

# Kwaliteitshandboek

Bureau GHOR Drenthe

	Datum
Versie: 2.0	
Proceshouder	Bernard Groot
Beheerder	Elly van der Meulen
Actualisatie / herziening	Oktober 2007
Bestuurlijk vastgesteld	31 januari 2007
Multidisciplinair vastgesteld	16 januari 2007
Geneeskundig vastgesteld	16 januari 2007
Mutaties doorgeven aan: ghor@ggdrenthe.nl	

## Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>1</b>
<b>Ten Geleide</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Directieverklaring</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Kwaliteitssysteem</b> .....	<b>4</b>
2.1. Inleiding.....	4
2.2. Scope.....	4
2.3. Bedrijfsmodel.....	4
2.4. Projecten.....	7
<b>3. Organisatie</b> .....	<b>8</b>
3.1. Bestuurlijke inbedding.....	8
3.2. Klantdefinitie.....	9
3.3. Algemeen beleid en verantwoordelijkheden.....	9
3.4. Interne communicatie.....	9
3.5. Ketenzorg.....	9
<b>4. Beleidsprocessen</b> .....	<b>10</b>
4.1. Missie.....	10
4.2. Beleidscyclus.....	10
4.3. Kwaliteitsbeleid.....	11
4.4. Systeembeoordeling door de RGF.....	11
4.5. Documentbeheer en kwaliteitsregistraties.....	12
<b>5. Primaire Processen</b> .....	<b>14</b>
5.1. Inleiding.....	14
5.2. Procesmodel Beleidsadviering: pro-actie preventie / advisering.....	14
5.3. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: advisering/preparatie.....	15
5.4. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: procesbeschrijvingen.....	15
5.5. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: Contracten.....	16
5.6. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: Opleiden.....	17
5.7. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement Trainen.....	17
5.8. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: Ketenaudits.....	19
5.9. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement 24 uur inzetbaarheid.....	19
5.10. Procesmodel Repressie en nazorg.....	20
<b>6. Ondersteunende processen</b> .....	<b>22</b>
6.1. Personeel.....	22
6.2. Materieel.....	24
6.3. Meten en monitoren.....	27
<b>7. Bijlagen</b> .....	<b>29</b>
7.1. Kwaliteitsbepalingen, wet- en regelgeving.....	29
7.2. Begrippen en definities.....	31
7.3. Afkortingen.....	32
7.4. Overzicht overlegstructuren GHOR Drenthe.....	33

## TEN GELEIDE

- Het bevorderen van meer fysieke veiligheid, zoals het voorkomen van en voorbereiden op ongevallen en rampen is een belangrijk punt in het streven van de centrale overheid naar een veiligere samenleving. In de circulaire EB 1999/94121 heeft het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties concrete einddoelen geformuleerd voor de rampenbestrijding voor 2003/2004. Deze einddoelen vloeien voort uit het streven naar versterking van de rampenbestrijding, zoals vastgelegd in de Beleidsnota Rampenbestrijding 2000 – 2004. Ook de nieuwe wetswijziging ondergebracht in de Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding (in werking getreden op 1 juli 2004) en het kabinetsstandpunt over de ontwikkeling van Veiligheidsregio's zijn in dit kader van belang. En meer recent uiteraard de in voorbereiding zijnde Wet op de Veiligheidsregio's. Met deze wet wordt beoogd de organisatie van de rampenbestrijding en crisisbeheersing binnen twee jaar op orde te hebben. Het GHOR-bestuur neemt dit beleid als richtinggevend kader voor de einddoelen ten aanzien van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen voor de komende jaren.
- Aangezien het bureau GHOR Drenthe geen nieuwe producten ontwikkelt, worden de betreffende bepalingen van rubriek 6 Onderzoek en ontwikkeling van het HKZ-schema uitgesloten. Immers het bureau GHOR gaat uit van de producten, zoals beschreven in het Regionaal Productenboek GHOR Drenthe. Dit Productenboek is afgeleid van het landelijk model productenboek, zoals dit is vastgesteld door de Raad van RGF'en. Aanpassing van deze producten geschiedt volgens de vastgestelde procedures voor corrigerende maatregelen. Van nieuwe producten is vooralsnog geen sprake.
- De nu voorliggende versie van het handboek betreft een actualisatie van de versie, zoals deze op 15 januari 2007 intern is vastgesteld door de Regionaal Geneeskundig Functionaris, na raadpleging van alle medewerkers van het bureau GHOR Drenthe. Het handboek (versie 1.0) is destijds bestuurlijk geaccordeerd in de vergadering van het algemeen bestuur van de GHOR van 31 januari 2007. In oktober 2007 is naar aanleiding van opmerkingen uit de interne audit het kwaliteitshandboek versie 1.0 geactualiseerd en zijn enkele overzichten toegevoegd. Voor u ligt dan ook versie 2.0
- Waar in dit handboek wordt gesproken van "hij" of "hem", kan uiteraard ook gelezen worden "zij" of "haar".
- Op deze plaats past een woord van dank aan het bureau GHOR regio Zuidoost-Brabant; het door hen ter beschikking gestelde Kwaliteitshandboek is een bron van inspiratie gebleken bij het opstellen van dit kwaliteitshandboek voor het bureau GHOR Drenthe.

-----  
Assen, oktober 2007

# 1. Directieverklaring

## Verklaring RGF

De RGF stelt het kwaliteitsbeleid van de GHOR Drenthe vast en maakt het beleid duidelijk aan de medewerkers van het GHOR bureau. Het kwaliteitsbeleid vormt een integraal onderdeel van het totale beleid van de organisatie.

Om richting te geven aan de activiteiten die de GHOR Drenthe wil ontplooiën, heeft de RGF zichzelf de volgende doelen gesteld, die tevens ten grondslag liggen aan het beleid en die tot uiting komen in het kwaliteitssysteem, opgenomen in dit handboek:

- De GHOR wil zoveel mogelijk slachtoffers bij rampen voorkomen
- De GHOR zorgt ervoor dat bij een rampsituatie een optimale en adequate geneeskundige hulpverlening wordt geboden
- De GHOR streeft naar een continue kwaliteitsverbetering bij de GHOR
- De GHOR voldoet aan de landelijke kwaliteitseisen voor de GHOR.

De visie, missie en het motto van de GHOR staan centraal in alle beleidsplannen en de daarvan afgeleide werkzaamheden en diensten. Uitgangspunt van het gehele kwaliteitssysteem is het voortdurend en aantoonbaar verbeteren van de vijf schakels uit de veiligheidsketen: pro-actie, preventie, preparatie, repressie en nazorg.

Concreet en meetbare kwaliteitsdoelen worden minimaal éénmaal per jaar tijdens een Management Review (MR) op schrift (bij)gesteld. Deze bijstelling geschiedt aan de hand van, onder andere, de uitkomsten van het MR en kwaliteitsaudits en de mate waarin de kwaliteitsdoelstellingen zijn gerealiseerd.

Verdere taken bij het MR zijn onder andere:

- Bepalen van de planning t.a.v. bovengenoemde kwaliteitsdoelen;
- Vaststellen en plannen van de hulpbronnen om de kwaliteitsdoelen te behalen en de output hiervan schriftelijk vastleggen;
- Evaluatie van het afgelopen jaar en verslaglegging hiervan in het jaarverslag;
- Beoordelen van het kwaliteitsbeleid op blijvende geschiktheid.

Kwaliteitsdoelstelling:

De Kwaliteit van de GHOR handhaven en waar mogelijk verbeteren, door middel van het opstellen en uitvoeren van kwaliteitsplannen en verbetertrajecten.

Kwaliteitsdoelen:

De kwaliteitsdoelen zijn opgenomen in het organisatieplan en het jaarplan. Voortgang en realisatie worden bijgehouden in de planning en controlecyclus. Jaarlijkse rapportage vindt plaats in het jaarverslag.

Directievertegenwoordiging:

De directievertegenwoordiging ten aanzien van het kwaliteitsbeleid (formulering, organisatie en implementatie) ligt bij het hoofd bureau GHOR.

De directievertegenwoordiger heeft specifiek de bevoegdheid om:

- te bewerkstelligen dat het kwaliteitssysteem wordt opgezet, geïmplementeerd en onderhouden;
- te rapporteren over het functioneren van het kwaliteitssysteem aan de RGF;
- de rapportages dienen als basis voor verbetering van het kwaliteitsmanagementsysteem.

De directievertegenwoordiger wordt hierin ondersteund door de kwaliteitsmedewerker en de ondersteunend beleidsmedewerker van de GHOR Drenthe.

Iedere medewerker van het bureau GHOR Drenthe kan op Onder Ons, het intranet, een digitale versie van dit handboek inzien. Niet-medewerkers van de GGD Drenthe kunnen inzage krijgen na toestemming van het hoofd bureau GHOR Drenthe. Het hoofd bureau GHOR besluit over publicatie van het handboek op voor derden toegankelijke netwerken/sites.

Met deze verklaring worden het handboek en de volledige inhoud daarvan, alsmede de documenten waarnaar wordt verwezen vastgesteld, voor zover dat niet reeds afzonderlijk is gebeurd.

Assen, januari 2007

Regionaal Geneeskundig Functionaris.

## 2. Kwaliteitssysteem

### 2.1. Inleiding

Voor u ligt het kwaliteitshandboek van het bureau Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen Drenthe (bureau GHOR Drenthe). Het geeft een beschrijving van de organisatie, het kwaliteitsmanagementsysteem van het bureau GHOR Drenthe en inzicht in de werkwijzen, de procesgang en de wijze waarop de dienstverlening wordt gewaarborgd.

Bij de tot stand koming van dit kwaliteitshandboek is daar waar mogelijk gebruik gemaakt van het HKZ certificatieschema GHOR-bureaus, versie 2004. Dit schema beschrijft de voorwaarden waaraan het kwaliteitsmanagementsysteem van het bureau dient te voldoen. Om reden als neergelegd onder "Ten Geleide" wordt de werking van de bepalingen van rubriek 6 Onderzoek en ontwikkeling van het HKZ-schema uitgesloten.

Het kwaliteitshandboek is verdeeld in 7 hoofdstukken, ieder hoofdstuk is onderverdeeld in één of meer paragrafen en subparagrafen. Indien er bij het hoofdstuk procedures of formulieren horen, dan wordt hiernaar verwezen. Bijlagen zijn opgenomen in Hoofdstuk 7.

### 2.2. Aard, omvang en beperkingen (reikwijdte)

Het kwaliteitshandboek beschrijft de organisatie en het kwaliteitsmanagementsysteem van het bureau GHOR Drenthe. De scope van het kwaliteitsmanagementsysteem bevat alle besturende, primaire en ondersteunende processen en producten, die het bureau GHOR Drenthe levert.

De GHOR Drenthe draagt ten behoeve van de gezondheid van (potentiële) slachtoffers van rampen en zware ongevallen samen met de geneeskundige keten en in afstemming met de brandweer, politie en gemeenten (hulpverleningsdiensten) zorg voor de preventieve openbare gezondheidszorg, de somatische geneeskundige hulpverlening en psychosociale hulpverlening.

Naast deze primaire taakvelden van de GHOR, dient ook nog aan een aantal randvoorwaardelijke activiteiten voldaan te worden. Het betreft hier alles dat samenhangt met de beleid- en beheercyclus en de ondersteunende processen.

Bij de beschrijving van de producten is gebruik gemaakt van het Landelijk Model Productenboek GHOR, waarin de HKZ-normen zijn opgenomen. Het regionale productenboek van de GHOR sluit aan op dit Productenboek. Vanuit deze producten vindt een vertaling plaats naar het bedrijfsmodel en deelprocessen van het bureau GHOR Drenthe. Dit bedrijfsmodel en de deelprocessen zijn in het handboek opgenomen in de vorm van procesmodellen met bijbehorende omschrijvingen. De verschillende processen zijn in de hoofdstukken 4, (beleidsprocessen) 5, (primaire processen) en 6 (ondersteunende processen) ondergebracht.

Alle procedures, formulieren, instructies en registraties, die in dit kwaliteitshandboek worden genoemd of waar naar wordt verwezen, maken impliciet deel uit van het kwaliteitsmanagementsysteem van het bureau GHOR Drenthe.

### 2.3. Bedrijfsmodel

#### 2.3.1. Algemeen

Het kwaliteitsmanagementsysteem kent een gelaagde structuur, waarbij in het kwaliteitshandboek de algemene procesbeschrijvingen zijn opgenomen. De laag daaronder bestaat uit het Regionaal Productenboek GHOR Drenthe.

In het Kwaliteitshandboek wordt bij de procesbeschrijvingen verwezen naar de producten in het Regionaal Productenboek, die bij het beschreven proces behoren. De volgende laag bestaat uit de uitwerkingen van de individuele producten door middel van documenten als: procedures, formulieren, instructies, dienstverleningsovereenkomsten, convenanten, roosters en overige documenten

Om te voorkomen, dat aanvulling, wijziging of vervallen van deze documenten moet leiden tot aanpassing van het productenboek, is er voor gekozen niet bij de productomschrijvingen in het Regionaal Productenboek te verwijzen naar de documenten per product, maar hiertoe een afzonderlijke overzichtslijst op stellen, waarin per product de documenten met versienummer en ingangsdatum zijn opgenomen. Deze overzichtslijst is in beheer bij de ondersteunend

medewerker GHOR. Vanaf november 2007 zal het beheer van deze documenten plaatsvinden in DKS (Document Kwaliteit Systeem)

Alvorens over te gaan tot de beschrijving van de primaire processen en de ondersteunende processen wordt eerst het algemene bedrijfsmodel gepresenteerd.

Door de Raad van RGF'en is landelijk het model productenboek GHOR opgesteld. Op basis van dit landelijke model is een Regionaal Productenboek GHOR Drenthe opgesteld. In tegenstelling tot het landelijk model productenboek beschouwt de GHOR Drenthe alleen die producten die zichtbaar zijn voor de klant als 'producten' en de overige producten uit het model productenboek GHOR als 'processen'. Het Regionaal Productenboek bevat een opsomming van alle GHOR-producten die het bureau GHOR Drenthe levert. Het geeft per product een productomschrijving, een productdefinitie, het doel/motivatie van het product, de juridische grondslag, de kwaliteitsnormen en de indicatoren.

### 2.3.2. Bedrijfsmodel

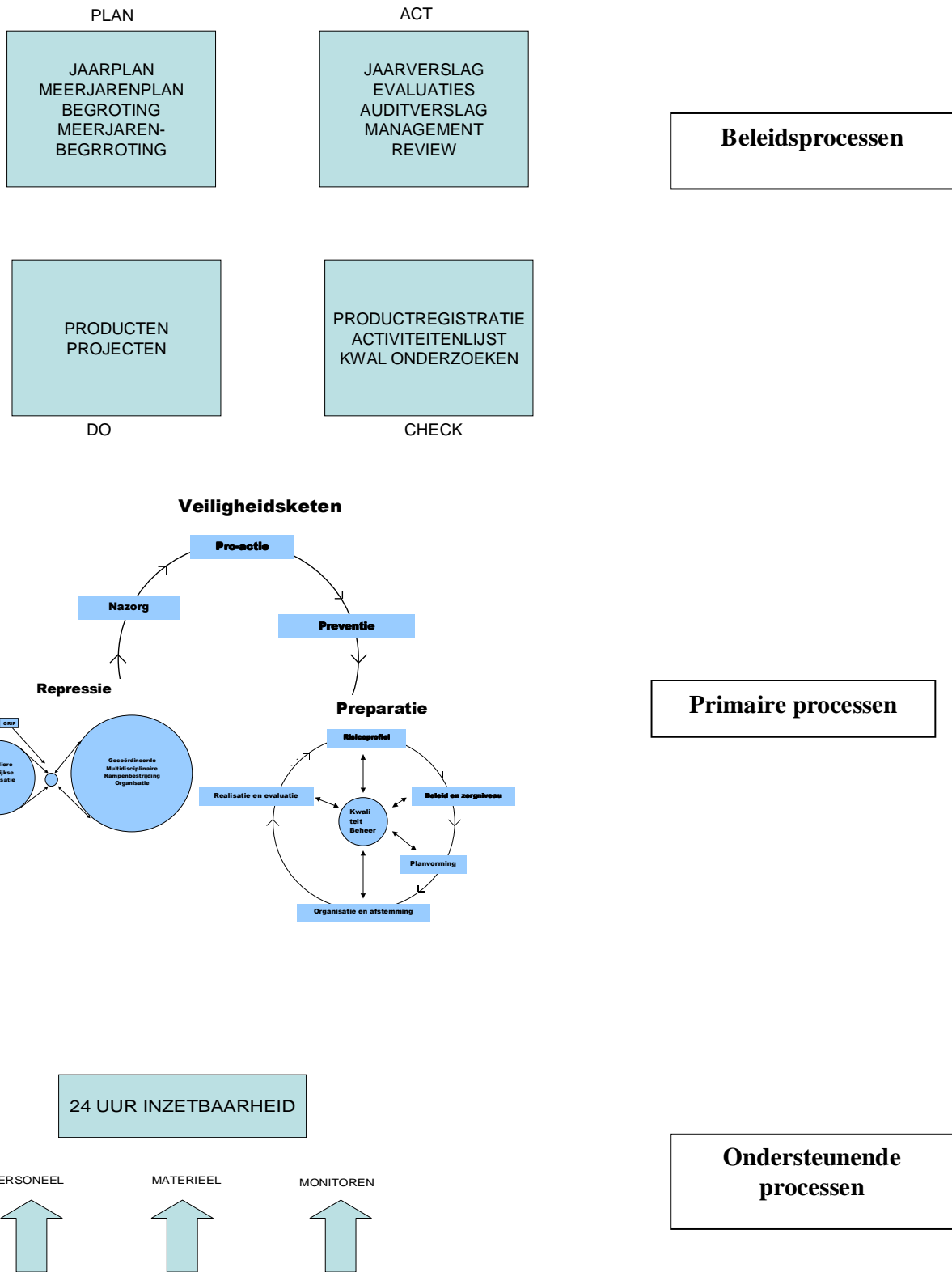
Het bureau GHOR Drenthe gaat uit van een nadere uitwerking van bovengenoemde indeling van de productgroepen bij het beschrijven van de processen en deelprocessen. Het bureau GHOR Drenthe heeft vier processen (beleidsadvisering, voorbereiding crisismanagement, crisismanagement en kwaliteitsborging) en levert acht producten (adviezen, protocollen, contracten, opleidingen, trainingen, auditverslagen, 24 uur inzetbaarheid en crisismanagers). Deze processen en deelprocessen met verwijzing naar bijbehorende producten (zie bijlage 7.2) zijn weergegeven in figuur 2.1.

Processen	Deelprocessen	Producten	Documenten
Beleidsprocessen			
Beleidsadvisering	Advisering AB GHOR	Adviezen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procedures</li> <li>• formulieren</li> <li>• instructies</li> </ul>
Kwaliteitsborging			
Primaire processen			
Beleidsadvisering	Advisering pro-actie preventie	Adviezen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contracten</li> <li>• roosters</li> <li>• overig</li> </ul> <p style="text-align: center;">per product gerubriceerd</p>
Vorbereiding crisismanagement	Advisering preparatie	Adviezen	
	Procesbeschrijvingen	Procesbeschrijvingen Protocollen	
	Contracten opstellen	Contracten	
	Opleiden	Opleidingen	
	Trainen	Trainingen	
	Ketenaudits	Auditverslagen	
	24 uur inzetbaarheid	24 uur inzetbaarheid - mensen - middelen	
Crisismanagement	Repressie en nazorg	Crisismanagers	

**Figuur 2.1:** *Processen en deelprocessen van het bureau GHOR Drenthe*

Een grafisch overzicht van het bedrijfsmodel met de processen kunt u terug vinden in figuur 2.2

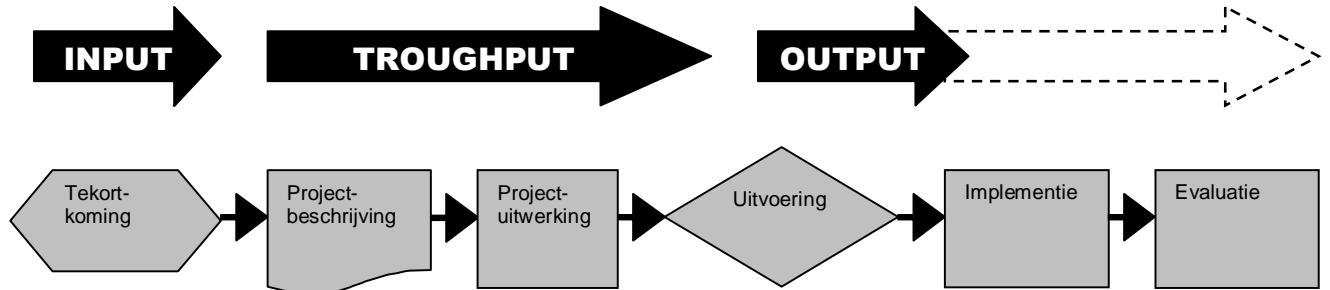
Er wordt gewerkt volgens de managementcyclus van Deming (PDCA: Plan–Do–Check–Act) waardoor er een systematiek is van continue aandacht voor verbetering van de processen.



**Figuur 2.2:** Bedrijfsmodel bureau GHOR Drenthe

## 2.4. Projecten

Omdat kwaliteitsverbetering vaak wordt bewerkstelligd door middel van projecten is onderstaand een procesmodel projecten opgenomen. Een project is geen product op zichzelf, maar een productiemiddel om tot een beter product te komen.

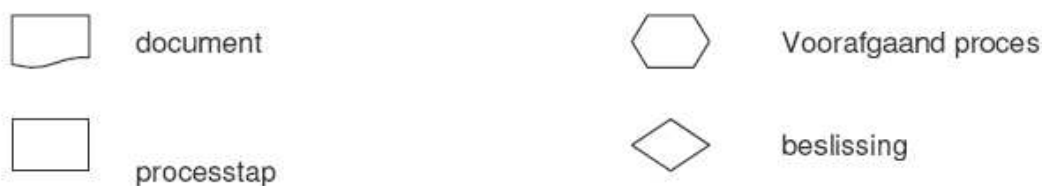


Figuur 2.3: Procesmodel Projecten

Projecten komen voort uit een behoefte tot aanvulling of wijziging van een product of uitwerking van een product. In bovenstaand model is dit weergegeven als Tekortkoming, als fase van een eerder proces. Indien de aanpassing omvangrijk is en zich leent voor een projectmatige aanpak, wordt eerst een projectbeschrijving gemaakt, waarin de tekortkoming is beschreven en wordt aangegeven wat het beoogde doel van het project is, alsmede de geschatte kosten, wie verantwoordelijk is voor het project, wie erbij betrokken zijn en langs welk tijdspad het project zal worden gerealiseerd. Dit tijdspad wordt uitgesplitst naar de procesonderdelen. Na de implementatie wordt het project op een vooraf bepaald en in de projectbeschrijving opgenomen moment geëvalueerd, waarna eventueel op basis van een alsnog geconstateerde tekortkoming het proces opnieuw kan worden doorlopen. Aangezien er een tweede beslissingsmoment is, nadat het project is uitgewerkt, is dit beslissingsmoment, in tegenstelling tot de procesmodellen in hoofdstuk 5, in de procesbeschrijving opgenomen. Een hotelprojectbeschrijving staat op Onder Ons, het intranet van de GGD Drenthe (Projectmatig werken – GGD Nederland).

Bij de opstelling van dit procesmodel en die in hoofdstuk 5 hebben eenvoud en leesbaarheid voorop gestaan. De modellen zijn beschreven langs de lijn van input → throughput → output. Volgend op de output kan een evaluatie plaatsvinden, die het proces kan betreffen of de output zelf. In de modellen is de evaluatie dan ook verbonden aan de output, maar maakt daarvan niet rechtstreeks deel uit.

In de procesmodellen zijn onderstaande symbolen met hun betekenis gebruikt:



Uitgangspunt bij de beschrijving van de procesmodellen is geweest, dat waar nodig de processtappen worden voorzien van documentatie (adviezen, besluiten ed.). Om de leesbaarheid van de modellen te verbeteren is verwijzing naar deze documenten, anders dan als afzonderlijke processtap dan wel input of output, achterwege gebleven.

Het spreekt vanzelf dat in deze tijd van elektronisch berichtenverkeer het begrip 'document' ook digitale documenten omvat.

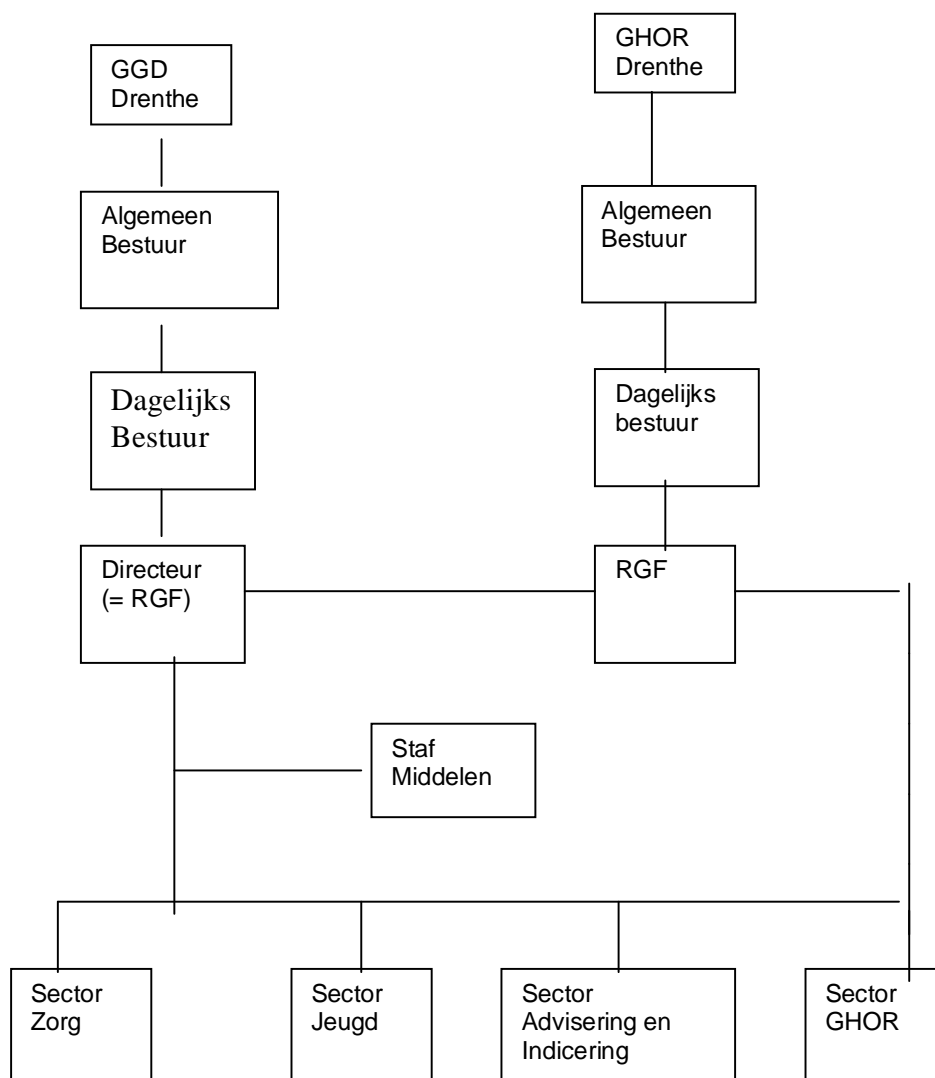
### 3. Organisatie

#### 3.1. Bestuurlijke inbedding

Om de GHOR-taken te coördineren hebben de twaalf gemeenten in Drenthe de bestuurlijke verantwoordelijkheid ondergebracht bij een gemeenschappelijke regeling als bedoeld in de Wet gemeenschappelijke regelingen. Het bestuur van de GHOR heeft een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF), als bedoeld in artikel 2 van de Wet GHOR aangesteld. Ter ondersteuning van de RGF is een GHOR bureau ingericht. Het bureau GHOR Drenthe is een sector van de GGD Drenthe. Het personeel van het GHOR bureau is in dienst van de GGD Drenthe. De GGD Drenthe levert de facilitaire ondersteuning

Onder eindverantwoordelijkheid van de RGF wordt het bureau GHOR Drenthe geleid door een hoofd. De formatie van het bureau wordt vastgesteld door het bestuur van de GHOR.

Schematisch ziet de organisatie er als volgt uit:



**Figuur 3.1:** Organigram bureau GHOR Drenthe

### **3.2. Klantdefinitie**

De primaire klanten van bureau GHOR Drenthe zijn de gemeenten. De gemeenten vertegenwoordigen door middel van een democratisch gekozen bestuur en via democratisch gecontroleerde besluitvorming, de burgers. Het GHOR bureau organiseert, namens de gemeenten, zorg en dienstverlening ten behoeve van die burgers tijdens rampen en grootschalige ongevallen.

De gemeenten bepalen in hun rol als klant, maar ook als bestuurlijk (eind)verantwoordelijke van het bureau GHOR Drenthe, welk zorgniveau nodig en gewenst is voor potentiële rampen. Zij doen dit via hun vertegenwoordiging in het algemeen bestuur van de Regionale Brandweer Drenthe, die verantwoordelijk is voor de voorbereiding van de coördinatie bij de bestrijding van rampen en zware ongevallen. Zo is het bestuur verantwoordelijk om in overeenstemming met het GHOR bestuur het Regionaal Beheersplan Rampenbestrijding vast te stellen. De gemeenteraden nemen (als vertegenwoordigers van de burgers) het uiteindelijke besluit over het gewenste zorgniveau. De 'producteisen' worden dus op dat moment vastgesteld.

De burger (of potentieel /daadwerkelijk slachtoffer), voor wie dit alles bedoeld is, komt pas in beeld indien er werkelijk sprake is van een rampsituatie. Het contact met de burger vindt plaats door de ketenpartners. Het bureau GHOR Drenthe is immers geen zorgorganisatie maar een dienstverlenende organisatie die namens de gemeenten in het kader van de grootschalige geneeskundige hulpverlening de ketenpartners faciliteert in hun onderlinge afstemming. Daarnaast ondersteunt het GHOR bureau de RGF in zijn wettelijke taak onder rampenomstandigheden en bij de coördinatie van de voorbereiding van de geneeskundige hulpverlening.

### **3.3. Algemeen beleid en verantwoordelijkheden**

De Regionaal Geneeskundig Functionaris is onder het GHOR-bestuur eindverantwoordelijk voor het beleid. Deze structuur is inzichtelijk gemaakt in het organigram van het bureau GHOR Drenthe (figuur 3.1). Onder aansturing van het hoofd dragen de medewerkers er zorg voor dat voldaan wordt aan de wensen en eisen die gesteld worden door de klant en door wet- en regelgeving. Om te voldoen aan deze wensen en eisen worden het (kwaliteits)beleid, de (kwaliteits)doelstellingen en de (kwaliteits)planning opgesteld. Ten behoeve van de opstelling, vaststelling, evaluatie en bijstelling van het (kwaliteits)beleid is een procedure opgesteld (zie hoofdstuk 4). Deze procedure, onderverdeeld naar een aantal specifieke beleidsdocumenten, beschrijft op welke wijze binnen het GHOR bureau beleid tot stand komt, wordt geëvalueerd en zonodig wordt bijgesteld. Tevens beoordeelt de RGF periodiek het kwaliteitsmanagementsysteem (Procedure Management Review).

### **3.4. Interne communicatie**

De RGF zorgt ervoor dat er een interne communicatie bestaat over de wijze waarop de medewerkers vorm geven aan het beleid, de doelstellingen en de klantwensen, alsmede over de behaalde resultaten. Bovengenoemde zaken zijn geborgd middels het werkoverleg en afspraken tussen het hoofd bureau GHOR en de individuele medewerkers. De behaalde resultaten worden vastgelegd en verzameld in de systeembeoordeling door de RGF (Procedure Management Review) en in het jaarverslag.

### **3.5. Ketenzorg**

De RGF maakt afspraken met regionale ketenpartners over hun inzet en bijdragen aan de GHOR. Deze afspraken worden vastgelegd in convenanten of overeenkomsten. Per convenant of overeenkomst worden afspraken gemaakt over evaluatie en actualisering.

## 4. Beleidsprocessen

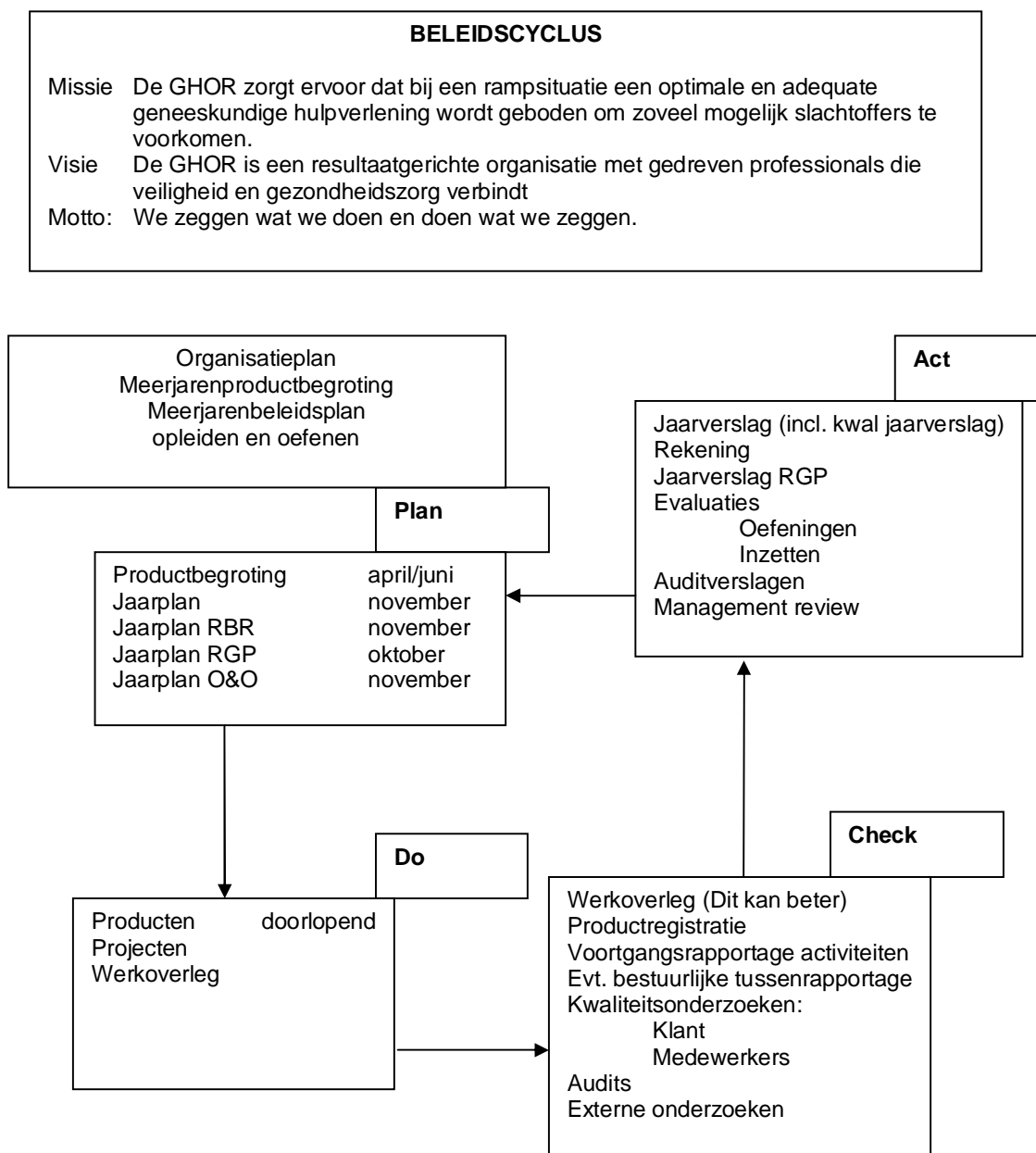
### 4.1. Missie

De GHOR zorgt ervoor dat bij een rampsituatie een optimale en adequate geneeskundige hulpverlening wordt geboden om zoveel mogelijk slachtoffers van rampen te voorkomen.

### 4.2. Beleidscyclus

In onderstaand schema worden de beleidscyclus en de onderlinge samenhang van documenten zichtbaar gemaakt.

#### Procesmodel 4.1 Beleidsadvisering, advisering AB GHOR



### 4.3. Kwaliteitsbeleid

Het doel van het bureau GHOR Drenthe met betrekking tot kwaliteitszorg is om eind 2007 te voldoen (en te blijven voldoen) aan het HKZ certificatieschema GHOR-bureau.

Doelstellingen die in het kader van kwaliteit worden gesteld, worden SMART geformuleerd. In het organisatieplan staan concrete doelstellingen voor de jaren 2006 tot en met 2009. Deze doelstellingen worden vertaald naar de jaarplannen en de individuele jaarplannen van de medewerkers.

### 4.4. Systembeoordeling door de RGF

De beoordeling door het management gebeurt volgens de procedure Management Review. In deze procedure is zowel de input voor de beoordeling beschreven als de resultaten naar aanleiding hiervan. De volgende registraties worden bij de beoordeling meegenomen:

- Overzichten "Dit kan beter" uit het werkoverleg
- Overzichten van binnengekomen klachten en meldingen vanuit het systeem van klachten en meldingen en de follow-up daarvan
- Verslagen van interne audits en de follow-up daarvan
- Resultaten van klanttevredenheidonderzoek
- Resultaten tevredenheidonderzoek personeel
- Evaluaties opleidingen
- Evaluaties trainingen, oefeningen
- Evaluaties daadwerkelijke inzet bij een incident of ramp
- Evaluaties van verbeterprojecten en beleidsdoelstellingen
- Rapportage van een eventueel uitgevoerde Risico Inventarisatie en Evaluatie
- Voortgangsrapportage activiteiten/producten

Op basis van de beoordeling zal de RGF aangeven of, en zo ja welke, verbeteracties of corrigerende maatregelen noodzakelijk zijn voor de komende beleidsperiode. Deze acties / maatregelen dienen te worden uitgewerkt in het werkplan per jaar.

#### Producten

Proces	Deelproces	Product
Beleidsadvisering	Advisering AB GHOR	Adviezen
Kwaliteitsborging		

## 4.5 Documentbeheer en kwaliteitsregistraties

### 4.5.1 Documentbeheer

Het GHOR bureau heeft in september 2007 in samenwerking met de GGD Drenthe het documentbeheersysteem Document Manager van Infoland aangekocht. In Document Manager zijn/worden alle relevante en actuele kwaliteitsdocumenten die door het GHOR bureau gebruikt worden opgeslagen en beheerd. Gebruikers (met name medewerkers GHOR bureau) zijn altijd verzekerd van de laatste goedgekeurde versie van documenten, welke snel en eenvoudig te vinden zijn door de geavanceerde zoekmogelijkheden van het systeem (webbased). Van elk document is de auteur, beoordelaar, autorisator, bewaartermijn en herzieningsdatum bekend en vastgelegd. De medewerker kwaliteit beheert het systeem. Alle afspraken zijn vastgelegd in de procedure documentbeheer GHOR Drenthe.

### 4.5.2. Kwaliteitsregistraties

**Doel:** Beheersen van evaluatieverslagen, notulen en registraties voor kwaliteitsregistratie, conform wettelijke eisen of eisen van de organisatie.

Hieronder is een tabel weergegeven met daarin formulieren voor de kwaliteitsregistraties van het bureau GHOR Drenthe. Per registratie staat aangegeven wie de registratie uitvoert, waar de archivering plaatsvindt en de bewaartermijn.

#### De volgende formulieren worden gebruikt in het kwaliteitssysteem

Naam formulier	Beheerder	Opslaglocatie	Minimale bewaartermijn
<b>Beleid en organisatie</b>			
Auditschema/plan	Med. kwaliteit	Document manager	2 jaar
Rapportage interne/externe audit	Med. kwaliteit	Document manager	5 jaar
Management Review	Med. kwaliteit	Document manager	5 jaar
FONA meldingsformulier	Med. kwaliteit	Document manager	10 jaar
Voortgangsrapportage activiteiten/ producten	Med. kwaliteit	Document manager	1 jaar
<b>Primair proces</b>			
Draaiboek evenement met risicoanalyse	Med. kwaliteit	Document manager	5 jaar
Evaluatie evenementen	Med. kwaliteit	Document manager	5 jaar
Evaluatie daadwerkelijke inzet	Med. kwaliteit	Document manager	5 jaar
Waarnemingsformulieren	Med. OTO	Document manager	5 jaar
Evaluatieformulieren	Med. OTO	Document manager	5 jaar
Presentielijst	Med. OTO	Document manager	5 jaar
Stilleggen oefening	Med. OTO	Document manager	5 jaar
<b>Personeel</b>			
Functioneringsgesprekken	Hoofd bureau / P&O	Map Pers. dossier	diensttermijn
Registraties opleidingen	Hoofd bureau / P&O	Map Pers. dossier	diensttermijn
Medewerkerstevredenheidonderzoek	Hoofd bureau / P&O	Map Pers. dossier	5 jaar
Risico inventarisatie en evaluatie (RI&E)	Hoofd bureau / P&O	Document manager	5 jaar
<b>Materieel</b>			
Ontvangst PSU	Ondersteunend med.	Digitaal archief	diensttermijn
<b>Overige interne documenten</b>			
Roosters/dienstlijsten	Ondersteunend med.	Document manager	2 jaar
Evaluatie ketenpartners	Hoofd bureau	Document manager	5 jaar
Contracten/convenanten	Juridisch med.	Document manager	Contracttermijn + 2 jr.
<b>Externe documenten zijn opgeslagen</b>	<b>in Infoland onder</b>	<b>“externe</b>	<b>documenten”</b>

Documenten worden indien van toepassing (bv. bij persoonsgegevens), na hun bewaartermijn vernietigd door een archiefvernietigingbedrijf.

**Externe documenten:**

Binnengekomen externe documenten worden indien van toepassing voorzien van datum binnenkomst en gedistribueerd naar de desbetreffende medewerker. Tevens worden externe digitale beleidsdocumenten opgenomen in Document manager.

## 5. Primaire Processen

### 5.1. Inleiding

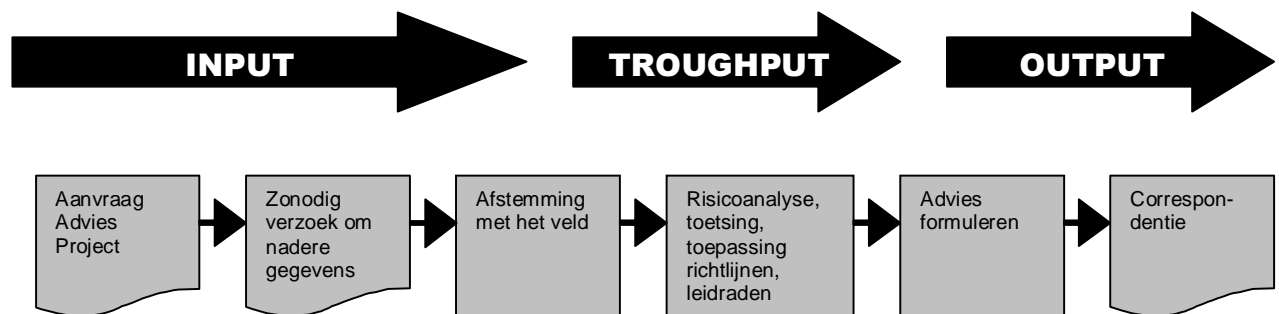
Bij de opbouw van dit hoofdstuk, waarin de primaire processen van het GHOR bureau zijn beschreven, is aansluiting gezocht bij het landelijk model productenboek van de Raad van RGF'en. Dit landelijke model is vertaald naar het Regionaal Productenboek en kent een driedeling:

- Proactie en Preventie
- Preparatie
- Repressie en Nazorg

Alle onderdelen vormen de schakels van de Veiligheidsketen.

De afzonderlijke deelprocessen/processtappen hebben veelal nader vorm gekregen in procedures, formulieren en/of werkinstructies. Deze uitwerkingen zijn ofwel verbonden aan één van de producten uit het productenboek, ofwel – indien zij niet aan een product zijn verbonden – beschreven in de procesbeschrijvingen werkprocessen en deelprocessen GHOR.

### 5.2. Procesmodel Beleidsadviesing: pro-actie preventie / adviesing



Figuur 5.2.: Procesmodel Proactie : Adviesing

#### 5.2.1. Definitie

Pro-actie betekent het wegnemen van structurele oorzaken van onveiligheid ter voorkoming van het ontstaan ervan. Dat betekent dat met name op het terrein ruimtelijke ordening en infrastructuur vroegtijdig rekening wordt gehouden met mogelijke risico's. Pro-actie omvat activiteiten zoals normstelling, wetgeving en planvorming, gericht op het uitsluiten of minimaliseren van het kunnen ontstaan van gevaarlijke situaties. Ook het simpelweg niet accepteren van risico's behoort ertoe. Niet alle risico's kunnen worden voorkomen. Preventie is erop gericht de risico's zo klein mogelijk te houden en de (soort) gevolgen van eventuele ongevallen te beperken. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichting of door eisen te stellen in vergunningen. Preventieve maatregelen zijn gericht op het voorkomen of beperken van (gezondheids)gevaarlijke gebeurtenissen of gedrag. Preventieve maatregelen kunnen zowel een algemeen karakter hebben (zoals routing gevaarlijke stoffen) of meer incidentgebonden (bijvoorbeeld preventieve ringvaccinatie tegen pokken).

#### 5.2.2. Adviesing pro-actie preventie

Figuur 5.2 toont het procesmodel Beleidsadviesing: Adviesing pro-actie en preventie. Adviesing is het proces dat het mogelijk maakt advies uit te brengen aan organisaties die het GHOR bureau daar om verzoeken. Het proces van adviesing begint bij een verzoek om advies. Vervolgens wordt intern onderzoek gedaan teneinde tot goede adviesing te komen. Hierbij wordt zonodig afstemming gezocht met expertise in het veld, waarna het feitelijke advies kan worden gegeven. Het advies wordt met de klant geëvalueerd. Alle formele contacten met klanten zijn geregistreerd c.q. gedocumenteerd.

#### 5.2.3. Voorlichting

De GHOR Drenthe beschikt nog niet over een voorlichter. Eind 2007 start de GHOR Drenthe met de werving van een voorlichter.

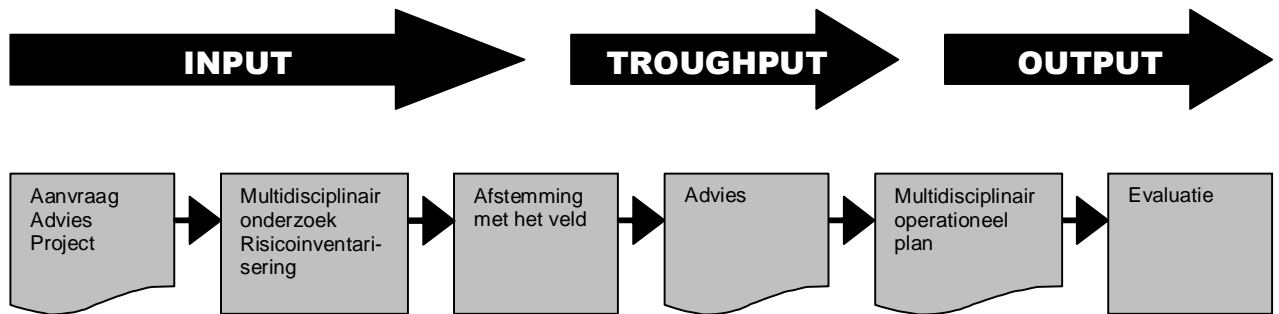
#### 5.2.4. Veiligheid

Het beleid omtrent de veiligheid van GHOR-functionarissen tijdens oefeningen en in de repressiefase is neergelegd in het Veiligheidsplan GHOR Drenthe. Dit plan is inmiddels vastgesteld.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Beleidsadvisering	Advisering pro-actie en preventie	Adviezen

### 5.3. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: advisering/preparatie



Figuur 5.3.: Procesmodel voorbereiding crisismanagement : Advisering preparatie

#### 5.3.1. Definitie

Preparatie omvat de voorbereiding op de bestrijding van ongevallen en rampen. Belangrijke deelprocessen van preparatie zijn: advisering preparatie, procesbeschrijvingen, contracten opstellen, opleiden, trainen, ketenaudits en 24 uur inzetbaarheid.

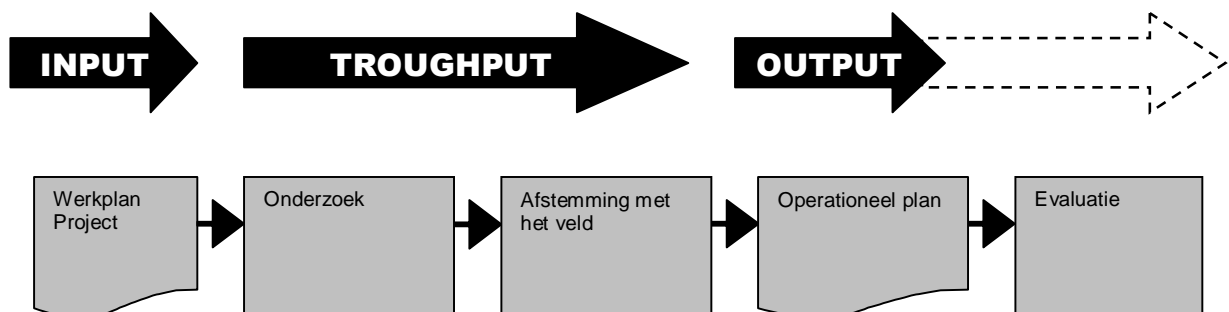
#### 5.3.2. Advisering preparatie

Advies is het proces dat het mogelijk maakt advies uit te brengen aan de hulpverleningsdiensten bij het opstellen van multidisciplinaire operationele plannen. Figuur 5.3. toont het procesmodel voorbereiding crisismanagement: advisering/preparatie. Het proces van advisering begint bij een verzoek om advies of een project. Vervolgens wordt nader (multidisciplinair) onderzoek gedaan, risico's worden geïnventariseerd en er vindt zondig afstemming plaats met het veld teneinde tot goede advisering te komen. Het advies wordt met de hulpverleningsdiensten geëvalueerd.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Voorbereiding crisismanagement	Advisering preparatie	Adviezen

### 5.4. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement: procesbeschrijvingen



Figuur 5.5.: Procesmodel Voorbereiding crisismanagement : Procesbeschrijvingen

### 5.4.1. Procesbeschrijvingen

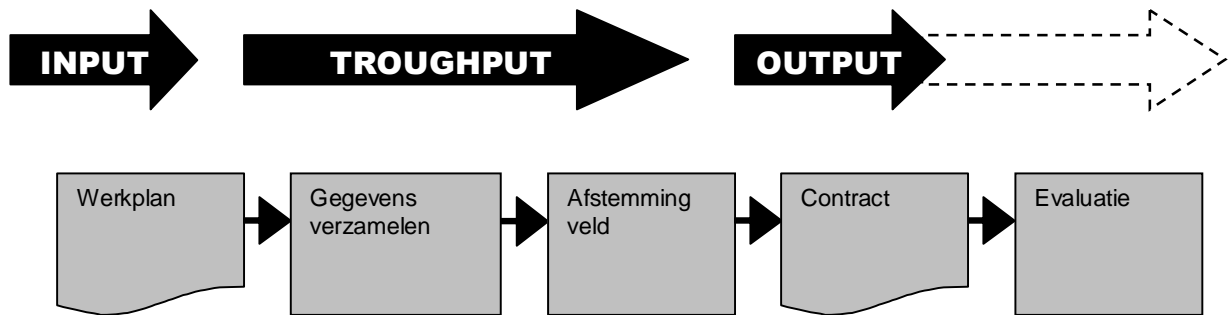
Procesbeschrijving is het proces waarbij de drie geneeskundige deelprocessen worden beschreven en het proces, waarbij de deelprocessen worden vertaald in operationele plannen. Figuur 5.4. toont het procesmodel Voorbereiding crisismangement: Procesbeschrijvingen.

Het procesmodel procesbeschrijvingen laat zien volgens welke processtappen procesbeschrijvingen worden gemaakt. Vanuit de taakstelling wordt nader onderzoek gedaan, risico's worden geïnventariseerd en er vindt afstemming plaats met expertise in het veld. Uiteindelijk zal er als resultaat een procesbeschrijving of een operationeel plan als product worden opgeleverd, dat zowel door de ketenpartners als de hulpverleningsdiensten wordt gedragen. Evaluatie kan leiden tot een nieuwe opdracht of een revisie in het werkplan.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Voorbereiding crisismangement	Maken van procesbeschrijvingen	Procesbeschrijvingen

### 5.5. Procesmodel Voorbereiding crisismangement: Contracten



Figuur 5.5.: Procesmodel Voorbereiding crisismangement : Contracten

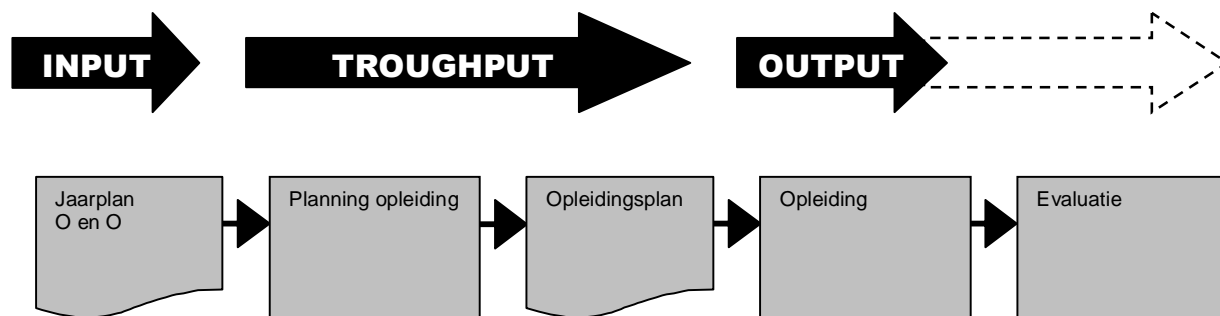
#### 5.5.1 Contracten

De GHOR maakt afspraken met ketenpartners over de te leveren taken bij grootschalige ongevallen of rampen en legt deze vast in contracten. Figuur 5.5. toont het procesmodel Voorbereiding crisismangement: contracten. Het procesmodel contracten laat zien volgens welke processtappen contracten worden gerealiseerd. De GHOR verzamelt de benodigde gegevens en stemt deze af met de ketenpartner. Na overeenstemming stelt de GHOR het contract op, dat door beide partijen wordt ondertekenend. Evaluatie kan leiden tot een aanpassing van het contract.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Voorbereiding crisismangement	Contracten opstellen	Contracten

## 5.6. Procesmodel Voorbereiding crisismangement: Opleiden



Figuur 5.6.: *Procesmodel Preparatie : Opleiden*

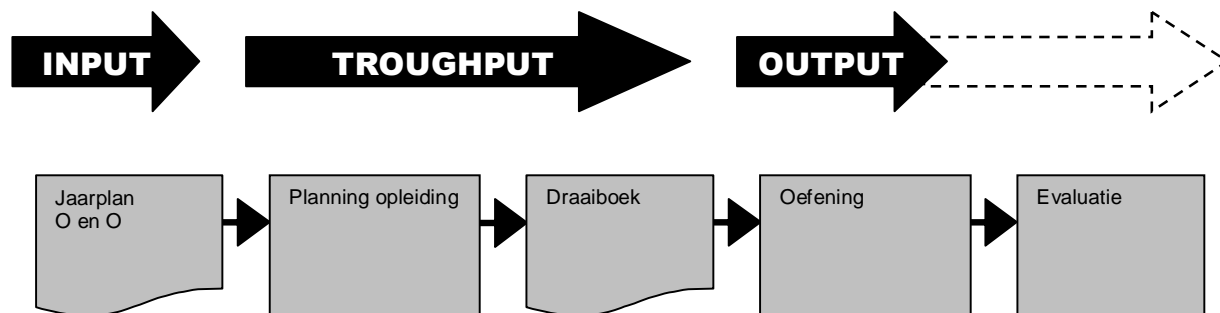
### 5.6.1. Opleiden

Figuur 5.6 toont het procesmodel Voorbereiding crisismangement: Opleiden. Het procesmodel laat zien volgens welke processtappen het product opleiding wordt gerealiseerd. Concreet gaat het hier over het proces van aanvragen of organiseren van een opleiding. Er komt een verzoek voor een opleiding bij de beleidsmedewerker OTO, die vervolgens een plan of ontwerp maakt voor hetgeen is aangevraagd. Er wordt een dossier ingericht, waarin alle documentatie wordt opgenomen. Uitvoering betekent het verzorgen van de opleiding. De uitvoering wordt aan het eind geëvalueerd met een standaard evaluatie formulier. Daarnaast kunnen specifieke opleidingsdoelstellingen worden geëvalueerd.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Voorbereiding crisismangement	Opleiden	Opleidingen

## 5.7. Procesmodel Voorbereiding crisismangement Trainen



Figuur 5.7.: *Procesmodel Voorbereiding crisismangement : Trainen*

### 5.7.1 Trainen/oefenen

Het procesmodel 5.7. Voorbereiding crisismangement: Trainen laat zien volgens welke processtappen het product trainingen wordt gerealiseerd. Concreet gaat het hier over het proces van aanvragen of organiseren van een training of oefening. Er komt een verzoek voor een mono of multidisciplinaire training of oefening bij de beleidsmedewerker OTO. Er wordt een dossier ingericht, waarin alle documentatie wordt opgenomen. De beleidsmedewerker OTO (laat) een oefendraaiboek opstellen met daarin de oefendoelen.

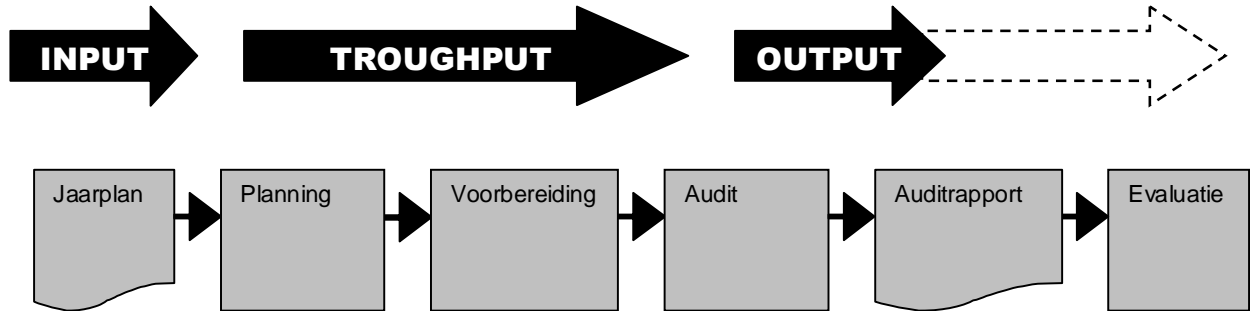
Uitvoering betekent het verzorgen van een training of een oefening. De uitvoering wordt aan het eind geëvalueerd. De evaluatie richt zich op de te behalen oefendoelen en het functioneren van individuele functionarissen. Van elke opleiding en training wordt een evaluatieverslag opgesteld en aan het dossier toegevoegd. In een digitaal systeem wordt van de belangrijkste GHOR-functionarissen in categorie 1 en 2 geregistreerd welke opleidingen en trainingen zij hebben gevolgd.

Opleiden, Trainen en Oefenen gaat vooral op basis van het meerjarenbeleidsplan opleiden en oefenen en het daarvan afgeleide jaarplan opleiden en oefenen. Voor de procesmodellen maakt dit echter geen verschil. De totstandkoming van beleidsdocumenten is weergegeven in hoofdstuk 4.

**Producten:**

Proces	Deelproces	Product
Vorbereiding crisismangement	Trainen	Trainingen

**5.8. Procesmodel Vorbereiding crisismangement: Ketenaudits**



**Figuur 5.8:** *Procesmodel Vorbereiding crisismangement : Ketenaudits*

**5.8.1 Procesmodel ketenaudits**

De audit is een instrument, waarmee men bij organisaties onderzoekt of de procesbeschrijvingen, contracten, opleidingen en trainingen ook in de praktijk werken. Figuur 5.8 toont het procesmodel Vorbereiding crisismangement: Ketenaudits. Het procesmodel ketenaudit laat zien volgens welke processtappen een ketenaudit wordt gerealiseerd. De kwaliteitsmedewerker maakt een planning met de ketenpartners en auditees. Vervolgens verzamelt de kwaliteitsmedewerker de relevante gegevens voor de te auditen ketenpartner. Van elke ketenpartner wordt een dossier ingericht, waarin alle documentatie wordt opgenomen. Het auditteam voert de audit uit en legt de gegevens vast in een auditrapport. De audit wordt met een standaardformulier geëvalueerd. De GHOR Drenthe start eind 2007 met de ontwikkeling van dit proces.

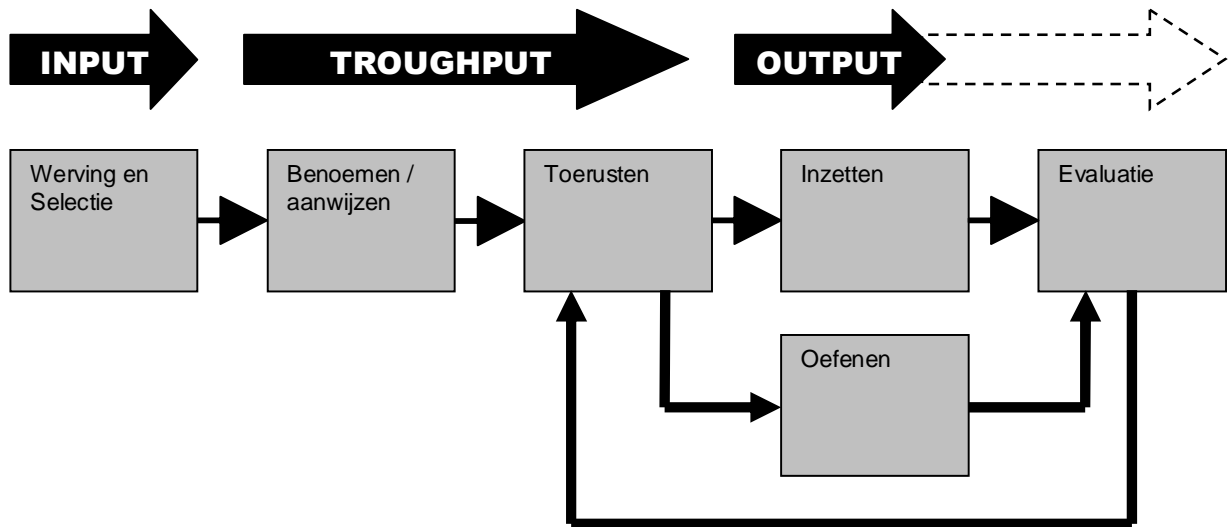
**Producten:**

Proces	Deelproces	Product
Vorbereiding crisismangement	ketenaudits	auditverslagen

**5.9. Procesmodel Vorbereiding crisismangement 24 uur inzetbaarheid**

24 uur inzetbaarheid zorgt ervoor dat GHOR functionarissen 24 uur per dag bereikbaar en inzetbaar zijn. Daarvoor maakt de GHOR afspraken met ketenpartners. Tevens zorgt de GHOR ervoor dat de geneeskundige combinatie en de communicatiemiddelen altijd inzetbaar zijn. In het procesmodel wordt 24 uur inzetbaarheid onderscheiden naar 24 uur inzetbaarheid mensen en 24 uur inzetbaarheid middelen.

### 5.9.1. Procesmodel 24 uur inzetbaarheid (Mensen)



**Figuur 5.9.1.:** *Procesmodel Voorbereiding crisismanagement : 24- uur inzetbaarheid (mensen)*

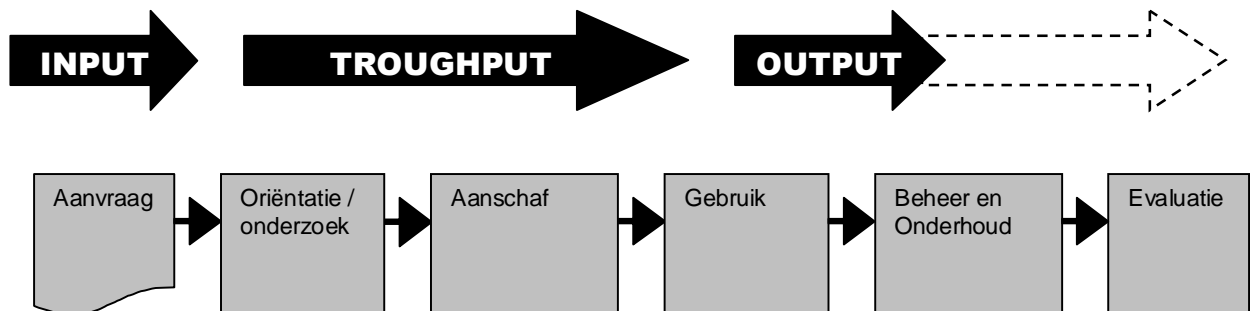
Het procesplan 24 uur inzetbaarheid (Mensen) laat zien volgens welke processtappen 24 uur inzetbaarheid mensen wordt gerealiseerd. Om er voor te zorgen dat de keten kan functioneren is een aantal vaste functies en taken bepaald en beschreven in het functieboek. Van de belangrijkste functies zijn de competenties bepaald. Deze GHOR-functies komen voort uit de taakstelling van de GHOR. De functies zijn niet allemaal ondergebracht bij het Bureau GHOR maar zijn ook geregeld via contracten met ketenpartners (zie procesmodel contracten).

Onderzoek betreft met name vaststellen van een discrepantie tussen de taakstelling en de feitelijke beschikbaarheid. De RGF bepaalt in hoeverre de discrepantie moet worden opgeheven, hetgeen dan aanleiding is om de capaciteit / inzetbaarheid aan te passen. Functionarissen die in de keten een taak hebben zijn op oproepbasis (zacht piket en hard piket) beschikbaar. De beschikbaarheid van de belangrijkste GHOR functionarissen wordt geregeld middels een rooster. De processtap toerusten omvat niet alleen het beschikbaar stellen van de materialen, die nodig zijn om de functie uit te oefenen, maar ook het opleiden en trainen, teneinde deskundig te zijn om te kunnen worden ingezet. De processtap oefenen, welke in bovenstaand schema is opgenomen, betreft het beoefenen van de processen als zodanig. Evaluatie vindt plaats na (opkomst)oefeningen en inzetten, waarvan evaluatieverslagen worden opgesteld. Vanaf de processtap "toerusten" kan het proces vervolgens opnieuw worden doorlopen.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Voorbereiding crisismanagement	24 uur inzetbaarheid (mensen)	24 uur inzetbaarheid (mensen)

### 5.9.2. Procesmodel Voorbereiding crisismanagement 24 uur inzetbaarheid (Middelen)



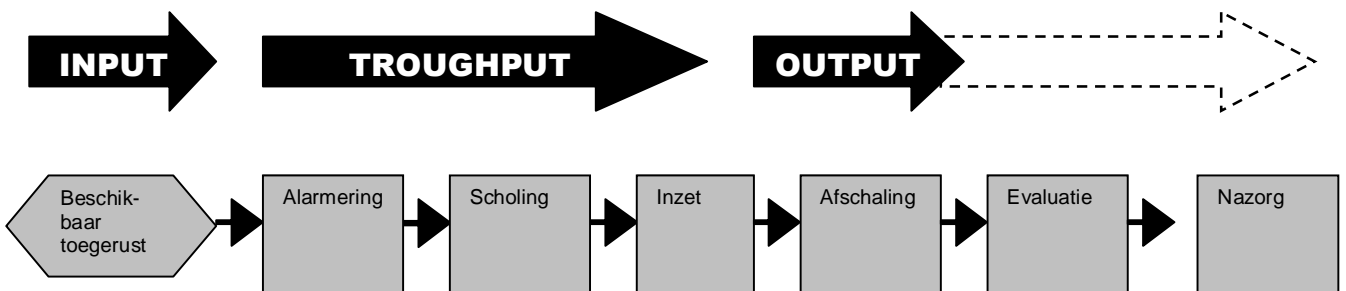
**Figuur 5.9.2.:** *Procesmodel Voorbereiding crisismanagement : 24- uurs inzetbaarheid (middelen)*

Het procesmodel 24 uur inzetbaarheid (Middelen) laat zien volgens welke processtappen de middelen beschikbaar worden gehouden om het Bureau GHOR in de opgeschaalde situatie te voorzien. Het Bureau GHOR heeft voor het crisismanagement een aantal voertuigen en middelen nodig om te kunnen functioneren. Deze moeten 24 uur per dag inzetbaar zijn. Dit stelt eisen aan de inventaris en technische staat van deze voertuigen. Goede registratie van onderhoud en gebruik is daarom onontbeerlijk. De materialen worden deels zelf aangeschaft en deels ter beschikking gesteld door Binnenlandse Zaken (de geneeskundige combinatie). De ondersteunend medewerker GHOR oriënteert zich voor de aanschaf van materialen op de mogelijkheden, rekening houdend met eisen die aan middelen en materialen worden gesteld. Na goedkeuring door het hoofd bureau GHOR kan tot aanschaf worden overgegaan, waarna het in gebruik kan worden genomen. Beheer en onderhoud van de geneeskundige combinatie is met inachtneming van de voorschriften van BZK door de GHOR Drenthe uitbesteed aan de RAV Drenthe en het toezicht is uitbesteed aan de GHOR Friesland middels een contract. In het contract is vastgelegd hoe de RAV Drenthe en de GHOR Friesland rapporteren aan de GHOR Drenthe. De contracten worden geëvalueerd.

**Producten:**

Proces	Deelproces	Product
Vorbereiding crisismanagement	24 uur inzetbaarheid (middelen)	24 uur inzetbaarheid (middelen)

**5.10. Procesmodel Repressie en nazorg**



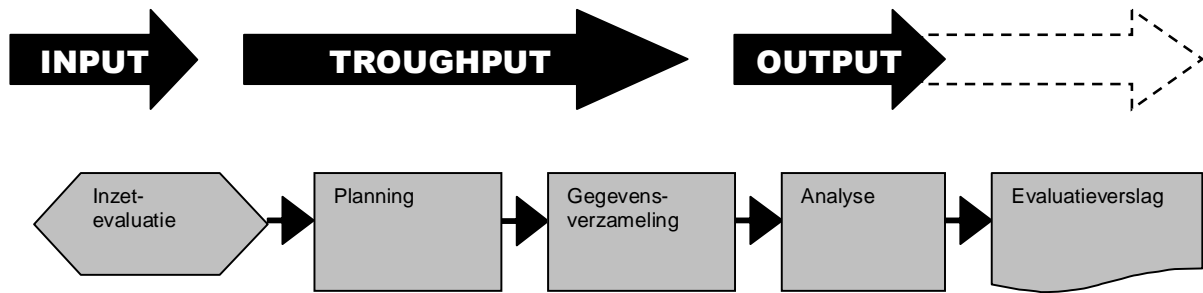
**Figuur 5.10.:** *Procesmodel repressie en Nazorg*

Repressie is de daadwerkelijke bestrijding van onveiligheid en het zorgen voor de daarbij behorende hulpverlening.

Figuur 5.10. laat de processtappen zien volgens welke de daadwerkelijke inzet tijdens een grootschalig incident of ramp wordt gerealiseerd en uitgevoerd.

Het bureau GHOR is voorbereid op een daadwerkelijke inzet door middel van opleidingen, trainingen en oefeningen. De middelen zijn beschikbaar en de functionarissen kunnen worden opgeroepen. Als het tot een daadwerkelijke inzet komt gaan functionarissen, na alarmering door de meldkamer, conform de GRIP-procedure naar de voor hen van toepassing zijnde locatie om hun werkzaamheden te verrichten. Dit kan zijn de plaats van het incident dan wel een andere aangewezen opkomstplek. Heel vaak zal er sprake zijn van gewonden en is registratie daarvan een cruciaal onderdeel van de inzet. Op een zeker moment vindt afschaling plaats conform de vastgelegde procedure. Van elke inzet worden registraties gevoerd door de meldkamer en de betreffende functionaris.

### 5.10.1. Procesmodel inzetevaluatie



**Figuur 5.10.1.:** *Procesmodel inzetevaluatie*

Het evaluatieverslag vormt een belangrijke input voor de verbeteringen van de primaire GHOR processen. De GHOR wil een lerende organisatie zijn die eigen handelen kritisch beschouwt, daar conclusies uit trekt, verbeterpunten formuleert en deze borgt in het kwaliteitsmanagementsysteem. Hiervoor wordt op monodisciplinair niveau geëvalueerd. Maar ook op multidisciplinair niveau zal evaluatie van een inzet moeten worden gedaan om met name de samenwerking en interactie tussen de verschillende hulpverleningsdiensten te bekijken en eventuele verbeteracties te formuleren.

Figuur 5.10.1: Inzetevaluatie laat de processtappen zien volgens welke een operationele inzet wordt geëvalueerd. Bevindingen worden kritisch beschouwd en op basis van beschikbare informatie wordt de inzet geëvalueerd. In intern en extern overleg met alle betrokken functionarissen en andere hulpverleningsdiensten worden verbeterpunten vastgesteld, die input zijn voor het starten van verbetertrajecten. De resultaten van verbeteracties worden vertaald naar hun consequenties voor het kwaliteitsmanagementsysteem en het effect wordt getoetst.

### 5.10.2. Nazorg

Nazorg is het sluitstuk van de veiligheidsketen. Bij nazorg gaat het erom dat wordt teruggekeerd naar de normale situatie. Te denken valt hierbij aan activiteiten op het terrein van zowel medische als psychosociale zorg. Dit voor primaire slachtoffers alsmede ook voor personeel van hulpverleningsdiensten.

#### Producten:

Proces	Deelproces	Product
Crisismanagement	Repressie en nazorg	Crisismanagers

## 6. Ondersteunende processen

### 6.1. Personeel

#### 6.1.1. Personeelsbeleid

Het personeel is het grootste kapitaal van het GHOR bureau, omdat zij de producten en diensten leveren. Bij de werving en selectie van nieuw personeel krijgt de GHOR ondersteuning van de GGD Drenthe. Het personeel komt in dienst van de GGD Drenthe (zie organigram).

Van iedere functie is een functiebeschrijving vastgesteld. In deze functiebeschrijvingen staat omschreven wat de plaats in de organisatie is, wat de hoofdbestanddelen zijn en wat de indicatie is voor kennis en vaardigheden.

Daarnaast beschikt de GHOR over een functieboek voor de parate functies. In dit functieboek zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgelegd. Voor de belangrijkste functies zijn ook competentieprofielen opgesteld.

#### 6.1.2. Nieuwe medewerkers

De GGD Drenthe heeft een algemeen introductieprogramma voor nieuwe medewerkers. Vervolgens maakt het hoofd bureau GHOR of de RGF een inwerkprogramma op maat. Bij dit inwerkprogramma is het belangrijk dat de medewerker een goede introductie krijgt binnen het GHOR bureau en de GGD. Daarnaast is het van belang dat de medewerker een goede introductie krijgt in zijn/haar netwerk. Bij problemen is het hoofd bureau GHOR of de RGF het eerste aanspreekpunt voor de medewerker.

#### 6.1.3. Deskundigheid en deskundigheidsbevordering

Het hoofd bureau GHOR is verantwoordelijk voor de opleiding van de medewerkers. Enerzijds geldt dit voor de functies van het GHOR bureau en anderzijds voor de parate functies. De medewerker OTO houdt een volgsysteem bij voor de parate functies en plant de opleidingen, trainingen en oefeningen voor de medewerkers van het GHOR bureau met een parate functie.

Daarnaast maakt het hoofd bureau GHOR afspraken met de medewerkers over de te volgen opleidingen tijdens het functioneringsgesprek. Het hoofd zorgt ervoor dat er voldoende aandacht wordt besteed aan randvoorwaarden en benodigde middelen. De medewerker evalueert de opleidingen en rapporteert zijn bevindingen in het werkoverleg.

#### 6.1.4. Functioneringsgesprekken

Het hoofd bureau GHOR is er verantwoordelijk voor dat jaarlijks met elke medewerker een functioneringsgesprek wordt gevoerd volgens de procedure functioneringsgesprekken GGD Drenthe. Het welbevinden van de medewerker en de mate waarin hij/zij tevreden is over zijn werksituatie zijn vaste onderdelen van het functioneringsgesprek. Tevens wordt er gesproken over opleidingen. Van het gesprek wordt door het hoofd bureau GHOR een verslag gemaakt. Het verslag wordt ondertekend door de medewerker en het hoofd bureau GHOR.

#### 6.1.6. Bedrijfshulpverlening

Voor de organisatie BHV moet het GHOR bureau een beroep doen op de GGD Drenthe. Het MT (managementteam) van de GGD heeft besloten om de Arbo dienst in te schakelen om een bedrijfshulpverleningsplan te maken.

#### 6.1.7. Milieu en hygiëne

Het bureau GHOR is gehuisvest in het bedrijfsgebouw van de GGD Drenthe. Het beleid omtrent Milieu en Hygiëne wordt door de GGD Drenthe bepaald. Er is geen afzonderlijk beleid op dit gebied van het bureau GHOR Drenthe. Indien zulks in de toekomst nodig mocht blijken, zal de procedure Beleidscyclus (zie 4.2) worden gevolgd.

#### 6.1.8. Arbeidsomstandigheden

Het GHOR Bureau is gehuisvest in het bedrijfsgebouw van de GGD Drenthe. Het beleid omtrent fysieke werkomstandigheden wordt door de GGD Drenthe bepaald. Aldaar ligt de verantwoordelijkheid voor het voldoen aan de wettelijke eisen. Het hoofd bureau GHOR draagt er zorg voor dat wensen op dit gebied worden doorgeleid naar de verantwoordelijke functionarissen bij de GGD Drenthe.

Psychische arbeidsomstandigheden (werkdruk, relatie met collega's e.d.) zijn een punt van aandacht voor het hoofd. Indien het hoofd zelf betrokken is bij een probleem, kan de medewerker het probleem voorleggen aan de RGF (Procedure Klachtenbehandeling GGD)

Een medewerker heeft de mogelijkheid om problemen in het kader van arbeidsomstandigheden kenbaar te maken bij het hoofd. In overleg met de medewerker, de verantwoordelijke functionarissen bij de GGD en zonodig de Arbodienst of andere externe deskundigen wordt naar een oplossing gezocht.

Zowel de fysieke als psychische arbeidsomstandigheden zijn onderwerp van bespreking tijdens de jaarlijkse functioneringsgesprekken.

### **6.1.9. Medezeggenschap**

De medewerkers van het GHOR bureau zijn in dienst van de GGD Drenthe. De medezeggenschap is geregeld conform de richtlijn van de Wet op de Ondernemingsraden. De directeur van de GGD (tevens RGF) is de voorzitter van het overleg met de Ondernemingsraad.

**Verwijzing:**      Functiebeschrijvingen  
                     Procedure functioneringsgesprekken GGD Drenthe  
                     Klachtenprocedure (intern/extern) GGD Drenthe  
                     ARBO beleid GGD Drenthe  
                     Risico Inventarisatie & Evaluatie GGD Drenthe  
                     Personeelsbeleid GGD Drenthe

## **6.2. Materieel**

### **6.2.1. Aanschaf**

De GGD Drenthe verzorgt de overhead taken van de GHOR Drenthe. Voor aanschaf van algemene materialen als kantoormeubilair, kantoorinventaris en ICT-apparatuur, gelden de procedures van de GGD Drenthe. Aanschaf geschiedt middels bij de GGD gehanteerde (interne) bestelformulieren, die voor akkoord worden getekend door het hoofd bureau GHOR of diens vervanger. Uitzondering hierop vormt de aanschaf van kantoorartikelen, die binnen het assortiment van de GGD beschikbaar zijn. Bestelling hiervan geschiedt door de ondersteunend medewerker van de GHOR, zonder akkoordverklaring van een budgethouder. Voor de in deze subparagraaf bedoelde artikelen zorgt de GGD Drenthe.

Materialen ter vervanging van materiaal uit de Geneeskundige Combinatie geschiedt middels bestelformulieren bij Van der Putte Medical, met wie het Ministerie van BZK een raamcontract heeft afgesloten. Bestelling geschiedt door de beheerder van de GNK (zie 6.2.5.) onder verantwoordelijkheid van de toezichthouder van de GHOR Friesland. Problemen betreffende bestellingen of leveringen worden door de toezichthouder rechtstreeks met Van der Putte Medical besproken. Indien problemen niet naar tevredenheid van de toezichthouder worden opgelost, wordt dit gemeld aan het Ministerie van BZK met het verzoek dit op te nemen met Van der Putte Medical. Aangezien alternatieven door de levering van deze materialen ontbreken, o.a. vanwege de eisen op grond van het raamcontract, houdt het Bureau GHOR Drenthe geen registratie bij voor een leveranciersbeoordeling.

Aanschaf van overig materiaal ten behoeve van de paraatheid, de operationele inzet of overige taken toebedeeld aan de medewerkers van het GHOR bureau, geschiedt door de verantwoordelijke beleidsmedewerker of een door hem aan te wijzen medewerker. Afhankelijk van het te bestellen materiaal geschiedt aanschaf rechtstreeks door een medewerker van het GHOR bureau of door tussenkomst van een (inkoopverantwoordelijke) medewerker van de GGD.

Naast goederen kunnen ook kennisintensieve diensten worden ingekocht.

Aangezien de GHOR Drenthe nauwelijks materialen aanschaf houdt zij geen registratie bij van de leveranciers. Problemen met leveranciers worden gemeld in het werkoverleg. Deze problemen worden in de notulen van het werkoverleg vastgelegd. Bij de systeembeoordeling worden de notulen van het werkoverleg beoordeeld. Met name wordt gekeken naar het item "Dit kan beter".

### **6.2.2. Beheer en registratie**

Het beheer van kantoormeubilair en ICT-materiaal geschiedt door de GGD Drenthe conform de bij de GGD geldende regels. Door medewerkers van het GHOR bureau geconstateerde manco's worden door hen rechtstreeks gemeld bij de beheersverantwoordelijke medewerkers van de GGD middels de daarvoor bij de GGD bestaande procedures/formulieren.

Het beheer van materiaal en materieel van de Geneeskundige Combinatie geschiedt door de RAV onder toezicht van de toezichthouder uit de GHOR Friesland conform de bepalingen in het Logistiek beleidskader van het Logistiek Centrum Zoetermeer (LCZ), onderdeel van het Ministerie van BZK. Gebruikers van het materieel melden manco's bij de beheerder GNK. Manco's worden hetzij door hemzelf opgelost, dan wel ter oplossing doorgeleid naar de toezichthouder. Alle door de beheerder geconstateerde manco's worden door de beheerder GNK gemeld aan de toezichthouder die hiervan registratie bijhoudt.

Het beheer van overig materiaal ten behoeve van de paraatheid, de operationele inzet of overige taken toebedeeld aan medewerkers van het GHOR bureau, geschiedt door de verantwoordelijke beleidsmedewerker. Herstel van manco's waaraan kosten zijn verbonden behoeven vooraf instemming van het hoofd bureau GHOR of diens vervanger. Deze manco's worden door de medewerker geregistreerd.

### **6.2.3. Alarmeringsmiddelen**

Alle operationele GHOR-functionarissen in de lijn van OvDG, CvDG, HSGHOR en RGF, alsmede de functionarissen van de GNK en de MKA zijn voorzien van alarmeringsapparatuur. De ketenpartners zijn verantwoordelijk voor de alarmering van de door hen benoemde GHOR functionarissen. De ondersteunend medewerker GHOR bureau is verantwoordelijk voor het beheer van de alarmeringsapparatuur. Alle externe medewerkers van de GHOR ondertekenen een gebruiksverklaring van de door de GHOR geleverde apparatuur. In deze verklaring staat dat de functionarissen na beëindiging van hun functie de materialen weer moeten inleveren bij de ondersteunend medewerker van de GHOR.

Wekelijks wordt de alarmeringsapparatuur getest. Manco's worden door de houders van de apparatuur gemeld bij de ondersteunend medewerker van de GHOR. Van de manco's wordt door de ondersteunend medewerker GHOR een registratie bijgehouden.

Om inzicht te houden in de mate van respons bij alarmering worden een aantal malen per jaar proefalarmeringen en opkomstoefeningen gehouden. Van deze proefalarmeringen en opkomstoefeningen wordt een verslag gemaakt. Deze verslagen vormen zonnodig de input voor corrigerende maatregelen, indien de respons beneden

een aanvaardbaar verklaard minimum blijkt te blijven. De verslagen worden tevens gebruikt als input voor de jaarlijkse beoordeling van het kwaliteitssysteem door de RGF.

#### **6.2.4. Transportmiddelen**

De regio Drenthe beschikt over één Geneeskundige Combinatie (GNK). Deze is in bruikleen gegeven door het Ministerie van BZK. De GNK is ondergebracht in de stallingruimte op het Bedrijventerrein Ossenbroeken te Bijlen. Hiervoor is een overeenkomst gesloten met de RAV Drenthe (overeenkomst stalling GNK). Het beheer van de GNK is uitbesteed aan de RAV Drenthe. Het toezicht op het beheer is uitbesteed aan de GHOR Friesland. Het vervoer van de bij de GNK behorende haakambak geschiedt door de Brandweer. De toezichthouder van de GHOR Friesland rapporteert zijn bevindingen aan de Bestuurlijk Juridisch Medewerker en heeft elk jaar een gesprek met het hoofd bureau GHOR Drenthe.

Het GHOR bureau beschikt nog over een verbindingscommandowagen, die is gestald bij de RAV Drenthe. De RAV verzorgt het beheer. Voor de stalling en het beheer is geen contract opgesteld, omdat de GHOR verwacht dat de verbindingscommandowagen zal worden afgestoten

#### **6.2.5. Persoonlijke standaarduitrusting (PSU)**

GHOR-medewerkers die op of in de onmiddellijke nabijheid van een rampterrein hun werkzaamheden verrichten beschikken over kledingstukken die hen herkenbaar maken als GHOR-medewerker.

Deze kledingsstukken voldoen aan de door de Sovam geformuleerde eisen. Met inachtneming van deze eisen voldoen de kledingstukken aan de CE norm EN 471 veiligheidsklasse 2 voor werkkleding. Het beheer van de kledingsstukken berust bij de ondersteunend medewerker GHOR. Voor de overige GHOR medewerkers wordt geen kleding beschikbaar gesteld.

Alle GHOR-medewerkers van het bureau GHOR beschikken over een elektronische agenda (Compaq) en over een mobiele telefoon. Het beheer berust bij de GGD Drenthe.

Alle operationele GHOR-medewerkers beschikken over een door de RGF afgegeven legitimatiebewijs. Het beheer van deze legitimatiebewijzen berust bij de ondersteunend medewerker GHOR en is vastgesteld in de "Regeling uitgifte legitimatiebewijs GHOR/GGD Drenthe".

De RGF en het HSGHOR kunnen over een criskoffer en een laptop beschikken. In het GGD gebouw is een aparte kast ingericht met alle gemeentelijke rampenplannen, rampenbestrijdingsplannen en handboeken. Deze kunnen op verzoek naar de RGF en/of het HSGHOR naar een bepaalde locatie worden gebracht. De ondersteunend medewerker GHOR is verantwoordelijk voor het beheer van de laptops en de 'rampenkast'.

#### **6.2.6. Actiecentrum GGD/GHOR**

De GHOR beschikt nog niet over een volledig uitgerust Actiecentrum GGD/GHOR. De GGD Drenthe is verantwoordelijk voor de inrichting en het beheer van het Actiecentrum GGD/GHOR. De GHOR is wel in staat om een eigen actiecentrum in te richten en te bemensen.

Op de locatie van de ROT ruimte kan de GHOR beschikken over een vergaderkamer met een telefoon en een PC met een aansluiting op het internet. De politie Drenthe is verantwoordelijk voor de inrichting en het beheer van deze ruimte. Ook is er een aansluiting op het noodnet.

#### **6.2.7. Verbindingen**

Het beheer van de portofoons en de mobilofoons in de GNK is uitbesteed aan de RAV Drenthe (contract beheer GNK). De directeur van de CPA (directeur RAV Drenthe) is verantwoordelijk voor de exploitatie van de CPA (MKA), waarbij de RAV zich verplicht mee te werken aan een goede voorbereiding op en uitvoering van de rampenbestrijdingstaak van de Drentse gemeenten (overeenkomst met betrekking tot het uitbesteden van de exploitatie van de CPA Drenthe aan de RAV Drenthe, 1997). De directeur CPA adviseert het GHOR bestuur.

De GHOR heeft de beschikking over een eigen verbindingscommandowagen. Door de komst van C2000 kan deze wagen worden afgestoten. Afspraken over de bemensing van de verbindingscommandowagen zijn opgenomen in het convenant met de RAV inzake de functie CGV (coördinator gewonden vervoer).

#### **6.2.8. Beheersing van bewaking- en meetapparatuur**

Binnen het GHOR bureau is geen bewaking- en meetapparatuur aanwezig. Dit is wel het geval in voertuigen en de haakambak van de GNK. Het betreft Dataloggers voor temperatuur- en luchtvochtigheidbewaking van geneesmiddelen. De geneesmiddelen die in de GNK-containers aanwezig zijn moeten bewaard worden tussen een minimale en een maximale bewaartemperatuur en onder bepaalde waarden voor de luchtvochtigheid. Bij over- of onderschrijding van deze temperaturen of luchtvochtigheidwaarden wordt de houdbaarheidstermijn van de geneesmiddelen nadelig beïnvloed. Uitlezen en dagelijks beheer van deze dataloggers geschiedt conform de voorschriften van het LCZ door de beheerder GNK onder verantwoordelijkheid van de toezichthoudend beheerder. Ten behoeve van het uitlezen van dataloggers en het doorzenden van de meetresultaten naar het LCZ wordt aan de beheerder de benodigde apparatuur ter beschikking gesteld. De periodieke uitdraaien van de meetresultaten worden door de beheerder GNK toegezonden aan de ondersteunend medewerker. De meetresultaten worden opgeslagen in

een map. De toezichhoudend beheerder meldt storingen van de apparatuur aan de ondersteunend medewerker. Deze is verantwoordelijk voor de afhandeling en registratie van de storing.

#### **6.2.9. Uitbesteding aan derden**

Indien het bureau GHOR Drenthe derden inhuurt voor het uitvoeren van werkzaamheden worden de afspraken met deze personen of organisaties schriftelijk vastgelegd (contracten). Hierin worden afspraken over verantwoording en evaluatie meegenomen.

Als derden bij de uitvoering van hun werkzaamheden voor het GHOR bureau in contact kunnen komen met vertrouwelijke gegevens wordt door de personen die de werkzaamheden verrichten een geheimhoudingsverklaring getekend. Hiervoor is een model beschikbaar (verklaring geheimhouding).

#### **6.2.10. Participatie in activiteiten derden.**

Indien medewerkers van het GHOR bureau als zodanig worden ingezet voor het uitvoeren van werkzaamheden voor of deelname aan activiteiten van derden worden de afspraken met deze derden schriftelijk vastgelegd.

#### **Verwijzing:**

- Inkoopprocedure GGD Drenthe
- Contract beheer GNK
- Gebruikersverklaring
- Periodiek overzicht meetresultaten GNK
- Verslagen proefalarming/ opkomstoefeningen
- Overeenkomst stalling GNK
- PSU GHOR functionarissen
- Regeling uitgifte legitimatiebewijs GGD/GHOR Drenthe
- Notitie actiecentrum GGD/GHOR Drenthe
- Verklaring geheimhouding

## **6.3. Meten en monitoren**

### **6.3.1. Meten en analyseren**

Iedere organisatie heeft adequate informatie nodig waarvan het management gebruik kan maken bij het verwezenlijken van de gestelde doelen, het nemen van de juiste beslissingen en het aangeven van verbeteringen voor de toekomst. Voor het verkrijgen van de juiste informatie wordt gebruik gemaakt van:

- Tekortkomingenregistratie(s) (bijvoorbeeld klachten, FONA etc.)
- Interne audits
- Externe audits
- Klanttevredenheidmeting
- Meting tevredenheid personeel
- Standaardevaluaties
- Gegevens van dataloggers

### **6.3.2. Afwijkingen**

Indien de in artikel 6.3.1 genoemde metingen afwijkingen te zien geven zal in eerste instantie getracht worden de afwijking te herstellen middels corrigerende maatregelen. Daarvan vindt registratie plaats. Structurele tekortkomingen leiden tot aanpassing van het proces, de procedure of werkinstructie.

(Procedure corrigerende en preventieve maatregelen)

Het hoofd bureau GHOR is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de dienstverlening aan de klanten. Op het moment dat er tijdens het werkproces afwijkingen worden geconstateerd bepaalt het hoofd onder welke voorwaarden dienstverlening kan geschieden. Indien er wordt afgeweken van de klanteisen vindt daarover communicatie met de klant plaats.

### **6.3.3. Registraties**

Meldingen van tekortkomingen worden door de beheerders verzameld en geregistreerd. Zonodig worden tekortkomingen op het werkoverleg geagendeerd en besproken. Het hoofd bureau GHOR is ervoor verantwoordelijk dat de afhandeling van tekortkomingen tijdig plaatsvindt. Zonodig wordt de verantwoordelijke medewerker door het hoofd hierop aangesproken. In de systeembeoordeling door de RGF wordt een overzicht opgenomen van de meldingen en de ondernomen acties. Indien corrigerende maatregelen moeten leiden tot aanpassing van het kwaliteitsmanagementsysteem legt de kwaliteitsfunctionaris daartoe voorstellen voor conform de procedure corrigerende en preventieve maatregelen.

### **6.3.4. Corrigerende maatregelen**

Er is een procedure corrigerende maatregelen. Deze procedure is van toepassing op fouten, ongevallen, bijna ongevallen en klachten van gemeenten, hulpverleningsdiensten en ketenpartners.

### **6.3.5. Preventieve maatregelen**

Preventieve maatregelen zijn maatregelen die worden getroffen om te voorkomen dat zich tekortkomingen voordoen. Met als uitgangspunt niet een manco maar een verbetervoorstel is de procedure gelijk aan de procedure corrigerende maatregelen.

**Verwijzing:** Klachtenprocedure  
Audit verslagen  
Evaluaties  
Procedure corrigerende en preventieve maatregelen

## 7. Bijlagen

### 7.1. Kwaliteitsbepalingen, wet- en regelgeving

In dit kwaliteitshandboek wordt verwezen naar procedures. Deze procedures zijn opgenomen in het documentbeheersysteem Document Manager. Ook zijn deze procedures voor medewerkers beschikbaar op het interne netwerk. De opgenomen beschrijvingen moeten passen binnen de van toepassing zijnde kwaliteitsbepalingen en wet- en regelgeving. Wet- en regelgeving is in deze altijd leidend.

#### 7.1.1. Kwaliteitsbepalingen vanuit het perspectief van de brancheorganisaties en de overheid

##### 7.1.1.1. Handboek Voorbereiding Rampenbestrijding

Dit handboek werd in september 2003 uitgebracht in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Het biedt een actueel en samenhangend overzicht van de kennis en praktijk van de voorbereiding op de rampenbestrijding. Het handboek is samengesteld op basis van bestaande documenten. Het handboek is eenmalig in gedrukte vorm verschenen.

##### 7.1.1.2. Leidraad Maatramp

De leidraad Maatramp (september 2000) is een in opdracht van het ministerie van BZK ontwikkelde systematiek voor het in kaart brengen van de omvang en de effecten van de belangrijkste rampen die in een regio kunnen plaatsvinden en de hulpbehoeften waartoe deze rampen kunnen leiden.

##### 7.1.1.3. Leidraad Operationele Prestaties

De Leidraad Operationele Prestaties, uitgebracht door het ministerie van BZK in 2001, biedt een systematiek die direct aansluit op de Leidraad Maatramp. Met behulp van de Leidraad Operationele Prestaties kan de hulpbehoefte die in kaart is gebracht met behulp van de Leidraad Maatramp vertaald worden naar de benodigde hulpverleningscapaciteit en –kwaliteit.

##### 7.1.1.4. Schematische beschrijving van het SMH-proces

Procesbeschrijvingen van de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH), uitgebracht door de ministeries van BZK en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in juli 1998 in het kader van het project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen.

##### 7.1.1.5. Productenboek GHOR

Het Productenboek GHOR is ontwikkeld in opdracht van de Raad van RGF'en.

Het bevat omschrijvingen van alle producten binnen de GHOR. Per product zijn onder andere het doel van het product, de juridische grondslag en de kwaliteitsnormen die voor het product gehanteerd worden beschreven.

##### 7.1.1.6. Basisleerstof GHOR

De Basisleerstof GHOR is uitgegeven door het ministerie van BZK in oktober 2002.

Het bevat de leerstof van de basiscursus GHOR, die iedere GHOR-functionaris gevolgd moet hebben

##### 7.1.1.7. Nota Verantwoordelijkheidsverdeling GHOR-functies

In deze notitie, die eind 2003 is vastgesteld door de Raad van RGF'en, is de verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van de GHOR-functies uiteengezet.

#### 7.1.2. Kwaliteitsbepalingen vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt

##### 7.1.2.1. Algemene kwaliteitscriteria van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)

De algemene kwaliteitscriteria van de NPCF uit 1995 zijn van toepassing op alle zorgvoorzieningen en hebben onder andere betrekking op vakbekwaamheid, informatie, bejegening en organisatorische aspecten (zie bijlage 5).

#### 7.1.3. Kwaliteitsbepalingen vanuit het perspectief van de financierder

##### 7.1.3.1. Gemeentelijke en Rijksfinanciering

De voorbereiding op de rampenbestrijding wordt gefinancierd door de gemeenten. Daarnaast is er aanvullende financiering vanuit het Rijk. Op grond van het Interim Besluit doeluitkering rampenbestrijding (Interim-Bdur)

worden bijdragen verstrekt aan brandweerregio's en GHOR regio's. De Wet gemeenschappelijke regelingen geeft regels inzake de begroting en jaarrekening van gemeenschappelijke organen (zoals de GHOR regio).

#### **7.1.4. Wettelijke bepalingen en documenten van overheidswege**

##### **7.1.4.1. Wettelijke bepalingen inzake de rampenbestrijding: bestuurlijke organisatie**

###### **7.1.4.1.1. Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding (WKR)**

Deze wet is in werking getreden op 1 juli 2004 en bevat bepalingen die de kwaliteit van de rampenbestrijding bevorderen. De wet wijzigt de Brandweerwet, de Wet rampen en zware ongevallen, de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen en de Wet ambulancevervoer. Na invoering vervalt daarmee de wet als op zichzelf staand.

###### **7.1.4.1.2. Wet rampen en zware ongevallen (WRZO)**

De WRZO (1985) bevat het wettelijk kader voor de rampenbestrijding in Nederland. In de wet worden de taken en verantwoordelijkheden van de onderscheiden bestuurslagen ( rijk, provincie en gemeente) uiteengezet bij de voorbereiding op en de bestrijding van een ramp of een zwaar ongeval. De primaire verantwoordelijkheid voor de rampenbestrijding ligt bij de gemeente. Deze wet is dus gewijzigd middels de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding.

###### **7.1.4.1.3. Waterstaatwet**

De Waterstaatwet (1900) bevat regelingen die betrekking hebben op maatregelen van het waterschapsbestuur bij waterschapskundige calamiteiten. Er dienen regelmatig oefeningen plaats te vinden en het waterschap stelt een eigen rampenplan, het calamiteitenplan, op.

###### **7.1.4.1.4. Internationale verdragen**

In diverse internationale verdragen waarin Nederland participeert zijn bepalingen opgenomen inzake de grensoverschrijdende rampenbestrijding, hulp en bijstand.

##### **7.1.4.2. Wettelijke bepalingen inzake de rampenbestrijding: operationele organisatie**

###### **7.1.4.2.1. Brandweerwet**

De brandweer vormt de zogenaamde 'rode kolom' binnen de operationele rampenbestrijding. De organisatie en taken van de brandweer zijn vastgelegd in de Brandweerwet uit 1985. De brandweer heeft een spilfunctie bij de operationele voorbereiding en de daadwerkelijke bestrijding van zware ongevallen en rampen. Deze wet is dus ook gewijzigd middels de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding.

###### **7.1.4.2.2. Politiewet**

De politie is de 'blauwe kolom' binnen de rampenbestrijding. De Politiewet (1993) legt de taken, organisatie en het beheer van de politie vast en bepaalt het gezag waaraan de politie bij het uitoefenen van haar taken ondergeschikt is.

###### **7.1.4.2.3. Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (WGHR)**

De WGHR is in werking getreden op 24 januari 1992 en regelt de organisatie en uitvoering van de geneeskundige hulpverlening (de 'witte kolom') bij grootschalige rampen en ongevallen en de voorbereiding daarop. In 2004 is de wet aangepast via de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding en gewijzigd in Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

###### **7.1.4.2.4. Erkenningbesluit geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen**

Deze Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) uit 1993 is een nadere uitwerking van art. 12 van de WGHR, en bevat bepalingen inzake de samenstelling, de taken, de geoefendheid en de opleiding ten behoeve van geneeskundige eenheden.

###### **7.1.4.2.5. Wet ambulancevervoer (WAV)**

De WAV is op 28 februari 1973 in werking getreden. De WAV regelt de toegeleiding tot het ambulancevervoer (via CPA), de capaciteit en beschikbaarheid van de ambulancezorg en de vergunningen (via provinciale spreidingsplannen). In het parlement wordt momenteel het nieuwe wetsvoorstel Ambulancezorg behandeld.

###### **7.1.4.2.6. Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV)**

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de collectieve preventie: het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. De collectieve preventie is geregeld in de WCPV (1990).

### **7.1.4.3. Kwaliteitswetgeving en overige van toepassing zijnde wetgeving**

#### **7.1.4.3.1. Kwaliteitswet zorginstellingen**

De kwaliteitswet zorginstellingen (1996) verplicht instellingen in de gezondheidszorg verantwoorde zorg te leveren en de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren.

#### **7.1.4.3.2. Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)**

De Wet BIG is op 1 december 1997 in werking getreden. De wet heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren.

#### **7.1.4.3.3. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)**

De WGBO is sinds 1 april 1995 van kracht. De wet legt de rechten en plichten vast van patiënt en hulpverlener die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, het toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy.

#### **7.1.4.3.4. Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)**

De WBP is op 1 september 2001 in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet persoonsregistraties (WPR). De WBP geeft aan wat de rechten zijn van iemand van wie gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van de instanties of bedrijven die gegevens gebruiken. Een aantal bepalingen in de WBP is nader uitgewerkt in besluiten.

#### **7.1.4.3.5. Arbeidsomstandighedenwet (Arbo-wet)**

Deze wet van 1999 geeft bepalingen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden en kent het toepassingsgebied van de werkgever en werknemer. De werkgever dient een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid te voeren.

### **7.1.4.4. Beleidsdocumenten en Circulaires van de Rijksoverheid**

#### **7.1.4.4.1. Nota Met zorg verbonden, juli 1997**

Deze nota van de ministeries van BZK en VWS beschrijft een nieuwe en slagvaardige structuur voor de ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

#### **7.1.4.4.2. Beleidsnota rampenbestrijding 2000-2004, De veiligheidsketen gesmeed, 1999**

Deze beleidsnota van het ministerie van BZK biedt een kader voor de versterking van de afzonderlijke disciplines binnen de rampenbestrijding en de verbetering van de samenwerking tussen de disciplines. In de nota wordt de nadruk gelegd op het vergroten van de aandacht voor pro-actie en preventie, het versterken van de hulpverleningsorganisatie en de realisering van een gecoördineerde aanpak van de rampenbestrijding.

#### **7.1.4.4.3. Brief bij Beleidsnota Rampenbestrijding 2000-2004, 11 juli 2002**

Brief van de ministeries van VWS en BZK aan de Tweede Kamer, waarin de bestuurlijke taken en verantwoordelijkheden van de GHOR en de financiering hiervan nader uiteengezet worden.

#### **7.1.4.4.4. Actieprogramma rampenbeheersing en brandweer 2002-2006, Bewust veiliger, oktober 2002**

Dit actieprogramma geeft een overzicht van reeds lopende acties en brengt deze in samenhang. Daarnaast wordt een beperkt aantal nieuwe initiatieven gepresenteerd.

#### **7.1.4.4.5. Circulaires van het ministerie van BZK**

Het ministerie van BZK brengt regelmatig circulaire uit waarin een toelichting wordt gegeven op wet- en regelgeving, bepaald onderdelen van de rampenbestrijding of uitgebrachte instrumenten zoals de Leidraad Maatramp en Leidraad Operationele Prestaties.

## 7.2 Begrippen en definities

Begrippen en definities	
Advies	Een raadgeving zonder beslissingsbevoegdheid. Een advies kan betrekking hebben op het oplossen van een probleem of beschrijft een weg om een doel te bereiken.
Contract	Een schriftelijk vastgelegde overeenkomst
Documenten	Procedures, instructies, registratieformulieren en overige vastleggingen die deel uitmaken van het kwaliteitssysteem
Kwaliteit	Het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften
Kwaliteitsaudit	Een systematisch en onafhankelijk onderzoek om te bepalen of de kwaliteitsactiviteiten en de resultaten hiervan overeenkomen met de vastgelegde regelingen en of deze laatste doeltreffend ten uitvoer zijn gebracht, alsmede geschikt zijn voor het bereiken van de doelstellingen.
Kwaliteitsbeleid	De doelstellingen van een bedrijfsorganisatie ten aanzien van kwaliteit alsmede de wegen en middelen die leiden tot de verwezenlijking van deze doelstellingen, zoals deze formeel tot uitdrukking komen in een verklaring van de directie.
Kwaliteitszorg	Dat aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt.
Kwaliteitssysteem	De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.
Kwaliteitsborging	Het geheel van alle geplande en systematische acties nodig om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.
Opleiding	Een opleiding geeft de theoretische onderbouwing van de deelprocessen van de GHOR die passen bij daarvoor beschreven functies
Procedure	Op schrift gestelde weergave van afspraken tussen medewerkers van verschillende afdelingen betreffende routinematige handelingen.
Protocol	Een voorschrift, waarin gedetailleerd en bindend activiteiten worden weergegeven die direct op de patiënt zijn gericht. Een protocol heeft een juridische en/of medische grondslag. Een protocol is door de patiënt opvraagbaar.
Specificaties	Het document dat de eisen voorschrijft waaraan het product of de dienst moet voldoen.
Training	Een training leert de (volgorde van) handelingen die passen bij de door de GHOR beschreven functies
24 uur inzetbaarheid	24 uur inzetbaarheid houdt in dat mensen en materialen binnen afgesproken tijdséénheden moeten kunnen functioneren op de daarvoor afgesproken locatie

### 7.3 Afkortingen

<b>Afkortingen</b>	
Ambu team	Ambulanceteam
ARBO	Arbidsomstandigheden
BHV	Bedrijfs Hulp Verlening
BZK	Binnenlands Zaken en Koninkrijksrelaties
CGV	Coördinator Gewonden Vervoer
CoPI	Commando Plaats Incident
FONA	Fouten, Ongevallen, Near Accidents
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK	Geneeskundige Combinatie
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HvD	Hulpverleningsdienst
HSGHOR	Hoofd Sectie GHOR
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
MR	Management Review
OTO	Opleiden, Trainen en Oefenen
OvdG	Officier van Dienst Geneeskundig
O&O	Opleiden en Oefenen
P&O	Personeel en Organisatie
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PSU	Persoonlijke Standaard Uitrusting
RAP	Regionaal Ambulance Plan
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
RGP	Regionaal Geneeskundig Platvorm
ROC	Regionale Opleidings Coördinator
ROP	Regionaal Opleidings Plan
ROT	Regionaal Operationeel Team
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
WGHOR	Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

## 7.4. Overzicht overlegstructuren GHOR Drenthe

Soort overleg	Frequentie	Doel	Deelnemers
<i>Algemeen:</i>			
Werkoverleg	1 x week	Afstemming, voortgangsbewaking en planning nieuwe activiteiten op operationeel niveau	Hoofd en medewerkers GHOR bureau
Heidagen	4 x jaar	Input voor jaarplan	Hoofd en medewerkers GHOR bureau
Overleg met RGF	1 x 2 weken	Afstemming, voortgangsbewaking en planning nieuwe activiteiten op tactisch/strategisch niveau	RGF, Hoofd bureau GHOR, bestuurlijk juridisch medewerker
Managementteam GGD	1 x 2 weken	Beleidsbepaling, lange termijn planning, kwaliteitsbewaking en het daarin meenemen van externe ontwikkelingen	Directeur GGD en sectorhoofden
Overleg voorzitter GHOR	1 x maand	Afstemming, voortgangsbewaking en planning nieuwe activiteiten op strategisch niveau	Voorzitter GHOR, RGF
Overleg GAGS	4 x jaar	Afstemming, voortgangsbewaking en planning nieuwe activiteiten op operationeel niveau	Hoofd bureau GHOR en GAGS
Overleg Kwaliteit	4 x jaar	Afstemming, voortgangsbewaking en planning nieuwe activiteiten op operationeel niveau	Hoofd bureau GHOR en kwaliteitsmedewerker
Sociaal Medisch Team	Op indicatie	Bespreking (langdurig) zieken en zo nodig beleidsbepaling	P&O functionaris, bedrijfsarts, hoofd bureau GHOR
Management review	Min. 1 x jaar	Beoordeling van het kwaliteits-systeem door vaststellen effectiviteit, bepalen nodige aanpassingen, vaststellen nieuwe meetbare en concrete kwaliteitsdoelen	RGF, hoofd bureau GHOR, medewerker kwaliteit
AB GHOR	4 x jaar	kwartaaloverleg	Bestuur, RGF en hoofd bureau GHOR
Hulpverleningsdiensten (Coördinatiegroep)	8 x jaar	Adviseren van het bestuur van de regionale brandweer over het RBR. Vaststellen en bewaken jaarplan RBR	Hulpverleningsdiensten, waterschappen, RMC Noord provincie
Raad RGF	4 x jaar	Afstemming landelijke ontwikkelingen op strategisch/tactisch niveau	Alle RGF'en
Platvorm OTO	3 x jaar	Afstemmen en informeren over landelijke ontwikkelingen op tactisch niveau	Beleidsmedewerkers OTO GHOR-regio's
Beraad van Burgemeesters	2 x jaar	Afstemming landelijke ontwikkelingen op strategisch niveau	Alle voorzitters en alle RGF'en
Noord Nederlands Overleg RGF	4 x jaar	Afstemming, voortgang en planning nieuwe activiteiten Noord Nederland op tactisch niveau	Hoofden GHOR bureau, RGF'en Noord Nederland
Bestuurlijk overleg GHOR Noord Nederland	1 x jaar	Afstemming, voortgang en planning nieuwe activiteiten Noord Nederland op strategisch niveau	Hoofden GHOR bureau, RGF'en, voorzitters AB GHOR Noord Nederland
Overleg Binnenlandse Zaken	4 x jaar	Informeren en uitwisselen landelijke en regionale ontwikkelingen	Hoofd GHOR bureau, aandachtsfunctionaris BZK
Onafhankelijke Klachtencommissie	indicatie	Bespreken/analyseren van klachten en zoeken naar oplossingen/verbeterpunten	Leden klachtencommissie

Soort overleg	Frequentie	Doel	Deelnemers
<i>Dokterstafel</i>			
RAV (OvDG-overleg)	6 x jaar	Kennisontwikkeling door bespreking nieuwe ontwikkelingen, inzetten en resultaten evaluaties	OvDG, HSGHOR, ass. HSGHOR, olv geneeskundig beleidsmedewerker
Hoofd RAV	4 x jaar	Afstemming, voortgang en planning nieuwe activiteiten op tactisch niveau	Bestuurlijk juridisch medewerker GHOR, manager bedrijfsvoering RAV
Dir. RAV	2 x jaar	Situationeel overleg	Directie RAV, RGF
OTO RAV	4 x jaar	Afstemming jaarplan O&O op operationeel niveau	Beleidsmedewerker OTO, opleidingsfunctionaris RAV
Hoofd MKA	4 x jaar	Afstemming, voortgang en planning nieuwe activiteiten op tactisch/operationeel niveau	Hoofd MKA, geneeskundig beleidsmedewerker, beleidsmedewerker OTO
NRK	6 x jaar	Afstemming jaarplan op operationeel niveau	coördinator NRK , bestuurlijk juridisch medewerker GHOR, beleidsmedewerker OTO
GGz overleg	4 x jaar	Afstemming jaarplan op tactisch/ operationeel niveau	GHOR, GGz, BSH en MW, olv gen. beleidsmedewerker
Traumacentrum Zwolle	2 x jaar	Afstemming jaarplan op tactisch niveau	Hoofd traumacentrum, Hoofd bureau GHOR
ROAZ	3 x jaar	Afstemming acute zorg	RGF, Ketenpartners, Achmea, RPCP Drenthe, verloskundigenkring Assen
Ketenpartners (RGP)	2 x jaar	Adviseren van het GHOR bestuur, vaststellen jaarplan en jaarverslag RGP	De Drentse ziekenhuizen, thuiszorg, NRK, GGz, CHD, DHV en RAV, RGF, gen. beleidsmedewerker
MOD Drenthe	8 x jaar	Afstemming voortgang en planning multidisciplinair opleiden en oefenen op operationeel en tactisch niveau	Beleidsmedewerkers OTO, opleiders brandweer, politie, gemeente, RMC Noord
OTO Brandweer	4 x jaar	Afstemming voortgang en planning oefeningen en operationeel niveau	Beleidsmedewerkers OTO, opleiders brandweer
Ambtgroep AOV	Op indicatie	Afstemmen en informeren over externe ontwikkelingen	Ambtenaren AOV, bestuurlijk juridisch medewerker GHOR
<i>Jaarlijkse evenementen</i>			
Stuurgroep TT-circuit	Op indicatie	Afstemming, voortgang en planning activiteiten op tactisch niveau	Hoofd bureau GHOR, gemeente Assen, brandweer Assen, SGBO politie, directie TT circuit
Zuidlaarder markt	Op indicatie	Afstemming, voortgang en planning activiteiten op tactisch niveau	Gemeente Tynaarlo, brandweer, reg. Politie, GGD Drenthe, med. proactie/preventie (vacature)
Wergroep evenementen	Op indicatie	Operationeel toetsen van geneeskundige aspecten	Afhankelijk van evenement, med. proactie/preventie (vacature)

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.