



Leidraad crisisorganisatie in de zorgsector

GESTRUCTUREERD EN FLEXIBEL

Handreiking



Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Algemeen	5
1.2	Leeswijzer	6
2	Omgevingsfactoren	7
2.1	Nationale veiligheid en risicobeoordeling	7
2.2	Wettelijk referentiekader	9
2.3	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)	10
3	Crisismagegement in de zorgsector	13
3.1	Visie en ambitie Minister van VWS	13
3.2	Recente ontwikkelingen en beleidsnota's zorgsector	13
3.3	Ketenpartners in de zorg	13
3.4	Externe en interne crisissituaties	14
4	Organisatie van de structuur in de preparatiefase	17
4.1	Uitgangspunten	17
4.2	Vorbereiding op crisissituaties cruciaal	17
4.3	Planvorming	17
4.4	Uniformiteit gehanteerde begrippen	19
4.5	Raakvlakken met de BHV-organisatie	20
4.6	Relatie reguliere functies	21
5	Ontwerp crisisorganisatie in repressiefase	23
5.1	Het Crisisbeleidsteam (CBT)	24
5.2	Het Operationeel Crisisteam (OCT)	26
5.3	Liaisons ketenpartners en Actiecentrum GHOR	27
6	Beschrijving per zorginstelling	31
6.1	Toepassingen	31
6.2	Sleutelfunctionarissen in crisissituaties	35
7	Kwalificatieprofielen	39
7.1	Indeling en opzet	40
7.2	Uitgangspunten	42
	Bijlagen	44
	A Verklaringen	44
	B Definitielijst	45
	C Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure	46

COLOFON

© Landelijk steunpunt OTO, april 2011.

Aan de totstandkoming van deze handreiking Leidraad crisisorganisaties in de zorgsector hebben de volgende personen en organisaties een bijdrage geleverd:

Gert-Jan Ludden	Roaz regio Midden Nederland
Harry Smits	Landelijk coördinator OTO
Drs. Céline van Elst	ROAZ regio Brabant
Marij Camps	ROAZ regio Limburg
Marc Beerens	ROAZ regio Brabant
Drs. Vincent Pot	GHOR Nederland
Frank Rosier	MPH Het Netwerkcentrum

Opmaak: Studio Opmerkelijk, Soest
 Druk: ESED, Soest
 Uitgave: oktober 2013

1. Inleiding

1.1 Algemeen

De zorgsector moet zich beter voorbereiden op rampen- en crisissituaties, zo blijkt uit recente onderzoekresultaten. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft daarom sinds oktober 2008 stimuleringsgelden beschikbaar gesteld voor opleiden, trainen en oefenen (OTO). Deze gelden zijn verstrekt aan elf regio's waarin zich ziekenhuizen bevinden met een traumacentrumfunctie. Deze regio's hebben plannen opgesteld en er zijn allerlei OTO-activiteiten onder supervisie van de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ) van start gegaan.

Om efficiënt te kunnen opleiden, trainen en oefenen is een aantal randvoorwaarden van belang. Denk aan de 'awareness' en 'sense of urgency' in de bestuurslaag, de beschikbaarheid van adequate rampenplannen, het uitvoeren van goede risicoanalyses voor zowel externe als interne risico's en de bereidheid in deze materie te investeren. Vooral zijn echter een slagvaardige crisisorganisatie nodig en een goede positionering van de sleutelfunctionarissen die bij opgeschaalde zorg op strategisch en tactisch niveau een functie vervullen. Van deze sleutelfunctionarissen moeten kwalificatieprofielen¹ beschikbaar zijn om uiteindelijk ook het gewenste rendement uit de OTO-programma's te kunnen halen.

De kwalificatieprofielen van de medewerkers op operationeel niveau zijn veelal af te leiden van hun organieke functie. Uiteraard is aandacht voor het operationele niveau binnen het OTO-programma wel noodzakelijk. Intensiteit van de werkzaamheden, hiërarchische structuur en bijvoorbeeld triage verschillen ten opzichte van het functioneren onder normale omstandigheden.

Een slagvaardige crisisorganisatie met geoefende sleutelfunctionarissen ontbreekt binnen de 'Witte Kolom' nogal eens. De acute zorginstellingen zijn hiermee weliswaar al jaren bezig, maar in de praktijk verschilt de aanpak. Bij andere zorginstellingen ontbreekt dit onderwerp vaak op de bedrijfsvoeringsagenda.

Het landelijk OTO-platform², dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het bovengenoemde OTO-stimuleringsprogramma, heeft besloten vijf centrale speerpuntprojecten te definiëren. Doelstelling is te komen tot een structurele verbetering op het terrein van crisisbeheersing en rampenbestrijding. Een

¹ In dit kader: een systematische beschrijving van een crisisfunctie in een zorginstelling. Een kwalificatieprofiel wordt bepaald en omschreven op basis van een of meer beroeps-competentieprofielen.

² Het OTO-platform bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de elf ROAZ-regio's.

van die speerpuntprojecten is het opstellen van kwalificatieprofielen voor de sleutelfunctionarissen binnen de zorgsector en het beschrijven van een adequate crisisorganisatie. Deze handreiking beoogt hiervoor een solide basis te leggen.

1.2 Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk beschrijft de context waarbinnen de zorgsector aandacht moet besteden aan crisisbeheersing en rampenbestrijding. Actuele ontwikkelingen in de nationale veiligheid, de risicobeoordeling, de [wet op de] veiligheidsregio's en de positie van de GHOR worden toegelicht. In het derde hoofdstuk ligt het accent op de taak, organisatie en werkwijze van de zorgsector bij crises en rampen. Ook leggen we de relatie met de interne bedrijfshulpverleningsorganisatie. In het vierde en vijfde hoofdstuk schetsen we het meer generieke ontwerp van een crisisorganisatie voor respectievelijk de preparatieve en de repressieve fase. Aansluitend gaan we in hoofdstuk 6 in op het ontwerp per (cluster van) zorginstelling(en). In hoofdstuk 7 treft u een opsomming aan van de te ontwikkelen kwalificatieprofielen. Deze is een aanzet voor meer uniformiteit en een gezamenlijk referentiekader voor crisisbeheersing voor alle ketenpartners in de zorg. In de bijlagen treft u relevante achtergrondinformatie aan.

2. Omgevingsfactoren

2.1 Nationale veiligheid en risicobeoordeling

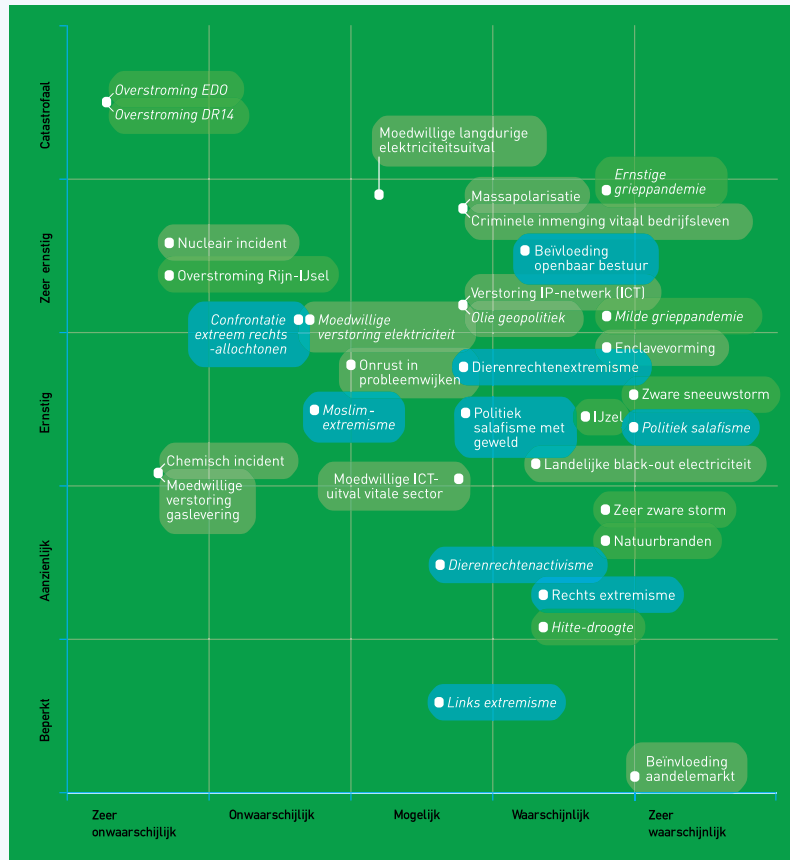
Sinds de millenniumproblematiek houden het openbaar bestuur en de operationele diensten zich, naast de klassieke rampenbestrijding, primair bezig met de beheersing van complexe crisisscenario's. Voorbeelden daarvan zijn terrorisme, volksgezondheids crisis, veterinaire ziekten, klimaatverandering, ernstige overstromingen, uitval nutsvoorzieningen, problematiek van de parallelle samenleving, ICT-verstoringen, ongevallen met gevaarlijke stoffen (CBRN), kredietcrisis en economische crisis. Deze typen crises vergen een andere benadering in denkwijze, opschaling, leiderschap en aanpak. Recentelijk heeft de overheid daarom een aantal maatregelen voorgesteld, waaronder het verder professionaliseren van de veiligheidsregio's en een verhoging van de 'awareness' en 'sense of urgency' bij bestuurders van publieke en private organisaties. Deze maatregelen hebben een grote impact op alle veiligheidspartners, waaronder de zorgsector.

Sinds 2008 bestaat in Nederland een Nationale veiligheidsstrategie, die gebaseerd is op vijf hoofdpijlers: territoriale veiligheid, economische veiligheid, ecologische veiligheid, fysieke veiligheid en sociale en politieke stabiliteit. Op rijksniveau wordt jaarlijks een risicobeoordeling opgesteld, met een inschatting van de waarschijnlijkheid en impact van mogelijke risico's. De laatste versie van de risicobeoordeling (2009) beschrijft 33 dreigingsscenario's. (Zie risicodiagram figuur 1). Deze risicobeoordeling wordt regionaal doorvertaald en aangevuld met regio-specifieke risico's. Dat mondt uit in plannen en opleidings- en trainingsprogramma's voor een goede preparatie op mogelijke crisisscenario's.

De veiligheidsregio's stellen minimaal eens per vier jaar risicoprofielen op. Deze profielen bestaan uit een risico-inventarisatie en de analyse daarvan. De risico-inventarisatie geeft een overzicht van de risicovolle situaties en de soorten branden, rampen of crises die zich in de regio kunnen voordoen. Met de uitkomsten van de analyse formuleert het bestuur van de veiligheidsregio het ambitieniveau voor de bestrijding van crises en rampen. Dit leidt tot de OTO-plannen, waarmee de GHOR-organisaties prestatieafspraken kunnen maken met de zorginstellingen.

OMGEVINGSFACTOREN

Figuur 1: Risicodiagram en opbouw impactscore³



EDO = ergst denkbare overstroming; DR14 = dijkkring 14
Scenario's uitgewerkt in 2007-2008 zijn cursief gedrukt

3 Bron: Ministerie BZK; Nationale Risicobeoordeling Bevindingenrapportage 2009.

OMGEVINGSFACTOREN

2.2 Wettelijk referentiekader

Wet op de veiligheidsregio's (WVR)

In februari 2010 heeft de Eerste Kamer de Wet veiligheidsregio's goedgekeurd. Deze wet heeft als doel een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van de brandweerzorg, de geneeskundige hulpverlening en de rampenbestrijding en crisisbeheersing onder één bestuurlijke regie te brengen. De veiligheidsregio moet de bestuurlijke en operationele slagkracht vergroten. Elke veiligheidsregio in Nederland moet over een goed geoefende organisatie voor rampenbestrijding en crisisbeheersing beschikken. Een organisatie die voldoende robuust is om grootschalige incidenten te lijf te kunnen gaan. Ook is meer multidisciplinaire samenwerking nodig, zodat het verantwoordelijk bestuur een samenhangend beleid voor alle diensten kan opstellen. De GHOR is dan verantwoordelijk voor de ketenkwaliteit van de geneeskundige kolom, de zorginstellingen hebben hun eigen verantwoordelijkheid op basis van artikel 33, eerste lid van de WVR. In het tweede lid van artikel 33 staat dat de GHOR en de ketenpartners over de taken en voorbereidingen schriftelijke afspraken maken.

Wet Publieke Gezondheid (WPG)

De Wet Publieke Gezondheid, die de Infectieziektewet, de Quarantainewet en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid vervangt, geeft aan het College van Burgemeester en Wethouders een aantal taken en bevoegdheden. De WPG beschrijft de gemeentelijke, regionale en landelijke taken en bevoegdheden voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding.

Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

Zorginstellingen leggen de informatie over de inzet en voorbereiding op rampen en crises vast in het jaardocument Maatschappelijke verantwoording, zoals voorgeschreven in de WTZi. De instellingen en diensten in de zorg zijn zelf verantwoordelijk voor hun voorbereiding op grootschalig optreden.

Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Volgens artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen 'organiseert de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg'. De zorginstellingen dienen verantwoorde zorg onder alle, dus ook bijzondere, omstandigheden te leveren. In de Wet BIG staat dat ook beroepsbeoefenaren in de zorg de taak hebben verantwoorde zorg te leveren, onder alle omstandigheden.

OMGEVINGSFACTOREN

Referentiekader Regionaal Crisisplan (RRCP)

Het RRCP⁴ maakt duidelijk hoe de hulpverleningsdiensten en de zorgsector bij crises en rampen mono- en multidisciplinair moeten samenwerken. Dankzij het referentiekader sluiten alle processen en activiteiten nu goed op elkaar aan. Het referentiekader benadrukt de crisiscoördinatie binnen zorginstellingen. De zorginstelling stelt een 'crisisplan' op. Dat beschrijft de maatregelen voor continuering van verantwoorde zorg onder grootschalige of bijzondere omstandigheden en de samenwerking met de regionale crisisorganisatie. Verder gaat het RRCP in op de volgende aspecten:

- a Iedere zorginstelling beschikt over een actueel en praktisch getoetst crisisplan.
- b Het crisisplan legt vast:
 - de wijze waarop melding, alarmering, op- en afschaling, leiding en coördinatie van de zorginstelling plaatsvindt;
 - de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de crisisfunctionarissen;
 - de wijze waarop de informatie-uitwisseling tussen de zorginstelling en de regionale crisisorganisatie plaatsvindt;
 - de frequentie van het oefenen met het crisisplan.
- c Afspraken tussen de veiligheidsregio en de zorginstelling staan in het Regionaal Crisisplan.

2.3 Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)

De veiligheidsregio heeft als taak 'het organiseren van de geneeskundige hulpverlening in de regio met het oog op zware ongevallen, rampen en crisissituaties'. Het gaat daarbij om (spoedeisende) medische hulpverlening, psychosociale hulpverlening en publieke gezondheidszorg. Daartoe richt het bestuur een GHOR-organisatie in. De GHOR coördineert de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio en legt zo het verband tussen de veiligheidsregio en de zorgketen, de zogenoemde 'witte kolom'. Ook maakt de GHOR afspraken met de diverse zorgverleners. De veiligheidsregio heeft een directeur GHOR (voorheen Regionaal Geneeskundig Functionaris), die als ketenregisseur optreedt.

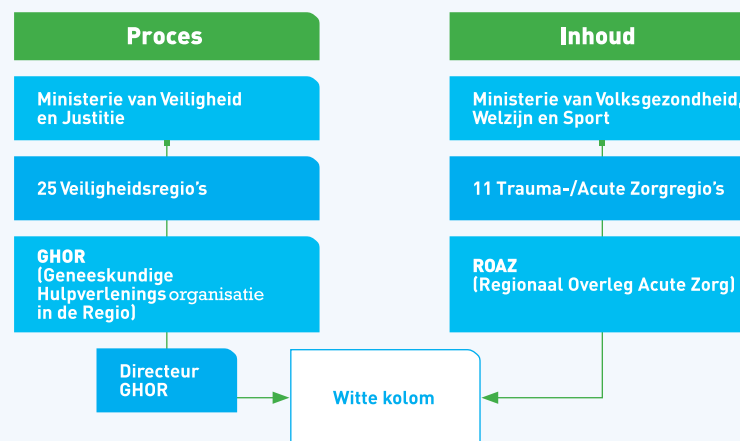
4 Referentiekader Regionaal Crisisplan; Apeldoorn 2009. www.regionaalcrisisplan.nl.

OMGEVINGSFACTOREN

In de WVR artikel 34⁵ staan toe te passen maatregelen indien de zorginstelling verstek laat gaan. Voor een goede taakuitvoering moeten de medewerkers van de zorginstellingen worden opgeleid, getraind en geoefend. De Minister van VWS bevordert dit.

Onderstaand schema laat zien dat de procesverantwoordelijkheid voor crisisbeheersing/rampenbestrijding in handen is van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (MinVenJ). De monodisciplinaire voorbereiding op crises en rampen binnen de witte kolom is de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Figuur 2: verdeling verantwoordelijkheden



5 Indien de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening of de voorbereiding daarop naar het oordeel van het bestuur van de veiligheidsregio tekortschiet, treedt het bestuur in overleg met een instelling of zorgaanbieder als bedoeld in artikel 33, eerste lid. De voorzitter kan, indien hij geen verbetering constateert, deze instelling en zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven. Blijft de instelling of zorgaanbieder in gebreke, dan verzoekt de voorzitter de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tegen deze instelling of zorgaanbieder de nodige maatregelen te treffen.

3. Crisismanagement in de zorgsector

3.1 Visie en ambitie Minister van VWS

In 2008 heeft de Minister van VWS geconcludeerd dat de zorgsector zich beter diende voor te bereiden op rampen- en crisissituaties. Vanaf dat moment krijgen elf traumaregio's jaarlijks (structureel) stimuleringsgelden. De ROAZ-deelnemers implementeren in nauw overleg met de GHOR de plannen in hun regio en betrekken daarbij alle ketenpartners in de zorgsector. Het landelijk OTO-platform heeft ter ondersteuning van de regio's een vijftal instrumenten ontwikkeld ter ondersteuning van het maken van deze plannen. De Minister van VWS heeft hiermee ingestemd. De instrumenten zijn:

- het opstellen van kwalificatieprofielen (OTO kwalificatieprofielen);
- het ontwikkelen van een OTO-kwaliteitskader (OTO kwaliteitskader);
- het opstellen van een OTO-portfolio (Handreiking OTO portfolio);
- het realiseren van een gemoderniseerd OTO-aanbod (OTO catalogus);
- het ontwikkelen van een centrale kennis- en informatiedatabank (OTO kennisportaal).

3.2 Recente ontwikkelingen en beleidsnota's zorgsector

Het Ministerie van VWS of andere geëigende instanties hebben de zorgsector de laatste jaren talloze beleidsnota's en richtlijnen toebedeeld. Voorbeelden hiervan zijn:

- Beleidsvisie traumazorg 2006-2010;
- Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi);
- Leidraad OTO van ZonMW d.d. 1 december 2008;
- Kwaliteit verbeterprogramma rampenopvang ziekenhuizen d.d. 4 april 2006;
- Leidraad ZiROP 2009 (ZonMw);
- Leidraad CBRN 2009 (ZonMw);
- COBRA; continuïteit van zorg bij rampen in organisaties voor verpleging en verzorging (GHOR Groningen, 2007);
- Quick Scan OTO 2008, opgesteld door het onderzoeksinstituut NIVEL.

3.3 Ketenpartners in de zorg

In tegenstelling tot de homogene organisaties van politie en brandweer is de zorgsector een pluriforme organisatie met veel publieke en private instellingen met sterk uiteenlopende ambitieniveaus. Binnen de context van deze notitie zijn de belangrijkste ketenpartners in de zorgsector de volgende partijen:

- Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR);
- Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD);
- Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en Meldkamer Ambulancezorg (MKA);
- Huisartsen(posten);
- Ziekenhuizen;
- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);
- Revalidatie-, verpleeg- en verzorgingshuizen;
- Thuiszorg;
- Overige partners, zoals verloskundigen, apotheken, tandartsen en het NRK⁶

⁶ De nadere uitwerking van deze laatste groep partners valt buiten de doelgroep van deze handreiking.

3.4 Externe en interne crisissituaties (Conform 'Basisleerstof GHOR' juli 2008)

Elke zorgaanbieder (organisatie of zorginstelling) kan worden geconfronteerd met een crisis- of rampsituatie. In een dergelijke situatie kan een (acute) disbalans ontstaan tussen zorgvraag en zorgaanbod. We onderscheiden globaal drie situaties waarin sprake is van zo'n disbalans.

Interne crisis/ramp

De disbalans wordt veroorzaakt door een veranderd zorgaanbod. Dit ontstaat in situaties waarin de organisatie zelf geconfronteerd wordt met (dreigend) gevaar voor patiënten en organisatie. Denk aan brand, stroomuitval of een grootschalige besmetting in een zorginstelling. Onderstaand schema geeft een overzicht van mogelijke verstoringen in de bedrijfsvoering van zorginstellingen.

Externe crisis/ramp

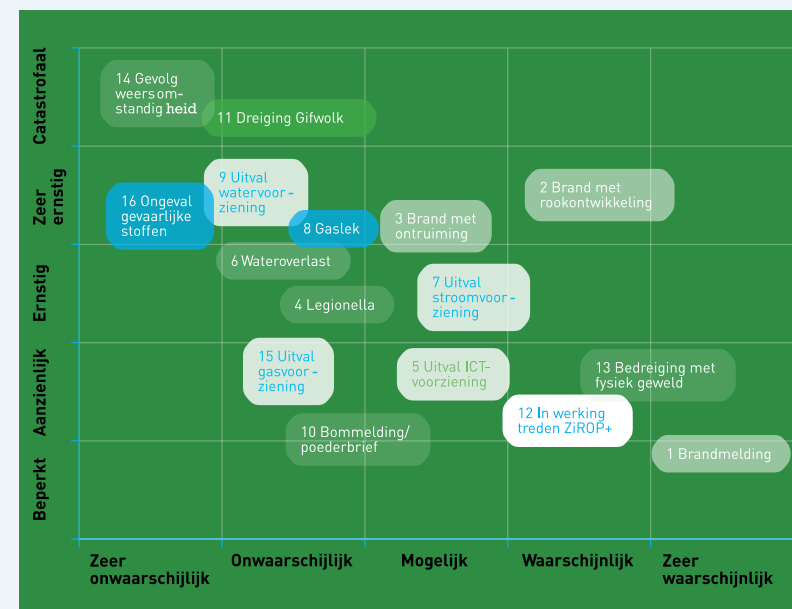
De disbalans wordt veroorzaakt door een acuut veranderde zorgvraag. Een ramp buiten de organisatie ontregelt de reguliere omstandigheden in de organisatie. Denk aan (een groot aantal) acute slachtoffers, verwanten, media, toeloop naar de huisarts of een grote vraag naar antivirale middelen (zie het schema op bladzijde 16).

Gecombineerde ramp

De disbalans wordt veroorzaakt door een veranderde zorgvraag en een veranderd zorgaanbod. Bijvoorbeeld: bij een grootschalige epidemie wordt de organisatie niet alleen geconfronteerd met vele zieken, maar zal ook een deel van het personeel ziek worden of is de organisatie zelf betrokken bij de ramp.

In alle drie de situaties wordt het de organisatie duidelijk dat ze niet alleen staat, maar een schakel is in een grotere keten. Afstemming met de buitenwereld is noodzakelijk. Om in crisis- of rampsituaties goed te kunnen handelen, is voorbereiding door juiste planvorming, opleiding, training en oefening essentieel.

Figuur 3: Risicodiagram Verstoringen Zorginstelling bron: Samenwerkingsverband Incidentbeheersing Management Zorginstellingen (IbMZ)



4. Organisatie van de structuur in de preparatiefase

4.1 Uitgangspunten

Het ontwerp van een crisisorganisatie van een zorginstelling is gebaseerd op een aantal uitgangspunten:

- 1 Het moet de risico's van een zorginstelling afdekken, die een disbalans kunnen veroorzaken tussen de zorgvraag en het zorgaanbod en waardoor de zorgcontinuïteit in gevaar kan komen.
- 2 De structuur van de crisisorganisatie moet voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving voor de verantwoordelijkheid voor de eigen zorgcontinuïteit of de rol die de organisatie heeft bij rampenopvang van slachtoffers.
- 3 Het moet passen bij de omvang en de aard van de zorginstelling en waar mogelijk in bestaande structuren worden geïncorporeerd.
- 4 Het moet voortborduren op reeds bestaande modellen en ontwerpen (bijvoorbeeld resultaten kwaliteitsverbeterprogramma ZonMw).
- 5 Het bevat een eenduidig gebruik van definities, begrippen en terminologie. In de praktijk blijkt dat in crisisorganisaties veel verschillende definities en begrippen worden gehanteerd.

Met deze uitgangspunten kan per cluster van zorginstellingen een ontwerp van een crisisorganisatie tot stand komen. De organisatie kan de kwalificatieprofielen vervolgens gebruiken om de juiste medewerkers op de juiste plaats te kiezen en te starten met opleiding, training en oefening. Opgeleide en bekwame functionarissen zijn immers een absolute voorwaarde voor een slagvaardige crisisorganisatie.

4.2 Voorbereiding op crisissituaties cruciaal

Om in crisissituaties adequaat te functioneren, bereiden zorginstellingen zich in de voorfase (zogenaamde 'koude fase') goed voor. Bestuurlijk is voor het thema voortdurend aandacht nodig en organisaties moeten hiervoor mensen en middelen vrijmaken. Onderschatting ('dat zal ons niet overkomen') is uit den boze. Afstemming met de veiligheidspartners in de regio, planvorming en een evenwichtig proces van opleiden, trainen en oefenen maken deel uit van de preparatiefase. Uiteindelijk gaat het bij crisismanagement om kennis en kennissen. Het OTO-stimuleringsprogramma van VWS draagt bij aan een verdere professionalisering hiervan.

4.3 Planvorming

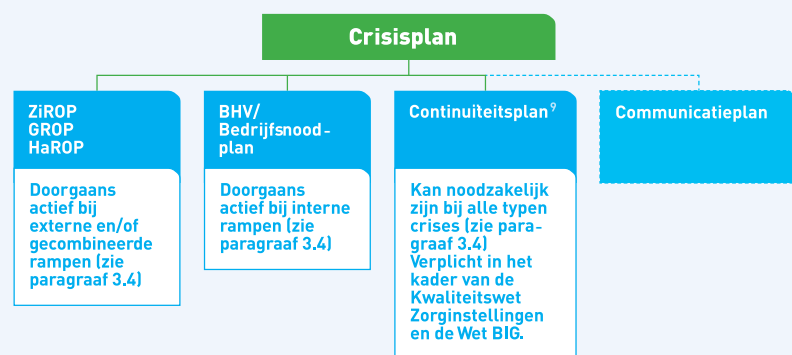
De Kwaliteitswet zorginstellingen beschrijft de verantwoordelijkheden van zorginstellingen bij crisisbeheersing. Het doel van deze wet is zorgaanbieders te verplichten verantwoorde zorg te leveren. Zij bewaken systematisch de kwaliteit van

⁷ Zie paragraaf 2.2.

ORGANISATIE VAN DE STRUCTUUR IN DE PREPARATIEFASE

de zorg, beheersen en verbeteren die. Een zorginstelling moet een crisisplan⁷ hebben, om bij rampen en ongevallen aan de Kwaliteitswet zorginstellingen te kunnen voldoen. Bij de ziekenhuizen is dat een ZiROP, bij de GGD's een GROp, bij de huisartsenzorg een HaROP, bij de RAV een RAP en bij overige zorgaanbieders een (zorg)continuïteitsplan. De specifieke term ROP is van toepassing op zorginstellingen die naast de eigen zorgcontinuïteit een rol spelen bij de opvang van slachtoffers en extra taken of verantwoordelijkheden hebben binnen een van de drie GHOR-processen⁸. Onderdeel van het crisisplan kunnen bestaande beschrijvingen zijn van bijvoorbeeld de organisatie van de Bedrijfshulpverlening (BHV) of de structuur en procedures van beveiliging/bewaking. Ook een plan voor risico & crisiscommunicatie maakt hier deel van uit. Zo kan het crisisplan een integraal geheel worden ter bestrijding van interne, externe of gecombineerde rampen. Zie ook figuur 4.

Figuur 4: Componenten crisisplan



In de veelheid aan (verplichte) planvorming zien we verschillen tussen de diverse zorginstellingen. Bij een ziekenhuis bijvoorbeeld zal het volledige crisisplan drie soorten onderdelen bevatten, terwijl een verzorgingshuis slechts twee onderdelen uit het bovenstaande schema nodig heeft. Het is mogelijk om planvorming te verweven. Een voorbeeld is het HaROP, waarin een continuïteitsplan is geïntegreerd. De Raad van Bestuur (RvB) dient jaarlijks het crisisplan te actualiseren en goed te keuren. Het

⁸ De drie GHOR-processen: geneeskundige hulpverlening somatisch, geneeskundige hulpverlening psychosociaal en preventieve openbare gezondheidszorg.

⁹ Het ROP kan ook worden geschreven als een compleet zorgcontinuïteitsplan.

ORGANISATIE VAN DE STRUCTUUR IN DE PREPARATIEFASE

management is ook verantwoordelijk voor opleiding, training en oefening als voorbereiding op rampen- en crisissituaties. Een registratiesysteem borgt de resultaten van OTO-activiteiten¹⁰. De zorginstelling doet in de jaarverantwoording jaarlijks verslag van de wijze waarop de instelling dit heeft gedaan. Naast de goedkeuring van het crisisplan zal de RvB ook jaarlijks een OTO-jaarplan moeten goedkeuren. Een meerjarenbeleidsvisie voor OTO strekt ook tot aanbeveling.

4.4 Uniformiteit gehanteerde begrippen

We moeten wel kritisch kijken naar de benamingen die nu in omloop zijn. De GGZ bijvoorbeeld maakt sinds jaar en dag voor de reguliere werkzaamheden gebruik van een 'crisisorganisatie'. Deze benaming wordt echter gebruikt voor het systeem van acute psychische hulpverlening. Ook de afkorting 'ROP' of 'Rampenopvang' dekt bij een groot aantal zorginstellingen niet de lading. Zo zal de thuiszorg of een verpleeghuis zelden of nooit te maken krijgen met de opvang van slachtoffers zoals dat in een ziekenhuis gebeurt. Ook de termen operationeel team, beleidsteam of rampenstaf moeten worden vermeden: dit kan verwarring teweegbrengen in de communicatie met de operationele hulpverleningsdiensten (zoals gelijklopende overlegstructuren binnen de GRIP-regeling).

In deze leidraad is sprake van:

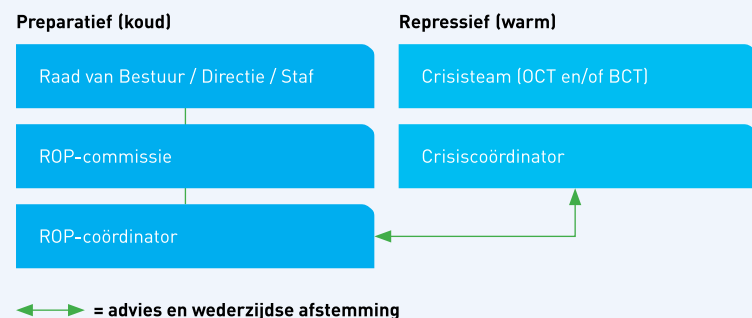
- Een **Crisisbeleidsteam (CBT)** als overlegstructuur voor het bestuurlijk/strategisch niveau binnen de instelling. Deze term wordt ook gehanteerd wanneer sprake is van één coördinerend team, dus wanneer het CBT en OCT tot één team zijn verweven.
- Het **Operationeel Crisisteam (OCT)** als overlegstructuur voor de interne aansturing van de organisatie¹¹ op tactisch niveau.
- **ZiROP-coördinator, GROp-coördinator, HaROP-coördinator** of **ROP-coördinator** (als taakverantwoordelijke per instelling voor de preparatieve – koude – fase).
- **Crisiscoördinator** als 'operationeel leider' binnen de zorginstelling in de repressieve fase. Daarbij is betrokkenheid van, en afstemming met deze functie in de preparatieve (koude) fase essentieel. De crisiscoördinator beschikt over een helder mandaat of er is sprake van korte lijnen met de Raad van Bestuur en de ROP-coördinator. Een overweging is om de crisiscoördinator als voorzitter op te laten treden van de ROP-commissie. In de kwalificatieprofielen wordt hier nader aandacht aan besteed.

¹⁰ Op basis van artikel 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen, zowel op organisatieniveau als op individueel niveau.

¹¹ In 'Structuren, communicatie en afstemmingsoverleg' uit Goede Voorbeelden, een uitgave van ZonMW uit 2008; op pagina 28 wordt deze OTAZ genoemd en heeft in het ontwerp alleen een functie bij rampenopvang.

ORGANISATIE VAN DE STRUCTUUR IN DE PREPARATIEFASE

Figuur 5: Schematische weergave positie ROP-coördinator



In plaats van ROP-commissie¹² kunnen ook de namen 'ZiROPcommissie', 'stuurgroep integrale veiligheid' of 'crisisplan commissie' worden gebruikt. Deze projectmatige aanpak, in combinatie met de twee laatste benamingen, maakt de organisatie meer toekomstbestendig en kan een meer volwassen model opleveren.

4.5 Raakvlakken met de BHV-organisatie

De Bedrijfs hulpverlening is een interne hulpdienst die is bedoeld om letsel en schade van patiënten/cliënten, bezoekers en medewerkers zoveel mogelijk te voorkomen en te beperken. Hiervoor is niet alleen personele capaciteit beschikbaar volgens wettelijk vastgelegde normen, maar deze voorziet ook in de ontwikkeling van bijvoorbeeld vlucht- en ontruimingsplannen en het beheer van brandveiligheid¹³. In een aantal instellingen is de BHV-organisatie onderdeel van of geïntegreerd in de afdeling Beveiliging/ Bewaking/ Facilitaire Zaken. Het behoeft geen betoog dat een dergelijke organisatie, die voornamelijk gericht is op interne calamiteiten, betrokken wordt bij externe of gecombineerde calamiteiten (opgeschaalde zorg). In veel gevallen kan de BHV als expert (adviseur) in het crisisteam vertegenwoordigd zijn.

ORGANISATIE VAN DE STRUCTUUR IN DE PREPARATIEFASE

4.6 Relatie reguliere functies

De functies kunnen een belangrijk onderdeel zijn van bestaande, reguliere functies binnen een organisatie. Zo speelt de bedrijfs hulpverlening (BHV) bijvoorbeeld een belangrijke rol in het voorkomen en bestrijden van calamiteiten en rampen (interne ramp). De BHV'ers worden vaak als eerste geconfronteerd met een ramp en de gevolgen ervan. Bedrijfs hulpverlening is er om de ramp zo goed mogelijk te beheersen, in de periode die de professionele hulpverlening nodig heeft om ter plaatse te komen. De BHV maakt het mogelijk dat de professionals de hulpverlening zo snel mogelijk overnemen. Een organisatie voor verpleging en verzorging bijvoorbeeld, moet bij de inrichting van de bedrijfs hulpverlening rekening houden met het (grote) aantal personen dat niet zelfredzaam is. Er bestaat zodoende een sterke relatie tussen de BHV-organisatie en de continuïteit van zorg bij een ramp. Voorbereidingen die de continuïteit van zorg ten goede komen, verdiepen en verbreden de bedrijfs hulpverlening. Een goede BHV-organisatie voorziet in de continuïteit van zorg onder alle omstandigheden. Een voor de hand liggende constructie is degene die belast is met de BHV-organisatie ook de functie van ROP-coördinator te geven.

¹² Het instellen van een ROP-commissie (stuurgroep Integrale Veiligheid) is facultatief, doch kan bijdragen aan een gestructureerde en gecoördineerde voorbereiding op crisissituaties.

¹³ Arbeidsomstandighedenwet en het Arbeidsomstandighedenbesluit.

5. Ontwerp crisisorganisatie in de repressiefase

Voor een effectieve crisisbestrijding is het noodzakelijk de juiste mensen aan tafel te hebben, kwantitatief en kwalitatief. Daarnaast moeten we kijken naar de benodigde competenties en naar mandaat of beslissingsbevoegdheid. Het is zaak, in tegenstelling tot de kernbezetting, de samenstelling flexibel te organiseren. Van belang is ook het aantal leden van een crisisteam niet groter te maken dan noodzakelijk. Afhankelijk van de aard en omvang van het incident kunnen, naast een vaste kernbezetting, verschillende adviseurs in de rol van expert worden toegevoegd. De crisisorganisatie kenmerkt zich door een **CrisisBeleidsteam (CBT)** op strategisch niveau en een **Operationeel Crisisteam (OCT)** op tactisch niveau. Deze teams zorgen voor de coördinatie van de verschillende taken. In voorkomende gevallen kunnen beide niveaus worden samengevoegd.

Het CBT heeft bij een crisis de leiding en coördinatie op strategisch niveau. Het gaat hier om besluitvorming over de zorgcontinuïteit, een evacuatie of de opvang van de slachtoffers. Het CBT heeft ook de bevoegdheid om in het reguliere proces van de zorginstelling in te grijpen. Het CBT zal bij een crisis ook prioriteiten moeten stellen en keuzes maken voor de rampenopvang. Daarnaast is het CBT verantwoordelijk voor de externe communicatie en de contacten met de GHOR en Veiligheidsregio op bestuurlijk niveau. Het CBT moet op 24-uursbasis gedurende langere periode (3-4 weken) kunnen optreden.

Het CBT wordt ondersteund door een Operationeel Crisisteam. Dit OCT functioneert op tactisch niveau en is verantwoordelijk voor de interne aansturing van de organisatie. Het coördineert de activiteiten op de werkvloer en de slachtofferstroom. Ook het OCT moet op 24-uursbasis gedurende langere periode (3-4 weken) kunnen optreden.

Tijdens een crisissituatie voeren de meeste medewerkers hun reguliere taken uit, binnen de aan de opgeschaalde situatie aangepaste hiërarchische structuur. Slechts een kleine groep medewerkers, onder wie de leden van het Crisisbeleidsteam en het Operationeel Crisisteam, heeft bij een crisis andere taken. Deze leidraad beperkt zich dan ook tot een beschrijving van het tactisch en strategisch coördinatie-niveau.

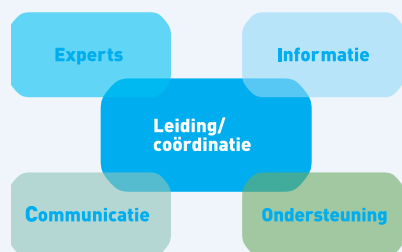
5.1 Het Crisisbeleidsteam (CBT)

Het CBT kent altijd de volgende kernbezetting:

- 1 Leiding/coördinatie
- 2 Expertise
- 3 Communicatie
- 4 Informatie
- 5 Ondersteuning.

Alle deelnemers fungeren als adviseur van de voorzitter.

Figuur 6: Kernelementen Crisisbeleidsteam



1 De voorzitter

De voorzitter van het CBT is binnen de instelling eindverantwoordelijk voor de integrale veiligheid en de zorgcontinuïteit. Het ligt daarom voor de hand dat de voorzitter van de Raad van Bestuur of diens vervanger deze taak krijgt. Als alternatief kan een gemandateerd directielid deze rol vervullen.

2 De experts

De experts zijn personen uit bij voorkeur het hoger management met een verantwoordelijkheid op een bepaald gebied, eventueel aangevuld met (externe) deskundigen. Alleen functies die op enige wijze betrokken zijn bij het incident of de crisis zijn hiervoor relevant, het aantal experts dient tot een minimum te worden beperkt. Externe experts kunnen afhankelijk van aard en omvang van het incident worden toegevoegd, zoals een epidemioloog of een jurist. De groep experts is dus flexibel qua samenstelling en deelname, allen nemen deel als adviseur.

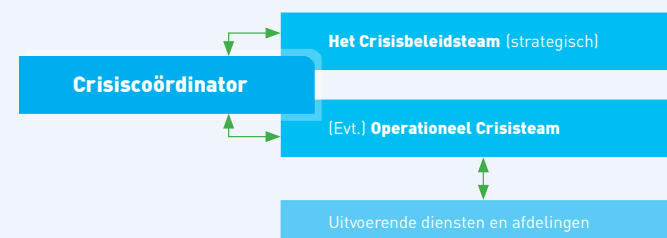
3 De communicatie

Een communicatie- of voorlichtingsmedewerker formuleert een gezamenlijke communicatie- en voorlichtingsstrategie. Communicatie en voorlichting vereisen onder crisissomstandigheden een andere aanpak dan in een reguliere situatie. Specifieke deskundigheid en vaardigheden zijn daarom gewenst.

4 De informatie

De voorzitter van het Operationeel Crisisteam zet operationele knelpunten om in bestuurlijk/strategische vraagstukken vice versa. Het gaat hier niet alleen om de operationele, interne situatie, maar ook om de externe situatie en de verwachtingen op de korte en langere termijn die invloed kunnen hebben op de instelling. Ook het hoofd BHV kan eventueel, afhankelijk van het incident of de crisis, over waardevolle informatie beschikken. De crisiscoördinator is de 'linking-pin' tussen het CBT en het OCT en fungeert zoals de Operationeel Leider binnen de GRIP-structuur.^{14, 15}

Figuur 7: Schematische weergave positie crisiscoördinator



Het behoeft geen betoog dat de crisiscoördinator in de voorbereidende fase nauw contact heeft met de ROP-coördinator. De ROP-coördinator is binnen de organisatie verantwoordelijk voor de totale voorbereiding (zoals planvorming, OTO en in- en externe afstemming). In een aantal zorginstellingen kan één persoon, op het werk- en denkniveau van de crisiscoördinator, beide functies in zich verenigen. Vanzelfsprekend moet de crisiscoördinator 24/7 klaar kunnen staan en moet een geschikte vervanger aanwezig zijn.

5 Ondersteuning

Ondersteuning van het crisisteam bij loggen/plotten en notuleren is essentieel. Niet alleen voor de verantwoording achteraf, maar ook om tijdens de crisis terug te kunnen vallen op adequate verslaglegging, zodat besluiten eenvoudig kunnen worden gerecapiteerd.

Uitgezonderd de kernbezetting is het niet verstandig vooraf deelnemers op naam of functie in de planvorming te benoemen. Wel is het noodzakelijk vooraf te bepalen welke functies relevant zijn voor het crisisteam. De crisiscoördinator zal daartoe een voorstel doen aan de voorzitter van het CBT. Hij kan ook de samenstelling van het OCT al bepalen, al dan niet in overleg.

14 Zie bijlage C.

15 Vergelijk ook pagina 28 in 'Structuren, communicatie en afstemmingsoverleg' uit Goede Voorbeelden, een uitgave van ZonMW, 2008 (<http://www.zonmw.nl>).

5.1.1 Aansluiting bij reguliere functies

Integraliteit en samenhang zijn belangrijke aandachtspunten. Van belang is dat personen in een acute noodsituatie, die snel en adequaat handelen vergt, niet hoeven na te denken bij wat hen te doen staat en geen andere rol hoeven aannemen die buiten hun routine ligt. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden moeten daarom zo dicht mogelijk bij de reguliere situatie liggen. Een directeur van de GGD heeft dezelfde leidende rol in het crisisteam als in zijn reguliere functie, evenals de secretaresse die bijvoorbeeld vanuit het GROEP verantwoordelijk is voor het notuleren en de ondersteuning.¹⁶

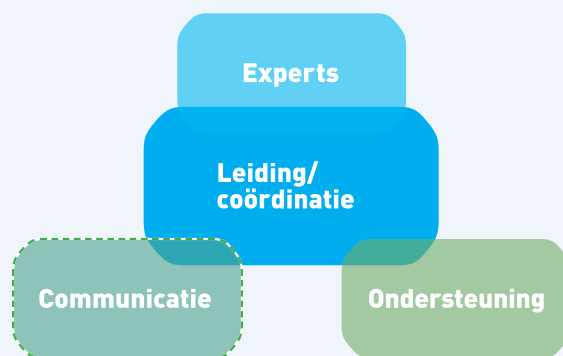
5.2 Het Operationeel Crisisteam (OCT)

De samenstelling van het Operationeel Crisisteam wordt altijd gekenmerkt door minimaal drie elementen:

- 1 Leiding/coördinatie
- 2 Expertise
- 3 Ondersteuning.

Alle deelnemers fungeren als adviseur van de voorzitter, de crisiscoördinator.

Figuur 8: Kernelementen Operationeel Crisisteam (OCT)



¹⁶ Naar het voorbeeld van 'Integratie taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden' (pagina 51) uit Goede Voorbeelden, een uitgave van ZonMW, 2008.

Als het CBT nog niet is geactiveerd, zal iemand uit het OCT de communicatiefunctie op zich nemen. Het gaat zowel om de interne als de externe communicatie over de crisis.

1 De voorzitter

De voorzitter van het OCT is de crisiscoördinator. De crisiscoördinator functioneert min of meer zoals de 'Operatoneel Leider' bij de operationele hulpverleningsdiensten. De coördinator is de spin in het web, de verbinding tussen het strategische en het operationele niveau. Immers, het OCT functioneert op tactisch niveau en is tijdens een crisis verantwoordelijk voor de interne aansturing van de organisatie. Het OCT verzorgt verder de coördinatie van de activiteiten op de werkvloer.

2 De experts

In het team zitten ook afdelingsmanagers, een medisch coördinator en een hoofd BHV/beveiliging: medewerkers die direct of indirect leiding geven aan een cluster of afdeling. Zij zijn verantwoordelijk voor de input uit het werkveld en dragen de knelpunten aan. Een aantal knelpunten behoeft een bestuurlijk/strategisch besluit en wordt via de crisiscoördinator in het CBT ingebracht. Eventueel kan ook hier (externe) deskundigheid nodig zijn, zoals van een coördinator van de huisartsenpost of een ziekenhuishygiënist/adviseur infectiepreventie. De ROP-coördinator kan als de rechterhand van de voorzitter toetreden tot het OCT, hij is immers de expert en verantwoordelijke voor de preparatieve fase.

3 Ondersteuning

Net als voor het crisisbeleidsteam is ook voor het OCT ondersteuning onontbeerlijk.

5.3 Liaisons ketenpartners en Actiecentrum GHOR

Een centrale plaats bij grootschalige incidenten neemt het Actiecentrum GHOR (Ac-GHOR) in, dat fungeert als 'denk- en doetank' van de geneeskundige keten. Het Ac-GHOR bestaat doorgaans uit een hoofd actiecentrum, administratieve ondersteuning en ICT-ondersteuning. Indien dit voor het incident relevant is, kunnen hieraan sleutelfunctionarissen van de ketenpartners worden toegevoegd¹⁷. Bij een grootschalig incident is de coördinatie zo gewaarborgd. Deze liaisons bevorderen de gezamenlijke aanpak van crises en rampen. Aan te bevelen is dat:

- 1 elk type organisatie vertegenwoordigd is indien het incident hiertoe aanleiding geeft en functionarissen namens deze organisaties in het Ac-GHOR participeren;
- 2 taken en verantwoordelijkheden van deze liaisons helder worden uitgeschreven;
- 3 functionarissen op hun taak voorbereid zijn.

¹⁷ In de Veiligheidsregio Limburg-Noord is een structuur met liaisons naar tevredenheid geïmplementeerd.

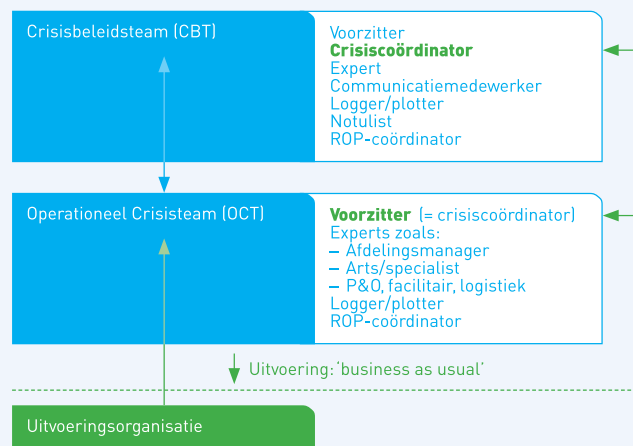
ONTWERP CRISISORGANISATIE IN DE REPRESSIEFASE

De inzet van liaisons in het Ac-GHOR is afhankelijk van het soort incident. Bij een groot ongeval zal het meestal niet nodig zijn om een volledig bezet Ac-GHOR met liaisons op te tuigen. Daarentegen is het bijvoorbeeld bij een griep пандemie wenselijk om ten minste de huisartsen, apothekers, verplegings- en verzorgingstehuizen (inclusief de thuiszorg), ziekenhuizen, ambulancedienst, GGD en NRK in de bezetting van het Ac-GHOR op te nemen. Op basis van deze leidraad wordt een kwalificatieprofiel ontwikkeld.

Het OCT kan dus een liaison benoemen die op tactisch niveau informatie uitwisselt en contacten onderhoudt met de GHOR. Dit kan fysiek contact zijn (als liaison in een Ac-GHOR of sectie GHOR), maar kan ook lopen via de communicatiemiddelen met bijvoorbeeld het Hoofd Ac-GHOR of het HS-GHOR. De aangewezen persoon is de crisiscoördinator zelf of de ROP-coördinator (als repressieve rol voor een preparatieve functie).

Figuur 9: Maximale variant in een opgeschaalde crisissituatie (repressie)

[Samenstelling teams als voorbeeld]



De verantwoordelijk medewerker uit de preparatieve fase (ZiROP-, GROp-, HaROP-, of ROP-coördinator) kan in beide teams van nut zijn als secondant van de crisiscoördinator. Deze medewerker kan ook optreden als liaison voor de GHOR.

6. Beschrijving per zorginstelling

6.1 Toepassingen

Per instelling beschrijven we de kenmerken die voor het ontwerp van een passende crisisorganisatie van toepassing kunnen zijn. We refereren weer aan de uitgangspunten uit paragraaf 4.1.

6.1.1 Crisisorganisatie ziekenhuis

Voor het ontwerp van een crisisorganisatie voor ziekenhuizen beschikken we al over de nodige kennis en ervaring. Dit mede als gevolg van het ZonMw-programma dat in 2008 is afgesloten, het OTO-beleid dat in veel instellingen is¹⁸ ingevoerd en enkele incidenten die zijn voorgevallen. Het ontwerp sluit hier maximaal op aan. Wel ontbreekt in veel ziekenhuizen een integraal systeem van veiligheid en zorgcontinuïteit, beide systemen functioneren vaak gescheiden van elkaar. In feite kan dit ontwerp als een concretisering, leidraad en handvat beschouwd worden, in lijn met de bestaande documenten uit de landelijke projecten ZonMw/ ZiROP.

De 'Leidraad ZiROP 2009' beschrijft al de totale basis van een crisisorganisatie:

'Ten tijde van een ramp of crisis wordt een coördinerend team in het leven geroepen. Dit coördinerend team bestaat vaak uit een Beleidsteam (op strategisch niveau) en een Operationeel Team (op tactisch niveau). Deze teams zorgen voor de coördinatie van de verschillende taken die uitgevoerd moeten worden. Bovendien worden coördinatie en overzicht ten tijde van een ramp vergemakkelijkt door het gebruik van niveaus waarop beslissingen genomen worden. Deze beslissingsniveaus zijn: Beleidsteam, Operationeel Team en de medewerkers op de werkvloer.'

'Elke dienst (medisch, verpleegkundig, ondersteunend) heeft daarnaast een leider, die het gezag (command) heeft. Binnen elke dienst is de bevelsstructuur verticaal georganiseerd. Ter plaatse neemt iemand de complete verantwoordelijkheid op zich en heeft de coördinatie: de control.'

'Beleidsteam (BT)

Op strategisch niveau kan de Raad van Bestuur besluiten een Beleidsteam in te richten, samengesteld uit een lid van de Raad van Bestuur of diens vertegenwoordiger (voorzitter beleidsteam en tevens eindverantwoordelijk voor het ziekenhuis), een medisch specialist van een kritische afdeling, een vertegenwoordiging namens de verpleegkundigen (bijvoorbeeld een divisie- of clustermanager) en bijvoorbeeld het hoofd pr en communicatie, de directeur/hoofd van het facilitair bedrijf en niet in de laatste plaats secretariële ondersteuning voor het bijhouden van het logboek.

¹⁸ Eindrapportage van Research en Beleid: 'Vorbereiding van ziekenhuizen op rampen', januari 2009.

BESCHRIJVING PER ZORGINSTELLING

Voor het uitvoeren van de evaluatie achteraf en de mogelijke externe onderzoeken is het goed bijhouden van het logboek voor sleutelfunctionarissen en coördinatieteams een vereiste. Het BT heeft ten tijde van een ramp de algehele leiding en coördinatie over de opvang van slachtoffers. Daarnaast heeft het BT de bevoegdheid om in het reguliere ziekenhuisproces in te grijpen (bijvoorbeeld stopzetten van – een deel van – het electieve OK-programma) ten behoeve van een optimale opvang van de rampenslachtoffers. Het Beleidsteam zal ten tijde van een ramp, naast het oplossen van knelpunten, ook prioriteiten moeten stellen en keuzes moeten maken ten aanzien van de rampenopvang. Daarnaast is het verantwoordelijk voor de externe communicatie. De voorzitter van het Beleidsteam voorziet in de contacten met de directeur GHOR.'

'Operationeel team (OT)

Het Beleidsteam kan worden ondersteund door het Operationeel team. Dit OT functioneert op tactisch niveau en is verantwoordelijk voor de interne aansturing van de organisatie van de rampenopvang. Het Operationeel team verzorgt de coördinatie van de activiteiten op de werkvloer en de coördinatie van de slachtofferstroom. In dit team zitten bijvoorbeeld een medisch en een verpleegkundig coördinator, de coördinator ondersteunende diensten en ook weer secretariële ondersteuning voor het bijhouden van het logboek. Een prioriteit op dit niveau ligt mede op informatievoorziening:

- *communicatie met de afdelingen waar patiëntenzorg plaatsvindt;*
- *communicatie met de ondersteunende afdelingen;*
- *plotting van alle patiënten.*

Gelet op het risicoprofiel van de ziekenhuizen, voor zowel interne, externe als gecombineerde rampen, moet een ziekenhuis over een maximale crisisorganisatie beschikken. Het staat buiten kijf dat dit niet alleen een papieren exercitie is, maar dat volgens planning individuen en teams opgeleid, getraind en geoefend moeten zijn. Dat betekent dat een crisisbeleidsteam ziekenhuis aan alle vijf en het operationeel crisisteam aan alle drie de elementen moet voldoen.

6.1.2 Crisisorganisatie GGD

Het 'Model GGD Rampenopvangplan van GGD Voorbereid'¹⁹ beschrijft een crisisorganisatie. Deze structuur past geheel in het geschetste ontwerp van het CBT. Een OCT wordt niet beschreven. Voor het karakter van de GGD, die een andere rol in de rampenbestrijding heeft dan bijvoorbeeld een ziekenhuis, lijkt een OCT dan ook niet noodzakelijk. De activiteiten van een GGD bij een externe ramp spelen zich immers grotendeels af buiten de deur van de organisatie. Het GROF-model (GGD Rampenopvang Plan) gaat kort in op de voorbereidende taken van de GGD en de rol van de functionaris GROF. In het model zijn de preparatieve en repressieve werkzaamheden in één functie

¹⁹ GGD Voorbereid, Infrastructuur opleiden, trainen en oefenen voor rampen en ongevallen; Model GGD Rampenopvangplan deel II, mei 2009.

BESCHRIJVING PER ZORGINSTELLING

verenigd (Deel II paragraaf 2.1). De gewenste competenties voor de preparatie worden op basis van deze leidraad in het functieprofiel GROFcoördinator beschreven.

6.1.3 Crisisorganisatie RAV en MKA

Qua organisatie zijn de RAV en de MKA nauw met elkaar verbonden. In een groot aantal regio's bestaat het managementteam van beide organisaties uit dezelfde personen, terwijl het bestuur van de MKA toch publiekrechtelijk van aard is. Zowel de RAV als de MKA heeft een essentiële rol binnen de rampenbestrijding en crisisbeheersing, zeker als het gaat om externe rampen. Hierbij wordt één-op-één overgegaan op de GRIP-structuur²⁰. Voor interne of gecombineerde rampen bestaat veelal geen separaat georganiseerde structuur. De RAV valt dan terug op het eigen managementteam, de MKA op een bestaande overlegstructuur samen met de twee andere operationele diensten, brandweer en politie. In elke regio in Nederland is immers sprake van één gezamenlijke locatie voor de uitvoering van de werkzaamheden.

Crisisorganisatie RAV

Het verdient aanbeveling het managementteam van een RAV gelijkelijk samen te stellen als het crisisteam, mits alle vijf de elementen aanwezig zijn. Net als bij de GGD's lijkt het niet noodzakelijk om separaat een OCT te organiseren, tenzij de eigen RAV-structuur daartoe aanleiding geeft. Dit is bijvoorbeeld het geval als er regulier al een managementstructuur is met verschillende clusters. Het belang van een vooraf aangewezen persoon voor de rol van crisiscoördinator is wel evident. Vanzelfsprekend is het noodzakelijk dat de leden van het crisisteam de benodigde training en scholing hebben gehad. Daarom staan in het totaaloverzicht de rollen wel beschreven.

Crisisorganisatie MKA

Voor de eigen werkzaamheden is er op de MKA 24/7 een Calamiteiten Coördinator (CaCo) aanwezig. Deze CaCo heeft voornamelijk de taak coördinerende multidisciplinaire werkzaamheden te verrichten bij een externe ramp. Voor interne of gecombineerde rampen zijn geen taken, bevoegdheden en werkzaamheden beschreven. De MKA zal in voorkomende gevallen als adviseur participeren in de crisisstructuur, indien die binnen een gezamenlijke meldkamer mocht gelden. Vaak is dit een team waarin in ieder geval de leidinggevenden van de drie meldkamers zitting hebben. De MKA brengt daarom in deze samenstelling de expertise in en valt voor de eigen MKA-aangelegenheden terug op het crisisteam RAV.

Elke Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is verplicht een Regionaal Ambulance Plan (RAP) vast te stellen. Hierin is een GHOR-paragraaf opgenomen, die de goedkeuring heeft

²⁰ Zie bijlage C.

BESCHRIJVING PER ZORGINSTELLING

van de Directeur GHOR/Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). De RAP-coördinator RAV/MKA richt zich dan ook op dit onderdeel.

Vooruitlopend op de beschrijving van de preparatieve fase ligt het voor de hand, dat één van de twee personen ook de verantwoordelijkheid krijgt voor die fase. Samenvoeging van alle drie de functies is echter niet aan te bevelen.

6.1.4 Crisisorganisatie Huisartsenzorg

De huisartsenzorg laat een gedifferentieerd beeld zien in eenheid bij samenwerking. Deze leidraad beschrijft daarom niet specifiek één bepaalde vorm van samenwerking (Hagro, kring of HAP). Per regio is een passende oplossing nodig. Voor de rol van de (individuele) huisarts worden momenteel allerlei landelijke activiteiten georganiseerd²¹. Hieruit blijkt dat deze rol uiterst beperkt is bij een externe ramp (flitsrampen). Dit geldt overigens niet voor de rol in de nazorgfase of wanneer sprake is van grote groepen zelfverwijzers. Georganiseerde samenwerkingsverbanden (Hagro's, kringen of posten) daarentegen kunnen een cruciale, coördinerende rol spelen bij interne en gecombineerde rampen, zoals een uitbraak van infectieziekten. Ook voor een gecoördineerde afstemming en informatievoorziening is een adequate crisisstructuur geboden; vooral wanneer de GHOR, de GGD en de gemeente ook een rol spelen. In dat geval is het voor de huisartsenzorg een must één aanspreek- of coördinatiepunt te hebben. Kringen, Posten, Hagro's of ondersteuningsgroepen moeten daarom een gecoördineerde samenwerking aangaan. De ontwikkeling van een HaROP kan hiertoe een goed middel zijn. Overigens komt deze coördinatiestructuur niet alleen anderen ten goede maar zeker ook de huisarts(enpraktijken) zelf. De huisarts kent uiteindelijk minder organisatorische beslommingen. Anderen vergaren bijvoorbeeld de benodigde informatie, waardoor de arts zich kan richten op zijn kerntaken.

Het ontwerp voor de huisartsenzorg is gelijk aan dat van de GGD: een coördinerend crisisteam waarin de Hagro's of andere samenwerkingsverbanden zich kunnen herkennen.

6.1.5 Crisisorganisatie GGZ

Zoals in paragraaf 4.4 al is gememoreerd, heeft vrijwel elke regio een 'crisisorganisatie'. Deze benaming wekt echter verwarring. In het ontwerp blijft de benaming bedoeld voor het systeem van de acute psychische hulpverlening. Daarnaast heeft ook de regeling met de GHOR voor het procesplan PSHOR een ander karakter dan de eigen rol en verantwoordelijkheid in de zorgcontinuïteit. De PSHOR regelt immers de uitvoering van de psychosociale hulpverlening en is extern gericht. Het betreft hier dus uitsluitend externe rampen. Voor interne of gecombineerde rampen is doorgaans geen structuur, afgezien

²¹ O.a. de Handreiking, samenwerking tussen huisartsen en GHOR; LHV, VHN, NHG en GHOR NL, mei 2009.

BESCHRIJVING PER ZORGINSTELLING

van het terugvallen op de reguliere managementstructuur en de BHV-organisatie. Wanneer verschillende locaties van eenzelfde GGZ-instelling getroffen zijn, is het raadzaam per locatie een Operationeel Crisisteam in te stellen. Slachtofferhulp is voor een groot gedeelte gestoeld op vrijwilligers. Slachtofferhulp wordt in feite alleen ingezet bij externe rampen en heeft dan een rol binnen de uitvoering (of coördinatie) van het procesplan PSHOR. Bij een interne of gecombineerde ramp kan de structuur van het bestaande managementteam worden benut.

6.1.6 Crisisorganisatie Revalidatie-, Verpleeg- en Verzorgingshuis

Deze instellingen hebben geen of een beperkte (toegewezen) rol bij externe rampen. Wanneer bijvoorbeeld een nabijgelegen gelijksoortige instelling ontruimd of geëvacueerd moet worden, is opvang gewenst. Dergelijke situaties zijn echter goed te reguleren en spreiding over verschillende instellingen is dan vaak ook aan de orde. Een volledig crisisteam bij de ontvangende instelling lijkt dan overbodig. Bij een interne of gecombineerde ramp is de noodzaak van een crisisteam vooral voorbehouden aan de te ontruimen instelling. Een aantal recente voorbeelden van brand toont deze noodzaak aan. Wanneer verschillende locaties van eenzelfde instelling bij zo'n voorval betrokken zijn, is het raadzaam per locatie ook een Operationeel Crisisteam in te stellen. In andere gevallen kan men volstaan met een samenvoeging van beide teams tot één crisisteam. Een ROP-coördinator past dan functioneel niet bij de preparatieve fase. Een alternatief kan zijn: Zorg Continuïteit Coördinator (ZoCo). In navolging van bijvoorbeeld de GGD kan één persoon de preparatieve en repressieve werkzaamheden uitvoeren.

6.1.7 Crisisorganisatie Thuiszorg

Een crisisorganisatie voor de Thuiszorg werpt vooral zijn vruchten af als de hulpvraag groter is dan het hulpaanbod (thuiszorg) of wanneer grote aantallen hulpbehoevend verstuken blijven van noodzakelijke en essentiële hulp. Afstemming en uitwisseling van gegevens met de GHOR en gemeente zijn dan een vereiste. Een liaison van de instelling en de GHOR kan goede diensten bewijzen. Voor de thuiszorg kan de crisiscoördinator deze rol op zich nemen. Het is daarom zaak dat verschillende aanbieders de handen ineen slaan voor een goede coördinatiestructuur bij crises en rampen.

6.2 Sleutelfunctionarissen in crisissituaties

De maximale variant laat een crisisorganisatie zien met zowel een crisisbeleidsteam als een operationeel crisisteam. Een aantal zorginstellingen kan volstaan met één overkoepelend crisisteam dat beide functies vervult. Een zorginstelling met verschillende locaties die betrokken zijn bij een crisis, kan per locatie een Operationeel Crisisteam samenstellen dat hiërarchisch onder het centrale crisisteam (Crisisbeleidsteam) valt.

BESCHRIJVING PER ZORGINSTELLING

Schema crisisorganisatie zorginstellingen in de repressiefase (opgeschaalde situatie)

X = team met kernbezetting waarin de genoemde elementen aanwezig zijn, tenzij anders staat aangegeven.

Instelling	Crisisbeleidsteam (CBT) (strategisch niveau)	Operationeel crisisteam (OCT) (tactisch niveau)	Uitvoering (operationeel niveau)
	Of		
	(algemeen) CrisisBeleidsteam		
Ziekenhuis	X	X	Aansturing en coördinatie door leden OCT
GGD	X		MKA aansturing door CaCO. Bij externe ramp formeel onder het gezag van de directeur GHOR en GHOR-structuur/ hiërarchie.
RAV en MKA	X = managementteam		MKA aansturing door CaCO. Bij externe ramp formeel onder het gezag van de directeur GHOR en GHOR-structuur/ hiërarchie.
Huisartsenzorg	Huisartsenzorg		regulier
GGZ-instellingen (incl. Slachtofferhulp)	X Bij interne of gecombineerde rampen sterke afhankelijkheid van BHV-organisatie. Bij externe ramp: Procesplan PSHOR, coördinatie door Kernteam	Eventueel per locatie wanneer meerdere locaties getroffen of betrokken zijn	Bij externe ramp: uitvoering door opvangteam PSHOR
Revalidatie-, verzorgings- en verpleeghuis	X Bij interne of gecombineerde rampen sterke afhankelijkheid van BHV-organisatie. Eventueel per locatie een OCT wanneer meerdere locaties getroffen of betrokken zijn.		Aansturing door afdelingshoofden
Thuiszorg	X Als samenwerking tussen de verschillende aanbieders, bijvoorbeeld in geval van schaarste		regulier

BESCHRIJVING PER ZORGINSTELLING

Voor de uitwerking van de kwalificatieprofielen betekent dit het volgende:

	[Strategisch] Crisisbeleidsteam					Algemeen
	Leiding/coördinatie	Expert (adviseur)	Communicatie	Informatie	Ondersteuning	Liaison Ziekenhuis
Ziekenhuis	V1	A1	C1	Crisiscoördinator ZKh	0	L
GGD	V1	A1	C1 of C2	Crisiscoördinator GGD	0	L
RAV & MKA	V1	A1	C2	Crisiscoördinator RAV/MKA	0	L
Huisartsenzorg	V1	A1	C2	Crisiscoördinator Ha	0	L
GGZ	V1	A1	C1 of C2	Crisiscoördinator GZZ	0	L
Revalidatie-, verzorgings- en verpleeghuis	V1	A1	C1 of C2	Crisiscoördinator RVV	0	L
Thuiszorg	V1	A1	C1 of C2	Crisiscoördinator Tz	0	L

	Operationeel Crisisteam (OCT)			Preparatief
	Leiding/Coördinatie	Expert	Ondersteuning	
Ziekenhuis	V2 Crisiscoördinator Zkh	A2	0	ZiROP-coördinator
GGD	n.v.t.			GR0P-coördinator
RAV & MKA	V2 Teamleiders bij voorkeur: adviseurs profiel A2			RAP-coördinator
Huisartsenzorg	n.v.t.		(eventueel Hagro- of kringcoördinatoren als profiel E2)	HaROP-coördinator
GGZ	V2 Locatiehoofden bij voorkeur: adviseurs profiel A2			Hoofd BHV/ZoCo
Revalidatie-, verzorgings- en verpleeghuis	V2 Locatiehoofden bij voorkeur: adviseurs profiel A2			Hoofd BHV/ZoCo
Thuiszorg				Samenwerking

Beschreven kwalificatieprofielen

7. Kwalificatieprofielen

1 Voorzitter CBT (V1)

Kwalificatieprofiel voor de rol van voorzitter van het CBT.

2 Adviseur CBT (A1)

Kwalificatieprofiel voor de rol van expert (adviseur) in het CBT. Deze rol vertoont op hoofdlijnen qua typering van de functie, de kerntaken en de competenties enige gelijkenis met die van de Adviseur OCT. De inhoudelijke achtergronden verschillen per individu, dat is juist de specifieke deskundigheid.

3 Communicatie (C1)

Kwalificatieprofiel voor het lid van het CBT, verantwoordelijk voor de communicatie en voorlichting. Gelet op de aard van de organisatie, het mogelijk voorhanden zijn van een eigen communicatieafdeling en perscontacten, verschilt dit van het kwalificatieprofiel Communicatie C2.

4 Communicatie (C2)

Kwalificatieprofiel voor het lid van het CBT of OCT, verantwoordelijk voor de communicatie en voorlichting. Gelet op de aard van de organisatie en het mogelijk niet voorhanden zijn van een eigen communicatieafdeling, verschilt dit van het kwalificatieprofiel Communicatie C1. Het is niet ondenkbaar dat de voorzitter van het CBT deze rol op zich neemt of iemand binnen de instelling die aangewezen is om de pers te woord te staan en de voorlichting aan eigen medewerkers te organiseren/uit te voeren.

5 Ondersteuning (O)

Kwalificatieprofiel voor secretariële ondersteuning, zoals het opstellen van een agenda, het opstellen van Sitrap's, het maken van notulen en ondersteuning in algemene zin als het adequaat loggen en plotten, catering en communicatiemiddelen.

6 Voorzitter OCT (V2)

Kwalificatieprofiel voor de rol van voorzitter van het OCT. De typering van de functie, de kerntaken en de competenties verschillen van het kwalificatieprofiel voor Voorzitter CBT; de voorzitter OCT acteert immers op tactisch niveau.

7 Adviseur OCT (A2)

Kwalificatieprofiel zoals Adviseur CBT, maar dan gericht op meer operationele problematiek.

8 Liaison zorginstellingen (L)

Algemeen kwalificatieprofiel voor de liaisons van zorginstellingen.

KWALIFICATIEPROFIELEN

9 Crisiscoördinatoren

De kwalificatieprofielen in deze notitie beschrijven vooral de rol van de functionaris en niet de reguliere functie of de feitelijke, inhoudelijke taken. In tegenstelling tot de beschrijving uit het eerder genoemde 'Werkboek Competentiegericht Oefenen' beschrijft deze notitie wel een uitvoeriger profiel en niet uitsluitend een competentieprofiel of de competenties. Om verwarring met de (reguliere) functie te voorkomen wordt in de beschrijvingen van de functies binnen een crisisteam gesproken over een 'rol'.

Globaal onderscheiden we per crisisteam drie rollen:

- de voorzitter;
- de adviseurs, allen behalve de voorzitter en de ondersteuner(s);
- de ondersteuners.

Echter, het kwalificatieprofiel van de crisiscoördinator vormt hierop een uitzondering. De crisiscoördinator is immers een functie en heeft binnen het crisisteam de rol van adviseur.

7.1 Indeling en opzet

Voor de te ontwikkelen scholings- en opleidingstrajecten beschrijven we voor de functie van crisiscoördinator en de preparatieve functies een generiek kwalificatieprofiel. Vanwege de karakteristieken per instelling (hoofdstuk 6) en om tegemoet te komen aan de uitgangspunten (paragraaf 4.1 punt 3) geven we daarnaast per instelling ook een specifieke omschrijving van deze functies.

KWALIFICATIEPROFIELEN

Preparatief-generiek	
Coördinator crisispreparatie (ZiROP, HaROP, ROP, GROP, ZoCo)	
Repressief-generiek	
Crisiscoördinator generiek	
Voorzitter Crisisbeleidsteam (V1)	
Adviseur Crisisbeleidsteam (A1)	
Communicatiemedewerker (C1)	
Communicatiemedewerker (C2)	
Ondersteuner Crisisteam (O)	
Voorzitter Operationeel Crisisteam (V2)	
Adviseur Operationeel Crisisteam (A2)	
Liaison Zorginstelling (L)	
Preparatief-specifiek	Instelling
ZiROP-coördinator	Ziekenhuis
GROP-coördinator	GGD
RAP-coördinator RAV	RAV
HaROP-coördinator	Huisartsenzorg
Coördinator Zorgcontinuïteit GGZ	GGZ
Coördinator Zorgcontinuïteit RVV	Revalidatie-, verpleeg- en verzorgingshuis
Repressief-specifiek	Instelling
Crisiscoördinator Zhk	Ziekenhuis
Procesleiders (MMK, IZB, GOR, PSH)	Beschreven in: 'GGD Voorbereid'
Informatiemanager	Modelplan OTO bijlage II
Coördinator Crisisteam	GGD
Crisiscoördinator GGD	
Crisiscoördinator RAV	RAV
Crisiscoördinator Ha	Huisartsenzorg
Crisiscoördinator GGZ	GGZ
Crisiscoördinator RVV	Revalidatie-, verpleeg- en verzorgingshuis
Crisiscoördinator Tz	Thuiszorg

7.2 Uitgangspunten

Bij de ontwikkeling van de kwalificatieprofielen gelden de volgende uitgangspunten.

1 Onderscheid in preparatieve (voorbereidende) en repressieve functies.

De preparatieve taakgebieden omvatten doorgaans ook onderdelen van proactie en preventie. De preparatie omvat globaal het beheer, het ontwikkelen en de implementatie van planvorming waarvan het opleiden, trainen en oefenen een substantieel onderdeel vormt. Het omvat alle aspecten die nodig zijn om de werkzaamheden van de eigen organisatie/instelling onder bijzondere omstandigheden adequaat uit te kunnen voeren (monodisciplinair optreden). Daarnaast is ook de voorbereiding als 'schakel in de keten' (multidisciplinaire samenwerking) essentieel.

De repressieve functies of rollen omvatten globaal de werkzaamheden die nodig zijn voor het optreden (lees coördineren) tijdens de responsfase en de periode daarna, de nazorgfase.

2 Aansluiting bij bestaande structuren en functies.

Het is zaak zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande planvorming en functies. Bij organisaties of instellingen waar al een toewijzing van dergelijke taken bestaat, komen geen nieuwe. De beschrijvingen bieden structuur, wat de onderlinge communicatie tussen de organisaties of instellingen vereenvoudigt: men weet immers wat men van elkaar mag verwachten. Aansluiting bij bestaande structuren is ook noodzakelijk om de kwalificatieprofielen vlot te kunnen implementeren, wat het draagvlak en de werkbaarheid vergroot.

3 Aansluiting bij bestaand model.

Gebruik wordt gemaakt van een bestaand model, zoals ook de profielen van operationele GHOR-functies en de profielen als resultaat van ZiROP-trajecten en 'GGD Voorbereid' zijn beschreven. De herkenbaarheid is een groot voordeel. Een inventarisatie van de uit te voeren activiteiten heeft uitgewezen welke output wordt verwacht, welke maatstaven hiervoor gelden en welke eisen we kunnen stellen aan vaardigheden en gedrag. Dat willen zeggen 'vaardigheden en gedrag' die generiek zijn voor een bepaalde functie en die het succes bepalen voor de uitvoering ervan. Een competentie definiëren we als 'een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, houding en persoonlijke eigenschappen, waarmee op professionele wijze professionele resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext'.

Het woord competentie komt van het Latijnse 'competere', dat 'in staat zijn tot' betekent. Het meten van competenties maakt een uitspraak mogelijk over de resultaten die een medewerker in een bepaalde context kan bereiken.

4 Verantwoordelijkheid voor uitvoering.

Binnen elke organisatie of instelling is een persoon verantwoordelijk (meerjarenbeleidsplan) voor de preparatie (koude fase) en zijn een of meer personen

verantwoordelijk voor de repressie (warme fase). Afhankelijk van de instelling kunnen beide functies worden gecombineerd.

BIJLAGEN

A Verklaringen

Afkortingen

Ac-GHOR	Actiecentrum GHOR
BHV	Bedrijfs hulpverlening
BIG	Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CaCo	Calamiteiten Coördinator
CBRN	Chemisch, Biologisch, Radiologisch en Nucleair
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GHOR NL	GHOR Nederland (koepel)
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure
GROP	GGD Rampen Opvang Plan
Hagro	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
HaROP	Huisartsen Rampen Opvang Plan
HS-GHOR	Hoofd Sectie GHOR
IZB	Infectieziektenbestrijding
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OK	Operatiekamer
OTO	Opleiden, Trainen, Oefenen
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROP	Rampen Opvang Plan
RRCP	Referentiekader Regionaal Crisisplan
RvB	Raad van Bestuur
SEH	Spoedeisende Hulp
MinVenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VR	Veiligheidsregio
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAZ	Wet Ambulancezorg
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WVR	Wet Veiligheidsregio's
ZiROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

BIJLAGEN

B Definitielijst

Een **calamiteit** of **incident** is een gebeurtenis waarbij sprake is van overlast of schade. Dit kan een brand in een prullenbak zijn, maar hieronder vallen ook ernstige (verkeers) ongevallen of andere incidenten die van invloed zijn op de samenleving. Een calamiteit kan uitlopen op een ramp.

Een **ramp** is een ernstig incident met veel slachtoffers en/of grote schade, waarvan de gevolgen zo groot zijn dat de hulpdiensten (zoals politie, brandweer en ambulances) het incident niet af kunnen handelen met de normale middelen en organisatiestructuur. Extra middelen en een speciale coördinatiestructuur zijn nodig. De Bijlmerramp en de vuurwerkramp in Enschede zijn voorbeelden van rampen in Nederland.

Bij een **crisis** gaat het meestal om een serie gebeurtenissen of rampen. Een crisis treft vaak een groot gebied en vraagt om een zware bestuurlijke coördinatie, waaronder maatregelen om de crisis te beheersen (bijvoorbeeld het isoleren van een groot gebied, grootschalige evacuatie en noodopvang) en de voorlichting te coördineren. Een crisis tast de economie of de openbare orde ernstig aan.

Met een **sleutelfunctionaris** wordt een aangewezen of benoemde medewerker bedoeld die tijdens een crisis vooraf beschreven taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden toegewezen krijgt. Doorgaans zijn dit functies of rollen die betrokken zijn bij besluitvorming op tactisch of strategisch niveau. De functionarissen kennen de processen waarvoor zij verantwoordelijk zijn van dichtbij.

Het **Hoofd Sectie GHOR** (HS-GHOR) is een sleutelfunctionaris van de GHOR. Hij heeft zitting in het Regionaal Operationeel Team (ROT) en stemt daar de multidisciplinaire samenwerking op tactisch niveau af. Het HSGHOR heeft eventueel de beschikking over een Actiecentrum GHOR. Het HS-GHOR (of d.m.v. het Actiecentrum) is de contactpersoon voor de betrokken partners binnen de 'witte kolom'.

Met een **kwalificatieprofiel** wordt in deze leidraad bedoeld: een uniforme en eenduidige beschrijving van functies voor zorginstellingen (en/of zorgaanbieders) die bij crises een coördinerende taak en verantwoordelijkheid voor de eigen organisatie hebben in de voornamelijk preparatieve en repressieve fase. Een kwalificatieprofiel wordt bepaald en omschreven op basis van een of meer beroepscompetentieprofielen en de kerntaken.

Competenties zijn de vermogens om in voorkomende situaties (i.c. crisis en rampen) op adequate, doelbewuste en gemotiveerde wijze proces- en resultaatgericht te handelen. Competenties zijn opgebouwd uit een samenhangende set competentie-elementen: kennis, inzichten, vaardigheden en gedragskenmerken.

BIJLAGEN

C Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure (GRIP)

Binnen de veiligheidsregio's bestaan uniforme afspraken over hoe te handelen bij toenemende schaalgrootte van rampen. Dat noemen we de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure (GRIP). We onderkennen vier GRIP-fasen:

GRIP-fase	Reikwijdte incident	Crisisstaf
GRIP 0	Reguliere omstandigheden	geen
GRIP 1	Bronbestrijding	COPI: Commando Plaats Incident
GRIP 2	Bron- en effectbestrijding	ROT: Regionaal Operationeel Team
GRIP 3	Bedreiging van welzijn volk	GBT: Gemeentelijk Beleidsteam
GRIP 4	Gemeenteoverschrijdend incident	RBT: Regionaal Beleidsteam

In de fasen GRIP 1 en 2 hebben operationele medewerkers van de GHOR en de ambulancevoorziening zitting in het COPI en het ROT. In de beleidsteams is een directeur GHOR/RGF vertegenwoordigd.

