij een ramp of crisis?

Advies is om deze vraag binnen het bestuur van de veiligheid-regio's te doorleven en te definiëren.

A.4 Hoe borgen we de aanbevelingen en de opvolging

De aanbevelingen en ontdekkingen verdienen een opvolging. Hiervoor stellen de GHOR-regio's een implementatieplan op. De bevindingen en ontdekkingen worden daarin met SMART-doelstellingen beschreven. Naast de beschrijving wordt de wijze van uitvoering en opvolging beschreven en welke zorgpartner of zorgpartners binnen de keten eigenaar is. Dit alles gebeurt in nauwe samenwerking met het Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland (AZNN) en zorgpartners.

Inhoud

A. Managementsamenvatting..... 2

- A.1. Hoe is het proces ingericht rondom het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland 2
- A.2. Welke ontdekkingen hebben we gedaan (bevindingen) 3
- A.3. Wat raden we aan (aanbevelingen)..... 3
- A.4. Hoe borgen we de aanbevelingen en de opvolging 4

B. De gekozen methodiek de aanpak.....6

- B.1. Tijdslijn van het project zorgrisicoprofiel.....6
- B.2. Doelstellingen van de projectgroep 6
- B.3. Gekozen werkwijze 6

C. De vijf Crisistypen7

- C.1. Crisistype Ziektegolf 8
 - C.1.1 Gekozen scenario ziektegolf 9
 - C.1.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aandachtspunten) .. 9
 - C.1.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg ... 9
 - C.1.4 Aanbevelingen voor ziektegolf 9
- C.2. Crisistype ICT en Telecom10
 - C.2.1 Gekozen scenario ICT en Telecom 11
 - C.2.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aanbevelingen)..... 11
 - C.2.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg 11
 - C.2.4 Aanbevelingen voor uitval ICT en Telecom 11
- C.3. Crisistype Verstoring energievoorziening12
 - C.3.1 Gekozen scenario verstoring energievoorziening..... 13
 - C.3.2 Verbinding met de disbalansen (incl. aandachtspunten)..... 13
 - C.3.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg 13
 - C.3.4 Aanbevelingen voor verstoring energievoorziening 13

C.4. Crisistype Extreem weer14

- C.4.1 Gekozen scenario extreem weer 15
- C.4.2 Verbinding met de disbalansen (incl. aandachtspunten) 15
- C.4.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg 15
- C.4.4 Aanbevelingen voor extreem weer 15

C.5. Crisistype Brand in (kwetsbare) gebouwen 17

- C.5.1 Gekozen scenario 17
- C.5.2 Verbinding met de disbalansen (incl. aandachtspunten) 17
- C.5.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg 17
- C.5.4 Aanbeveling voor brand in (kwetsbare) gebouwen 17

D. Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen..... 18

D.1 Profielen zorgnetwerk18

- D.1.1. ROAZ-plan Noord-Nederland 18
- D.1.2 ROAZ-plan en -beelden Groningen, Fryslân en Drenthe 18

D.2 Profielen Veiligheidsregio's18

- D.2.1 Regionaal risicoprofiel Groningen 18
- D.2.2 Regionaal risicoprofiel Fryslân 18
- D.2.3 Regionaal risicoprofiel Drenthe 18

Colofon 19

B. De gekozen methodiek de aanpak

B.1 Tijdslijn van het project zorgrisicoprofiel Noord-Nederland



B.2 Doelstellingen van de projectgroep

De directeur publieke gezondheid (DPG) van de GHOR-regio's hebben opdracht gegeven om het zorgrisicoprofiel Noord-Nederland uit te werken. Hiervoor is er een projectgroep samengesteld. In de projectgroep zitten (beleids)adviseurs vanuit de 3 regio's. Voor het project zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. Een structurele samenwerking, op basis van gezamenlijk gestelde prioriteiten, die het vrijblijvende karakter van de samenwerking bij incidenten, rampen en crises overstijgt.
2. Het inzichtelijk maken van de mate van voorbereiding van de witte keten op rampen en crisis voor zowel het bestuur van de zorginstellingen als het bestuur van de veiligheidsregio. De conclusies uit het zorgrisicoprofiel kunnen hierdoor worden geborgd in de regionale risicoprofielen van de drie regio's.
3. Tot slot kan het zorgrisicoprofiel worden gebruikt als aanscherping van de individuele crisisplannen van de zorgpartners en dienen als input voor het regionale aanbod opleidingen, trainingen en oefeningen.

B.3 Gekozen werkwijze

In Noord-Nederland is het belangrijk om samen met zorgpartners een zorgrisicoprofiel te maken. Dit helpt om bewust te worden van risico's die de zorg kunnen verstoren. Het proces zorgt voor betere informatie-uitwisseling, samenwerking tussen organisaties en meer begrip voor elkaar. De resultaten van het zorgrisicoprofiel versterken de samenwerking, zodat de zorgketen goed voorbereid is op incidenten, rampen en crises.

Voor de totstandkoming van het zorgrisicoprofiel hebben de drie GHOR-regio's de geprioriteerde crisistypen uitgewerkt samen met het Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland en de crisiscoördinatoren/ adviseurs crisisbeheersing van de acute en niet acute zorgpartners.

C. De vijf Crisistypen



Ziektegolf



ICT en Telecom



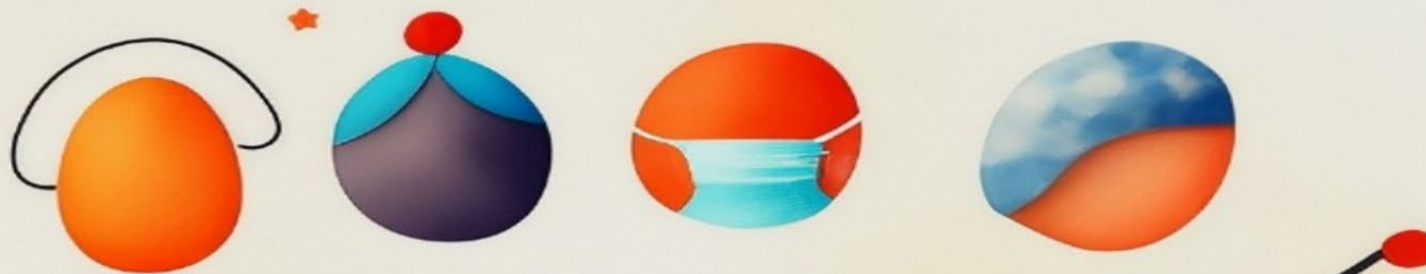
**Verstoring
energievoorziening**



Extreem weer



**Brand in (kwetsbare)
gebouwen**



C.1 Crisistype
Ziektegolf



C.1.1 Gekozen scenario ziektegolf

Een ziektegolf roept beelden op van een plotselinge, massale toename van ziektegevallen binnen een gemeenschap. Dit scenario kan variëren van infectieziekten tot virussen zoals COVID-19, waarbij een snelle verspreiding plaatsvindt en grote aantallen mensen getroffen worden.

Deze situatie legt enorme druk op medische voorzieningen, vraagt om geavanceerde infectiebeheersingsmaatregelen en dwingt tot een gecoördineerde reactie om de verspreiding te beheersen en de impact op de gezondheidszorg te minimaliseren.

Voor de verdieping is het scenario in drie tijdsvakken opgeknipt. Tijdvak 1 richting zich op een vooraankondiging van een mogelijk uitbraak van een hoog virulente en pathogene griep¹. In tijdvak 2 worden de eerste besmettingen in Noord-Nederland gediagnosticeerd. De uitbraak is moeilijk controleerbaar en breidt zich snel uit in de regio maar ook landelijk. Tijdvak 3 is de status van een grieppandemie afgekondigd, de besmettingen lopen nog steeds op.

Kanttekening

Om de verdieping van het scenario tot stand te brengen zijn de domino-effecten van een ziektegolf zoals het algemeen verstoren of zelfs verlammen van de maatschappij met uitval van nutsvoorzieningen, openbaar vervoer, logistieke keten, bedrijvigheid en scholen buiten beschouwing gelaten.

C.1.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aandachtspunten)

Voor het scenario ziektegolf zijn de onderstaande disbalansen van toepassing:

- Groot aanbod van cliënten
- Verplaatsen van de cliënten (capaciteitsproblematiek en patiëntenspreiding)
- Te kort aan personeel (uitval door ziekte en verplicht quarantaine/isolatie).
- Logistieke stagnatie (schaarste in middelen)
- Uitbraak infectieziekten.

C.1.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg

Impact op de zorg en/of ketencontinuïteit van zorg			
	Tijdvak 1	Tijdvak 2	Tijdvak 3
Letsel/ziekte			
Gezondheidsrisico's			
Overbelasting kwetsbare groepen			
Kwetsbaarheid in de zorg			
Ketencontinuïteit van zorg			

■ Geen verstoring.

■ Verstoring, maatregelen binnen eigen zorg nodig.

■ Grote verstoring, maatregelen binnen de zorg en keten van zorg noodzakelijk.

C.1.4 Aanbevelingen voor ziektegolf

Algemeen

- Borg de pandemische paraatheid² in de gehele (zorg)keten.
- Maak regionale afspraken in het kader van het regionaal belang versus het individuele belang van de zorg.

Informatievoorziening

- Versterk de informatiepositie tussen de rijksoverheid en de regio's (zorg en veiligheid).

Planvorming

- Stel regionale planvorming op voor langdurige inzet personeel. Hierbij aandacht voor eigen zorgcontinuïteit (binnen afdelingen) en ketencontinuïteit van zorg (eigen zorginstellingen overstijgend).

¹ Hoog virulente en pathogene griep: zeer besmettelijk en veroorzaakt ernstige ziekteverschijnselen.

² Pandemische paraatheid: borgen lessons learned van de coronapandemie, de kans op een mogelijke pandemie te verkleinen en de sociale, economische en gezondheidsgevolgen beperken.



C.2 Crisistype ICT en Telecom

C.2.1 Gekozen scenario ICT en Telecom

In Noord-Nederland werkt het hele telefoonnetwerk (vast en mobiel) niet meer. We weten nog niet of dit komt door een stroomstoring of een cyberaanval.

Hierdoor werken apparaten zoals gsm-masten, glasvezelkabels, datacenters en netwerkcentrales niet meer. Ook de software van de centrales is kapot.

Ouderen en mensen die hulp nodig hebben, kunnen niet meer alarm slaan. Ook andere diensten die internet gebruiken, zoals C2000 en 112, werken niet.

Het verkeer heeft problemen omdat sommige verkeerslichten niet werken. Het duurt even voordat de aanbieder weet wat er aan de hand is en dit vertelt.

De aanbieder denkt eerst dat het probleem binnen een halve dag is opgelost. Maar uiteindelijk duurt het 48 uur voordat alles weer werkt.

C.2.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aanbevelingen)

Voor het scenario ICT en Telecom zijn de onderstaande disbalansen van toepassing:

- Groot aanbod van cliënten (onaangekondigd want onbereikbaarheid).
- Uitval nutsvoorzieningen (uitval elektronische patiëntendossiers).

C.2.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg

Impact op de zorg en/of ketencontinuïteit van zorg			
	0-6 uur	6-12 uur	12-48 uur
Letsel/ziekte			
Gezondheidsrisico's			
Overbelasting kwetsbare groepen			
Kwetsbaarheid in de zorg			
Ketencontinuïteit van zorg			

■ Geen verstoring.

■ Verstoring, maatregelen binnen eigen zorg nodig.

■ Grote verstoring, maatregelen binnen de zorg en keten van zorg noodzakelijk.

C.2.4 Aanbevelingen voor uitval ICT en Telecom

Algemeen

- Verhogen van de zelfredzaamheid extramurale zorg: hoe bereiken de overheid (GHOR en/of Bevolkingszorg) en/of zorginstellingen deze groep mensen en hoe bereiden we ze voor, hoe breng je ze in kaart?

Communicatie

- Maak regionale afspraken over interne en externe communicatiemiddelen in de zorgketen.

Zorgcontinuïteit

- Check periodiek de werkbaarheid van noodcommunicatiemiddelen.

Planvorming

- Maak regionale planvorming over hoe verbind je de zorg aan de kwetsbare mensen in de regio.

An illustration featuring a blue wind turbine on the left, a glowing yellow lightbulb in the center, and a small person on the right holding a large battery. A black cable connects the turbine to the lightbulb. The person is holding the battery with both hands, and the battery is connected to the lightbulb. The background is a soft, hazy blue and yellow. There are green L-shaped corner brackets in the top-left, top-right, and bottom-right corners, and a white L-shaped corner bracket in the bottom-left corner.

C.3 Crisistype Verstoring energievoorziening

C.3.1 Gekozen scenario verstoring energievoorziening

Door een brand in een verdeelstation zitten de gemeenten Coevorden, Emmen en Borger-Odoorn zonder stroom. Bij aanvang is nog niet duidelijk hoelang de problemen gaan duren. Huishoudens, bedrijven, zorginstellingen en openbaar vervoer komen zonder stroom te zitten. Verkeerslichten vallen uit, mensen kunnen niet meer pinnen en na enkele uren vallen ook telecom-antennes in het gebied uit. Daarnaast ontstaan er door de stroomuitval problemen op het gebied van waterzuivering.

Kanttekening

Secundaire incidenten door domino-effecten, zoals in de procesindustrie, blijven in dit scenario buiten beschouwing. Hier wordt ingegaan op de effecten van de zorg.

C.3.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aandachtspunten)

- Sluiten van (delen van) locatie (uitval apparatuur, elektronische systemen (deuren, elektronische patiëntendossiers).
- Groot aanbod van cliënten (onaangekondigde aankomst zelfverwijzers. Aankondiging niet mogelijk, voorbereiding niet mogelijk).
- Verplaatsen van cliënten.
- Uitval nutsvoorzieningen (effecten bederven voedsel, medicatie, informatieachterstand).

C.3.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg

Impact op de zorg en/of ketencontinuïteit van zorg			
	0-6 uur	6-12 uur	12-48 uur
Letsel/ziekte			
Gezondheidsrisico's			
Overbelasting kwetsbare groepen			
Kwetsbaarheid in de zorg			
Ketencontinuïteit van zorg			

- Geen verstoring.
- Verstoring, maatregelen binnen eigen zorg nodig.
- Grote verstoring, maatregelen binnen de zorg en keten van zorg noodzakelijk.

C.3.4 Aanbevelingen voor verstoring energievoorziening

Algemeen

- Verhoog de zelfredzaamheid binnen de extramurale zorg.
- Onderzoek welke prioriteiten en verplichtingen de toeleveranciers hebben (bijvoorbeeld water en elektriciteit).

Communicatie

- Maak afspraken over interne en externe communicatiemiddelen.

Informatiemanagement

- Deel informatie over (on)getroffen systemen en maak een plan van aanpak (format).

Planvorming

- Maak regionale afspraken over de onderlinge uitwisseling van patiënteninformatie en (personen)vervoer.
- Maak een regionaal overzicht van onderlinge afhankelijkheden en capaciteiten.
- Stimuleer op zichtbaarheid op onderlinge afhankelijkheid zorginstellingen ter voorbereiding schaarste verdeling. Dit draagt bij aan regionale schaarste verdeling in het kader van ketencontinuïteit van zorg.

Zorgcontinuïteit

- Check periodiek het functioneren van noodmiddelen (noodaggregaat en noodcommunicatiemiddelen).

An illustration featuring two stylized figures standing under two large, blue, fluffy rain clouds. The figure on the left is positioned in front of a solid green rectangular area, while the figure on the right stands on a light blue-grey ground. Both figures have round, tan-colored heads with dark blue hair and wear dark blue, buttoned-up coats. They are depicted from the back, with their hands on their hips. Numerous blue raindrops are falling from the clouds. The entire scene is framed by four green L-shaped corner brackets: top-left, top-right, bottom-left, and bottom-right. The bottom-left corner bracket is white, while the others are green.

C.4 Crisistype Extreem weer

C.4.1 Gekozen scenario extreem weer

Noord-Nederland heeft last van heel slecht weer. Het regent heel hard, 79 millimeter in 1 uur. De regenbui duurt een uur. Er is ook een zware storm met windkracht 10 en soms windkracht 11.

Op 5 mei zijn er bevrijdingsfestivals in Leeuwarden (80.000 bezoekers), Groningen (135.000 bezoekers) en Assen (40.000 bezoekers). Er raken 501 mensen gewond op de festivals. Bij de eerste hulp zijn er 22 ernstig gewonden (T1), 63 minder ernstig gewonden (T2) en 416 lichtgewonden (T3).

Omdat veel mensen onderweg zijn, zijn er 3 doden en 10 gewonden (3 ernstig en 7 minder ernstig) in het verkeer. Het hele land heeft last van het slechte weer. Het verkeer ligt stil.

Het is druk op campings en bij andere buitenplekken door de vakantie. Na de storm duurt het een tijd voordat de wegen en spoorwegen weer vrij zijn van omgevallen bomen en de stroom weer werkt. Het vliegverkeer van en naar Groningen Airport Eelde ligt een paar uur stil.

C.4.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aandachtspunten)

- Sluiting van (delen van) locatie.
- Groot aanbod van cliënten (overbelasting acute zorg, hoog aantal zelfverwijzers).
- Tekort aan personeel (disbalans in eigen zorgcontinuïteit, locatie niet kunnen bereiken (of familie die uitvalt, onrust).
- Logistieke stagnatie (situatiebeeld variërend, onbereikbaarheid locatie).

C.4.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg

Impact op de zorg en/of ketencontinuïteit van zorg			
	0-6 uur	6-12 uur	12-48 uur
Letsel/ziekte			
Gezondheidsrisico's			
Overbelasting kwetsbare groepen			
Kwetsbaarheid in de zorg			
Ketencontinuïteit van zorg			

- Geen verstoring.
- Verstoring, maatregelen binnen eigen zorg nodig.
- Grote verstoring, maatregelen binnen de zorg en keten van zorg noodzakelijk.

C.4.4 Aanbevelingen voor extreem weer

Communicatie

- Stel (concept) handelingsperspectieven op voor: burgers (algemeen), personeel, bewoners/cliënten en familie/mantelzorgers.

Informatiemanagement

- Maak afspraken rondom informatiedeling in de zorg- en veiligheidsketen.



C.5 Crisistype
Brand in (kwetsbare)
gebouwen

C.5.1 Gekozen scenario

Er is een brand in een woonzorglocatie. De brand ontstaat 's nachts in de cafetariaruimte en de rook verspreidt zich snel. Hulpdiensten ontruimen de zorglocatie, maar enkele tientallen bewoners, die lagen te slapen en die verminderd mobiel zijn, krijgen rook binnen. Ongeveer 15 bewoners, van de in totaal 100 bewoners, raken zwaargewond en moeten naar het ziekenhuis. Doordat de zorginstelling in bosrijk gebied staat slaat het vuur snel om zich heen en zijn meerdere sublocaties getroffen of liggen in de gevarenszone. Dit betekent dat er in totaal 250 cliënten voorlopig geen woning en zorg hebben.

C.5.2 Verbinding met de disbalansen (inclusief aandachtspunten)

- Sluiting van (delen van) locatie (impact zorgcontinuïteit, impact ketencontinuïteit van zorg).
- Verplaatsen van cliënten (overbelasting mantelzorg, elektronische patiëntendossiers ontoegankelijk, communicatieproblematiek (in spreiding, communicatie familieleden).
- Opvang van cliënten
- Logistieke stagnatie (daadwerkelijke verplaatsing patiënten, informatiedeling, mensen en middelen).
- Uitval nutsvoorzieningen (impact op toegankelijkheid patiëntendossier).

C.5.3 Wanneer heeft het impact op de ketencontinuïteit van zorg

Impact op de zorg en/of ketencontinuïteit van zorg			
	0-6 uur	6-12 uur	12-48 uur
Letsel/ziekte			
Gezondheidsrisico's			
Overbelasting kwetsbare groepen			
Kwetsbaarheid in de zorg			
Ketencontinuïteit van zorg			

- Geen verstoring.
- Verstoring, maatregelen binnen eigen zorg nodig.
- Grote verstoring, maatregelen binnen de zorg en keten van zorg noodzakelijk.

C.5.4 Aanbeveling voor brand in (kwetsbare) gebouwen

Zorgcontinuïteit

- Maak regionale afspraken in de zorgketen rondom instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in het kader van zorgcontinuïteit.

Planvorming

- Maak regionale planvorming evacuatie en terugkeer grote groepen (zorginstelling) met daarbij aandacht houden dat de reguliere zorg ook geborgd moet zijn.
- Maak regionale afspraken en/of planvorming voor uitwisseling personeel en middelen.

Leiding en coördinatie

- Maak bestuurlijke afspraken (onder andere openbaar bestuur) als de reguliere ketencontinuïteit van zorg in het gedrang komt (bijvoorbeeld in het kader van geneeskundige inzet of gevolgen van evenementen).

D. Omgevingsbeeld, trends en ontwikkelingen

De drie noordelijke provincies delen een lage bevolkingsdichtheid, een vergrijzende bevolking, en uitdagingen op het gebied van gezondheid en arbeidsmarkt. Grote steden zijn relatief ver verwijderd, en het openbaar vervoer is beperkt, vooral in de kleinere dorpen. De gezondheidszorg en zorgvoorzieningen liggen vaak verder uit elkaar, waardoor er meer reistijd is naar ziekenhuizen en huisartsen. En tekorten in zorg, onderwijs en technieksectoren zichtbaar zijn.

Bij het opstellen van het zorgrisicoprofiel zijn de omgevingsbeelden, trends en ontwikkelingen als aanvullende broninformatie meegenomen. Hieronder staat beschreven welke planvorming dit is en staat in het kort beschreven wat er in het plan staat. Door op de link te klikken bij meer informatie of de website is het mogelijk om het gehele plan te lezen.

D.1 Profielen zorgnetwerk

D.1.1. ROAZ-plan Noord-Nederland

In het plan staan aanvullende acties beschreven om het acute zorg-landschap toekomstbestendig te maken. Om dit te bereiken wordt extra ingezet op: zorgcoördinatie, toekomstige inrichting acute zorglandschap Noord-Nederland op basis van data, bieden van passende en zinnige acute zorg, verbinden en boeien van professionals acute zorg.

D.1.2 ROAZ-plan en -beelden Groningen, Fryslân en Drenthe

Regionaal beeld Groningen

Voor de regio Groningen is de focus gelegd op vier gezondheids-opgaven: grote gezondheidsverschillen, veel mentale gezondheidsproblemen, stijgende zorgvraag en toenemende schaarste.

Regionaal beeld Fryslân

De zorg staat onder druk en dreigt vast te lopen als er niet wordt gedaan. Friesland heeft te maken met: een toenemende zorgvraag als gevolg van dubbele vergrijzing, een toenemend aantal chronisch zieken en een hoger aandeel kwetsbare inwoners, terwijl de arbeidsmarkt krimpt.

Regionaal beeld Drenthe

De regio Drenthe heeft een aantal prioritaire thema's opgesteld. Deze thema's zijn: leefstijl, mentale gezondheid, kwetsbare inwoners, vitaal ouder worden, arbeidsmarkt, zorgtransitie en toegankelijkheid.

D.2. Profielen Veiligheidsregio's

D.2.1 Regionaal risicoprofiel Groningen

De regio Groningen heeft een achttal trends en ontwikkelingen gedefinieerd: klimaatverandering, energietransitie, ontwikkelingen in de ondergrond, digitalisering en cyber, toenemende maatschappelijke onrust, demografische ontwikkelingen, zelf- en samenredzaamheid en burgerparticipatie en de omgevingswet.

D.2.2 Regionaal risicoprofiel Fryslân

In het risicoprofiel zijn de volgende risico's gedefinieerd: vervuiling van de Waddenzee, incidenten op de weg, incidenten bij start of landing op of om een luchtvaartterrein, rollen rondom demonstraties of manifestaties, cyber, klimaat en polarisatie van de samenleving.

D.2.3 Regionaal risicoprofiel Drenthe

De thema's die in de regio Drenthe zijn beschreven als risico's zijn: de klimaatverandering, verminderde zelfredzaamheid, de zorg staat onder druk, internationale en militaire dreiging en digitalisering.



Colofon

Versie: 1.0 | **Status:** Definitief | **Datum:** maart 2025

Auteur(s): (Beleids)Adviseurs GHOR-regio Groningen, Fryslân en Drenthe

Uitgevende instantie: GHOR-regio Groningen, Fryslân en Drenthe.

Plaats van uitgave: Groningen, Leeuwarden en Assen.

Coverfoto en afbeeldingen: eigen beeldmateriaal.

Visuele communicatie: Designstijl Bno, Surhuisterveen.

Copyright© GHOR-regio Groningen, Fryslân en Drenthe.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.