

Inhoudsopgave

1. Managementsamenvatting	2
2. Wanneer is een zorginstelling goed voorbereid?	3
2.1 Interne crisisorganisatie	3
2.1.1 Melding en alarmering	4
2.1.2 Op- en afschaling	5
2.1.3 Leiding en coördinatie	6
2.1.4 Informatiemanagement	7
2.1.5 De OTO-jaarplancycclus	8
2.1.6 Opleiden, trainenen oefenen van sleutelfunctionarissen	9
2.1.7 Kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten	10
2.2 Continuïteit van zorg	11
3. Aan de slag: Implementatie en borging	12
3.1 Intern commitment	12
3.2 Zelfevaluatie	12
3.3 Projectmatig werken	13
3.4 Planvorming	13
3.5 Crisisteam	14
3.6 Opleiden, trainen en oefenen	16
3.7 Borging, beheer en kwaliteit	16
3.8 GHOR4all	17
4. Veiligheidsrisico's in zorginstellingen	18
4.1 Regionaal risicoprofiel	18
4.2 Bedreigingen voor de continuïteit van zorg	18
4.2.1 Sluiting van (delen van) de locatie	18
4.2.2 Groot aanbod van cliënten	20
4.2.3 Verplaatsen van cliënten	21
4.2.4 Tekort aan personeel	22
4.2.5 Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen	23
4.2.6 Logistieke stagnatie	25
4.2.7 Uitbraak infectieziekten	26
5. Verantwoordelijkheden zorginstellingen en overheid	27
5.1 Wet Publieke Gezondheid (WPG)	27
5.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)	27
5.3 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)	27
5.4 Wet Veiligheidsregio's (WVr)	27
5.5 GHOR	28
6. Contact	29

1. Managementsamenvatting

Wanneer is een zorginstelling goed voorbereid op rampen en crises? Dat is het geval als de crisisorganisatie van de zorginstelling op orde is en de zorginstelling in staat is om ook onder bijzondere omstandigheden continuïteit van zorg te garanderen.

De Brabantse Leidraad Zorgcontinuïteit (2010) is geactualiseerd op basis van de landelijke ontwikkelingen tussen 2010-2013. Met de lancering van het landelijk Kwaliteitskader Crisisbeheersing en Opleiden, Trainen, Oefenen (OTO) is voor de acute zorgsectoren beschreven waar deze zorginstellingen aan moeten voldoen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven hierop ook te zullen gaan toetsen.

Hoewel er (nog) geen sprake is van een wettelijke verplichting, dienen ook de niet-acute sectoren (verpleeg- en verzorging, gehandicaptenzorg, GGZ en thuiszorg) hun interne crisisorganisatie op orde te hebben, om zo verantwoorde zorg te kunnen blijven leveren onder bijzondere omstandigheden.

De Brabantse GHOR bureaus hebben, net als in 2010, de handen ineen geslagen en gezamenlijk de vertaalslag gemaakt van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO voor de genoemde niet-acute zorginstellingen. Het resultaat hiervan vindt u in deze vernieuwde leidraad.

Deze leidraad is modulair opgebouwd en geeft antwoord op de volgende vragen:

- **Wanneer is een zorginstelling voldoende voorbereid?**
In dit hoofdstuk staan de prestatie indicatoren beschreven voor de interne crisisorganisatie waaraan u kunt toetsen of uw organisatie voldoende is voorbereid.
- **Hoe bereidt een zorginstelling zich goed voor? Aan de slag: Zelfevaluatie, implementatie en borging.**
Dit hoofdstuk geeft tips, trucs en hulpmiddelen om de voorbereiding op bijzondere situaties te starten, uit te voeren en te borgen.
- **Met welke veiligheidsrisico's in zorginstellingen moet rekening gehouden worden?**
In dit hoofdstuk wordt beschreven welke risico's Noord-Brabant specifiek loopt als het gaat om rampen en crisis. De hulpdiensten bereiden zich voor op deze scenario's. Veel van de scenario's uit het risicoprofiel vormen ook direct een bedreiging voor de continuïteit van uw zorgorganisatie.
- **Welke verantwoordelijkheden hebben zorginstellingen en de overheid?**
In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de (wettelijke) verantwoordelijkheden van zorginstellingen en de overheid. Vanuit verschillende wetten hebben beide partijen een individuele verantwoordelijkheid, maar indien er wordt samengewerkt vergroot dat de kans op continuïteit van uw zorgverlening.

De GHOR faciliteert u door het aanreiken van deze leidraad, maar ook door het organiseren van netwerkbijeenkomsten Zorgcontinuïteit, het online platform RICK (dat inmiddels meer dan 130 leden kent), GHOR4all en het aanbod aan opleidingen, trainingen en oefeningen. Dit zullen we ook de komende periode blijven doen, in het vertrouwen dat we gezamenlijk meer bereiken dan alleen.

Met vriendelijke groet,
mede namens Jan Bleumer, bureauhoofd GHOR Brabant Zuidoost

Jos de Laat
Adjunct directeur
GHOR Brabant-Noord en GHOR Midden- en West-Brabant

2. Wanneer is een zorginstelling goed voorbereid?

De indicatoren en prestaties beschreven in dit hoofdstuk zijn afgeleid van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO. Het kwaliteitskader bevat verplichte prestaties - vertaald naar toetsbare indicatoren - voor de acute zorgsectoren (ziekenhuizen, huisartsen, GGD-en en ambulancediensten). Deze ketenpartners zijn vanaf 2014 verplicht om gefaseerd te voldoen aan deze toetsbare normen. Om de aansluiting tussen de niet-acute zorgorganisatie en de acute zorgorganisaties te bevorderen, hebben we als GHOR het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO voor de niet-acute zorgorganisaties gespecificeerd. Deze leidraad biedt de niet-acute zorgorganisaties een antwoord op de vraag: *wanneer is mijn organisatie 'goed' voorbereid op rampen en crises?* Daarvoor moet ten minste aan twee voorwaarden worden voldaan:

1. de interne crisisorganisatie is op orde;
2. de continuïteit van zorg is gewaarborgd, ook onder bijzondere omstandigheden.

De volledige lijst aan prestaties en indicatoren uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO is tijdens de Netwerkbijeenkomsten Zorgcontinuïteit op 8, 9 en 10 april 2013 met de niet-acute zorginstellingen in Midden- en West-Brabant en Brabant-Noord bediscussieerd. In deze leidraad staan de normen en indicatoren uit het kwaliteitskader, waarvan de deelnemers aan de netwerkbijeenkomsten hebben aangegeven deze óók relevant te vinden voor de sectoren Gehandicaptenzorg, Verpleeg- en verzorging, GGZ en Thuiszorg. De prestaties en indicatoren die in deze leidraad zijn opgenomen zijn daarmee nagenoeg letterlijk afkomstig uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO. Praktisch betekent dit dat de nummering van indicatoren soms niet doorloopt. Daarnaast hebben we zo nu en dan een korte toelichting bij de indicatoren toegevoegd om de meerwaarde hiervan voor uw zorgcontinuïteit te benadrukken (het Kwaliteitskader geeft immers zelf nauwelijks toelichting op de indicatoren).

Definities van begrippen

In het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO (2013), en daarmee ook in de prestaties en indicatoren in deze leidraad, komt een aantal begrippen voor die in de overige basisdocumenten zorgcontinuïteit niet staan omschreven. Deze worden hieronder gedefinieerd:

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.

Crisisbeleidsteam (CBT): Het CBT heeft bij een crisis de leiding en coördinatie op strategisch niveau. Het gaat hier om besluitvorming over de zorgcontinuïteit, een evacuatie of de opvang van de slachtoffers. Het CBT heeft ook de bevoegdheid om in het reguliere proces van de zorginstelling in te grijpen.

Operationeel crisisteam (OCT): Het OCT functioneert op tactisch niveau en is verantwoordelijk voor de interne aansturing van de organisatie. Het coördineert de activiteiten op de werkvloer en de slachtofferstroom.

Crisiscoördinator: De persoon binnen uw organisatie die mandaat en bevoegdheid heeft om de leiding te nemen in een calamiteit of crisissituatie en de contacten onderhoudt met bijvoorbeeld de GHOR.

Informatiemanagement: Informatiemanagement is het effectief en efficiënt organiseren van informatiestromen – de organisatie in, door de organisatie en de organisatie uit – zodat de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar is.

2.1 Interne crisisorganisatie

Op 7 maart 2013 is het *'Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO'* gelanceerd. Hierin staat

beschreven wanneer (acute) zorginstellingen voldoende zijn voorbereid op rampen en crises. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het voornemen om dit kwaliteitskader vanaf 2014 bij de acute zorgorganisaties te gaan toetsen. De elementen uit het Kwaliteitskader die ook gelden voor zorginstellingen uit de niet-acute sectoren (zoals verpleeg- en verzorging, gehandicaptenzorg, thuiszorg en GGZ) zijn in deze leidraad overgenomen. Zoals eerder vermeld wordt de nummering uit het Kwaliteitskader aangehouden, waardoor de nummering in deze leidraad niet overal vloeiend doorloopt.

Een goede voorbereiding houdt in dat een zorginstelling in ieder geval de volgende zaken geregeld heeft:

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

Deze vier processen worden in de paragrafen 2.1.1 t/m 2.1.4 nader toegelicht en genormeerd. In principe staan deze vier processen beschreven in het crisisplan van een zorginstelling. Hieronder volgen eerst de generieke prestaties en indicatoren (normen) die gesteld worden 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 overeen actueel crisisplan.
(Het crisisplan bestaat uit het continuïteitsplan en alle samenhangende plannen en procedures die bijdragen aan de werking en inrichting van de crisisorganisatie).
- 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.
(In principe zou het beheer van het crisisplan moeten liggen bij diegene die contactpersoon is voor de GHOR, óf een medewerker die ook het continuïteitsplan en alle samenhangende plannen en procedures die bijdragen aan de werking en inrichting van de crisisorganisatie beheert).
- 1.1.5 In het crisisplan zijn ten minste de vier basisvereisten voor crisismanagement uitgewerkt. Dit zijn de volgende voorwaarden scheppende processen: meldingen alarmering, op- en afschaling, leiding en coördinatie, informatiemanagement.
(Door uitwerking van deze processen wordt o.a. duidelijk hoe de hiërarchische lijnen binnen de organisatie lopen, hoe de organisatie communiceert ten tijde van een crisis, waar zij haar informatie vandaan haalt voor het nemen van besluiten en welke informatie wordt gedeeld met de GHOR).

2.1.1 Melding en alarmering

Het doel van het proces *melding en alarmering* is het verkrijgen, verifiëren en combineren van gegevens van een incident waarmee de hulp- en inzetbehoefte kan worden bepaald. Het proces omvat dus alle activiteiten die er op zijn gericht om met enige zekerheid, effectiviteit en tijdigheid de juiste eenheden, functionarissen, instanties en andere hulpbronnen te informeren en/of alarmeren.

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

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.
- 1.2.3 Het is vastgelegd welke functionarissen een opschalingsbesluit nemen.
(bij de beschrijving van de crisisorganisatie moet duidelijk zijn wie een besluit mag nemen tot opschaling van de eigen organisatie en wie de bevoegdheid heeft om met de GHOR, brandweer, politie en gemeente te communiceren)
- 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.
(Opschaling houdt in dat binnen de eigen organisatie bepaalde processen en protocollen geactiveerd worden ter bestrijding van bijvoorbeeld een binnenbrand, evacuatie of een uitbraak van een infectieziekte).
- 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 alarmeringsoefening voor het crisis(beleids)team en het operationeel crisisteam. Hierbij wordt ten minste getest of de op te roepen medewerkers (telefonisch) bereikbaar zijn en wordt gevraagd binnen hoeveel tijd zij aanwezig kunnen zijn in de instelling.
(Hiermee wordt de eigen 'telefoonboom' en de bereikbaarheid en opkomst van medewerkers getest. Het is verstandig ook eens na te denken over wat te doen als er op grote schaal sprake is van stroom- of ICT uitval waardoor gegevens niet digitaal beschikbaar zijn.)
- 1.2.9 In de evaluatie van de alarmeringsoefening staat ten minste geregistreerd de (telefonische) bereikbaarheid en de te verwachten opkomsttijd van de opgeroepen medewerkers.
(Middels deze evaluatie kunnen passende maatregelen worden getroffen zoals het organiseren van achterwachten)

2.1.2 Op- en afschaling

Het proces *op- en afschaling* bevat alle activiteiten gericht op het met enige zekerheid, effectiviteit en tijdigheid veranderen van het dagelijkse functioneren van de organisatie naar een opgeschaalde (of juist afgeschaalde) situatie.

In het crisisplan moet duidelijk staan omschreven welke onderdelen van de organisatie worden opgeschaald en onderdeel zullen uitmaken van de crisisorganisatie. Daarbij wordt rekening gehouden met de situatie dat de crisisorganisatie langere tijd actief kan zijn. Het proces van besluitvorming over het stopzetten van de reguliere activiteiten wordt expliciet in het crisisplan beschreven, omdat dit onvermijdelijk consequenties zal hebben voor de continuïteit van dienstverlening. Naast de randvoorwaarden die gesteld worden aan de inrichting van een coördinatiecentrum, moet de instelling ervoor zorgen dat ook de continuïteit van de crisisorganisatie is gewaarborgd, wanneer een calamiteit langer dan 8 uur duurt.

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.

- (Deze criteria en procedure kunnen per disbalans verschillen.)*
- 1.3.2 In het crisisplan is vastgelegd welke afdelingen en medewerkers een rol spelen in de crisisorganisatie.
(Deze afdelingen en medewerkers kunnen per disbalans verschillen.)
- 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.
(In deze ruimte zijn alle actuele procedures en bellijsten in hardcopy beschikbaar. Daarnaast is ook een vaste telefoonlijn wenselijk; zie norm 1.3.5.)
- 1.3.5 De inrichting van het coördinatiecentrum is beschreven op basis van de benodigde materialen om de crisisorganisatie uit te kunnen voeren. Ten minste 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.
(Wie kan binnen de organisatie inschatten dat het risico is geweken en neemt het besluit om weer terug te gaan naar de dagelijkse situatie?)
- 1.3.8 In het crisisplan is vastgelegd volgens welke procedure de afschaling van de crisisorganisatie verloopt.
(Dit houdt het proces in van terugkeer naar de dagelijkse situatie en de herstart van de primaire zorgprocessen.)
- 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.

2.1.3 Leiding en coördinatie

Het proces van *leiding en coördinatie* omvat het in onderlinge samenhang vaststellen van de werkwijze en taken van de crisisorganisatie, het monitoren van de activiteiten en het op basis daarvan beoordelen en bijstellen van de activiteiten gericht op alle disciplines en niveaus van de organisatie.

Er worden minimumeisen gesteld aan de samenstelling van het crisis(beleids)team (CBT). In deze leidraad wordt de term crisis(beleids)team gehanteerd. Afhankelijk van de sector en uw specifieke crisisorganisatie kunnen hiervoor andere benamingen worden gebruikt. Voor het beheersen van elke type crisis is een vaste bezetting van toepassing. Deze vaste bezetting bestaat bij voorkeur uit: een voorzitter, een communicatiemedewerker, een crisiscoördinator en secretariële ondersteuning. De bereikbaarheid en inzetbaarheid 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 operationeel crisisteam nader toegelicht.

Naast de voorzitter van het CBT is de crisiscoördinator de belangrijkste functionaris in de crisisorganisatie. De crisiscoördinator dient het mandaat te hebben van de Raad van Bestuur of directie om een ramp of crisis te coördineren met de daarbij behorende beslissingsbevoegdheid.

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 ten minste uit: de voorzitter; de communicatiemedewerker; de crisiscoördinator; secretariële ondersteuning.
(Het is van belang om een vaste bezetting te hebben in uw crisisteam, echter hoeft deze niet perse uit bovenstaande functionarissen te bestaan. Afhankelijk van uw dagdagelijkse organisatie kunt u ook uw crisisorganisatie inrichten).
- 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.
(Er zijn organisaties –vooral de kleinere- die de bereikbaarheid van deze functionarissen niet kunnen garanderen. Zij dienen deze besluitvorming anders te organiseren.)
- 1.4.5 De instelling heeft een crisiscoördinator, die de (voorbereiding 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.
(Zie toelichting bij 1.4.4.)
- 1.4.7 De instelling heeft in het crisisplan operationele afspraken met relevante partijen vastgelegd. Dat zijn ten minste afspraken met: zorgketenpartners, de GHOR, andere hulpverleningsdiensten zoals politie, gemeente en brandweer, leveranciers.
(In het crisisplan is vastgelegd wat verwacht mag worden van deze partijen en hoe de procedures lopen. Het gaat vooral om praktische zaken, hetgeen betekent dat er niet per se convenanten aan ten grondslag hoeven te liggen.)

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 het crisis(beleids)team wordt geacht deel te nemen aan de crisisorganisatie wanneer ten minste 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 uitgevoerd.
(Voor een crisisorganisatie is het belangrijk dat sleutelfunctionarissen weten wat zij moeten doen. Opleiden, trainen en oefenen zijn daarvoor belangrijke middelen. Het doel is belangrijker dan de inzetfrequentie van het middel. Organiseer daarom naar eigen wens en behoefte het OTO-programma).

2.1.4 Informatiemanagement

Het proces *informatiemanagement* omvat het verkrijgen van alle relevante informatie en deze actief beschikbaar stellen zowel binnen als buiten de organisatie. Concreet betekent dit: de juiste informatie in de juiste vorm en op het juiste moment beschikbaar stellen aan degenen die het nodig hebben. De juiste informatie heeft betrekking op de actuele en relevante aspecten van het incident, de verwachte effecten en de ingezette capaciteiten. Hieronder valt ook de expertise die nodig is voor een effectieve bestrijding binnen de eigen organisatie. De informatie dient toegankelijk te zijn, overzichtelijk en zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Belangrijke aspecten zijn:

1. actueel inzicht in de situatie binnen de eigen organisatie;
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.
(Hieronder vallen onder meer de communicatie- en persprotocollen, de procedure

voor het verstrekken van patiëntinformatie, etc.)

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.
- 1.5.3 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 ten minste 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 ten minste de volgende partners buiten de instelling: GHOR, betrokken hulpdiensten, collega instellingen, medewerkers niet in de instelling aanwezig; cliënten, relaties van cliënten, relevante overheidsinstanties, media.
(Voor de algemene beeldvorming van de buitenwereld over de bestrijding van een incident is berichtgeving in de media van cruciaal belang. Leg daarom in uw crisisplan duidelijk vast door wie en hoe er met de media wordt gecommuniceerd, met inachtneming van de (gemeentelijke) opschalingsprocedure.

2.1.5 De OTO-jaarplancyclus

De crisisorganisatie is structureel in ontwikkeling. Als de crisisorganisatie volgens de PDCA-cyclus (plan – do – check – act) wordt beoefend, dan bieden evaluaties van oefeningen en daadwerkelijke opschalingen informatie waarmee de crisisorganisatie kan worden verbeterd. Het OTO plan geeft hier structuur aan.

Het crisisplan en het OTO-plan staan niet op zichzelf. De planvorming wordt afgestemd op:

1. een interne risico-inventarisatie en evaluatie van de bedrijfsprocessen die van invloed zijn op de continuïteit van zorg.
2. het Regionaal Risicoprofiel van de veiligheidsregio

Prestatie:

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

Normen voor de OTO-jaarplancyclus:

- 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.
(Neem kennis van de regionale risico's, bepaal welke relevant zijn als bedreiging voor de eigen zorgcontinuïteit. Gebruik deze risico's als voorbeeld-incident in oefenscenario's voor de crisisorganisatie. Bijvoorbeeld: hoogwater, griep пандemie, chemische brand.)
- 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.
(Brenge de kritische interne processen in beeld. Hiervoor is voorbeeldmateriaal beschikbaar op RICK, bijvoorbeeld over stroomuitval).
- 2.1.6 De instelling heeft de OTO-activiteiten voor het lopende jaar vastgelegd in een OTO-jaarplan.
(Het OTO jaarplan hoeft niet per se een apart document te zijn, het kan ook een bijlage zijn bij het actuele crisisplan, of een specifieke paragraaf in het algemene opleidingsplan van de instelling. Van belang is dat er door de organisatie budget wordt gereserveerd voor de OTO-activiteiten.)
- 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.
(Het OTO-jaarverslag hoeft geen apart document te zijn, het kan bijvoorbeeld ook een paragraaf zijn in het algemene jaarverslag of een specifieke toevoeging aan het

BHV-jaarverslag.)

- 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.
(Toelichting horend bij 2.1.11, 2.1.12 2.1.13: Destilleer uit de evaluaties verbeterpunten voor het crisisplan en beleg deze bij de beheerder van het betreffende plan(onderdeel). Haal uit reflectie- en observatiegegevens leerpunten voor sleutelfunctionarissen en neem deze mee in de OTO-plannen voor de volgende jaarcyclus. Gebruik deze input bij het kiezen van OTO-activiteiten en het formuleren van leerdoelen.)
- 2.1.14 De instelling voert jaarlijks een zelfevaluatie uit met het diagnose-instrument uit de landelijke OTO-toolkit.
(Het instrument voor zelfevaluatie is geschreven voor gebruik in de acute zorgsector. Daarmee lijkt het diagnose-instrument niet geheel relevant voor de niet-acute sector. Suggestie: gebruik deze aangepaste normenset als zelfevaluatie/checklist.)

2.1.6 Opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen

Het bereiken en onderhouden van de vakbekwaamheid 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.

In het OTO jaarplan beschrijft de organisatie de gekozen OTO activiteiten voor de komende periode.

Streef ernaar om de volgende opbouw door de tijd heen zichtbaar te maken:

- Eerst opleiden, dan trainen, dan oefenen. Begin met het opleiden van sleutelfunctionarissen tot initiële vakbekwaamheid. Leg vervolgens accenten op het verdiepen van inzicht en het versterken van vaardigheden en groei door naar het oefenen van een realistische simulatie van een incident.
- Van eenvoudig naar complex. Laat sleutelfunctionarissen eerst vertrouwd raken met de eigen rol en taak. Wanneer dit het geval is kan de complexiteit van een incident worden toegevoegd in de vorm van inhoudelijke dilemma's en onverwachte wendingen.
- Van klein naar groot. Begin met het oefenen van één team (dit kan middels een table-top oefening), in een later stadium kunnen meer afdelingen, diensten of locaties gezamenlijk beoefend worden.
- Van binnen naar buiten. Wanneer de interne crisisorganisatie succesvol is beoefend kunnen externe partners (zoals brandweer, gemeente, andere zorginstellingen en de GHOR) worden toegevoegd aan een oefening.

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

De landelijke OTO-toolkit (www.ototoolkit.nl) biedt een actueel diagnose-instrument waarmee een instelling een zelfevaluatie kan uitvoeren met betrekking tot de inrichting en voorbereiding van de crisisorganisatie. In de OTO-toolkit zijn hulpmiddelen opgenomen om OTO-activiteiten in een zorginstelling projectmatig te organiseren. Zowel het diagnose-instrument (de checklist zelfevaluatie) als de hulpmiddelen zijn in eerste instantie voor de acute sector ontwikkeld. De geselecteerde normen in deze leidraad zijn natuurlijk ook als Checklist zelfevaluatie te gebruiken.

In het kwaliteitskader is het jaarlijks gebruik van het diagnose-instrument genormeerd, omdat het belangrijke aanwijzingen geeft voor het actualiseren van het crisisplan en het OTO-plan. Het diagnose-instrument is inhoudelijk afgestemd op dit kwaliteitskader en wordt geactualiseerd aangeboden op www.otoportaal.nl.

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

1. benoemen van de sleutelfuncties;
2. vaststellen van de taken per sleutelfunctie;
3. vaststellen van het kwalificatieprofiel per sleutelfunctie;
4. bepalen van het kennis- en ervaringsniveau van de individuele sleutelfunctionarissen. Op basis van deze 'nulmeting' wordt de OTO-behoefte van de crisisorganisatie vastgesteld.

Prestatie:

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

Normen voor het opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen:

- 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.
(Een taakkaart is een korte heldere instructie voor een sleutelfunctionaris, als steun in de rug tijdens een opgeschaalde situatie. Hij geeft antwoord op de vragen: Wat is mijn taak? Wat moet ik doen?)
- 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.
(Toelichting bij 2.2.3 en 2.2.4: De kwalificatieprofielen en OTO kaarten (met daarop vermeld de benodigde OTO activiteiten per sleutelfunctie) zijn ontwikkeld voor de acute sectoren. Hoewel deze hulpmiddelen niet een-op-een over te nemen zijn in de niet-acute sectoren, is de systematiek wel bruikbaar. Het is van belang dat de ZCP/OTO-coördinator per sleutelfunctie beschrijft wat de bijbehorende taken en competenties zijn van een vakbekwame sleutelfunctionaris; en welke OTO activiteiten nodig zijn om het niveau van vakbekwaamheid te bereiken en te houden. Beide punten zijn bouwstenen voor het opstellen van een doelgericht OTO-plan.)
- 2.2.5. De instelling heeft per sleutelfunctie medewerkers benoemd die in de crisisorganisatie een functie vervullen.
- 2.2.7 De instelling kan aantonen hoe de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen is gewaarborgd conform de doelstellingen van het OTO-jaarplan. Dat kan bijvoorbeeld door het bijhouden van een individueel portfolio.
(Het bijhouden van individuele portfolio's en het bieden van de bijbehorende begeleiding is een tijdsintensief proces. Kies een bij de instelling passende manier om de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen door de tijd heen te monitoren en daar waar nodig bij te sturen.)

2.1.7 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 'Effectief oefenen voor de zorgsector' daarvoor worden gebruikt. Instellingen dienen ervoor te zorgen dat sleutelfunctionarissen voldoende tijd krijgen voor de voorbereiding op de uitoefening 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.

2.2 Continuïteit van zorg

Een ramp is veelal niet te ontlopen en de gevolgen kunnen groot zijn. Geen enkele ramp lijkt op de vorige en er zijn veel verschillende variaties mogelijk. Hoe kan een organisatie zich dan toch goed voorbereiden op een ramp? Elke ramp heeft, ongeacht de omvang en de aard van het incident, bepaalde gevolgen die vaak in combinatie met elkaar optreden. Uit de praktijk is gebleken dat er een zevental gevolgen is waarmee een organisatie bij een ramp te maken kan krijgen:

1. Sluiting van (delen van) de locatie
2. Groot aanbod van cliënten
3. Verplaatsen van cliënten
4. Tekort aan personeel
5. Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen
6. Logistieke stagnatie
7. Uitbraak infectieziekten*

* uitbraak infectieziekten is meestal een oorzaak en geen gevolg, maar vanwege de specifieke maatregelen die hierbij nodig zijn, is het wel in het rijtje opgenomen

Deze zeven gevolgen van een ramp kunnen leiden tot een bedreiging van de continuïteit van zorg, bijvoorbeeld door een grotere vraag naar zorg. Wanneer een organisatie goed om kan gaan met de (zeven) gevolgen van een ramp, is de kans groot dat verantwoorde zorg aan cliënten ook bij een ramp gecontinueerd kan worden.

3. Aan de slag: Implementatie en borging

3.1 Intern commitment

Een eerste stap bij het implementeren van deze leidraad rond de continuïteit van zorg is het overtuigen van het management van de noodzaak en het belang van het onderwerp. Het gaat hierbij niet alleen om de wettelijke regelingen waar de organisatie aan moet voldoen maar ook om de maatschappelijke verantwoordelijkheid die een organisatie heeft. Daarnaast blijkt uit de praktijk dat veiligheid een steeds belangrijker onderwerp in de zorg wordt. Cliënten en hun familie stellen steeds hogere eisen aan de veiligheid en willen dat de organisatie hier maatregelen voor treft.

Zelfevaluatie kan een handig hulpmiddel zijn om het management of anderen te wijzen op de verantwoordelijkheden van de organisatie. Met het invullen van de checklist(en) krijgt de instelling een idee of en in hoeverre de organisatie voorbereidingen heeft getroffen voor de continuïteit van zorg.

Betrek het management bij het implementeren van deze leidraad. Het gaat immers om afspraken die van levensbelang kunnen zijn, wanneer de organisatie in nood is. Ook zullen managementleden een belangrijke rol hebben in de crisisorganisatie. We adviseren daarom dat één van de managementleden het onderwerp continuïteit van zorg in de portefeuille opneemt, mocht dat nog niet zijn gebeurd. Hij of zij fungeert dan als opdrachtgever voor het project van implementatie van deze leidraad. De portefeuillehouder kan tevens de andere managementleden op de hoogte houden van vorderingen of (benodigde)besluiten in het managementoverleg mededelen of voorleggen.

Het management van de organisatie kan de randvoorwaarden realiseren die nodig zijn om het project tot een succesvol einde te brengen. Dit betekent dat er mensen en middelen en eventuele andere zaken beschikbaar zijn om met het implementeren van deze leidraad aan de slag te gaan. Een duidelijke projectopdracht helpt hierbij: Wat moet het resultaat zijn? Gebruik hierbij het SMART-principe. (De projectopdracht moet daarmee Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden zijn).

3.2 Zelfevaluatie

Interne crisisorganisatie

De relevante normen uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO voor de niet-acute zorgsectoren, zijn uitwerkt in een Checklist zelfevaluatie. Deze checklist geeft inzicht in de onderwerpen die nog moeten worden opgepakt en/of verder moeten worden uitgewerkt. 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 niet in ontwikkeling.

Zorgcontinuïteit

Zie hieronder de links naar de checklist op de mate van voorbereiding op de zeven disbalansen die de continuïteit van zorg in uw instelling kunnen bedreigen.

1. Sluiting van (delen van) de locatie
2. Groot aanbod van cliënten
3. Verplaatsen van cliënten
4. Tekort aan personeel
5. Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen
6. Logistieke stagnatie
7. Uitbraak infectieziekten

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.

Zie ook hoofdstuk 4 (Bedreiging voor de continuïteit van zorg).

3.3 Projectmatig werken

Om deze leidraad te implementeren wordt geadviseerd om dit projectmatig aan te pakken. Bij het project zullen nogal wat mensen betrokken zijn en worden en onderlinge afstemming is een must. Het project beoogt uiteraard tot het gewenste doel te leiden.

Projectleider

Het is belangrijk dat een projectleider de voortgang bewaakt en de juiste mensen erbij betreft. Hij/zij stemt de verschillende activiteiten op elkaar af en is verantwoordelijk voor de afronding. Voor een zorgorganisatie kunnen bijvoorbeeld de volgende functies in aanmerking komen voor het projectleiderschap: facilitair manager, zorgmanager en coördinator/hoofd BHV.

Projectgroep

De projectleider heeft een projectgroep nodig die bestaat uit functionarissen die een sleutelpositie hebben bij de continuïteit van zorg bij een ramp. Denk hierbij aan functionarissen uit de BHV-organisatie, zorgmanagers, communicatiemedewerkers, medewerkers P&O, medewerkers van de ondersteunende afdeling(en), etc. Elk lid van de projectgroep heeft een eigen aandachtsgebied waar hij of zij in thuis is en zaken kan voorbereiden.

Het is de taak van de projectgroep om, onder leiding van de projectleider, deze leidraad te implementeren. Enerzijds door gebruik te maken van wat er binnen de organisatie al voor handen is, anderzijds door ontbrekende stukken aan te (laten) vullen.

Plan van aanpak

Eén van de eerste dingen die de projectgroep kan doen is het inventariseren van de werkzaamheden en het opstellen van een plan van aanpak. De bovengenoemde checklists kunnende projectgroep helpen om in kaart te brengen welke aspecten van de continuïteit van zorg wel en welke nog niet zijn geregeld. Naar aanleiding van die inventarisatie kan de projectgroep vervolgens de taken verdelen.

Het plan van aanpak zal ook aandacht moeten besteden aan de communicatie van de vorderingen en resultaten van het project. Continuïteit van zorg is een onderwerp dat alle medewerkers aangaat en waarbij alle medewerkers een rol hebben. Hoe meer informatie zij krijgen tijdens het project, hoe meer medewerkers betrokken raken. Ze begrijpen de informatie beter en pakken de plannen beter op. Probeer hierbij de verschillende informatiekanalen binnen de organisatie te gebruiken, zoals (werk)overleggen, informatieborden, folders, het personeelsblad, intranet of internet.

Participatie medewerkers

Alle medewerkers van een zorgorganisatie krijgen te maken met continuïteit van zorg bij een grote calamiteit in de zorginstelling. De afspraken en procedures die een organisatie maakt, moeten voor iedereen logisch en uitvoerbaar zijn. Om dit te bereiken wordt geadviseerd om medewerkers bij het opstellen van de plannen te betrekken. Een afdeling kan bijvoorbeeld zelf een procedure opstellen hoe het de continuïteit van zorg kan realiseren. Ook kan men de ontwikkelde plannen en procedures door medewerkers laten toetsen op toepasbaarheid en uitvoerbaarheid in de praktijk.

3.4 Planvorming

Crisisplan

Het geheel van planvorming ter voorbereiding op crisisbeheersing wordt samengevat onder de term 'crisisplan'. Een crisisplan is een beschrijving van de crisisorganisatie van een zorginstelling tijdens een crisis. Het crisisplan bevat afspraken over structuren, processen en taken/bevoegdheden van de betrokken medewerkers zowel intern als met relevante

ketenpartners.

Zorgcontinuïteitsplan

In dit plan wordt beschreven hoe de instelling de voortgang van verantwoorde zorg regelt in geval van bijzondere omstandigheden, zoals (interne) rampen en crises.

OTO (jaar)plan

In dit plan wordt beschreven hoe de organisatie het planmatig opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen per jaar organiseert.

3.5 Crisisteam

Het crisisteam bestaande uit sleutelfunctionarissen wordt opgeroepen als de medewerkers op de werkvloer de calamiteit niet meer zelfstandig kunnen afhandelen. Bijvoorbeeld vanwege de omvang van het incident (een brand met ontruiming waarvoor extra personeel moet komen) en/of vanwege de impact van de te nemen beslissingen en de communicatie met de pers, familie (bijvoorbeeld bij een vermiste bewoner).

Het crisisteam bestaat meestal uit:

- *Voorzitter*
- *Crisiscoördinator*
- *Leden vanuit hun expertise vanuit de eigen instelling en (eventueel) externe deskundigen*
- *Secretarieel medewerker*
- *Medewerker communicatie*

Het crisisteam is een team van beslissers, dat gaat over het beleid en de coördinatie van de gevolgen van een ramp. Een analyse van de situatie door het verzamelen van betrouwbare informatie is noodzakelijk. Evenals het creëren van de randvoorwaarden en voorzieningen voor het optimaal functioneren van het operationele niveau. Ook anticipeert het team op gebeurtenissen in de (nabije) toekomst door mogelijke scenario's uit te werken. Het crisisteam geeft richting, bereidt voor, realiseert randvoorwaarden en lost knelpunten op. Leden van het team zullen weinig tot niet betrokken zijn bij het daadwerkelijk bestrijden van de calamiteit. Daar zorgt het operationele niveau voor.

Hulpmiddelen:

- vergaderstructuur crisisteam

Sleutelfunctionarissen met een taak in de crisisorganisatie moeten 24 uur per dag, 7 dagen in de week bereikbaar zijn. Iedere organisatie moet dus maatregelen treffen om de 24/7 bereikbaarheid van haar sleutelfunctionarissen te garanderen. Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan communicatiemiddelen als mobiele telefoon, maar ook aan piketroosters, vervanging bij afwezigheid etc.

Het crisisteam zal vaak bijeenkomen om te overleggen. De ruimte waarin het crisisteam zit, moet hiervoor geschikt zijn, met voorzieningen als computers, internet en e-mail faciliteiten, tv, radio op batterijen, fax, telefoon, flip-over, benodigde documenten (o.a. BHV-plan, calamiteitenplan, zorgcontinuïteitsplan).

Bij het verdelen van taken in het kader van crisismanagement is het van belang dat taken aan functionarissen worden toebedeeld in plaats van aan personen. Dit zorgt ervoor dat de crisisorganisatie minder kwetsbaar is. De organisatie komt dan niet in problemen wanneer bepaalde personen op vakantie of ziek zijn. Dit betekent ook dat er voor de sleutelfuncties meerdere functionarissen moeten worden aangewezen die deze taken kunnen uitvoeren.

Sleutelfunctionarissen zijn:

1. Voorzitter van het crisisbeleidsteam (CBT)

De voorzitter van het CBT is binnen de instelling eindverantwoordelijk voor de

integrale veiligheid en de zorgcontinuïteit. Het ligt daarom voor de hand dat de voorzitter van de Raad van Bestuur en diens vervanger deze taak krijgen toebedeeld.

2. **Crisiscoördinator/plancoördinator**

De plancoördinator is verantwoordelijk voor de voorbereiding van de organisatie op crises- of rampomstandigheden. De crisiscoördinator coördineert de primaire en overige bedrijfsprocessen tijdens crises- of rampomstandigheden in de zorginstelling. Beide functies kunnen in een persoon verenigd zijn. De crisiscoördinator fungeert als schakel tussen het strategisch/tactisch en operationeel niveau.

3. **Communicatie-medewerker (c.q. voorlichter)**

Een communicatiemedewerker adviseert het CBT over de crisiscommunicatie, waaronder het formuleren van een communicatiestrategie. Communicatie en voorlichting vereisen onder crisismomstandigheden een andere aanpak dan in een reguliere situatie. Specifieke deskundigheid en vaardigheden zijn daarom gewenst.

4. **Secretariële ondersteuning**

Ondersteuning van het crisisteam met loggen/plotten en notuleren is essentieel. Niet alleen voor de verantwoording achteraf, maar ook om tijdens de crisis te kunnen terugvallen op adequate verslaglegging, zodat iedereen dezelfde informatie heeft en er geen ruimte is voor verschillen in interpretatie.

5. **Experts**

De experts zijn medewerkers met een verantwoordelijkheid op een bepaald gebied, zoals hoofd Zorg, hoofd Bedrijfsvoering, hoofd BHV, hoofd Facilitair. Eventueel kan het crisisteam worden aangevuld met (externe) deskundigen, zoals een verpleeghuisarts of een arts infectieziektebestrijding bij een grootschalige uitbraak van een infectieziekte.

Alleen functies die op enige wijze betrokken zijn bij het incident of de crisis zijn hiervoor relevant, het aantal experts dient tot een minimum beperkt te worden. Experts nemen deel als adviseur.

Binnen de OTO-toolkit zijn kwalificatieprofielen voor sleutelfunctionarissen beschreven. Er is zoveel als mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande structuren. Het betreft functies op zowel strategisch als tactisch niveau:

- Voorzitter crisisbeleidsteam
- Crisiscoördinator/plancoördinator
- Communicatie-medewerker
- Secretariële ondersteuning

Bij de kwalificatieprofielen is naast de typering van de functie, de kerntaken, de bijbehorende werkzaamheden en de uitwerking van de competenties ook in globale termen het gewenste functieniveau toegevoegd.

Medewerkers moeten bereikbaar zijn, maar ze moeten ook over de juiste informatie beschikken. Niet alleen informatie van de ramp, ook de procedures en afspraken die binnen de organisatie gelden, moeten bekend zijn. Een aanbeveling is de samenstelling van een crisismap met belangrijke informatie en/of taakkaarten waarop beschreven staat welke taken iemand heeft. Hierbij geldt dat sleutelfunctionarissen behoefte hebben aan meer en specifieke informatie dan de overige medewerkers. Sleutelfunctionarissen zullen bepaalde documenten van de organisatie nodig hebben, zoals plattegronden, het calamiteitenplan, het ontruimingsplan, het zorgcontinuïteitsplan, bereikbaarheidsgegevens van andere sleutelfunctionarissen, etc. Overige medewerkers hebben mogelijk voldoende aan een kaart waarop staat wat hun specifieke taken bij een ramp zijn en waar ze meer informatie hierover kunnen verkrijgen.

Werkwijze van de hulpdiensten en overheid

De crisisorganisatie van een zorginstelling krijgt bij een calamiteit al snel te maken met de hulpdiensten en de (lokale) overheid. Afstemming tussen de interne crisisorganisatie, de

externe hulpverleners en de overheid is bij een ramp van levensbelang. Denk hierbij aan een BHV-medewerker die de brandweer bij de ingang opvangt om precies uit te leggen waar de brand is. Of de Algemeen Commandant Geneeskundige Zorg (ACGZ) van de GHOR die contact heeft met het crisisteam over de continuïteit van zorg. Sleutelfunctionarissen van de organisatie moeten dus weten met welke functionarissen van de hulpdiensten en overheid ze te maken kunnen krijgen. Meer informatie hierover staat in de opschalingsstructuur die u vindt in het regionaal crisisplan.

3.6 Opleiden, trainen en oefenen

Implementatie van de gemaakte afspraken en procedures is essentieel. Het opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen om hun taken bij een ramp uit te kunnen voeren is hierbij belangrijk.

Bij opleiden, trainen en oefenen wordt al heel snel aan een ontruimingsoefening gedacht. Maar er zijn nog veel meer manieren om op te leiden, te trainen of te oefenen (OTO). De volgorde is belangrijk. Eerst moeten medewerkers weten wat ze moeten doen (opleiden). Dan pas kunnen ze hun kennis in praktijk brengen en blijven herhalen (trainen). Als laatste komt pas het oefenen 'in het echt', met een realistisch scenario. Bij een real-life oefening kan de GHOR worden betrokken. Zij hebben veel ervaring met oefenen en kunnen adviseren bij de oefening.

Het organiseren van een goede oefening is niet eenvoudig. Een oefening legt veel beslag op de medewerkers en de cliënten. Een crisisoefening brengt mogelijk ook veel onrust bij de cliënten. Grootschalige rampenoefeningen moet je dus niet te vaak (willen) doen. Er zijn ook andere manieren van oefenen:

- Procedures checken: kloppen alle nummers van de telefoonlijst nog, werkt de bereikbaarheidsdienst, weten medewerkers wat hun taak is bij een ramp?
- Alarmeringsoefening: hoelang duurt het voordat alle sleutelfunctionarissen van de instelling zijn geïnformeerd? Is de informatie goed overgekomen?
- Casusbespreking: 'droog oefenen' met het crisisteam of een afdeling waarin een casus of scenario wordt besproken en iedereen aangeeft wat hij of zij in de praktijk zou doen.
- Afdeling ontruimen zonder tijdsdruk: de medewerkers van een afdeling brengen alle cliënten naar de verzamelplaats, zonder tijdsdruk en zonder paniek. Zijn er voldoende mobiliteitsmiddelen om de cliënten te vervoeren? Weten alle medewerkers wat ze moeten doen?
- Organiseer: 'De week van de zorgcontinuïteit', een week waarin er met verschillende activiteiten aandacht is voor de continuïteit van zorg.
- Sluit aan bij opleidingen of trainingen die er al zijn, zoals de opleiding voor BHV'ers.

De hulpdiensten en de overheid trainen en oefenen ook regelmatig hun procedures en plannen. Mogelijk kan een zorgorganisatie aansluiten bij een dergelijke oefening of bij een oefening in een andere zorginstelling. Een oefening samen met de gemeente is ook mogelijk. Stem voor deze oefeningen af met de GHOR en/of met de ambtenaar Openbare Orde en Veiligheid van de gemeente. Ook hierbij geldt dat de medewerkers eerst opgeleid en getraind moeten zijn voordat een organisatie aan een dergelijke oefening mee kan doen.

3.7 Borging, beheer en kwaliteit

Zorg ervoor dat de verantwoordelijkheid voor de interne crisisorganisatie en zorgcontinuïteit aan één functionaris wordt toegewezen. (bv facilitair manager, zorgmanager, coördinator/hoofd BHV).

Beheer

De inhoud van het crisisplan en het zorgcontinuïteitsplan kan in de loop van de tijd wijzigen. Door verbouwingen, het wijzigen van telefoonnummers of afspraken en wijzigingen in de organisatiestructuur kan een plan niet meer aansluiten bij de realiteit. Om dit te voorkomen zal een functionaris het plan moeten beheren. Onder beheer van een plan vallen onder

andere de volgende activiteiten:

- verspreiden van het plan;
- overzicht bijhouden van de bezitters van het plan en/of de plekken waar het plan is (op afdelingen);
- gegevens, telefoonnummers, procedures en afspraken (laten) checken op actualiteit;
- wijzigingen in het plan doorvoeren en nieuwe versies uitbrengen;
- materialen of middelen onderhouden die worden ingezet bij zorgcontinuïteit.

Kwaliteitssysteem

De Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt globale eisen aan de zorg. Naast het leveren van verantwoorde zorg in alle omstandigheden is een op kwaliteit gericht beleid en het gebruik van kwaliteitssystemen van belang bij continuïteit van zorg. Het opnemen van het onderwerp zorgcontinuïteit in het kwaliteitssysteem van de zorginstelling is een handige manier om het onderwerp in de organisatie te borgen en onder de aandacht te houden. Op deze manier komt het onderwerp zorgcontinuïteit onder andere terug in de beleidscyclus van de organisatie, in de functie-eisen van de medewerkers, op de agenda van de directie en bij de voorbereidingen die de BHV-organisatie treft. Het kwaliteitssysteem herinnert de organisatie aan de regelmatig terugkerende aspecten van zorgcontinuïteit zoals het actualiseren van plannen, communiceren, opleiden, trainen en oefenen.

3.8 GHOR4all

Voor informatie-uitwisseling tussen een zorginstelling en de GHOR beschikt de GHOR over de applicatie GHOR4all waarmee relevante informatie over de zorginstelling op het gebied van zorgcontinuïteit vastgelegd kan worden. GHOR4all geeft inzicht in belangrijke organisatiegegevens, zoals NAW-gegevens, contactpersonen, capaciteitsgegevens en specificaties van bewonersgroepen. De contactgegevens van een crisiscoördinator of crisismanager die 24 uur per dag bereikbaar is, zijn er ook in te vinden. Ook geven zorginstellingen aan of er opvangcapaciteit is als er collega instellingen in de problemen komen.

Deze gegevens zijn van belang om een crisis gecoördineerd te kunnen bestrijden. Een periodieke update zorgt ervoor dat zowel zorginstellingen als hulpdiensten steeds over up-to-date informatie beschikken waarvan zowel de instelling en cliënten als de hulpdiensten voordeel hebben als er zich een crisissituatie voordoet.

Deze applicatie wordt door zorginstellingen zelf gevuld en geeft een actueel beeld van de (locaties van) zorginstellingen. Tijdens een ramp kan de GHOR deze informatie raadplegen en doorgeven aan bijv. de brandweer, de gemeente of de directeur Publieke Gezondheid.

Zoals hierboven gesteld, is de GHOR verantwoordelijk voor het verschaffen van actuele informatie over de ketenpartners tijdens een ramp. Het is bijvoorbeeld belangrijk om, als er een gifwolk overdrijft, te weten welke instellingen binnen het effectgebied van de wolk liggen, hoe deze instelling 24/7 te bereiken is en hoeveel cliënten er zijn en of die mobiel zijn of bedlegerig.

Het belang van het vullen van GHOR4all door een zorginstelling voor actuele informatie bij rampen mag hiermee duidelijk zijn.

4. Veiligheidsrisico's in zorginstellingen

4.1 Regionaal risicoprofiel

Het regionaal risicoprofiel is een inventarisatie en analyse van de in een veiligheidsregio aanwezige risico's, inclusief relevante risico's uit aangrenzende gebieden. De risico-inventarisatie omvat een overzicht van de aanwezige risicovolle situaties en de soorten incidenten die zich daardoor kunnen voordoen. In de risicoanalyse worden de geïnterpreteerde gegevens nader beoordeeld, vergeleken en geïnterpreteerd. Op basis van de conclusies kan het bestuur van een veiligheidsregio strategische beleidskeuzes maken over de ambities voor de risico- en crisisbeheersing. Deze ambities worden vastgelegd in het crisisplan van een veiligheidsregio.

Iedere veiligheidsregio schrijft dus zijn eigen regionale crisisplan, toegespitst op de eigen situatie. Het Referentiekader Regionaal Crisisplan geeft daarvoor richtlijnen. Daarmee wordt gewaarborgd dat alle crisisplannen uniform worden opgesteld en dat alle regionale crisisbeheersingsorganisaties op gelijke wijze worden ingericht. Binnen de provincie Noord Brabant hebben de drie veiligheidsregio's elk een risicoprofiel en een crisisplan

- Regionaal risicoprofiel regio Midden- en West-Brabant
- Regionaal risicoprofiel regio Brabant-Noord
- Regionaal risicoprofiel regio Brabant Zuidoost

Hoewel er verschillen zijn tussen de risicoprofielen van de drie veiligheidsregio's in Noord Brabant is de conclusie, dat er zich in alle drie de regio's meerdere scenario's kunnen voordoen waarbij de continuïteit van zorg onder druk staat.

Meer informatie is te vinden in het Regionaal Crisisplan van uw veiligheidsregio:

- Regionaal Crisisplan Midden- en West-Brabant
- Regionaal Crisisplan Brabant Noord
- Regionaal Crisisplan Brabant Zuidoost

4.2 Bedreigingen voor de continuïteit van zorg

Geen enkele ramp lijkt op de vorige en er zijn veel verschillende variaties mogelijk. Juist daarom is het onmogelijk om draaiboeken en plannen te ontwikkelen die bij alle verschillende soorten rampen toepasbaar zijn. Maar een organisatie kan zich wel voorbereiden op de gevolgen van een ramp. Elke ramp heeft, ongeacht het type of de omvang, bepaalde gevolgen die, vaak in combinatie met elkaar, optreden. Uit de praktijk is gebleken dat er een zevental gevolgen is waarmee een organisatie bij een ramp te maken kan krijgen (Link naar Leidraad COBRA, oktober 2012) :

1. Sluiting van (delen van) de locatie
2. Groot aanbod van cliënten
3. Verplaatsen van cliënten
4. Tekort aan personeel
5. Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen
6. Logistieke stagnatie
7. Uitbraak infectieziekten*

* uitbraak infectieziekte is meestal een oorzaak en geen gevolg, maar vanwege de specifieke maatregelen die hierbij nodig zijn, is het wel in het rijtje opgenomen.

4.2.1 Sluiting van (delen van) de locatie

Ontruimen en evacueren

Het sluiten van (delen van) een locatie van een zorginstelling is nodig als cliënten niet langer in (dat deel van) de locatie kunnen blijven. Bijvoorbeeld door de aanwezigheid van

giftige dampen, wateroverlast, brand of langdurige stroomstoring. In een dergelijke situatie zal de organisatie de locatie ontruimen en de cliënten evacueren. Cliënten gaan naar een ander deel van de locatie, een andere locatie of naar een speciale opvanglocatie die hiervoor door de gemeente beschikbaar wordt gesteld.

Sluiting van (een deel van) de locatie betekent dat cliënten tijdelijk niet in de eigen, vertrouwde omgeving kunnen blijven. Ook de spullen die cliënten normaal om zich heen hebben zullen in veel gevallen achter blijven. Hetzelfde geldt voor het materiaal en de middelen die de medewerkers nodig hebben bij de zorgverlening (medicijnen, zorgdossiers, hulpmiddelen). Sluiting van (een deel van) de locatie betekent dus anticiperen op een nieuwe situatie waarin de cliënten verzorgd of verpleegd moeten worden.

Sluiting van de locatie kan van korte maar ook lange duur zijn. Wanneer een gebouw of een gebied acuut ontruimd dient te worden voor enkele uren, spreken we van een ontruiming. Wanneer een gebied geëvacueerd moet worden dienen de evacués er rekening mee te houden de nacht elders door te brengen. Een korte evacuatie betreft de opvang van een periode van minder dan 24 uur. In een dergelijke situatie zal de zorginstelling al meer in het werk moeten stellen om de levering van verantwoorde zorg te kunnen continueren, dan bij een ontruiming. Onder een langdurige evacuatie valt een evacuatie die langer dan 24 uur duurt. Wanneer een organisatie te maken krijgt met een langdurige evacuatie zullen er meer materialen, middelen en voorzieningen nodig zijn om verantwoorde zorg te blijven geven.

Opvangcapaciteit

Wanneer een organisatie haar cliënten tijdelijk elders onder moet brengen bij een andere afdeling of locatie, is het noodzakelijk te weten waar welke capaciteit beschikbaar is, om cliënten in noodsituaties op te vangen.

Zorginstellingen dienen bij voorkeur terug te vallen op andere locaties van dezelfde zorginstelling, maar dat is zeker niet altijd mogelijk of toereikend. Dan dient een beroep te worden gedaan op een andere zorginstelling die dezelfde zorg levert. Daarom is het van belang om in beeld te hebben hoeveel cliënten (tijdelijk) opgevangen kunnen worden op een bepaalde locatie. In GHOR4all zijn deze gegevens voor de hele regio beschikbaar.

Ook de gemeente kan een rol spelen bij het bieden van opvangcapaciteit. De gemeente heeft als taak binnen de rampenbestrijding om de opvang en verzorging van slachtoffers en/of betrokkenen te regelen. In dit kader hebben gemeenten plannen opgesteld en afspraken gemaakt met (mogelijke) opvanglocaties binnen de gemeente (vaak een sporthal of verenigingsgebouw). Cliënten van een zorgorganisatie vormen echter een aparte doelgroep. Zij zijn niet zelfstandig, maar afhankelijk van zorgverleners en hulpmiddelen. Opvang langer dan een paar uur in een gemeentelijke opvanglocatie is voor deze groep dus geen optie. Het is aan te raden om hierover samen met andere zorginstellingen in de gemeente afspraken te maken. Naast de behoefte vanuit zorginstellingen om met de gemeente afspraken te maken wil de burgemeester ook graag op de hoogte zijn van de maatregelen en voorzieningen die instellingen treffen om de zorg bij een ramp te continueren, dit vanuit zijn/haar verantwoordelijkheid voor het welzijn van de inwoners in de gemeente.

Cliëntgegevens en zorgdossiers

De organisatie denkt bij sluiting van een locatie eerst aan het in veiligheid brengen van cliënten en medewerkers. Cliëntgegevens (contactgegevens familie) en zorgdossiers (zorgafspraken, behandelmethoden, medicatie en medisch dossier) zijn ook zeer belangrijk voor het continueren van verantwoorde zorg. Deze gegevens kunnen namelijk voor de cliënten van levensbelang zijn. Deze cliëntinformatie moet bij een ramp beschikbaar zijn voor de zorgverleners, ongeacht waar de cliënt zich bevindt. Een tweetal vragen is hierbij belangrijk: Zijn cliëntgegevens en/of zorgdossiers eenvoudig mee te nemen? Kan iemand de dossiers buiten de locatie ook (digitaal) inzien?

Bij een evacuatie moeten de cliëntgegevens en zorgdossiers overdraagbaar zijn aan de

zorgverleners van de locatie of organisatie die de cliënten opvangt. Het is hierbij belangrijk dat de zorgorganisatie de juiste cliëntinformatie aan de juiste cliënt koppelt. De medewerkers van de eigen locatie kennen de namen van de cliënten wel, maar dit geldt niet voor andere zorgverleners. Er is een aantal manieren om de naam en eventueel het nummer van het zorgdossier van een cliënt zichtbaar te maken bijvoorbeeld cliënten polsbandjes (ziekenhuisbandjes) of naamkaartjes laten dragen, kijken naar de naamlabel in de kleding van de cliënten of naam en nummer op de hand van de cliënt schrijven.

De organisatie moet ervoor zorgen dat cliëntgegevens en zorgdossiers tijdens of vlak na een ramp beschikbaar en overdraagbaar zijn. Daarom wordt geadviseerd om een medewerker of afdeling van de organisatie hiervoor verantwoordelijk te stellen. Deze medewerker of afdeling kan voorbereidende maatregelen treffen en deze taak in de noodprocedures opnemen. Op die manier wordt geborgd dat bij een ramp de cliëntgegevens en zorgdossiers worden overgedragen aan de zorgverleners in de locatie die de cliënten opvangt.

Medewerkers

Medewerkers moeten bij een evacuatie of ontruiming eerst de cliënten en zichzelf in veiligheid brengen. De bedrijfshulpverleningsorganisatie speelt dan een belangrijke rol. De taken en bevoegdheden van de verschillende medewerkers bij een dergelijke procedure zijn in de BHV-plannen beschreven.

Bij sluiting van (delen van) de locatie krijgen niet alleen cliënten maar ook medewerkers te maken met een bijzondere situatie en een andere (werk)plek. Het is vanzelfsprekend dat zorgverleners van de locatie in nood de cliënten begeleiden naar de afdeling, locatie of organisatie die de cliënten opvangt. Voor de cliënten is het prettig om in deze vreemde situatie vertrouwde gezichten te zien. Bovendien zijn deze zorgverleners goed op de hoogte van de zorg die deze cliënten behoeven. In de nieuwe omgeving van de opvanglocatie zullen de medewerkers zich richten op het continueren van verantwoorde zorg. Een van de medewerkers moet worden aangewezen om de randvoorwaarden hiervoor te regelen. Denk aan medicijnen, materialen, hulpmiddelen, zorgdossiers, samenwerking met andere zorgverleners, inzet van extra zorgverleners, etc. Zo kunnen de medewerkers de zorg zo snel en goed mogelijk continueren.

Middelen

Bij sluiting van (delen van) de locatie en het evacueren van cliënten kunnen sommige ogenschijnlijk eenvoudige middelen veel waarde hebben. Voorbeelden zijn zaklampen, cellofaandekens en (pols)bandjes of naambordjes. Het beschikbaar hebben van deze simpele middelen op de juiste plekken kan veel ongemak wegnemen.

- Checklist disbalans 1

4.2.2 Groot aanbod van cliënten

Een groot aanbod van cliënten, van de eigen of een andere locatie of organisatie is een logisch gevolg van het sluiten (van delen) van een locatie. De organisatie moet andere opvang regelen. De organisatie die de opvang realiseert zal het grote aanbod van cliënten moeten organiseren en hierover afstemmen met de organisatie in nood.

Actuele gegevens

Het is goed dat organisaties onderling afspraken maken over de opvang van cliënten en de capaciteit die ze hiervoor hebben. Ze moeten deze gegevens bovendien actueel houden. Soms kunnen er grote wijzigingen zijn in deze opvangcapaciteit omdat een organisatie bijvoorbeeld aan het verbouwen is. Grote wijzigingen in de opvangcapaciteit moeten organisaties doorgeven aan elkaar en dienen verwerkt te worden in GHOR4all.

Organisatie

Een zorginstelling is, anders dan een ziekenhuis of huisartsenpost, over het algemeen niet

berekend op een plotselinge toename in het aanbod van cliënten. In de praktijk blijkt dat een zorginstelling door te improviseren de capaciteit toch kan uitbreiden. Bijvoorbeeld door cliënten in de eetzaal of de recreatieruimte op te vangen. Er is veel te organiseren wanneer een organisatie onverwacht te maken krijgt met een extra groep cliënten. Ondertussen moet het gewone werk in de organisatie ook doorgang vinden. Het personeel van de ontvangende zorginstelling moet goed weten wat hun (extra) taken zijn en hoe zij het beste mee kunnen werken aan de opvang.

Overdracht cliëntgegevens

Wanneer een zorginstelling cliënten van een andere locatie of instelling (tijdelijk) opvangt, moeten de cliëntgegevens en informatie over de zorgbehoefte van de cliënten beschikbaar zijn. Deze gegevens zijn cruciaal voor het kunnen leveren van verantwoorde zorg. De organisatie in nood is ervoor verantwoordelijk dat deze gegevens beschikbaar zijn in de opvanglocatie. In een dergelijke situatie zullen de medewerkers van de instelling in nood en de medewerkers van de hulpverlenende zorginstelling gezamenlijk voor de cliënten zorgen. Duidelijk moet zijn hoe alle medewerkers de benodigde informatie over de zorgbehoefte van de cliënten krijgen. Het is daarom noodzakelijk om deze gegevens tijdens de ramp zoveel mogelijk in de buurt van de cliënt te bewaren.

Medewerkers

Het personeel dat meekomt met de opgevangen cliënten komt vaak in een voor hen vreemde locatie en situatie terecht. Zij zullen hun weg moeten vinden in deze onbekende organisatie. Het komt de organisatie van de zorg ten goede om hier extra aandacht aan te besteden. Medewerkers van de hulp biedende instelling dienen hun tijdelijk collega's hierin wegwijs maken.

Naast de praktische zaken moet ook duidelijk zijn hoe de organisatiestructuur in deze nieuwe situatie is. Met wie moeten medewerkers overleggen? Onder leiding van wie staan zij? Wat zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden? Er kan gekozen worden voor een nieuwe, tijdelijke organisatiestructuur, die iedereen duidelijkheid moet geven in de organisatie van de zorg en andere processen in deze bijzondere situatie.

- Checklist disbalans 2

4.2.3 Verplaatsen van cliënten

Wanneer we spreken over het verplaatsen van cliënten hebben we het over zowel het verplaatsen van cliënten binnen een locatie als van de ene locatie naar een andere locatie. Het verplaatsen van cliënten is een logisch gevolg van het sluiten van (delen van) een locatie.

Mobiliteit

Cliënten in zorginstellingen zijn over het algemeen minder mobiel en niet, of beperkt zelfredzaam. Sommigen cliënten zijn rolstoel- of bedgebonden en hierdoor uiterst kwetsbaar. Bij een ramp zijn goede vervoersmaatregelen voor eventuele evacuatie dan ook van groot belang. Zowel het verplaatsen binnen de organisatie zelf als het vervoer naar de opvanglocatie moet goed geregeld zijn. Mobiliteit is ook een belangrijk aspect dat in de bedrijfshulpverlening aan de orde komt, bijvoorbeeld bij het ontruimen, evacueren en het bepalen van de vluchtroutes.

Op locatie

Elke cliënt moet de afdeling, de vleugel of het gebouw kunnen verlaten, zonder of met begeleiding. Er moeten voldoende rolstoelen, rollende bedden en rollators beschikbaar zijn voor cliënten. Ook moet duidelijk zijn wie de cliënten begeleidt bij het verplaatsen. Deze gegevens kunnen medewerkers bijhouden in mobiliteitslijsten van elke afdeling. Het spreekt voor zich dat het gebouw geen belemmeringen kent en duidelijke vluchtroutes heeft. Ook bij het uitvallen van de liften moet het mogelijk zijn om het gebouw veilig te verlaten.

Medewerkers

Medewerkers spelen een centrale rol bij het verplaatsen van cliënten bij een ramp. Zowel in als buiten de locatie. Elke medewerker moet zijn of haar taak kennen. Denk aan het begeleiden van cliënten naar de verzamelplaats, checken of afdelingen ontruimd zijn, registreren en tellen van het aantal cliënten, coördineren van het vervoer, vervoer-klaar maken van cliënten, begeleiden bij vervoer naar de opvanglocatie, besturen van busjes etc. Eén medewerker wordt aangewezen als 'coördinator opvang'. Hij is belast met het identificeren en registreren van het aantal betrokken cliënten aan de hand van een actuele bewonerslijst. Hij zorgt er ook voor dat de naam van de cliënt zichtbaar is door middel van een sticker of kaart. Bovendien houdt hij bij waar de te evacueren bewoners naar toe worden gebracht. Deze functionaris zorgt dat het crisisteam op de hoogte wordt gebracht van de verblijfplaats van alle betrokkenen.

Een arts of een verpleegkundige bepaalt welk vervoer een cliënt nodig heeft: lopend, zittend of liggend. Zij bepalen ook de volgorde van vervoer en de soort opvanglocatie. Cliënten die afhankelijk zijn van beademingsapparatuur, terminaal zijn of anderszins verzwakt worden overgebracht naar een locatie die de zorg direct kan continueren, zoals een ziekenhuis. Om deze beslissingen te vereenvoudigen, kan de instelling een beslismatrix opstellen. Deze beslismatrix kan de organisatie opstellen aan de hand van gemaakte afspraken met collega- instellingen en gemeente. Hierbij gaat het om afspraken over de zorg last die een andere zorginstelling kan bieden bij de opvang van de cliënten.

Vervoermiddelen

Veel zorginstellingen bezitten zelf enkele vervoersmiddelen als een (rolstoel)bus. In de voorbereiding kan een instelling al inventariseren over welke vervoermiddelen de organisatie zelf beschikt en binnen hoeveel tijd de locatie(s) hierover kunnen beschikken. Wanneer bijvoorbeeld een locatie in de regio Brabant door een ramp wordt bedreigd zijn vervoermiddelen van de zelfde zorginstelling, maar aanwezig bij een locatie in Zeeland, niet geschikt voor acuut vervoer maar wel wanneer het gaat om een evacuatie over enkele uren of dagen.

Wanneer eenmaal duidelijk is welke cliënt welk soort vervoer nodig heeft, maakt een medewerker een overzicht van het benodigde vervoer. Hoeveel plaatsen in bussen, ambulances of andere vervoermiddelen zijn er nodig om alle cliënten te verplaatsen? En hoeveel plaatsen kan de organisatie zelf regelen? Welke vervoersmiddelen nodig zijn, is ook afhankelijk van de afstand tussen de locatie en de opvanglocatie.

Wanneer de vervoersmiddelen van de zorginstelling ontoereikend zijn, schakelt de instelling vervoersmiddelen van een andere instelling of vervoersmaatschappij in. Vaak hebben zorginstellingen vaste contacten met vervoersbedrijven. In dat geval is het raadzaam om met hen afspraken te maken over inzet in crisissituaties. Zorg er hierbij voor dat de bereikbaarheidsgegevens tijdens een ramp beschikbaar en inzichtelijk zijn.

- Checklist disbalans 3

4.2.4 Tekort aan personeel

Medewerkers zijn de spil in het zorgproces. Een tekort aan medewerkers kan al snel een bedreiging vormen voor de continuïteit van zorg. Ook reguliere zaken als ziekte en vakantie kunnen tot personeelstekorten leiden. Bij een acuut tekort van personeel zal een organisatie allereerst de prioriteiten in de werkzaamheden moeten bepalen. De niet uitstelbare zorg krijgt voorrang. Als zelfs hiervoor te weinig medewerkers aanwezig zijn, of problemen te verwachten zijn, is het nodig om extra personeel in te zetten. Vooraf moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het bestrijden van het personeelstekort en wanneer die persoon welke actie onderneemt.

Medewerkers komen mogelijk tijdens een ramp niet naar het werk. Dit kan om tal van redenen zijn zoals angst, zelf getroffen zijn of zorgen voor naasten. Hier staat echter

tegenover dat veel andere medewerkers in een noodsituatie juist komen helpen.

Procedures

De afdeling Personeel en Organisatie (P&O) speelt uiteraard een grote rol bij het oplossen of bestrijden van het personeelstekort. Deze afdeling moet zich goed voorbereiden op deze taak. Het is raadzaam een draaiboek op te stellen waarin dit proces beschreven staat. Tijdens een ramp is het nodig om acuut te inventariseren waar (extra) personeel nodig is en welk personeel (verplegend, verzorgend, ondersteunend, etc.) dit moet zijn. Dit geldt voor zowel een situatie van personeelstekort door uitval van personeel maar ook bij situaties als beschreven 4.2.1, 4.2.2 en 4.2.3. De organisatie moet dan extra personeel inschakelen om bijvoorbeeld een opvangruimte klaar te maken en de opvang voor te bereiden. Een gedeelte van deze inventarisatie kan al in de voorbereiding worden gedaan.

Er zijn diverse mogelijkheden om extra personeel in te schakelen:

- eigen personeel: personeel dat vrij is, vakantiekrachten, stagiaires, oud-medewerkers etc.
- personeel van de eigen organisatie maar van een andere locatie
- personeel van 'buiten': uitzendkrachten, medewerkers van de thuiszorg of personeel van een andere zorginstelling

Wanneer het (extra) personeel bij de organisatie in nood arriveert, moet duidelijk zijn waar ze moeten zijn en wat ze moeten doen. Een aanbeveling is een verzamelpunt in te richten, waar al het extra personeel zich meldt en opgevangen wordt.

Een bijzonder fenomeen bij een ramp is een overschot aan personeel. Zodra medewerkers horen dat er in hun organisatie iets aan de hand is, willen ze helpen. Tevens melden in dergelijk situaties vaak ook veel vrijwilligers zich aan om te helpen. Een overschot aan personeel heeft als gevolg dat mensen elkaar voor de voeten lopen. Een ander gevolg is dat er mogelijk onvoldoende medewerkers beschikbaar zijn voor de aflossing van de eerste ploeg. Het beste is om het teveel aan personeel te registreren, zodat ze later kunnen worden opgeroepen als dat nodig is.

Alarmering en bereikbaarheid

Om tijdens een ramp snel medewerkers te kunnen bereiken is het belangrijk dat de zorginstelling over de juiste bereikbaarheidsgegevens beschikt. De telefoonnummers van thuis, de mobiele telefoon en eventueel piepernummers van alle medewerkers moeten bekend en actueel zijn. Daarnaast kan een oproepsysteem het bereiken van medewerkers versnellen.

Voorbeelden hiervan zijn:

- telefoonboom of telefooncirkel
- Automatisch oproepsysteem waarin telefoonnummers van thuis, mobiele nummers en eventueel piepernummers zijn geprogrammeerd
- Sms-service waarbij alle medewerkers een sms krijgen met informatie en de benodigde acties.
- Checklist disbalans 4

4.2.5 Uitval nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen

De afhankelijkheid, ook van zorginstellingen van nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen is groot. Pas als deze voorzieningen onverwacht uitvallen, blijkt hoe groot de afhankelijkheid van de instelling is en hoe lastig het is om alternatieven te realiseren. De producenten en leveranciers van elektriciteit, water en gas hebben de verantwoordelijkheid om de veiligheid en betrouwbaarheid van het net en het transport van de nutsvoorziening te borgen. Ook het verhelpen van storingen en het zo snel mogelijk continueren van de nutsvoorzieningen behoort tot hun takenpakket. Toch komen er storingen voor, die soms dagen kunnen duren. Een zorgorganisatie moet maatregelen treffen voor het geval dat

nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen uitvallen.

Kritische (zorg)processen

Bij zorginstellingen zijn sommige kritische zorgprocessen, zoals beademing, afhankelijk van stroom en accu's. Ook de maaltijdvoorziening of de werking van de liften zijn afhankelijk van de stroomvoorziening. Voor een organisatie is het van belang om te weten welke kritische (zorg)processen zich in de organisatie afspelen en in hoeverre deze processen afhankelijk zijn van nutsvoorzieningen, apparatuur en/of ICT-middelen. Hierin is een rangorde aan te brengen die inzicht geeft in welke kritische processen onmiddellijk door een alternatief moeten worden ondervangen en welke processen enige tijd kunnen worden uitgesteld.

Procedure

Wanneer nutsvoorzieningen, apparatuur of ICT-middelen uitvallen moet duidelijk zijn hoe de zorginstelling hiermee omgaat, welke alternatieven er zijn en wie hiermee aan de slag gaat. Hiervoor is de volgende informatie nodig: wat is er precies uitgevallen, welke gevolgen heeft dit voor de zorg en de organisatie, hoe lang gaat het duren? Daarna volgen vragen als: wat doen we wanneer dit langer duurt dan enkele uren, een dag of enkele dagen?

Is het nodig dat het crisisteam van de organisatie bij elkaar komt? Welke instanties of organisaties kunnen helpen om dit probleem op te lossen?

Een zorginstelling moet beschikken over de contactgegevens van de leveranciers van nutsvoorzieningen. Denk hierbij ook aan noodnummers die in het weekend of 's nachts gebeld kunnen worden. Indien nodig kan er informatie opgevraagd worden over de aard van de storing en de verwachte duur.

Noodstroom

De afhankelijkheid van zorginstellingen van elektriciteit is vrij groot. Daarom hebben veel zorginstellingen een noodstroomvoorziening, zoals een noodaggregaat of een warmtekrachtkoppeling. Voor een zorginstelling met meerdere locaties (bij elkaar in de buurt) is het mogelijk om te werken met een mobiel noodaggregaat. Een mobiel aggregaat biedt echter geen soelaas als meerdere locaties zonder stroom komen te zitten. De noodstroomvoorziening zorgt ervoor dat belangrijke processen van stroom voorzien blijven na het wegvallen van de elektriciteit, zoals de noodverlichting en kritische zorgprocessen. De organisatie dient deze noodstroomvoorziening voor de korte termijn zelf te realiseren, zodat het kort uitvallen van elektriciteit het leveren van verantwoorde zorg niet in de weg staat.

Hulp

De meeste leveranciers van nutsvoorzieningen hebben in hun noodplannen procedures opgenomen die tijdelijke voorzieningen regelen voor de getroffen. Deze noodplannen gaan pas werken als de storing niet op korte termijn (enkele uren) kan worden opgelost. Het is aan te bevelen dat een organisatie zelf de mogelijkheden van alternatieven in kaart brengt. Bijvoorbeeld door contact te leggen met verhuurbedrijven.

Bij een langdurige (meer dan 24 uur) en grootschalige stroomstoring zullen de veiligheidsregio en de gemeente een rol gaan spelen. Zij kunnen alternatieven realiseren met behulp van leveranciers en verhuurbedrijven, die bijvoorbeeld aggregaten leveren. Daarnaast heeft de gemeente de bevoegdheid om Defensie in te schakelen. Voor het acteren op een langdurige stroomstoring is het voor de veiligheidsregio en de gemeente van belang om inzicht te hebben in welke zorginstellingen over welke noodvoorzieningen beschikken.

ICT-middelen

ICT is inmiddels diep doorgedrongen in de primaire processen van zorgorganisaties. Zorgdossiers worden digitaal en de administratie van een organisatie 'zit in de computer'.

De afhankelijkheid en de kwetsbaarheid van ICT dienen een belangrijk aandachtspunt te zijn. De ICT-afdeling van de organisatie en de leveranciers van ICT-middelen zijn experts op dit gebied.

Naast het leveren van de middelen kunnen zij ook adviseren over de continuïteit van ICT middelen en de mogelijkheden die er zijn om dit te waarborgen.

Steeds meer zorginstellingen werken met zorgdossiers in digitale versies. Zo beschikken alle medewerkers altijd over de meest actuele gegevens. Het is verstandig om een back-up van deze digitale zorgdossiers te hebben voor het geval de ICT- of stroomvoorzieningen op de locatie uitvallen. Ook kan de computer of server verloren gaan bij een brand. Een back-up van deze gegevens moet daarom buiten de eigen locatie bewaard worden.

Vaak zijn er ook nog andere manieren om snel over de essentiële gegevens van cliënten te beschikken. Veel organisaties maken gebruik van een (huis)apothek die de gegevens van cliënten en hun medicijngebruik in zijn systeem heeft staan. Mogelijk heeft ook de huisarts of de verpleeghuisarts deze gegevens beschikbaar. Met de apothek of (verpleeg)- huisarts kunnen afspraken gemaakt worden over het leveren van deze gegevens in situaties waarin de organisatie zelf niet bij de zorgdossiers kan.

- Checklist disbalans 5

4.2.6 Logistieke stagnatie

Problemen met de bevoorrading van een organisatie kunnen ontstaan bij een ramp waar de organisatie zelf bij betrokken is. Ook problemen bij de leveranciers zelf kunnen zorgen voor de stagnatie van leveringen van voedsel, medicijnen en noodzakelijke materialen.

Locatie onbereikbaar

Verschillende omstandigheden kunnen er toe leiden dat een locatie onbereikbaar is, zoals hevige sneeuwval, bouwwerkzaamheden, wegwerkzaamheden en evenementen. Niet alleen leveranciers kunnen de organisatie dan moeilijk of niet bereiken. Ook hulpdiensten zoals de brandweer en ambulances kunnen niet bij het gebouw. Deze situaties mogen niet ontstaan. Bij voorziene omstandigheden (bouwwerkzaamheden, wegwerkzaamheden en evenementen) is het noodzakelijk om vooraf maatregelen te treffen om de bereikbaarheid van de locatie te waarborgen.

Alternatieve leveranciers

Wanneer problemen bij leveranciers zorgen voor logistieke stagnatie moet de zorginstelling alternatieven achter de hand hebben. Een overzicht van alternatieve leveranciers of afspraken hierover met de leveranciers zal hieraan bijdragen. Eventueel kunnen de gemaakte afspraken en procedures vastgelegd worden in de contracten met leveranciers.

Voedsel

Speciale aandacht is nodig voor de voedselvoorziening van zorginstellingen. Steeds meer zorginstellingen hebben geen eigen keuken meer en zijn afhankelijk van leveranciers van maaltijden. Een zorginstelling heeft over het algemeen geen voedselvoorraden waardoor er op korte termijn een probleem ontstaat, omdat er geen maaltijden zijn. Een zorginstelling dient dan ook speciale maatregelen te treffen voor de voedselvoorziening bij een ramp. Maaltijden moeten bijvoorbeeld bij de opvanglocatie afgeleverd worden.

Hulpmiddelen en medicijnen

Het gebrek aan (hulp)middelen en medicatie als gevolg van logistieke stagnatie kan het continueren van verantwoorde zorg aan cliënten in de weg staan. Mogelijk zijn er problemen bij de leverancier waardoor die niet kan leveren. Het is ook mogelijk dat de (hulp)middelen opgeslagen zijn in een gedeelte van de locatie dat door brand is verwoest. Ook dient er rekening mee gehouden te worden dat een opvanglocatie niet over alle benodigde (hulp)middelen en medicatie beschikt. Voor al deze omstandigheden is het handig om vooraf te inventariseren welke tekorten er (kunnen) ontstaan.

Opvanglocatie

De logistieke processen die plaatsvinden in een opvanglocatie van de gemeente verdienen speciale aandacht. Deze opvanglocaties zijn niet toegerust op mensen met speciale zorgbehoeften en daarom niet geschikt voor opvang langer dan een etmaal. Maar ook voor kortdurende opvang zijn er aanpassingen en voorzieningen nodig om de opvang en de zorg goed te laten verlopen. Een aantal zorgprocessen zal in de opvanglocatie gewoon doorgaan. Dit betekent dat er dus ook medicijnen, materialen en middelen nodig zijn en dat de voedselvoorziening geregeld moet worden. Al deze processen vereisen een logistieke coördinatie. Het is aan te raden om hierover samen met andere zorginstellingen in de gemeente afspraken te maken.

- Checklist disbalans 6

4.2.7 Uitbraak infectieziekten

Bacteriën en virussen die infectieziekten veroorzaken, zoals het Norovirus en salmonella, zijn over het algemeen niet dodelijk, maar brengen wel een aanzienlijke ziektelast en ziekteverzuim met zich mee. Daarnaast bestaat er grote zorg over nieuwe infectieziekten, waarvan de Nieuwe Influenza A H1N1 (de Mexicaanse griep) de meest recente is. De kans op verspreiding en besmetting binnen een zorginstelling is groot. Door de relatief minder goede fysieke conditie van de cliënten van een instelling voor verpleging en verzorging kan een infectieziekte grote gevolgen hebben. Daarbij kan een organisatie te maken krijgen met andere gevolgen van een dergelijke crisis, zoals een tekort aan personeel en de noodzaak tot evacuatie. Maatregelen en voorbereidingen kunnen de risico's aanzienlijk verminderen.

Protocollen en procedures

Bij de uitbraak van infectieziekten zijn protocollen en procedures van groot belang. Zo kan de organisatie snel en adequaat op een uitbraak reageren en kan verdere verspreiding voorkomen worden. De organisatie is verantwoordelijk voor het uitwerken van protocollen en procedures voor infectieziekten en het volgen ervan bij een uitbraak.

In de Wet Publieke Gezondheid is vastgelegd dat een organisatie de (vermoedelijke) uitbraak van een infectieziekte moet melden bij de GGD. De arts infectieziektebestrijding van de GGD kan de organisatie in een vroeg stadium adviseren over de maatregelen om verdere verspreiding tegen te gaan, zowel binnen als buiten de organisatie. Het gaat daarbij om hygiënische maatregelen, bron- en contactopsporing en het bevorderen van diagnostiek en het geven van voorlichting.

Voor het opstellen van protocollen en procedures over infectieziekten kan de organisatie gebruik maken van de LCI richtlijnen en draaiboeken van het CIB (Centrum Infectieziektebestrijding) en de Werkgroep Infectie Preventie (WIP). De Werkgroep Infectie Preventie maakt richtlijnen voor o.a. ziekenhuizen, organisaties voor verpleging en verzorging, thuis- en woonzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, de ambulancezorg en de huisartsgeneeskunde. Het CIB maakt onderdeel uit van het RIVM, Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Het CIB speelt op landelijk niveau een centrale rol in de preventie en bestrijding van infectieziekten.

GGD

Op gemeentelijk en regionaal niveau is het een taak van de GGD om hygiëne te bevorderen en infectieziekten te bestrijden. De GGD houdt zich bezig met het voorkomen, bestrijden en opsporen van infectieziekten en het geven van voorlichting. Daarnaast fungeert de GGD als expertisecentrum op het gebied van de infectieziektebestrijding. De GGD houdt daarom zicht op de aanwezigheid van infectieziekten in de regio. Zij zijn het aanspreekpunt voor zorginstellingen die te maken hebben met infectieziekte uitbraak in de organisatie. Daarnaast is het ook raadzaam de verpleeghuisarts of huisarts(en) te informeren over en te betrekken bij een infectieziekte in de organisatie.

- Checklist disbalans 7

5. Verantwoordelijkheden zorginstellingen en overheid

Zorginstellingen en BIG-geregistreerden hebben de wettelijke verantwoordelijkheid om te zorgen voor de veiligheid en gezondheid van hun cliënten. Er zijn verschillende wettelijke regelingen die zorginstellingen deze verplichtingen opleggen. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste wet- en regelgeving die in het kader van veiligheid voor de zorgsector gelden. De opgesomde wetten verwijzen naar de voorzieningen die zorginstellingen moeten treffen bij rampen (en de voorbereiding hierop).

5.1 Wet Publieke Gezondheid (WPG)

De Wet Publieke Gezondheid geeft aan het College van Burgemeester en Wethouders (College van B&W) een aantal taken en bevoegdheden in het kader van de publieke gezondheidszorg. Vaak besteden gemeenten de uitvoering van deze wet geheel uit aan de GGD-en. De wet regelt onder andere de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en (gedeeltelijk) de ouderen- en jeugdzorg. Voor een zorginstelling is deze wet met name interessant om aansluiting te vinden bij het reguliere systeem van Publieke Gezondheidszorg.

5.2 Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Op basis van de kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG hebben zorginstellingen de verantwoordelijkheid om verantwoorde zorg onder alle omstandigheden te leveren (dus ook tijdens rampen en crises). "De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (artikel 2, Kwaliteitswet Zorginstellingen). In de Wet BIG staat dat ook beroepsbeoefenaren in de zorg de taak hebben verantwoorde zorg te leveren, onder alle omstandigheden.

5.3 Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

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

5.4 Wet Veiligheidsregio's (WVr)

Op 1 oktober 2010 is de Wet Veiligheidsregio's in werking getreden. Deze wet heeft tot doel een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van de brandweezorg, de geneeskundige hulpverlening en de rampenbestrijding en crisisbeheersing onder één bestuurlijke regie te brengen. De veiligheidsregio moet de bestuurlijke en operationele slagkracht vergroten. De basis van een veiligheidsregio wordt gevormd door de vier kolommen: brandweer, politie, gemeente en GHOR. De GHOR is verantwoordelijk voor de ketenkwaliteit van de geneeskundige kolom.

Op basis van de WVr heeft de GHOR een stimulerende, adviserende en faciliterende rol in het kader van de continuïteit van zorginstellingen.

De GHOR maakt daarom samenwerkingsafspraken met de zorginstellingen over zorgcontinuïteit. Hierin staan afspraken over signaleren, alarmeren en informeren ten tijde van crises, afspraken ter voorbereiding op crisis en ten behoeve van informatievoorziening, afspraken ten behoeve van opleiden, trainen en oefenen en afspraken over borging en contactmomenten in de 'koude fase'. Die afspraken zijn in november 2011 gepresenteerd tijdens het Platform Ketenzorg Brabant Noord en de Sectorale overleggen in Midden en West-Brabant.

In de Toelichting Wet Veiligheidsregio's wordt het uitgangspunt gehanteerd dat instellingen onder alle omstandigheden zelf verantwoordelijk zijn voor zorgverlening tijdens rampen en crises en hun voorbereidingen daarop. Dat wil zeggen dat zij, ook ten tijde van een ramp, opereren binnen de kaders van de reguliere wet- en regelgeving op het gebied van de

gezondheidszorg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgsector zelf om voor de inzet bij calamiteiten, rampen en crises een plan te ontwikkelen en het eigen personeel hiervoor op te leiden, te trainen en te oefenen.

5.5 GHOR

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg, GGD en GHOR. Hiermee is de DPG de verbinding tussen zorg en veiligheid. Voor de uitvoering van de GHOR taken beschikt de DPG over een ondersteuningsbureau: het GHOR-bureau.

Bij een ramp ('zogenaamde warme fase') kan de GHOR de zorgorganisaties ondersteunen om de zorgverlening aan hun cliënten te continueren. Voor gezondheidskundige en psychosociale zaken is de GHOR het aanspreekpunt voor de organisaties in nood. Ook kan de GHOR een beroep doen op collega-zorgorganisaties, bijvoorbeeld door te vragen cliënten tijdelijk op te vangen.

Voor de samenwerking bij rampen is het van belang dat de zorgorganisatie bekend is met de GHOR, wat de GHOR doet en hoe de organisatie de GHOR kan bereiken. De medewerkers van de GHOR moeten op hun beurt op de hoogte zijn van de belangrijkste kenmerken van een zorgorganisatie en de maatregelen die een organisatie heeft getroffen om de continuïteit van zorg bij een ramp te waarborgen.

Naast de GHOR spelen ook de andere hulpverleningsdiensten een rol bij grote calamiteiten. Iedere hulpverleningsdienst heeft zijn eigen specifieke taken. Bekijk de taken van de Gemeente, Brandweer, Politie en GHOR op de digitale versie van deze leidraad via <http://www.ghormwb.nl/leidraadzorgcontinuïteit/index.asp>.

Meer informatie is te vinden in het Regionaal Crisisplan van uw veiligheidsregio:

- Regionaal Crisisplan Midden- en West-Brabant
- Regionaal Crisisplan Brabant Noord
- Regionaal Crisisplan Brabant Zuidoost

Wanneer er een calamiteit is, wordt door de hulpverleningsdiensten op een vaste gestructureerde wijze samengewerkt in de op- en afschaling. Dit heet de GRIP structuur. Bekijk de animatie over GRIP in de regio Brabant-Noord via de volgende link: <http://www.ingredientmedia.nl/demo/vplayer/?v=1>.

6. Contact

GHOR Brabant-Noord

Lucy Merkx,
Staffunctionaris Ketenzorg
l.merkx@ggdhvb.nl

GHOR Brabant-Zuidoost

Gerry Demers,
Beleidsadviseur communicatie / pro-actie, preventie, preparatie
gerrydemers@vrbzo.nl

GHOR Midden- en West-Brabant

Ineke Welschen,
Stafmedewerker Ketenzorg
i.welschen@ghormwb.nl