



OTO LIMBURG

Vorbereitung op rampen en crises

Verwantenopvang en personeelszorg bij crises en calamiteiten

Leidraad ten behoeve van zorginstellingen met betrekking tot psychosociale aspecten van crises/calamiteiten op verwanten van patiënten/bewoners en personeel van zorginstellingen.

Kennisplatform Verwantenopvang en Personeelszorg bij crises en calamiteiten

Versie: september 2019



OTTO

Inhoud

1.	Leeswijzer	5
2.	Inhoudelijke context	7
3.	Integrale crisisbeheersing	8
4.	Deelontwerp “verwantenopvang”	9
4.1	Context	9
4.2	Verwantenopvang inhoudelijk	9
4.3	Verwantenopvang logistiek	10
4.3.1	Vorbereiding	10
4.3.2	(Acute) Response fase	10
4.4	Nafase	11
4.5	Monitoring en evaluatie van verwantenopvang	11
5.	Deelontwerp “personeelszorg bij crisis”	12
5.1	Context	12
5.2	Wet- en regelgeving m.b.t. verantwoordelijkheden en positionering	12
5.3	Vorbereiding	12
5.4	(Acute) Response fase	14
5.5	Nafase	15
5.6	Stepped Care	15
6.	Nawoord	18



OTIO

1. Leeswijzer

Deze leidraad geeft een zeer beknopt overzicht van de psychosociale aspecten van crises. Twee groepen worden hierbij in ogenschouw gehouden: verwanten van patiënten/bewoners en medewerkers van zorginstellingen. Er wordt ingezoomd op de **voorbereiding, de acute response fase en de nafase**. Aan de hand van deze leidraad kan iedere zorginstelling een eigen interne analyse maken. Vervolgens kunnen keuzes worden gemaakt en worden overgegaan tot concretisering m.b.t. de wijze waarop verwantenopvang en personeelszorg wordt georganiseerd en geïmplementeerd.

Op case niveau is een grote diversiteit en variëteit van crises te bedenken. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld worden geconfronteerd met een grote toestroom van patiënten n.a.v. een explosie, groot verkeersongeval of worden geconfronteerd met een extreem geweldsincident op één van de poli's, SEH of verpleegafdeling, stroomuitval, gijzeling van personeel, etc. Een verpleeghuis kan worden gevraagd extra patiënten/bewoners op te nemen na een brand bij een collega verpleeghuis. Dan is er voor beide verpleeghuizen min of meer een crisis; echter volstrekt verschillend van karakter, betekenis en te ondernemen acties. Zo zijn er voor iedere discipline zorginstelling cases te benoemen die een grote impact hebben. Deze leidraad werkt verschillende casuïstiek niet verder uit; uitwerking van diverse scenario's kan of 'moet' wel op instellings- of sectorniveau plaatsvinden. Niet zozeer om zeer gedetailleerde draaiboeken te maken - de werkelijkheid van een crisis is toch altijd net iets anders dan vooraf bedacht - maar om de medewerkers en diverse operationele crisisfunctionarissen mee te nemen in de dynamiek van een crisis. Dit om hun 'denken' over crises aan te scherpen en hen op een zo praktisch mogelijk niveau toe te rusten.



2. Inhoudelijke context

Een zorginstelling kan ieder moment van de dag bij een crisis/calamiteit betrokken raken. Dit kan zowel een externe, interne of een gecombineerde crisis betreffen. Naast algemene karakteristieken zoals plotseling, noopt tot snel handelen etc. zijn crises vaak ‘veelkoppige monsters’; je weet vooraf niet hoe ze zich in de praktijk openbaren. Voor medewerkers zijn het onverwachte (soms stressvolle) gebeurtenissen; ontregelen het reguliere werk en niets doen is geen optie. Voor verwanten is het een confrontatie met de kwetsbaarheden en onzekerheden van en in het leven van een dierbare en daarmee van henzelf en/of gezin/familie.

Het is ook een veelheid en combinatie van - soms elkaar versterkende - factoren. Deze zijn van invloed op de betekenis die de crisis krijgt en daarmee op de reacties van betrokkenen. In deze context wordt ‘stress’ vaak ten onrechte negatief beoordeeld. De piekstress die bij crises hoort, kunnen mensen veelal wel hanteren. Het is in crisissituaties zelfs noodzakelijk om te kunnen handelen. Van belang is dat zoveel als mogelijk wordt voorkomen dat (onnodige) chronische stress ontstaat.

Hiervoor is het o.a. van belang dat medewerkers het gevoel hebben ‘klaar’ te zijn om in dergelijke situaties professioneel te kunnen acteren. Gaat dit goed, dan is het werk gedurende korte of langere tijd stressvol, maar vaak ook bevredigend: “Je hebt kunnen laten zien wat je waard bent en waarvoor je dit beroep uitoefent. Wat was het mooi om te zien dat de vele voorbereidingen van waarde waren. Wat een feest die collegialiteit ten tijde van de crisis; was dat altijd maar zo. Etc.” Gaat dit fout, dan is het werk daarna vaak langere tijd stressvol en onbevredigend. De beroepstrots en de trots op de organisatie zijn dan ver weg; werkomgevingen kunnen dan als ‘sociaal onveilig’ worden ervaren. Dit gebeurt meestal in organisaties waar voorafgaand aan de crisis/calamiteit het nodige aan de hand was; een crisis laat vaak uitvergroot zien wat er eigenlijk al niet goed liep.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, laat (op individueel niveau) slechts een kleine minderheid na een crises of calamiteit ernstige psychische problemen zien welke behandeling door professionals behoeven.

3. Integrale crisisbeheersing

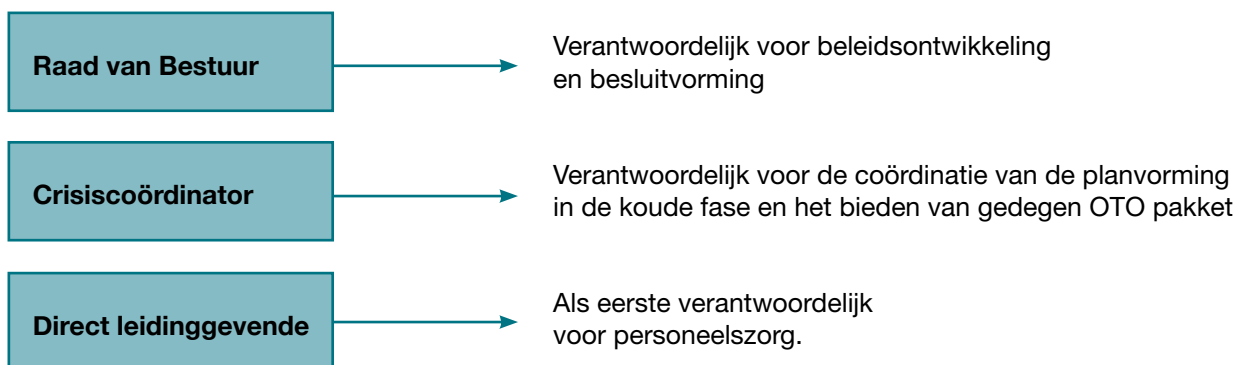
Binnen de integrale benadering van crisisbeheersing staan niet zozeer minutieus uitgewerkte instructies centraal, maar het organiseren van flexibiliteit in reactie op een veelal ‘verstorende’ gebeurtenis of reeks van gebeurtenissen op de reguliere gang van zaken. Geen crisis is hetzelfde, maar centrale crisisbegrippen zijn er wel: **dreiging, urgentie en onzekerheid.**

Voor wat betreft het integraal managen van een crisis biedt voor wat betreft personeelszorg en verwantenopvang de volgende fasering houvast:

- **Vorbereiding**
- **(acute) response fase**
- **Nafase**

Binnen de zorginstellingen zijn in het proces van ‘integrale crisisbeheersing’ diverse verantwoordelijkheden te onderscheiden.

Verantwoordelijkheden in schema



4. Deelonderwerp “verwantenopvang”

4.1 Context

Bij een crisis/calamiteit in of rondom een zorginstelling is het reëel te denken en te verwachten dat verwanten zich tot de zorginstelling wenden. Dit kan telefonisch, via website, email, maar zeker ook door fysiek naar de zorginstelling te komen. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met diverse informatiestromen o.a. op social media. Dit vergt een tweeledige voorbereiding: een **inhoudelijke** en een **logistieke**. Beide worden in deze leidraad in grote lijnen beschreven en kunnen per instelling en/of sector nadere invulling te krijgen.

4.2 Verwantenopvang inhoudelijk

Cruciaal: verwanten willen zich in crisissituaties serieus genomen voelen in hun wensen en behoeften. Zij verkeren in onzekerheid over de (gezondheids) toestand en prognose van hun familie(lid). De primaire behoefte zal zijn informatie over wat er is gebeurd en de (gezondheids) toestand van hun familielid. Aan deze informatiebehoefte voldoen neemt een belangrijk deel van de stress van dat moment weg. Sleutelbegrippen hierbij zijn een open, eerlijke communicatie, gericht op samenwerking met familie en adequate opvolging van afspraken. Dit draagt bij tot het voorkomen van een gespannen/conflictueuze situatie tussen verwanten en zorginstelling.

Omdat familieleden mogelijk ook op een andere manier betrokken zijn bij de crises/calamiteit, is soms afstemming met ketenpartners van groot belang. Voorkomen van doublures, gevoel van ‘afgeschoven’ te worden, gevoel in een chaos terecht te komen etc. zijn cruciaal voor het vertrouwen in de zorginstelling/ de geboden zorg.

Het is inhoudelijk in essentie niet veel anders dan in een kleinschalige min of meer acute situatie. Echter vanwege de omvang, de potentiële verstoring van het normale werk en maatschappelijke impact heeft het een andere organisatiestructuur. Het noodzaakt tot externe afstemming en samenwerking en er is mogelijk (veel) externe (media) aandacht. Al deze facetten kunnen op zich allemaal (nieuwe) bronnen van stress zijn of worden. Echter verwanten zijn veelal redelijke mensen mits ze zich maar fatsoenlijk bejegend voelen.

4.3 Verwantenopvang logistiek

4.3.1 Voorbereiding

Bij een crisis/calamiteit is het reëel aan te nemen dat verwanten gaan bellen, massaal de website van de zorginstelling bezoeken en/of naar de zorglocatie komen. Dit kan voor een (over)belasting zorgen van de telefooncentrale, website, toegangswegen, parkeerruimte. Daarbij geeft een ongestructureerde opvang onrust binnen de instelling en wordt daarmee een belasting voor personeel. Een goede planvorming, adequate (logistieke) voorbereiding en goed opgeleide sleutelfunctionarissen zorgen er voor dat snel kan worden geanticipeerd. Het voorkomt ten tijde van een crisis onnodige stress voor zowel verwanten als (de rest van) de organisatie. Het maakt dat verwanten zich gemakkelijker 'schikken' in het feit dat niet direct op alle vragen een antwoord beschikbaar is en dat wachten er helaas bij hoort.

4.3.2 (Acute) Response fase

In deze fase is aandacht voor telefonische en digitale bereikbaarheid cruciaal. Goede informatievoorziening via deze kanalen draagt bij aan een beperking van de fysieke toeloop naar een zorginstelling. Er moet echter wel rekening worden gehouden met een (vooraf onbekende) toeloop naar de instelling. Naast aandacht voor de toegangswegen, parkeergelegenheid is het vervolgens van belang een plaats of plaatsen beschikbaar te hebben waar verwanten naartoe worden geleid. Hier kunnen zij op zowel groeps als individueel niveau te woord worden gestaan. Op groepsniveau voor wat betreft wat zij van de zorginstelling kunnen verwachten en hoe de zorginstelling e.e.a. heeft georganiseerd. Van belang hierbij is dat familie het gevoel krijgt dat de zorginstelling zaken voor hen organiseert en niet dat zij zich moeten voegen in hoe de zorginstelling het wil. Het belang en de wensen van familie zijn - uiteraard in alle redelijkheid - leidend in deze.

Bij sommige crises dient op individueel niveau een match te worden gemaakt tussen verwanten en patiënt/bewoner. Dit is een precair proces omdat 'fouten' in deze, grote (emotionele) gevolgen kunnen hebben en daarmee een risico zijn voor het imago van zorgvuldigheid en betrouwbaarheid van de zorginstelling. Als er een match tot stand kan worden gebracht, dienen verwanten zo snel als mogelijk en adequaat te worden geïnformeerd over de (gezondheids) toestand van de patiënt/bewoner; de prognose en voor zover als mogelijk het verdere verloop als wel de verwachting ten aanzien van verwanten. Bijvoorbeeld kunnen wachten in de zorginstelling of bij voorkeur naar huis gaan en verder telefonisch te worden geïnformeerd etc. Zie hierin verwanten als een partner voor goede zorg rondom de patiënt/bewoner. De functionarissen welke deze taak vervullen, dienen door de (zorg)professionals snel en adequaat te worden geïnformeerd en deze (medische) informatie kunnen vertalen naar relevante informatie voor verwanten. Een goede verslaglegging, overdrachten en afspraken van dit proces zijn cruciaal. Ook voor de evaluatie en verantwoording achteraf.



Als geen match kan worden gemaakt tussen verwanten en in de zorginstelling zijnde patiënt/bewoner, moet duidelijk zijn hoe en waar zij zich dan kunnen vervoegen om de gewenste informatie te verkrijgen.

Punt van discussie kan zijn of de zorginstelling dit moet faciliteren door als ‘tussenpersoon’ te fungeren of dat deze familieleden zo snel als mogelijk de zorginstelling ‘moeten’ verlaten om geen belasting/ballast te worden voor het noodzakelijke proces van zorg voor aanwezige patiënten/bewoners en hun familieleden.

Logistiek is het ook van belang te proberen verwanten van een patiënt/bewoner die in de zorginstelling verblijft te scheiden van familieleden die op zoek zijn naar verwanten, maar op dat moment (nog) geen patiënt/bewoner in de zorginstelling zijn. Het is denkbaar dat wanneer deze twee verschillende groepen bij elkaar worden gezet, ze elkaar versterken in mogelijke onrust.

4.4 Nafase

Al tijdens de (acute) respons fase begint de voorbereiding op de ‘nafase’. De overgang van de (acute) respons fase naar de nafase dient te worden georganiseerd. Allereerst door inhoudelijke taxaties te maken over de te verwachten vragen en behoeften van verwanten op basis van de kenmerken in de (acute) respons fase. Vervolgens dienen deze inhoudelijke taxaties als basis voor het aanbod aan verwanten. Daarbij dient kritisch gekeken te worden naar welke aandacht/taken bij de instelling behoren en welk ‘aanbod’ door ketenpartners buiten de instelling wordt verzorgd.

Valkuil hierbij is dat instellingen teveel bij zich houden en daarmee de toch al belaste organisatie extra belasten in het proces van ‘terug naar normaal’.

4.5 Monitoring en evaluatie van verwantenopvang

Ook hier geldt dat lopende het proces continue moet worden beoordeeld of de ingezette acties ook het gewenste resultaat opleveren of dat moet worden bijgesteld.

Een gewenst resultaat in deze kan zijn dat verwanten zich serieus genomen voelen, dat de patiënt/bewoner en zij het belangrijkste zijn en dat de zorginstelling als een zorgvuldige en betrouwbare zorgverlener wordt ervaren.

5. Deelonderwerp “personeelszorg bij crisis”

5.1 Context

Crises en calamiteiten zijn voor medewerkers vaak onverwachte – al dan niet stressvolle – gebeurtenissen. Het ‘ontregelt’ veelal het regulier werk. De betekenis en daarmee de impact welke crises en calamiteiten krijgen, zijn afhankelijk van vele niet altijd te voorziene en in de tijd veranderende (contextuele) factoren.

Daarbij wordt personeelszorg in toenemende mate gekoppeld aan de begrippen ‘trauma, verwerken en PTSS (Post Traumatische Stress Stoornis)’. Dit is een te eenzijdige en te beperkte benadering. PTSS ontstaat gelukkig slechts bij een kleine minderheid van ‘getroffenen’. In de voorbereiding en (acute) respons fase dient de primaire focus te liggen op bronnen van stress en het beïnvloeden van de (arbeids)belasting. Een fenomeen om rekening mee te houden is dat medewerkers in crisissituaties veelal het best functioneren als ze taken verrichten die zo dicht als mogelijk liggen bij hun reguliere werkzaamheden.

In de nafase (als de rust enigszins is teruggekeerd) moet in samenhang worden gekeken naar alle bevorderende, maar ook belemmerende elementen in het proces ‘terug naar regulier’.

5.2 Wet- en regelgeving m.b.t. verantwoordelijkheden en positionering

Op basis van de **Arbowet** is de werkgever verantwoordelijk voor de psychosociale arbeidsbelasting (PSA) van medewerkers. PSA betreft die factoren welke in de arbeidssituatie stress teweeg brengen.

Het **Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0** vraagt vast te leggen hoe de nazorg / posttraumatische begeleiding van medewerkers die daaraan behoefte hebben, is georganiseerd.

Daarbij heeft het **bestuurlijk ROAZ** vastgesteld dat deze (na)zorg voor medewerkers moet aansluiten bij de bestaande (lijn)structuur in de organisaties.

5.3 Voorbereiding

Als er binnen een instelling en/of specifieke afdeling een reëel risico bestaat op een ‘confrontatie’ met een crisis of calamiteit, is een goede voorbereiding hierop essentieel.

Vorbereiding houdt een aantal zaken in:

- helderheid over de organisatie- en werkstructuur ten tijde van een crisis; hoe lopen ‘gezag lijnen’, waarover hoeven medewerkers zich niet druk te maken etc. Dit geeft inzicht, overzicht, handelingsbevoegdheid en daarmee controle.
- wat wordt van de verschillende professionals verwacht; zijn ze hiervoor voldoende toegerust; zowel in professionele zin als persoonlijk
- kennis van werken in crisissituaties; wat is de dynamiek van crises, wat betekent dit voor medewerkers
- bewustzijn van werken in een keten waarbij men kan vertrouwen op de anderen in deze keten.
- risico's en valkuilen voor professionals in crisissituaties.
- betekenis van ‘crisisstress’ op korte en langere termijn.



5.4. (Acute) respons fase

Ten tijde van een crisis/calamiteit heeft een adequate afhandeling van de ontstane situatie de hoogste prioriteit. Bij een epidemie kan bijvoorbeeld een hele keten van zorginstellingen onder druk komen te staan wegens groot aanbod van zieken en tegelijkertijd personeelstekort. Of bij een externe crisis kan dit bijvoorbeeld voor een ziekenhuis/HAP opvang, diagnostiek en behandeling van een grote toestroom van patiënten zijn. Loopt het proces goed, dan is het werk gedurende korte of langere tijd stressvol, maar vaak ook bevredigend: *“Je hebt kunnen laten zien wat je waard bent en waarvoor je dit beroep uitoefent. Wat was het mooi om te zien dat de vele voorbereidingen van waarde waren. Wat een feest die collegialiteit ten tijde van de crisis; was dat altijd maar zo. Etc.”*

Gaat dit fout, is het werk daarna vaak langere tijd stressvol en onbevredigend. De beroepstrots en de trots op de organisatie zijn dan ver weg; werkomgevingen kunnen dan als ‘sociaal onveilig’ worden ervaren. Dit gebeurt meestal in organisaties waar voorafgaand aan de crisis/calamiteit het nodige aan de hand was; de crisis laat dan uitvergroot zien wat er eigenlijk al niet goed liep.

Voor het welbevinden van medewerkers zijn een aantal punten belangrijk :

- ‘ruimte’ voor eventueel herstel van fysieke veiligheid en de beleving van veiligheid,
- wat te doen om terug te gaan naar normale bedrijfsvoering (controleherstel),
- gevoel van serieus genomen worden als medewerkers,
- gevoel van mate van ‘afrekening’,
- hoe om te gaan met eventuele (strafrechtelijke of IGZ) onderzoeken, arbeidsinspectie en/of andere inspecties/onderzoeksinstituten, etc.
- hoe om te gaan met eventuele media,
- hoe om te gaan met verwanten van patiënten/bewoners en of collega’s,
- identificeren van bronnen van stress en hoe deze eventueel te beïnvloeden zijn,
- wat te doen om herstel van het “normale” leven bij (in) direct betrokkenen te bewerkstelligen (controleherstel),
- wat te doen om extra - onnodige - stress te voorkomen,

Ook hierbij geldt dat de (werk)omstandigheden voorafgaand aan en ten tijde van de crisis zoals bestaande hoge werkdruk, eventuele spanningen in collegiale verhoudingen en met leidinggevendenden, van invloed zijn op de wijze waarop de crisis wordt gepercipieerd en de mate waarin de situatie als stressvol wordt ervaren.

Als de gebeurtenis sec onder controle is en weer overgegaan kan worden tot de spreekwoordelijke ‘orde van de dag’ is een spoedige (professionele) evaluatie van belang evenals het goed in kaart brengen van nog af te handelen ‘losse eindjes’ en de wijze waarop medewerkers hierin worden betrokken. Ook dan is het tijd stil te staan bij de betekenis van de crisis/calamiteit op het team en/of individuele medewerkers. In dit afrondend



moment van de (acute) respons fase hebben medewerkers veelal behoefte aan **collegiale (onderlinge) steun** en een **leidinggevende** die oog en oor heeft voor hun noden en problemen, deze serieus neemt en daar waar nodig adequate opvolging biedt.

Leidinggevendens moeten weten door wie zij zich kunnen laten bijstaan en wat ze hierin van hen (bijvoorbeeld afd. **HRM of een BOT**) kunnen en mogen verwachten. En voor medewerkers moet duidelijk zijn bij wie zij zich kunnen vervoegen op het moment dat zij behoeften hebben aan ondersteuning.

5.5. Nafase

Acute respons fase en nafase lopen aangaande personeelszorg vloeiend in elkaar over. De **leidinggevende** vervult in deze een belangrijke rol. Naast de reguliere taak als leidinggevende wordt hij/zij soms geconfronteerd met een lange nasleep van een crisis; zowel op team- als individueel niveau. Voor de leidinggevendens is het goed te weten en te ervaren dat zij hiervoor niet alleen staan en ondersteund kunnen worden door o.a. RvB, afd. HRM, een BOT, een crisiscoördinator en eventuele externe adviseurs en/of hulpverleners. In deze nafase zijn identificeren en aandacht besteden aan de noden en behoeften van het personeel en eventueel hun verwanten op de korte en langere termijn cruciaal. De sfeer/stemming en eventuele individuele problemen kunnen worden gemonitord en opgevolgd in de reguliere overleggen van de sociaal medische teams met de ARBO-partners. Voor de kleine minderheid bij wie zich psychische problemen manifesteren welke het functioneren negatief beïnvloeden, dient verwijzing voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling beschikbaar te zijn.

5.6 Stepped Care

Bovenstaande kan het best worden samengevat als een vorm van ‘stepped care’ voor medewerkers. Dit betekent primair adequaat crisismanagement met integraal aandacht voor welbevinden van medewerkers. Een zogenaamde ‘actieve en constructieve’ betrokkenheid vanuit leidinggevendens en social support door collega’s, familie en vrienden wordt gewaardeerd en is in de meeste gevallen voldoende. Dit wordt ook wel als “eerste stap” in dit stepped care model gezien.

Op basis van (tussentijdse) evaluatie van de eerste stap kan op indicatie - spanningen binnen de organisatie, conflicten, onzekerheid over hoe te handelen/op te treden, blijvende heftige emotionele reacties, blijvende gezondheidsklachten etc.- worden overgegaan op de tweede stap in het stepped care model. Deze tweede stap kan betekenen inschakelen van derden; in- of externen (HRM, Bedrijfsopvang team, BMW, bedrijfsarts en/of extern



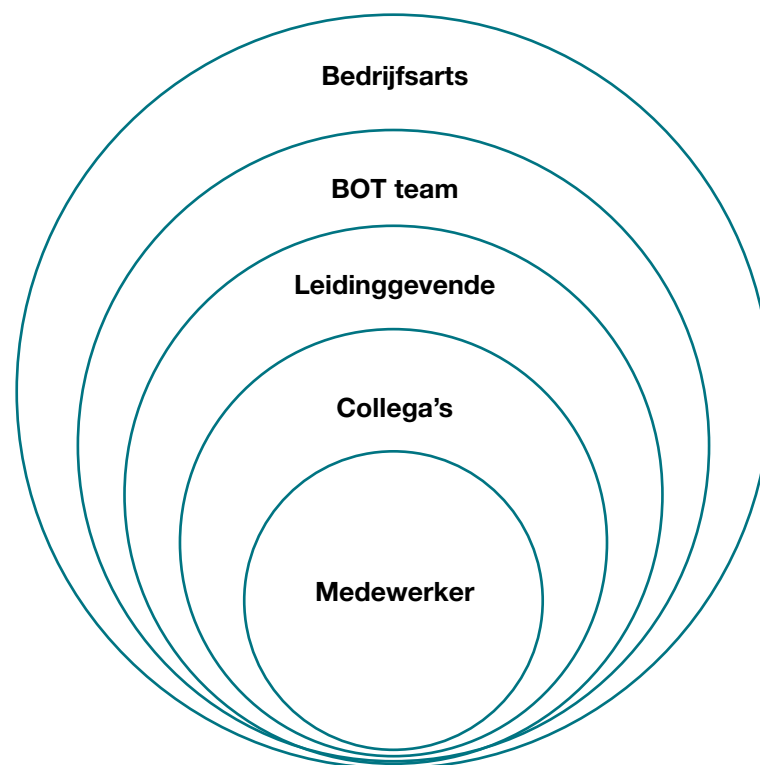


deskundigen) voor advies/coaching of om bepaalde zaken (gedeeltelijk) uit handen te geven. Evaluatie van de tweede stap kan opleveren dat als derde stap nog medewerkers zijn met persisterende stressreacties en/of gezondheidsklachten die een duidelijk lijden of beperkingen in sociaal, beroepsmatig of op ander belangrijke (levens)terreinen met zich meebrengen. Het is raadzaam hen te verwijzen voor diagnostiek en eventuele behandeling van verwerkingsstoornissen. Afhankelijk van de omstandigheden, bijvoorbeeld bij langdurig ziekteverzuim, is afstemming met de bedrijfsarts of binnen een sociaal medisch team wenselijk/noodzakelijk.

ervaren dat zij hiervoor niet alleen staan en ondersteund kunnen worden door o.a. RvB, afd. HRM, een BOT, een crisiscoördinator en eventuele externe adviseurs en/of hulpverleners. In deze nafase zijn identificeren en aandacht besteden aan de noden en behoeften van het personeel en eventueel hun verwanten op de korte en langere termijn cruciaal.

De sfeer/stemming en eventuele individuele problemen kunnen worden gemonitord en opgevolgd in de reguliere overleggen van de sociaal medische teams met de ARBO-partners.

Voor de kleine minderheid bij wie zich psychische problemen manifesteren welke het functioneren negatief beïnvloeden, dient verwijzing voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling beschikbaar te zijn.



6. Nawoord

Deze Leidraad “Nafase, Nazorg en Verwantenopvang” is tot stand gekomen onder het principe “**door de regio, voor de regio**”. De ontwikkelaars zijn crisiscoördinatoren, BOT-teamleden, Psychosociale Hulpverleners en Peer-supporters uit diverse zorginstellingen die deelnemen aan het NAZL Regionaal Programma Crisisbeheersing en OTO Limburg.

Onder begeleiding van inhoudelijk projectleider **Peter van Loon** (Crisis, Stress & Trauma) gingen zij in diverse **Kennisplatforms** aan de slag met psychosociale aspecten van crises/calamiteiten op verwanten van patiënten/bewoners en personeel van zorginstellingen. Door de diversiteit aan zorginstellingen die aan de discussies deelnamen ontstond een mooie uitwisseling van inzichten, opvattingen, ervaring en kennis en daar is deze Leidraad voortgekomen.

De keuze was enerzijds te komen tot een regionale leidraad die iedere stap in deze processen dichttimert en voorschrijft, of een leidraad die richting geeft en tegelijkertijd voldoende ruimte laat voor iedere zorginstelling om naar eigen inzichten deze processen passend in te richten in de eigen crisisstructuur. Het laatste is het geworden. Het is een Leidraad die een goede basis biedt voor alle zorginstellingen ongeacht welke discipline dan ook.

Het waren bijzondere bijeenkomsten waarbij opvallend naar voren kwam hoe belangrijk de deelnemers het vonden dat er naast fysieke en medische zorg die wij vanuit onze zorginstellingen leveren, er ook adequaat aandacht wordt besteed aan de psychosociale aspecten van crises en calamiteiten voor patiënten, cliënten, medewerkers en collega's zowel regulier als in opgeschaalde zorg.

Vanuit het NAZL Regionaal Programma Crisisbeheersing en OTO willen wij allen die hebben mee gewerkt aan de totstandkoming van deze Leidraad dan ook hartelijk danken voor hun inzet, ideeën, enthousiasme, ervaring en kennis.

Clarien Schoeren-langenkamp
NAZL, Programmacoördinator Crisisbeheersing en OTO

Vormgeving en realisatie: Grafische Dienst Maastricht UMC+, Facilitair Bedrijf

© OTO-Limburg, 1e druk, 1e oplage, oktober 2013
P. Debyelaan 25, 6229 HX, Maastricht, tel. 043-387 6389
De informatie uit deze publicatie mag uitsluitend worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden met bronvermelding.



OTO Limburg • P. Debyelaan 25 • Postbus 5800 • 6202 AZ Maastricht • T. 06-22175591 • E. otolimborg@nazl.nl • I. www.nazl.nl

