

Rapportage mate van preparatie op crises en rampen

GGDrU

GHOR – Veiligheidsregio Utrecht



**Veiligheidsregio
Utrecht**

vru.nl



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methode	4
3	Bevindingen	5
4	Conclusie	10
5	Bijlage: Suggesties planvorming per bladzijde	11



1 Inleiding

Voor u ligt de (advies)rapportage t.a.v. de mate van preparatie van de GGDrU op crises en rampen. Deze rapportage is tot stand gekomen op basis van de aangeleverde planvorming bij de GHOR Veiligheidsregio Utrecht, als onderdeel van de tweejarige beleidscyclus *crisisplannen* die eind 2023 in het ROAZ is vastgesteld. De aangeleverde planvorming is in deze rapportage enkel getoetst aan het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Bestaande overwegingen van zorgorganisaties om bepaalde prestaties van dit Kwaliteitskader niet uit te werken en het daarmee gepaarde risico te accepteren, zijn hierin niet meegenomen.

Leeswijzer: Conform de wetgeving (wkkgz) wordt in deze rapportage gesproken over een 'zorgaanbieder'. Daar waar zorgaanbieder staat kan ook zorginstelling of zorgorganisatie worden gelezen.



2 Methode

De beoordeling van de individuele crisisplannen is niet het hoofddoel van het beleid *crisisplannen*. Desondanks is er zorgvuldig gekeken naar de mate van preparatie van de individuele zorgaanbieders met als doel bij te dragen aan de algehele preparatie van de zorgketen binnen de Veiligheidsregio Utrecht. De bevindingen in deze rapportage zijn daarnaast gebruikt om de trends en algemene aandachtspunten ten aanzien van de mate van preparatie van de verschillende type zorgaanbieders in beeld te brengen ten behoeve van de wettelijke taak van de DPG. Individuele resultaten worden conform het beleid vertrouwelijk behandeld en niet gedeeld met externe partijen.

- Om de mate van preparatie van de individuele zorgaanbieder te beoordelen, is beoordeeld of de conform de wetgeving verplichte onderdelen aanwezig zijn in het crisisplan.
- De leidraad die de GHOR hanteert voor het beoordelen van de inhoud is het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. In dit Kwaliteitskader zijn tien normen beschreven die de mogelijkheid bieden om te toetsen of er binnen de zorgorganisatie voldoende randvoorwaarden aanwezig zijn, om de continuïteit van zorg tijdens een crisissituatie zo goed mogelijk te waarborgen.
- Per norm zijn er scores toegekend aan de prestaties die hieruit voortvloeien. De score kan een 'ja', een 'ja/nee' of een 'nee' zijn.
 - Bij een 'ja' betekent dit dat er aan de norm is voldaan en dat er geen aanvulling nodig is.
 - Bij een 'ja/nee' heeft de norm nog een geringe aanvulling of verduidelijking.
 - Bij een 'nee' is de juiste uitwerking of beschrijving van de norm onvoldoende teruggevonden in de planvorming.
- De aangeleverde planvorming is gescoord door twee verschillende beoordelaars, waarna er consensus gezocht is over de individueel gescoorde resultaten. Op basis van de toegekende scores is een percentage berekend van het aantal normen waaraan is voldaan. Voor de normen waar nog verbeterpunten zijn, is een advies of aandachtspunt meegegeven.

In overleg met het Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland (NAZMN) is besloten om de normen 8.3, 8.4, 8.7, en 9.2 t/m 9.6 van het kwaliteitskader buiten beschouwing te laten, omdat de huidige in het ROAZ vastgestelde regionale documenten onvoldoende richting geven aan individuele crisisplannen van zorgorganisaties. Vanaf 2026 zal er worden getoetst langs de nieuwe landelijke richtlijnen en de regionale uitwerking daarvan, inclusief een regionaal meerjarenplan voor Opleiden, Trainen, Oefenen (OTO) en landelijke kwalificatieprofielen van sleutelfunctionarissen.

- In bijlage 5.2 zijn tekstuele suggesties en aanbevelingen per bladzijde opgenomen ten aanzien van de aangeleverde planvorming.



3 Bevindingen

Gegevens compleet	Toelichting
Gegevens in GHOR4ALL zijn compleet	n.v.t.
Deel A t/m C zijn aangeleverd	Nee, een continuïteitsplan ontbreekt.
De organisatie heeft de zelfrapportage ingevuld	Ja

Normen Kwaliteitskader	Percentage
1. De organisatie heeft een visie op crisismanagement	100%
Geen opmerkingen.	
2. De organisatie heeft een crisisplan	75%



Normen Kwaliteitskader	Percentage
• <u>Norm 2.6: De risico's (intern, extern of gecombineerd) die kunnen uitgroeien tot een ramp of crisis zijn benoemd.</u> <u>Norm 2.7: De impactgebieden van een ramp of crisis zijn beschreven in het crisisplan.</u> In het kader van de bovengenoemde twee normen is het advies om ook de specifieke risico's en de bijbehorende impactgebieden voor de eigen bedrijfscontinuïteit uit te werken. In de huidige planvorming worden enkel de externe risico's beschreven in het kader van rampenopvang. • <u>Norm 2.8: In het crisisplan zijn de mogelijke kritieke besluiten beschreven die de grootste impact hebben.</u> Een crisisteam moet zicht hebben op kritieke besluiten die een grote impact hebben op de organisatie (bedrijfscontinuïteit en zorgcontinuïteit) en die medebepalend kunnen zijn voor het verloop van een crisis: wel of niet ontruimen; hoe om te gaan met beperkte middelen; het afschalen van zorg; de inzet van extra personeel; welke informatie wordt intern en extern verstrekt. Het is belangrijk dat deze besluiten vooraf zijn doordacht. Het moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn wie dit besluit neemt en wat hiervoor nodig is. Overweeg om de kritieke besluiten vooraf uit te werken en op te nemen in het crisisplan om het besluitvormingsproces te verduidelijken en versnellen mocht zich een incident voordoen. • <u>Norm 2.10: In het crisisplan is vastgelegd hoe een ramp of crisis wordt geëvalueerd, waarbij tenminste de vijf processen aan bod komen.</u> In de huidige planvorming is niet te achterhalen op welke wijze wordt geëvalueerd, er staat enkel dat er evaluaties plaatsvinden. Overweeg om de wijze van evalueren inclusief de vijf processen van crisismanagement op te nemen in het crisisplan. • <u>Norm 2.12: Er is vastgelegd wanneer een evaluatie van een OTO-activiteit kan leiden tot aanpassingen van het crisisplan.</u> Maak expliciet wanneer een OTO-activiteit, en de evaluatie daarvan, kan leiden tot aanpassing van het crisisplan.	
3. De organisatie heeft een procedure voor het proces melding en alarmering	63%



Normen Kwaliteitskader	Percentage
• <u>Norm 3.3: Een melding van een (mogelijke) ramp of crisis wordt volgens een uitvraagprotocol vastgelegd.</u> Bij melding en alarmering via de meldkamer ambulancezorg wordt gebruik gemaakt van de Methane systematiek. Voor interne meldingen vanuit de organisatie is niet vastgelegd of er van een uitvraagprotocol gebruik gemaakt wordt om meldingen in behandeling te nemen. Neem in overweging om dit alsnog uit te werken. • <u>Norm 3.4: In het crisisplan is vastgelegd wat er als eerste moet gebeuren met een melding die kan duiden op een (beginnende) ramp of crisis.</u> Hoe de melding en alarmering verloopt is uitgewerkt voor de processen MMK, GOR, IZB en PSH bij een externe ramp of crisis. Hoe de melding en alarmering voor interne incidenten verloopt is niet beschreven. Dit staat mogelijk beschreven in de BHV-plannen, deze zijn niet inzichtelijk voor de GHOR. Overweeg om in het integrale crisisplan de koppeling (van melding en alarmering) tussen de BHV en het crisisteam te beschrijven. • <u>Norm 3.8: De organisatie heeft een procedure voor het alarmeren bij uitval van voorzieningen.</u> In de planvorming staat opgenomen dat noodalarmering is geborgd in het continuïteitsplan van de MKA. voor een interne crisis of het bereiken van het team <i>crisis paraat</i> is niet duidelijk hoe de procedure bij een uitval van voorzieningen geborgd is. Neem in overweging om in het integrale crisisplan bij alarmering kort te benoemen hoe het proces rondom noodcommunicatie in zijn werk gaat. Kortom: hoe worden de verschillende onderdelen van de crisisorganisatie bereikt bij de uitval van voorzieningen?	
4. De organisatie heeft een procedure voor het proces op- en afschaling	100%
Geen opmerkingen.	
5. De organisatie heeft een procedure voor het proces leiding en coördinatie	89%
• <u>Norm 5.7: In het crisisplan is vastgelegd hoe experts worden betrokken.</u> Er is opgenomen in de planvorming dat het expertteam afhankelijk van de aard van de crisis wordt samengesteld. Wie de mogelijke leden van dit expertteam zijn en hoe zij bereikt kunnen worden is onduidelijk. Om het besluitvormingsproces te versnellen is het raadzaam te overwegen vooraf experts aan te wijzen op basis van het mogelijke scenario (incl. contactgegevens).	
6. De organisatie heeft een procedure voor informatiemanagement	100%
Geen opmerkingen.	



Normen Kwaliteitskader	Percentage
7. De organisatie heeft een procedure voor crisiscommunicatie	100%
Geen opmerkingen.	
8. De organisatie heeft een procedure voor OTO-planvorming en voert jaarlijks de zelfevaluatie uit	11%
• <u>Norm 8.1: De organisatie heeft een visie vastgesteld op welke wijze medewerkers op een sleutelfunctie worden voorbereid.</u> <u>Norm 8.2: De organisatie heeft vastgesteld hoe en met welke frequentie de verschillende processen, die in het crisisplan staan, worden beoefend.</u> In het kader van de bovenstaande twee normen is het raadzaam om een OTO-beleidsplan op te stellen om de kwaliteit van het OTO-programma te borgen. In dit beleidsplan kunnen de uitgangspunten van het OTO-programma worden uitgewerkt, inclusief de frequentie waarin bepaalde processen geoefend dienen te worden om vakbekwaam te blijven. Aan de hand van deze uitgangspunten kan er jaarlijks een OTO-jaarplan worden opgesteld. Momenteel is er enkel een OTO-jaarplan zonder onderliggend beleid. • <u>Norm 8.5: De organisatie voert jaarlijks een evaluatie uit over de OTO-activiteiten in het afgelopen jaar.</u> <u>Norm 8.8: De evaluatie wordt zodanig uitgevoerd dat minimaal het verloop van de vijf processen wordt beschreven en leerpunten worden aangegeven.</u> <u>Norm 8.11: De aanbevelingen uit de zelfevaluatie zijn verwerkt in een verbeterplan of een aanpassing in het crisisplan/OTO-plan van de organisatie, zodat de PDCA-cyclus is doorlopen.</u> De bovenstaande drie normen zijn niet teruggevonden in de planvorming. De zelfevaluatie hoeft niet ingevuld te worden om te komen tot een verbeterplan en/of aanpassing van het crisisplan/OTO-activiteiten. Wel is het goed om uit te werken dat OTO-activiteiten geëvalueerd worden en dat evaluaties aan de hand van de 5 processen van crisismanagement een aanpassing van de planvorming of beleid tot gevolg kunnen hebben (met andere woorden; het doorlopen van een PDCA-cyclus). De 5 processen van crisismanagement zijn: 1. Melding en alarmering, 2. Op- en afschalen, 3. Leiding en Coördinatie, 4. Informatiemanagement, 5. Crisiscommunicatie.	
9. De organisatie borgt de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen	100%
Geen opmerkingen.	
10. De organisatie borgt de kwaliteit van de OTO-activiteiten	100%
Geen opmerkingen.	



Normen Kwaliteitskader	Percentage
Totaal percentage	70%



4 Conclusie

De GGDrU heeft heldere planvorming aangeleverd bij de GHOR dat in lijn is met de regionale planvorming van de VRU. De GGDrU laat met de huidige planvorming zien op papier goed te zijn voorbereid op de taken die voorliggen bij externe rampen en/of crises. Een aandachtspunt is het borgen van de eigen zorgcontinuïteit bij interne incidenten of externe gebeurtenissen die invloed hebben op de continuïteit van de eigen kritieke processen. Zoals eveneens gerapporteerd in de zelfrapportage beschikt de GGDrU momenteel niet over een zorgcontinuïteitsplan. Daarmee voldoet de GGDrU momenteel niet aan de wkkgz.

De normen van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 heeft GGDrU voor 70% behaald. Op zes van de tien normen scoort de GGDrU 100% van de onderliggende prestaties; bij de overige normen is er ruimte voor verbetering. Dit geldt met name voor de onderliggende prestaties van het crisisplan (norm 2) en de procedures voor melding en alarmering (norm 3) en OTO-planvorming (norm 8).

Naar verwachting zal het uitwerken van een continuïteitsplan en de raakvlakken met de BHV en crisisorganisatie (incl. team *crisis paraat*) van de GGDrU bijdragen aan de score op het gebied van norm 2 en 3. Daarnaast kan de borging van de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen beter belegd worden binnen de organisatie door de procedure voor OTO-planvorming (eventueel in samenwerking met de GHOR) uit te werken.

De inhoud van de onderhavige rapportage en de genoemde aandachtspunten zullen onderwerp zijn van de reguliere gesprekken tussen de GHOR en de GGDrU.

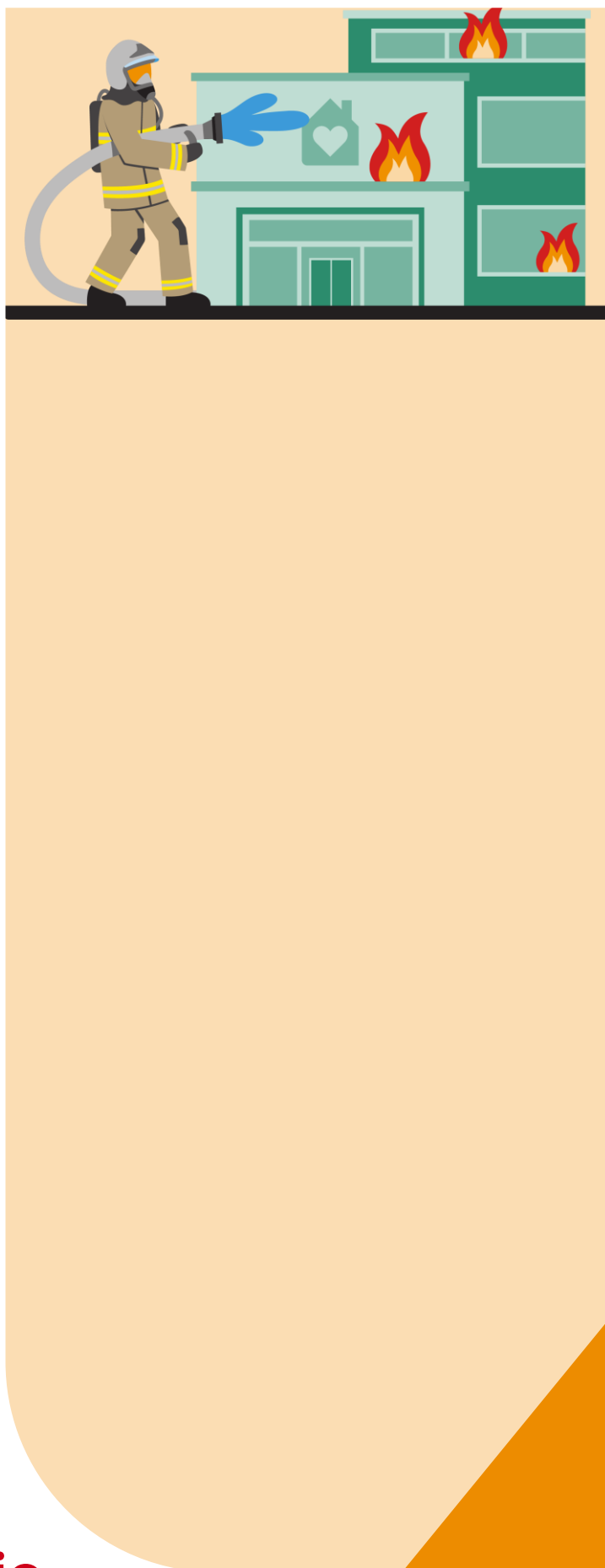


5 Bijlage: Suggesties planvorming per bladzijde

	Paginanummer	Suggestie
1.	Algemeen	Proces crisisorganisatie en melding & alarmering: overal staat "DPG" in de schema's. Is dit daadwerkelijk altijd de DPG of kan hiermee ook de O-DPG worden bedoeld? Mogelijk dat dit in acute situaties en / of buiten kantoor tijd de O-DPG is en bij sluimerende crises de DPG. Advies: kijk hier naar.
2.	Blz. 14	Er staat dat de CriCo een ICo (= 2e CriCo) oproept. Echter gaat er bij het opstarten van LCMS-GZ een INS belronde plaatsvinden, dus de CriCo belt niet zelf een 2e CriCo die de taak van de ICo oppakt. Overweeg om in de planvorming op te nemen dat de ICo die de INS oproep accepteert zich meldt als 2e CriCo.
3.	Blz. 16	Is crisiscommunicatie bij GRIP 2 per definitie een ROT taak of kan de GGD ook eigenstandig (al dan niet in afstemming met..) communiceren?
4.	Blz. 20	Hier staat dat de ACGZ contact onderhoudt met team <i>crisis paraat</i> . In de toekomst kan dit ook de kolomvertegenwoordiger GHOR zijn. Deze informatielijn bij een niet acute crisis zullen we met elkaar moeten uitwerken.
5.	Blz. 20	DPG van dienst heet in regionale planvorming ODPG (operationeel DPG)
6.	Blz. 25	De Cvd-G bestaat niet meer.
7.	Blz. 25	De ICo heeft geen taakkaart / de taken van de ICo staan niet uitgewerkt in de taakkaart van de CriCo.
8.	Blz. 26	Hier staat bovenaan dat de strategisch adviseur GHOR contact houdt met team <i>crisis paraat</i> , en verderop in de uitwerking staat weer ACGZ. Advies: deze afspraken verder uitwerken met VRU en eenduidig opnemen.
9.	Blz. 28	T.a.v. crisiscommunicatie kan er direct contact plaatsvinden tussen de communicatieadviseurs GGD en ROT na toestemming van de ACGZ.
10.	Blz. 29	De Cvd-G bestaat niet meer en is dus geen afstemmingspartner. Ook is het onduidelijk wat er met OvD-G 2 Multi wordt bedoeld.
11.	Blz. 29	Alarmering en opschaling van de L-PSH kan ook lopen via de OvDG.
12.	Blz. 31	E. Procesleider: het is onduidelijk over welk proces dit gaat.



Paginanummer	Suggestie
13. Blz. 37	De werkwijze in bijlage 5 sluit niet langer aan bij de nieuwe werkwijze van het VIC. Daarnaast zijn genoemde telefoonnummers en namen verouderd. Er wordt momenteel gebouwd aan een standaard dashboard waarin casuïstiek op GGD thema's structurele wijze wordt gevolgd in het VIC. Het voorstel is de GGD toegang te geven tot dit dashboard. Advies: neem contact op om dit te regelen en pas bijlage 5 aan o.b.v. nieuwe situatie.



Colofon

Dit is een uitgave van
Veiligheidsregio Utrecht

Redactie: Carissa de Wit
Tekst: Carissa de Wit, Amber Cauwels, Idske Dotinga
8 oktober 2024



Veiligheidsregio
Utrecht

vru.nl