

# Deel B: Resultaten

<b>I</b>	Structuur en werkwijze .....	2
<b>A</b>	Interne organisatie en taakopvatting .....	2
1	PSHOR en PSHi of PSH?.....	2
2	Wanneer wordt het PSH-proces ingezet?.....	2
<b>B.</b>	Samenwerking .....	3
3	Hoe staat het met de inbedding van het PSH proces in het GROEP? .....	3
4	Wat betekenen de transities binnen gemeenten (2015) voor de positie van PSH(i)-teams? 3	
5	Niet alleen bij de GGD, maar ook bij de ketenpartners is er veel in verandering en in beweging. Hoe kan samenwerking met ketenpartners actueel en passend gehouden worden?	4
<b>II</b>	Mensen en Capaciteit .....	7
<b>C</b>	Invulling van Rollen.....	7
6	Welke rollen binnen het PSH proces worden door de GGD ingevuld?.....	7
7	In hoeverre worden deze rollen gecombineerd in één persoon? .....	7
8	Vragen de rollen een bepaald functieniveau? .....	8
9	Wie levert de leider opvangteam? .....	8
10	Hoe zijn de koude fase taken belegd? .....	8
<b>D</b>	Capaciteit en piket .....	9
11	Hoeveel mensen moet je (continu) beschikbaar en opgeleid houden voor die ene keer dat er iets gebeurt? .....	9
<b>E</b>	Kennis, ervaring en ondersteuning .....	9
12	Met welke aspecten van een PSH inzet is men over het algemeen goed bekend en op welke punten leven nog bij meerdere regio's vragen? .....	9
13	Wat is er bij GGD'en geregeld aan 'zorg' voor eigen medewerkers die ingezet worden bij crises? .....	12
<b>III</b>	Middelen .....	13
<b>F</b>	Plannen en protocollen.....	13
14	Hoe ver zijn GGD'en met het opstellen van plannen, protocollen en draaiboeken? .....	13
15	Wat is nodig om documenten actueel te houden? .....	14
<b>G</b>	Opleiden, Trainen en Oefenen .....	14
16	Welke frequentie en focus voor trainingen en oefeningen wordt aangehouden? .....	14
17	Hoe houd je medewerkers het jaar door betrokken? Hoe houd je kennis en ervaring actueel? .....	16
<b>H</b>	Evaluatie.....	16
18	Op welke manieren wordt de PSH geëvalueerd? Zijn er goede instrumenten of voorbeelden die in meerdere regio's worden gebruikt? .....	16
<b>J</b>	Financiering.....	18
19	Is er iets vastgelegd over financiering voor PSH? Betaalt de GGD aan ketenpartners?	18

# I Structuur en werkwijze

## A Interne organisatie en taakopvatting

### 1 PSHOR en PSHi of PSH?

Waar in 2012 nog een scherp onderscheid was tussen PSHi (bij incidenten) en PSHOR (bij ongevallen en rampen) laten de interviews nu het beeld zien dat er toegewerkt wordt of is naar 'één PSH-proces'. In de praktijk betekent dat vooral:

- intern zijn dezelfde mensen inzetbaar bij zowel grote als kleine gebeurtenissen
- inhoudelijk wordt bij 'groot' en 'klein' volgens dezelfde principes gewerkt
- de koppeling met diverse expertisegebieden van de GGD wordt beter gelegd, met name met Jeugdgezondheidszorg en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.
- in de taken, alarmering, rol/afspraken met partners, structuren en verantwoordelijkheden is nog *wel* onderscheid tussen incidenten en GRIP-situaties (vanaf GRIP2).
- het is minder duidelijk geworden waar (wettelijke) verantwoordelijkheden beginnen en eindigen, waar wel of geen financiering voor is.

### 2 Wanneer wordt het PSH-proces ingezet?

Bij grote calamiteiten wordt het PSH proces opgestart door de GHOR en/of DPG, vaak in overleg met crisiscoördinator of leider kernteam. Daarvoor zijn duidelijke stappen van alarmering en opschaling beschreven.

Voor incidenten is zo'n beschrijving er vaak ook; in dat geval is de gemeente of burgemeester meestal degene die het PSH-team inschakelt. In de praktijk komen meldingen echter op verschillende manieren binnen, bijv. rechtstreeks van een school, via een ketenpartner of via de politie. Dan is niet altijd duidelijk of opschaling gewenst is of dat het regulier afgehandeld kan worden. Uitgangspunt is 'zo regulier mogelijk, en vooral aansluiten bij bestaande structuren'. Over het algemeen worden voor het inzetten van het PSH-team voor incidenten de volgende criteria gehanteerd:

- Er is sprake is van (dreiging van) maatschappelijke onrust
- Er is coördinatie nodig
- het gaat om een ondersteuningsvraag vanuit de tweede ring (scholen, sportclubs en dergelijke). Ondersteuning van individuele slachtoffers wordt regulier geboden door JGZ of Slachtofferhulp.

De beoordeling van die criteria hangt af van de burgemeester, de procesleider of de beschikbare reguliere capaciteit (in regio's met veel uitvoerende capaciteit bij bijv. JGZ en OGGZ worden zaken langer regulier afgehandeld en wordt minder snel 'opgeschaald').

De insteek van alle GGD'en is dat zij de coördinatie en regie van het proces op zich nemen. In een aantal regio's kan daar inhoudelijke advisering bij komen. Bij grote steden neemt de gemeente in toenemende mate zelf de regie. De GGD is dan inhoudelijk adviseur en/of coördinator van de zorgpartners.

## B. Samenwerking

### 3 Hoe staat het met de inbedding van het PSH proces in het GROEP?

Over het algemeen is de aansluiting bij het GROEP goed geregeld in die zin dat er een procesleider is en dat er gezamenlijk met alle processen geoefend wordt. Het PSH-proces wordt ten opzichte van de andere GROEP-processen ervaren als een 'buitenbeentje'. Bijvoorbeeld doordat de uitvoering grotendeels afhankelijk is van ketenpartners en doordat het voor procesleiders vaak verder weg ligt van hun dagelijkse taken (dan bij bijv. MMK of IZB), en doordat het proces vaak als enige opgeschaalde GGD-proces ingezet wordt (waardoor je het proces PSH wel actief is, maar het GROEP in zijn geheel niet en er niet noodzakelijkerwijs een procesleider ingezet wordt). De praktische consequenties van inbedding in het GROEP zijn dan ook regelmatig nog onduidelijk of het wordt als kunstmatig ervaren.

Enkele regio's werken zo veel mogelijk vanuit de GROEP-structuur, dus ook wanneer de casus alleen het PSH-proces betreft. De GGD crisiscoördinator heeft dan een duidelijke rol in het inschakelen van het proces, bij beslissingen over de inzet van capaciteit/uren en in het contact met de burgemeester. In drie regio's wordt 'jeugd' ook als GROEP-proces onderscheiden en is er dus al sprake van een GROEP als er zowel PSH als Jeugd (en communicatie) inzet nodig is.

### 4 Wat betekenen de transitie binnen gemeenten (2015) voor de positie van PSH(i)-teams?

Met de invoering van het GROEP en de veranderende verhoudingen tot de GHOR maakte de GGD de afgelopen jaren een verschuiving van gezondheid naar gezondheid én veiligheid. In zekere zin maakten gemeenten met de transitie sinds 2015 een beweging in de tegengestelde richting: waar ze eerst vooral verantwoordelijk waren voor openbare orde en veiligheid, zijn ze dat nu ook voor de zorg. Toch betekent het vaak niet dat GGD en gemeente door die bewegingen dichterbij elkaar komen of beter op elkaar aansluiten. Op veel plekken gaan de bewegingen langs elkaar heen, waardoor er vooral sprake is van ruis en versnippering.

- Gemeenten zijn sinds transitie meer gericht op hun eigen organisatie en voelen zich sterker verantwoordelijk. Bij incidenten zit de burgemeester er daardoor meer zelf bovenop. Soms maakt dit een casus groter dan het is, doordat de gemeente te snel in een actiemodus schiet en onrust eerder aanwakkert dan sust.
- Er wordt een toenemend verschil zichtbaar tussen de grote gemeenten die eerst zo veel mogelijk zelf doen voordat ze de GGD inschakelen (en ook inderdaad veel zelf aankunnen) en de kleine gemeenten die weinig capaciteit hebben en zich onzekerder voelen. Zij kunnen wel meer aan de GGD hebben, maar die ziet zich nu weer voor de opgave om dan weer met alle afzonderlijke gemeenten afspraken te maken – want elke gemeente heeft het nu op zijn eigen manier ingericht. In de praktijk is samenwerking nu veelal afhankelijk van de contacten die er zijn met een AOV.
- Gemeenten gaan werk doen dat de GGD als haar taak ziet. Ze zijn hard bezig met het opstellen van Sociale Calamiteitenplannen, maar de GGD komt hier in diverse regio's niet in voor.
- Er is weinig lijn meer in de communicatie tussen GGD en gemeente, waardoor ze soms via verschillende routes betrokken raken bij dezelfde casus, wat complexe situaties geeft.
- Sommige gemeenten leggen alles bij GGD en vergeten dat ze zelf wel eindverantwoordelijk zijn.

- GGD ketenpartners hebben een reorganisatie ondergaan, waardoor soms niet meer duidelijk is wie nog inzetbaar zijn.
- Er zijn nieuwe zorgstructuren ontstaan (bijv. wijkteams) die mogelijk ook een rol kunnen spelen in de PSH, maar het is nog niet duidelijk hoe.

Het algemene beeld is dat gemeenten zelf nog sterk zoekend zijn en dat er nu verschillen ontstaan tussen enerzijds regio's waar de GGD goede ingangen heeft en goed kan aangeven waar ze wel en niet van is, en anderzijds regio's waar de GGD zelf ook nog zoekend is naar haar rol, te maken heeft met grote diversiteit tussen gemeenten en niet is aangesloten bij relevante overlegstructuren (bijvoorbeeld die waarin de sociale calamiteiten plannen worden ontwikkeld).

## 5 Niet alleen bij de GGD, maar ook bij de ketenpartners is er veel in verandering en in beweging. Hoe kan samenwerking met ketenpartners actueel en passend gehouden worden?

### A Welke expertise is in welke mate aanwezig/gevraagd in een kernteam, opvangteam of incidententeam?

- In alle regio's wordt voor kernteam en opvangteam samengewerkt met Slachtofferhulp en Algemeen Maatschappelijk Werk instellingen.
- In 21 van de 24 regio's is ook GGZ een partner.
- Tien regio's noemen afspraken met de GHOR met betrekking tot rollen in de uitvoering van de PSH.
- Ongeveer de helft van de regio's heeft aparte samenwerkingsafspraken vastgelegd voor incidenten, bijvoorbeeld in de vorm van een scenarioteam, calamiteitenteam, protocol maatschappelijke onrust. In dergelijke gevallen zijn er vaak behalve afspraken met SHN, GGZ en maatschappelijk werk, ook afspraken met gemeente, politie, OM, en in enkele gevallen partijen als reclassering, woningbouwvereniging, verslavingszorg, MEE, Veilig thuis en Jeugdzorg.
- Een derde van de regio's geeft aan wel te beschikken over de contactgegevens van geestelijk verzorgers (GV) in de regio, maar nergens zijn afspraken vastgelegd tussen GGD en GV. In enkele gemeenten hebben geestelijke verzorgers zich wel georganiseerd om ingezet te kunnen worden bij crisis. De contacten hierover zijn dan echter rechtstreeks met de betreffende gemeente. Dat betekent dat er in bepaalde gemeenten dus bijvoorbeeld bij een evacuatie bij een brand een opvangteam van geestelijk verzorgers wordt ingezet, in plaats van de coördinatie vanuit de GGD; of dat vanuit de gemeente de geestelijk verzorgers worden gealarmeerd, en vanuit de GHOR ook de GGD (en er dus twee opvangteams komen).

### B Wat speelt er rond het vastleggen van afspraken met ketenpartners?

In 20 regio's is de samenwerking vastgelegd in convenanten, al geven 12 daarvan aan dat die convenanten herzien moeten worden.

Figuur 1: Heeft de GGD afspraken met ketenpartners vastgelegd in convenanten?



Een belangrijk punt van aandacht is overal het warm houden van de contacten in de koude fase. Trainingen en oefeningen spelen hierin natuurlijk een rol, daarnaast hebben een aantal regio's ook bijvoorbeeld jaarlijks of halfjaarlijks besprekingen met het kernteam. Daarnaast zijn er rond de grote partners nog een aantal specifieke aandachtspunten per partner:

### Slachtofferhulp Nederland

- De meeste regio's zijn positief over Slachtofferhulp als partner, met name wanneer er goed contact is met de betreffende regiomanager van SHN. Genoemd wordt vooral dat Slachtofferhulp veel capaciteit kan leveren.
- Meerdere regio's geven aan dat de samenwerking soms complex is omdat Slachtofferhulp regelmatig via de politie wordt ingeschakeld. Drie regio's geven aan dat er nu afspraken zijn gemaakt omtrent terugkoppeling naar de GGD in dit soort situaties, of dat bijvoorbeeld is vastgelegd dat in situaties waarin SHN betrokken is en de GGD ook ingeschakeld wordt, SHN vanaf dat moment opereert vanuit haar positie als partner van de GGD.
- Het beeld van de rol en inzet vanuit Slachtofferhulp bij de verschillende regio's niet eenduidig. Zo spreekt de ene regio van beleid dat SHN geen leiders opvangteam meer levert, terwijl dat bij andere regio's nog wel gewoon gebeurt en zijn medewerkers van Slachtofferhulp in de ene regio niet bij trainingen en oefeningen aanwezig, terwijl in andere regio's de vrijwilligers van SHN wel gewoon mee-oefenen.
- Het is niet voor alle regio's duidelijk wat Slachtofferhulp wel en niet doet bij bijvoorbeeld brand of suïcide. Landelijk beleid is dat in dergelijke situaties in principe geen ondersteuning wordt geboden door SHN, tenzij het een crisisinzet betreft. Dit is bij lang niet alle GGD'en duidelijk. Bovendien lijkt dit ook door de medewerkers van Slachtofferhulp zelf per regio verschillend uitgelegd te worden en is er in de ene regio meer samenwerking rond brand of suïcide dan in de andere.

## GGZ

- De positie van de GGZ in de PSH is aan verandering onderhevig (geweest), maar dit is nog lang niet overal goed vastgelegd of uitgekristalliseerd in (de ondertekening van) nieuwe afspraken. Daardoor is niet meer altijd duidelijk wat er van de GGZ verwacht mag worden (zie kader hieronder).
- Een zorg die door verschillende regio's genoemd wordt, is dat het getraind houden van GGZ-medewerkers lastig blijkt doordat ze vaak niet of maar gedeeltelijk bij trainingen aanwezig kunnen zijn. Ook dit heeft te maken met een verschuiving in prioriteiten en financiering bij de GGZ.

### Veranderende positie GGZ

Vanouds had de GGZ een prominente plek in de PSH; veelal was de rol van Leider Kernteam er belegd, evenals diverse rollen in het opvangteam en in een aantal gevallen waren ze ook trekker voor het opleiden, trainen en oefenen. Met de overgang van de PSH van GHOR naar GGD, zijn de GGD'en de rol van Leider kernteam meer naar zich toe gaan trekken, evenals de sturing op het gebied van OTO. Aan de kant van de GGZ veranderde bovendien ook het nodige in de bekostiging, waardoor PSH-inzet bij crises niet meer declarabel was en instellingen niet zondermeer bereid bleven om die inzet dan toch te leveren in de mate waarin die eerder afgesproken was. Bij GGZ Nederland verdwenen om die reden ook de aandachtsfunctionarissen PSH.

Nu levert de GGZ nog in slechts 4 regio's de leider kernteam en in tenminste twee van deze regio's is dat ook aan het veranderen. Wel staan nog in 16 regio's GGZ-medewerkers op de lijst voor Leider Opvangteam. Overigens speelt hierbij ook dat er in principe vanuit gegaan wordt dat dit de situatie is, maar dat in een aantal situaties de convenanten nog herzien moeten worden of niet meer door de GGZ getekend zijn.

De bescheidener rol van de GGZ in de collectieve PSH in de acute fase is lijn met het denken vanuit veerkracht. De Multidisciplinaire Richtlijn geeft aan dat voor het bieden van tweedelijns hulpverlening in de eerste vier weken geen basis is, in elk geval niet op een schaal die het reguliere overstijgt. GGZ-kennis en expertise heeft niettemin een meerwaarde, mits men zich er goed van bewust is dat een ramp en collectieve ondersteuning om een andere blik en werkwijze vragen dan hun reguliere werk met patiënten. Training in de crisisdynamiek en werken volgens de Multidisciplinaire Richtlijn PSH zijn daarvoor wel vereist.

## Maatschappelijk Werk

Met Maatschappelijk Werk organisaties is in de meeste regio's goede samenwerking, niet alleen in de acute fase, maar ook in de nafase van een ramp of incident. Maatschappelijk werkers spelen dan bijvoorbeeld een belangrijke rol in het nabellen en monitoren van betrokkenen. Als knelpunten wordt in de interviews gewezen op:

- 1) de verschillen in regio-indeling. GGD'en hebben in hun regio vaak te maken met meerdere organisaties, waardoor ze bij een incident eerst moeten kijken welke organisatie in die plek werkt, of er door de meldkamer Maatschappelijk Werkers gealarmeerd worden die gewoonlijk niet werken waar het incident heeft plaatsgevonden. Ook is het soms lastig als een Maatschappelijk Werk organisatie in twee veiligheidsregio's werkt en met twee GGD'en afspraken heeft.
- 2) de gevolgen van de transitie voor MW-organisaties. Door reorganisaties in dat kader is soms niet meer duidelijk "waar medewerkers zijn gebleven" en of ze nog inzetbaar zijn. Ook heeft het tot gevolg dat gemeenten apart afspraken maken met inzet van de MW-organisaties of wijkteams in geval van (sociale) calamiteiten, wat in een aantal gevallen de structuren en verhoudingen rond een incident ondoorzichtig maakt.

## II Mensen en Capaciteit

### C Invulling van Rollen

#### 6 Welke rollen binnen het PSH proces worden door de GGD ingevuld?

















Omtrent rollen ligt een spraakverwarring gauw op de loer. Bijna elke regio heeft eigen aanduidingen of er wordt verschillend invulling gegeven aan één en dezelfde term. In de vragenlijst werd alleen gevraagd naar de wettelijk verplichte rollen, in de landelijk gangbare termen: Procesleider (GROP-rol), Leider Kernteam en Leider Opvangteam. In de antwoorden op de vragenlijst en ook in de interviews, bleek al snel dat hierop vele nuances bestaan. Procesleider is bij de meeste regio's inderdaad wel de GROP-rol, maar in enkele regio's is het ook de aanduiding voor degene die het proces coördineert en ondersteunt (wat in andere regio's dan weer bijvoorbeeld beleidsmedewerker PSH heet). Bovendien is het in regio's waar de rol is gecombineerd, vaak niet de rol die voorop staat in de aanduiding – men is bijvoorbeeld in de eerste plaats calamiteitencoördinator, adviseur PSH, kernteamleider, etc. en kan daarbij ook procesleider zijn.

Voor Leider Kernteam bestaan ook andere aanduidingen, zoals voorzitter, regisseur, strategisch adviseur; en voor coördinator incidenten heeft ongeveer elke regio een andere aanduiding en zijn er ook diverse termen voor teams/inzetten (bijv. KIZ, scenarioteams, protocol maatschappelijke onrust, calamiteitenteam, incidentenpool, PSH-team, casusvoorzitter, etc.). Ook in de invulling liggen allerlei nuances. Voor het overzicht gebruiken we hier de termen:

- Leider Kernteam (LKT) voor coördinatie bij GRIP situaties;
- Procesleider als GROP-rol;
- Coördinator incidenten voor inzetten bij incidenten en maatschappelijke onrust.

#### 7 In hoeverre worden deze rollen gecombineerd in één persoon?

In de loop van de tijd zijn de drie te onderscheiden rollen in steeds meer regio's belegd bij één persoon. Dat betekent niet dat die inhoud van die rollen nu helemaal samenvalt, maar dat één persoon, al naar gelang de situatie, de verschillende rollen kan oppakken. De verschillende combinaties die er ten tijde van de inventarisatie waren, zijn hiernaast weergegeven in figuur 2.

Aantal regio's	LKT	PL	CI
9			
2	Cric / GGZ 		
3			
4			
4	GHOR/GGZ 		GGD 
1	GHOR 	GGD 	GGD 
1	GGD 	GGD 	GGZ 

Figuur 2: in hoeverre worden rollen gecombineerd?

## 8 Vragen de rollen een bepaald functieniveau?

De rol van procesleider is in de helft van de GGD'en (12) op afdelingshoofd niveau belegd. In enkele GGD'en is dat sinds kort zo of zijn ze dat nu aan het organiseren. De meest voorkomende combinatie is met JGZ. Verder is de rol vooral belegd bij sociaal verpleegkundigen, stafartsen, jeugdartsen, psychologen of GROP-coördinatoren, te meer waar de rol van procesleider gecombineerd wordt met die van Leider Kernteam of coördinator Incidenten.

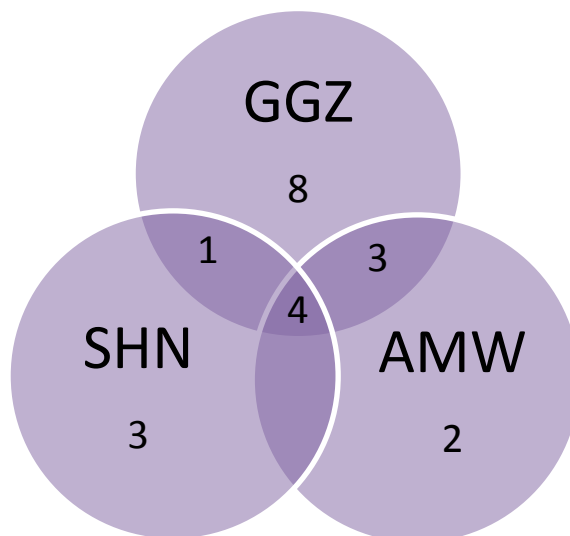
Tips/goede combinaties:

- procesleider PSH werkt ook bij Veiligheidshuis (Friesland)
- combinatie procesleider PSH en procesleider GOR (IJsselland)
- combinatie GROP beheerder / OTO coördinator / beleidsmedewerker PSH / (Procesleider PSH)

## 9 Wie levert de leider opvangteam?

De Leaders Opvangteam worden meestal geleverd door de ketenpartners. In twee gevallen is Leider Opvangteam een GGD rol, in één regio is het antwoord niet ingevuld, in de overige regio's is het één van de ketenpartners of een poule van verschillende ketenpartners (zie figuur 3).

Figuur 3: Wie van de ketenpartners levert de leider opvangteam?



## 10 Hoe zijn de koude fase taken belegd?

Twee derde van de GGD'en heeft een beleidsmedewerker PSH of iemand die naast een andere functie uren heeft voor koude fase taken, zoals:

- Database mensen bijhouden – wie is inzetbaar, wie moeten nog getraind, etc
- Organiseren en notuleren overleggen/casusbesprekingen
- Initiëren en uitvoeren evaluaties van inzetten
- Convenanten opstellen en bijhouden contacten ketenpartners
- Afspraken maken met gemeenten over rol GGD



- Samen met OTO-coördinator trainingen en oefeningen voorbereiden en aanvragen ROAZ gelden
- Plannen, protocollen en draaiboeken actueel houden
- Bijhouden en doorgeven ontwikkelingen veld (kenniskringen, publicaties, etc.)

Bij een derde van de GGD'en is op geen enkele manier uren gereserveerd voor dergelijke taken. Terwijl bij een inzet in de warme fase de reguliere werkzaamheden wel worden overgenomen of kunnen blijven liggen, komen deze koude fase werkzaamheden echt bovenop het reguliere pakket. Wanneer hier in feite geen of weinig extra capaciteit voor is, zijn bovenstaande zaken ook veelal niet op orde en is de mate van preparatie minimaal.

## D Capaciteit en piket

### 11 Hoeveel mensen moet je (continu) beschikbaar en opgeleid houden voor die ene keer dat er iets gebeurt?

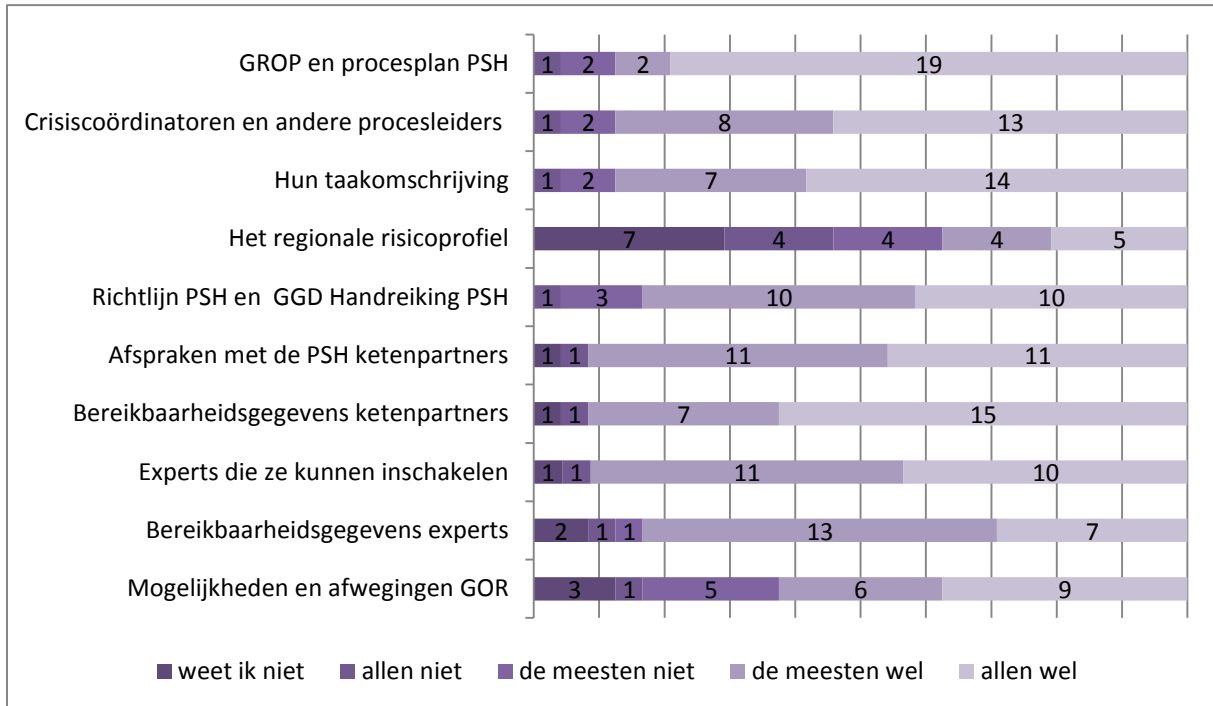
- Het aantal mensen inzetbaar voor coördinatie van incidenten varieert per regio van 0,12 tot 1,63 op 100.000 inwoners, waarbij de meeste regio's rond de 0,8 zitten.
- Uitgangspunt om te kijken hoe veel mensen beschikbaar moeten zijn, is echter niet het aantal inwoners van de regio maar het aantal incidenten en de piketlast. Wat betreft de piketlast wordt meestal 4 of 5 mensen als minimum aantal genoemd.
- Voor opvangmedewerkers is een veel grotere poule, veelal tussen de 30 en 60 mensen en voornamelijk medewerkers van de ketenpartners.
- Hard piket is in 2015 ingesteld bij 16 van de 24 GGD'en. Waar geen hard piket is bij een GGD wordt dit opgevangen door een partnerorganisatie die piket heeft als kernteamleider en/of de meldkamer belt buiten kantooruren een crisishulpnummer van de GGZ.

## E Kennis, ervaring en ondersteuning

### 12 Met welke aspecten van een PSH inzet is men over het algemeen goed bekend en op welke punten leven nog bij meerdere regio's vragen?

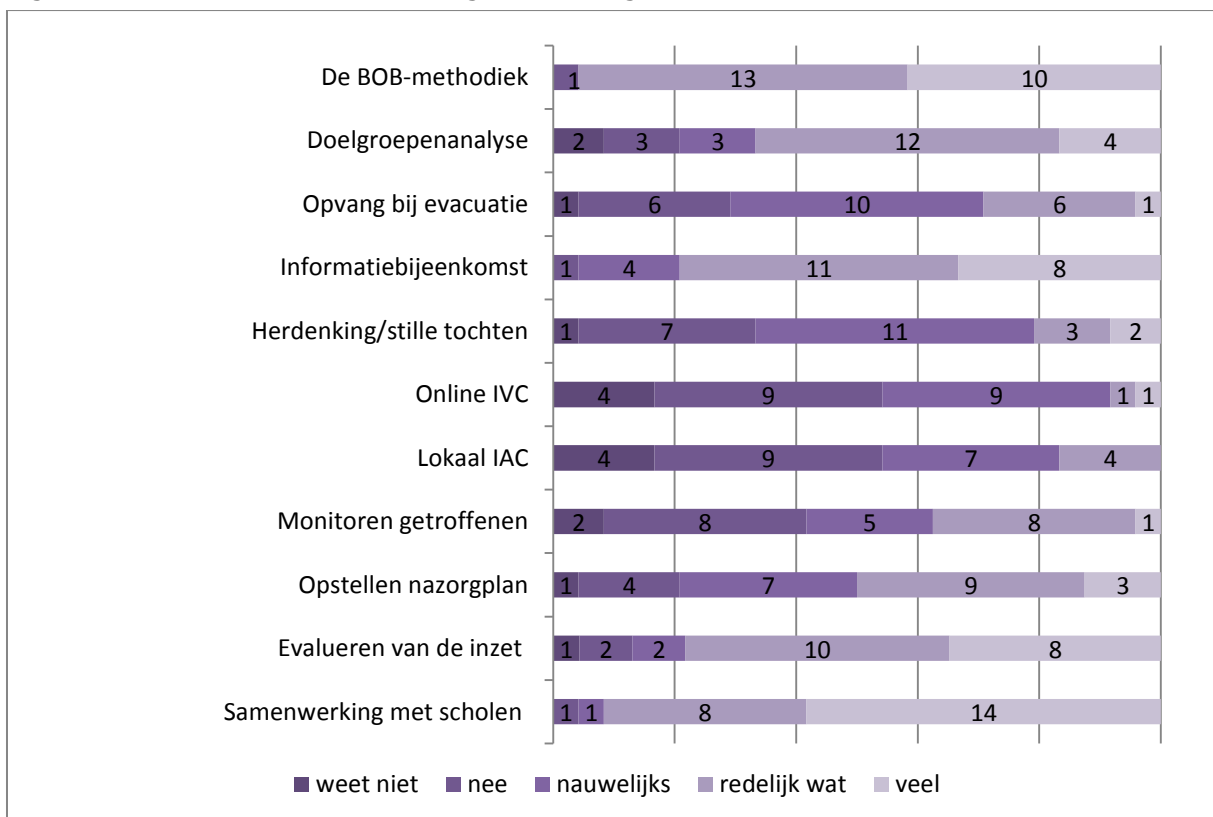
In de vragenlijst is ook gevraagd om een inschatting te maken van de kennis en ervaring van de procesleiders op een aantal punten. De eerste vraag betrof de maten waarin de procesleiders goed op de hoogte zijn van de plannen, taken, afspraken en richtlijnen die horen bij hun rol. Bij de tweede vraag gaat het om ervaring met een aantal gangbare methoden en interventies. De scores zoals hieronder weergegeven zijn geen 'harde toetscijfers', maar inschattingen van degene die de vragenlijst invulde. Het zegt daarmee vooral iets over het vertrouwen dat er is binnen de GGD in het eigen kunnen en kennen.

Figuur 4: In hoeverre zijn de procesleiders PSH van uw organisatie bekend met:



NB: De score 'allen niet' is van steeds dezelfde GGD, die het zo heeft ingevuld omdat de GGD zelf nog geen procesleiders heeft, maar dit nog volledig bij de GGZ ligt.

Figuur 5: Hebben u en/of uw collega's ervaring met:



NB: Eén GGD heeft overall 'allen niet' ingevuld, omdat de GGD zelf nog geen procesleiders heeft, maar dit nog volledig bij de GGZ ligt.

## Wat valt op?

- De GGD'en tonen zich zeker van een goede preparatie als het gaat om de bekendheid met de structuur en middelen. Waar gekozen is voor 'de meesten wel' in plaats van voor 'allen wel' had dit te maken met enerzijds nieuwe collega's die nog ingewerkt moeten worden, en anderzijds met een slag om de arm omdat er al een tijdlang niets meer was gebeurd waaruit gebleken is of alle medewerkers inderdaad die kennis hebben.

*“Het punt is dat je ze een keer opleidt, maar dat het niet veel toegepast hoeft te worden dus dat je niet weet hoe het staat met die kennis.”*

Bovendien gaven enkele GGD'en aan dat het vaak dezelfde mensen zijn die daadwerkelijk de casussen betrokken zijn, waardoor niet altijd duidelijk is of anderen die de 'achtervang' vormen, evenzeer op de hoogte zijn.
- Men schat de bekendheid met de plannen en afspraken structureel hoger in dan de ervaring en kennis van interventies en afwegingen daarbij. De verschillen lopen echter over het algemeen gelijk op: waar men minder ervaring heeft, is men meestal ook voorzichtiger met uitspraken over de bekendheid van de plannen, en waar redelijk wat ervaring is, zegt men ook goed op de hoogte te zijn van de plannen en afspraken.
- Er is relatief veel ervaring met aspecten die bij veel incidenten relevant zijn (BOB, samenwerking met scholen, informatiebijeenkomsten). Met interventies die veelal gekoppeld zijn aan grotere rampen (opvang bij evacuatie, IVC/IAC), is men minder vertrouwd.
- Het regionale risicoprofiel staat niet op ieders netvlies. Als document wordt dit vaak niet expliciet in de preparatie betrokken, maar in de interviews toonde men zich vaak wel degelijk bewust van de specifieke risico's voor de regio en zijn het ook juist die scenario's waarmee geoefend wordt.
- Er is enige onbekendheid met de mogelijkheden en afwegingen rond Gezondheidsonderzoek. Dit is op zich niet verwonderlijk omdat het een apart proces is binnen de GGD. Op een aantal punten zijn er echter nauwe verbanden tussen de twee processen. Dit komt in de Kenniskringen PSH/GOR regelmatig naar voren en bij een aantal GGD'en is daar ervaring mee, waardoor nog meer dan de helft van de GGD'en wel aangeeft vanuit PSH mee te kunnen denken over GOR.
- Het zwaartepunt van de inhoudelijke betrokkenheid van GGD'en ligt bij:
  - Ondersteuning tijdens informatiebijeenkomst
  - Informatie over normale reacties
  - Ondersteuning communicatie gemeente
  - Ondersteuning van de leerkrachten op schoolHiervoor wordt veelal geput uit expertise in reguliere situaties (JGZ, OGGZ, PGA)
- Verschillende GGD'en tekenen aan dat zij alleen betrokken zijn bij planvorming en coördinatie en dat de uitvoering bij de ketenpartners ligt. Dat is voor hen en reden om niet te veel bezig te zijn met het op peil houden van inhoudelijke kennis – zelfs de richtlijn is al te diepgaand naar hun idee. Daar staat tegenover dat ze veelal goed weten welke kennis waar te halen is – maar ze vertrouwen daarbij volledig op de ander.
- Anderzijds wordt kennisuitwisseling in bijvoorbeeld de kenniskringen goed gewaardeerd, zijn er casuïstiekbesprekingen etc. Verschillende GGD'en willen ook gezien worden als adviseurs, daarvoor is eigen kennis op peil houden belangrijk. Ook is inhoudelijke kennis van belang om de juiste inschattingen te kunnen maken, uiteindelijk kunnen de GGD'en aangesproken worden op de inhoudelijke kwaliteit, maar verschillende GGD'en geven aan daar moeilijk zicht op te kunnen krijgen.

### 13 Wat is er bij GGD'en geregeld aan 'zorg' voor eigen medewerkers die ingezet worden bij crises?

Het uitoefenen van hun rol in de PSH kan behoorlijk wat vragen van GGD-medewerkers. Genoemd worden:

- het soms langdurig werken onder druk
- werk aan meerdere casussen tegelijk
- de emotionele impact die bijvoorbeeld een gezinsmoord of zedenzaak kan hebben
- de neiging om bij een intensieve casus voor iedereen te zorgen behalve voor jezelf
- het moeten draaien van piketdiensten
- het reguliere werk dat blijft liggen (of in sommige gevallen ook nog door moet gaan)
- het gebrek aan begrip van collega's wanneer men door een casus minder aan het reguliere werk toe komt

Veelal wordt onderkend dat het belangrijk is om hier ook oog voor te hebben en ondersteuning voor te bieden. In enkele gevallen zijn hiervoor formeel dingen geregeld zoals:

- Intervisiegesprekken
- Bij een casus altijd in duo's werken
- Een medewerker wordt na een intensieve inzet de week erna uitgeroosterd

In de meeste gevallen wordt echter verwacht dat de leidinggevende er op toe ziet dat medewerkers goed kunnen blijven functioneren. Van een (werkende) structuur met een bedrijfsopvangteam, vertrouwenspersoon of bedrijfsarts is vrijwel nergens sprake, of men beschouwt het niet als passende ondersteuning voor de genoemde knelpunten.

-

### III Middelen

#### F Plannen en protocollen

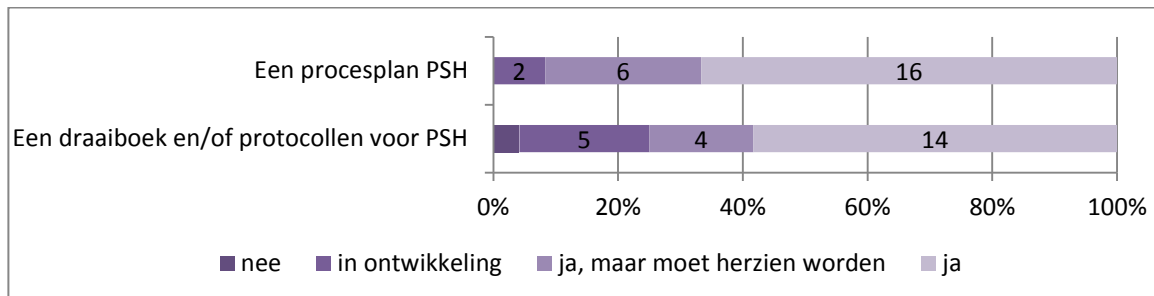
##### 14 Hoe ver zijn GGD'en met het opstellen van plannen, protocollen en draaiboeken?

Elke GGD moet beschikken over een actuele, geoefende en afgestemde procesbeschrijving PSH als onderdeel van het GROEP. Daarnaast kunnen voor een soepel verloop van de PSH-inzet draaiboeken en protocollen worden ontwikkeld die gedetailleerder ingaan op aandachtspunten en te nemen stappen. Nagenoeg twee derde van de regio's zegt over geoefende en afgestemde plannen en draaiboeken te beschikken. Uit de resultaten en zeker ook uit de interviews komt echter ook een worsteling naar voren om de plannen actueel te houden.

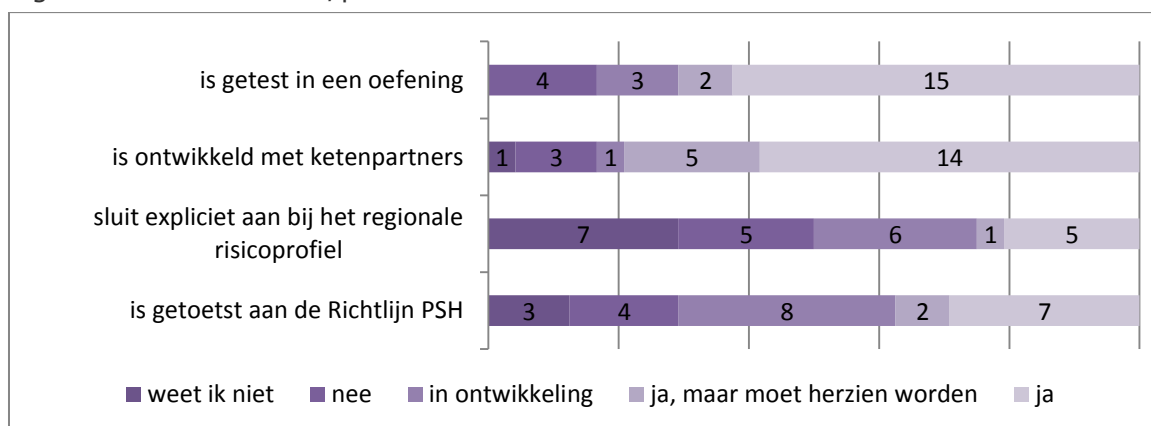
*“Wat ik bijzonder vind aan dit proces: drie jaar geleden gingen we dit allemaal ontwikkelen en op een gegeven moment denk je dan: nu hebben we het geregeld, het is goed belegd, iedereen is opgeleid en het staat, procesplan, convenanten... Maar het blijft zo in ontwikkeling dat je er ongeveer iedere dag mee bezig bent.”*

De antwoorden in de vragenlijst geven het volgende beeld:

Figuur 6: Onze GGD beschikt over:



Figuur 7: Het draaiboek/protocol voor PSH van onze GGD:



In de plannen is weinig tot geen specifieke aandacht voor incidenten en rampen die de regiogrenzen overstijgen, of een effectgebied hebben dat (ook) buiten de eigen regio ligt. Slechts een kwart van de regio's geeft aan over de crisisnummers van collega's in aangrenzende regio's te beschikken. Enkele

regio's geven aan dat de samenwerking met de buurregio bij een incident vaak ingewikkeld is door verschil in structuur en taakopvatting rond PSH. De uitwisseling van plannen tussen regio's onderling komt steeds meer op gang.<sup>1</sup>

## 15 Wat is nodig om documenten actueel te houden?

Het opstellen en herzien van de plannen en protocollen is regelmatig een moeizaam proces, zeker in de regio's waar geen beleidsmedewerker PSH is die hier uren voor heeft. Verschillende regio's geven aan dat de plannen herzien (moeten) worden, dit betreft dan:

- De aansluiting op het GROEP moet nog beschreven of aangepast worden (bijv. consequenties voor melding en alarmering en afstemmingslijnen)
- Het blijft zoeken naar een werkbare verhouding tussen de werkwijze bij rampen/GRIP-situaties en de werkwijze bij incidenten. In enkele regio's is men bezig beide werkwijzen meer naar elkaar toe te schrijven; in andere regio's was er één beschrijving, maar wordt nu toch weer gekeken naar manieren om onderscheid aan te brengen, omdat in de praktijk alarmering, team en aanpak bij een incident toch verschillen ten opzichte van GRIP-situaties.
- De Richtlijn PSH van 2014 is nog niet in het plan geïntegreerd. Men geeft echter ook aan dat het niet de verwachting is dat dit tot heel grote veranderingen zal leiden, omdat de plannen vooral het proces beschrijven, en de Richtlijn daar meer als inhoud achter ligt. Het is vooral van belang dat de professionals goed op de hoogte zijn van de Richtlijn.
- De eerder benoemde veranderingen in de (aansluiting op) gemeentelijke lijnen vragen ook om aanpassingen, met name in de draaiboeken en protocollen.

Slechts een enkele GGD heeft een procedure vastgelegd voor het structureel evalueren en herzien van protocollen.

De GGD Handreiking PSH (Impact, 2015) wordt wel als behulpzaam ervaren, maar het blijft ingewikkeld om er vanuit de eigen situatie en met alle betrokken spelers invulling aan te geven.

## G Opleiden, Trainen en Oefenen

### 16 Welke frequentie en focus voor trainingen en oefeningen wordt aangehouden?

Door 21 regio's is ingevuld dat er minimaal 1x per jaar wordt getraind en door 18 regio's wordt daarnaast minimaal 1x per jaar geoefend. In 3 regio's ligt OTO (nagenoeg) stil. Deze regio's hebben in 2015 niet getraind of geoefend; voor 2 regio's was de laatste keer al vóór 2013 (zie tabel 1).

---

<sup>1</sup> De oprichting van de Vakgroep PSH in 2016 en de uitwisseling van documenten via platforms als GGD GHOR kennisnet en het cGM-platform heeft hier de afgelopen tijd nog meer stimulans aan gegeven.

Tabel 1. Frequentie van oefenen en trainen

oefenen	trainen	regio's
1 x per jaar	1 x per jaar	7
2 x per jaar	2 x per jaar	4
1 x per jaar	2 x per jaar	4
2 x per jaar	1 x per jaar	3
1 x per 2 jaar	2 x per jaar	3
1 x per 2 jaar	1 x per 2 jaar	1
2 x per jaar	ligt stil	1
ligt stil	ligt stil	1

Overigens loopt in het spraakgebruik opleiden, trainen en oefenen veel door elkaar en is niet uitgesloten dat bij het invullen trainingen en oefeningen soms ook op één hoop zijn gegooid. Meerdere regio's geven in elk geval aan al een tijdlang geen echte grote oefeningen meer te hebben gehad omdat er zowel bij GGD GHOR als gemeente weinig tijd, geld en capaciteit is om dit te organiseren.

Wat goed werkt voor OTO is de samenwerking tussen een OTO-coördinator en een procesleider of beleidsmedewerker PSH. De OTO-coördinator neemt de regeldruk rondom gelden en organisatie weg en bewaakt dat er een lijn zit in het opleidingstraject (niet alleen herhalen, maar ook bijleren). De procesleider of beleidsmedewerker heeft zicht op wat inhoudelijk de behoeften en vragen zijn.

Er zijn de laatste jaren meer opleiders voor de PSH-functies bij gekomen. Er is nog geen accreditatiesysteem of kwaliteitslabel voor deze opleidingen, waardoor het niveau en de aansluiting van verschillende opleidingen op elkaar moeilijk te beoordelen is.

Focus:

- Oefeningen zijn vrijwel standaard multidisciplinair en met ketenpartners. Samenwerking is daarbij ook vaak de focus, evenals het werken met de BOB structuur voor overleggen.
- Trainingen worden ook intern georganiseerd; daarbij wordt vooral gewerkt aan samenwerking binnen het GROEP, BOB, netwerkanalyse, scenariodenken.
- OTO wordt in toenemende mate bovenregionaal georganiseerd, maar waar het gaat om het beoefenen van eigen draaiboeken, is dit complex vanwege de verschillen.
- Behoeften op het gebied van training liggen vooral bij scholing in PSHi en bij het opstellen van nazorgplannen en – adviezen.
- Wat betreft oefeningen geeft men aan vaker echt een opvangsituatie te willen oefenen met de ketenpartners en is er behoefte aan meer BOB-oefeningen. Ook zijn diverse regio's bezig met het ontdekken van het Emergo Train System.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Emergo Train System (ETS) is een oefen- of trainingsmiddel waarbij een situatie wordt gesimuleerd met behulp van figuurtjes die patiënten of betrokkenen voorstellen en die op een whiteboard worden geplakt. ETS is oorspronkelijk ontwikkeld in Zweden, vervolgens vertaald in verschillende talen waaronder het Nederlands. In Nederland wordt ETS al jaren gebruikt om m.n. de geneeskundige hulpverleners die op een rampplek of in een ziekenhuis ingezet zullen worden, te trainen of te beoefenen.

Vorig jaar is er ook een set figuurtjes ontwikkeld die speciaal gebruikt kunnen worden bij het trainen of oefenen van het proces Psychosociale Hulpverlening (ETS PSH).

## 17 Hoe houd je medewerkers het jaar door betrokken? Hoe houd je kennis en ervaring actueel?

- Verschillende GGD'en hebben buiten het formele OTO programma een cyclus van bijvoorbeeld kernteamoverleggen, casusbesprekingen, lunchoverleggen, of themabijeenkomsten als onderdeel van de preparatie.
- Vanuit de meeste regio's worden ook de Kenniskringen PSH/GOR bij het RIVM regelmatig bezocht.
- Wat betreft medewerkers opvangteam ligt de verantwoordelijkheid om de expertise te onderhouden ook bij de ketenpartnerorganisaties zelf. Voor de GGD'en is het moeilijk om hier goed zicht op te houden – het bijhouden van een actuele lijst met inzetbare medewerkers is vaak al een klus.

## H Evaluatie

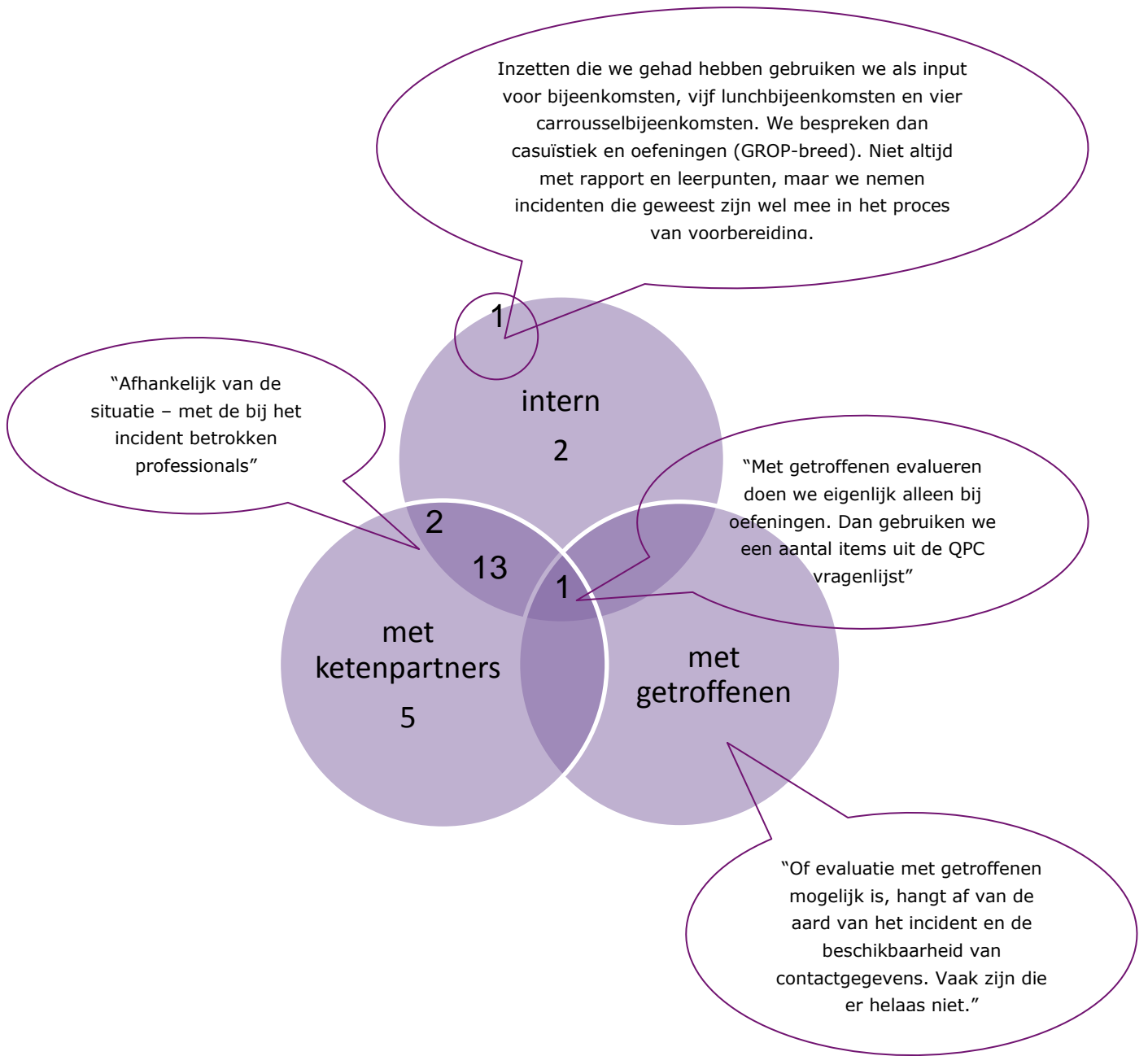
### 18 Op welke manieren wordt de PSH geëvalueerd? Zijn er goede instrumenten of voorbeelden die in meerdere regio's worden gebruikt?

De **manier waarop wordt geëvalueerd** verschilt (zie ook figuur 8):

- In zeven interviews wordt benoemd dat er standaardformulieren zijn die door de betrokkenen ingevuld worden, meestal als uitgangspunt voor een gesprek. De evaluatie is dan onderdeel van de Plan-Do-Check-Act cyclus.
- Drie GGD'en geven in de interviews aan dat er juist zo low-profile mogelijk wordt geëvalueerd. De gedachte is dan dat mensen hun ervaring toch wel weer zelf meebrengen in een volgende casus en dat ze mensen die net heel veel tijd en energie in een casus hebben gestoken, niet nog extra willen belasten met formulieren en een evaluatiebijeenkomst.
- Welke vorm verder gekozen wordt, hangt vaak ook samen met de omvang van de casus – soms heeft het meer weg van een casusbespreking en kunnen leerpunten meteen weggezet in de checklists en protocollen. Bij een grotere casus is er echter al gauw sprake van meerdere evaluaties (met gemeente, witte kolom, multidisciplinair, soms officiële evaluatie van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid), wat ook weer als 'te veel' ervaren kan worden.
- Diverse regio's geven aan behoefte te hebben aan meer structuur of handvatten voor het evalueren, zowel voor het uitvoeren van de evaluatie zelf als voor de opvolging – hoe zorg je dat lessen een volgende keer ook inderdaad meegenomen worden? Hoe voorkom je dat draaiboeken en protocollen op den duur te gedetailleerd worden door toevoeging van leerpunten?



Figuur 8: Hoe wordt een inzet geëvalueerd?



## J Financiering

### 19 Is er iets vastgelegd over financiering voor PSH? Betaalt de GGD aan ketenpartners?

Sinds de verantwoordelijkheid voor de PSH van de GHOR naar de GGD is overgegaan, en bij de GGZ de DBC's voor PSH zijn weggevallen, is het kader voor financiering niet meer eenduidig, maar hangt alles af van heldere en actuele afspraken met 1) de GHOR; 2) de ketenpartners; en 3) de gemeenten.

#### Afspraken met de GHOR

Binnen het convenant publieke gezondheid, dat per regio is opgesteld tussen GGD en GHOR, worden ook afspraken gemaakt over de financiering. Wettelijk uitgangspunt is nog steeds dat de GHOR als onderdeel van de Veiligheidsregio geld krijgt voor haar taken vanuit de Brede doeluitkering Rampenbestrijding (BDuR) en een vast bedrag per inwoner per gemeente, en dat de Leider Kernteam en de Leider opvangteam als verplichte functie officieel op de 'loonlijst' van de GHOR staan (hoewel intussen de GGD verantwoordelijk is voor het invullen van die posities). In de meeste regio's zijn er afspraken dat de GGD de kosten voor de piketvergoeding en opleiding van de Leider Kernteam en Leider opvangteam bij de GHOR declareert (en eventueel doorzet naar de betreffende uitvoerende organisatie wanneer dat niet de GGD zelf is). Voor de overige rollen moet afgesproken worden of organisaties kunnen declareren bij de GHOR, dan wel bij de GGD. Voor inzet na die acute fase kan sowieso niet meer bij de GHOR gedeclareerd worden en dan legt dit sowieso druk op het budget van de GGD – de nafase kan immers lang duren.

#### Afspraken met de ketenpartners

In de convenanten met de ketenpartners moeten afspraken gemaakt worden over kostenverdeling met de uitvoerende partners zelf. Over het algemeen komt dat neer op een verdeling waarbij de ketenpartners zelf verantwoordelijk zijn voor de tijd die ze in voorbereiding en inzetten steken (behalve voor de Leider Kernteam en Leider Opvangteam, als ze die leveren). In veel regio's is de (impliciete) afspraak dat iedereen de afgesproken inzet bij rampen met gesloten beurs levert en binnen zijn eigen reguliere budgetten oplost. Dit stuit echter vooral bij GGZ-instellingen steeds meer op weerstand en toch vragen om vergoedingen.

#### Afspraken met gemeenten

De afspraken met GHOR en Ketenpartners betreffen vooral de grotere inzetten, waar ook een bepaald budget voor te verdelen is. Voor incidenten moet de financiering echter vaak uit reguliere budgetten (veelal JGZ) komen of moeten er apart afspraken gemaakt worden met gemeenten. Uit de interviews komt naar voren dat het vrijwel nergens echt helder is; in de vragenlijst geeft de helft aan dit echt als een probleem te ervaren.

Een casus kan behoorlijke druk leggen op tijd en capaciteit, hier staat vaak geen of onvoldoende extra financiering tegenover. Enkele GGD'en hebben wel een bedrag opgenomen in de begroting, gebaseerd op gemiddeld aantal casussen en uren per casus. Vier regio's noemen dat met de gemeenten is afgesproken dat boven een bepaald aantal uren gefactureerd mag worden, maar in veel gevallen zijn dergelijke afspraken er niet. Bij gemeenten geeft dit ook vragen – soms wordt de GGD niet ingeschakeld 'omdat dit geld kost', terwijl hier in feite geen duidelijke afspraken over zijn.