

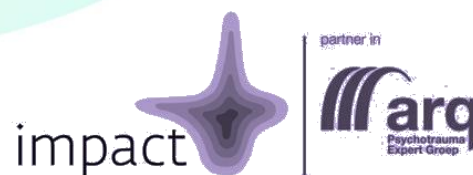
---

# GGD

# Capaciteitenanalyse PSH

# 2015

dr. Jorien Holsappel  
Beleidsadviseur en -onderzoeker  
j.holsappel@impact.arq.org



# DEEL A: opzet, uitvoering en conclusies

Het GGD-proces PSH is de afgelopen jaren sterk in beweging geweest en is dat nog. Het is zeer gevoelig voor ontwikkelingen zowel binnen de GGD als extern bij ketenpartners en in de samenleving. In deze rapportage worden de belangrijkste bevindingen geschetst van de ‘momentopname’ die is uitgevoerd in juli-september 2015 middels een vragenlijst en interviews over de stand van zaken ten aanzien van de invulling en uitvoering van de PSH. Alle regio's hebben deelgenomen aan deze inventarisatie, zodat een breed beeld is verkregen.

## Aanleiding

Scenario's van de Nationale Risicobeoordeling laten vrijwel altijd hoge scores zien op de indicatoren 'sociaal-psychologische impact' en 'maatschappelijke onrust', wat betekent dat psychosociale hulpverlening (PSH) altijd één van de prioriteiten zou moeten zijn. Daarom is het van belang om specifiek voor de PSH inzicht te hebben in de risico's, taken en capaciteiten. De **risico's** per regio worden beschreven in de regionale risicoprofielen. Sommige regio's werken daarnaast met scenario's waarin ook specifiek ingegaan wordt op de behoefte aan PSH.<sup>1</sup> De **taken** ten aanzien van PSH zijn inhoudelijk beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises<sup>2</sup> en de GGD Handreiking PSH<sup>3</sup>. De taakverdeling en de rollen worden uitgewerkt in de 'Inventarisatie rollen en taken binnen de PSH'.<sup>4</sup> Vanuit RIVM en Impact is in het artikel *Investeren in de capaciteit voor psychosociale hulpverlening* eerder gewezen op de noodzaak om ook de PSH-**capaciteiten** – de aanwezige en benodigde mensen, middelen en methoden – goed in beeld te krijgen.<sup>5</sup> Dit biedt aanknopingspunten voor gerichte versterking van die capaciteiten, wat weer bijdraagt bij aan hoogwaardige kwaliteit van psychosociale hulp.

## Doel

Sinds de invoering van het GGD Rampenopvangplan (GROP) en de overgang van de verantwoordelijkheid voor de PSHOR van GHOR naar de GGD, is de organisatie, vormgeving en invulling van het proces PSH sterk in beweging gekomen. De 'Capaciteitenanalyse PSH' is ingezet om een scherper beeld te krijgen van de huidige overeenkomsten en verschillen in de manier waarop invulling wordt gegeven aan het proces PSH. Er is gekeken naar de capaciteiten: de aanwezige mensen, middelen en methoden binnen het proces PSH.

De capaciteitenanalyse moet een basis bieden voor:

- zinnvolle uitwisseling tussen GGD'en onderling;
- het ontwikkelen van beleid en advies vanuit het Programmacollege PSH;
- advies op maat aan GGD'en;
- passende opleiding voor de PSH-functies;
- de verdere ontwikkeling en implementatie van inhoudelijke producten en 'tools', zoals handreikingen, modelplannen en modelconvenanten.

---

<sup>1</sup> <http://www.regionaalrisicoprofiel.nl>

<sup>2</sup> Werkgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling psychosociale hulp bij rampen en crises. *Multidisciplinaire Richtlijn psychosociale hulp bij rampen en crises*. Impact 2014

<sup>3</sup> Holsappel, J. en Dückers, M. *GGD Handreiking Psychosociale hulp bij rampen en crises*. Impact 2015

<sup>4</sup> Dückers, M., Jacobs, J., Timmermans, S. en Alting, D. Psychosociale hulp bij rampen en crises: inventarisatie rollen en taken van betrokkenen. GGD GHOR Nederland, Impact, RIVM 2017.

<sup>5</sup> Dückers, M., Banus, S., Mennen, M. en Stom, C. Investeren in de capaciteit voor psychosociale hulpverlening. *Magazine Nationale Veiligheid en Crisisbeheersing*, augustus 2013. P 36-37

## Praktische toepassing

De capaciteitanalyse is inventariserend van aard – en is bedoeld als startpunt voor implementatie, uitwisseling en maatwerk in opleiding en advies. De praktijk heeft intussen al uitgewezen dat het onderzoek inderdaad een dergelijke functie heeft vervuld:

- het heeft de contacten tussen RIVM, Impact en de regio's versterkt, waardoor vragen vanuit de regio eerder bij RIVM en Impact terecht komen.
- het heeft voeding gegeven aan zowel de oprichting van de vakgroep PSH<sup>6</sup>, als aan de zaken die in de vakgroep besproken zijn. De oprichting van de vakgroep heeft een sterke impuls gegeven aan de onderlinge uitwisseling tussen de regio's.
- het heeft bijgedragen aan de beschrijving van de stand van zaken rond PSH in het document 'Publieke gezondheid borgen'.<sup>7</sup>
- Er is nu een beter en completer overzicht van de verschillende werkwijzen en ervaringen in de regio's, waardoor betere verbindingen gemaakt worden tussen kennis en kennisbehoefte, en kenniskringen gericht voorbereid worden.
- Op basis van presentaties van de resultaten is de bespreking van de uitkomsten in het Programmacollege PSH al in gang gezet.
- Door de presentatie van enkele resultaten tijdens de Netwerkdag PSH/GOR 2016 zijn ideeën over de vorm van de rapportage en over aanbevelingen verder aangescherpt.

Wanneer in een regio vragen rijzen rond een onderdeel van het PSH-proces, is één van de eerste stappen vaak: kijken hoe anderen dat eigenlijk doen. Met de publicatie van de resultaten wordt die informatie eenvoudig toegankelijk. In de manier van rapporteren is zoveel mogelijk aangesloten bij het perspectief en de vragen van de regio's.

## Aanpak

Vanuit de organisatie van de kenniskring en eerdere samenwerkingen, was er een lijst beschikbaar met contactpersonen voor PSH. Deze mensen ontvingen in juni 2015 een vragenlijst met 30 vragen over organisatie, menskracht, samenwerking, actuele issues, kennis en ervaring en OTO. De vragenlijsten zijn tussen 19 juni en 2 oktober 2015 door alle regio's ingevuld. De vragenlijst is uitgezet met SurveyMonkey, daarmee zijn vervolgens tabellen met resultaten gegenereerd.

Na het invullen (of in combinatie met een reminder voor het invullen) werd een afspraak voor een interview gepland. Deze interviews waren bedoeld om de antwoorden in de vragenlijst goed te kunnen duiden en zicht te geven op dingen die op dat moment speelden of van belang waren, maar nog niet expliciet in de vragenlijst aan de orde waren gekomen. Tussen 2 juli 2015 en 19 januari 2016 is in alle regio's een gesprek geweest. De interviews zijn ingevoerd en gecodeerd in MAXQDA, een

---

<sup>6</sup> De vakgroep komt sinds begin 2016 vier keer per jaar bij elkaar. Vanuit elke GGD neemt een PSH-beleidsbetrokkene deel (bijvoorbeeld een beleidsadviseur, PSH-procesleider, PSH-coördinatoren, GROPCoördinatoren met aandachtsgebied PSH). De vakgroep heeft als taken:

- Bieden van een platform voor het optimaliseren van de wettelijke PSH-taak van GGD'en door uitwisseling van ervaringen, beleidsmatige voorstellen te doen, gevraagd en ongevraagd te adviseren, zowel op regionaal als op landelijk niveau.
- Input en advies leveren voor de agenda en het werkplan van het Programmacollege PSH
- Op verzoek van het Programmacollege PSH toetsen, uitwerken en/of implementeren van beleidsplannen en/of besluiten van dat PC PSH
- Monitoren van het gebruik op regionaal niveau van (landelijke) richtlijnen, modellen, protocollen en dergelijke op het gebied van PSH, eventuele knelpunten inventariseren en informatie over het gebruik en de knelpunten verstrekken aan het Programmacollege PSH
- Input en feedback geven op de agenda en de thema's voor de PSH/GOR-Kenniskring

<sup>7</sup> GGD GHOR Nederland. [Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en](#). 2016. P 31-36

systeem voor kwalitatieve analyse. Zo konden de uitspraken uit verschillende interviews eenvoudig per onderwerp bij elkaar gezet worden.

De interviews bleken van groot belang voor een goede duiding van de antwoorden op de vragenlijst. In de praktijk was de vragenlijst bruikbaar om het gesprek gestructureerd vorm te geven, maar bleek de waarde voor kwantificering vrij beperkt. Meerdere malen bleek de diversiteit aan terminologie dermate groot dat vragen verschillend werden opgevat doordat termen onbekend waren of anders gehanteerd werden in de betreffende regio. Met elkaar gaven de vragenlijsten en de interviews echter een goede indruk van de stand van zaken.

## Rapportage

De voorgaande beknopte beschrijving van aanleiding, doel, toepassing en aanpak, wordt hierna besloten met de belangrijkste conclusies en aanbevelingen. Onder deze ‘uitkomsten in het kort’ hangen de resultaten in detail, uitgewerkt in een aantal vragen en antwoorden, onderverdeeld naar thema. De vragen zijn niet in de eerste plaats de vragen zoals ze door de onderzoeker gesteld zijn, maar zoals ze door GGD'en zelf gesteld worden, op zoek naar een goede invulling van het PSH-proces. Eerder spraken we van ‘Factsheets’; maar het zijn dus eerder ‘FAQ-sheets’ (Frequently Asked Questions).

Deze vorm is gekozen omdat het uitnodigt om in gesprek te blijven hierover. Meer dan een ‘factsheet’ doet het recht aan de veranderlijkheid en dynamiek van het veld. Intussen is er sinds de inventarisatie het nodige veranderd of aan het veranderen. De antwoorden op de vragen geven een momentopname weer, die op zijn beurt ook weer zal aanzetten tot verandering en verbetering.

In de rapportage worden waar mogelijk aantallen genoemd, maar geen scores per afzonderlijke GGD. Dit was een eis vanuit de GGD'en en die eis is niet tegenstrijdig aan het doel van de capaciteitanalyse. De analyse is nooit bedoeld als ‘ranking’ maar wil – net zoals de vergelijkbare preparatiemeting binnen de Bevolkingszorg<sup>8</sup> - vooral een beter beeld geven van het geheel en relevante patronen identificeren.

## Conclusies en aanbevelingen

### 1. Kwaliteit in diversiteit

De capaciteitanalyse bevestigt het beeld dat de regio's onderling verschillen in hun organisatie van de PSH en in hun taakopvatting. Die verschillen komen voort uit de geschiedenis en grootte van de organisatie, maar hangen ook samen met regiokenmerken. In de interviews kwamen bijvoorbeeld regelmatig de verschillen tussen stad en platteland aan de orde. Daarnaast zijn er verschillen in de risicoprofielen en in ervaring met rampen en incidenten.

Behalve verschillen in de organisatie en in de taakopvatting, zien we echter ook verschillen in de mate en kwaliteit van preparatie. Er zijn regio's waar de afgelopen jaren is geïnvesteerd in planvorming, OTO, samenwerking, menskracht en evaluatie; en er zijn regio's waar dit jarenlang nagenoeg stil heeft gelegen, of waar wisselingen en organisatieveranderingen de kwaliteit en continuïteit hebben aangetast. Regio-overschrijdende samenwerking is door de verschillen vaak beperkt of afwezig.

---

<sup>8</sup> De Bas, M., Helsloot, I. en Dückers, M. De preparatie op de nafase binnen veiligheidsregio's: Een verkennend onderzoek. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 2017, P 3-16.

### **Aanbevelingen voor GGD'en:**

- Sluit in de preparatie aan bij het karakter en de kwaliteiten van de regio, maar kijk ook wat nodig is om een goede basis te hebben voor samenwerking met aangrenzende regio's, zoals begrip van elkaars structuren, het gelijktrekken van terminologie, afstemmen van afspraken met ketenpartners en gezamenlijke OTO.
- Zorg voor goede overdracht en borging bij personeelwisselingen.

### **Aanbevelingen Programmacollege en Vakgroep PSH:**

- Wees niet zozeer gericht op het gelijktrekken van organisatieverschillen, als wel op het verkleinen van de kwaliteitsverschillen. Dit kan bijvoorbeeld door:
  - het formuleren en implementeren van minimale prestatie-eisen met een accent op uitkomst-indicatoren in plaats van procesindicatoren. Het sturen op uitkomsten geeft vrijheid in de manier van organiseren;
  - het stimuleren van intervisie tussen regio's;
  - het organiseren van gerichte ondersteuning om regio's te helpen een kwaliteitsslag te maken op punten in de preparatie die nu nog minder ver ontwikkeld zijn.
  - blijven investeren in kennisontwikkeling, kennisdeling, evaluaties, het delen van ervaringen en zicht op kwaliteit van opleiding en training.

## **2. Samenwerking centraal**

PSH is in verschillende opzichten een bijzonder proces:

- In tegenstelling tot de andere GROEP-processen (Medische Milieukunde, Infectieziektenbestrijding, Gezondheidsonderzoek bij rampen) kent het PSH-proces alleen rollen die van toepassing zijn bij een crisis of incident. Die rollen zijn niet gekoppeld aan vaste reguliere taken. Intern bestaat er bij de medewerkers van de andere processen vaak geen duidelijk beeld van wat het PSH-proces inhoudt en omvat.
- Van de PSH-taken zoals geformuleerd in de Multidisciplinaire Richtlijn, liggen een aantal bij de GGD en een aantal bij de gemeente (bij een ramp of bijv. een brand in het kader van bevolkingszorg, bij incidenten in het kader van hun taken in het sociale domein). Vertrouwen en afstemming zijn daarom van groot belang. In de praktijk is echter ook bij gemeenten weinig zicht op wat GGD'en wel en niet kunnen betekenen in de nafase van een ramp of incident.
- Het proces is veelomvattend en vraagt, afhankelijk van de complexiteit van de casus, om verschillende soorten en niveaus van expertise. Bovendien moeten medewerkers die expertise kunnen inzetten binnen een crisisstructuur en –dynamiek, terwijl ze in het dagelijks leven niet altijd gewend zijn om met elkaar te werken.
- De GGD is verantwoordelijk voor de coördinatie, maar is voor de uitvoering afhankelijk van de inzet van ketenpartners, die daartoe geen wettelijke verplichting hebben. Dit maakt het proces complex en kwetsbaar, want veel hangt af van goede afspraken/convenanten en het bijhouden van contacten, ook in de koude fase.

Zichtbaarheid, duidelijke verwachtingen en goede samenwerking zijn in alle opzichten cruciaal. De interviews lieten zien dat op dit gebied over het algemeen nog veel te winnen is.

### **Aanbevelingen voor GGD'en:**

- Investeer in de interne zichtbaarheid van PSH als thema en van de daadwerkelijke inzetten, zodat collega's eerder gaan signaleren wanneer een casus vraagt om betrokkenheid vanuit de PSH en meer begrip hebben voor de druk die PSH-werkzaamheden kunnen leggen op het reguliere werk.
- Werk aan een nauwere verbinding tussen de verschillende GROEP-processen en onderling begrip van elkaars taken en insteek, met name bij milieu-gerelateerde onrust.
- Investeer in de zichtbaarheid en bekendheid bij gemeenten in de regio met de rol die de GGD kan hebben bij incidenten. Leg waar mogelijk afspraken vast over inzet en afstemming.
- Leg en onderhoud contacten met het (regionale) team bevolkingszorg en met de bevolkingszorg functionarissen bij gemeenten – elkaar kennen bevordert de samenwerking tijdens een crisis.
- Zorg samen met degene die verantwoordelijk is voor de regionale planvorming rond bevolkingszorg dat de 'witte' en 'oranje' plannen goed op elkaar aansluiten.
- Zorg voor duidelijke afspraken met de ketenpartners en onderhoud de contacten in de koude fase, bijvoorbeeld door accountgesprekken, kernteam-overleggen, gezamenlijke training en oefening, kennisbijeenkomsten.
- Zorg voor bekendheid van PSH-functionarissen met de sociale kaart van de regio en de landelijk te raadplegen expertise.

### **Aanbevelingen voor Programmacollege en Vakgroep PSH:**

- Investeer in bekendheid en vindbaarheid van de landelijke expertise die in de regio's ingezet kan worden tijdens een crisis; en in de aansluiting van de experts op de regionale behoeften.
- Leg en versterk verbindingen tussen het GGD-proces PSH en bevolkingszorg/gemeenten.

## **3. Zorg voor voldoende mensen en zorg voldoende voor mensen**

Er zijn geen harde rekensommen te geven voor capaciteit. Er wordt gekeken naar piketbelasting en het daadwerkelijk plaatsvinden van crises die om een inzet vragen. Van belang is vooral dat goed omgegaan wordt met de extra werkdruk die een casus met zich meebrengt. Er is bij GGD'en weinig formeel geregeld rond opvang en ondersteuning van medewerkers. Bij een derde van de GGD'en zijn er nauwelijks tot geen uren beschikbaar voor werkzaamheden in de koude fase, zoals planvorming, kennisdeling, contacten onderhouden en evaluatie. Er is een duidelijk verschil in de mate en kwaliteit van preparatie tussen de regio's waarbij deze taken zijn belegd bij bijvoorbeeld een beleidsmedewerker met PSH in het pakket en de regio's waarbij dat niet het geval is.

### **Aanbevelingen voor GGD'en:**

- Let op de druk die een crisis kan leggen op medewerkers. Met name PSHi-casussen vormen regelmatig een flinke belasting doordat ze steeds complexer worden, er soms meerdere tegelijk spelen en er vaak weinig geregeld is voor het overnemen van regulier werk. Maak een aandachtspunt van het gezond houden en ondersteunen van de eigen PSH-functionarissen. Uiteindelijk draagt dat ook bij aan de kwaliteit van het PSH-proces, doordat ervaring en continuïteit beter geborgd zijn.
- Maak beleidscapaciteit vrij voor de werkzaamheden in de koude fase.

### **Aanbevelingen voor Programmacollege en Vakgroep PSH:**

- Breng het belang van een beleidsmedewerker PSH onder de aandacht van de dPG'en. Adviseer om in elke regio uren beschikbaar te stellen voor preparatie, planvorming en evaluatie, en hier een functieomschrijving voor te hebben.

## **4. Houd aandacht voor de lange termijn**

De indicatie van de aanwezige kennis en ervaring bij GGD'en en de stand van zaken ten aanzien van planvorming, laten een focus zien op de acute fase en de periode kort na ramp of incident. Dat is niet verwonderlijk aangezien dit voor de GGD'en 'nieuw' erbij is gekomen. Er is veel energie gestoken in het beschrijven van processen en rollen in die eerste fase, en in het onder de knie krijgen van de BOB-methodiek, netwerkanalyses en scenariodenken. Ervaring is er vooral met interventies in die eerste tijd, zoals informatiebijeenkomsten, informatie over reacties, ondersteunen van leerkrachten op scholen. Als het gaat om de langere termijn, zijn daar echter nog veel vragen en is een verlegenheid te zien bij onderwerpen als het bijdragen aan de gemeentelijke nazorgplannen, monitoring en evaluatie.

### **Aanbeveling voor GGD'en:**

- Train het opstellen van een PSH-advies voor het gemeentelijk nazorgplan. Ga na welke verwachtingen gemeenten hierin hebben van de GGD en maak zichtbaar wat de GGD te bieden heeft.
- Beschrijf in de planvorming ook de nafase. Wat houdt afschaling wel en niet in? Wat is nodig voor een goede overdracht naar regulier, wanneer kan die plaatsvinden?
- Maak gebruik van de landelijke expertise en ondersteuning op het gebied van evaluatie.
- Organiseer naast de trainingen en oefeningen laagdrempelige toerusting door het jaar heen, bijv. casuïstiekbesprekingen, lunch-overleggen. Investeer in het op peil houden van kennis en stimuleer uitwisseling van ervaringen.

### **Aanbevelingen aan Programmacollege en Vakgroep:**

- Inventariseer en ontsluit kennis en ervaring met betrekking tot het monitoren van getroffen en het opvolgen van rampgerelateerde gezondheidsproblemen in de nafase. Nauwe verbinding met proces GOR ligt hierbij voor de hand. Stimuleer waar mogelijk ook de samenwerking met MMK en IZB.
- Initieer de ontwikkeling van een bruikbaar evaluatie-instrumentarium dat niet alleen proceskenmerken meet, maar handvatten biedt voor een goede inhoudelijke evaluatie van de gemaakte afwegingen. Draag bij aan een goede implementatie hiervan.