

# Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO

DE ZORGSECTOR AANTOONBAAR VOORBEREID  
OP RAMPEN EN CRISES

 Landelijk netwerk  
acute zorg

 GHOR Nederland

 LHV  
Landelijke Huisartsen Vereniging

 NFU  
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN  
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

 NVZ  
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

 GGD  
Nederland

 Ambulancezorg  
Nederland

 vhn  
vereniging huisartsen in Nederland

## Inhoudsopgave

I	Voorwoord	5
II	Definities	9
III	Leeswijzer	13
1	Kwaliteit in kaders	17
	1.1 Reikwijdte van het kwaliteitskader	19
	1.2 Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises	21
2	Kwaliteit uitgewerkt	25
	2.1 De crisisorganisatie	25
	2.2 OTO-activiteiten	35
	2.3 Specifieke normen voor ziekenhuizen	41
	2.4 Specifieke normen voor GGD'en	43
3	Kwaliteit getoetst	45
	3.1 Checklist zelfevaluatie	45
	3.2 Visitatie-instrument	46
	Bijlage 1: Samenstelling en werkwijze van de werkgroep	49
	Bijlage 2: Overzicht van prestaties en normen	53
	Bijlage 3: Checklist Zelfevaluatie	77
	Bijlage 4: Kwaliteitsvisitatie Crisisbeheersing en OTO	85

# I

## Voorwoord

### **'Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises'**

Zorgketenpartners werken in het landelijk OTO-project (Opleiden, Trainen en Oefenen) samen aan een adequate voorbereiding van de zorgsector op rampen en crises. De jaarlijkse 10 miljoen euro die VWS sinds 2008 beschikbaar stelt werkten de afgelopen jaren als een grote stimulans. Dat merken wij in de praktijk en dat blijkt ook uit de status-analyse van het Nivel. In 2010 heeft zij onderzoek gedaan naar de mate waarin de kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises is veranderd door de inzet van deze stimuleringsmiddelen. Een terugkerend thema naar aanleiding van de analyse was de behoefte aan normering, uniformiteit en indicatoren die aangeven wat van zorgketenpartners wordt verwacht om voorbereid te zijn op rampen en crises.

Om meer expliciet aan te kunnen geven welke activiteiten minimaal nodig zijn heeft de OTO Stuurgroep<sup>1</sup> de opdracht geformuleerd om een kwaliteitskader voor OTO te ontwikkelen. Een kwaliteitskader dat zorginstellingen die verenigd zijn in het Regionaal Overleg Acute Zorg antwoord geeft op de vraag: wat moet een instelling minimaal geregeld hebben om voorbereid te zijn op rampen en crises? Ook geeft het kwaliteitskader antwoord op de vraag: in welke mate de instelling reeds is voorbereid op deze rol en functie? Naast 'wat'

---

<sup>1</sup> Landelijke ketenpartners, vertegenwoordigd in de OTO-Stuurgroep: AZN, GGD NL, GHOR NL, LHV, LNAZ, NFU, NVZ en VHN.

minimaal moet worden geregeld, beschrijft dit kwaliteitskader ook 'wie' daarbij welke rol heeft. Werken aan kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises geldt immers op veel verschillende plaatsen in zorginstellingen. Van de raad van bestuur, de directie, het management tot aan medewerkers op de werkvloer.

### **Focus**

Vanuit het OTO Platform is begin 2012 de werkgroep Kwaliteit en Effectmeting ingesteld. Deze werkgroep heeft dit kwaliteitskader opgesteld. Bij het opstellen heeft zij zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande richtlijnen en handreikingen, omdat die al worden toegepast en als effectief worden beschouwd. De focus in dit kwaliteitskader is breder dan alleen de voorbereiding op rampen en crises door de inzet van OTO-activiteiten. Ook de planvorming om te komen tot een goede crisisorganisatie krijgt aandacht in dit kader. OTO-activiteiten zijn daar onlosmakelijk mee verbonden. Het opleiden, trainen en oefenen in combinatie met de planvorming zorgen voor een brede basis om de juiste voorbereidingen te treffen op rampen en crises.

### **Ambitie**

In het kwaliteitskader is een onderscheid gemaakt in generieke normen die toepasbaar zijn voor elke sector en sectorspecifieke normen voor ziekenhuizen en GGD'en. In de praktijk is bij professionals van ziekenhuizen en GGD'en getoetst of de processen, prestaties en normen correct zijn beschreven en in de praktijk bruikbaar zijn. Het is immers niet onze bedoeling dat mappen vol procedures worden aangelegd die nooit open worden gedaan. Ons uitgangspunt is een kwaliteitskader dat aansluit bij de dagelijkse praktijk en waar ook daadwerkelijk mee kan worden gewerkt om goed voorbereid te zijn op rampen en crises. En daarin zijn we wel ambitieus. We hebben duidelijke normen geformuleerd die van kracht zijn voor het veld. Naast deze normen reiken we ook instrumenten aan in dit kwaliteitskader. Zorgketenpartners kunnen

daarmee onderzoeken of ze aan de norm voldoen. Dat kunnen ze zelf doen door een individuele vragenlijst, of gezamenlijk door intercollegiale visitatie. De resultaten van deze analyses kunnen vervolgens dienen om verbeterprocessen te formuleren en door te voeren. Daarmee is de cirkel weer rond. Door de combinatie van geformuleerde processen voor crisisbeheersing en opleiden, trainen en oefenen en de heldere beschrijving van de bijbehorende prestaties en normen, in combinatie met de twee meetinstrumenten wordt dit kwaliteitskader ook echt toepasbaar. Afhankelijk van nieuwe ontwikkelingen in de toekomst passen we het kwaliteitskader natuurlijk aan, zodat kwaliteitsverbetering bij voorbereiding op rampen een continue proces wordt. In 2013 worden specifieke normen voor de sectoren huisartsenzorg en ambulancezorg toegevoegd aan dit kwaliteitskader.

### **Professionalisering**

Met het Landelijk Beleidskader OTO en de instrumenten uit de OTO Toolkit, zoals het diagnose instrument en de handreiking 'Leidraad Crisisorganisaties in de zorgsector' hebben we al een eerste stap gezet in de professionalisering bij de voorbereiding op rampen en crises. Met dit kwaliteitskader, als belangrijk onderdeel van het Landelijk Beleidskader OTO, zetten we een volgende stap. Zorginstellingen kunnen met dit kwaliteitskader de voorbereiding op rampen en crises vormgeven en aantoonbaar beter maken.

Prof. Dr. M. Džoljić,  
voorzitter OTO Stuurgroep



## Definities

**Continuïteitsplan:** een plan waarin wordt beschreven hoe de instelling de voortgang van verantwoorde zorg regelt in geval van bijzondere omstandigheden, zoals (interne) rampen en crises (bijvoorbeeld bij stroomuitval of een brand).

**Coördinatiecentrum:** een in het crisisplan vastgestelde ruimte van waaruit de crisisbeheersing wordt gecoördineerd en alle voor-zieningen daarvoor aanwezig zijn (ook omschreven als actiecentrum of plotkamer).

**Crisis:** (in een zorginstelling) een (zware) noodsituatie waarbij het functioneren van een zorginstelling (ernstig) verstoord raakt en de continuïteit van zorg in het geding kan komen.

**Crisisbeheersing:** het geheel van maatregelen en voorzieningen, met inbegrip van de voorbereiding daarop, dat een zorginstelling in een crisis treft ter handhaving van de continuïteit van zorg.

**Crisisplan:** een beschrijving van de crisisorganisatie van een zorg-instelling tijdens een crisis. Het bevat afspraken over structuren, processen en taken/bevoegdheden van de betrokken medewerkers zowel intern als met relevante ketenpartners.

**OTO:** het planmatig opleiden, trainen en oefenen van (sleutel)functionarissen in de zorginstellingen (acuut en overige) en hun onderlinge

## DEFINITIES

verhoudingen ten tijde van rampen ter voorbereiding op processen in het kader van crisisbeheersing.

**OTO-kaart:** een hulpmiddel bij het uitwerken van een OTO-programma, waarbij voor iedere sleutelfunctie de gewenste competenties zijn gerelateerd aan kerntaken en vertaald naar OTO-activiteiten, die bijdragen aan de vakbekwaamheid van de betreffende functionaris op zijn taakgebied.

**Ramp:** een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen, dan wel grote materiële belangen, in ernstige mate bedreigd worden, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines vereist is.

**Rampenopvangplan (ROP):** een plan waarin wordt beschreven hoe de instelling zich voorbereidt op de opvang van grotere aantallen slachtoffers.

**Risicoanalyse:** een methode waarbij interne en externe risico's worden gekwantificeerd door het bepalen van de kans dat een dreiging zich voordoet en de gevolgen daarvan. De risicoanalyse is de eerste stap binnen het risicomanagementproces.

**Risicobeheersing:** activiteiten die zijn gericht op het voorkomen en verminderen van veiligheidsrisico's.

**Regionaal crisisplan:** een plan waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende crisisorganisaties binnen een veiligheidsregio zijn vastgelegd in het geval van grootschalige incidenten of (veiligheids-)crises. Het plan heeft tot doel de regionale samenwerking van met name brandweer, politie, Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen en gemeenten bij het bestrijden van crises of rampen te verbeteren.

## DEFINITIES

**ROAZ:** in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. Het doel van het ROAZ is ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Het ROAZ brengt het acute zorgaanbod in de regio in kaart en bedenkt oplossingen als blijkt dat niet aan de gewenste normen wordt voldaan.

**Sleutelfunctionarissen:** die functionarissen, die in een opgeschaalde situatie een functie vervullen. Functionarissen op het operationele niveau doen tijdens crisissituaties vrijwel hetzelfde als tijdens hun reguliere werkzaamheden. Uiteraard moet wel aan OTO worden gedaan om kennis aan te scherpen. Functionarissen op tactisch en strategisch niveau hebben in crisissituaties over het algemeen een andere (aanvullende, bijzondere en/of coördinerende) taak of komen in een ander proces te werken dan tijdens hun dagelijks werk. Dat vergt aanvullende vaardigheden op het gebied van crisismanagement waar goed in moet worden getraind.

**Taakkaart:** een samenvatting van de taken die horen bij een bepaalde sleutelfunctie in de crisisorganisatie, meestal uitgevoerd op een (geplastificeerde) kaart. Tijdens opschaling van de crisisorganisatie krijgt de sleutelfunctionaris de taakkaart die bij zijn functie hoort zodat hij weet welke taken moeten worden uitgevoerd.

**Uitvraagprotocol:** een protocol waarmee het aannemen van meldingen over rampen en crises is gestandaardiseerd op basis van vooraf vastgestelde vragen.



## Leeswijzer

In dit Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises' staan voor de zorgsector duidelijke normen voor het voorbereiden op continuïteit van zorg tijdens crisissituaties. Om te komen tot dit kwaliteitskader is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande leidraden, rapporten en handreikingen die al in de zorgsector worden toegepast en als effectief worden beschouwd. Allereerst wordt toegelicht welke informatiebronnen en uitgangspunten van belang zijn geweest bij het opstellen van het kwaliteitskader. Vervolgens wordt in hoofdstuk 1 de reikwijdte van het kwaliteitskader aangegeven met behulp van het model van de Veiligheidsketen. Dit model gaat uit van risico-beheersing versus crisisbeheersing. De focus van het landelijke project Opleiden, Trainen en Oefenen ligt op het tweede aspect; de voorbereiding op rampen en crises.

Hoofdstuk 2 besteedt aandacht aan de inrichting van het kwaliteitskader, aan de hand van het in hoofdstuk 1 gepresenteerde model 'Aantoonbaar voorbereid op rampen en crisis'. Eerst worden het crisisplan en de vier basisvereisten voor crisismanagement - melding en alarmering; op- en afschaling; leiding en coördinatie; informatiemanagement - uitgewerkt. Per onderdeel worden prestaties benoemd die op elk onderdeel moeten worden geleverd in een goede crisisorganisatie. Vervolgens worden normen gesteld. Het tweede deel van hoofdstuk 2 is gericht op de rechterkolom van het kwaliteitsmodel: de OTO-activiteiten. De OTO-activiteiten die een organisatie onderneemt om zich voor te bereiden op goede zorgverlening in crisissituaties. Ook voor de OTO-activiteiten zijn prestaties en normen benoemd. Hierbij wordt nadrukkelijk aandacht

besteedt aan het meerjaren OTO-beleidsplan en de jaarplancyclus. Dit is een belangrijk proces om de voorbereiding op rampen en crises in de toekomst te borgen. Het derde deel van hoofdstuk 2 is bedoeld voor de specifieke normen voor twee typen zorgorganisaties die een rol hebben in zorgverlening in crisissituaties: ziekenhuizen en GGD'en. In hoofdstuk 3 komt aan bod op welke wijze een instelling kan toetsen in welke mate het aan de normen in dit kwaliteitskader voldoet. Dit kan de zorginstelling zelf doen of door een collegiale visitatie. De instrumenten om deze toets uit te voeren zijn in de bijlagen opgenomen.

De bijlagen bevatten de werkwijze en de samenstelling van de werkgroep die dit kwaliteitskader heeft opgesteld. In bijlage 2 zijn alle prestaties en normen nog eens overzichtelijk samengevoegd. Bijlage 3 bevat een vragenlijst waarmee normen kunnen worden getoetst. De laatste bijlage is de kwaliteitsvisitatie OTO; een instrument voor intercollegiale visitatie.

Het kwaliteitskader is bedoeld voor verschillende typen zorginstellingen. Wel zijn vergelijkbare normen gesteld aan rollen en taken die bij bepaalde functies of teams horen. Zorginstellingen hanteren soms wisselende termen bij de inrichting van hun organisatie. Zo hanteren ziekenhuizen over het algemeen raden van bestuur als eindverantwoordelijken en GGD'en gebruiken hier de term directie. Die verschillen zijn er ook bij het gebruik van andere termen, zoals bij bijvoorbeeld de term crisisbeleidsteam. GGD'en hanteren daarvoor de term crisisteam. Bij het schrijven van dit kader is daar zoveel mogelijk rekening mee gehouden. Toch is het voor de leesbaarheid niet altijd mogelijk steeds de verschillende termen naast elkaar te hanteren. Zorginstellingen dienen daarom soms zelf de vertaalslag naar de eigen organisatie te maken.



## 1

## Kwaliteit in kaders

Het is essentieel dat patiënten en cliënten op het juiste moment de juiste zorg krijgen. Ook in een situatie wanneer er dreiging is van een ramp of crisis<sup>2</sup>. Gelukkig komen die situaties niet vaak voor. Toch kan iedereen zich dergelijke rampen herinneren. Volendam, Enschede, Alphen aan den Rijn en de treinramp in Amsterdam. De gevolgen hebben vaak een grote impact. Omdat dergelijke rampen en crises niet vaak voorkomen is het makkelijk te denken 'dat overkomt ons toch niet'. Maar stel: die ramp overkomt u wel! Dan is goed voorbereid zijn op crisissituaties belangrijk. In dit Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises' staan voor de zorgsector duidelijke normen voor het voorbereiden op continuïteit van zorg tijdens crisissituaties.

Dit kwaliteitskader is opgesteld op basis van bestaande leidraden, rapporten en handreikingen die al in de zorgsector worden toegepast en als effectief worden beschouwd<sup>3</sup>. De voorbereiding op rampen en crises in de zorgsector is echter volop in ontwikkeling. Dat betekent

<sup>2</sup> Het wettelijk referentiekader is in de Leidraad Crisisorganisaties in de zorgsector uitgewerkt: Wet op de veiligheidsregio's (Wvr) 2010; Wet publieke gezondheid (Wpg) 2011; Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) 2005; Kwaliteitswet zorginstellingen 1996; Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) 1993.

<sup>3</sup> Leidraad ZiROP 2009; Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan. ZonMw, 2009. Startdocument Leidraad OTO 2008; Leidraad voor Opleiden, Trainen en Oefenen van het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP). ZonMw, 2009. Model GGD Rampenopvangplan OGZ/PSH; eindversie 28 april 2009. GGD Nederland, GHOR Nederland, 2009. GROOP in het kort; GGD Rampenopvangplan in het kort mei 2009. GGD Nederland, GHOR Nederland, 2009. Opleiden, Trainen en Oefenen ter voorbereiding op rampen; GGD Modelplan OTO. GGD Nederland, GHOR Nederland, 2009.

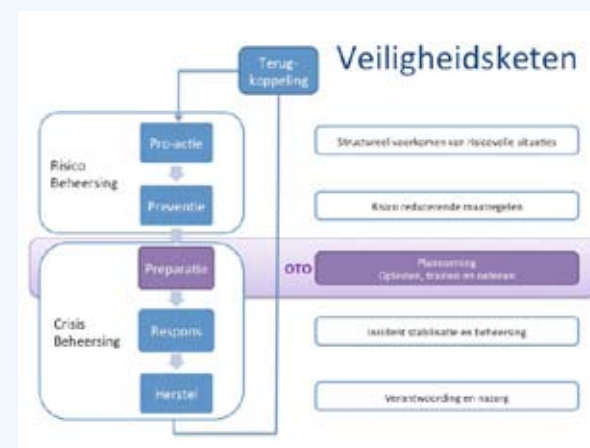
dat dit kwaliteitskader de komende jaren nog verder kan worden aangescherpt. Daarom is de houdbaarheid van dit kwaliteitskader op oktober 2014 gesteld, om op dat moment de inhoud aan te passen aan de actuele kennis en opgedane ervaringen.

Dit kwaliteitskader geeft nu het minimale niveau - de ondergrens - weer, waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op rampen en crises. Het is toepasbaar voor alle zorginstellingen die verenigd zijn in het Regionaal Overleg Acute Zorg en die zich moeten voorbereiden op rampen en crises. De processenbeschrijvingen en normen zijn zo opgesteld dat elke zorginstelling ze kan toepassen. Daarnaast zijn voor twee typen zorgorganisaties, ziekenhuizen en GGD'en, specifieke normen benoemd. De keuze voor juist deze organisaties is gemaakt omdat deze instellingen inmiddels verevorderd zijn in het proces van voorbereiding op zorgverlening in crisissituaties.

Aan dit kwaliteitskader is ook een toetsingscomponent toegevoegd, zodat instellingen kunnen onderzoeken of daadwerkelijk aan de normen wordt voldaan. De toetsing kan een zorginstelling zelfstandig uitvoeren. Maar ook kan regionale toetsing plaatsvinden door bijvoorbeeld intercollegiale visitatie en externe toetsing door bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij beide vormen van toetsen is het uitgangspunt dat de onderwerpen aantoonbaar door instellingen zelf is geregeld. Wanneer daarvan wordt afgeweken doordat een instelling bijvoorbeeld met externe partijen afspraken heeft gemaakt, moeten de afspraken daarover aantoonbaar zijn en daadwerkelijk bijdragen aan de invulling van de gestelde norm.

## 1.1 Reikwijdte van het kwaliteitskader

Voor de bepaling van de reikwijdte van dit kwaliteitskader wordt de ordening vanuit het model van de Veiligheidsketen<sup>4,5</sup> (zie figuur 1) gehanteerd. Dit model gaat uit van risicobeheersing versus crisisbeheersing, met daarbinnen diverse fases. In het model zijn alle samenhangende activiteiten weergegeven die gericht zijn op het bevorderen van veiligheid in een organisatie.



Figuur 1: Model Veiligheidsketen

Een eerste stap in het model is risicobeheersing, waarin zoveel mogelijk risico's worden vermeden (pro-actief) en effecten van risico's zoveel mogelijk kunnen worden beperkt (preventie). Als een organisatie ondanks deze maatregelen toch te maken krijgt met een crisis, dan is het nodig maatregelen te nemen om de crisis te beheersen. Dit wordt in het model van de veiligheidsketen

4 Het model Veiligheidsketen is een methodiek die ontwikkeld is door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties om de rampenbestrijding en veiligheidszorg te professionaliseren. Rampenbestrijding: de veiligheidsketen gesmeerd, 1999.

5 Zanders A. Crisismanagement; Organisaties bij crises en calamiteiten. Uitgeverij Coutinho Bussum, 2012.

respons genoemd. Alle voorbereidingen op deze fase worden samengevat onder de term preparatie, zoals het opstellen van een crisisplan en de activiteiten die zorgen voor een goede voorbereiding door opleiden, trainen en oefenen (OTO). Opleiden, trainen en oefenen richt zich hoofdzakelijk op de preparatiefase binnen de crisisbeheersing, met een uitloop naar de respons- en herstelfase. Preparatie heeft als doel het handhaven van de continuïteit van zorg tijdens rampen en crises. Dit kwaliteitskader richt zich voornamelijk op deze preparatiefase en daarmee is ook de reikwijdte van het kwaliteitskader bepaald.

De reikwijdte van het kwaliteitskader wordt ook bepaald door beleidskeuzes. In het Landelijk Beleidskader OTO<sup>6</sup> is afgesproken dat OTO-stimuleringsmiddelen niet worden gebruikt voor onder meer reguliere zorg, de reguliere bedrijfsvoering en bedrijfshulpverlenings-activiteiten. Deze aspecten komen daarom niet aan bod in dit kwaliteitskader.

<sup>6</sup> Landelijk Beleidskader OTO, LNAZ, juli 2012.

## 1.2 Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises

Dit kwaliteitskader is gebaseerd op het kwaliteitsmodel Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises (zie figuur 2), dat bestaat uit twee samenhangende onderdelen:

- 1: De crisisorganisatie, beschreven in het crisisplan.
- 2: De organisatie van OTO-activiteiten, uitgewerkt in het OTO-plan.



Figuur 2: Kwaliteitsmodel

### Crisisorganisatie

De linkerkolom van het model laat zien dat de crisisorganisatie wordt vormgegeven op basis van de regionale risicoanalyse en de interne risicoanalyse die de instelling heeft uitgevoerd. Deze geven inzicht in de kans dat een dreiging zich voordoet. Het crisisplan beschrijft de crisisorganisatie van een zorginstelling tijdens een crisis en bestaat uit onder meer een bestuurlijke visie, beleidsuitgangspunten, risicoanalyse en een beschrijving van de vier processen van crisismanagement:

- 1: melding en alarmering;
- 2: op- en afschaling;
- 3: leiding en coördinatie;
- 4: informatiemanagement.

De taakkaarten bevatten informatie die behoren bij specifieke functies (sleutelfuncties) in de crisisorganisatie. Tijdens opschaling krijgt de sleutelfunctionaris de taakkaart die bij zijn functie hoort, zodat hij weet welke taken moeten worden uitgevoerd en wat van hem wordt verwacht. De taken die behoren bij een specifieke functie zijn van te voren geoefend door de sleutelfunctionaris.

Uiteindelijk is het doel een goed voorbereide crisisorganisatie, zodat de continuïteit van (geneeskundige) hulpverlening tijdens een crisis is geborgd<sup>7</sup>.

### **OTO-activiteiten**

De rechterkolom van het model is gevuld met OTO-activiteiten. Het doel van het uitvoeren van OTO-activiteiten is tweeledig:

- 1: Het voorbereiden van medewerkers op een sleutelfunctie in de crisisorganisatie door het aanbieden van opleidingen, trainingen en oefeningen.
- 2: Het beoefenen van de processen die staan in het crisisplan.

De OTO-activiteiten die worden ondernomen om de organisatie beter voor te bereiden op hulpverlening tijdens crises, worden vastgelegd in een OTO-jaarplan. Het competentiegericht opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen staat centraal. In de landelijke OTO Toolkit wordt hiervoor een handreiking gedaan in de vorm van kwalificatieprofielen voor sleutelfuncties binnen de crisisorganisatie. Aan de OTO Toolkit zijn ook de OTO-kaarten toegevoegd. Een OTO-kaart geeft een overzicht van aanbevolen OTO-activiteiten om de betreffende sleutelfunctionaris zo goed mogelijk voor te bereiden op zijn rol in de crisisorganisatie. De OTO-kaart is een concrete, praktische vertaling van de kwalificatieprofielen.

---

<sup>7</sup> Convenant inzake Opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op rampen en crises. 2008.  
Kamerstuk 29247 Nr. 54, Acute zorg. Sdu Uitgevers 's-Gravenhage, 2007.  
Kamerstuk 29247, Nr. 72, Acute zorg. Sdu Uitgevers, 's-Gravenhage, 2008.

Het resultaat van de OTO-activiteiten is zichtbaar in vakbekwame medewerkers met een sleutelfunctie in de crisisorganisatie en een crisisplan dat is beoefend in de praktijk.

### **PDCA-cyclus**

Het voorbereiden van de crisisorganisatie is een continu lerend proces. Volgens het principe van de PDCA-cyclus (plan-do-check-act) dient de crisisorganisatie dan ook planmatig beoefend te worden en bieden evaluaties van oefeningen en daadwerkelijke inzet, informatie om de crisisorganisatie te verbeteren en te actualiseren. Het regionale meerjaren OTO-beleidsplan en de jaarplancycclus van de zorginstelling zijn middelen om verbeteringen door te voeren.

# 2

## Kwaliteit uitgewerkt

Het kwaliteitsmodel Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises dient als basis om de juiste voorbereidingen te treffen voor crisisbeheersing. Om te komen tot een juiste voorbereiding moeten de componenten crisisorganisatie en OTO-activiteiten door de organisatie worden uitgewerkt. In dit hoofdstuk worden de daarbij behorende processen beschreven en de daaraan gekoppelde normen gepresenteerd.

### 2.1 De crisisorganisatie

De crisisorganisatie is een tijdelijke structuur die een organisatie inzet om de calamiteit, ramp of crisis te beheersen of de gevolgen daarvan te beperken. De crisisorganisatie kenmerkt zich door een crisis(beleids)team (CBT) op strategisch niveau en een operationeel crisisteam (OCT) op tactisch niveau. Deze teams zorgen voor de coördinatie van verschillende taken. In voorkomende situaties kunnen beide teams worden samengevoegd. De juiste inrichting van de crisisorganisatie moet passen bij de instelling. De handreiking Leidraad crisisorganisaties in de zorgsector<sup>8</sup> uit de landelijke OTO Toolkit<sup>9</sup> biedt hiervoor handvatten.

<sup>8</sup> Handreiking Leidraad Crisisorganisaties in de zorgsector; Gestructureerd en flexibel. Landelijk steunpunt OTO, 2011.

<sup>9</sup> De OTO Toolkit is te raadplegen via [www.ototoolkit.nl](http://www.ototoolkit.nl).

## Het crisisplan

Het geheel van planvorming ter voorbereiding op crisisbeheersing wordt samengevat onder de term 'crisisplan'. Hierin worden alle maatregelen voor continuering van verantwoorde zorg onder grootschalige of bijzondere omstandigheden en de samenwerking met de regionale crisisorganisaties vastgelegd. Herkenbare onderdelen van het crisisplan zijn onder meer: het Continuïteitsplan voor de continuïteit van verantwoorde zorg bij interne rampen en crises door bijvoorbeeld de uitval van nutsvoorzieningen en apparatuur. Een ander onderdeel is het Rampenopvangplan voor de opvang van slachtoffers van een externe crisis; de grootschalige geneeskundige hulpverlening. Voor een ziekenhuis heet dit plan een ZiROP, voor de ambulancezorg een RAP, voor de huisartsenzorg heeft dit plan de naam HaROP en voor de GGD'en de GROP<sup>10</sup>.

De grootschalige geneeskundige hulpverlening kent twee primaire uitvoeringsprocessen:

- 1: De opgeschaalde acute zorg die wordt geleverd door de reguliere keten van acute zorg: ambulancezorg, ziekenhuizen en huisartsenzorg.
- 2: De publieke gezondheidszorg die valt onder verantwoordelijkheid van de GGD en omvat: medische milieukunde, grootschalige infectieziektebestrijding, gezondheidsonderzoek na rampen en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen.

De geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de grootschalige geneeskundige hulpverlening. Op basis van het Rampenopvangplan maakt de instelling afspraken met de Directeur Publieke Gezondheid.

<sup>10</sup> Zirop = Ziekenhuis Rampenopvangplan; RAP = Regionaal Ambulance Plan; HaROP = Huisartsen Rampenopvangplan; GROP = GGD Rampenopvangplan.

Elke situatie waarvoor een crisisplan wordt opgesteld kan volstaan met één crisisorganisatie die is georganiseerd volgens de vier basisvereisten van crisismanagement. In het rapport 'Basisvereisten Crisismanagement: de decentrale normen benoemd'<sup>11</sup> van het Landelijk Beraad Crisisbeheersing staan de processen uitvoerig beschreven. Deze processen zijn:

- a: melding en alarmering;
- b: op- en afschaling;
- c: leiding en coördinatie;
- d: informatiemanagement.

Deze vier processen worden hierna beschreven en genormeerd. Eerst volgen de normen die zijn gesteld aan het crisisplan.

### Prestatie:

- 1.1 De instelling heeft een crisisplan, waarin de crisisorganisatie en alle daarmee samenhangende procedures zijn beschreven.

### Normen voor het crisisplan:

- 1.1.1 De instelling beschikt over een actueel crisisplan.
- 1.1.2 Het crisisplan is door de raad van bestuur/directie vastgesteld.
- 1.1.3 In het crisisplan is aangegeven wie de beheerder is van het document en voor welke periode het document geldig is.
- 1.1.4 De instelling met een taak in de grootschalige geneeskundige hulpverlening heeft deze processen in een rampenopvangplan (ROP) beschreven dat onderdeel is van het crisisplan. De twee GHOR-processen zijn: opgeschaalde acute zorg en publieke gezondheidszorg.
- 1.1.5 In het crisisplan zijn tenminste de vier basisvereisten voor crisismanagement uitgewerkt. Dit zijn de volgende voorwaardescheppende processen: melding en alarmering, op- en afschaling, leiding en coördinatie, informatiemanagement.

<sup>11</sup> Basisvereisten Crisismanagement; de decentrale normen benoemd. Landelijk beraad crisisbeheersing. Den Haag, november 2006.

### Melding en alarmering

Het doel van het proces melding en alarmering is het verkrijgen, (zo mogelijk) verifiëren en combineren van de essentiële gegevens van een incident, die vertalen naar de initiële hulp- en inzetbehoefte en het zo snel en effectief mogelijk beschikbaar maken van die hulp. Het proces omvat alle activiteiten gericht op het bedrijfszeker, effectief en tijdig aannemen, verwerken en registreren van de gegevens over het incident (aanname) en het alarmeren en/of informeren van de juiste eenheden, functionarissen, instanties en andere hulpbronnen (uitgifte).

In de normering van dit onderdeel staat centraal het gestructureerd in behandeling nemen van een melding over een (potentiële) ramp en de afweging om de crisisorganisatie op te schalen. Wanneer tot opschaling wordt besloten is de alarmering van de betrokken functionarissen van belang. Naast het beschikbaar zijn van actuele oproeplijsten, is ook het testen van dit proces in een oefening uitgewerkt in de normen.

#### Prestatie:

- 1.2 De instelling heeft het proces van melding van een ramp, besluitvorming tot opschaling en de alarmering van de crisisorganisatie in procedures vastgelegd.

#### Normen voor het proces melding en alarmering:

- 1.2.1 Het is vastgelegd op welke plaatsen in de instelling een melding over een ramp (intern/extern) wordt ontvangen.
- 1.2.2 Een melding van een ramp wordt volgens uitdraagprotocol in ontvangst genomen.
- 1.2.3 Het is vastgelegd welke functionarissen een opschalingsbesluit nemen.
- 1.2.4 Er zijn criteria waarop besloten wordt of een melding van een ramp aanleiding geeft tot opschaling en in welke mate dat gebeurt. Dit is voor externe en interne rampen uitgewerkt.

- 1.2.5 De procedure van alarmering van het crisis(beleids)team is beschreven.
- 1.2.6 De procedure van alarmering van de operationele teams/afdelingen is beschreven.
- 1.2.7 De instelling heeft actuele alarmeringsschema's en bijbehorende lijsten van medewerkers en telefoonnummers.

#### Normen voor het oefenen van het proces melding en alarmering:

- 1.2.8 De instelling organiseert jaarlijks een alarmerings-oefening voor het crisis(beleids)team en het operationeel crisisteam. Hierbij wordt tenminste getest of de op te roepen medewerkers (telefonisch) bereikbaar zijn en wordt gevraagd binnen hoeveel tijd zij aanwezig kunnen zijn in de instelling.
- 1.2.9 In de evaluatie van de alarmeringsoefening staat tenminste geregistreerd de (telefonische) bereikbaarheid en de te verwachten opkomsttijd van de opgeroepen medewerkers.

#### Op- en afschaling

Het proces op- en afschaling bevat alle activiteiten gericht op het bedrijfszeker, effectief en tijdig veranderen van het functioneren van de instelling in de dagelijkse situatie naar de opgeschaalde dan wel afgeschaalde situatie.

In het crisisplan moet duidelijk zijn omschreven welke onderdelen van de organisatie worden opgeschaald en onderdeel uit gaan maken van de crisisorganisatie. Daarbij wordt rekening gehouden met de situatie dat de crisisorganisatie langere tijd actief kan zijn. Specifiek wordt genormeerd dat het proces van besluitvorming over het stopzetten van reguliere activiteiten in het crisisplan wordt beschreven, omdat dit nadrukkelijke consequenties kan hebben voor de continuïteit van (acute) zorg in de betreffende regio. Naast de minimale eisen die gesteld worden aan de inrichting van een coördinatiecentrum moet de instelling ervoor zorgen dat de

continuïteit van de opgeschaalde crisisorganisatie is gewaarborgd wanneer langdurige inzet nodig is.

**Prestatie:**

1.3 De instelling heeft het proces van opschaling en afschaling in procedures vastgelegd.

**Normen voor het proces op- en afschaling:**

- 1.3.1 In het crisisplan staan criteria en de procedure voor opschaling van de organisatie beschreven. Dit kan verschillen afhankelijk van het type ramp of crisis.
- 1.3.2 In het crisisplan is vastgelegd welke afdelingen en medewerkers een rol spelen in de crisisorganisatie, afhankelijk van het type ramp of crisis.
- 1.3.3 In het crisisplan is vastgelegd hoe de besluitvorming is geregeld rond het stopzetten van reguliere activiteiten, voor zover dit nodig en medisch verantwoord is.
- 1.3.4 In het crisisplan is vastgelegd welke ruimte in de instelling wordt ingericht als coördinatiecentrum.
- 1.3.5 De inrichting van het coördinatiecentrum is beschreven op basis van de benodigde materialen om de crisisorganisatie uit te kunnen voeren. Tenminste beschikbaar zijn: een telefoontoestel dat is aangesloten op het Nationale Noodnet; een telefoonboek met noodnetnummers; toegang tot externe/interne telefoonlijnen; tv, radio, internet, e-mail, fax; administratieve benodigdheden.
- 1.3.6 In het crisisplan is beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uursbasis gedurende een langere periode kan functioneren.
- 1.3.7 In het crisisplan is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het besluit tot afschaling van de crisisorganisatie.
- 1.3.8 In het crisisplan is vastgelegd volgens welke procedure de afschaling van de crisisorganisatie verloopt.

1.3.9 In het crisisplan is vastgelegd hoe de nazorg/posttraumatische begeleiding van medewerkers die daar behoefte aan hebben is georganiseerd.

1.3.10 In het crisisplan is aangegeven hoe de evaluatie van de rampenopvang wordt georganiseerd en welke informatie daartoe tijdens en na de opgeschaalde situatie moet worden verzameld.

**Leiding en coördinatie**

Het proces van leiding en coördinatie omvat voor alle disciplines en niveaus het in onderlinge samenhang vaststellen van de wijze van opvang van de ramp (besluitvorming), het coördineren en leiding geven aan de crisisbeheersing, het monitoren van de resultaten en het op basis hiervan beoordelen en bijstellen van de activiteiten. Er worden minimumeisen gesteld aan de samenstelling van het crisis(beleids)team (CBT). Voor het beheersen van elke type crisis is een vaste bezetting van toepassing: de voorzitter, de communicatiemedewerker (voorlichter), de crisiscoördinator en secretariële ondersteuning. Afhankelijk van het type ramp worden medewerkers (op strategisch niveau) uit de organisatie toegevoegd (de experts). De bereikbaarheid van de functionarissen uit de vaste bezetting van het CBT moet gewaarborgd zijn. In de handreiking Leidraad crisisorganisaties in de zorgsector wordt het inrichten van het CBT en het operationeel crisisteam verder toegelicht.

Naast de voorzitter van het CBT is de crisiscoördinator de belangrijkste sleutelfunctionaris in de continuïteit van de crisisorganisatie.<sup>12</sup> De crisiscoördinator is zodanig in de organisatie ingebed dat de functionaris het mandaat van de raad van bestuur of directie heeft om organisatiebreed de benodigde voorbereidingen op rampen en crisis te coördineren. In de handreiking Leidraad crisis-

<sup>12</sup> Referentiekader Regionaal Crisisplan 2009. Projectteam referentiekader regionaal crisisplan & Turnaround Communicatie, 2009.



organisaties in de zorgsector heeft de crisiscoördinator een rol in de response-fase en worden taken in de preparatiefase uitgevoerd door een ROP-coördinator. In de praktijk komt het voor dat de taken in zowel de responsefase als de preparatiefase worden uitgevoerd door één en dezelfde persoon; de crisiscoördinator.

In de beschrijving van de normen wordt de term crisis(beleids)team gehanteerd. Afhankelijk van de sector of de specifieke crisis-organisatie kunnen hiervoor andere benamingen worden gebruikt.

**Prestatie:**

- 1.4 Het crisis(beleids)team maakt een vast onderdeel uit van de crisisorganisatie van de instelling.

**Normen voor het proces leiding en coördinatie:**

- 1.4.1 In de opgeschaalde situatie (crisisorganisatie) is altijd een crisis(beleids)team operationeel.
- 1.4.2 Het crisis(beleids)team heeft een vaste bezetting voor alle scenario's waarin de crisisorganisatie wordt opgeschaald. Deze bezetting bestaat tenminste uit: de voorzitter; de communicatiemedewerker (voorlichter); de crisiscoördinator; de secretariële ondersteuning.
- 1.4.3 Afhankelijk van de beschreven scenario's is in het crisisplan aangegeven welke experts uit de organisatie worden toegevoegd aan de vaste bezetting van het crisis(beleids) team.
- 1.4.4 De voorzitter (of zijn vervanger) van het crisis(beleids)team is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar, zodat (op afstand) advies kan worden gegeven en besloten kan worden of opschaling van de crisisorganisatie noodzakelijk is.
- 1.4.5 De instelling heeft een crisiscoördinator, die de preparatie op een crisis voor de organisatie coördineert.
- 1.4.6 De crisiscoördinator is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar, zodat (op afstand) advies kan worden gegeven.

- 1.4.7 De instelling heeft in het crisisplan operationele afspraken met relevante partijen vastgelegd; dat zijn tenminste afspraken met: zorgketenpartners; de GHOR; andere hulpverleningsdiensten zoals politie en brandweer; leveranciers.

**Normen voor het opleiden, trainen en oefenen van het proces leiding en coördinatie:**

- 1.4.8 Een sleutelfunctionaris die deelneemt in de vaste bezetting van de het crisis(beleids)team wordt geacht deel te nemen aan de crisisorganisatie wanneer tenminste éénmalig een opleiding/training over de werkwijze van de interne en externe crisisorganisatie en crisisbesluitvorming is gevolgd en jaarlijks een praktijk- of oefenervaring in een opgeschaalde situatie is uitgevoerd.

**Informatiemanagement**

Het proces informatiemanagement omvat het verkrijgen van alle voor de rampenopvang relevante informatie en die actief beschikbaar stellen, zowel binnen als buiten de organisatie. De juiste informatie moet in de juiste vorm en op het juiste moment beschikbaar zijn voor degene die het nodig hebben. De juiste informatie kan in dit verband worden gedefinieerd als de actuele, essentiële punten van het incident, de verwachte effecten en de ingezette capaciteiten. Hieronder valt ook de expertise die nodig is voor een effectieve bestrijding. De vorm waarin de informatie wordt gepresenteerd, zorgt in ieder geval voor een multidisciplinair totaalbeeld. Daarbij is gelet op essentiële punten; de informatie is goed toegankelijk, overzichtelijk en zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Belangrijk aspecten zijn:

- 1: actueel inzicht in de behandelcapaciteit;
- 2: registratie van slachtoffers / cliënten;
- 3: afstemming tussen crisis(beleids)team en operationele afdelingen;
- 4: interne en externe communicatie met belanghebbenden.

**Prestatie:**

- 1.5 De instelling heeft de processen voor informatiemanagement in verband met de crisisorganisatie in procedures vastgelegd.

**Normen voor het proces informatiemanagement:**

- 1.5.1 Het crisis(beleids)team heeft tijdens de opgeschaalde situatie een actueel inzicht in de voortgang van de opgeschaalde processen; in het crisisplan is vastgelegd hoe deze informatie wordt verzameld.
- 1.5.2 De instelling houdt een registratie bij van cliënten die in het kader van de opgeschaalde processen een interventie hebben gekregen en waar (eventueel) naartoe is verwezen.
- 1.5.3 In het crisisplan is vastgelegd hoe de afstemming tussen crisis(beleids)team en operationele organisatie is gewaarborgd.
- 1.5.4 In het crisisplan is vastgelegd hoe de communicatie in de opgeschaalde situatie is gewaarborgd met tenminste de volgende doelgroepen in de instelling: medewerkers; cliënten; relaties van cliënten; bezoekers.
- 1.5.5 In het crisisplan is vastgelegd hoe de communicatie in de opgeschaalde situatie is gewaarborgd met tenminste de volgende doelgroepen buiten de instelling: GHOR; betrokken hulpdiensten; ketenpartners; medewerkers niet in de instelling aanwezig; cliënten; relaties van cliënten; relevante overheidsinstanties; media.

## 2.2 OTO-activiteiten

Ervaring opdoen met crisisbeheersing in de praktijk is niet goed mogelijk. Dat betekent dat een sleutelfunctionaris door opleiden en trainen moet worden voorbereid voor de taken in de opgeschaalde situatie. En dat crisisbeheersingsprocessen moeten worden geoefend bij gebrek aan mogelijkheden in de praktijk. In deze paragraaf komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- 1: de OTO-jaarplancycclus;
- 2: het organiseren van opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen;
- 3: kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten.

### De OTO-jaarplancycclus

De crisisorganisatie is structureel in ontwikkeling. Volgens het principe van de PDCA-cyclus wordt de crisisorganisatie planmatig beoefend en bieden evaluaties van oefeningen en daadwerkelijke opschaling informatie waarmee de crisisorganisatie kan worden verbeterd. Het regionale meerjaren OTO-beleidsplan en de jaarplancycclus van de zorginstelling geven daaraan structuur.

Het crisisplan en het OTO-plan staan niet op zichzelf; de planvorming wordt afgestemd op:

- 1: Een regionale risicoanalyse die wordt ingebracht door de veiligheidsregio.
- 2: Een interne risico-inventarisatie en evaluatie van de bedrijfsprocessen die van invloed zijn op de continuïteit van zorg.
- 3: Het regionale meerjaren OTO-beleidsplan en het regionaal OTO-jaarplan dat in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is vastgesteld.
- 4: De afspraken die met de Directeur Publieke Gezondheid zijn gemaakt voor de voorbereiding op rampen en crises conform artikel 5.1 van het Besluit Veiligheidsregio's.

Eén van de thema's in het ROAZ is het voorbereid zijn op rampen en crises van ketenpartners in de acute zorg. Op basis van een regionale risicoanalyse van de veiligheidsregio maken relevante partijen in het ROAZ afspraken over OTO-activiteiten en de besteding van de OTO-gelden. De opdracht van het ROAZ - zorgdragen dat de patiënt met de acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek adequate zorg geboden krijgt - blijft ook in de crisissituatie van toepassing. De elf Acute Zorg Netwerken leggen verantwoording af aan de OTO-Stuurgroep over de besteding van de OTO-gelden; de individuele zorginstellingen doen dat in het jaardocument maatschappelijke verantwoording. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) maakt binnen het ROAZ met de individuele ketenpartners schriftelijke afspraken over de opgeschaalde situatie en de ketenbrede voorbereiding daarop.

**Prestatie:**

- 2.1 De instelling voert OTO-activiteiten uit volgens een OTO-jaarplancyclus.

**Normen voor de OTO-jaarplancyclus:**

- 2.1.1 Het meerjaren OTO-beleidsplan dat in het ROAZ is vastgesteld is op relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de instelling.
- 2.1.2 Indien het ROAZ een OTO-jaarplan heeft vastgesteld, zijn relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de instelling.
- 2.1.3 Een regionale risicoanalyse (opgesteld door de veiligheidsregio) is op relevante onderdelen verwerkt in het crisisplan en het OTO-beleid van de instelling.
- 2.1.4 Een interne risico-inventarisatie en evaluatie van risicovolle bedrijfsprocessen die van invloed zijn op de continuïteit van zorg is op relevante onderdelen verwerkt in het crisisplan van de instelling. Eventuele consequenties voor het OTO-beleid zijn vastgesteld en verwerkt.

- 2.1.5 De afspraken die met de Directeur Publieke Gezondheid zijn gemaakt over de voorbereiding op rampen en crises conform artikel 5.1 van het Besluit Veiligheidsregio's zijn vastgelegd<sup>13,14</sup>.
- 2.1.6 De instelling heeft de OTO-activiteiten voor het lopende jaar vastgelegd in een OTO-jaarplan.
- 2.1.7 Het OTO-jaarplan bevat tenminste de volgende onderwerpen: uitwerking van het regionaal meerjaren OTO-beleidsplan; aanbevelingen uit het OTO-jaarverslag; implementatieplan aanbevelingen; OTO-activiteiten voor dit jaar; doelgroepen van de OTO-activiteiten (afdelingen, sleutelfunctionarissen); geschatte kosten.
- 2.1.8 Documenten uit de OTO-jaarplancyclus zoals het OTO-jaarplan en OTO-jaarverslag worden ter beschikking gesteld aan het Traumacentrum en de GHOR.
- 2.1.9 De instelling voert jaarlijks een evaluatie uit over de OTO-activiteiten in het afgelopen jaar (OTO-jaarplan) en legt de bevindingen vast in een OTO-jaarverslag.
- 2.1.10 Het OTO-jaarverslag bevat tenminste de volgende onderwerpen: uitgevoerde OTO-activiteiten; wel geplande maar niet uitgevoerde OTO-activiteiten; effect van de activiteiten; leerpunten; aanbevelingen voor komend jaar; kosten van de OTO-activiteiten.
- 2.1.11 Wanneer de crisisorganisatie is opgeschaald in een oefening of daadwerkelijke inzet, dan wordt het functioneren van de crisisorganisatie geëvalueerd.
- 2.1.12 De evaluatie wordt zodanig uitgevoerd, dat het verloop van de processen uit de vier basisvereisten van crisismanagement wordt beschreven en leerpunten worden aangegeven.
- 2.1.13 Leerpunten uit de evaluatie zijn verwerkt in het crisisplan en het OTO-beleid, zodat de PDCA-cyclus aantoonbaar is doorlopen.

<sup>13</sup> Besluit Veiligheidsregio's van 24 juni 2010.

<sup>14</sup> Wat betekent de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) voor het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)?; GHOR Nederland, GGD Nederland, februari 2012.

- 2.1.14 De instelling voert jaarlijks een Zelfevaluatie uit met het instrument uit de landelijke OTO Toolkit.
- 2.1.15 De aanbevelingen uit de Zelfevaluatie zijn verwerkt in een verbeterplan en/of direct herleidbaar in het crisisplan/ OTO-jaarplan van de instelling, zodat de PDCA-cyclus is doorlopen.

### Opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen

Het bereiken en onderhouden van de bekwaamheid van sleutelfunctionarissen in de crisisorganisatie is een dynamisch proces. De volgende jaarcyclus wordt daarvoor gevolgd:

- 1: opstellen van het OTO-jaarplan;
- 2: uitvoeren van het OTO-jaarplan;
- 3: evalueren van de uitvoering van het OTO-jaarplan in een kort jaarverslag;
- 4: verwerken van de bevindingen in een OTO-jaarplan voor de komende periode.

Evaluaties kunnen aanleiding zijn om het crisisplan en/of het OTO-plan te verbeteren. Het opstellen van een verbeterplan kan daarvoor noodzakelijk zijn.

De OTO Toolkit biedt een actueel instrument<sup>15</sup> waarmee de instelling een zelfevaluatie kan uitvoeren over de inrichting en voorbereiding van de crisisorganisatie<sup>16</sup>. In dit kwaliteitskader is het jaarlijks gebruik van het instrument genormeerd, omdat het belangrijke aanwijzingen geeft in het actualiseren van het crisisplan en het OTO-plan. Het instrument is inhoudelijk afgestemd op dit kwaliteitskader en wordt geactualiseerd aangeboden op [www.ototoolkit.nl](http://www.ototoolkit.nl).

<sup>15</sup> De Zelfevaluatie is een onderdeel van de OTO Toolkit, te raadplegen via [www.ototoolkit.nl](http://www.ototoolkit.nl).

<sup>16</sup> Digitaal instrument Zelfevaluatie. Landelijk steunpunt OTO.

In de OTO Toolkit zijn hulpmiddelen opgenomen om OTO-activiteiten in de eigen zorginstelling projectmatig te organiseren<sup>17</sup>. Onderdeel van de OTO Toolkit zijn ook de kwalificatieprofielen; ontwikkeld voor de sleutelfuncties in de crisisorganisatie. De kwalificatieprofielen ondersteunen het kwalificatiegericht opleiden, trainen en oefenen, zodat alleen specifieke kwalificaties, die de sleutelfunctionaris nog niet heeft ontwikkeld, worden geschoold. Er zijn OTO-kaarten beschikbaar voor zowel de generiek beschreven sleutelfuncties in de handreiking Leidraad Crisisorganisaties in de zorgsector als voor de specifieke rollen ROP-coördinator en crisiscoördinator per sector. Een OTO-kaart geeft een overzicht van aanbevolen OTO-activiteiten om de betreffende sleutelfunctionaris zo goed mogelijk voor te bereiden op zijn rol tijdens een ramp of crisis. De OTO-kaart is een hulpmiddel voor zowel OTO- en ROP-functionarissen, maar ook voor de functionaris zelf. De OTO-kaart geeft richting aan het te volgen OTO-traject voor een bepaalde functie of rol binnen de crisisorganisatie.

Voorafgaand aan het starten van OTO-activiteiten moeten tenminste de volgende stappen zijn doorlopen:

- 1: benoemen van de sleutelfunctionarissen;
- 2: vaststellen van de taken per sleutelfunctie;
- 3: vaststellen van het kwalificatieprofiel per sleutelfunctie;
- 4: bepalen van het huidige kennis- en ervaringsniveau van de individuele sleutelfunctionaris.

Op basis van deze uitgangspunten wordt de OTO-behoefte vastgesteld.

### Prestatie:

- 2.2 Relevante sleutelfunctionarissen uit de crisisorganisatie zijn voldoende bekwaam om hun taak in de opgeschaalde situatie uit te voeren.

<sup>17</sup> OTO kwalificatieprofielen; kwalificatieprofielen voor crisisorganisaties in de zorgsector. Landelijk steunpunt OTO, 2011.

**Normen voor het opleiden, trainen en oefenen van sleutel-functionarissen:**

- 2.2.1 De instelling heeft sleutelfuncties in het crisisplan geïnventariseerd en vastgesteld.
- 2.2.2 De instelling heeft per sleutelfunctie taken uitgewerkt en deze vastgelegd in taakkaarten.
- 2.2.3 De instelling heeft voor iedere sleutelfunctie een OTO-kaart vastgesteld.
- 2.2.4 De instelling heeft per sleutelfunctie vastgesteld welke OTO-activiteiten nodig zijn voor de betreffende functionaris om te voldoen aan het kwalificatieprofiel. De OTO-kaarten dienen daarbij als hulpmiddel.
- 2.2.5 De instelling heeft per sleutelfunctie medewerkers benoemd die in de crisisorganisatie een functie vervullen.
- 2.2.6 De instelling heeft voor iedere medewerker met een sleutelfunctie vastgesteld welke onderdelen uit het kwalificatieprofiel nog moeten worden ontwikkeld en welke OTO-activiteiten daartoe worden gevolgd.
- 2.2.7 De instelling kan aantonen hoe de bekwaamheid van sleutelfunctionarissen is gewaarborgd conform de doelstellingen van het OTO-jaarplan. Dat kan bijvoorbeeld door het bijhouden van een individueel portfolio.

**Kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten**

Het is belangrijk dat instellingen een systematische uitvoering van de OTO-activiteiten aantonen; bijvoorbeeld door het opstellen van een lesplan en oefendoelen. De kwalificatieprofielen kunnen gebruikt worden bij het formuleren van deze plannen en doelen. Ook kan de landelijke handreiking 'Wegwijzer Effectief oefenen' daarvoor worden gebruikt. Instellingen dienen ervoor te zorgen dat sleutelfunctionarissen voldoende tijd krijgen voor de voorbereiding op de uitvoering van hun taak. Een aandachtspunt is ook dat voor de uitvoering van OTO-activiteiten gebruik wordt gemaakt van bekwame trainers, oefenleiders en oefenwaarnemers, om de inhoudelijke

kwaliteit van de uitvoering te waarborgen. In de normen zijn procedurele eisen gesteld aan het organiseren van OTO-activiteiten<sup>18</sup>.

**Prestatie:**

- 2.3 De kwaliteit van OTO-activiteiten is geborgd.

**Normen voor kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten:**

- 2.3.1 De trainers, oefenleiders en oefenwaarnemers zijn voldoende bekwaam in het begeleiden en evalueren van de OTO-activiteiten.
- 2.3.2 De opleidingen en trainingen van sleutelfunctionarissen zijn uitgevoerd conform een lesplan, waarin tenminste zijn omschreven: begintermen, eindtermen en evaluatie.
- 2.3.3 Een oefening moet zijn uitgevoerd conform een oefenplan, waarin tenminste zijn omschreven: oefendoelen, organisatie/ uitvoering van de oefening en evaluatie.

**2.3 Specifieke normen voor ziekenhuizen**

De Leidraad ZiROP geeft voldoende handreikingen voor het voorbereiden van de crisisorganisatie op het opvangen van slachtoffers ten gevolge van een ramp. De Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis krijgt in een dergelijk scenario te maken met een (grote) toeloop van zelfverwijzers en/of het aanrijden van ambulances met slachtoffers. Door het creëren van extra opvangmogelijkheden in of buiten het ziekenhuis wordt de slachtofferstroom beheersbaar. In dit scenario moet de inzet van schaars beschikbare medewerkers en middelen zo efficiënt mogelijk gebeuren, om zoveel mogelijk slachtoffers te kunnen behandelen. Het is een taak van logistieke aard. Het is zinvol een dergelijk proces op de SEH te oefenen. Dat geldt ook wanneer een separate afdeling wordt

<sup>18</sup> Zonneveld A, et al. Oefenen als professie; Handboek procesmanagement oefenen voor crisisbeheersing en rampenbestrijding. Antwerpen – Apeldoorn Garant, 2009.

ingericht voor bijvoorbeeld grootschalige opvang van licht gewonde slachtoffers, vanwege het massale aspect.

Een ander scenario is het presenteren van een patiënt op de SEH die (vermoedelijk) is besmet met CBRN-agentia. Gezien de beperkingen in detectie is de anamnese en alertheid van medewerkers op mogelijke verschijnselen van groot belang. Omdat de opvang en decontaminatie van CBRN-besmette patiënten specifieke vaardigheden vraagt, wordt dit onderwerp hieronder specifiek genormeerd voor de planvorming en OTO-activiteiten.

Uitval van ICT en nutsvoorzieningen kunnen grote gevolgen hebben voor de acute zorg in de regio. In deze kwaliteitsnorm is de preparatie op deze scenario's voor de SEH, IC en operatiekamers daarom specifiek genormeerd. Andere scenario's die een verstoring in de continuïteit van zorg veroorzaken zijn ook relevant, maar worden in dit kwaliteitskader niet uitgewerkt.

**Prestatie:**

- 3.1 Het ziekenhuis heeft specifieke processen in het kader van de crisisorganisatie en de OTO-activiteiten vastgesteld.

**Normen specifiek voor de ziekenhuizen zijn:**

- 3.1.1 Aan het crisisplan van het ziekenhuis zijn relevante deelplannen van de operationele afdelingen toegevoegd. Dit zijn tenminste de processen/afdelingen: de acute zorgafdelingen (SEH, IC, OK/recovery); speciale voorzieningen voor de grootschalige opvang van slachtoffers; de toelevering van extra diagnostiek en medische/farmaceutische hulpmiddelen; persopvang; familieopvang; slachtofferregistratie; grootschalige triage van slachtoffers.
- 3.1.2 De SEH oefent tenminste jaarlijks de grootschalige opvang van slachtoffers door simulatie- en/of realistische oefening van (deel)processen. Deelprocessen zijn bijvoorbeeld de registratie van slachtoffers en grootschalige triage.

- 3.1.3 De SEH heeft een procedure voor de opvang en decontaminatie van CBRN-slachtoffers.
- 3.1.4 Medewerkers die een specifieke rol hebben bij de decontaminatie van CBRN-slachtoffers oefenen jaarlijks de procedure.
- 3.1.5 De gevolgen van de uitval van ICT- en nutsvoorzieningen zijn tenminste voor de acute zorg (SEH, IC, OK) in planvorming beschreven.
- 3.1.6 Voor elk van deze gevolgen is een noodscenario uitgewerkt, waarbij de continuïteit van zorg voor de aanwezige patiënten gewaarborgd wordt door extra maatregelen bijvoorbeeld aanpassing ter plaatse, interne overplaatsing, overplaatsing naar een ander ziekenhuis of ontslag naar huis.
- 3.1.7 Bovenstaande procedures zijn uitgewerkt en geborgd in een beheerssysteem.

**2.4 Specifieke normen voor GGD'en**

Door GGD Nederland en GHOR Nederland zijn formats ontwikkeld waaraan het GROOP en de OTO-activiteiten moeten voldoen.

De generieke aspecten voor de crisisorganisatie zoals in dit kwaliteitskader zijn beschreven, zijn ook van toepassing op het GROOP. Binnen de GGD wordt de term 'crisisteam' gebruikt wanneer we spreken over een crisis(beleids)team.

Aan het GROOP zijn relevante deelplannen toegevoegd. Naast de eis dat deze deelplannen zijn uitgewerkt worden hierna aanvullende eisen gesteld aan het opleiden, trainen en oefenen. De relevante deelprocessen die worden uitgewerkt in deelplannen zijn:

- 1: IZB: grootschalige infectieziektebestrijding;
- 2: MMK: medische milieukunde;
- 3: PSH: psychosociale hulpverlening;
- 4: GOR: gezondheidsonderzoek bij ongevallen en rampen.

Het GROOP kan als onderdeel worden gezien van het totale crisisplan van de GGD.

**Prestatie:**

- 4.1 De GGD heeft sectorspecifieke processen in het kader van de crisisorganisatie en de OTO-activiteiten vastgesteld.

**Normen specifiek voor de GGD'en zijn:**

- 4.1.1 Aan het crisisplan/GROP van de GGD zijn relevante deelplannen toegevoegd. Dit zijn tenminste de opgeschaalde processen: IZB; MMK; PSH; GOR.
- 4.1.2 De instelling oefent jaarlijks afwisselend tenminste twee van de vier genoemde deelprocessen door middel van simulatie- en/of realistische oefeningen.

## 3

## Kwaliteit getoetst

De normen in dit kwaliteitskader geven het minimale niveau weer, waaraan de voorbereiding op rampen en crises door de zorgsector moet voldoen. Het concreet beschrijven en vaststellen van normen geeft de mogelijkheid om te toetsen of binnen de zorginstelling voldoende randvoorwaarden aanwezig zijn, om de continuïteit van zorg tijdens een crisissituatie zo goed mogelijk te waarborgen. Om zorginstellingen te ondersteunen bij het aantoonbaar maken van een goede voorbereiding op rampen en crises zijn twee meetinstrumenten uitgewerkt. Het betreft de volgende meetinstrumenten:

- 1: een checklist waarmee een zelfevaluatie kan worden uitgevoerd;
- 2: een visitatie-instrument, waarmee intercollegiale toetsing kan worden uitgevoerd.

Met het visitatie-instrument ontstaat een meer objectief beeld van de stand van zaken met betrekking tot de voorbereiding op rampen en crisis. Bovendien worden aanbevelingen gedaan om tot kwaliteitsverbeteringen te komen, die kunnen worden besproken met bijvoorbeeld de regionale OTO-coördinator.

### 3.1 Checklist zelfevaluatie

De normen uit het kwaliteitskader zijn uitwerkt in een checklist met vragen. Deze checklist is als bijlage 3 toegevoegd. De antwoorden worden gescoord op het niveau:

- ja, dat is geregeld;
- in ontwikkeling (het onderwerp wordt momenteel uitgewerkt);
- nee, dat is niet geregeld en ook momenteel niet in ontwikkeling.

Het overzicht van de scores geeft inzicht in de onderwerpen die nog moeten worden opgepakt en/of verder moeten worden uitgewerkt. In dit kwaliteitskader is aangegeven dat deze zelfevaluatie jaarlijks

moet worden uitgevoerd, om een actueel beeld over de mate van voorbereiding op rampen en crises te behouden. Het resultaat van de zelfevaluatie kan gebruikt worden om de voortgang van de activiteiten intern te bespreken, met bijvoorbeeld de raad van bestuur of directie. Ook kan de ingevulde checklist gebruikt worden om de voortgang met de regionale OTO-coördinator te bespreken. Een samenvatting van de bevindingen kan als input dienen ter bespreking in het ROAZ en de GHOR.

### 3.2 Visitatie-instrument

Het visitatie-instrument dat is uitgewerkt voor intercollegiale visitatie gaat nog een stap verder dan de checklist zelfevaluatie. Het instrument Kwaliteitsvisitatie is opgenomen in bijlage 4. Binnen het ROAZ kunnen afspraken worden gemaakt over het uitvoeren van de intercollegiale visitatie.

Op basis van vooraf aangeleverde gegevens voert een visitatiecommissie (bijvoorbeeld met daarvoor aangewezen deskundigen uit de ROAZ-regio) gesprekken met sleutelfunctionarissen van de instelling die de visitatie heeft aangevraagd. Het toetsen van de vooraf aangeleverde gegevens en documenten maakt een belangrijk deel uit van deze visitatie. Ook het uitwisselen van ervaringen tijdens de visitatiegesprekken over het voorbereiden op rampen en crises is belangrijk.

Het bezoek van de visitatiecommissie leidt uiteindelijk tot een oordeel over de mate van voorbereiding op rampen en crises door de gevisiteerde instelling. In een visitatierapport worden de bevindingen, beschouwingen, conclusies en aanbevelingen vastgelegd. Het rapport is strikt vertrouwelijk en wordt alleen aan de opgegeven contactpersoon en de raad van bestuur of directie van de instelling gestuurd. Het opvolgen van de aanbevelingen kan in de volgende visitatie-ronde worden getoetst. De conclusies en aanbevelingen kunnen besproken worden met de regionale

OTO-coördinator, de GHOR en het ROAZ. In het ROAZ kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de wijze van monitoring van de implementatie van de aanbevelingen en welke consequentie het heeft indien aanbevelingen niet worden opgevolgd.

#### Werkdocument

Het instrument is opgesteld als één compleet werkdocument om het totale visitatieproces uit te voeren en te documenteren. Voor deze vorm is gekozen om transparant te zijn over de onderwerpen waarover tijdens de visitatie wordt gesproken en over de bijdrage van diverse informatiebronnen aan het beoordelingsproces.

In het document staat aangegeven waar de instelling schriftelijke informatie moet invullen en welke documenten voorafgaand aan de visitatie moeten worden aangeleverd. Ook wordt een opgave gedaan van documenten die ter inzage moeten liggen tijdens de visitatie. De instelling geeft vooraf in het visitatiedocument aan in hoeverre de gevraagde documenten beschikbaar zijn. Het ingevulde visitatiedocument gaat dan terug naar de visitatiecommissie ter voorbereiding van het bezoek. In het document staat ook aangegeven met welke functionarissen gesprekken worden gevoerd en welke onderwerpen tenminste aan de orde moeten komen. De visitatiecommissie legt haar bevindingen in hetzelfde document vast en voegt later conclusies en aanbevelingen toe. Alle verzamelde informatie en de beoordeling daarvan is dan vastgelegd in het visitatiedocument en wordt vervolgens aangeboden aan de instelling als een visitatierapport.



## 1

## BIJLAGE

## Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

In 2010 heeft het Nivel een status-analyse uitgevoerd naar de mate waarin de kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises is veranderd door de inzet van de stimuleringsmiddelen die sinds 2008 beschikbaar zijn. Een terugkerend thema in de analyse was de behoefte aan normering, uniformiteit en indicatoren die aangeven wat er van zorginstellingen en zorgverleners wordt verwacht in het kader van dit traject en in welke mate de zorginstellingen hieraan voldoen. Om meer expliciet aan te kunnen geven welke activiteiten minimaal nodig zijn om voorbereid te zijn op rampen en crises heeft de OTO Stuurgroep opdracht gegeven een kwaliteitskader te ontwikkelen. Doel van het kader is dat zorginstellingen de kwaliteit van de voorbereiding op rampen en crises kunnen vormgeven, aantoonbaar kunnen maken en kunnen verbeteren. De werkgroep OTO Kwaliteit en Effectmeting heeft deze opdracht uitgevoerd.

De werkgroep is samengesteld uit vijf leden afkomstig uit drie traumaregio's. Aan de werkgroep werd vanuit het LNAZ een extern adviseur toegevoegd om het project te leiden bij het uitwerken van het kwaliteitskader. Ook maakte de landelijk projectleider OTO deel uit van de werkgroep, om de afstemming met andere activiteiten in het land te waarborgen. De volgende personen namen deel aan de werkgroep:

- Clarien Schoeren, OTO-coördinator, regio Limburg
- Cathy Kuijlen, coördinator Cycloon, regio Noord-Nederland
- Renco Scheper, OTO-coördinator, regio Noord-Nederland
- Corina de Groot, stafadviseur OTO, regio Traumanet AMC
- Mindy Stevenhaagen, stafadviseur OTO, regio Traumanet AMC
- Frans Versteegen, gezondheidswetenschapper, zelfstandig adviseur
- Anne Jonkman, landelijk projectleider OTO a.i., bureau De Praktijk
- Katja Damen, landelijk projectleider OTO a.i., bureau De Praktijk

### Werkwijze

Het kwaliteitskader is ontwikkeld op basis van bestaande leidraden, formats en handreikingen die al in de praktijk worden toegepast en als effectief worden beschouwd. Hierdoor wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de bestaande praktijk. Na analyse van de betreffende documenten is door de werkgroep een selectie gemaakt van relevante normen. De reikwijdte van het kwaliteitskader is bepaald met behulp van het model van de Veiligheidsketen. Dit model gaat uit van risico-beheersing versus crisisbeheersing. De focus van het project Opleiden, Trainen en Oefenen ligt op het tweede aspect; de voorbereiding op rampen en crises. Daarna heeft de werkgroep het kwaliteitsmodel Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises ontwikkeld om de verhouding tussen de crisisorganisatie en het structureel en planmatig uitvoeren van OTO-activiteiten aan te geven. Dit model is de kapstok geworden voor de inhoudelijke uitwerking van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO.

Het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO met de beschreven processen, prestaties, normen en het meetinstrument zijn in de praktijk afgestemd en getest. De werkgroep heeft daarvoor allereerst gebruik gemaakt van hun eigen netwerk met inhoudsdeskundigen - professionals van ziekenhuizen en GGD'en - om de inhoud van het kwaliteitskader af te stemmen. Het meetinstrument is vervolgens apart getest in de praktijk, door het uitvoeren van proefvisitaties in de drie regio's van de betrokken werkgroepleden. Het doel van de proefvisitaties is drieledig:

- 1: ervaring opdoen of de geformuleerde normen daadwerkelijk aansluiten op de praktijk;
- 2: ervaring opdoen of het meetinstrument bruikbaar is om een oordeel te vormen over de kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises;
- 3: onderzoeken of de methode van intercollegiale visitatie bruikbaar en inzetbaar is in het veld om de kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises bespreekbaar en aantoonbaar te maken.


De ervaringen van de deelnemende instellingen en de ervaringen van de visiteurs zijn met gestructureerde vragenlijsten verzameld en verwerkt. De leerpunten van de proefvisitatie hebben geleid tot bijstellingen van dit kwaliteitskader.

# BIJLAGE 2

## Overzicht van prestaties en normen

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.	<b>Crisisorganisatie</b>				
1.1	De instelling heeft een crisisplan	De crisisorganisatie en alle daarmee samenhangende procedures zijn beschreven in het crisisplan.	Algemene Norm	Het geheel van planvorming ter voorbereiding op rampen en crises wordt vaak samengevat onder de term crisisplan. In de handreiking Leidraad Crisisorganisaties staat vermeld dat in het crisisplan een rampenopvangplan (opvang slachtoffers van een externe ramp), een BHV-plan en een continuïteitsplan is opgenomen.	<a href="#">OTO Toolkit</a>
1.1.1	Actueel crisisplan	De instelling beschikt over een actueel crisisplan.	Versiebeheer crisisplan		<a href="#">OTO Toolkit</a> <a href="#">Referentiekader regionaal crisisplan</a>
1.1.2	Crisisplan vastgesteld door RvB	Het crisisplan is door de raad van bestuur/directie vastgesteld.	Datum van goedkeuring is vermeld in versiebeheer		OTO Toolkit
1.1.3	Beheer en borging	In het crisisplan is aangegeven: a. wie de beheerder is van het document; b. voor welke periode het document geldig is.	Zichtbaar op de voorpagina van het crisisplan	Beheer en borging kan plaatsvinden in een documenten managementsysteem, maar de beheerder en houdbaarheidsdatum moeten ook na printen zichtbaar zijn op de voorzijde.	

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.1.4	Rol in de grootschalige geneeskundige hulpverlenings-keten. ZIROP GROP HaROP	De instelling met een taak in de grootschalige geneeskundige hulpverlening heeft deze processen in een rampenopvangplan (ROP) beschreven dat onderdeel is van het crisisplan. De twee GHOR-processen zijn: a. opgeschikte acute zorg b. publieke gezondheidszorg	Crisisplan	ZIROP: ziekenhuis rampenopvangplan GROP: GGD rampenopvangplan HaROP: huisartsenrampenopvangplan	OTO Toolkit
1.1.5	Basisvereisten crisisbeheersing uitgewerkt	In het crisisplan zijn tenminste de vier basisvereisten voor crisisbeheersing uitgewerkt. Dit zijn de volgende voorwaardenscheppende processen: a: melding en alarmering; b: op- en afschaling; c: leiding en coördinatie; d: informatiemanagement.	Crisisplan	Deze vier processen zijn randvoorwaardelijk voor het functioneren van de crisisorganisatie. Zonder een kwalitatief goede invulling van deze processen kan van goede crisisbeheersing geen sprake zijn.	<a href="#">Basisvereisten crisismanagement</a>
1.2	Melding en alarmering	De instelling heeft het proces van melding van een ramp, besluitvorming tot opschaling en de alarmering van de crisisorganisatie in procedures vastgelegd.	Algemene norm	Het doel van het proces melding en alarmering is het verkrijgen van essentiële gegevens van het incident, het besluit al dan niet op te schalen en het alarmeren / informeren van de betrokken afdelingen en functionarissen.	Basisvereisten crisismanagement

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.2.1	Meldingsprocedure	Het is vastgelegd op welke plaatsen in de instelling een melding over een ramp (intern / extern) wordt ontvangen.	Crisisplan	Duidelijk moet zijn waar in de organisatie een melding in ontvangst wordt genomen en wordt doorgeleid ter besluitvorming.	Leidraad ZIROP Model GROEP 
1.2.2	Uitvraagprotocol	Een melding van een ramp wordt volgens uitvraagprotocol in ontvangst genomen.	Uitvraagprotocol	Gebruik van het protocol waarborgt dat de ontvanger van de melding voldoende informatie verkrijgt om een besluit tot opschaling te (laten) nemen.	Leidraad ZIROP Model GROEP
1.2.3	Procedure besluit opschaling	Het is vastgelegd op welke functionarissen een opschalingsbesluit nemen.	Crisisplan	Een besluit tot opschaling heeft grote (financiële) consequenties voor de organisatie.	Leidraad ZIROP Model GROEP
1.2.4	Criteria opschaling	Er zijn criteria waarop besloten wordt of een melding van een ramp aanleiding geeft tot opschaling en in welke mate dat gebeurt. Dit is voor externe en interne rampen uitgewerkt.	Escalatiematrix	In een escalatiematrix is ook de omvang van de ramp meegenomen in de overweging tot en de mate van opschaling, bijvoorbeeld aantal slachtoffers, financiële schade, etc.	
1.2.5	Alarmering crisis(beleids) team	De procedure van alarmering van het crisis(beleids)team is beschreven.	Crisisplan		Leidraad ZIROP Model GROEP

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.2.6	Alarmering operationele afdelingen	De procedure van alarmering van de operationele teams / afdelingen is beschreven.	Crisisplan Deelplannen afdelingen		Leidraad ZIROP Model GROEP
1.2.7	Actuele alarmerings schema's	De instelling heeft actuele alarmerings-schema's en bijbehorende lijsten van medewerkers en telefoonnummers.	Alarmerings- schema Oproeplijsten op papier en/ of hardware/ software	Welke afspraken zijn er gemaakt om deze gegevens actueel gehouden?	OTO Toolkit
1.2.8	Oefenen alarmering	De instelling organiseert jaarlijks een alarmeringsoefening voor het crisis(beleids) team en het operationeel crisisteam. Hierbij wordt tenminste getest of de op te roepen medewerkers (telefonisch) bereikbaar zijn en wordt gevraagd binnen hoeveel tijd zij aanwezig kunnen zijn in de instelling.	OTO-jaarplan, oefenplan	Tenminste één alarmerings-oefening voor het crisis(beleids)team wordt hier genormeerd, maar uitvoering voor de operationele afdelingen wordt aanbevolen.	
1.2.9	Evaluatie alarmering	In de evaluatie van de alarmeringsoefening staat tenminste geregistreerd de (telefonische) bereikbaarheid en de verwachte opkomsttijd van de opgeroepen medewerkers.	Evaluatie oefening of opschaling	Welke aanbevelingen zijn gedaan? Heeft dit geleid tot aanpassingen in de alarmeringsprocedure.	

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.3	Op- en afschaling	De instelling heeft het proces van opschaling en afschaling in procedures vastgelegd.	Algemene norm	Het proces op- en afschaling bevat alle activiteiten gericht op het bedrijfszeker, effectief en tijdig veranderen van het functioneren van de instelling in de dagelijkse situatie naar de opgeschaalde situatie. Continuering voor langere tijd is geborgd.	Basisvereisten crisismanagement
1.3.1	Procedure opschaling	In het crisisplan staan criteria en de procedure voor opschaling van de organisatie beschreven. Dit kan verschillen afhankelijk van het type ramp / crisis.	Procedure in crisisplan		Leidraad ZIROP Model GROP
1.3.2	Opschaling afdelingen	In het crisisplan is vastgelegd welke afdelingen en medewerkers een rol spelen in de crisisorganisatie, afhankelijk van het type ramp/crisis.	Crisisplan		Leidraad ZIROP Model GROP
1.3.3	Stopzitten reguliere activiteiten	In het crisisplan is vastgelegd hoe de besluitvorming is geregeld rond het stopzetten van reguliere activiteiten, voor zover dit nodig en medisch verantwoord is.	Crisisplan	Het stopzetten van reguliere activiteiten kan grote consequenties hebben voor de continuïteit van zorg in de regio.	Leidraad ZIROP

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.3.4	Vaste ruimte coördinatiecentrum	In het crisisplan is vastgelegd welke ruimte in deze instelling wordt ingericht als coördinatiecentrum.	Crisisplan	Het ruimte voor het coördinatiecentrum moet vooraf zijn vastgesteld, zodat deze bekend mag worden verontsteld in de organisatie.	Leidraad ZIROP Model GROP
1.3.5	Minimale inrichting coördinatiecentrum	De inrichting van het coördinatiecentrum is beschreven op basis van de benodigde materialen om de crisisorganisatie uit te kunnen voeren. Tenminste beschikbaar zijn: a: een telefoontoestel dat is aangesloten op het Nationale Noodnet; b: telefoonboek noodnummers c: toegang tot externe / interne telefoonlijnen; d: tv, radio, internet, e-mail, fax e: administratieve benodigdheden	Crisisplan	Het betreft een minimale beschikbaarheid van materialen, deze is verder uitgebreid en afgestemd op de behoefte van de crisisorganisatie.	Leidraad ZIROP Model GROP
1.3.6	Continuïteit crisisorganisatie	In het crisisplan is beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uurbasis gedurende een langere periode kan functioneren.	Crisisplan	Vooralsnog is geen norm gesteld hoeveel degen de crisisorganisatie operationeel moet kunnen blijven, maar de instelling moet wel hebben nagedacht hoe aflossing en inroostering van functionarissen is geregeld.	OTO Toolkit

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.3.7	Besluit tot afschaling	In het crisisplan is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het besluit tot afschaling van crisisorganisatie.	Crisisplan	In de praktijk wordt het vaststellen van het moment van afschaling nogal eens vergeten. Wanneer bijvoorbeeld het bericht komt vanuit de GHOR dat er geen slachtoffers meer van het rampterrein komen, dan is de crisis nog niet voorbij voor de ketenpartners.	Leidraad ZIROP Model GROF
1.3.8	Procedure afschaling	In het crisisplan is vastgelegd volgens welke procedure de afschaling van crisisorganisatie verloopt.	Crisisplan	Afdelingen schalen stapsgewijs af, afhankelijk van de situatie.	Leidraad ZIROP Model GROF
1.3.9	Nazorg	In het crisisplan is vastgelegd hoe de nazorg / posttraumatische begeleiding van medewerkers die daar behoefte aan hebben is georganiseerd.	Crisisplan	Het proces nazorg wordt in de praktijk niet altijd uitgewerkt, omdat de crisisorganisatie dan al is afgeschaald.	OTO Toolkit
1.3.10	Evaluatie	In het crisisplan is aangegeven hoe de evaluatie van de rampopvang wordt georganiseerd en welke informatie daartoe tijdens en na de opgeschaalde situatie moet worden verzameld.	Crisisplan		


Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.4	Leiding en coördinatie	Het crisis(beleids)team maakt een vast onderdeel uit van de crisisorganisatie van de instelling.	Algemene norm	Het proces omvat voor alle disciplines en niveaus het in onderlinge samenhang vaststellen van de wijze van opvang van de ramp (besluitvorming), het coördineren en leiding geven aan de crisisbeheersing, het monitoren van de resultaten en het op basis hiervan beoordelen en bijstellen van de activiteiten.	Basisvereisten crisismanagement
1.4.1	Coördinatie door crisis(beleids)team geborgd	In de opgeschaalde situatie (crisisorganisatie) is altijd een crisis(beleids)team operationeel.	Crisisplan		OTO Toolkit
1.4.2	Vaste bezetting crisis(beleids)team	Het crisis(beleids)team heeft een vaste bezetting voor alle scenario's waarin de crisisorganisatie wordt opgeschaald. Deze bezetting bestaat tenminste uit: a. de voorzitter; b. de communicatiemedewerker (voorzitter); c. de crisiscoördinator; d. de secretariële ondersteuning.	Crisisplan		OTO Toolkit

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.4.3	Toevoeging expertise	Afhankelijk van de beschreven scenario's is in het crisisplan aangegeven welke experts uit de organisatie worden toegevoegd aan de vaste bezetting van het crisis(beleids) team.	Crisisplan		OTO Toolkit
1.4.4	Bereikbaarheid voorzitter crisis(beleids)team	De voorzitter van het crisis(beleids)team is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar, zodat (op afstand) advies kan worden gegeven en besloten kan worden of opschaling van de crisisorganisatie noodzakelijk is.	Rooster	De tijd waarbinnen de functionaris moet reageren op een oproep is in deze versie van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO nog niet genormeerd; in de operationalisatie zal de instelling zelf een eis formuleren.	Basisvereisten crisismanagement
1.4.5	Crisiscoördinator	De instelling heeft een crisiscoördinator, die de preparatie op een crisis door de organisatie coördineert.	Benoeming	In de handreiking Leidraad crisisorganisaties in de zorgsector staat aangegeven dat de preparatie ook gedelegeerd kan worden aan een ROP-coördinator.	Referentiekader Regionaal Crisisplan Leidraad ZIROP Model GROEP
1.4.6	Bereikbaarheid crisiscoördinator	De crisiscoördinator is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar, zodat (op afstand) advies kan worden gegeven.	Rooster	De tijd waarbinnen de functionaris moet reageren op een oproep is in deze versie van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO nog niet genormeerd; in de operationalisatie zal de instelling zelf een eis formuleren.	Basisvereisten crisismanagement

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.4.7	Operationele afspraken	De instelling heeft in het crisisplan operationele afspraken met relevante partijen vastgelegd; dat zijn tenminste afspraken met: a. zorgketenpartners; b. de GHOR; c. andere hulpverleningsdiensten zoals politie en brandweer; d. leveranciers.	Crisisplan		Leidraad ZIROP
1.4.8	Bekwaamheid sleutel-functionaris crisis(beleids) team	Een sleutelfunctionaris die deelneemt in de vaste bezetting van de het crisis(beleids) team kan functioneren in de crisisorganisatie wanneer tenminste: a. Eénmalig een opleiding / training over de werkwijze van de interne en externe crisisorganisatie en crisisbesluitvorming is gevolgd. b. Jaarlijks een praktijk- of oefenervaring in een opgeschaalde situatie is uitgevoerd.	OTO-jaarplan Lesplan Oefenplan Portfolio sleutelfunctionaris		
1.5	Informatiemangement	De instelling heeft de interne- en externe communicatieprocessen in verband met de crisisorganisatie in procedures vastgelegd.	Algemene norm	Het proces omvat het verkrijgen van alle voor de rampenopvang relevante informatie en die actief beschikbaar stellen, zowel binnen als buiten de organisatie.	Basisvereisten crisismanagement



Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.5.1	Inzicht behandelcapaciteit	Het crisis(beleids)team heeft tijdens de opgeschaalde situatie een actueel inzicht in de voortgang van de opgeschaalde processen; in het crisisplan is vastgelegd hoe deze informatie wordt verzameld.	Crisisplan	De beschikbare behandelcapaciteit kan in de opgeschaalde situatie door de GHOR worden opgevraagd.	Leidraad ZIROP
1.5.2	Registratie van slachtoffers	De instelling houdt een registratie bij van cliënten die in het kader van de opgeschaalde processen een interventie hebben gekregen en waar (eventueel) naartoe is verwezen.	Crisisplan	De namen en verwijzing van slachtoffers kunnen in de opgeschaalde situatie door de GHOR worden opgevraagd.	Leidraad ZIROP
1.5.3	Afstemming crisis(beleids)team en operationele organisatie	In het crisisplan is vastgelegd hoe de afstemming tussen crisis(beleids)team en operationele organisatie is gewaarborgd.	Crisisplan		Leidraad ZIROP Model GROF
1.5.4	Interne communicatie	In het crisisplan is vastgelegd hoe de communicatie in de opgeschaalde situatie is gewaarborgd met tenminste de volgende doelgroepen in de instelling: a. medewerkers; b. cliënten; relaties van cliënten; c. bezoekers.	Crisisplan		Leidraad ZIROP Model GROF

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
1.5.5	Externe communicatie	In het crisisplan is vastgelegd hoe de communicatie in de opgeschaalde situatie is gewaarborgd met tenminste de volgende doelgroepen buiten de instelling: a. GHOR; b. betrokken hulpdiensten; c. ketenpartners; d. medewerkers niet in de instelling; e. cliënten; f. relaties van cliënten; g. relevante overheidsinstanties; h. media.	Crisisplan		Leidraad ZIROP Model GROF
2.	<b>OTO-activiteiten</b>				
2.1	OTO- jaarcyclus	De instelling voert OTO-activiteiten uit volgens een OTO-jaarcyclus.	Algemene norm		Convenant OTO 

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.1.1	Regionaal meerjaren OTO-beleid	Het meerjaren OTO-beleidsplan dat in het ROAZ is vastgesteld is op relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de instelling.	Regionaal meerjaren OTO-beleidsplan OTO-jaarplan instelling	In ROAZ verband zijn afspraken gemaakt over de voorbereiding op rampen en crises door de ketenpartners. Tevens is afgesproken hoe OTO-stimuleringsgeld wordt verdeeld en aangewend volgens de criteria uit het Convenant OTO en het Landelijk beleidskader OTO.	Convenant OTO
2.1.2	Regionaal OTO-jaarplan	Indien het ROAZ een OTO-jaarplan heeft vastgesteld, zijn relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de instelling.	Regionaal OTO-jaarplan OTO-jaarplan instelling	Het komt voor dat een regionaal OTO-jaarplan is uitgewerkt. Het OTO-jaarplan van de instelling moet hierop aansluiten.	Steunpunt OTO
2.1.3	Regionale risicoanalyse	Een regionale risicoanalyse (opgesteld door de veiligheidsregio) is op relevante onderdelen verwerkt in het crisisplan en OTO-beleid van de instelling.	OTO-jaarplan	De regionale risicoanalyse geeft aanwijzingen over mogelijke scenario's waarmee een instelling te maken krijgt, bijvoorbeeld CBRN besmette slachtoffers tgv chemische industrie, transport, etc.	Convenant OTO
2.1.4	Interne risicoanalyse	Een interne risico-inventarisatie en evaluatie van risicovolle bedrijfsprocessen die van invloed zijn op de continuïteit van zorg is op relevante onderdelen verwerkt in het crisisplan van de instelling. Eventuele consequenties voor het OTO-beleid zijn vastgesteld en verwerkt.	Crisisplan OTO-jaarplan	Naar aanleiding van de interne risico-inventarisatie zijn mogelijke restrictie's benoemd die niet door preventie en proactie kunnen worden beperkt. De crisisorganisatie moet zijn voorbereid op dergelijke scenario's.	

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.1.5	Afspraken DPG	De afspraken die met de Directeur Publieke Gezondheid zijn gemaakt over de voorbereiding op rampen en crises conform artikel 5.1 van het Besluit Veiligheidsregio's zijn vastgelegd.	Convenant tussen GHOR en instelling	<a href="https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2010-255.html">https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2010-255.html</a> Artikel 5.1 Eisen afspraken geneeskundige hulpverlening	Wet op de Veiligheidsregio's
2.1.6	OTO-jaarplan	De instelling heeft de OTO-activiteiten voor het lopende jaar vastgelegd in een OTO-jaarplan.	OTO-jaarplan		Convenant OTO
2.1.7	Inhoud OTO-jaarplan	Het OTO-jaarplan bevat tenminste de volgende onderwerpen: a: uitwerking van het regionale meerjaren OTO-beleidsplan; b: aanbevelingen uit het OTO-jaarverslag; c: implementatieplan aanbevelingen; c: OTO-activiteiten voor dit jaar; d: doelgroepen van de OTO-activiteiten (afdelingen, sleutelfunctionarissen); e: geschatte kosten.	OTO-jaarplan		

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.1.8	Verspreiding OTO-jaarplan	Documenten uit de OTO-jaarplancyclus zoals het OTO-jaarplan en het OTO-jaarverslag worden ter beschikking gesteld aan het Traumacentrum en de GHOR.	Vragen		Convenant OTO
2.1.9	Evaluatie OTO-jaarplan	De instelling voert jaarlijks een evaluatie uit over de OTO-activiteiten in het afgelopen jaar (OTO-jaarplan) en legt de bevindingen vast in een OTO-jaarverslag.	OTO-jaarverslag		Convenant OTO
2.1.10	Inhoud jaarverslag	Het OTO-jaarverslag bevat tenminste de volgende onderwerpen: a. uitgevoerde OTO-activiteiten; b. wel geplande maar niet uitgevoerde OTO-activiteiten; c. effect van de activiteiten; d. leerpunten; e. aanbevelingen voor komend jaar; f. kosten van de OTO-activiteiten.	OTO-jaarverslag		

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.1.11	Evaluatie inzet crisisorganisatie	Wanneer de crisisorganisatie is opgeschaald in een oefening of daadwerkelijke inzet, dan wordt het functioneren van de crisisorganisatie geëvalueerd.	Document		
2.1.12	Inhoud evaluatie	De evaluatie wordt zodanig uitgevoerd, dat het verloop van de processen uit de vier basisprincipes van crisismanagement wordt beschreven en leerpunten worden aangegeven.	Evaluatie oefening / opschaling		
2.1.13	Verbetercyclus	Leerpunten uit de evaluatie zijn verwerkt in het crisisplan en het OTO-beleid, zodat de PDCA-cyclus aantoonbaar is doorlopen.	Crisisplan OTO-jaarplan		
2.1.14	OTO Toolkit zelfevaluatie	De instelling voert jaarlijks een zelfevaluatie uit met het instrument uit de landelijke OTO Toolkit.	Uittraai resultaat		
2.1.15	Aanbevelingen zelfevaluatie	De aanbevelingen uit de zelfevaluatie zijn verwerkt in een verbeterplan en/of direct herleidbaar in het crisisplan / OTO-jaarplan van de instelling, zodat de PDCA-cyclus is doorlopen.	Crisisplan OTO-jaarplan		

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.2	Opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen	Relevante sleutelfunctionarissen uit de crisisorganisatie zijn voldoende bekwaam om hun taak in de opgeschaalde situatie uit te voeren.	Algemene norm	In de aangegeven normen zijn procedurele eisen gesteld aan het systematisch organiseren van OTO-activiteiten om de bekwaamheid van sleutelfunctionarissen te kunnen borgen. De landelijke OTO Toolkit biedt daarvoor hulpmiddelen.	Convenant OTO
2.2.1	Sleutelfuncties vaststellen	De instelling heeft sleutelfuncties in het crisisplan geïnventariseerd en vastgesteld.	Document		OTO Toolkit
2.2.2	Taakkaarten	De instelling heeft per sleutelfunctie taken uitgewerkt en deze vastgelegd in taakkaarten.	Document	In de OTO Toolkit zijn mogelijke taken per sleutelfunctie voorgesteld. (zie kwalificatieprofielen)	OTO Toolkit
2.2.3	OTO-kaart	De instelling heeft voor iedere sleutelfunctie een OTO-kaart vastgesteld.	Document		OTO Toolkit
2.2.4	Toepassing OTO-kaart	De instelling heeft per sleutelfunctie vastgesteld welke OTO-activiteiten nodig zijn voor de betreffende functionaris om te voldoen aan het kwalificatieprofiel. De OTO-kaarten dienen daarbij als hulpmiddel.	OTO-kaarten		OTO Toolkit

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.2.5	Bemensing sleutelfuncties	De instelling heeft per sleutelfunctie medewerkers benoemd die in de crisisorganisatie een functie vervullen.	Document		OTO Toolkit
2.2.6	Individuele OTO-behoefte	De instelling heeft voor iedere medewerker met een sleutelfunctie vastgesteld welke onderdelen uit het kwalificatieprofiel nog moeten worden ontwikkeld en welke OTO-activiteiten daartoe worden gevolgd.	Document		OTO Toolkit
2.2.7	Aantoonbare bekwaamheid	De instelling kan aantonen hoe de bekwaamheid van sleutelfunctionarissen is gewaarborgd conform de doelstellingen van het OTO-jaarplan. Dat kan bijvoorbeeld door het bijhouden van een individueel portfolio.	Document Individueel portfolio medewerker.		OTO Toolkit
2.3	Kwaliteitsborging van OTO-activiteiten	De kwaliteit van de OTO-activiteiten is geborgd.			
2.3.1	Bekwaamheid van begeleiders	De trainers, oefenleiders en oefenwaarnemers zijn voldoende bekwaam in het begeleiden en evalueren van de OTO-activiteiten.	CV's van docenten, trainers, begeleiders		

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
2.3.2	Kwalificatiegericht opleiden en trainen	De opleidingen en trainingen van sleutelfunctionarissen zijn uitgevoerd conform een lesplan, waarin tenminste zijn omschreven: a. de begintermen; b. de eindtermen; c. de evaluatie.	Lesplan	Het gebruik van begin en eindtermen zorgt ervoor dat wordt aangesloten op het kwalificatieprofiel voor de betreffende sleutelfunctionarissen. De ontwikkeling door opleidingen en training zijn dan aantoonbaar in de evaluatie.	
2.3.3	Effectief oefenen	Een oefening moet zijn uitgevoerd conform een oefenplan, waarin tenminste zijn omschreven: a. de oefendoelen; b. de organisatie / uitvoering van de oefening; c. de evaluatie.	Oefenplan	Door het formuleren van oefendoelen wordt een gerichte keuze gemaakt voor een te oefenen proces en kan het resultaat en eventuele leerpunten aantoonbaar worden gemaakt.	
3	Crisisbeheersing ziekenhuis				
3.1	Specifieke normen	Het ziekenhuis heeft sectorspecifieke processen in het kader van de crisisorganisatie en de OTO-activiteiten vastgesteld.	Algemene norm		

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
3.1.2	Grootschalige slachtofferopvang op de SEH	De SEH oefent tenminste jaarlijks de grootschalige opvang van slachtoffers door simulatie- en/of realistische oefening van (deel)processen. Deelprocessen zijn bijvoorbeeld de registratie van slachtoffers en grootschalige triage.	OTO-jaarplan		
3.1.3	Opvang CBRN slachtoffers	De SEH heeft een procedure voor de opvang en decontaminatie van CBRN-slachtoffers.	Document op de SEH		Leidraad ZIROP
3.1.4	Oefening procedures CBRN	Medewerkers die een specifieke rol hebben bij de decontaminatie van CBRN-slachtoffers oefenen jaarlijks de procedure.	OTO-jaarplan		
3.1.5	Continuïteit acute zorg bij uitval nults- / ICT-voorzieningen	De gevolgen van de uitval van Nuts en ICT-voorzieningen zijn tenminste voor de acute zorg (SEH, IC, OK) in planvorming beschreven.	Document op de SEH	Uitval van Nuts en ICT-voorzieningen kunnen grote consequenties hebben voor de toegankelijkheid van acute zorg in de regio (en daarbuiten).	
3.1.6	Noodscenario	Voor ieder van deze gevolgen is een noodscenario uitgewerkt, waarbij de continuïteit van zorg voor de aanwezige patiënten gewaarborgd wordt door extra maatregelen (bijvoorbeeld aanpassing ter plaatse, interne overplaatsing, overplaatsing naar een ander ziekenhuis of ontslag naar huis).	Document SEH		

Nr	Prestatie	Norm	Toetsing	Toelichting	Bron
3.1.7	Beheer procedures	Bovenslaande procedures zijn uitgewerkt en geborgd in een beheersysteem.	Document-management systeem SEH		
4	<b>Crisisbeheersing GGD</b>				
4.1	Specifieke normen	De GGD heeft sectorspecifieke processen in het kader van de crisisorganisatie en de OTO-activiteiten vastgesteld.			
4.1.1	Relevante deelplannen in het crisisplan	Aan het crisisplan / GROF van de GGD zijn relevante deelplannen toegevoegd. Dit zijn tenminste de opgeschaalde processen: a. IZB: grootschalige infectieziektebestrijding; b. MMK: medische milieukunde; c. PSH: psychosociale hulpverlening; d. GOR: gezondheidsonderzoek bij .	Crisisplan		Model GROF
4.1.2	Oefening deelprocessen	De instelling oefent jaarlijks afwisselend tenminste twee van de vier genoemde deelprocessen door middel van simulatie- en/of realistische oefeningen.	OTO-jaarplan		

# 3

BIJLAGE

## Checklist Zelfevaluatie

### Vragenlijst voorbereiding op rampen en crises door ketenpartners in de zorg

Toelichting antwoordmogelijkheden:

- ja, dat is geregeld; in ontwikkeling
- (i.o.) het onderwerp wordt momenteel aantoonbaar uitgewerkt (er zijn activiteiten bezig)
- nee, dat is niet geregeld.

**Onderwerp 1: de crisisorganisatie**

1.1	Prestatie: de crisisorganisatie en alle daarmee samenhangende procedures zijn beschreven in het crisisplan	Jal./O/Nee
1.1.1	Beschikt de instelling over een actueel crisisplan?	Jal./O/Nee
1.1.2	Is het crisisplan door de raad van bestuur/directie vastgesteld?	Jal./O/Nee
1.1.3	Is in het crisisplan aangegeven wie de beheerder is?	Jal./O/Nee
1.1.4	Is op het crisisplan aangegeven voor welke periode het geldig is?	Jal./O/Nee
1.1.5	Zijn in het crisisplan de taken in het kader van de grootschalige geneeskundige hulpverlening uitgewerkt in een rampenopvangplan?	Jal./O/Nee
1.2	Prestatie: De instelling heeft het proces van melding van een ramp, besluitvorming tot opschaling en de alarmering van de crisisorganisatie in procedures vastgelegd.	
1.2.1	Is in het crisisplan duidelijk vastgelegd waar in de instelling een melding over een ramp (intern/extern) in ontvangst wordt genomen?	Jal./O/Nee
1.2.2	Heeft de instelling een uitraagprotocol, dat aangeeft welke informatie moet worden verzameld?	Jal./O/Nee
1.2.3	Is in het crisisplan vastgelegd welke functionaris(sen) een besluit tot opschaling mag / mogen nemen?	Jal./O/Nee
1.2.4	Heeft de instelling criteria vastgesteld waarop wordt besloten of wordt opgeschaald en in welke mate dat gebeurt.	Jal./O/Nee
1.2.5	Heeft de instelling een procedure voor het alarmeren van het crisis(beleids)team?	Jal./O/Nee
1.2.6	Heeft de instelling een procedure voor het alarmeren van de operationele teams / afdelingen?	Jal./O/Nee
1.2.7	Zijn alarmeringsschema's en bijbehorende lijsten van medewerkers en telefoonnummers actueel?	Jal./O/Nee
1.2.8	Wordt het alarmeringsschema voor het crisis(beleids)team jaarlijks getest (alarmeringsoefening)? Hierbij wordt tenminste getest of de op te roepen medewerkers (telefonisch) bereikbaar zijn en wordt gevraagd binnen hoeveel tijd zij aanwezig kunnen zijn in de instelling.	Jal./O/Nee

1.2.9	Wordt in de alarmeringsoefening de bereikbaarheid en (verwachte) opkomsttijd van de opgeroepen functionarissen geregistreerd?	Jal./O/Nee
1.3	Prestatie: De instelling heeft het proces van opschaling en afschaling in procedures vastgelegd.	
1.3.1	Is in het crisisplan de procedure voor opschaling van de organisatie beschreven?	Jal./O/Nee
1.3.2	Is in het crisisplan vastgelegd welke afdelingen en medewerkers een rol spelen in de crisisorganisatie?	Jal./O/Nee
1.3.3	Is in het crisisplan vastgelegd hoe de besluitvorming is geregeld rond het stopzetten van de reguliere activiteiten?	Jal./O/Nee
1.3.4	Is in het crisisplan vastgelegd welke ruimte wordt ingericht als coördinatiecentrum?	Jal./O/Nee
1.3.5	Voldoet de inrichting van het coördinatiecentrum aan de norm (1.3.5 kwaliteitsticker)	Jal./O/Nee
1.3.6	Is in het crisisplan beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uurbasis gedurende een langere periode kan functioneren?	Jal./O/Nee
1.3.7	Is in het crisisplan vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het besluit tot afschalen van de crisisorganisatie?	Jal./O/Nee
1.3.8	Is in het crisisplan de procedure voor afschaling van de crisisorganisatie beschreven?	Jal./O/Nee
1.3.9	Is in het crisisplan vastgelegd hoe nazorg / posttraumatische begeleiding van medewerkers is georganiseerd?	Jal./O/Nee
1.3.10	Heeft de instelling een plan gemaakt hoe de evaluatie van de rampenopvang wordt georganiseerd en welke informatie daartoe tijdens en na de opgeschaalde situatie moet worden verzameld?	Jal./O/Nee
1.4	Prestatie: het crisis(beleids)team maakt een vast onderdeel uit van de crisisorganisatie van de instelling.	
1.4.1	Wanneer de crisisorganisatie wordt opgeschaald, is dan altijd een crisis(beleids)team operationeel?	Jal./O/Nee
1.4.2	Bestaat de vaste bezetting van het crisis(beleids)team tenminste uit een voorzitter, voorrichter, crisiscoördinator en secretariële ondersteuning?	Jal./O/Nee
1.4.3	Is in het crisisplan de samenstelling van het crisisteam beschreven afhankelijk van het type crisis? Afhankelijk van het scenario worden experts met kennis van het specifieke onderwerp toegevoegd aan het crisisteam	Jal./O/Nee



1.4.4	Is de bereikbaarheid van een voorzitter van het beleidsteam gedurende 24/7 geborgd?	Jal./O/Nee
1.4.5	Is er een crisiscoördinator?	Jal./O/Nee
1.4.6	Is de bereikbaarheid van de crisiscoördinator (of zijn plaatsvervanger) gedurende 24/7 geborgd?	Jal./O/Nee
1.4.7	Zijn in het crisisplan de operationele afspraken met zorgketenpartners, GHOR, Hulpdiensten en leveranciers vastgelegd?	Jal./O/Nee
1.4.8	Geef de volgende verhouding aan: het aantal sleutelfunctionarissen uit de vaste bezetting van het crisis(beleids)team dat een opleiding/training over de basisprincipes van crisisbesluitvorming heeft gevolgd ten opzichte van het aantal sleutelfunctionarissen in deze doelgroep (teller: aantal opgeleiden, noemer: aantal op te leiden sleutelfunctionarissen uit de genoemde doelgroep).	t/n x100% = ..%
1.4.8a	Het aantal sleutelfunctionarissen uit de vaste bezetting van het crisis(beleids)team dat het afgelopen jaar een praktijk- of oefenvaring in een opgeschaalde situatie heeft gehad ten opzichte van het aantal sleutelfunctionarissen in deze doelgroep (teller: aantal beoefende sleutelfunctionarissen dit jaar, noemer: aantal op te leiden sleutelfunctionarissen uit de genoemde doelgroep).	t/n x100% = ..%
1.5	Prestatie: de instelling heeft de interne- en externe communicatieprocessen in verband met de crisisorganisatie in procedures vastgelegd.	
1.5.1	Is in het crisisplan vastgelegd hoe het crisis(beleids)team actueel inzicht verkrijgt in de voortgang van de opgeschaalde processen?	Jal./O/Nee
1.5.2	Is in het crisisplan vastgelegd op welke wijze de registratie wordt uitgevoerd van cliënten die in het kader van de opgeschaalde processen een interventie hebben gekregen en waar (eventueel) naartoe is verwezen?	Jal./O/Nee
1.5.3	Is in het crisisplan vastgelegd hoe de afstemming tussen het crisis(beleids)team en de operationele organisatie is georganiseerd?	Jal./O/Nee
1.5.4	Is in het crisisplan vastgelegd hoe de interne communicatie is georganiseerd? (zie norm 1.5.4 voor de doelgroepen)	Jal./O/Nee
1.5.5	Is in het crisisplan vastgelegd hoe de externe communicatie is georganiseerd? (zie norm 1.5.5 voor de doelgroepen)	Jal./O/Nee

<b>Onderwerp 2: de organisatie van OTO-activiteiten</b>		
2.1	Prestatie: de instelling voert OTO-activiteiten uit volgens een OTO-jaarplancycclus.	
2.1.1	Is het regionaal meejaren OTO-beleid uitgewerkt in het eigen OTO-jaarplan van de instelling?	Jal./O/Nee
2.1.2	Indien beschikbaar: is het regionaal OTO-jaarplan uitwerkt in het eigen OTO-jaarplan van de instelling?	Jal./O/Nee
2.1.3	Is de regionale externe risicoanalyse (van de Veiligheidsregio) verwerkt in de planvorming (crisisplan / OTO-jaarplan)?	Jal./O/Nee
2.1.4	Is de interne risicoanalyse van risicovolle bedrijfsprocessen die binnen de instelling is uitgevoerd verwerkt in de planvorming (crisisplan / OTO-jaarplan)?	Jal./O/Nee
2.1.5	Zijn de afspraken met de DPG over de voorbereiding op rampen en crisis vastgelegd? (Besluit Veiligheidsregio's artikel 5.1).	Jal./O/Nee
2.1.6	Is een OTO-jaarplan voor de eigen organisatie voor dit jaar beschikbaar?	Jal./O/Nee
2.1.7	Voldoet het OTO-jaarplan aan de inhoudsnorm (zie norm 2.1.7 kwaliteitskader).	Jal./O/Nee
2.1.8	Zijn documenten uit de OTO-jaarplancycclus zoals het OTO-jaarplan en OTO-jaanverslag ter beschikking gesteld aan het Traumacentrum en de GHOR?	Jal./O/Nee
2.1.9	Is over de vorige periode een OTO-jaanverslag opgesteld?	Jal./O/Nee
2.1.10	Voldoet het OTO-jaanverslag aan de inhoudsnorm (zie norm 2.1.10 van het kwaliteitskader).	Jal./O/Nee
2.1.11	Is de inzet van de crisisorganisatie bij een oefening of daadwerkelijke opschaling geëvalueerd?	Jal./O/Nee
2.1.12	Zijn in de evaluatie tenminste de uitvoering van de vier basisvereisten melding en alarmering; op- en afschaling; leiding en coördinatie; informatiemanagement van crisismanagement beschreven.	Jal./O/Nee
2.1.13	Zijn de aanbevelingen uit een dergelijke evaluatie vertaald in een plan van aanpak voor verbetering van de eigen voorbereiding op rampen en crises?	Jal./O/Nee
2.1.14	Is een zelfevaluatie met het instrument uit de landelijke OTO Toolkit uitgevoerd?	Jal./O/Nee

2.1.15	Zijn de aanbevelingen uit de zelfevaluatie vertaald in een plan van aanpak voor verbetering van de eigen voorbereiding op rampen en crises?	Jal./O/Nee
2.2	Prestatie: Relevante sleutelfunctionarissen uit de crisisorganisatie zijn voldoende bekwaam om hun taak in de opgeschaalde situatie uit te voeren.	
2.2.1	Zijn alle sleutelfuncties in het crisisplan geïnventariseerd?	Jal./O/Nee
2.2.2	Is voor iedere sleutelfunctie een taakkaart uitgewerkt?	Jal./O/Nee
2.2.3	Is voor iedere sleutelfunctie een OTO-kaart vastgesteld?	Jal./O/Nee
2.2.4	Zijn voor alle sleutelfuncties de OTO-activiteiten vastgelegd bijvoorbeeld in een OTO-kaart?	Jal./O/Nee
2.2.5	Zijn alle sleutelfuncties ingevuld door medewerkers?	Jal./O/Nee
2.2.6	Is voor iedere sleutelfunctionaris de OTO-behoefte vastgesteld?	Jal./O/Nee
2.2.7	Wordt de bekwaamheid voor iedere sleutelfunctionaris bijgehouden, bijvoorbeeld in een individueel portfolio of op de OTO-kaart?	Jal./O/Nee
2.3	Prestatie: de kwaliteit van de OTO-activiteiten is geborgd.	
2.3.1	Worden de OTO-activiteiten uitgevoerd met trainers, oefenleiders, oefenwaarnemers die voldoende bekwaam zijn in uitvoeren en evalueren van de OTO-activiteiten.	Jal./O/Nee
2.3.2	Is voor iedere opleiding en training een lesplan vastgesteld?	Jal./O/Nee
2.3.3	Is voor iedere oefening een oefenplan opgesteld?	Jal./O/Nee
<b>Onderwerp 3: crisisbeheersing ziekenhuis</b>		
3.1	Prestatie: het ziekenhuis heeft sectorspecifieke processen in het kader van de crisisorganisatie en de OTO-activiteiten vastgesteld.	
3.1.1	Zijn aan het crisisplan van het ziekenhuis de genomereerde deelplannen toegevoegd? (zie norm 3.1.1 kwaliteitskader)	Jal./O/Nee

3.1.2	Wordt de grootschalige opvang van slachtoffers op de SEH jaarlijks beoefend? (mogelijk in deelprocessen, zie norm 3.1.2)	Jal./O/Nee
3.1.3	Heeft de SEH een procedure opvang CBRN-besmette slachtoffers?	Jal./O/Nee
3.1.4	Heeft de SEH het afgelopen jaar de opvang van CBRN-besmette slachtoffers (inclusief decontaminatie) geoefend?	Jal./O/Nee
3.1.4a	Geef aan hoeveel medewerkers zijn opgeleid in het uitvoeren van de decontaminatie van CBRN-besmette slachtoffers (teller: aantal opgeleide medewerkers, noemer: aantal medewerkers die bekwaam moeten zijn in het uitvoeren van decontaminatie van CBRN-besmette slachtoffers.	t/n x100% = -%
3.1.5	Heeft de SEH een procedure uitval nutsvoorzieningen, bijvoorbeeld stroomuitval?	Jal./O/Nee
3.1.6	Heeft de SEH een procedure uitval ICT-voorzieningen?	Jal./O/Nee
3.1.7	Zijn bovenstaande procedures opgenomen in een documentbeheersysteem?	Jal./O/Nee
<b>Onderwerp 4: crisisbeheersing GGD</b>		
4.1	Prestatie: de GGD heeft sectorspecifieke processen in het kader van de crisisorganisatie en de OTO-activiteiten vastgesteld.	
4.1.1a	Het GROF deelplan IZB is uitgewerkt.	Jal./O/Nee
4.1.1b	Het GROF deelplan MMK is uitgewerkt.	Jal./O/Nee
4.1.1c	Het GROF deelplan PSH is uitgewerkt.	Jal./O/Nee
4.1.1d	Het GROF deelplan GOR is uitgewerkt.	Jal./O/Nee
4.1.2	Zijn het afgelopen jaar tenminste twee van de vier bovenstaande deelprocessen beoefend?	Jal./O/Nee

# 4

BIJLAGE

## Kwaliteitsvisitatie Crisisbeheersing en OTO

**De zorgsector aantoonbaar voorbereid  
op rampen en crises**

### Werkdocument

Naam instelling

Plaats

Datum visitatie:

Commissie Kwaliteitsvisitatie voorbereiding op rampen en crises

Versie:

## Colofon

**Titel** Kwaliteitsvisitatie voorbereiding op rampen en crises

**Instelling**

**Datum**

**Versie visitatiekader** maart 2013

**Rapporteur**

**Adres**

**Acute Zorgnetwerk**

**Postadres**

**Telefoon**

**Fax**

**E-mail**

Deze visitatie is uitgevoerd door de commissie Kwaliteitsvisitatie aantoonbaar voorbereid op rampen en crises onder auspiciën van Acute Zorgnetwerk.

## Inhoudsopgave

Inleiding	2
Algemeen	4
Het visitatieproces	4
Agenda visitatie	5
Gesprekspartners en gespreksonderwerpen visitatie	8
Te verstrekken documenten ter voorbereiding van visitatie	10
Ter inzage te leggen documenten tijdens de visitatie	11
A. Gegevens visitatie	12
B. Algemene gegevens instelling	12
Onderwerpen visitatie	13
Onderwerp 1: planvorming rond de crisisorganisatie	13
Onderwerp 2: inrichting van de crisisorganisatie	15
Onderwerp 3: opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op rampen en crises	18
Onderwerp 4: OTO-meerjarenbeleid en jaarplancyclus	21
Onderwerp 5: specifieke normen voor ziekenhuizen	24
Onderwerp 6: specifieke normen voor GGD-en	26
Conclusies en aanbevelingen	28
Conclusies en indicatoren	28
Aanvullende conclusies visitatie	30
Aanbevelingen visitatiecommissie	31
Definities	32

## Inleiding

Het voorliggende rapport betreft een rapportage van de visitatie van crisisorganisatie van **Naam Zorginstelling** op **dd maand jjjj**. De visitatie is uitgevoerd door een hiertoe samengestelde commissie vanuit het Acute Zorgnetwerk **Naam Regio**.

### Doel

Een visitatie is een intercollegiale doorlichting van de organisatie van een zorgverleningsproces op locatie (CBO). Daartoe voert een aantal beroepsgenoten een onderzoek uit bij de gevisiteerde instelling en wordt beoordeeld of de crisisorganisatie in de betreffende praktijk volgens de geldende normen is georganiseerd. Aan het einde van de visitatie geven de visiteurs hun feedback en doen zij suggesties ter verbetering. De bevindingen, conclusies en aanbevelingen worden per onderwerp vastgelegd in het visitatierapport. De visitatiecommissie beoordeelt vooral de wijze waarop de crisisorganisatie is ingericht en de medewerkers met een sleutelfunctie op hun taak zijn voorbereid. De visitatiecommissie beoordeelt niet hoe individuele medewerkers functioneren.

### Werkwijze

In dit werkdocument worden drie relevante onderdelen (vragenlijst, gespreksdocument en rapportage) tot één visitatiewerkdocument geïntegreerd. Het werkdocument bevat een checklist van onderwerpen die aan de orde komen in zowel de schriftelijke als mondelinge vragen. Het ingevulde werkdocument vormt uiteindelijk het visitatierapport. Er worden gegevens verzameld over de inrichting van de crisisorganisatie, de werkwijze tijdens de opgeschaalde situatie en de mate van voorbereiding op rampen en crisis door de inzet van opleiden, trainen en oefenen (OTO). De instelling vult de checklist zelfevaluatie in en levert deze met de aangegeven relevante en beschikbare documenten vooraf aan. Op basis van deze gegevens kan de visitatiecommissie zich een beeld vormen over de crisisorganisatie. Dit beeld wordt aangevuld met de gesprekken met de aangegeven gesprekspartners, waarbij tevens een eerste toetsing ontstaat van hetgeen dat op papier als uitgangspunt is gesteld. Het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO is bij deze toetsing het uitgangspunt.

In de gesprekken volgt een trapsgewijze toetsing van de uitgangspunten aan de praktijk van de voorbereiding op rampen en crises. Het is voor deze toetsing van belang dat er 'topdown' wordt gesproken zodat een duidelijk beeld wordt verkregen in hoeverre de beleidsmatige uitgangspunten zijn geborgd in de praktijk.

Het visitatierapport is vertrouwelijk en wordt door de visitatiecommissie alleen aan de contactpersoon en de raad van bestuur of directie van de gevisiteerde instelling verstrekt. De gevisiteerde instelling doet er verstandig aan om vooraf vast te stellen aan wie het rapport ter beschikking wordt gesteld. Daarbij wordt opgemerkt dat publieke instanties onder de Wet openbaarheid van bestuur vallen. Dat betekent dat een rapport in bezit van deze instanties zonder opgave van reden kan worden opgevraagd door bijvoorbeeld de media.

Voor verdere gedetailleerde informatie wordt voor wat betreft het visitatieproces verwezen naar het visitatiereglement kwaliteitsvisitaties voorbereiding op rampen en crises. Voor wat betreft de gehanteerde normen wordt verwezen naar het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises'.

## Algemeen

### Het totale visitatieproces doorloopt de volgende stappen:

#### Afspraak visitatiebezoek

Een visitatie van de instelling komt tot stand in afstemming met het Acute Zorgnetwerk. Er wordt een datum vastgesteld en de ontvangt een dagprogramma, een visitatiereglement en een vragenlijst.

#### Samenstelling van de visitatiecommissie

Het Acute Zorgnetwerk stelt een visitatiecommissie samen. De namen van de leden van de commissie worden aan de instelling medegedeeld. Desgewenst kan de instelling bezwaar maken (zie reglement).

#### Vorbereiding visitatie

De aanvrager ontvangt de vragenlijst, met het verzoek deze zo volledig mogelijk in te vullen. Verder ontvangt men een lijst van aan te leveren documenten. De checklist zelfevaluatie en aanvullende documenten dienen twee weken voor de visitatiedatum in het bezit van het Acute Zorgnetwerk te zijn. De vragenlijst en documenten moeten digitaal worden aangeleverd. Documenten die niet digitaal kunnen worden aangeleverd, moeten in drievoud worden aangeleverd ten behoeve van verspreiding onder de leden van de visitatiecommissie.

#### Visitatie

De visitatie wordt uitgevoerd volgens de agenda (zie hierna). Het is voor het toetsingsproces van belang dat de volgorde van de agenda consequent wordt gevolgd. Desgewenst voegt de visitatiecommissie tijdens de visitatie onderdelen aan het programma toe. De gesprekken worden gevoerd in een vooraf vastgestelde ruimte, die de gehele visitatie ter beschikking moet staan aan de commissie. Vanwege de voortgang van het onderzoek, is het niet toegestaan gesprekken op een andere locatie plaats te laten vinden. Ter afsluiting van de visitatie koppelt de commissie een eerste indruk van haar bevindingen terug aan de gevisiteerde instelling. Dit zijn de voorlopige bevindingen; een conceptverslag van de bevindingen wordt schriftelijk opgeleverd in een visitatierapport.

#### Controle op feitelijke juistheid visitatierapport

De bevindingen van de commissie worden in een visitatierapport vastgelegd. De visiteurs krijgen de gelegenheid om het verslag te controleren op inhoud. Dat leidt tot een tweede conceptverslag. Dit concept wordt toegestuurd aan de gevisiteerde instelling, zodat gesprekspartners het conceptverslag kunnen controleren op feitelijke juistheid. Dit concept is nog niet voorzien van conclusies en aanbevelingen, omdat alleen wordt gecontroleerd op de feitelijke juistheid van de weergave van de verzamelde informatie. Indien binnen een termijn van twee weken geen reactie wordt ontvangen, wordt de conceptrapportage vastgesteld.

#### Opstellen definitief visitatierapport

Conclusies en aanbevelingen worden toegevoegd aan het definitieve visitatierapport (deze zijn vooraf door de betrokken visiteurs op juistheid beoordeeld). Het Acute Zorgnetwerk stuurt het visitatierapport aan de gevisiteerde instelling.

#### Implementatie van de aanbevelingen

Het is de verantwoordelijkheid van de gevisiteerde instelling in hoeverre de aanbevelingen uit het visitatierapport worden uitgevoerd.

## Agenda visitatie

Om een goed beeld te kunnen krijgen van de crisisorganisatie en de borging daarvan in de organisatie is een vast dagprogramma van belang. Het is niet toegestaan zonder overleg met de voorzitter van de visitatiecommissie de volgorde van dit programma te wijzigen.

- 1 11:00 – 11:15 uur**  
Ontvangst van de visitatiecommissie door de crisis coördinator. Bespreken van mogelijke wijzigingen en of aanvullingen in het programma.
- 2 11:15 – 13:00 uur**  
Inzien van de documentatie en onderlinge afstemming van de visitatiecommissie naar aanleiding van de vooraf bestudeerde documentatie (crisisplan, OTO-jaarplan). Tussen 12:30 en 13:00 lunch commissie
- 3 13:00 – 13:30 uur**  
Gesprek met de voorzitter van het crisis(beleids)team (of één van de plaatsvervangers). Van 13:30 tot 13:45 onderlinge nabespreking commissie
- 4 13:45 – 14:30 uur**  
Gesprek met de verantwoordelijke functionaris(sen) voor ontwikkeling en beheer van het crisisplan en OTO-jaarplan (bijvoorbeeld de crisiscoördinator en/of de ROP-coördinator). Van 14:30 tot 14:45 onderlinge nabespreking commissie
- 5a 14:45 – 15:15 uur**  
Visitatie ziekenhuis: gesprek met de organisatorisch manager van de SEH.
- 5b 14:45 – 15:15 uur**  
Visitatie GGD: gesprek met de procesleiders IZB, MMK, PSH, en GOR (of hun plaatsvervangers).

- 6 15:15 – 16:00 uur**  
Onderlinge afstemming visitatiecommissie. Invullen bevindingen, voorlopige conclusies en aanbeveling formuleren.
- 7 16:00 – 16:30 uur**  
Bespreking eerste bevindingen met de crisiscoördinator (waarbij de voorzitter van het crisis(beleids)team aanwezig kan zijn).
- 8 16:30 uur**  
Afsluiting visitatie.

## Gesprekspartners en gespreksonderwerpen visitatie

Vul ter voorbereiding de namen in van de gesprekspartners. Vul zo zorgvuldig mogelijk de titel(s), voorletter(s), achternaam en functie van personen in.

### Activiteit en gespreksonderwerpen

Aanwezig instelling:  
Naam en functie vermelden

#### 1 Ontvangst

- Opening
- Vaststellen van de agenda

#### 2 Onderlinge afstemming visitatiecommissie

- Inzien documenten 'ter inzage'.
- Doornemen van de onderwerpen: alle vragen onder B beantwoorden.

#### 3 Gesprek met de voorzitter van het crisis(beleids)team

- 1.20 Verloop van melding en opschaling in de praktijk.
- 1.21 Vragen naar aanleiding van het crisisplan.
- 2.20 Borging van 24/7 bereikbaarheid voorzitter CBT.
- 2.21 Benoeming in functie van de crisiscoördinator.
- 2.22 Verloop samenstelling en opkomsttijd CBT.
- 3.20 OTO-activiteiten CBT afgelopen jaar.
- 4.20 Afstemming GHOR, afspraken vastgelegd?
- 4.21 Leerpunten diagnose OTO Toolkit.

#### 4 Gesprek met de crisiscoördinator / ROP-coördinator

- 1.22 Actueel houden van alarmeringslijsten.
- 1.23 Vragen naar aanleiding van het crisisplan.

- 2.23 Borging van 24/7 bereikbaarheid CCZ.
- 3.21 Bespreken lijst sleutelfuncties: allen ingevuld?
- 3.22 Bekwaamheid sleutelfunctionarissen.
- 3.23 Bekwaamheid van docenten, trainers, etc.
- 4.22 Bespreking OTO-jaarcyclus.
- 5.20 Ziekenhuis: planvorming deelplannen.
- 5.21 Ziekenhuis: OTO-activiteiten SEH.
- 6.20 GGD: stand van zaken uitwerking deelplannen.
- 6.21 GGD: invulling jaarlijkse oefeningen.

#### 5 Gesprek vertegenwoordigers van afdelingen

- 1.24 Proces van actualisatie alarmeringslijsten.
- 2.24 Ervaringen met CBT tijdens crisissituatie.
- 5.22 Ziekenhuis: oefening grootschalige opvang SEH.
- 5.23 Ziekenhuis: CBRN planvorming en oefening.
- 5.23 Ziekenhuis: handelen bij ICT en stroomuitval.
- 6.22 GGD: ontwikkeling en actualisatie deelplannen.
- 6.23 GGD: invulling van de jaarlijkse oefeningen.

#### 6 Onderlinge afstemming visitatiecommissie

- Bespreken van de onderwerpen.
- Formuleren van conclusies.
- Formuleren van aanbevelingen.
- Voorbereiden van de nabespreking.

#### 7 Nabespreking

- Doornemen van de onderwerpen: beeld van de crisisorganisatie en bevindingen.
- Toelichting procedure visitatierapport.

#### 8 Afsluiting



## Te verstrekken documenten ter voorbereiding van visitatie

Bij deze visitatie worden de volgende documenten aangeleverd door de instelling en meegenomen in de beoordeling door de visitatiecommissie.

<b>1</b>	De ingevulde checklist zelfevaluatie	Ja / Nee
<b>2</b>	Het crisisplan / rampenopvangplan (ROP) inclusief deelplannen	Ja / Nee
<b>3</b>	Het OTO-jaarplan	Ja / Nee
<b>4</b>	Het OTO-jaarverslag	Ja / Nee
<b>5</b>	Overzicht van de vastgestelde sleutelfuncties.	Ja / Nee
<b>6</b>	Overzicht van medewerkers die een sleutelfunctie vervullen.	Ja / Nee
<b>7</b>	Regionaal meerjaren OTO-beleidsplan vastgesteld door het ROAZ.	Ja / Nee
<b>8</b>	Regionale risicoanalyse.	Ja / Nee
<b>9</b>	Een lesplan van een opleidingsactiviteit in het kader van OTO.	Ja / Nee
<b>10</b>	Een oefenplan van een oefenactiviteit in het kader van OTO.	Ja / Nee

## Ter inzage te leggen documenten tijdens de visitatie

Onderstaande documenten dienen, voor zover aanwezig, ter inzage te liggen aan het begin van de visitatie.

<b>1</b>	Evaluaties van OTO-activiteiten en/of daadwerkelijke opschaling van de crisisorganisatie.	Beschikbaar Ja / Nee
<b>2</b>	Interne risicoanalyse.	Ja / Nee

**A Gegevens visitatie**

- 1** Visitatiedatum
- Leden visitatiecommissie De heer/Mevrouw
- 2** Voorzitter
- 3** Lid
- 4** Lid

**B Algemene gegevens instelling**

- 1** Naam instelling
- 2** Bezoekadres: straat en nummer
- 3** Postcode / plaats
- 4** Naam Crisis coördinator (CCZ)
- 5** Telefoonnummer CCZ
- 6** E-mail CCZ

**Onderwerpen visitatie****Onderwerp 1: planvorming rond de crisisorganisatie****Norm**

De instelling beschikt over een actueel crisisplan waarin onder meer de vier basisvereisten van crisisbeheersing zijn beschreven. De vier basisvereisten zijn: melding en alarmering; op- en afschaling; leiding en coördinatie; informatiemanagement.

**A Voorbereidende vragen**

- 1.1** Beschikt de instelling over een actueel crisisplan? Ja / Nee
- 1.2** Is het crisisplan door de raad van bestuur/directie vastgesteld? Ja / Nee
- 1.3** Hoe lang is theoretisch (planmatig de periode dat de crisisorganisatie zou moeten functioneren? aantal uren invullen  uren
- 1.4** Zijn alarmeringsschema's en bijbehorende lijsten van medewerkers en telefoonnummers actueel gehouden? Ja / Nee

**B Nagaan**

- 1.10** Ga de volgende onderwerpen in het crisisplan na:
- a: Door de RvB vastgesteld. Ja / Nee
- b: Beheerder aangegeven. Ja / Nee
- c: Expiratiedatum aangegeven. Ja / Nee
- d: Crisisorganisatie is omschreven. Ja / Nee
- e: Melding. Ja / Nee
- f: Alarmering. Ja / Nee
- g: Criteria en procedure opschaling. Ja / Nee
- h: Criteria en procedure afschaling. Ja / Nee
- i: Samenstelling CBT. Ja / Nee
- j: Vergaderstructuur CBT. Ja / Nee

k: Afstemming tussen CBT en operationele organisatie.	Ja / Nee
l: Toepasbaarheid scenario's.	Ja / Nee
m: Operationele afspraken met GHOR.	Ja / Nee
n: Afspraken met zorgketenpartners.	Ja / Nee
o: Afspraken met andere hulpverleningsdiensten.	Ja / Nee
p: Afspraken met leveranciers.	Ja / Nee

## C Gespreksonderwerpen

**1.20** Voorzitter CBT: hoe verloopt in de praktijk de melding van calamiteiten en het opschalen van de crisisorganisatie (zijn er aandachtspunten gebleken).

**1.21** Voorzitter CBT: bespreek de bevindingen naar aanleiding van de inhoud van het crisisplan (zie 1.10). Stel waar nodig aanvullende vragen.

**1.22** CCZ: hoe worden alarmeringslijsten met telefoonnummers van op te roepen medewerkers actueel gehouden? (licht toe voor het CBT en operationele afdelingen).

**1.23** CCZ: bespreek de bevindingen naar aanleiding van de inhoud van het crisisplan (zie 1.10). Stel waar nodig aanvullende vragen.

**1.24** Afdeling: hoe worden alarmeringslijsten met telefoonnummers van op te roepen medewerkers actueel gehouden?

## D Beschouwing en conclusies

Totaal

**1.30** De instelling beschikt over een actueel crisisplan, dat door de raad van bestuur/directie is vastgesteld.

 Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**1.31** In het crisisplan zijn alle bij 1.10 genoemde processen van crisisbeheersing uitgewerkt.

 Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**1.32** De afspraken met GHOR, zorgketenpartners, hulpverleningsdiensten en leveranciers zijn vastgelegd.

 Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**1.33** De bij het crisisplan horende alarmeringsschema's zijn actueel, zowel voor het crisis(beleids)team als de operationele afdelingen.

 Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

## Onderwerp 2: inrichting van de crisisorganisatie

### Norm

De instelling heeft een crisisorganisatie vastgesteld. Een crisis(beleids)team maakt tenminste deel uit van deze organisatie, waarbij de voorzitter en crisiscoördinator 24/7 bereikbaar zijn.

## A Voorbereidende vragen

**2.1** Bestaat de vaste bezetting van het crisis(beleids)team tenminste uit een voorzitter, voorlichter, crisiscoördinator en secretariële ondersteuning?

Ja / Nee

**2.2** Voor welke scenario's wordt een crisis(beleids)team opgeroepen?

Ja / Nee

**2.3** Is de bereikbaarheid van een voorzitter van het beleidsteam gedurende 24/7 geborgd? Ja / Nee

**2.4** Is er een crisiscoördinator? Ja / Nee

**2.5** Is de bereikbaarheid van de crisiscoördinator (of zijn plaatsvervanger) gedurende 24/7 geborgd? Ja / Nee

**2.6** Wat is de (theoretische) opkomsttijd (in huis) voor het crisis(beleids)team (binnen en buiten kantooruren)?

**2.7** Is dat in de praktijk bevestigd door oefening en/of daadwerkelijke opschaling? Ja / Nee

## B Nagaan

Blijkt uit de toegestuurde documenten dat:

**2.10** De voorzitter van het crisis(beleids)team 24/7 bereikbaar is? Ja / Nee

**2.11** De crisiscoördinator 24/7 bereikbaar is? Ja / Nee

## C Gespreksonderwerpen

**2.20** Voorzitter CBT: hoe is de 24/7 bereikbaarheid rond uw functie geregeld en hoe werkt dat in de praktijk?

**2.21** Voorzitter CBT: hoe is de functie van crisiscoördinator in uw instelling geborgd?

**2.22** Voorzitter CBT: hoe verloopt in de praktijk het samenstellen van de een crisis(beleids)team en de uiteindelijke opkomsttijd?

**2.23** CCZ: hoe is de 24/7 bereikbaarheid rond uw functie geregeld en hoe werkt dat in de praktijk?

**2.24** Afdeling: wat zijn uw ervaringen met het crisis(beleids)team in een opgeschaalde situatie?

## D Beschouwing en conclusies

**2.30** Het crisis(beleids)team heeft een vaste kernbezetting met een voorzitter, voorlichter, crisiscoördinator en secretariële ondersteuning.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

Totaal

**2.31** De bereikbaarheid van een voorzitter van het crisis(beleids)team is 24/7 geborgd.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**2.32** Er is een crisiscoördinator.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**2.33** De bereikbaarheid van de crisiscoördinator (of plaatsvervanger) is 24/7 geborgd.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

### Onderwerp 3: opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op rampen en crises

#### Norm

De instelling zorgt voor een structurele en planmatige voorbereiding van medewerkers die een sleutelfunctie vervullen in de crisisorganisatie.

#### A Voorbereidende vragen

**3.1** Is voor dit jaar een OTO-jaarplan opgesteld? Ja / Nee

**3.2** Zijn alle sleutelfuncties in het crisisplan geïnventariseerd? Ja / Nee

**3.3** Zijn alle sleutelfuncties ingevuld door medewerkers? Ja / Nee

**3.4** Zijn voor alle sleutelfuncties de OTO-activiteiten vastgesteld? Ja/Nee

**3.5** Wordt de bekwaamheid voor iedere sleutelfunctionaris bijgehouden, bijvoorbeeld in een individueel portfolio? Ja/Nee

#### B Nagaan

**3.10** Blijkt uit de ter inzage verstrekte documenten dat de vaste bezetting van het crisis(beleids)team doelgroep is van de OTO-activiteiten?

**3.11** Beoordeel de plannen en evaluaties van de OTO-activiteiten van het afgelopen jaar. Geef aan of deze systematisch zijn georganiseerd op basis van de benodigde competenties van de sleutelfunctionarissen.

#### C Gespreksonderwerpen

**3.20** Voorzitter CBT: welke OTO-activiteiten zijn afgelopen jaar voor uitgevoerd om de bekwaamheid van de leden van het CBT te borgen?

**3.21** CCZ: bespreek de lijst met sleutelfuncties. Zijn alle functies ingevuld door medewerkers? Waar zitten knelpunten?

**3.22** CCZ: bespreek de OTO-activiteiten van de afgelopen periode. In hoeverre en waarom zijn de sleutelfunctionarissen bekwaam tot het uitvoeren van hun taak?

**3.23** CCZ: bespreek op welke wijze de bekwaamheid van trainers, oefenleiders en oefenwaarnemers is geborgd. Zijn zij bekwaam in het begeleiden en evalueren van OTO-activiteiten?

**D Beschouwing en conclusies**

Totaal

**3.30** De sleutelfuncties in het crisisplan zijn geïnventariseerd.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**3.31** Per sleutelfunctie is aangegeven door welke medewerkers deze wordt ingevuld.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**3.32** Per sleutelfunctionaris is aangegeven welke OTO-activiteiten worden gevolgd om de bekwaamheid in de betreffende functie aantoonbaar te borgen.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**3.33** Geef het percentage aan van het aantal sleutelfunctionarissen dat op dit moment aantoonbaar bekwaam is.

Percentage %

**3.34** De OTO-activiteiten zijn uitgevoerd door vakbekwame trainers, oefenleiders, waarnemers.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**3.35** Opleidingen en trainingen zijn volgens een lesplan uitgevoerd.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**3.36** Oefeningen zijn volgens een oefenplan uitgevoerd.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**Onderwerp 4: OTO-meerjarenbeleid en jaarplancycclus****Norm**

De instelling voert een OTO-jaarplancycclus uit op basis van een interne en externe risicoanalyse en het OTO-meerjarenbeleid dat in het ROAZ is vastgesteld.

**A Voorbereidende vragen**

- 4.1** Is een externe risicoanalyse beschikbaar? Ja / Nee
- 4.2** Is een interne risicoanalyse beschikbaar? Ja / Nee
- 4.3** Is regionaal meerjaren OTO-beleidsplan beschikbaar? Ja / Nee
- 4.4** Is een regionaal OTO-jaarplan beschikbaar? Ja / Nee
- 4.5** Is een OTO-jaarplan voor de eigen organisatie voor dit jaar beschikbaar? Ja / Nee
- 4.6** Is over de vorige periode een OTO-jaarverslag opgesteld? Ja / Nee
- 4.7** Is de inzet van de crisisorganisatie bij een oefening of daadwerkelijke opschaling geëvalueerd? Ja / Nee
- 4.8** Is een Zelfevaluatie uitgevoerd met het instrument uit de OTO Toolkit? Ja / Nee
- 4.9** Zijn de afspraken met de GHOR over de voorbereiding op rampen en crisis conform artikel 5.1 van het Besluit Veiligheidsregio's vastgelegd in bijvoorbeeld een convenant? Ja / Nee

## B Nagaan

- 4.10** Ga na of de externe en interne risico-analyse alsmede het regionale OTO-beleid zijn verwerkt in het OTO-jaarplan.
- 
- 4.11** Benoem de speerpunten uit het OTO-jaarplan en het OTO-jaarverslag.
- 
- 4.12** Ga na in hoeverre aandachtspunten uit het jaarverslag zijn verwerkt in het huidige OTO-jaarplan. Is er sprake van een systematische en cyclische aanpak?
- 
- 4.13** Ga na in hoeverre de aanbevelingen uit de Zelfevaluatie uit de OTO Toolkit al zijn opgepakt (waar dat blijkt uit bijvoorbeeld een OTO-jaarplan en/of jaarverslag).
- 

## C Gespreksonderwerpen

- 4.20** Voorzitter: op welke wijze verloopt de afstemming met de GHOR en heeft dit geleid tot afspraken die zijn vastgelegd in bijvoorbeeld een convenant?
- 
- 4.21** Voorzitter: welke leerpunten heeft de instelling opgepakt naar aanleiding van de Zelfevaluatie uit de OTO Toolkit?
- 
- 4.22** CCZ: bespreek de bevindingen uit de onderwerpen bij B (4.10 tot en met 4.13)
- 

## D Beschouwing en conclusies

- |   | Totaal               |
|---|----------------------|
| <b>4.30</b> De instelling heeft een OTO-jaarplan opgesteld.   |                      |
| <input type="text"/> Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]   | <input type="text"/> |
| <b>4.31</b> De instelling heeft een OTO-jaarverslag opgesteld.  |                      |
| <input type="text"/> Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]   | <input type="text"/> |
| <b>4.32</b> Risicoanalyses en regionaal OTO-beleid zijn gebruikt bij het formuleren van OTO-beleid van de instelling. |                      |
| <input type="text"/> Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]   | <input type="text"/> |
| <b>4.33</b> De instelling heeft het afgelopen jaar de Zelfevaluatie uitgevoerd uit de OTO Toolkit.                    |                      |
| <input type="text"/> Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]   | <input type="text"/> |
| <b>4.34</b> De instelling werkt systematisch en cyclisch aan het uitvoeren van het OTO-beleid.                        |                      |
| <input type="text"/> Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]   | <input type="text"/> |

## Onderwerp 5: specifieke normen voor ziekenhuizen

### Norm

De instelling heeft relevante deelplannen van de operationele afdelingen aan het ZiROP toegevoegd. Specifieke functies vallen onder het OTO-beleid.

### A Voorbereidende vragen

- |            |   |          |
|------------|---|----------|
| <b>5.1</b> | Heeft de SEH een procedure opvang CBRN-besmette slachtoffers?                   | Ja / Nee |
| <b>5.2</b> | Heeft de SEH een procedure uitval nutsvoorzieningen, bijvoorbeeld stroomuitval? | Ja / Nee |
| <b>5.3</b> | Heeft de SEH een procedure uitval ICT-voorzieningen?                            | Ja / Nee |

### B Nagaan

- 5.10** Beoordeel in het crisisplan in hoeverre relevante deelplannen zijn uitgewerkt. De volgende processen moeten tenminste zijn uitwerkt:
- |    |   |          |
|----|---|----------|
| a: | Organisatie opvang slachtoffers op de acute zorgafdelingen (SEH, IC, OK, recovery).   | Ja / Nee |
| b: | Organisatie van voorzieningen ten behoeve van grootschalige opvang van licht gewonden (bijvoorbeeld een separate afdeling). | Ja / Nee |
| c: | Laboratorium, rontgen, bloedvoorziening, medicatie, verbandmiddelen.  | Ja / Nee |
| d: | Persopvang.   | Ja / Nee |
| e: | Familieopvang.  | Ja / Nee |
| f: | Slachtofferregistratie.   | Ja / Nee |
| g: | Grootschalige triage van slachtoffers.  | Ja / Nee |

- 5.11** Ga na in het OTO-jaarplan in hoeverre het OTO-beleid voor de SEH staat beschreven. De grootschalige opvang van slachtoffers alsmede de procedure voor opvang van CBRN slachtoffers moeten jaarlijks worden beoefend.

### C Gespreksonderwerpen

- 5.20** CCZ: bespreek de bevindingen naar aanleiding van de beoordeling van de planvorming onder B (5.10).
- 5.21** CCZ: hoe is het OTO-beleid rond de SEH het afgelopen jaar uitgevoerd.
- 5.21** Afdeling: hoe is het afgelopen jaar de grootschalige opvang van slachtoffers op de SEH geoefend?
- 5.22** Afdeling: hoe is het afgelopen jaar de opvang van CBRN-slachtoffers op de SEH geoefend? (gebruik van persoonlijke beschermingsmaatregelen, procedure decontaminatie).
- 5.23** Afdeling: weten medewerkers op de SEH hoe zij moeten handelen bij stroomuitval? En bij uitval van ICT? Wat zijn de consequenties voor het acute zorgproces?



## D Beschouwing en conclusies

	Totaal
<b>5.30</b> Het crisisplan bevat alle relevante deelplannen van kritische processen rond de acute zorg <input type="radio"/> Ja [2] - <input type="radio"/> In Ontwikkeling [1] - <input type="radio"/> Nee [0]	<input type="text"/>
<b>5.31</b> De SEH heeft het afgelopen jaar de grootschalige opvang van slachtoffers geoefend, bijvoorbeeld door een tabletop- en/of realistische oefening. <input type="radio"/> Ja [2] - <input type="radio"/> In Ontwikkeling [1] - <input type="radio"/> Nee [0]	<input type="text"/>
<b>5.32</b> De SEH heeft een procedure voor de opvang van CBRN-slachtoffers <input type="radio"/> Ja [2] - <input type="radio"/> In Ontwikkeling [1] - <input type="radio"/> Nee [0]	<input type="text"/>
<b>5.33</b> De SEH heeft de procedure voor opvang van CBRN-slachtoffers geoefend. <input type="radio"/> Ja [2] - <input type="radio"/> In Ontwikkeling [1] - <input type="radio"/> Nee [0]	<input type="text"/>
<b>5.34</b> De SEH heeft een procedure voor de uitval voorzieningen, zoals stroom en ICT. <input type="radio"/> Ja [2] - <input type="radio"/> In Ontwikkeling [1] - <input type="radio"/> Nee [0]	<input type="text"/>

### Onderwerp 6: specifieke normen voor GGD-en

#### Norm

De instelling heeft relevante deelplannen toegevoegd aan het GROEP betreft de opgeschaalde operationele processen. Specifieke functies vallen onder het OTO-beleid.

## A Voorbereidende vragen

<b>6.1</b> Het GROEP deelplan IZB is uitgewerkt.	Ja / Nee
<b>6.2</b> Het GROEP deelplan MMK is uitgewerkt.	Ja / Nee

**6.3** Het GROEP deelplan PSH is uitgewerkt. Ja / Nee

**6.4** Het GROEP deelplan GOR is uitgewerkt. Ja / Nee

## B Nagaan

**6.10** Ga na in het GROEP in hoeverre de bovenstaande deelplannen daadwerkelijk zijn uitgewerkt.

## C Gespreksonderwerpen

**6.20** CCZ: bespreek de bevindingen uit 6.10

**6.21** CCZ: bespreek hoe de jaarlijkse oefeningen van tenminste twee deelprocessen het afgelopen jaar zijn vormgegeven.

**6.22** Afdeling: hoe zijn het afgelopen jaar de deelplannen tot stand gekomen en/of geactualiseerd?

**6.23** Afdeling: hoe zijn het afgelopen jaar het GROEP beoefend voor de vier deelprocessen?

## D Beschouwing en conclusies

Totaal

**6.30** In het GROEP van de instelling zijn de deelprocessen IZB, MMK, PSH en GOR uitgewerkt in deelplannen.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

**6.31** De instelling heeft het afgelopen jaar tenminste twee van de vier deelprocessen beoefend.

Ja [2] - In Ontwikkeling [1] - Nee [0]

## Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies en indicatoren

	Norm	Vastgesteld
<b>1.</b> Crisisplan / ROP aanwezig	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>2.</b> Processen crisisbeheersing uitgewerkt	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>3.</b> Operationele afspraken met GHOR	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>4.</b> Actuele alarmeringslijsten aanwezig	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>5.</b> Crisis(beleids)team en vaste bezetting geregeld in crisisorganisatie	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>6.</b> Voorzitter CBT 24/7 bereikbaar	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>7.</b> Crisiscoördinator 24/7 bereikbaar	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>8.</b> Sleutelfuncties vastgesteld	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>9.</b> Medewerkers sleutelfuncties vastgesteld	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>10.</b> CBT sleutelfunctionarissen bekwaam	100%	<input type="text"/> %
<b>11.</b> Alarmeringsoefening CBT	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>12.</b> Regionaal OTO beleidsplan / jaarplan	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>13.</b> OTO-jaarplan beschikbaar	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>14.</b> OTO-jaarverslag beschikbaar	Ja	Ja/I.0/Nee
<b>15.</b> Zelfevaluatie ingevuld voor intern gebruik	Ja	Ja/I.0/Nee

### Ziekenhuizen

16.	Relevante deelplannen ZiROP	Ja	Ja/I.0/Nee
17.	Jaarlijkse oefening SEH	Ja	Ja/I.0/Nee
18.	Procedure CBRN opgesteld	Ja	Ja/I.0/Nee
19.	Medewerkers CBRN bekwaam	100%	<input checked="" type="checkbox"/> %

### GGD-en

20.	Relevante deelplannen uitgewerkt	Ja	Ja/I.0/Nee
21.	Jaarlijkse oefening deelprocessen	Ja	Ja/I.0/Nee

### Aanvullende conclusies visitatie

De visitatiecommissie dankt alle betrokkenen voor de deelname aan de visitatie en de inzet en openheid bij de gevoerde gesprekken. Naar aanleiding van de verzamelde feiten uit de gesprekken en de bestudeerde documentatie trekt de visitatiecommissie, in aanvulling op de voorgaande beschouwingen, de volgende aanvullende conclusies. Deze zijn niet limitatief en in willekeurige volgorde gesteld en aanvullend op de voorgaande conclusies gesteld bij onderdeel conclusies en indicatoren op de vorige pagina.

## Aanbevelingen visitatiecommissie

Naar aanleiding van de voorgaande conclusies formuleert de visitatiecommissie de volgende aanbevelingen.

De commissie adviseert

Advies tot hervisite: over  jaar

## Definities

**Continuïteitsplan:** een plan waarin wordt beschreven hoe de instelling de voortgang van verantwoorde zorg regelt in geval van bijzondere omstandigheden, zoals (interne) rampen en crises (bijvoorbeeld bij stroomuitval of een brand).

**Coördinatiecentrum:** een in het crisisplan vastgestelde ruimte van waaruit de crisisbeheersing wordt gecoördineerd en alle voorzieningen daarvoor aanwezig zijn (ook omschreven als actiecentrum of plotkamer).

**Crisis:** (in een zorginstelling) een (zware) noodsituatie waarbij het functioneren van een zorginstelling (ernstig) verstoord raakt en de continuïteit van zorg in het geding kan komen.

**Crisisbeheersing:** het geheel van maatregelen en voorzieningen, met inbegrip van de voorbereiding daarop, dat een zorginstelling in een crisis treft ter handhaving van de continuïteit van zorg.

**Crisisplan:** een beschrijving van de crisisorganisatie van een zorginstelling tijdens een crisis. Het bevat afspraken over structuren, processen en taken/bevoegdheden van de betrokken medewerkers zowel intern als met relevante ketenpartners.

**OTO:** het planmatig opleiden, trainen en oefenen van (sleutel)functionarissen in de zorginstellingen (acuut en overige) en hun onderlinge verhoudingen ten tijde van rampen ter voorbereiding op processen in het kader van crisisbeheersing.

**OTO-kaart:** een hulpmiddel bij het uitwerken van een OTO-programma, waarbij voor iedere sleutelfunctie de gewenste competenties zijn gerelateerd aan kerntaken en vertaald naar OTO-activiteiten, die bijdragen aan de vakbekwaamheid van de betreffende functionaris op zijn taakgebied.

**Ramp:** een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen, dan wel grote materiële belangen, in ernstige mate bedreigd worden, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines vereist is.

**Rampenopvangplan (ROP):** een plan waarin wordt beschreven hoe de instelling zich voorbereidt op de opvang van grotere aantallen slachtoffers.

**Risicoanalyse:** een methode waarbij interne en externe risico's worden gekwantificeerd door het bepalen van de kans dat een dreiging zich voordoet en de gevolgen daarvan. De risicoanalyse is de eerste stap binnen het risicomangementproces.

**Risicobeheersing:** activiteiten die zijn gericht op het voorkomen en verminderen van veiligheidsrisico's.

**Regionaal crisisplan:** een plan waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende crisisorganisaties binnen een veiligheidsregio zijn vastgelegd in het geval van grootschalige incidenten of (veiligheids-)crises. Het plan heeft tot doel de regionale samenwerking van met name brandweer, politie, Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen en gemeenten bij het bestrijden van crises of rampen te verbeteren.

**ROAZ:** In het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. Het doel van het ROAZ is ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Het ROAZ brengt het acute zorgaanbod in de regio in kaart en bedenkt oplossingen als blijkt dat niet aan de gewenste normen wordt voldaan.

**Sleutelfunctionarissen:** die functionarissen, die in een opgeschaalde situatie een functie vervullen. Functionarissen op het operationele niveau doen tijdens crisissituaties vrijwel hetzelfde als tijdens hun reguliere werkzaamheden. Uiteraard moet wel aan OTO worden gedaan om kennis aan te scherpen. Functionarissen

op tactisch en strategisch niveau hebben in crisissituaties over het algemeen een andere (aanvullende, bijzondere en/of coördinerende) taak of komen in een ander proces te werken dan tijdens hun dagelijks werk. Dat vergt aanvullende vaardigheden op het gebied van crisesmanagement waar goed in moet worden getraind.

**Taakkaart:** een samenvatting van de taken die horen bij een bepaalde sleutelfunctie in de crisisorganisatie, meestal uitgevoerd op een (geplastificeerde) kaart. Tijdens opschaling van de crisisorganisatie krijgt de sleutelfunctionaris de taakkaart die bij zijn functie hoort zodat hij weet welke taken moeten worden uitgevoerd.

**Uitvraagprotocol:** een protocol waarmee het aannemen van meldingen over rampen en crises is gestandaardiseerd op basis van vooraf vastgestelde vragen.





landelijk netwerk  
acute zorg

**Colofon**

Auteurs: Werkgroep Kwaliteit & Effectmeting  
Redactie: Bureau LNAZ  
Opmaak: Studio Opmerkelijk, Amersfoort  
Druk: ESED Soest  
Uitgave: Maart 2013