

# Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0

DE ZORGSECTOR AANTOONBAAR VOORBEREID  
OP RAMPEN EN CRISES





# Inhoudsopgave

I	Voorwoord	5
II	Begrippenkader	9
III	Leeswijzer	15
1	<b>Kwaliteit in kaders</b>	19
1.1	Reikwijdte van het kwaliteitskader: voorbereiding op rampen en crises	20
1.2	Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises	22
2	<b>Kwaliteit uitgewerkt</b>	27
2.1	De crisisorganisatie	27
2.2	OTO-activiteiten	36
2.3	Additionele richtlijnen	40
3	<b>Kwaliteit getoetst</b>	43
3.1	Zelfevaluatie	43
3.2	Intercollegiale visitatie	44
	<b>Bijlage 1: Zelfevaluatie 2.0</b>	47
	<b>Bijlage 2: Richtlijn Intercollegiale visitatie</b>	53
	<b>Bijlage 3: Werkgroep Evaluatie Kwaliteitskader</b>	69

## VOORWOORD



# Voorwoord

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

Om expliciet aan te kunnen geven welke activiteiten minimaal nodig zijn om voorbereid te zijn op rampen en crises is in 2012 voor de zorgsector het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises' ontwikkeld. In maart 2013 is dit kwaliteitskader landelijk gepresenteerd. Een kwaliteitskader dat organisaties die verenigd zijn in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) antwoord geeft op de vraag: wat moet een organisatie minimaal geregeld hebben om voorbereid te zijn op rampen en crises? Ook geeft het kwaliteitskader antwoord op de vraag: in welke mate de organisatie reeds is voorbereid op deze rol en functie?

Bij de introductie is aangegeven dat het kwaliteitskader na twee jaar wordt geëvalueerd om op dat moment de inhoud aan te passen aan de actuele kennis en opgedane ervaringen. Begin 2015 is met deze evaluatie gestart. Gebruikers van het kwaliteitskader - medewerkers van de sectoren: ziekenhuizen, GGD'en, ambulancezorg en huisartsenposten - zijn in sessies gevraagd naar hun ervaringen met het kwaliteitskader en de toepasbaarheid van het kader in de praktijk. Daaruit bleek de wens om het kwaliteitskader te herzien, met aandacht voor:

- De borging van het kwaliteitskader in de organisatie.
- De inbedding van het kwaliteitsmodel volgens de PDCA-cyclus. Het accent dient naast het maken en uitvoeren van plannen 'Plan' en 'Do' ook te liggen op het kijken 'Check' of deze plannen

## VOORWOORD

aantoonbaar zijn geïmplementeerd en vervolgens om verbeterplannen op te stellen en daar naar te handelen 'Act'.

- Normen geven antwoord op 'wat' een organisatie moet regelen en niet 'hoe' een organisatie dat moet doen.
- Het actualiseren van de prestaties en normen.

Het bestaande kwaliteitskader is hierop aangepast. Het resultaat is dit herziene kader: Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Naast 'wat' minimaal moet worden geregeld, beschrijft dit kwaliteitskader ook 'wie' daarbij welke rol heeft. Werken aan kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises geldt immers op veel verschillende plaatsen in organisaties. Van de raad van bestuur, de directie, het management tot aan medewerkers op de werkvloer. 'Hoe' de normen in de praktijk hun uitwerking krijgen is aan de organisaties zelf.

### Focus

De focus in het kwaliteitskader is breder dan alleen de voorbereiding op rampen en crises door de inzet van OTO-activiteiten. Ook de planvorming om te komen tot een goede crisisorganisatie krijgt aandacht in dit kader. OTO-activiteiten zijn daar onlosmakelijk mee verbonden. Het opleiden, trainen en oefenen in combinatie met de planvorming zorgen voor een brede basis om de juiste voorbereidingen te treffen op rampen en crises. Voordat plannen worden gemaakt en uitgewerkt is het essentieel dat de raad van bestuur/directie van de organisatie een visie verwoordt op crisismanagement en de hierbij behorende OTO-activiteiten. Hierdoor wordt de voorbereiding op crisisbeheersing en OTO geborgd in de organisatie. De nadrukkelijk aandacht voor de PDCA-cyclus in het aangepaste kwaliteitsmodel draagt bij aan de inbedding van de voorbereiding op rampen en crises in de organisatie.

### Ambitie

De normen in dit kwaliteitskader zijn toepasbaar voor alle sectoren. Ons uitgangspunt is en blijft een kwaliteitskader dat aansluit bij de dagelijkse praktijk en waar ook daadwerkelijk mee kan worden gewerkt om goed voorbereid te zijn op rampen en crises. En

## VOORWOORD

daarin blijven we ambitieus. We hebben de normen duidelijker geformuleerd die van kracht zijn voor het veld. Dat zijn er tien. Bij elke norm horen prestaties die duidelijk richting geven en daarmee organisaties in staat stellen de norm te realiseren. Naast de normen reiken we ook instrumenten aan in dit kwaliteitskader. Organisaties kunnen daarmee onderzoeken of ze aan de norm voldoen. Dat kunnen ze zelf doen door de Zelfevaluatie in te vullen, of gezamenlijk doen door een intercollegiale visitatie. De Zelfevaluatie is genormeerd, de intercollegiale visitatie is als richtlijn bedoeld. De resultaten van deze analyses dienen vervolgens om verbeterprocessen door te voeren. Dat geldt ook voor inzichten uit evaluaties van OTO-activiteiten en daadwerkelijke inzet. Daarmee is de cirkel van plannen, uitvoeren, evalueren en verbeteren weer rond. Door de combinatie van geformuleerde processen voor crisisbeheersing en opleiden, trainen en oefenen en normen en de bijbehorende heldere prestaties, in combinatie met de twee instrumenten wordt dit kwaliteitskader ook echt toepasbaar.

### **Twee jaar**

Sinds 2013 is een enorme professionaliseringsslag gemaakt met de voorbereiding op rampen en crises door de zorgsector. Het kwaliteitskader heeft daaraan een belangrijke bijdrage geleverd. Het kader zorgde voor een duidelijke richting in de voorbereiding. En bovenal, het kwaliteitskader is door alle sectoren omarmd. Dat blijkt uit de evaluatie. De komende twee jaar worden gebruikt om te voldoen aan de normen in dit Kwaliteitskader 2.0. Afhankelijk van nieuwe ontwikkelingen in de toekomst passen we het kwaliteitskader natuurlijk weer aan, zodat kwaliteitsverbetering bij voorbereiding op rampen en crises een continue proces blijft.

Prof. dr. E.J. Kuipers  
voorzitter Programmaraad Crisisbeheersing en OTO

## DEFINITIONS





# Begrippenkader

**Crisis:** Een noodsituatie waarbij het functioneren van een organisatie (ernstig) verstoord raakt en de kritische bedrijfsprocessen, de continuïteit van zorg, de veiligheid van mensen en de reputatie ernstig worden bedreigd.

**Crisis(beleids)team:** Het team dat tijdens een crisis verantwoordelijk is voor de leiding en coördinatie op strategisch niveau. Deze term wordt ook gehanteerd wanneer er sprake is van één coördinerend team, dus wanneer het Crisis(beleids)team en het Operationeel Team tot één team zijn verweven.

**Crisisbeheersing:** Het geheel van maatregelen en voorzieningen, met inbegrip van de voorbereiding daarop, dat een organisatie in een crisis treft om de gevolgen daarvan te beheersen gericht op de continuïteit of herstel van zorg.

**Crisismanagement:** Het managen van het geheel van maatregelen en voorzieningen, met inbegrip van de voorbereiding daarop, dat een organisatie in een crisis treft voor het bestrijden van een crisis en het beheersen van de gevolgen.

**Crisisplan:** Een samenhangend plan waarin een basiswerkwijze staat beschreven bij crisissituaties en waarin een relatie naar onderliggende plannen en procedures is vastgelegd. Hierbij gaat het niet alleen over crisissituaties die de continuïteit van zorg bedreigen, maar over alle soorten van rampen en crises die een organisatie kunnen raken. Een crisisplan komt niet in de plaats van

## DEFINITIES

bestaande plannen zoals een Rampenopvangplan (ROP) of (zorg) continuïteitsplan, maar verbindt deze plannen en zorgt daarmee voor onderlinge samenhang tussen de plannen en procedures. Het biedt een basis om bij elke crisis voorbereid te zijn.

**Crisispotentie:** De mate waarin een incident, calamiteit of issue uit kan groeien tot een crisis. Dit is afhankelijk van de situatie (wel of geen zwaargewonden, wel of geen kwetsbare groepen, wel of geen 'schuldvraag', wel of geen vervolgevaar, wel of geen intensieve media-aandacht, etc.) en van de context waarbinnen dit plaatsvindt (weersomstandigheden, lopende maatschappelijke en politieke discussies, eventuele eerdere incidenten, eventuele bestaande klachten, etc.). De context kan escalierend of de-escalierend werken.

**Experts:** De personen binnen een organisatie met een deskundigheid op een bepaald gebied, eventueel aangevuld met externe deskundigen. Alleen functies die op enige wijze betrokken zijn bij het incident of de crisis zijn hiervoor relevant, het aantal experts dient tot een minimum te worden beperkt. Externe experts kunnen afhankelijk van aard en omvang van het incident worden toegevoegd, zoals een epidemioloog of een jurist. De groep experts is dus flexibel qua samenstelling en deelname.

**Impactgebieden:** Gebieden waar de impact van de crisis voelbaar of merkbaar is en die tot gericht acties leiden, zowel binnen als buiten de organisatie. Denk hierbij aan onder meer zorgcontinuïteit, grootschalige slachtofferopvang- en zorg, hulpverlening, veiligheid van medewerkers, beveiliging, ontruiming, opsporing.

**Kritieke besluiten:** Besluiten die een grote impact hebben en die mede bepalend zijn voor het verloop van een crisis. Het is belangrijk dat mogelijk kritieke besluiten vooraf zijn doordacht. Het moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn wie dit besluit neemt en wat hiervoor nodig is.

**Kwalificatieprofiel:** Een beschrijving van de (sleutel)functie, kerntaken en vereiste competenties en niveaus.

## DEFINITIES

**Nafase:** Het moment van afschaling en de periode van nazorg. Deze fase is erop gericht de gevolgen van een crisis op de middellange en lange termijn te verminderen.

**Ketenpartner:** Een andere organisatie of zorgaanbieder die zorg verleent in samenhang met dan wel voorafgaand aan dan wel volgend op de zorg die de organisatie zelf verleent en waarbij sprake is van een zekere mate van continuïteit van activiteiten.

**Operationeel Team:** Het team dat op tactisch niveau tijdens een crisis verantwoordelijk is voor de leiding en coördinatie.

**OTO:** Het planmatig opleiden, trainen en oefenen van (sleutel) functionarissen in de organisatie, en hun onderlinge verhoudingen in de voorbereiding op rampen en crises.

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

**Rampenopvangplan (ROP):** Een plan waarin wordt beschreven hoe de organisatie zich voorbereidt op een externe ramp of crisis.

**Risicoanalyse:** Het kwantificeren van interne en externe risico's door het bepalen van de kans dat een risico zich voordoet en de gevolgen daarvan. De risicoanalyse is de eerste stap binnen de risicobeheersing.

**Risicobeheersing:** Activiteiten die zijn gericht op het signaleren van risico's en het vermijden of beperken van de effecten van risico's.

**Regionaal crisisplan:** Een plan waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende crisisorganisaties binnen een veiligheidsregio zijn vastgelegd in het geval van grootschalige incidenten of (veiligheids-)crises. Het plan heeft tot doel de regionale

## DEFINITIES

samenwerking van met name brandweer, politie, Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) en gemeenten bij het bestrijden van crises of rampen te verbeteren.

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

**Sleutelfunctie:** Een sleutelfunctie is een functie die wordt uitgeoefend tijdens een opgeschaalde situatie bij een ramp of crisis. Deze functie is van bijzonder belang voor de leiding en coördinatie van activiteiten in het kader van crisisbeheersing.

**Sleutelfunctionarissen:** Functionarissen, die in een opgeschaalde situatie een sleutelfunctie vervullen.

**Stakeholders:** Organisaties en personen die invloed hebben op, of beïnvloed worden door het verloop en de resultaten van een crisis.

**Taakkaart:** Een samenvatting van de taken die horen bij een bepaalde sleutelfunctie in de crisisorganisatie. Tijdens opschaling van de crisisorganisatie krijgt de sleutelfunctionaris de taakkaart die bij zijn functie hoort zodat hij weet welke taken moeten worden uitgevoerd.

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

## DEFINITIONS

## LEESWIJZER



## Leeswijzer

In dit Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 staan voor de zorgsector tien duidelijke normen voor het voorbereiden op continuïteit van zorg tijdens crisissituaties. Om te komen tot dit kwaliteitskader versie 2.0 is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande leidraden, rapporten en handreikingen die al in de zorgsector worden toegepast en als effectief worden beschouwd. Daarnaast is versie 2.0 tot stand gekomen door de evaluatie van de ervaringen van de gebruikers van de sectoren ziekenhuizen, GGD'en, ambulancezorg en huisartsenposten met de eerste versie. In hoofdstuk 1 wordt de reikwijdte van het kwaliteitskader aangegeven met behulp van het model van de Veiligheidsketen. Dit model gaat uit van risicobeheersing versus crisisbeheersing. De focus van het landelijke programma Crisisbeheersing en OTO ligt op het tweede aspect; de voorbereiding op rampen en crises. Hoofdstuk 2 besteedt aandacht aan de inrichting van het kwaliteitskader, aan de hand van het in hoofdstuk 1 gepresenteerde kwaliteitsmodel Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Aan het kwaliteitsmodel is nieuw toegevoegd de visie van de organisatie op crisismanagement en de hierbij behorende OTO-activiteiten. Daarna volgt het crisisplan en de vier basisvereisten voor crisismanagement: melding en alarmering; op- en afschaling; leiding en coördinatie; informatiemanagement. Aan de vier basisvereisten is het proces van crisiscommunicatie toegevoegd. Per proces zijn normen benoemd die op elk onderdeel moeten worden geleverd in een goede crisisorganisatie. Vervolgens zijn heldere prestaties beschreven. Het tweede deel van hoofdstuk 2 is gericht op de rechterkolom van het kwaliteitsmodel: de OTO-activiteiten. De OTO-activiteiten die een organisatie onderneemt om zich voor te bereiden op goede zorgverlening in crisissituaties. Ook voor de

OTO-activiteiten zijn normen en prestaties benoemd. Hierbij wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het meerjaren OTO-beleidsplan en de jaarplancyclus. Dit is een belangrijk proces om de voorbereiding op rampen en crises in de toekomst te borgen. Het derde deel van hoofdstuk 2 is bedoeld voor de additionele richtlijnen voor de vier sectoren ziekenhuizen, GGD'en, ambulancezorg en huisartsenposten. In hoofdstuk 3 komt aan bod op welke wijze een organisatie kan onderzoeken in welke mate het aan de normen in dit kwaliteitskader voldoet. Dit kan de organisatie jaarlijks zelf doen met de Zelfevaluatie of met de intercollegiale visitatie. De Zelfevaluatie is genormeerd, de intercollegiale visitatie is als richtlijn bedoeld. Beide instrumenten zijn in de bijlagen van dit kwaliteitskader opgenomen.

Het kwaliteitskader is bedoeld voor verschillende typen organisaties: ziekenhuizen, GGD'en, ambulancezorg en huisartsenposten. Organisaties hanteren soms wisselende termen bij de inrichting van hun organisatie. Zo hanteren ziekenhuizen over het algemeen raden van bestuur als eindverantwoordelijken en GGD'en gebruiken hier de term directie. Die verschillen zijn er ook bij het gebruik van andere termen, zoals bij bijvoorbeeld de term crisisbeleidsteam. GGD'en hanteren daarvoor de term crisisteam. Bij het schrijven van dit kader is daar zoveel mogelijk rekening mee gehouden. Toch is het voor de leesbaarheid niet altijd mogelijk steeds de verschillende termen naast elkaar te hanteren. Organisaties dienen daarom soms de vertaalslag naar de eigen organisatie te maken.







# 1

## Kwaliteit in kaders

Het is essentieel dat patiënten en cliënten op het juiste moment, de juiste zorg op de juiste plaats krijgen. Ook in een situatie wanneer er dreiging is van een ramp of crisis<sup>1</sup>. Gelukkig komen die situaties niet vaak voor. Toch kan iedereen zich dergelijke rampen of crises herinneren. Volendam, Enschede, Alphen aan den Rijn, de treinramp in Amsterdam en de gesprongen waterleiding bij het VUmc. De gevolgen hebben vaak een grote impact. Omdat dergelijke rampen en crises niet vaak voorkomen is het makkelijk te denken 'dat overkomt ons toch niet'. Maar stel: die ramp of crisis overkomt u wel!

Dit Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 is opgesteld op basis van bestaande leidraden, rapporten en handreikingen die al in de zorgsector worden toegepast en als effectief worden beschouwd<sup>2</sup>. Dit kwaliteitskader geeft het niveau weer, waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op rampen en crises. Het geldt voor de sectoren ziekenhuizen, GGD'en, huisartsenposten

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

2 Leidraad ZiROP 2009; Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan. ZonMw, 2009.

Startdocument Leidraad OTO 2008; Leidraad voor Opleiden, Trainen en Oefenen van het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP). ZonMw, 2009.

Model GGD Rampenopvangplan OGZ/PSH; eindversie 28 april 2009. GGD Nederland, GHOR Nederland, 2009.

Modelplan GROp, GGD Nederland, december 2012

Opleiden, Trainen en Oefenen ter voorbereiding op rampen; GGD Modelplan OTO. GGD Nederland, GHOR Nederland, 2009.

Model Huisartsen Rampenopvangplan, LHV

Model Opschalingsplan Ambulancezorg RAV's Voorbereid, juni 2014, Ambulancezorg Nederland

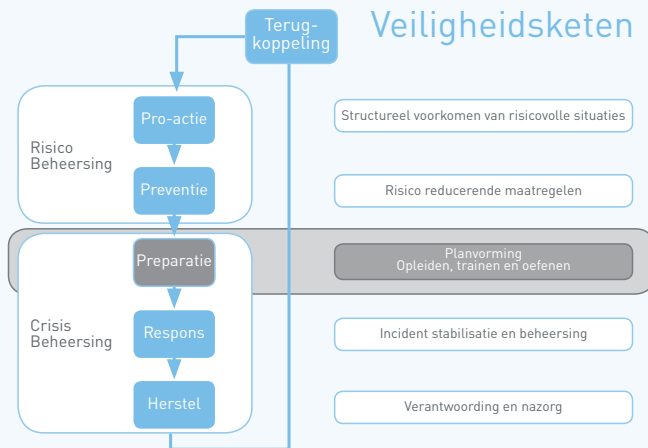
## KWALITEIT IN KADERS

en ambulancezorg die verenigd zijn in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen en die zich wettelijk moeten voorbereiden op rampen en crises. De normen en prestaties zijn zo opgesteld dat elke organisatie ze kan toepassen.

Aan dit kwaliteitskader zijn twee instrumenten toegevoegd, zodat organisaties kunnen onderzoeken of aan de normen wordt voldaan. Het eerste instrument is de Zelfevaluatie die een organisatie zelfstandig kan uitvoeren. Het tweede instrument is de inter-collegiale visitatie. Bij beide instrumenten is het uitgangspunt dat de voorbereiding aantoonbaar door organisaties is geregeld. Het kan ook zijn dat een organisatie de invulling van normen niet zelf heeft geregeld, maar bijvoorbeeld met externe partijen aantoonbare afspraken heeft gemaakt over de invulling van de gestelde normen.

### 1.1 Reikwijdte van het kwaliteitskader: voorbereiding op rampen en crises

Voor de bepaling van de reikwijdte van dit kwaliteitskader wordt de ordening vanuit het model van de Veiligheidsketen<sup>3 4</sup> (zie figuur 1) gehanteerd. Dit model gaat uit van risicobeheersing versus crisisbeheersing, met daarbinnen diverse fases. In het model zijn alle samenhangende activiteiten weergegeven die gericht zijn op het bevorderen van veiligheid in een organisatie.



Figuur 1: Model Veiligheidsketen

Een eerste stap in het model is risicobeheersing, waarin zoveel mogelijk risico's worden gesignaleerd (pro-actie) en effecten van risico's zoveel mogelijk kunnen worden vermeden of beperkt (preventie). Als een organisatie ondanks deze maatregelen toch te maken krijgt met een crisis, dan is het nodig maatregelen te nemen om de crisis te beheersen. Dit wordt in het model van de veiligheidsketen 'respons' genoemd. Alle voorbereidingen op deze fase worden samengevat onder de term preparatie, zoals het opstellen van een crisisplan en de activiteiten die zorgen voor een goede voorbereiding door opleiden, trainen en oefenen (OTO). Opleiden, trainen en oefenen richt zich hoofdzakelijk op de preparatiefase binnen de crisisbeheersing, met een uitloop naar de respons- en herstelfase. Preparatie heeft als doel het voorbereid zijn op het handhaven van de continuïteit van zorg en het beheersen van de gevolgen tijdens rampen en crises. Dit kwaliteitskader richt zich voornamelijk op de preparatiefase.

De reikwijdte van het kwaliteitskader wordt ook bepaald door beleidskeuzes. In het Landelijk Beleidskader Crisisbeheersing en OTO 2.0<sup>5</sup> is afgesproken dat OTO-stimuleringsmiddelen niet worden gebruikt voor onder meer reguliere zorg, de reguliere bedrijfsvoering en reguliere bedrijfshulpverleningsactiviteiten. Deze aspecten komen daarom niet aan bod in dit kwaliteitskader.

---

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

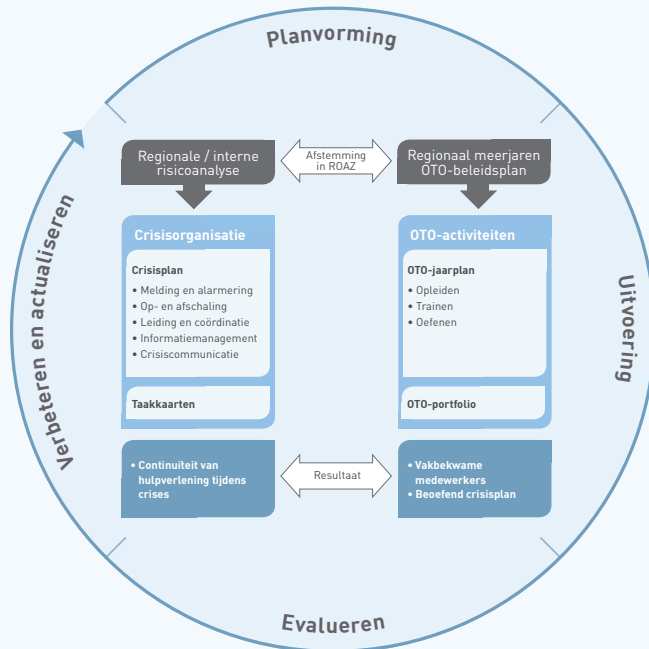
4 Zanders A. Crisismanagement; Organisaties bij crises en calamiteiten. Uitgeverij Coutinho Bussum, 2012.

5 Landelijk Beleidskader OTO 2.0, LNAZ, juli 2016.

### 1.2 Aantoonbaar voorbereid op rampen en crises

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

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



Figuur 2: Kwaliteitsmodel

#### 1. Crisisorganisatie

Crisismanagement is belangrijk om op een gestructureerde wijze om te (kunnen) gaan met de gevolgen van een ramp of crisis.

Het reageren op een ramp of crisis vergt immers een andere aanpak dan het reageren op incidenten en calamiteiten binnen

de reguliere bedrijfsvoering. Dat maakt crisismanagement per definitie dynamisch van aard en per situatie verschillend. Toch zijn er gemeenschappelijke kenmerken bij rampen of crises.

Voorbeelden hiervan zijn: onzekerheid, tijdgebrek, korte beslistijden, (media) aandacht, de noodzaak tot nemen van beslissingen, verrassingselementen, een andere aansturingsstructuur en samenwerking met andere partijen dan in de reguliere situatie. De regionale risicoanalyse van de veiligheidsregio en de interne risicoanalyse die de organisatie heeft uitgevoerd, geven inzicht in de kans dat een risico zich voordoet.

De organisatie dient vooraf aan te geven hoe zij tegen mogelijke crisissituaties aan kijkt en hoe zij hiermee omgaat in de relatie tot de zorgcontinuïteit. Dit geeft de organisatie aan in een visie op crisismanagement.

Het is van essentieel belang dat de raad van bestuur/directie haar goedkeuring heeft gegeven op deze visie en deze dus heeft vastgesteld. Het vaststellen van plannen dient altijd te gebeuren door de raad van bestuur/directie.

Een crisisorganisatie is een tijdelijke structuur die de organisatie inzet om de ramp of crisis en/of de gevolgen ervan te bestrijden. Medewerkers moeten weten wat ze moeten doen bij een ramp of crisis. Een goede crisisorganisatie is hiervoor noodzakelijk.

In het crisisplan is de crisisorganisatie tijdens een crisis beschreven. Het crisisplan bevat onder meer een bestuurlijke visie op crisismanagement, beleidsuitgangspunten, risicoanalyse en een beschrijving van de vijf processen van crisismanagement:

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

De taakkaarten in de linkerkolom van het kwaliteitsmodel bevatten informatie die behoren bij sleutelfuncties in de crisisorganisatie. Tijdens opschaling werkt de sleutelfunctionaris met de taakkaart die bij zijn sleutelfunctie hoort, zodat hij weet welke taken moeten worden uitgevoerd en wat van hem wordt verwacht. De taken die

behoren bij een specifieke sleutelfunctie zijn van te voren geoefend door de sleutelfunctionaris.

Uiteindelijk is het doel dat de continuïteit van (geneeskundige) hulpverlening tijdens een crisis is geborgd<sup>6</sup>.

### 2. OTO-activiteiten

De rechterkolom van het kwaliteitsmodel (figuur 2) is gevuld met OTO-activiteiten. Het doel van het uitvoeren van OTO-activiteiten is tweeledig:

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

De OTO-activiteiten die worden ondernomen om de organisatie beter voor te bereiden op hulpverlening tijdens crises, worden vastgelegd in een OTO-jaarplan. Het opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen staat centraal. In de landelijke OTO Toolkit op het OTO Kennisportaal wordt hiervoor een handreiking gedaan in de vorm van kwalificatieprofielen voor sleutelfuncties binnen de crisisorganisatie. De ontwikkeling van sleutelfunctionarissen kan worden gemonitord en geborgd in een OTO-portfolio. Het resultaat van de OTO-activiteiten is zichtbaar in vakbekwame medewerkers met een sleutelfunctie in de crisisorganisatie en een crisisplan dat is beoefend in de praktijk.

### PDCA-cyclus

Het voorbereiden van de crisisorganisatie is een continu lerend proces. Volgens het principe van de PDCA-cyclus (plan-do-check-act) dient de crisisorganisatie dan ook planmatig beoefend te worden en bieden evaluaties van oefeningen en daadwerkelijke inzet, informatie om de crisisorganisatie te verbeteren en te actualiseren.

---

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



## KWALITEIT IN KADERS

In de jaarplancycclus van de organisatie dienen verbeteringen te worden meegenomen.



# 2

## Kwaliteit uitgewerkt

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

### 2.1 De crisisorganisatie

De crisisorganisatie is een tijdelijke structuur die een organisatie inzet om de ramp of crisis te beheersen of de gevolgen daarvan te beperken. De organisatie dient vooraf aan te geven hoe zij tegen mogelijke crisissituaties aan kijkt en hoe zij hiermee omgaat in de relatie tot de zorgcontinuïteit. Dit geeft de organisatie aan in een visie op crisismanagement.

Een crisisteam leidt de crisisorganisatie. Het crisisteam bestaat uit de (hoogst) leidinggevenden van de organisatie. Een crisisteam moet zicht hebben op kritieke besluiten die een grote impact hebben en die mede bepalend kunnen zijn voor het verloop van een crisis: wel of niet ontruimen, hoe om te gaan met beperkte middelen, de inzet van extra personeel, welke informatie wordt intern en extern verstrekt. Het is belangrijk dat deze vooraf zijn doordacht. Het moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn wie dit besluit neemt en wat hiervoor nodig is. Deze besluiten zijn zeldzaam, hebben altijd grote gevolgen en meestal het karakter van het 'kiezen uit twee kwaden'. Deze kritieke besluiten kunnen pas goed worden genomen als een crisisorganisatie ook stilstaat bij (vaak controversiële) opties én bij de impact van het besluit voor alle betrokkenen.

In de crisisorganisatie zijn ook andere sleutelfunctionarissen

opgenomen. Deze sleutelfunctionarissen hebben binnen de crisisorganisatiestructuur een (aanvullende, bijzondere en/of coördinerende) taak of komen in een ander proces te werken dan tijdens hun dagelijks werk. Dat vergt vaardigheden op het gebied van crisismanagement, die moeten worden getraind.

Een crisisorganisatie dient flexibel te worden ingericht, om af te kunnen stemmen op de situatie. Wat hierbij helpt is het onderscheid maken tussen de verschillende niveaus die een rol spelen bij crisismanagement:

- **Strategisch niveau: bestuurlijke coördinatie (geeft richting)**  
Een crisisteam bepaalt het strategisch beleid op het niveau van directie/raad van bestuur en management.
- **Tactisch niveau: operationele coördinatie (richt in)**  
Op het tactische niveau zijn het de leidinggevenden van de organisatie die ervoor zorgen dat crisisprocessen gecoördineerd verlopen.
- **Operationeel niveau: uitvoering ter plaatse (verricht)**  
Alle medewerkers die in uitvoerende zin bij de ramp of crisis betrokken zijn, vertegenwoordigen het operationele niveau.

Bovenstaande beschrijving geeft slechts globaal de taken weer van de drie niveaus van crisismanagement. Elke organisatie zal zelf moeten bepalen welke functionarissen op welk niveau van crisismanagement specifieke taken krijgen. Dit hangt af van diverse factoren. De juiste inrichting van de crisisorganisatie moet passen bij de organisatie. De handreiking Leidraad crisisorganisaties in de zorgsector<sup>7</sup> uit de landelijke OTO Toolkit<sup>8</sup> biedt hiervoor handvatten.

### Visie op crisismanagement

Een ramp of crisis overvalt een organisatie. Er is weinig tijd om na te denken over de te maken keuzes en vervolgstappen. Het is van belang dat organisaties vooraf bepalen welke risico's hen kunnen bedreigen en welke besluiten en acties dan nodig zijn om de

---

7 Handreiking Leidraad Crisisorganisaties in de zorgsector; Gestructureerd en flexibel. Landelijk steunpunt OTO, 2011.

8 De OTO Toolkit is te raadplegen via [www.otoportaal.nl](http://www.otoportaal.nl).

zorgcontinuïteit te garanderen. Dit geeft de organisatie aan in een visie op crisismanagement. Onderdelen van de visie:

- het belang en ambitieniveau van de organisatie op crisismanagement;
- de strategische uitgangspunten die voor de organisatie gelden tijdens een ramp of crisis.

### Het crisisplan

Een crisisplan is een samenhangend plan waarin een basiswerkwijze staat beschreven bij crisissituaties en waarin een relatie naar onderliggende plannen en procedures is vastgelegd. Hierbij gaat het niet alleen over crisissituaties die de continuïteit van zorg bedreigen, maar over alle soorten van rampen en crises die de bedrijfscontinuïteit kunnen raken. Van een cyberaanval tot een brand met een dodelijke afloop, of ernstige twijfels over de kwaliteit van zorg. Een crisisplan komt niet in de plaats van bestaande plannen zoals ZiROP of (zorg)continuïteitsplan, maar verbindt deze plannen en zorgt daarmee voor onderlinge samenhang tussen de plannen en procedures. Het crisisplan biedt een basis om bij elke ramp of crisis voorbereid te zijn.

Op basis van het crisisplan maakt de organisatie afspraken met de Directeur Publieke Gezondheid.

Het crisisplan en de crisisorganisatie zijn georganiseerd volgens de vier basisvereisten van crisismanagement. In het rapport 'Basisvereisten Crisismanagement: de decentrale normen benoemd'<sup>9</sup> van het Landelijk Beraad Crisisbeheersing staan de processen uitvoerig beschreven. Deze processen zijn:

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

---

<sup>9</sup> Basisvereisten Crisismanagement; de decentrale normen benoemd. Landelijk beraad crisisbeheersing. Den Haag, november 2006.

In een crisissituatie is het van belang dat snel en adequaat wordt gecommuniceerd. Uit evaluaties van rampen en crises blijkt dat communicatie niet altijd optimaal verloopt. Dit rechtvaardigt een toevoeging van een vijfde proces:

- e. crisiscommunicatie.

Deze vijf processen worden hierna beschreven en genormeerd. Eerst volgen de normen die zijn gesteld aan de visie op crisismanagement en het crisisplan.

### **Prestatie: Crisisorganisatie**

#### **Norm 1: De organisatie heeft een visie ontwikkeld op crisismanagement**

Prestaties voor de visie op crisismanagement

- 1.1. In de raad van bestuur/directie is de portefeuille crisismanagement belegd.
- 1.2. De organisatie beschikt over een vastgestelde visie op crisismanagement.

#### **Norm 2: De organisatie heeft een crisisplan**

Prestaties voor het crisisplan:

- 2.1. De organisatie beschikt over een crisisplan met daarin een relatie naar onderliggende plannen en procedures.
- 2.2. In de onderliggende relevante plannen en procedures is de relatie met het crisisplan vastgelegd.
- 2.3. Het crisisplan is door de raad van bestuur/directie vastgesteld.
- 2.4. De geldigheid van het crisisplan en onderliggende relevante plannen is vastgelegd.
- 2.5. In het crisisplan zijn tenminste de vijf processen voor crisismanagement uitgewerkt.
- 2.6. In het crisisplan zijn de risico's (intern, extern of gecombineerd) die kunnen uitgroeien tot een ramp of een crisis benoemd.
- 2.7. Het crisisplan beschrijft de impactgebieden van een ramp of crisis.
- 2.8. In het crisisplan zijn de mogelijk kritieke besluiten beschreven die de grootste impact hebben.
- 2.9. In het crisisplan staat wie de ketenpartners en stakeholders zijn.

- 2.10. In het crisisplan is vastgelegd hoe een ramp of crisis wordt geëvalueerd, tenminste de uitvoering van de vijf processen komen aan bod.
- 2.11. De resultaten van een evaluatie worden als input meegenomen bij de aanpassing van het crisisplan.
- 2.12. Er is vastgelegd wanneer een evaluatie van een OTO-activiteit kan leiden tot aanpassing van het crisisplan.

### **Melding en alarmering**

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

In de normering van dit onderdeel staat centraal het gestructureerd in behandeling nemen van een melding over een (mogelijke) ramp of crisis. Wanneer tot opschaling wordt besloten is de alarmering van de betrokken functionarissen van belang.

### **Norm 3: De organisatie heeft een procedure voor het proces melding en alarmering**

Prestaties voor het proces melding en alarmering

- 3.1. In het crisisplan is vastgelegd waar en door wie een melding van een (mogelijke) ramp of crisis in ontvangst wordt genomen.
- 3.2. Het proces van melding en alarmering is op basis van 7 x 24 uur geborgd.
- 3.3. Een melding van een (mogelijke) ramp of crisis wordt volgens een uitvraagprotocol vastgelegd.
- 3.4. In het crisisplan is vastgelegd wat als eerste moet gebeuren met een melding die kan duiden op een (beginnende) ramp of crisis.

## KWALITEIT UITGEWERKT

- 3.5. In het crisisplan is beschreven hoe het crisis(beleids)team wordt gealarmeerd.
- 3.6. In het crisisplan is vastgelegd hoe de operationele teams/afdelingen worden gealarmeerd.
- 3.7. De organisatie heeft actuele alarmeringsschema's en bijbehorende lijsten van medewerkers en telefoonnummers.
- 3.8. De organisatie heeft een procedure voor het alarmeren bij uitval van voorzieningen.

### **Op- en afschaling:**

Het proces op- en afschaling bevat alle activiteiten gericht op de bedrijfszekerheid, het effectief en tijdig veranderen van het functioneren van de organisatie van de dagelijkse situatie naar de opgeschaalde dan wel afgeschaalde (reguliere) situatie.

In het crisisplan moet duidelijk zijn omschreven welke onderdelen van de organisatie worden opgeschaald en onderdeel uit gaan maken van de crisisorganisatie. Daarbij wordt rekening gehouden met de situatie dat de crisisorganisatie langere tijd actief kan zijn. De organisatie moet ervoor zorgen dat de continuïteit van de opgeschaalde crisisorganisatie is gewaarborgd wanneer langdurige inzet nodig is.

De nafase is de periode van afschaling en nazorg. Deze fase is erop gericht de gevolgen van een crisis op de middellange en lange termijn te verminderen. Denk aan het beperken van het leed voor de slachtoffers en getroffen, (zorg)continuïteit herstellen, het beperken van financiële- en reputatieschade, de juridische afhandeling en (interne/externe) evaluaties/onderzoeken uitvoeren of ondergaan. Deze activiteiten moeten ook in samenhang worden opgepakt.

### **Norm 4: De organisatie heeft een procedure voor het proces op- en afschaling**

Prestaties voor het proces op- en afschaling

- 4.1. Het is vastgelegd in het crisisplan welke functionarissen het opschalingsbesluit nemen.
- 4.2. In het crisisplan is beschreven op welke wijze de mogelijke impact en daarmee het crisispotentieel wordt ingeschat.



- 4.3. In het crisisplan staan criteria en de procedure voor opschaling van de crisisorganisatie beschreven.
- 4.4. In het crisisplan is vastgelegd welke functionarissen het afschalingsbesluit nemen.
- 4.5. In het crisisplan is vastgelegd hoe de organisatie overgaat tot de nafase.
- 4.6. In het crisisplan is vastgelegd hoe de nafase wordt ingericht.
- 4.7. In het crisisplan is vastgelegd hoe de nazorg/posttraumatische begeleiding van medewerkers die daar behoefte aan hebben is georganiseerd.

### **Leiding en coördinatie:**

Het proces van leiding en coördinatie omvat voor alle disciplines en niveaus het in onderlinge samenhang vaststellen van de wijze van opvang van de ramp of crisis (besluitvorming), het coördineren en leiding geven aan de crisisorganisatie, het monitoren van de resultaten en het op basis hiervan beoordelen en bijstellen van de activiteiten.

Voor het beheersen van elk type ramp of crisis bestaat een team meestal uit: de voorzitter, de communicatiemedewerker (voorlichter), de crisiscoördinator en secretariële ondersteuning. Afhankelijk van het type ramp of crisis worden deskundigen uit de organisatie toegevoegd (de experts). De bereikbaarheid van de functionarissen moet gewaarborgd zijn. In de handreiking Leidraad crisisorganisaties in de zorgsector wordt het inrichten van het Crisisbeleidsteam en het Operationeel team toegelicht.

Naast de rol van voorzitter is de rol van crisiscoördinator de belangrijkste sleutelfunctionaris in de continuïteit van de crisisorganisatie<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Referentiekader Regionaal Crisisplan 2009. Projectteam referentiekader regionaal crisisplan & Turnaround Communicatie, 2009.

### **Norm 5: De organisatie heeft een procedure voor het proces leiding en coördinatie**

Prestaties voor het proces leiding en coördinatie:

- 5.1. In het crisisplan is vastgelegd wie de crisisorganisatie op strategisch niveau leidt.
- 5.2. In het crisisplan is vastgelegd wie de crisisorganisatie op tactisch niveau leidt.
- 5.3. In het crisisplan is vastgelegd wie de crisisorganisatie op operationeel niveau leidt.
- 5.4. In het crisisplan is vastgelegd welke samenstelling crisisteams hebben bij een crisissituatie.
- 5.5. In het crisisplan is beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uursbasis gedurende een langere periode kan functioneren.
- 5.6. In het crisisplan is vastgelegd welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden de crisisteams hebben.
- 5.7. In het crisisplan is vastgelegd wanneer experts worden betrokken.
- 5.8. In het crisisplan is vastgelegd hoe bij een ramp of crisis wordt aangesloten bij ketenpartners in de zorgsector/veiligheidsdomein.
- 5.9. In het crisisplan is vastgelegd welke samenwerkingsafspraken er zijn (en de evaluatie hiervan) met betrokken ketenpartners.

### **Informatiemanagement**

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

### **Norm 6: De organisatie heeft een procedure voor het proces informatiemanagement**

Prestaties voor het proces informatiemanagement:

- 6.1. In het crisisplan is vastgelegd hoe informatie van 'binnen' en 'buiten' de organisatie wordt verzameld en gedeeld, zodat de besluitvorming onder crisisomstandigheden is gebaseerd op een actueel, gevalideerd en consistent situatiebeeld.
- 6.2. In het crisisplan is vastgelegd wie het informatieproces coördineert.

### **Crisiscommunicatie**

Goede crisiscommunicatie staat voor het verspreiden van juiste, tijdige en begrijpelijke informatie over en tijdens een ramp of crisis. Het proces crisiscommunicatie gaat verder dan informatiemanagement. Bij crisiscommunicatie gaat het naast informatievoorziening (informereren) ook om betekenisgeving (inleven) en schadebeperking (instrueren). Dit zijn de drie gangbare doelstellingen van crisiscommunicatie. Openheid, snelheid, aansluiting bij informatiebehoefte en/of zorgen van de doelgroep zijn hierbij gebruikelijke uitgangspunten.

### **Norm 7: De organisatie heeft een procedure voor het proces crisiscommunicatie**

Prestaties voor het proces crisiscommunicatie

- 7.1. De doelstellingen en uitgangspunten van crisiscommunicatie zijn vastgelegd.
- 7.2. De processtappen, organisatie en rollen bij crisiscommunicatie zijn vastgelegd.
- 7.3. De wijze waarop wordt aangesloten op de crisiscommunicatie organisatie van alle bij de ramp of crisis betrokken ketenpartners in de zorgsector/veiligheidsdomein is vastgelegd.

### 2.2 OTO-activiteiten

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

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

#### De OTO-jaarplancyclus

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

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

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

Eén van de thema's in het ROAZ is het voorbereid zijn op rampen en crises van ketenpartners in de acute zorg. Op basis van een

regionale risicoanalyse van de veiligheidsregio maken relevante partijen in het ROAZ afspraken over OTO-activiteiten en de besteding van de OTO-gelden. De opdracht van het ROAZ - zorgdragen dat de patiënt met de acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek adequate zorg geboden krijgt - blijft ook in de crisissituatie van toepassing.

### **Norm 8: De organisatie heeft een procedure voor de OTO-planvorming en voert jaarlijks de Zelfevaluatie uit**

Prestaties voor de OTO-planvorming:

- 8.1. De organisatie heeft een visie vastgesteld op welke wijze medewerkers op een sleutelfunctie worden voorbereid.
- 8.2. De organisatie heeft vastgesteld hoe en met welke frequentie de activiteiten en processen, die in het crisisplan staan, worden beoefend.
- 8.3. Het meerjaren OTO-beleidsplan, dat in het ROAZ is vastgesteld, is op relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de organisatie.
- 8.4. Relevante onderdelen uit het door het ROAZ vastgestelde OTO-jaarplan, zijn verwerkt in het OTO-jaarplan van de organisatie.
- 8.5. De organisatie voert jaarlijks een evaluatie uit over de OTO-activiteiten in het afgelopen jaar (OTO-jaarplan).
- 8.6. De organisatie legt de bevindingen uit de evaluatie van OTO-activiteiten vast in een OTO-jaarverslag.
- 8.7. Het OTO-jaarverslag voldoet aan de binnen het ROAZ gestelde regionale inhoudsnorm.
- 8.8. De evaluatie wordt zodanig uitgevoerd dat minimaal het verloop van de vijf processen wordt beschreven en leerpunten worden aangegeven.
- 8.9. De resultaten van een evaluatie worden als input meegenomen bij de aanpassing van OTO-activiteiten.
- 8.10. De organisatie voert jaarlijks de Zelfevaluatie uit.
- 8.11. De aanbevelingen uit de Zelfevaluatie zijn verwerkt in een verbeterplan en/of direct herleidbaar in het crisisplan / OTO-jaarplan van de organisatie, zodat de PDCA-cyclus is doorlopen.

### Opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen

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

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

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

De landelijk OTO Toolkit<sup>11</sup> biedt een actueel instrument waarmee de organisatie een zelfevaluatie kan uitvoeren over de inrichting en voorbereiding van de crisisorganisatie. In dit kwaliteitskader is het jaarlijks gebruik van het instrument genormeerd, omdat het belangrijke aanwijzingen geeft in het actualiseren van het crisisplan en het OTO-plan.

In de OTO Toolkit zijn ook hulpmiddelen opgenomen om OTO-activiteiten in de eigen organisatie projectmatig te organiseren. Onderdeel van de OTO Toolkit zijn de kwalificatieprofielen; ontwikkeld voor de sleutelfuncties in de crisisorganisatie. De kwalificatieprofielen ondersteunen het kwalificatiegericht opleiden, trainen en oefenen, zodat alleen specifieke kwalificaties, die de sleutelfunctionaris nog niet heeft ontwikkeld, worden geschoold. Een OTO Portfolio is een hulpmiddel om de vakbekwaamheid (en de ontwikkeling daarin) te borgen. In de OTO Toolkit is hiervoor de Handreiking OTO Portfolio opgenomen.

---

<sup>11</sup> [www.otoportaal.nl](http://www.otoportaal.nl)

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

1. benoemen van de sleutelfuncties (inclusief vervanging);
2. vaststellen van de taken per sleutelfunctie;
3. vaststellen van het kwalificatieprofiel per sleutelfunctie;
4. bepalen van het huidige kennis- en ervaringsniveau van de individuele sleutelfunctionaris.

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

### **Norm 9: De organisatie borgt de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen**

Prestaties voor vakbekwaamheid sleutelfunctionarissen:

- 9.1. Bekend is welke sleutelfuncties er zijn bij een crisissituatie.
- 9.2. Elke sleutelfunctie heeft een vastgesteld kwalificatieprofiel.
- 9.3. Alle sleutelfuncties zijn ingevuld.
- 9.4. Per sleutelfunctionaris is inzichtelijk of deze voldoet aan het beoogde kwalificatieprofiel.
- 9.5. Per sleutelfunctionaris is vastgelegd welke OTO-activiteiten nodig zijn om te (blijven) voldoen aan het beoogde kwalificatieprofiel.
- 9.6. De vakbekwaamheid (en de ontwikkelingen daarin) van sleutelfunctionarissen is geborgd.

### **Kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten**

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

### **Norm 10: De organisatie borgt de kwaliteit van de OTO-activiteiten**

Prestatie voor kwaliteitsborging van de OTO-activiteiten:

10.1. De organisatie heeft vastgelegd hoe de kwaliteit van de OTO-activiteiten wordt geborgd.

### **2.3 Additionele richtlijnen**

In dit kwaliteitskader ontbreken de specifieke normen voor de sectoren, wel zijn additionele richtlijnen opgenomen. Uit de evaluatiesessies is naar voren gekomen dat sommige organisaties ook behoefte hebben aan 'hoe' normen kunnen worden uitgewerkt. Dat geeft hen handvatten en richting. Bovendien helpt het hen bij het beter op de agenda plaatsen van het onderwerp binnen de organisatie. Hieronder staan additionele richtlijnen die daarbij kunnen ondersteunen.

- R1. De organisatie organiseert jaarlijks een alarmeringsoefening voor het Crisis(beleids)team en het Operationeel Team. Hierbij wordt tenminste getest of de op te roepen medewerkers (telefonisch) bereikbaar zijn en wordt gevraagd binnen hoeveel tijd zij aanwezig kunnen zijn.
- R2. Op operationeel niveau wordt er jaarlijks geoefend in de grootschalige opvang van slachtoffers door simulatie of realistische oefening.
- R3. De operationele organisatie beschikt over een procedure voor opvang en decontaminatie van CBRN- slachtoffers.
- R4. Medewerkers die een specifieke rol hebben bij de decontaminatie van CBRN-slachtoffers oefenen jaarlijks de procedure.
- R5. De organisatie organiseert ten minste jaarlijks twee OTO-activiteiten op deelprocessen uit het Crisisplan.
- R6. Een oefening moet zijn uitgevoerd conform een oefenplan, waarin tenminste zijn omschreven:
  - a. de oefendoelen;
  - b. organisatie / uitvoering van de oefening;
  - c. de evaluatie.
- R7. Een sleutelfunctionaris die deelneemt in de vaste bezetting van de het crisis(beleids)team wordt geacht deel te nemen aan de crisisorganisatie wanneer tenminste éénmalig een opleiding/training over de werkwijze van de interne en externe



## KWALITEIT UITGEWERKT

crisisorganisatie en crisisbesluitvorming is gevolgd en jaarlijks een praktijk- of oefenervaring in een opgeschaalde situatie is uitgevoerd.



# 3

## Kwaliteit getoetst

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

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

### 3.1 Zelfevaluatie

De normen en bijhorende heldere prestaties uit het kwaliteitskader zijn uitwerkt in een checklist met vragen. Deze checklist is als bijlage 1 toegevoegd. De antwoorden worden gescoord op het niveau:

- ja, dat is geregeld;
- in ontwikkeling (het onderwerp wordt momenteel uitgewerkt);
- nee, dat is niet geregeld en ook momenteel niet in ontwikkeling;
- niet van toepassing (dit geldt niet voor normen, alleen voor prestaties).

Het overzicht van de scores geeft inzicht in de onderwerpen die nog moeten worden opgepakt en/of verder moeten worden uitgewerkt. In dit kwaliteitskader is aangegeven dat deze zelfevaluatie jaarlijks moet worden uitgevoerd, om een actueel beeld over de mate van voorbereiding op rampen en crises te behouden. Het resultaat van de Zelfevaluatie kan gebruikt worden om de voortgang van

de activiteiten intern te bespreken, met bijvoorbeeld de raad van bestuur of directie. Ook kan de ingevulde checklist gebruikt worden om de voortgang met de regionale OTO-coördinator te bespreken. Een samenvatting van de bevindingen kan als input dienen ter bespreking in het ROAZ.

### 3.2 Intercollegiale visitatie

Het visitatie-instrument dat is uitgewerkt voor intercollegiale visitatie gaat nog een stap verder dan de Zelfevaluatie. Met het visitatie-instrument ontstaat een meer objectief beeld van de stand van zaken met betrekking tot de voorbereiding op rampen en crises. Bovendien worden aanbevelingen gedaan om tot kwaliteitsverbeteringen te komen, die kunnen worden besproken met bijvoorbeeld de regionale OTO-coördinator om de aanbevelingen ook daadwerkelijk vorm te kunnen geven.

Het instrument Intercollegiale visitatie is opgenomen in bijlage 2. Binnen het ROAZ kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt over het uitvoeren van de intercollegiale visitatie.

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

Het bezoek van de visitatiecommissie leidt uiteindelijk tot een beeld over de mate van voorbereiding op rampen en crises door de gevisiteerde organisatie. In een visitatierapport worden de bevindingen, conclusies en aanbevelingen vastgelegd. Het rapport is strikt vertrouwelijk en wordt alleen aan de opgegeven contactpersoon en de raad van bestuur of directie gestuurd. Het opvolgen van de aanbevelingen kan tijdens de volgende visitatie worden getoetst. De conclusies en aanbevelingen kunnen worden gedeeld en

## KWALITEIT GETOETST

besproken met de regionale OTO-coördinator en het ROAZ, om van elkaar te leren en verbeteringen door te voeren. In het ROAZ kunnen nadere afspraken worden gemaakt over de wijze van monitoring van de implementatie van de aanbevelingen en welke consequentie het heeft indien aanbevelingen niet worden opgevolgd.



# 1

BIJLAGE

## Checklist Zelfevaluatie 2.0

### Vragenlijst voorbereiding op rampen en crises door de zorgsector

De Zelfevaluatie is bedoeld om u aan de hand van een vragenlijst een beeld te geven van de mate van voorbereiding op rampen en crises van uw organisatie. De vragen zijn gebaseerd op de normen en prestaties uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Boven elke vraag staat over welk onderdeel uit het kwaliteitskader de vragen gaan.

Bij elke vraag over de prestaties heeft u vier opties:

- ja, dat is geregeld;
- in ontwikkeling (i.o.) het onderwerp wordt momenteel aantoonbaar uitgewerkt (er zijn activiteiten bezig);
- nee, dat is niet geregeld
- niet van toepassing(n.v.t.), (dit geldt niet voor normen, alleen voor prestaties).

Voor de vragen over de tien normen zijn de opties: ja of nee.

## BIJLAGE 1

Onderwerp 1: De crisisorganisatie		
<b>1</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie een visie op crisismanagement?</b>	Ja/Nee
1.1	Is de portefeuille crisismanagement belegd in de raad van bestuur/directie?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
1.2	Beschikt de organisatie over een vastgestelde visie op crisismanagement?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
<b>2</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie een crisisplan?</b>	Ja/Nee
2.1	Beschikt de organisatie over een crisisplan met daarin een relatie naar onderliggende plannen en procedures?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.2	Is in de onderliggende relevante plannen en procedure de relatie met het crisisplan vastgelegd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.3	Is het crisisplan door de raad van bestuur/directie vastgesteld?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.4	Is de geldigheid van het crisisplan en de onderliggende relevante plannen vastgelegd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.5	Zijn in het crisisplan tenminste de vijf processen voor crisismanagement uitgewerkt?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.6	Zijn de risico's (intern, extern of gecombineerd) die kunnen uitgroeien tot een ramp of crisis benoemd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.7	Zijn de impactgebieden van een ramp of crisis in het crisisplan beschreven?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.8	Zijn in het crisisplan de mogelijke kritieke besluiten beschreven die de grootste impact hebben?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.9	Staat in het crisisplan wie de ketenpartners en stakeholders zijn?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.10	Is in het crisisplan vastgelegd hoe een ramp of crisis wordt geëvalueerd, waarbij tenminste de vijf processen aan bod komen?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
2.11	Worden de resultaten van een evaluatie als input meegenomen bij de aanpassingen van het crisisplan?	Ja/i.o./Nee/n.v.t.
2.12	Is vastgelegd wanneer een evaluatie van een OTO activiteit kan leiden tot aanpassing van het crisisplan?	Ja/i.o./Nee/n.v.t.
<b>3</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie een procedure voor het proces van melding en alarmering?</b>	Ja/Nee
3.1	Is in het crisisplan vastgelegd waar en door wie een melding van een (mogelijke) ramp of crisis in ontvangst wordt genomen?	Ja/i.o./Nee/n.v.t.
3.2	Is het proces van melding en alarmering op basis van 7 x 24 uur geborgd?	Ja/i.o./Nee/n.v.t.
3.3	Wordt een melding van een (mogelijke) ramp of crisis volgens een uitvaagprotocol vastgelegd?	Ja/i.o./Nee/n.v.t.
3.4	Is in het crisisplan vastgelegd wat er als eerste moet gebeuren met een melding die kan duiden op een (beginnende) ramp of crisis?	Ja/i.o./Nee/n.v.t.



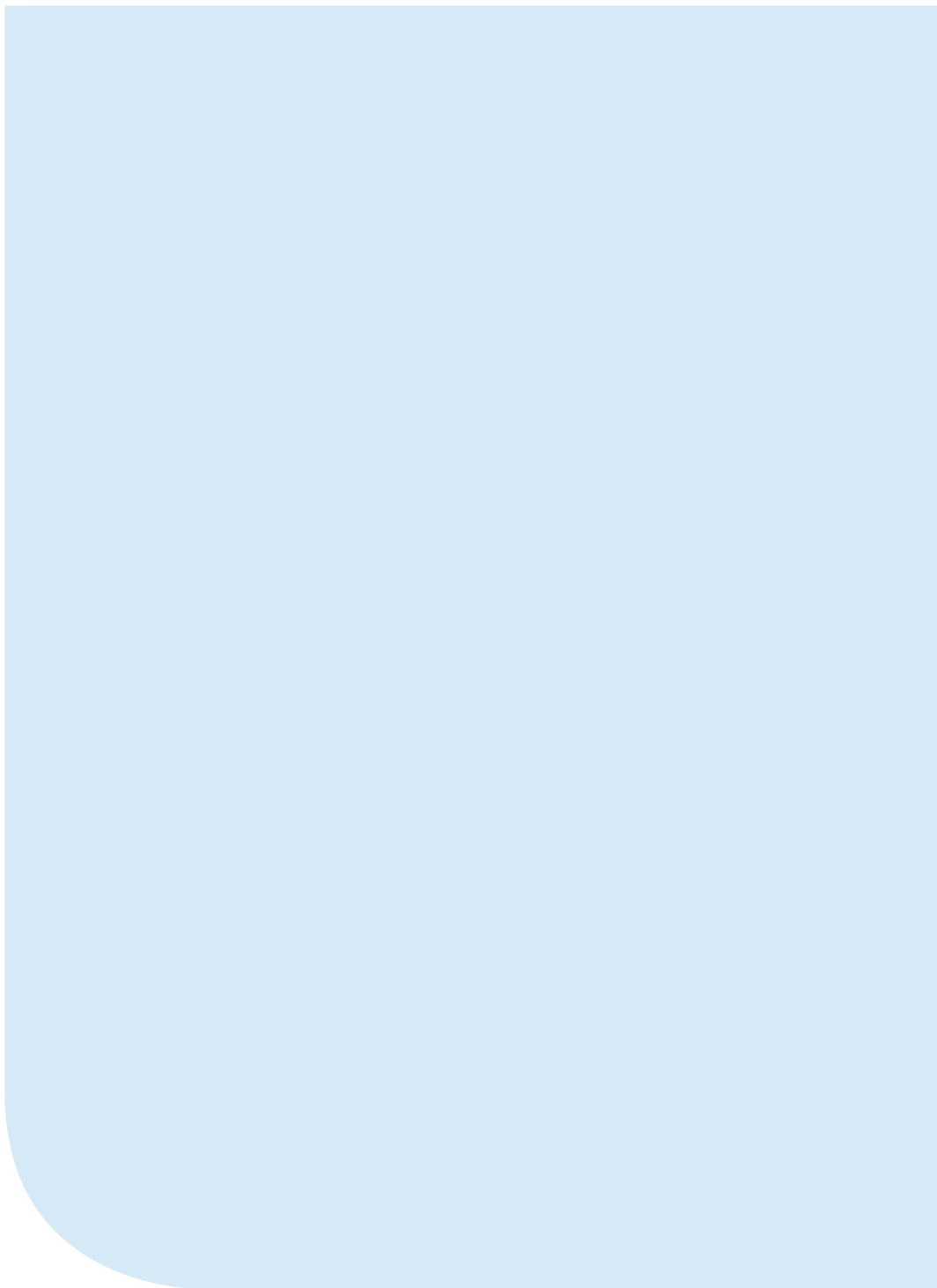
## BIJLAGE 1

3.5	Is in het crisisplan beschreven hoe het crisis(beleids)team wordt gealarmeerd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
3.6	Is in het crisisplan beschreven hoe de operationele teams/afdelingen worden gealarmeerd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
3.7	Heeft de organisatie actuele alarmeringsschema's en bijbehorende lijsten van medewerkers en telefoonnummers?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
3.8	Heeft de organisatie een procedure voor het alarmeren bij uitval van voorzieningen?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
<b>4</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie een procedure voor het proces van op- en afschaling?</b>	Ja/Nee
4.1	Is vastgelegd welke functionarissen het opschalingsbesluit nemen?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
4.2	Is in het crisisplan beschreven op welke wijze de mogelijke impact en daarmee het crisispotentieel wordt ingeschat?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
4.3	Staan in het crisisplan criteria en procedures voor opschaling van de crisisorganisatie beschreven?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
4.4	Is vastgelegd welke functionarissen het afschalingsbesluit nemen?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
4.5	Is vastgelegd welke functionarissen het afschalingsbesluit nemen?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
4.6	Is in het crisisplan vastgelegd hoe de nafase wordt ingericht?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
4.7	Is in het crisisplan vastgelegd hoe de nazorg / posttraumatische begeleiding van medewerkers die daar behoefte aan hebben is georganiseerd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
<b>5</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie een procedure voor het proces leiding- en coördinatie?</b>	Ja/Nee
5.1	Is in het crisisplan vastgelegd wie de crisisorganisatie op strategisch niveau leidt?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.2	Is in het crisisplan vastgelegd wie de crisisorganisatie op tactisch niveau leidt?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.3	Is in het crisisplan vastgelegd wie de crisisorganisatie op operationeel niveau leidt?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.4	Is in het crisisplan vastgelegd welke samenstelling teams hebben bij een crisissituatie?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.5	Is in het crisisplan beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uursbasis gedurende een langere periode kan functioneren?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.6	Is in het crisisplan vastgelegd welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden de teams hebben?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.7	Is in het crisisplan vastgelegd hoe experts worden betrokken?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.8	Is in het crisisplan vastgelegd hoe bij een ramp of crisis wordt aangesloten bij ketenpartners in de zorgsector/veiligheidsdomein?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
5.9	Staan in het crisisplan welke samenwerkingsafspraken (en de evaluatie hiervan) er zijn met betrokken ketenpartners?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.

## BIJLAGE 1

6	<b>Norm: Heeft de organisatie een procedure voor het proces informatiemanagement?</b>	Ja/Nee
6.1	Is in het crisisplan vastgelegd hoe informatie van 'binnen' en 'buiten' de organisatie wordt verzameld en gedeeld, zodat de besluitvorming onder crisissomstandigheden is gebaseerd op een actueel, gevalideerd en consistent situatiebeeld?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
6.2	Is in het crisisplan vastgelegd wie het informatieproces coördineert?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
7	<b>Norm: Heeft de organisatie een procedure voor het proces crisiscommunicatie?</b>	Ja/Nee
7.1	Zijn de doelstellingen en uitgangspunten van crisiscommunicatie vastgelegd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
7.2	Zijn de processtappen, organisatie en rollen bij crisiscommunicatie vastgelegd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
7.3	Is de wijze waarop wordt aangesloten op de crisiscommunicatie organisatie van alle bij de ramp of crisis betrokken ketenpartners in de zorgsector / veiligheidsdomein vastgelegd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.

<b>Onderwerp 2: De organisatie van OTO-activiteiten</b>		
<b>8</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie een procedure voor het proces OTO-planvorming?</b>	Ja//Nee
8.1	Heeft de organisatie een visie vastgesteld op welke wijze medewerkers op een sleutelfunctie worden voorbereid?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.2	Heeft de organisatie vastgesteld hoe en met welke frequentie de verschillende processen, die in het crisisplan staan, worden beoefend?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.3	Is het meerjaren OTO-beleidsplan, dat in het ROAZ is vastgesteld, op relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de organisatie?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.4	Zijn relevante onderdelen uit het door het ROAZ vastgestelde OTO-jaarplan verwerkt in het OTO-jaarplan van de organisatie?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.5	Voert de organisatie jaarlijks een evaluatie uit over de OTO-activiteiten in het afgelopen jaar (OTO-jaarplan)?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.6	Worden de bevindingen uit de evaluatie van OTO-activiteiten vastgelegd in een OTO-jaarverslag?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.7	Voldoet het OTO-jaarverslag aan de binnen het ROAZ gestelde regionale inhoudsnorm?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.8	Wordt de evaluatie zodanig uitgevoerd dat minimaal het verloop van de vijf processen wordt beschreven en leerpunten worden aangegeven?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.9	Worden de resultaten van een evaluatie als input meegenomen bij de aanpassing van OTO-activiteiten?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.10	Voert de organisatie jaarlijks een Zelfevaluatie uit?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
8.11	Zijn de aanbevelingen uit de Zelfevaluatie verwerkt in een verbeterplan en/of direct herleidbaar in het crisisplan / OTO-jaarplan van de organisatie, zodat de PDCA-cyclus is doorlopen?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
<b>9</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen geborgd?</b>	Ja//Nee
9.1	Is bekend welke sleutelfuncties er zijn bij een crisissituatie?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
9.2	Heeft elke sleutelfunctie een vastgesteld kwalificatieprofiel?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
9.3	Zijn alle sleutelfuncties ingevuld?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
9.4	Is per sleutelfunctionaris inzichtelijk of deze voldoet aan het beoogde kwalificatieprofiel?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
9.5	Is per sleutelfunctionaris vastgelegd welke OTO-activiteiten nodig zijn om te (blijven) voldoen aan het beoogde kwalificatieprofiel?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
9.6	Is de vakbekwaamheid (en de ontwikkeling daarin) van sleutelfunctionarissen geborgd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.
<b>10</b>	<b>Norm: Heeft de organisatie de kwaliteit van de OTO-activiteiten geborgd?</b>	Ja//Nee
10.1	Heeft de organisatie vastgelegd hoe de kwaliteit van de OTO-activiteiten wordt geborgd?	Ja/I.O/Nee/n.v.t.



# BIJLAGE 2

## Richtlijn Intercollegiale visitatie

Intercollegiale visitatie Kwaliteitskader Crisisbeheersing  
en OTO 2.0

De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en  
crises

Naam instelling

Plaats

Datum visitatie:

# Colofon

**Titel** Intercollegiale visitatie Kwaliteitskader Crisisbeheersing  
en OTO 2.0

**Organisatie**

**Datum**

**Versie visitatiekader** 2.0

**Rapporteur**

**Adres**

**Acute Zorgnetwerk**

**Postadres**

**Telefoon**

**Fax**

**E-mail**

Deze visitatie is uitgevoerd door de commissie Intercollegiale visitatie Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 onder auspiciën van XXX.

# Inhoudsopgave

Inleiding	2
Het visitatieproces	4
Agenda visitatie	6
Te verstrekken documenten ter voorbereiding visitatie	8
Gegevens visitatie	10
Algemene gegevens organisatie	10
Checklist Zelfevaluatie	11
Onderwerpen visitatie	12
Conclusie en aanbevelingen	13

# Inleiding

Het voorliggende rapport betreft een rapportage van de Intercollegiale visitatie Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 van

Naam Zorginstelling

dd mm jjjj

De visitatie is uitgevoerd door een hiertoe samengestelde commissie vanuit Naam Regio

## Doel

Bij de intercollegiale visitatie gaat een aantal beroepsgenoten een gesprek aan bij de gevisiteerde organisatie om inzicht te verschaffen in hoeverre is voldaan aan de normen van een goede voorbereiding op rampen en crises en waar eventuele verbeteringen mogelijk zijn. Aan het einde van de visitatie geven de visiteurs hun feedback en doen zij suggesties ter verbetering. De bevindingen, conclusies en aanbevelingen worden per onderwerp vastgelegd in dit visitatierapport. De visitatiecommissie bespreekt vooral de wijze van inrichting van de crisisorganisatie, de werkwijze tijdens de opgeschaalde situatie en de mate van voorbereiding op rampen en crisis door de inzet van opleiden, trainen en oefenen (OTO). De visitatiecommissie beoordeelt niet hoe individuele medewerkers functioneren.

## Werkwijze

In dit werkdocument worden relevante onderdelen tot één visitatiewerkdocument geïntegreerd. Het werkdocument bevat een lijst van onderwerpen die aan de orde komen in de intercollegiale visitatie. Het ingevulde werkdocument vormt uiteindelijk het visitatierapport. Er worden gegevens verzameld over de inrichting van de crisisorganisatie, de werkwijze tijdens de opgeschaalde situatie en de mate van voorbereiding op rampen en crisis door de inzet van opleiden, trainen en oefenen (OTO). De organisatie vult de Zelfevaluatie in en levert deze met de aangegeven relevante en beschikbare documenten vooraf aan. Op basis van deze gegevens kan de visitatiecommissie zich een beeld vormen van de voorbereiding op rampen en crises. Dit beeld wordt aangevuld met de gesprekken met de aangegeven gesprekspartners, waarbij ook een eerste bevinding ontstaat van hetgeen dat op papier als uitgangspunt is gesteld. Het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 is bij deze visitatie het uitgangspunt.



## BIJLAGE 2

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

Het visitatierapport is vertrouwelijk en wordt door de visitatiecommissie alleen aan de contactpersoon en de raad van bestuur/directie van de gevisiteerde organisatie verstrekt. De gevisiteerde organisatie wordt geadviseerd om vooraf te bepalen aan wie het rapport ter beschikking wordt gesteld. Daarbij wordt opgemerkt dat publieke instanties onder de Wet openbaarheid van bestuur vallen. Dat betekent dat een rapport in bezit van deze instanties zonder opgaaf van reden kan worden opgevraagd door bijvoorbeeld de media.

Voor verdere gedetailleerde informatie wordt voor wat betreft het visitatieproces verwezen naar het Visitatiereglement Intercollegiale visitatie Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 en het door het ROAZ vastgestelde regionaal visitatieplan. Voor wat betreft de gehanteerde normen wordt verwezen naar het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO versie 2.0.

# Het visitatieproces

Het totale visitatieproces doorloopt de volgende stappen:

## Afspraak visitatiebezoek

Een visitatie van de organisatie komt tot stand in afstemming met het acute zorgnetwerk. Er wordt een datum vastgesteld en de organisatie ontvangt een dagprogramma, een visitatiereglement en een gespreksonderwerpen lijst.

## Samenstelling van de visitatiecommissie

Het acute zorgnetwerk stelt op basis van het landelijk visitatiereglement een visitatiecommissie samen. De namen van de leden van de commissie worden aan de instelling medegedeeld. Desgewenst kan de organisatie bezwaar maken (zie reglement).

## Vorbereiding visitatie

De aanvrager ontvangt de vragenlijst, met het verzoek deze zo volledig mogelijk in te vullen. Verder ontvangt men een lijst van aan te leveren documenten. De Zelfevaluatie en aanvullende documenten dienen vier weken voor de visitatiedatum in het bezit van het acute zorgnetwerk te zijn of anders indien dit met het acute zorgnetwerk zo wordt afgesproken. De vragenlijst en documenten moeten digitaal worden aangeleverd. Documenten die niet digitaal kunnen worden aangeleverd, moeten in drievoud worden aangeleverd ten behoeve van verspreiding onder de leden van de visitatiecommissie.

## Visitatie

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

### **Controle op feitelijke juistheid visitatierapport**

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

### **Opstellen definitief visitatierapport**

Conclusies en aanbevelingen worden toegevoegd aan het definitieve visitatierapport (deze zijn vooraf door de betrokken bezoekers op juistheid beoordeeld). Het acute zorgnetwerk stuurt het visitatierapport aan de gevisitieerde organisatie.

### **Implementatie van de aanbevelingen**

Het is de verantwoordelijkheid van de gevisitieerde organisatie in hoeverre de aanbevelingen uit het visitatierapport worden uitgevoerd.

## BIJLAGE 2

### Agenda visitatie

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

**1 09:00 – 09:15 uur**

Ontvangst van de visitatiecommissie door de ROP-/Crisisplan-beheerder.  
Bespreken van mogelijke wijzigingen en of aanvullingen in het programma.

**2 09:15 – 13:00 uur**

Inzien van de documentatie en onderlinge afstemming van de visitatiecommissie naar aanleiding van de vooraf bestudeerde documentatie (crisisplan, OTO-jaarplan). Ook is er ruimte om op verzoek van de organisatie werkplek bezoeken af te leggen.

**12:30 – 13:00 uur**

Lunch commissie.

**3 13:00 – 13:30 uur**

Gesprek met de voorzitter van het crisis(beleids)team (of één van de plaatsvervangers).

**13:30 – 13:45 uur**

Onderlinge nabespreking commissie.

**4 13:45 – 14:30 uur**

Gesprek met de verantwoordelijke functionaris(sen) voor ontwikkeling en beheer van het crisisplan en OTO-jaarplan (de ROP- /Crisisplan-beheerder).

**14:30 – 14:45 uur**

Onderlinge nabespreking commissie.

**5a 14:45 – 15:15 uur**

Visitatie ziekenhuis gesprek met een afdelingsvertegenwoordiger(s).

## BIJLAGE 2

- 5b 14:45 – 15:15 uur**  
Visitatie RAV: gesprek met (nog in te vullen).
- 5c 14:45 – 15:15 uur**  
Visitatie HAP: gesprek met (indien noodzakelijk).
- 5d 14:45 – 15:15 uur**  
Visitatie GGD: gesprek met de procesleiders IZB, MMK, PSH, en GOR (of hun plaatsvervangers).
- 6 15:15 – 16:00 uur**  
Onderlinge afstemming visitatiecommissie. Invullen bevindingen, voorlopige conclusies en aanbeveling formuleren.
- 7 16:00 – 16:30 uur**  
Bespreking eerste bevindingen met de gesprekspartners.
- 8 16:30 uur**  
Afsluiting visitatie.

## BIJLAGE 2

Te verstrekken documenten ter voorbereiding van visitatie

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

Ter inzage te leggen documenten tijdens de visitatie.

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

Nr.	Activiteit en gespreksonderwerpen	Beschikbaar
1	De ingevulde Zelfevaluatie	Ja - Nee
2	Het crisisplan inclusief deelplannen	Ja - Nee
3	Het OTO-jaarplan	Ja - Nee
4	Het OTO-jaarverslag	Ja - Nee
5	Overzicht van de vastgestelde sleutelfuncties	Ja - Nee
6	Regionaal meerjaren OTO-beleidsplan vastgesteld door het ROAZ	Ja - Nee
7	Regionale risicoanalyse	Ja - Nee
8	Een lesplan van een opleidingsactiviteit in het kader van OTO	Ja - Nee
9	Een oefenplan van een oefenactiviteit in het kader van OTO	Ja - Nee

## BIJLAGE 2

Ter inzage te leggen documenten tijdens de visitatie.

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

Nr.	Activiteit en gespreksonderwerpen	Beschikbaar
1	Evaluaties van OTO-activiteiten en/of daadwerkelijke opschaling van de crisisorganisatie	Ja - Nee
2	Interne risicoanalyse	Ja - Nee

**A Gegevens visitatie**

Visitatiedatum

**Leden visitatiecommissie**

Voorzitter

Externe visiteur regio

Visiteur regio

Secretaris/visiteur

**B Algemene gegevens  
organisatie**

Naam organisatie

Bezoekadres: straat en nummer

Postcode / plaats

Naam ROP-/Crisisplan-beheerder

Telefoonnummer ROP-/  
Crisisplan-beheerder

E-mail ROP-/Crisisplan-beheerder



### **Checklist Zelfevaluatie 2.0**

Vragenlijst voorbereiding op rampen en crises door ketenpartners in de zorg  
Toelichting antwoordmogelijkheden:

- ja, dat is geregeld;
- in ontwikkeling (i.o.) het onderwerp wordt momenteel aantoonbaar uitgewerkt (er zijn activiteiten bezig);
- nee, dat is niet geregeld;
- niet van toepassing (dit geldt niet voor normen, wel voor de prestaties).

### Onderwerpen visitatie (Gespreksverslag/Samenvatting)

De visitatie wordt gehouden aan de hand van de normen uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Uit de ingevulde zelfevaluatie zijn een aantal onderwerpen tijdens de collegiale visitatie met elkaar besproken. Deze worden na goedkeuring van het verslag aangevuld met conclusies en aanbevelingen.

#### 1 De crisisorganisatie

- |    |   |          |
|----|---|----------|
| 1. | Norm: De organisatie heeft een visie op crisismanagement.                           | Ja / Nee |
| 2. | Norm: De organisatie heeft een crisisplan.  | Ja / Nee |
| 3. | Norm: De organisatie heeft een procedure voor het proces van melding en alarmering. | Ja / Nee |
| 4. | Norm: De organisatie heeft een procedure voor het proces van op- en afschalen.      | Ja / Nee |
| 5. | Norm: De organisatie heeft een procedure voor het proces leiding en coördinatie.    | Ja / Nee |
| 6. | Norm: De organisatie heeft een procedure voor het proces informatiemanagement.      | Ja / Nee |
| 7. | Norm: De organisatie heeft een procedure voor het proces crisiscommunicatie.        | Ja / Nee |

#### 2 De organisatie van OTO-activiteiten

- |     |   |          |
|-----|---|----------|
| 8.  | Norm: De organisatie heeft een procedure voor het proces OTO-planvorming. | Ja / Nee |
| 9.  | Norm: De organisatie borgt de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen.  | Ja / Nee |
| 10. | Norm: De organisatie borgt de kwaliteit van de OTO activiteiten.          | Ja / Nee |

### **Conclusies en aanbevelingen**

De visitatiecommissie dankt alle betrokkenen voor de deelname aan de visitatie en de inzet en openheid bij de gevoerde gesprekken. Naar aanleiding van de verzamelde feiten uit de gesprekken en de bestudeerde documentatie trekt de visitatiecommissie de volgende conclusies. Deze zijn niet limitatief en in willekeurige volgorde gesteld.

#### **De commissie concludeert:**

1. De crisisorganisatie

2. De organisatie van OTO activiteiten

#### **Aanbevelingen visitatiecommissie**

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

#### **De commissie adviseert:**

1. De crisisorganisatie

2. De organisatie van OTO activiteiten

Advies tot hervisiteatie: volgens afspraak in het ROAZ



# 3

BIJLAGE

## Werkgroep Evaluatie Kwaliteitskader

Zorgketenpartners werken in het landelijk OTO-programma (Opleiden, Trainen en Oefenen) samen aan een adequate voorbereiding van de zorgsector op rampen en crises. De jaarlijkse OTO-gelden die het ministerie van VWS beschikbaar stelt werken als een grote stimulans. Om meer expliciet aan te kunnen geven welke activiteiten minimaal nodig zijn heeft de OTO Stuurgroep in 2012 de opdracht geformuleerd om een kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO te ontwikkelen. Een kwaliteitskader dat zorginstellingen die verenigd zijn in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) antwoord geeft op de vraag: wat moet een instelling minimaal geregeld hebben om voorbereid te zijn op rampen en crises?

De voorbereiding op rampen en crises in de zorgsector is volop in ontwikkeling. Bij de introductie is de houdbaarheid van het kwaliteitskader gesteld op oktober 2014. In het landelijk implementatieplan Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO is gesteld dat het gebruik van de twee meetinstrumenten in januari 2014 wordt geëvalueerd. Gezien de korte duur dat de instrumenten in gebruik zijn is deze evaluatie uitgesteld en samengevoegd met de evaluatie van het kwaliteitskader.

### Werkwijze

Begin 2015 is gestart met de evaluatie van het kwaliteitskader. De evaluatie geldt voor drie elementen

- de normen in het kwaliteitskader;
- de Zelfevaluatie
- de intercollegiale visitatie.

Op verzoek van de OTO Stuurgroep is eerst een verbeterlijst opgehaald. Dit is gebeurd aan de hand van evaluatiesessies. Op het niveau van de ROAZ-regio's zijn evaluatiesessies gehouden. Voor de sessies is een evaluatiegroep uitgenodigd die minimaal bestond uit: ROP-coördinatoren en crisiscoördinatoren van de

## BIJLAGE 3

verschillende sectoren: ziekenhuizen, GGD'en, ambulancezorg en huisartsenposten. De verbeterlijst is in april 2015 voorgelegd aan de OTO Stuurgroep waarna de stuurgroep een positief besluit heeft genomen over de aanpassing van het kwaliteitskader.

De ontwikkelingen op het terrein van crisisbeheersing vragen een aanpassing van het kwaliteitskader. Integrale planvorming is niet langer een trend, maar dagelijkse praktijk. Reden te meer om het kwaliteitsmodel in te bedden in de totale organisatie. Waarbij ruimte is voor de visie van de organisatie op crisismanagement, mede gebaseerd op de regionale en interne risicoanalyse.

Het bestaande kwaliteitskader niet aanpassen betekent dat het kwaliteitskader waarschijnlijk in de kast verdwijnt, omdat het kader niet meer actueel en daardoor niet meer toepasbaar is.

Bij de ontwikkeling en introductie van het Kwaliteitskader is een duidelijk ambitie neergelegd. Een kwaliteitskader dat aansluit bij de dagelijkse praktijk en waar ook daadwerkelijk mee kan worden gewerkt om goed voorbereid te zijn op rampen en crises. Deze ambitie moet worden vastgehouden en een nieuwe versie van het Kwaliteitskader draagt bij om deze ambitie te blijven realiseren.

### **In het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 is duidelijk aandacht voor:**

- De borging van het kwaliteitskader in de organisatie.
- De inbedding van het kwaliteitsmodel volgens de PDCA-cyclus. Het accent dient naast het maken en uitvoeren van plannen 'Plan' en 'Do' ook te liggen op het kijken 'Check' of deze plannen aantoonbaar zijn geïmplementeerd en vervolgens om verbeterplannen op te stellen en daar naar te handelen 'Act'.
- Normen geven antwoord op 'wat' een organisatie moet regelen en niet 'hoe' een organisatie dat moet doen.
- Het actualiseren van de prestaties en normen.

### **Samenstelling werkgroep**

De werkgroep bestaat uit:

- Clarien Schoeren, OTO-coördinator, Netwerk Acute Zorg Limburg
- Corina de Groot, stafadviseur OTO, TraumaNet AMC
- Wim Heupers, OTO-coördinator, Netwerk Acute Zorg Zwolle
- Pieter Janssen, extern adviseur, Spectricon
- Twan Moors, Programmamanager Crisisbeheersing en OTO, LNAZ
- Katja Damen, Programmamanager Acute Zorg, LNAZ





landelijk netwerk  
acute zorg

**Colofon**

Auteurs: Werkgroep Evaluatie Kwaliteitskader  
Redactie: Bureau LNAZ  
Opmaak: Studio Opmerkelijk, Amersfoort  
Uitgave: September 2016