

# **Zelfevaluatie van de voorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening**

**Op weg naar een benchmark**

Drs. K.F.J. Spijkers  
Dr. J.E. van den Bosch  
Dr. C.J. IJzermans

Augustus 2006



ISBN 90-6905-796-4

<http://www.nivel.nl>  
nivel@nivel.nl  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding van het onderzoek	7
1.2 Doel van het onderzoek	7
1.3 Opbouw van het rapport	8
1.4 Leeswijzer	8
<b>2 Een paraatheidsmeting bij zorgverleners</b>	<b>9</b>
2.1 Eerder uitgevoerde paraatheidsmetingen	9
2.2 Methoden	10
2.3 Respons	11
2.4 Resultaten	11
2.5 Mogelijke kwaliteitsverbeteringen	14
2.6 Conclusies en discussie	15
<b>3 Ontwikkelingstraject basisset indicatoren</b>	<b>17</b>
3.1 Inventarisatie van literatuur	18
3.2 Focusgroepen	18
3.3 Expert meeting	18
3.4 Invitational conference VWS	18
3.5 Opstellen van een concept basisset indicatoren	19
3.6 Task force: van een concept basisset naar een voorlopige basisset indicatoren	19
3.7 Evaluatie basisset indicatoren door koepelorganisaties	19
3.8 Procesevaluatie gebruik zelfevaluatie-instrument	20
<b>4 Zelfevaluatie-instrumenten</b>	<b>21</b>
<b>5 Nabeschuiving</b>	<b>47</b>
5.1 Bijdrage van de basisset indicatoren	47
5.2 Beperkingen van de basisset indicatoren	47
5.3 Vervolgtraject	48
Literatuur	51
Bijlage 1: Afkortingenlijst & Begrippenlijst	53
Bijlage 2: Resultaten paraatheidsmeting	59
Bijlage 3: Bronnen basisset indicatoren	61
Bijlage 4: Instellingen vertegenwoordigd tijdens expert meeting	63
Bijlage 5: Samenstelling task force	65
Bijlage 6: Matrix	67
Bijlage 7: Koepelorganisaties	69



## Voorwoord

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in juli 2005 gestart met de voorbereidingen van een benchmark Spoedeisende Medische Zorgverlening in opgeschaalde situaties. Dit project wordt uitgevoerd in het kader van het beleid van het ministerie van VWS om de kwaliteit van de voorbereidingen op spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige ongevallen en rampen te verbeteren.

In dit rapport bieden wij een set indicatoren aan die betrekking heeft op de zorginstellingen van de GHOR-keten (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) die een belangrijke taak hebben in de acute fase van een ramp of crisis (de 'repressie' fase) te weten: de ziekenhuizen en de traumacentra, de Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA's) en de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's). De indicatoren zijn in eerste instantie bedoeld als zelfevaluatie-instrument waarmee instellingen zichzelf een spiegel voor kunnen houden. Op termijn kunnen deze indicatoren worden omgewerkt tot prestatie-indicatoren die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van de preparatie te toetsen.

De indicatoren zijn tot stand gekomen op basis van literatuurstudie en informatie uit focusgroepbijeenkomsten met ketenpartners in twee proefregio's. De concept basisset indicatoren die hieruit is voortgekomen is in een task force verder uitgewerkt tot een basisset indicatoren, welke ter evaluatie is voorgelegd aan de koepelorganisaties van de betrokken ketenpartners. Het resultaat hiervan, de zelfevaluatie-instrumenten, zijn opgenomen in dit rapport.

De komende periode zal het NIVEL zich samen met de belanghebbende partijen inspannen om de basisset indicatoren verder te ontwikkelen en een brede implementatie van de zelfevaluatie-instrumenten te bevorderen. Het instrument zal in de periode augustus t/m december 2006 worden uitgezet bij de ketenpartners in twee traumaregio's. Onze hoop en verwachting is dat de zelfevaluatie-instrumenten aanvang 2007 operationeel zullen zijn.

Tenslotte willen wij onze dank betuigen aan de deelnemende proefregio's, de leden van de task force, en aan allen die een bijdrage hebben geleverd aan het in dit rapport beschreven onderzoek.

Dr. C.J. IJzermans,  
programmaleider NIVEL

Augustus 2006



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding van het onderzoek

De afgelopen jaren is de maatschappelijke en politieke belangstelling voor de opvang en behandeling van slachtoffers bij grootschalige ongevallen en rampen in de gezondheidszorg toegenomen. Enerzijds komt dit doordat zich in eigen land enkele rampen voordeden zoals de Bijlmerramp, de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam. Anderzijds spelen ook de dreiging van aanslagen zoals die in Madrid en Londen hebben plaatsgevonden en de dreiging van een pandemie hierin een rol. Zowel het openbaar bestuur als de betrokkenen in de gezondheidszorg zijn zich in toenemende mate bewust van de noodzaak om zich goed voor te bereiden op de opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening die in dergelijke situaties vereist is. Het is echter nog niet duidelijk aan welke normen deze voorbereidingen (preparatie) dienen te voldoen en wat daarbij de kwaliteitsparameters zijn. Dit was voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aanleiding om het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) de opdracht te geven een benchmark te ontwikkelen voor de spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties.

## 1.2 Doel van het onderzoek

De kwaliteit van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening kan op een hoger niveau worden gebracht door knelpunten te inventariseren en vervolgens hierop gebaseerde verbeterlagen te maken. Dit proces kan worden gestimuleerd door een 'benchmark' op te stellen. Een benchmark is bedoeld om een organisatie te prikkelen om verbeteringen door te voeren op basis van een set indicatoren waarmee de kwaliteit van zorg die een organisatie levert transparant gemaakt wordt. Tevens kunnen de uitkomsten door de diverse zorgverleners onderling vergeleken worden, waardoor de kwaliteit en doeltreffendheid van de zorg inzichtelijk wordt (Rodgers et al., 2003). Zorginstellingen kunnen achtereenvolgens doelgericht op zoek gaan naar mogelijkheden tot verbetering en verandering (DESAN, 2005).

Indicatoren geven inzicht in het proces van zorgverlening en kunnen voor verschillende doeleinden worden gebruikt. Enerzijds kan een toezichhoudende instantie zoals de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de indicatoren gebruiken om het preparatieniveau van de zorgverleners binnen de GHOR-keten (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en rampen) in beeld te brengen en onderling te vergelijken (externe indicatoren). Anderzijds kunnen indicatoren worden gebruikt als zelfevaluatie-instrument (interne indicatoren), waarmee een organisatie een 'nulmeting' kan uitvoeren om de kwaliteit van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening binnen de eigen organisatie in kaart te brengen en de noodzaak tot inspanningen op dit gebied duidelijk te maken. De resultaten van de zelfevaluatie kunnen vervolgens dienen als 'kompas' voor leidinggevenden om de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening inhoud te geven. Het zelfevaluatie-instrument kan daarbij worden ingezet als monitorinstrument waarmee na verloop van tijd het effect van kwaliteitsverbeteringsinitiatieven in de organisatie kan worden gemeten.

De in dit rapport gepresenteerde indicatoren zijn in eerste instantie ontwikkeld als interne indicatoren voor een zelfevaluatie-instrument. De indicatoren geven een indicatie in hoeverre een organisatie voorbereid is op een ramp. In de toekomst kunnen deze indicatoren worden omgewerkt tot externe prestatie-indicatoren. Voor deze fasering is gekozen om het veld meer tijd te geven om naar het gebruik van prestatie-indicatoren toe te groeien.

Het uiteindelijke doel is een door de branche gedragen benchmark instrument dat uitgerold kan worden over de 25 GHOR-regio's, c.q. 10 traumaregio's, en dat op termijn eventueel ook kan dienen als basis voor een systeem van certificering.

### **1.3 Opbouw van het rapport**

Ter voorbereiding op het ontwikkelen van indicatoren werd de 'staat van paraatheid' van de zorgverleners van de GHOR-keten in kaart gebracht middels telefonische interviews in twee proefregio's (hoofdstuk 2). Hoofdstuk 3 beschrijft het ontwikkelingstraject van een set indicatoren voor de spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties. Hoofdstuk 4 introduceert de zelfevaluatie-instrumenten voor ziekenhuizen/traumacentra, Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA's) en de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) die op deze indicatoren zijn gebaseerd. Hoofdstuk 5 evalueert tenslotte welke bijdrage deze set indicatoren op korte en langere termijn kan leveren aan de kwaliteit van de voorbereidingen op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening.

### **1.4 Leeswijzer**

Als hulp bij het lezen zijn in dit rapport een afkortingenlijst en een begrippenlijst opgenomen (bijlage 1). In dit rapport worden verschillende termen gebruikt om de set indicatoren aan te duiden. De term 'concept basisset' verwijst naar de eerste, ruwe versie van de set indicatoren. De term 'basisset indicatoren' verwijst naar de laatste, verder uitgewerkte versie van de indicatorenset. Deze basisset wordt in de tekst ook 'zelfevaluatie-instrument' genoemd. Deze basisset bestaat uit 3 deelsets voor de zorgverleners van de GHOR-keten: ziekenhuizen/traumacentra, de SIGMA's en de RAV's.



## 2 Een paraatheidsmeting bij zorgverleners

Ter voorbereiding op het ontwikkelen van indicatoren werd de 'staat van paraatheid' van de zorgverleners binnen de GHOR-keten in twee GHOR-regio's in kaart gebracht. In aanvulling op eerder uitgevoerde studies, waarbij de kwaliteit van de preparatie op bestuurlijk en beleidsmatig niveau werd onderzocht, werden in dit onderzoek de zorgverleners in telefonische interviews zelf bevraagd over de kwaliteit van de voorbereiding op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening.

Dit hoofdstuk start met een kort overzicht van paraatheidsmetingen die in het verleden hebben plaatsgevonden. Vervolgens worden de methoden en repons van de telefonische interviews beschreven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de belangrijkste resultaten van de telefonische interviews.

### 2.1 Eerder uitgevoerde paraatheidsmetingen

De staat van paraatheid van de geneeskundige zorgverlening in Nederland is de afgelopen jaren enkele malen eerder onderwerp geweest van onderzoek. Zo heeft de IGZ in 2004 een onderzoek uitgevoerd waarbij de externe rampenopvangplannen van alle ziekenhuizen in Nederland werden opgevraagd en gescreend. In het eindrapport 'Ziekenhuis paraat voor rampen?' (IGZ, 2004) werd ondermeer geconcludeerd dat de meeste ziekenhuizen weliswaar beschikten over een ZiROP (Ziekenhuis Rampen Opvang Plan) maar dat de frequentie van (intern) oefenen te laag was. Ook bleek uit dit onderzoek dat het opleidingsniveau van de aangestelde verantwoordelijke functionarissen onvoldoende was en dat slechts enkele ziekenhuizen waren voorbereid op de opvang van slachtoffers met nucleaire, biologische en chemische besmetting.

In diezelfde periode verscheen het rapport 'De GHORdiaanse knoop doorgesneden' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg/ Raad voor openbaar bestuur (RVZ/Rob) (RVZ et al., 2004). Dit rapport behandelde de bestuurlijke inbedding van de GHOR in het proces van rampencoördinatie. Er moest vooral meer duidelijkheid komen over de aansturing en coördinatie van de geneeskundige zorgverlening bij ongevallen en rampen. Tevens werd geconcludeerd dat de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen binnen de witte kolom verder uitgekristaliseerd moesten worden. Ook de financiering van de multidisciplinaire voorbereiding op rampen verliep volgens de raden nog niet optimaal.

In 2005 bracht de IGZ het rapport 'Oefenen? Noodzaak!' (IGZ, 2005) uit dat was gebaseerd op een bezoek aan 41 rampoefeningen die plaatsvonden in de periode mei 2002 - december 2004. Dit rapport beschreef in welke mate de GHOR voldeed aan de wettelijke verplichting zich voor te bereiden op haar rol in de rampenbestrijding, in het bijzonder op het onderdeel 'oefenen' en de kwaliteit daarvan. De IGZ concludeerde in dit rapport onder andere dat de meldkamers ambulancezorg te weinig routine opbouwden met multidisciplinaire inzet. Hetzelfde gold voor de ambulancediensten ten opzichte van de grootschalige inzet. Ook werd in dit rapport geconcludeerd dat de evaluatie van oefeningen onvoldoende bijdroeg aan verbeteringen en leerervaringen.

De Octaaf Adviesgroep ontwikkelde in opdracht van het ministerie van VWS een monitor instrument (GHOR-monitor) (Octaaf adviesgroep, 2004). Doel van dit instrument was om inzicht te geven in de mate waarin de verschillende GHOR-regio's waren gevorderd met de implementatie van het geformuleerde beleid voor rampen en ongevallen. Het instrument is vier achtereenvolgende jaren (2001 t/m 2004) ingezet, waarbij de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) van iedere GHOR-regio 102 vragen moest beantwoorden. Hierbij werd de paraatheid binnen een GHOR-regio dus getoetst vanuit het perspectief van de RGF en niet vanuit het perspectief van de instellingen zelf. In aanvulling op de hierboven genoemde onderzoeken, waarbij de kwaliteit van de preparatie op bestuurlijk en beleidsmatig niveau werd onderzocht, werden in onderhavig onderzoek de opvattingen van de zorgverleners zelf in kaart gebracht. Vragen die hierbij centraal stonden waren:

- Hebben de zorgverleners zelf het gevoel voldoende voorbereid te zijn op een eventuele ramp (onderverdeeld naar verschillende ramptypen)?
- Welke onderdelen behoeven volgens de zorgverleners meer oefening?
- Van welke maatregelen verwachten zorgverleners de grootste kwaliteitsverbeteringen?

## 2.2 Methoden

Het kwaliteitsniveau van de preparatie onder zorgverleners werd getoetst met gestructureerde telefonische interviews in twee proefregio's. De selectie van deze proefregio's vond plaats op basis van de resultaten van de eerder genoemde GHOR-monitor (Octaaf adviesgroep, 2004). Gekozen werd voor GHOR-regio's die volgens deze monitor in de periode 2001-2004 een sterke kwaliteitsontwikkeling hadden doorgemaakt. De telefonische interviews werden in oktober 2005 uitgevoerd met meldkamercentralisten en ambulancemedewerkers van de RAV, artsen werkzaam op de afdeling Spoedeisende Hulpverlening (SEH), SEH verpleegkundigen, medisch specialisten (traumatologen, chirurgen, anesthesiologen en intensivisten), functionarissen met een coördinerende taak binnen het ziekenhuis en leden van de SIGMA-teams. Omdat de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverlenersgroepen bij de rampenzorgverlening nogal divers zijn, was het niet mogelijk om te werken met één enkele vragenlijst voor alle zorgverlenersgroepen. Derhalve werd een drietal lijsten opgesteld: één voor de centralisten van de meldkamer RAV, één voor de zorgverleners werkzaam op de rampplek (ambulancepersoneel RAV en SIGMA's) en één vragenlijst voor de zorgverleners werkzaam in de ziekenhuizen/traumacentra. De vragen hadden betrekking op de domeinen: Opleiding & Oefening, Procedures, Resources (personeel en materieel) en Communicatie & Samenwerking. Voordat de vragenlijsten werden afgenomen vond eerst een pilot plaats (N=7) waaraan zorgverleners deelnamen die werkzaam waren in vergelijkbare functies als de uiteindelijke respondentengroep.

## 2.3 Respons

In totaal werden 134 interviews afgenomen. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de respons per zorgverlenersgroep.

Tabel 2.1 Aantal respondenten per zorgverlenersgroep

Zorgverlenersgroep	N
<b>RAV Meldkamer</b>	<b>12</b>
Meldkamer leidinggevenden	2
Meldkamer centralisten	10
<b>RAV Ambulancepersoneel</b>	<b>49</b>
Ambulanceverpleegkundigen	25
Ambulancechauffeurs	24
<b>Ziekenhuis/Traumacentrum</b>	<b>65</b>
Artsen werkzaam op SEH	11
SEH-verpleegkundigen	24
Medisch specialisten	18
Coördinerende functies	12
<b>SIGMA</b>	<b>8</b>
SIGMA-leden	7
SIGMA-leider	1
<b>Totaal</b>	<b>134</b>

## 2.4 Resultaten

### Algemeen

In de telefonische interviews werd aan alle zorgverleners de vraag gesteld of zij zichzelf voldoende voorbereid voelden om zorg te verlenen wanneer er morgen een ramp zou plaatsvinden met meer dan 100 gewonden. Door 59% van de geïnterviewde zorgverleners werd deze vraag met 'ja' beantwoord. Ambulancemedewerkers en leden van het SIGMA-team voelden zich daarbij in verhouding het best voorbereid (samen antwoordde 63% 'ja'). Zorgverleners uit de ziekenhuizen en traumacentra waren daarentegen minder positief, in totaal beantwoordde 52% de vraag met 'ja'.

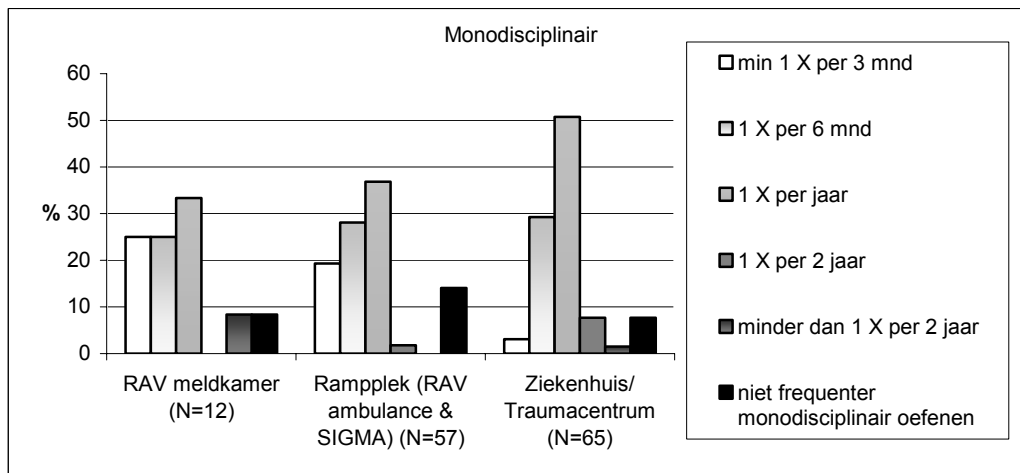
Vervolgens werd dezelfde vraag gesteld voor een aantal specifieke rampscenario's. Zorgverleners voelden zich met name goed voorbereid op een transportongeval (74% antwoordde 'goed') en ontploffing (62% antwoordde 'goed'). Meer twijfels leefden er ten aanzien van een overstroming en een chemische ramp. Van alle respondenten antwoordde 46% 'goed' voorbereid te zijn op een overstroming, en 23% van de zorgverleners gaf aan 'goed' voorbereid te zijn op een chemische ramp. Gevreesd zijn een mogelijke griep epidemie (21% 'goed' voorbereid) en rampen van nucleaire aard (3%). In bijlage 2 zijn per zorgverlenersgroep de resultaten voor de zes ramptypen weergegeven.

### Opleiding & Oefening

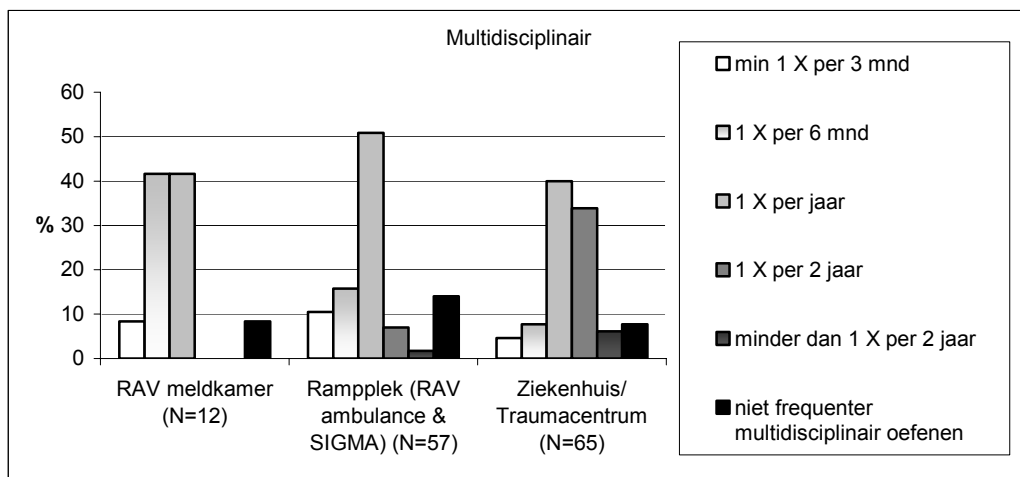
Gericht opleiden en oefenen is van belang om een zekere mate van routine op te bouwen in het verlenen van zorg onder bijzondere, grootschalige omstandigheden. De dagelijkse werkzaamheden bieden hiervoor te weinig mogelijkheden.

Dat meer oefenen zal leiden tot een betere voorbereiding werd door 91% van de respondenten beaamd. Over de optimale oefenfrequentie liepen de meningen uiteen, zowel voor de mono- als voor de multidisciplinaire variant (figuur 2.1 en 2.2). Met monodisciplinaire oefeningen worden oefeningen bedoeld waaraan verschillende geneeskundige zorgverleningsdiensten deelnemen; bijvoorbeeld SEH, ambulancediensten, meldkamers ambulancezorg en SIGMA teams. Bij multidisciplinaire oefeningen zijn naast de geneeskundige zorgverleningsdienst(en) ook politie en/of brandweer betrokken.

Figuur 2.1 Gewenste monodisciplinaire oefenfrequentie



Figuur 2.2 Gewenste multidisciplinaire oefenfrequentie



Aan de hand van bovenstaande resultaten kan geconcludeerd worden dat de meerderheid van de zorgverleners behoefte heeft aan frequent oefenen (minimaal één keer per jaar). Dit geldt zowel voor monodisciplinaire als multidisciplinaire oefeningen.

Op de open vraag welke oefenonderdelen extra aandacht behoeven werd met een zekere mate van overeenstemming geantwoord. De meest genoemde oefenonderdelen zijn weergegeven in schema 2.1.

Schema 2.1 Oefenonderdelen die extra aandacht behoeven

<b>RAV meldkamer</b>	<b>Rampplek (RAV ambulance &amp; SIGMA)</b>	<b>Ziekenhuis/Traumacentrum</b>
<b>Communicatie</b> - met zorgverleners op de rampplek en in ziekenhuizen - praktisch werken met C2000 apparatuur	<b>Communicatie</b> - tussen verschillende disciplines - praktisch werken met C2000 apparatuur	<b>Triage</b> snelheid classificatie slachtoffers naar ernst letsel
<b>Gewondenspreiding</b> coördinatie en planning gewondenvervoer	<b>Triage</b> snelheid classificatie slachtoffers naar ernst letsel	<b>Logistieke organisatie</b> verschil reguliere situatie versus rampsituatie
<b>Taakverdeling</b> eigen verantwoordelijkheden/ verantwoordelijkheden collega's	<b>1<sup>e</sup> ambulance</b> verantwoordelijkheden en leidinggeven	<b>Alarmerings- en opschalingprocedure</b> welke acties ondernemen na binnenkomst rampmelding
<b>Alarmerings- en opschalingprocedure</b> welke acties ondernemen na binnenkomst rampmelding	<b>Taakverdeling</b> welke zorgverleningsdienst is waarvoor verantwoordelijk	<b>Communicatie</b> wijze waarop informatie wordt doorgegeven
<b>Verrassingsoefening</b> oefening moet niet worden aangekondigd	<b>Samenwerking</b> met andere medische disciplines en brandweer en politie	<b>Slachtofferregistratie</b> wijze registreren binnengebrachte slachtoffers

### Procedures

Inmiddels beschikken nagenoeg alle ziekenhuizen in Nederland over een ZiROP; het procesplan dat in werking treedt wanneer buiten het ziekenhuis een ramp plaatsvindt (IGZ, 2004). Van de zorgverleners uit de tien ziekenhuizen die meewerkten aan de telefonische interviews had het overgrote deel het ZiROP van de eigen instelling doorgelezen en beoordeelde de inhoud als 'helder'. Uit de telefonische interviews kwam verder naar voren dat het ZiROP doorgaans digitaal te raadplegen is (met name op intranet). Daarnaast is er vaak een papieren versie van het ZiROP op de afdeling aanwezig. Dit laatste is van belang, omdat men in een crisissituatie eerder geneigd is tot het naslaan van een papieren versie, mits deze goed is opgebouwd. Digitalisering van het ZiROP kan in de preparatie fase wel zeer nuttig zijn voor het beheren en actualiseren van het ZiROP.

### Resources

De resultaten van de telefonische interviews laten zien dat een overgroot deel van de zorgverleners op de rampplek zowel de medische leiding als de andere zorgverleners duidelijk herkenbaar vond. De conclusie van de Inspectie van de Gezondheidszorg in het rapport 'Oefenen! Noodzaak?' (IGZ, 2005) dat de herkenbaarheid van de verschillende SIGMA-teams onvoldoende is, werd in onderhavig onderzoek dan ook niet bevestigd. Hoewel de haakarmbak in de repressiefase een belangrijke rol speelt bij het aanvullen van het geneeskundige materiaal, zegt 39% van de zorgverleners niet volledig bekend te zijn met de inhoud van deze wagen. In het rapport 'Oefenen! Noodzaak?' (IGZ, 2005) wordt dezelfde conclusie getrokken. Het inzetten van de haakarmbak bij oefeningen verdient dan ook aanbeveling.

## Communicatie & Samenwerking

Dat de dagelijkse werkzaamheden onvoldoende mogelijkheden bieden om routine op te bouwen in grootschalige zorgverlening, heeft zijn weerslag op de samenwerking. Een aanzienlijk deel van de zorgverleners (72%) vond dat er onvoldoende wordt geoefend om in rampsituaties optimaal te kunnen samenwerken. Met name de zorgverleners uit de ziekenhuizen en het traumacentrum en de zorgverleners werkzaam op de rampplek (ambulancediensten RAV en SIGMA's) verwachtten dat meer oefening zal leiden tot een betere samenwerking bij grootschalige zorgverlening en dat dit tegelijkertijd een positieve invloed zal hebben op de communicatie.

## 2.5 Mogelijke kwaliteitsverbeteringen

De zorgverleners noemden bij de telefonische interviews verschillende onderdelen die momenteel nog niet zo goed verlopen en verbetering behoeven. Op de open vraag van welke maatregel de grootste kwaliteitsverbetering te verwachten is, werd uitgebreid maar tevens divers geantwoord. Naast meer en specifiekere oefeningen werden communicatie aspecten hierbij frequent genoemd (schema 2.2).

Schema 2.2 Top 5 van mogelijke kwaliteitsverbeteringen

RAV meldkamer	Rampplek (RAV ambulance & SIGMA)	Ziekenhuis/Traumacentrum
<b>Oefenen</b> meer oefenen	<b>Communicatie</b> interne en externe communicatie	<b>Oefenen</b> meer aandacht voor bijzondere rampscenario's (b.v. chemische ramp)
<b>C2000 communicatiesysteem</b> landelijke operationalisering & oefening vaardigheden C2000 gebruik	<b>Oefenen</b> opbouw van kleinschalige naar grootschalige oefeningen	<b>ZiROP</b> duidelijk en overzichtelijk ZiROP
<b>Ambulancebijstandsplan</b> inzichtelijk maken van actuele landelijke ambulancecapaciteit	<b>C2000 communicatiesysteem</b> vaardigheden C2000 gebruik op rampplek	<b>Facilitaire verbeteringen</b> mogelijkheid om grote groep slachtoffers op te vangen, ook bij bijzondere ramptypen zoals NBC rampen
<b>Communicatie</b> door kortere communicatielijnen	<b>Samenwerking met andere disciplines</b> duidelijke taakverdeling	<b>Communicatie</b> interne communicatie
<b>Gewondenspreiding</b> inzichtelijk maken van actuele landelijke vrije bedden capaciteit van ziekenhuizen/traumacentra	<b>Vergroten zorgcapaciteit</b> meer zorgverleners en materieel	<b>Bellijsten</b> actuele bellijsten voor alarmering geneeskundig personeel

## 2.6 Conclusies en discussie

In aanvulling op eerder uitgevoerde onderzoeken, waarbij de kwaliteit van de preparatie op bestuurlijk en beleidsmatig niveau werd onderzocht (IGZ, 2004; Octaaf adviesgroep, 2004; RVZ et al., 2004), werd in dit onderzoek de paraatheidsbeleving van de zorgverleners zelf in kaart gebracht. Hoewel de interviews plaatsvonden in twee van de 25 GHOR-regio's, geven zij een indicatie van de mate waarin de zorgverleners zelf verwachten adequaat te kunnen handelen wanneer er morgen een ramp zou plaatsvinden. De resultaten van deze peiling laten zien dat zorgverleners van oefeningen de grootste kwaliteitsverbetering verwachten en dan met name van oefeningen waarbij 'communicatie' een belangrijk onderdeel vormt. Ook oefeningen gericht op de samenwerking moeten vaker worden ingepland. Daarnaast kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de gemiddelde geneeskundige zorgverlener in Nederland zich voldoende voorbereid voelt wanneer er morgen een ramp zou plaatsvinden, tenminste als dit een type ramp is zoals een transportongeval of een ontploffing. Men voelt zich minder zeker wanneer er sprake zou zijn van een ramp waarbij chemische of nucleaire slachtoffers vallen. Ook een griepepidemie zou voor problemen kunnen zorgen. Paraatheidsmetingen zoals die in dit onderzoek onder zorgverleners hebben plaatsgevonden zouden in de toekomst frequenter en op grotere schaal moeten plaatsvinden. Dergelijke (telefonische) interviews zouden eventueel gekoppeld kunnen worden aan de zelfevaluatie op managementniveau (hoofdstuk 3). Door beide trajecten gelijktijdig uit te voeren, wordt op meerdere niveaus binnen een organisatie de kwaliteit van de preparatie getoetst. De resultaten van beide metingen kunnen vervolgens samen een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van protocollen en beleidsvisies.

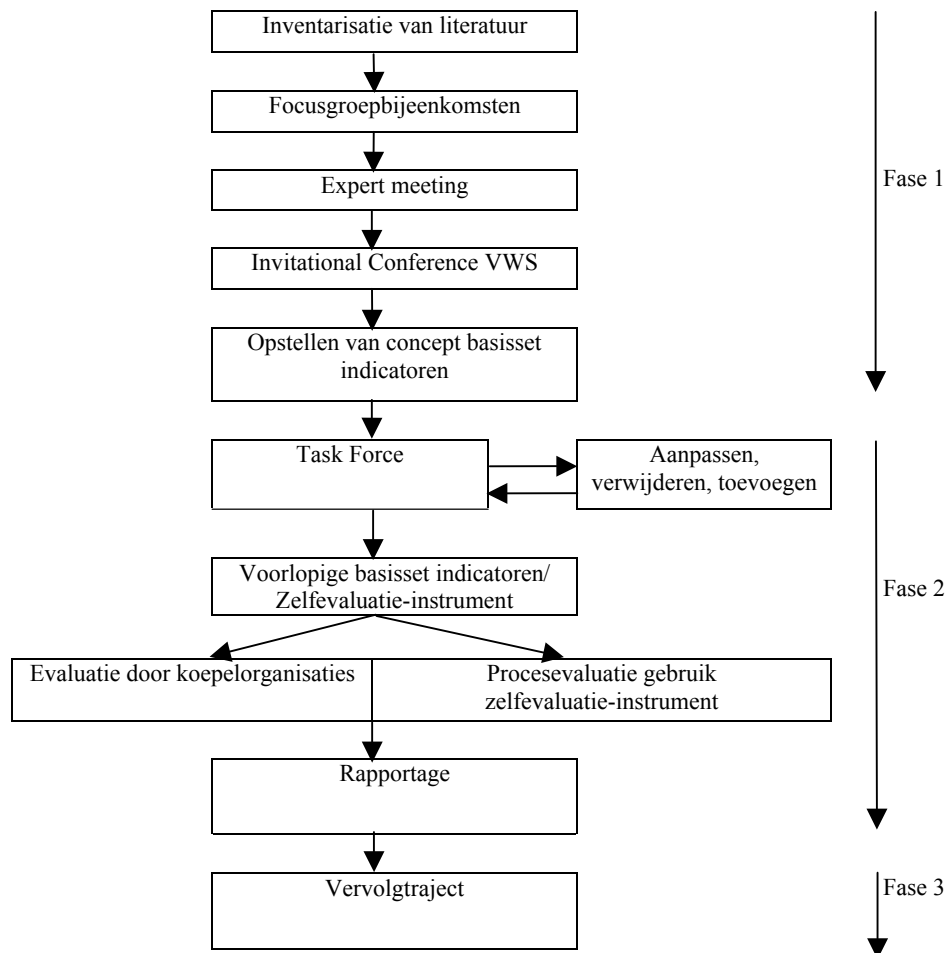




### 3 Ontwikkelingstraject basisset indicatoren

De uiteindelijke doelstelling van het in dit rapport beschreven onderzoek was om een basisset indicatoren te ontwikkelen voor de spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties, die draagvlak heeft bij de relevante veldpartijen. Om deze reden is op verschillende momenten in het ontwikkelingstraject van de indicatoren contact gezocht met de ketenpartners. Hierbij werd gebruik gemaakt van focusgroepbijeenkomsten, een expert meeting en een task force. Verder werden er contacten gelegd met de koepelorganisaties en werden in twee proefregio's diverse instellingen bezocht voor een procesevaluatie van het gebruik van het zelfevaluatie-instrument. Dit hoofdstuk beschrijft het ontwikkelingstraject van de basisset indicatoren. Dit traject is schematisch weergegeven in figuur 3.1.

Figuur 3.1 Het ontwikkelingstraject van de basisset indicatoren



### **3.1 Inventarisatie van literatuur**

De afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd om de kwaliteit van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening in kaart te brengen en te verbeteren. Een beschrijving van de belangrijkste initiatieven is terug te vinden in paragraaf 2.1. Bij de ontwikkeling van de concept basisset indicatoren werden onder andere de resultaten uit de in paragraaf 2.1 beschreven onderzoeken als uitgangspunt genomen. In aanvulling hierop werd ook gebruik gemaakt van bronnen zoals wetsteksten, bestaande kwaliteitsnormen en beleidsvisiedocumenten (bijlage 3).

### **3.2 Focusgroepen**

Als opstap naar de ontwikkeling van een concept basisset indicatoren werden in oktober 2005 in twee proefregio's focusgroepbijeenkomsten georganiseerd. Hieraan namen medewerkers van de GHOR-bureaus, RAV's, ziekenhuizen en traumacentra deel (in totaal 34 participanten verdeeld over zeven focusgroepbijeenkomsten). Aan de hand van een vooraf opgestelde onderwerpenlijst werden tijdens deze bijeenkomsten verschillende onderwerpen besproken relaterend aan de domeinen uit de telefonische interviews (hoofdstuk 2). De focusgroepgesprekken werden vastgelegd met behulp van een memorecorder en vervolgens volledig uitgeschreven. De informatie die op deze wijze werd verkregen vormde, in combinatie met de eerder beschreven literatuurstudie, de basis voor de concept basisset indicatoren (paragraaf 3.5).

### **3.3 Expert meeting**

Op 15 november 2005 vond een expertmeeting plaats die door 25 experts van de belanghebbende koepelorganisaties werd bijgewoond (bijlage 4). Tijdens deze bijeenkomst werden de experts geïnformeerd over het ontwikkelingstraject van de indicatoren. Daarbij werden resultaten gepresenteerd van de paraatheidsmetingen die in oktober 2005 door het NIVEL waren uitgevoerd (hoofdstuk 2). Tevens werden kritische succesfactoren voor een goede rampenbestrijding geïnventariseerd en aandachtspunten voor de ontwikkeling van indicatoren.

### **3.4 Invitational conference VWS**

De eerste onderzoeksfase werd op 8 december 2005 afgesloten met een tussenrapportage in de vorm van een presentatie op de invitational conference: 'Fail to prepare, is to prepare a failure, deel 1' van het ministerie van VWS (Den Haag; 90 bezoekers). In deze presentatie werd het onderzoekstraject van zowel de eerste als de tweede fase uiteengezet. Tevens werden de resultaten van de paraatheidsmetingen gepresenteerd (hoofdstuk 2). Ook verwante andere projecten die VWS in het kader van het beleid Kwaliteitsverbetering Rampenbestrijding heeft geïnitieerd werden tijdens deze bijeenkomst gepresenteerd, zoals de ontwikkeling van het landelijk referentiekader voor ZiROP (Expertgroep Format ZiROP, 2005 ) en het Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen dat door ZonMw wordt uitgevoerd ([www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)).

Op 23 maart 2006 heeft het NIVEL op verzoek van het ministerie van VWS een tweede presentatie verzorgd tijdens de door VWS georganiseerde invitational conference: 'Fail to prepare, is to prepare a failure, deel 2' (Utrecht; 150 bezoekers).

### **3.5 Opstellen van een concept basisset indicatoren**

Op basis van informatie uit de literatuur, focusgroepbijeenkomsten, desk research en de expert meeting, werd een eerste opzet gemaakt voor een set indicatoren voor de spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties. Hierbij werd in eerste instantie nog geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende ketenpartners. De indicatoren werden verdeeld over een viertal domeinen, te weten: 1) Opleiding & Oefening, 2) Procedures, 3) Resources en 4) Communicatie & Samenwerking. Bij het samenstellen van deze domeinen is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij reeds bestaande concepten.

### **3.6 Task force: van een concept basisset naar een voorlopige basisset indicatoren**

In de task force waren de belangrijkste partijen van de spoedeisende medische zorgverleningsketen vertegenwoordigd (bijlage 5). Daarnaast namen experts van brandweer en politie deel aan de task force, om van hun aanpak te leren en om raakvlakken tussen de drie kolommen in indicatoren om te zetten. In een traject van drie bijeenkomsten, werd de concept basisset in de periode februari-april 2006 verder uitgewerkt, gereduceerd en aangescherpt. Voorafgaand aan iedere bijeenkomst ontvingen de task force leden de (gereviseerde) concept basisset indicatoren. Iedere bijeenkomst verliep volgens een vooraf vastgestelde agenda waarin de aandachtspunten voor de bijeenkomst waren vastgelegd. Hierbij kwamen onder andere de compleetheid, relevantie, actualiteit en specificiteit van de indicatoren aan de orde. Na iedere bijeenkomst werden de task force leden telefonisch of per e-mail geconsulteerd voor gedetailleerd commentaar op de indicatoren. Op advies van de task force werden de indicatoren geordend volgens een matrix die toepasbaar is voor alle ketenpartners (bijlage 6). Ook werd de oorspronkelijke concept basisset opgedeeld in drie deelsets voor de verschillende ketenpartners (ziekenhuizen/traumacentra, SIGMA's en RAV). Deze deelsets bevatten zowel generieke indicatoren, die voor alle ketenpartners toepasbaar zijn, als ketenpartnersspecifieke indicatoren. Het uiteindelijke resultaat was een voorlopige basisset indicatoren, bestaande uit drie deelsets voor de afzonderlijke ketenpartners (hoofdstuk 4).

### **3.7 Evaluatie basisset indicatoren door koepelorganisaties**

Participanten van de focusgroepbijeenkomsten, de telefonische interviews, de expert meeting en andere betrokkenen werden middels een nieuwsbrief op de hoogte gebracht van de voortgang van het onderzoek. Deze nieuwsbrief werd in december 2005 en april 2006 digitaal verstuurd.

Om draagvlak te verwerven werden de indicatoren vervolgens in mei 2006 ter evaluatie aangeboden aan de koepelorganisaties van de belanghebbende ketenpartners (bijlage 7). De resultaten van dit traject zijn opgenomen in de aanbiedingsbrief bij dit rapport.

### **3.8 Procesevaluatie gebruik zelfevaluatie-instrument**

Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 1 is de basisset indicatoren in eerste instantie ontwikkeld als zelfevaluatie-instrument voor de ketenpartners. Dit instrument zal vanaf augustus 2006 een implementatietraject ingaan. Ter voorbereiding op dit traject werd in mei-juni 2006 een beperkte pilot uitgevoerd waarin de toepasbaarheid van de indicatoren als zelfevaluatie-instrument werd getoetst. In deze pilot werd de 'procesmatige' kant van het gebruik van het zelfevaluatie-instrument door een instelling gescreend. Er werd in kaart gebracht welke praktische problemen werden ervaren bij gebruik van het zelfevaluatie-instrument en welke vorm van begeleiding gebruikers wensen bij het uitzetten van het instrument. In nog niet alle ziekenhuizen/traumacentra is de invulling van de diverse sleutelfunctionarissen, betrokken bij de rampencoördinatie, eenduidig geregeld. Dit kan wel van invloed zijn op de resultaten die bij een zelfevaluatie middels het instrument worden verkregen. Om die reden is ervoor gekozen om de pilot uit te voeren in ziekenhuizen/traumacentra.

Aan de pilot namen vijf ziekenhuizen en één traumacentrum uit de twee proefregio's van de eerste onderzoeksfase deel. De deelnemende instellingen ontvingen de basisset indicatoren voor ziekenhuizen/traumacentra per e-mail. Deze was voorzien van een gebruikershandleiding. In de daaropvolgende periode van twee à drie weken voerden de instellingen de zelfevaluatie uit. Gedurende deze periode was een onderzoeker van het NIVEL telefonisch en per e-mail bereikbaar voor het beantwoorden van eventuele vragen (helpdesk). Aansluitend bezocht een onderzoeker van het NIVEL de instelling om samen met de functionaris die de zelfevaluatie had uitgevoerd aan de hand van een tevoren opgestelde onderwerpenlijst het proces van invullen te bespreken. Deze evaluatiegesprekken werden vastgelegd met behulp van een memorecorder. De belangrijkste bevindingen uit de procesevaluatie zijn samengevat in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk is eveneens een beschrijving te vinden van het vervolgtraject (fase 3) dat vanaf augustus 2006 ingezet zal worden.

## 4 Zelfevaluatie-instrumenten

Dit hoofdstuk presenteert de zelfevaluatie-instrumenten voor de afzonderlijke ketenpartners (ziekenhuizen/traumacentra, SIGMA's en RAV's). Ieder zelfevaluatie-instrument beslaat de vier domeinen (Opleiding & Oefening, Procedures, Resources en Communicatie & Samenwerking). Binnen deze domeinen zijn verschillende thema's behandeld die op hun beurt geordend zijn met behulp van een matrix (bijlage 6). De behandelde thema's bevatten zowel indicatoren als checklist items bij deze indicatoren, welke worden aangeduid met 'I' respectievelijk 'C' in de 'Status' kolom. Een checklist item is een verbijzondering van de bijbehorende indicator. De indicatoren zijn genummerd (zie nummers in kolom 'Nr') waarbij een indicator bijvoorbeeld nummer 3 heeft en bijbehorende checklist items genummerd zijn als 3.1, 3.2 etc. De nummering van de indicatoren begint bij een nieuw domein weer bij nummer 1, zodat voor ieder zelfevaluatie-instrument inzichtelijk is welk aantal indicatoren deze per domein bevat.

Bij het uitvoeren van de zelfevaluatie kan voor iedere indicator en ieder checklist item worden aangegeven in hoeverre de instelling hieraan voldoet. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende drie antwoordopties: 'ja', 'nee' en 'gedeeltelijk'. 'Nee' zou van toepassing zijn in het geval dat de instelling in zijn geheel niet voldoet aan het betreffende item. Er zijn in dat geval ook geen initiatieven genomen die er op termijn toe zouden moeten leiden dat aan het item wordt voldaan. 'Gedeeltelijk' zou dan betekenen dat in de organisatie wel initiatieven worden ontplooid om op termijn aan het item te voldoen, maar dat de beoogde doelstellingen op het moment van zelfevaluatie nog niet volledig zijn gerealiseerd. 'Ja' zou van toepassing zijn indien de organisatie volledig aan het item voldoet en ook in staat is om dit aan te tonen.



# **Zelfevaluatie-instrument**

## **Vorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening**

### **Ziekenhuizen en Traumacentra**

(Versie 3.0/ augustus 2006)





# Opleiding & Oefening

Nr	Status	Thema / Indicator	Ziekenhuizen en traumacentra
<b>DOELMATIG OPLEIDEN</b>			
<b>Monitoring opleidings situatie</b>			
1	I	Het ziekenhuis/traumacentrum registreert 1-jaarlijks de opleiding, ervaring en vaardigheden van de sleutelfunctionarissen.	
<b>Opleidingsplannen</b>			
2	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een opleidingsjaarplan voor het opleiden van de sleutelfunctionarissen.	
<b>Opleidingsactiviteiten</b>			
3	I	In het ziekenhuis/traumacentrum hebben de sleutelfunctionarissen functiespecifieke opleidingen gevolgd.	
3.1	C	In het ziekenhuis/traumacentrum hebben het hoofd SEH, de MMT-artsen* en de MMT-verpleegkundigen* kennis van de prehospitala aanpak van rampen door het volgen van een cursus zoals bijvoorbeeld de Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) cursus.	
3.2	C	In het ziekenhuis/traumacentrum hebben de sleutelfunctionarissen kennis van de hospitala aanpak van rampen door het volgen van een cursus zoals bijvoorbeeld de Hospital Major Incident Medical Management and Support (HMIMMS) cursus.	
4	I	In het ziekenhuis/traumacentrum hebben de sleutelfunctionarissen kennis van het landelijk protocol voor ontsmetting en behandeling van grote aantallen chemisch of nucleair besmette personen.	
5	I	In het ziekenhuis/traumacentrum houden de sleutelfunctionarissen hun kennis en vaardigheden met betrekking tot het optreden in grootschalige situaties bij door het volgen van nascholing.	
6	I	De continuïteit van het opleidings- en vaardighedeniveau van de sleutelfunctionarissen, wordt (met het oog op verloop van personeel) gewaarborgd door een termijn vast te stellen waarbinnen nieuw aangestelde functionarissen aan de opleidingseisen voor de GHOR moeten voldoen.	
<b>Toetsing opleidingsactiviteiten op doelmatigheid</b>			
7	I	Het ziekenhuis/traumacentrum toetst de opleidingsactiviteiten voor de sleutelfunctionarissen op doelmatigheid. Zonodig leiden de resultaten van deze toetsing tot bijstelling van de opleidingsplannen.	
<b>DOELMATIG OEFENEN</b>			
<b>Monitoring oefenactiviteiten</b>			
8	I	Het ziekenhuis/traumacentrum meldt jaarlijks de geplande oefeningen aan bij de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening. Hierbij wordt het draaiboek van de geplande oefening aan de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening aangeleverd.	
9	I	Het ziekenhuis/traumacentrum dient na afloop van een oefening het evaluatieverslag van de oefening in bij de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening.	
10	I	Er wordt per sleutelfunctionaris en per reguliere zorgfunctionaris een registratie bijgehouden van het aantal geplande en het aantal gerealiseerde oefeningen per jaar.	

\*= alleen van toepassing voor Traumacentra

### Oefenplannen

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 11 | I | De planvorming, voorbereiding, uitvoering en evaluatie van individuele oefeningen binnen de oefencyclus geschiedt in overleg met en onder toezicht/begeleiding van de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening.   |
| 12 | I | Het ziekenhuis/traumacentrum stelt voor iedere geplande oefening een oefendraaiboek op. Dit draaiboek is een schematische uitwerking van het gekozen scenario, alle activiteiten van voorbereiding, oefendoelen, kritische succesfactoren, uitvoering, kantelpunten, evaluatie en nazorg van de oefening.                            |
| 13 | I | Het doel van een geplande oefening wordt, voorafgaand aan de uitvoering van de oefening, tijdig schriftelijk dan wel mondeling aan de bij de oefening betrokken medewerkers bekendgemaakt, met uitzondering van oefeningen waarbij het leren omgaan met de verrassingselementen van een ramp deel uitmaakt van de oefendoelstelling. |

### Oefenactiviteiten

- |       |   |  |
|-------|---|--|
| 14    | I | In het ziekenhuis/traumacentrum nemen de sleutelfunctionarissen en de reguliere zorgfunctionarissen deel aan interne oefeningen, monodisciplinaire oefeningen en multidisciplinaire oefeningen volgens een vooraf vastgestelde frequentie en methode. Hierbij is sprake van een opbouw van eenvoudige naar meer complexe oefeningen en van een opbouw van kleinschalig oefenen naar oefenen op grote schaal. De oefeningen zijn ingebed in de oefencyclus van de GHOR. |
| 14.1  | C | Het ziekenhuis/traumacentrum organiseert minimaal 1-jaarlijks een interne rampoefening.  |
| 14.2  | C | Een interne oefening wordt geleid door de opleidings- en oefenstaf dan wel de opleidings- en oefenfunctionaris van het ziekenhuis/traumacentrum.   |
| 14.3  | C | Het ziekenhuis/traumacentrum organiseert minimaal 2-jaarlijks een bestuurlijke (table-top) oefening voor de stafleden van het crisisteam, die ten tijde van een ramp leiding geven aan de slachtofferopvang door het ziekenhuis/traumacentrum.   |
| 14.4  | C | Het ziekenhuis/traumacentrum neemt minimaal 2-jaarlijks deel aan een monodisciplinaire rampoefening met de GHOR-ketenpartners.   |
| 14.5  | C | Het ziekenhuis/traumacentrum neemt minimaal 4-jaarlijks deel aan een multidisciplinaire oefening waarin naast de witte kolom ook de rode, blauwe en groene kolom participeren.   |
| 14.6  | C | Het ziekenhuis/traumacentrum maakt gebruik van bestaande oefensystemen (zoals bijvoorbeeld het Emergo Train System [ETS]).   |
| 14.7  | C | Het ziekenhuis/traumacentrum legt de deelname van personeel aan oefeningen ruim van tevoren vast in dienstroosters. Daarbij wordt rekening gehouden met de arbeidstijdenwet.   |
| 15    | I | In het kader van de oefencyclus van de GHOR-regio oefent het ziekenhuis/traumacentrum de volgende onderdelen:  |
| 15.1  | C | proces vanaf binnenkomst rampmelding tot aan opschalingsbesluit  |
| 15.2  | C | bereikbaarheid & opkomst bij alarmering  |
| 15.3  | C | triage   |
| 15.4  | C | overdracht gewonden  |
| 15.5  | C | aflezen gewondenkaart  |
| 15.6  | C | registratie van slachtoffers   |
| 15.7  | C | verwerking van zelfverwijzers  |
| 15.8  | C | opvang familie/begeleiders slachtoffers  |
| 15.9  | C | patiëntenrouting binnen ziekenhuis/traumacentrum (doorstroom patiënten vanaf SEH naar andere afdelingen binnen het ziekenhuis/traumacentrum)   |
| 15.10 | C | stopzetten van reguliere zorg  |

Nr	Status	Thema / Indicator	Ziekenhuizen en Traumacentra
15.11	C	behandelbeleid in rampsituaties (do the most for the most) versus behandelbeleid in reguliere situaties	
15.12	C	decontamineren van chemisch/nucleair of biologisch gecontamineerde patiënten	
15.13	C	medische behandeling van patiënten met chemisch letsel/nucleaire of biologische contaminatie/brandwonden/inhalatie e.a. luchtwegproblemen/pandemie en nieuwe ziekte	
15.14	C	verpleging van patiënten met chemisch letsel/nucleaire of biologische contaminatie/brandwonden/inhalatie e.a. luchtwegproblemen/pandemie en nieuwe ziekten	
15.15	C	medische behandeling van hoog-energetische traumapatiënten in perifere ziekenhuizen	
15.16	C	formatie van het crisisteam dat ten tijde van een ramp leiding geeft aan de slachtofferopvang	
15.17	C	inrichting faciliteiten voor rampsituatie	
15.18	C	bevoorrading	
15.19	C	aflossing van eenheden tijdens inzet	
15.20	C	uitval van electronica en inschakelen noodplan en fall-back systeem	
15.21	C	communicatie	
<b>Toetsing oefenactiviteiten op doelmatigheid</b>			
16	I	Het ziekenhuis/traumacentrum toetst de doelmatigheid van oefenactiviteiten middels een structurele evaluatie. Zonodig leiden de resultaten van deze toetsing tot bijstelling van de oefenplannen.	
16.1	C	Een oefening wordt geëvalueerd middels een plenaire nabespreking, waarbij op elk niveau (beleidsniveau, operationeel niveau en niveau van de werkvloer) wordt geëvalueerd.	
16.2	C	Bij de evaluatie worden zowel het oefenproces als de 'behaalde medische resultaten' geëvalueerd (via een medical audit).	
16.3	C	Een oefening wordt tevens schriftelijk geëvalueerd middels een evaluatieverslag. Het evaluatieverslag betreft een beschrijving van het verloop van een oefening, vermeldt of de gestelde oefendoelen gehaald zijn, beschrijft mogelijke knelpunten en doet aanbevelingen voor toekomstige oefeningen of aanpassingen van bestaand beleid.	
16.4	C	De aanbevelingen en beleidsaanpassingen zijn verbonden aan een realisatietermijn. Na het verstrijken van de realisatietermijn wordt geëvalueerd welke resultaten naar aanleiding van het betreffende actiepoint zijn geboekt.	
<b>DESKUNDIGHEIDSTOETSING*</b>			
<b>Profcheck</b>			
17	I	Het traumacentrum toetst middels een profcheck de deskundigheid van de MMT-leden. Deze profcheck vindt minimaal 1x per 3 jaar en maximaal 1x per jaar plaats, afhankelijk van de opleiding en ervaring van de MMT-leden.	

\* = alleen van toepassing voor Traumacentrum

# Procedures

Nr	Status	Thema/ Indicator	Ziekenhuizen en Traumacentra
<b>Alarmering</b>			
1	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft het besluitvormingsproces na melding van een externe ramp in een procedure vastgelegd.	
2	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft de alarmering van de sleutelfunctionarissen en de reguliere zorgfunctionarissen schriftelijk in een procedure vastgelegd.	
2.1	C	De alarmeringsprocedure is helder geformuleerd en gecommuniceerd.	
2.2	C	De alarmeringsprocedure beschrijft de methode van alarmering binnen en buiten kantooruren en in situaties waarin telefoonverkeer niet mogelijk is.	
2.3	C	Alarmering geschiedt middels een cascadesysteem (belboom) of computergestuurd oproepsysteem (zoals bijvoorbeeld MultiBel of 'Maxers').	
2.4	C	Bij het opstellen van de belboom wordt rekening gehouden met de urgentie, waarmee de kundigheid van de te bellen functionaris nodig is, en de reisafstand van de functionaris tot de plaats waar deze zich dient te melden.	
2.5	C	De actualiteit van alarmeringsnummers wordt gewaarborgd middels een periodieke update die minstens 1x per 3 maanden plaatsvindt.	
2.6	C	Voor het uitvoeren van de alarmering middels een belboom wordt een functionaris aangewezen die 7x24uur beschikbaar is en geen medische/verpleegkundige achtergrond heeft (bijvoorbeeld een beveiligingsfunctionaris), zodat de medische-hulpverleners beschikbaar blijven voor medische taken.	
2.7	C	Bij alarmering wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde alarmeringsboodschap.	
2.8	C	In de alarmeringsprocedure is vastgelegd dat zowel de sleutelfunctionarissen als de reguliere zorgfunctionarissen de ontvangst van de alarmeringsboodschap moeten bevestigen.	
<b>Opschaling, instandhouding opgeschaalde situatie &amp; afschaling</b>			
3	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft de op- en afschaling van de hulpverlening schriftelijk in procedures vastgelegd.	
4	I	De op- en afschalingsprocedures van het ziekenhuis/traumacentrum zijn helder geformuleerd en gecommuniceerd naar de ketenpartners (o.a. de regionaal geneeskundig functionaris en de regionale ambulancevoorziening).	
5	I	Het ziekenhuis/traumacentrum kan gedurende de hiervoor vereiste termijn (2x24uur) grootschalige hulp verlenen.	
6	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een richtlijn voor het opstellen van aflossingsschema's voor langdurig opgeschaalde situaties.	
7	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft aflossingsschema's opgesteld om de instandhouding van de opgeschaalde situatie te waarborgen.	
<b>Gewondenspreiding</b>			
8	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft met de RAV van het eigen verzorgingsgebied afspraken gemaakt over de regulering van boventallige gewonden.	
<b>Ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP)</b>			
9	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een actueel en geoefend ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP). Het ZiROP is opgesteld aan de hand van de Leidraad voor het ZiROP van de Expertgroep Format ZiROP 2005 en omvat alle hierin omschreven onderdelen, met dien verstande dat de invulling hiervan is aangepast aan de specifieke situatie van het betreffende ziekenhuis. Uitgangspunt van het ZiROP zijn de reguliere zorgtaken die worden vertaald naar de opgeschaalde situatie. De eindverantwoordelijkheid voor het ZiROP ligt bij de Raad van Bestuur.	

Nr	Status	Thema / Indicator	Ziekenhuizen en Traumacentra
10	I	Het opstellen van het ZiROP geschiedt in overleg met de regionaal geneeskundig functionaris van de betreffende GHOR-regio, die bij het opstellen, implementeren en actualiseren van het ZiROP een adviserende en ondersteunende rol heeft.	
10.1	C	Het ZiROP verwijst naar de deelplannen van de betrokken afdelingen, zoals bijvoorbeeld de SEH, IC, verpleegafdelingen, diagnostische faciliteiten, klinisch chemisch lab, facilitaire dienst, beveiliging etcetera.	
10.2	C	In de deelplannen van de betrokken afdelingen is op functieniveau, en bij voorkeur op het niveau van het individu, in aktiekaarten vastgelegd wat de taken en verantwoordelijkheden zijn bij een eventuele rampsituatie.	
10.3	C	De aktiekaart bevat de volgende informatie over de functionaris: 1) plaats in de hiërarchie, 2) herkenningstekens bij taakuitvoering, 3) telefoonnummer waaronder de functionaris en diens leidinggevend en/of ondergeschikten bereikbaar zijn, 4) taakomschrijving.	
11	I	De actualiteit van het ZiROP wordt gewaarborgd middels een 1-jaarlijkse update. Wanneer omstandigheden (zoals bijvoorbeeld een verbouwing) hiertoe aanleiding geven, wordt het ZiROP tussentijds geactualiseerd.	
12	I	Het actuele ZiROP is toegankelijk voor alle voor alle sleutelfunctionarissen en reguliere zorgfunctionarissen in het ziekenhuis/traumacentrum. Dat wil zeggen dat er een papieren versie van het ZiROP beschikbaar is op alle betrokken afdelingen. Daarnaast is er ook een elektronische versie beschikbaar via intranet.	
13	I	Sleutelfunctionarissen worden via intranet of andere media op de hoogte gesteld van wijzigingen die bij een update in het ZiROP zijn aangebracht. Afdelingen ontvangen tevens een exemplaar van het aangepaste ZiROP. Op de afdelingen wordt via het werkoverleg melding gemaakt van de wijzigingen. Indien nodig worden wijzigingen in een themabijeenkomst toegelicht.	
		<b>(Hospitale) triage</b>	
14	I	Het ziekenhuis/traumacentrum voert de hospitale triage uit conform de nieuwe Nederlandse gewondenkaart en afhankelijk van het aantal slachtoffers conform het secundaire of primaire triagesysteem.	
		<b>Continuïteitsplan</b>	
15	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een actueel en geïntegreerd continuïteitsplan, opgesteld op basis van geïnventariseerde continuïteitsrisico's waarin de (dis)continuïteit van de reguliere zorg in procedures is vastgelegd. Deze procedures zijn helder geformuleerd en gecommuniceerd.	
16	I	Het ziekenhuis beschikt over een geïntegreerd en geactualiseerd noodplan om eventuele uitval van elektronica op te vangen.	
		<b>Slachtofferregistratie</b>	
17	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een procedure voor de registratie van een groot aantal slachtoffers.	
17.1	C	In de registratieprocedure is vastgelegd dat slachtoffers die zonder gewondenkaart in het ziekenhuis arriveren, alsnog een gewondenkaart uitgereikt krijgen.	
17.2	C	Bij de slachtofferregistratie dient het nummer van de gewondenkaart te worden genoteerd.	
17.3	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over voldoende blanco gewondenkaarten.	
		<b>Operationeel dataverkeer tussen ketenpartners</b>	
18	I	De aansluiting van de patiëntenregistratie van het ziekenhuis/traumacentrum op een geautomatiseerd registratie- en informatiesysteem voor operationeel dataverkeer tussen de ketenpartners is gewaarborgd in de vorm van protocollen voor techniek en inhoudelijk afspraken.	
		<b>Persvoorlichting</b>	
19	I	Het ziekenhuis beschikt over een voorlichtingsplan voor het contact met de pers ten tijde van een ramp.	
		<b>Overig</b>	
20	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft richtlijnen opgesteld voor de regulering van de inzet van spontaan opkomend personeel.	

# Resources

Nr	Status	Thema / Indicator	Ziekenhuizen en Traumacentra
<b>PERSONEEL</b>			
<b>Beschrijving taken, bevoegdheden &amp; verantwoordelijkheden (TBV's)</b>			
1	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft alle functies die relevant zijn voor grootschalige hulpverlening beschreven.	
2	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de sleutelfunctionarissen schriftelijk vastgelegd en gecommuniceerd.	
<b>Personele formatie</b>			
3	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft een beheerder ZiROP aangewezen, die verantwoordelijk is voor het opstellen, het beheer, en daarmee ook de actualisering en de implementatie van het ZiROP. Deze taken zijn opgenomen in de functieomschrijving van de beheerder ZiROP en er is voor deze taken tijd vrijgepland.	
4	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een crisisteam dat ten tijde van een ramp bestuurlijke en operationele leiding geeft aan de opvang van slachtoffers.	
5	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft een crisiscoördinator aangewezen die ten tijde van een ramp de opvang van slachtoffers door het ziekenhuis/traumacentrum coördineert.	
6	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een opleidings- en oefenstaf dan wel een opleidings- en oefenfunctionaris, die oefeningen in het kader van de GHOR voorbereidt, begeleidt en evalueert.	
7	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft een contactpersoon (bijvoorbeeld het hoofd PR) benoemd voor het contact met de pers bij grootschalige hulpverlening.	
8	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een bedrijfsopvangteam (BOT) dat bij grootschalige hulpverlening psychosociale (na)zorg verleent aan de sleutelfunctionarissen en de reguliere zorgfunctionarissen.	
<b>Bereikbaarheid en paraatheid</b>			
9	I	Het ziekenhuis/traumacentrum waarborgt 24-uurs continuïteit voor de sleutelfuncties middels een bereikbaarheidsregeling.	
9.1	C	Het crisisteam van het ziekenhuis/traumacentrum, dat ten tijde van een ramp bestuurlijke en operationele leiding geeft aan de opvang van slachtoffers, is 7x24 uur per week oproepbaar in geval van een grootschalige calamiteit.	
9.2	C	De crisiscoördinator van het ziekenhuis/traumacentrum, die ten tijde van een ramp de opvang van slachtoffers door het ziekenhuis/traumacentrum coördineert, is 7x24 uur per week oproepbaar in geval van een grootschalige calamiteit.	
10	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft een bereikbaarheidsregeling voor de reguliere zorgfunctionarissen.	
11	I	Het ziekenhuis/traumacentrum waarborgt dat de sleutelfunctionarissen en de reguliere zorgfunctionarissen paraat zijn binnen de voor de betreffende functie vastgestelde maximale opkomsttijd na alarmering.	
12	I	MMT-leden* zijn bekend met de inzetprocedure en werkinstructie van de eigen eenheid.	

\* = alleen van toepassing voor Traumacentra

Nr	Status	Thema / Indicator	Ziekenhuizen en Traumacentra
<b>MATERIEEL</b>			
<b>Communicatiemiddelen</b>			
13	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een aansluiting op het Nationaal Noodnet (NN).	
14	I	Het noodnet wordt 3-maandelijks getest.	
15	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een fall-backsysteem van bijzondere communicatievoorzieningen voor gebruik bij uitval van reguliere communicatievoorzieningen.	
<b>ICT</b>			
16	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een fall-back systeem als vangnet bij uitval van reguliere ICT voorzieningen (bijvoorbeeld beschikbaarheid van papieren ZiROP'en op afdelingen).	
<b>Geneeskundig materieel</b>			
17	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over middelen voor de behandeling van biologisch, chemisch of nucleair besmette personen, voor zover dit in het landelijk protocol 'Decontaminatie: operationele implementatie' voor brandweer en GHOR is vastgelegd.	
<b>Kleding</b>			
18	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over voldoende beschermende kleding voor personeel dat bij een eventuele biologische, chemische of nucleaire ramp direct contact zal hebben met slachtoffers.	
<b>Ruimten</b>			
19	I	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over ruimten die ten tijde van een ramp kunnen worden ingericht om rampgebonden functies te vervullen. De locatie en bestemming van deze ruimten is in het ZiROP vastgelegd.	
19.1	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een ruimte die ten tijde van een ramp als coördinatiecentrum kan worden aangewezen.	
19.2	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een ruimte die ten tijde van een ramp als plotkamer kan worden aangewezen.	
19.3	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over ruimten waar ten tijde van een ramp T1, T2 en T3 slachtoffers kunnen worden opgevangen.	
19.4	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een ruimte die ten tijde van een ramp als tijdelijk mortuarium kan worden aangewezen.	
19.5	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een ruimte die ten tijde van een ramp als familiewachtruimte kan worden aangewezen.	
19.6	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een ruimte die ten tijde van een ramp als herenigingsruimte kan worden aangewezen.	
19.7	C	Het ziekenhuis/traumacentrum beschikt over een ruimte die ten tijde van een ramp als persruimte kan worden aangewezen.	
<b>Overig</b>			
20	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft de zorgcapaciteit die met het oog op grootschalige hulpverlening is afgesproken gerealiseerd.	
21	I	Het traumacentrum waarborgt 24-uurs beschikbaarheid van het MMT-voertuig*.	

\* = alleen van toepassing voor Traumacentra

# Communicatie & Samenwerking

Nr	Status	Thema / Indicator	Ziekenhuizen en Traumacentra
<b>COMMUNICATIE</b>			
<b>Externe communicatie</b>			
1	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft met de RGF afgestemd hoe het contact met de media over ziekenhuiszorg en patiënteninformatie bij grootschalige hulpverlening zal verlopen.	
2	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft met de RGF afgestemd hoe de publieksvoorlichting over ziekenhuiszorg en patiënteninformatie in opgeschaalde situaties zal verlopen.	
3	I	Het ziekenhuis/traumacentrum stelt in opgeschaalde situaties ten bate van de publieksvoorlichting een informatienummer in.	
4	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft schriftelijke afspraken gemaakt over uitwisseling van patiënten gegevens met andere ziekenhuizen/traumacentra, de RGF en het centraal informatie en registratie bureau (CRIB).	
<b>SAMENWERKING</b>			
<b>Participatie traumazorgnetwerk</b>			
5	I	Het ziekenhuis/traumacentrum maakt deel uit van het traumazorgnetwerk.	
6	I	De ziekenhuizen en het eventuele traumacentrum in de GHOR-regio hebben eenduidige afspraken gemaakt over de samenwerking en de wijze waarop de taakverdeling wordt vormgegeven. Deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd en helder gecommuniceerd.	
7	I	Er zijn eenduidige afspraken gemaakt over de coördinatie binnen het traumazorgnetwerk. Deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd en helder gecommuniceerd.	
8	I	Het ziekenhuis/traumacentrum participeert in structureel overleg inzake traumazorg.	
<b>Overleg regionaal geneeskundig functionaris (RGF)/ GHOR-bureau</b>			
9	I	Het ziekenhuis/traumacentrum heeft -via vaste contactpersonen- structureel contact met de RGF van de GHOR-regio in de vorm van een jaarlijks voortgangsgesprek waarin knelpunten/verbeterpunten aangaande de preparatie op grootschalige hulpverlening worden geïnventariseerd.	
10	I	Deze knelpunten worden schriftelijk vastgelegd en op basis hiervan worden actiepunten met een hieraan verbonden realisatie termijn afgesproken.	
11	I	Na het verstrijken van de realisatietermijn van een actiepunt wordt geëvalueerd welke resultaten naar aanleiding van dit actiepunt zijn geboekt.	
<b>Overleg geneeskundige ketenpartners</b>			
12	I	Het ziekenhuis/traumacentrum participeert met het oog op grootschalige hulpverlening op bestuurlijk niveau en op operationeel niveau in structureel overleg met de ketenpartners in de GHOR-regio.	
13	I	Het ziekenhuis/traumacentrum is vertegenwoordigd in het regionaal GHOR-platform. Dit platform staat onder leiding van de RGF en komt minimaal 2x per jaar bijeen.	
14	I	De beheerder ZiROP heeft structureel contact met de beheerders ZiROP van andere ziekenhuizen/traumacentra.	
15	I	De ziekenhuizen/traumacentra in de GHOR-regio wisselen 2-jaarlijks hun ZiROP uit. Wanneer het ZiROP tussentijds wordt geactualiseerd, worden de andere ziekenhuizen hiervan op de hoogte gesteld.	
<b>Overig</b>			
16	I	De opleidings- en oefenstaf dan wel de opleidings- en oefenfunctionaris van het ziekenhuis/traumacentrum participeert in multidisciplinaire evaluatieteams die worden ingezet bij de evaluatie van rampenoefeningen.	



# **Zelfevaluatie-instrument**

**Vorbereidingen op opgeschaalde  
Spoedeisende Medische Zorgverlening**

## **Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA's)**

(Versie 3.0/ augustus 2006)



# Opleiding & Oefening

Nr	Status	Thema / Indicator	SIGMA's
<b>DOELMATIG OPLEIDEN</b>			
<b>Monitoring opleidingssituatie</b>			
1	I	Het Nederlandse Rode Kruis registreert de opleiding, ervaring (participatie in oefeningen, daadwerkelijke inzetten) en vaardigheden (profcheck resultaten) van de SIGMA-teamleden.	
<b>Opleidingsplannen</b>			
2	I	De SIGMA's beschikken over een opleidingsjaarplan.	
<b>Opleidingsactiviteiten</b>			
3	I	De SIGMA-teamleiders, SIGMA-leden en SIGMA-chauffeurs hebben functiespecifieke opleidingen gevolgd.	
3.1	C	De SIGMA-teamleiders, SIGMA-leden en SIGMA-chauffeurs hebben de opleiding Hulpverlening bij Ongevallen en Calamiteiten (HOC) gevolgd.	
3.2	C	De SIGMA-teamleiders hebben de training teamleider SIGMA gevolgd.	
4	I	De SIGMA-teamleiders, SIGMA-leden en SIGMA-chauffeurs houden hun kennis en vaardigheden met betrekking tot het optreden in grootschalige situaties bij door het volgen van nascholing.	
<b>Toetsing opleidingsactiviteiten op doelmatigheid</b>			
5	I	De SIGMA-teams beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om in een rampsituatie te kunnen optreden. Het kennis- en vaardighedenniveau van individuele SIGMA-leden is vergelijkbaar. Dit wordt geborgd middels een landelijke toetsingsprocedure (profcheck).	
<b>DOELMATIG OEFENEN</b>			
<b>Monitoring oefenactiviteiten</b>			
6	I	De waarnemer bij een SIGMA-oefening dient na afloop van de oefening het evaluatieverslag van de oefening in bij de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening.	
7	I	Er wordt een registratie bijgehouden van het aantal geplande en het aantal gerealiseerde oefeningen per jaar per functionaris.	
<b>Oefenplannen</b>			
8	I	De planvorming, voorbereiding, uitvoering en evaluatie van interne oefeningen geschiedt in overleg met en onder toezicht/begeleiding van de regiocoördinator Noodhulp Nationaal van het Nederlandse Rode Kruis.	
9	I	De SIGMA-teams voeren geplande monodisciplinaire en multidisciplinaire oefeningen uit conform het oefendraaiboek dat door het GHOR-bureau is opgesteld. Dit draaiboek is een schematische uitwerking van het gekozen scenario, alle activiteiten van voorbereiding, oefendoelen, kritische succesfactoren, uitvoering, kantelpunten, evaluatie en nazorg van de oefening.	
10	I	Het doel van een geplande oefening wordt, voorafgaand aan de uitvoering van de oefening, tijdig schriftelijk dan wel mondeling aan de bij de oefening betrokken vrijwilligers bekendgemaakt, met uitzondering van oefeningen waarbij het leren omgaan met de verrassingselementen van een ramp deel uitmaakt van de oefendoelstelling.	

Nr	Status	Thema / Indicator	SIGMA's
<b>Oefenactiviteiten</b>			
11	I	De SIGMA-teams nemen deel aan interne oefeningen, monodisciplinaire rampenoefeningen en multidisciplinaire rampenoefeningen volgens een vooraf vastgestelde frequentie en methode.	
11.1	C	De SIGMA-teams nemen minimaal halfjaarlijks deel aan een interne oefening van het Nederlandse Rode Kruis.	
11.2	C	De SIGMA-teams nemen minimaal 2-jaarlijks deel aan een monodisciplinaire rampenoefening met de GHOR-ketenpartners.	
11.3	C	De SIGMA-teams nemen minimaal 4-jaarlijks deel aan een multidisciplinaire rampenoefening waarin naast de witte kolom ook de rode, blauwe en groene kolom participeren.	
12	I	In het kader van de oefencyclus van de GHOR-regio oefenen de SIGMA-teams de volgende onderdelen:	
12.1	C	bereikbaarheid en opkomst(tijden) bij alarmering	
12.2	C	invullen en aflezen gewondenkaart	
12.3	C	assisteren bij de behandeling in grote aantallen slachtoffers	
12.4	C	oefenen met haakarmbak / materieel geneeskundige combinatie	
12.5	C	opvang familie / begeleiders van slachtoffers	
12.6	C	logistieke organisatie in grootschalige omstandigheden	
12.7	C	inrichting faciliteiten voor rampsituatie	
12.8	C	bevoorrading van gewondennest	
12.9	C	competenties SIGMA-leden, SIGMA-chauffeurs en SIGMA-teamleiders: communiceren & samenwerken	
12.10	C	competenties SIGMA-teamleiders: leiding geven, prioriteiten stellen, delegeren, taakverdeling	
12.11	C	oefenen van grootschalig optreden onder bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld vrieskou), bij bijzondere scenario's (bijvoorbeeld terroristische aanslag) en op risicovolle objecten (bijvoorbeeld industrieterrein met gevaarlijke stoffen)	
<b>Toetsing oefenactiviteiten op doelmatigheid</b>			
13	I	De GHOR toetst de doelmatigheid van de oefenactiviteiten middels een structurele evaluatie. Zonodig leiden de resultaten van deze toetsing tot bijstelling van de oefenplannen.	
13.1	C	Een oefening wordt geëvalueerd middels een plenaire nabespreking, waarbij zowel op groepsniveau als op individueel niveau wordt geëvalueerd.	
13.2	C	Een oefening wordt tevens schriftelijk geëvalueerd middels een evaluatieverslag. Het evaluatieverslag betreft een beschrijving van het verloop van een oefening, vermeldt of de gestelde oefendoelen gehaald zijn, beschrijft mogelijke knelpunten en doet aanbevelingen voor toekomstige oefeningen of aanpassingen van bestaand beleid.	
13.3	C	De aanbevelingen en beleidsaanpassingen zijn verbonden aan een realisatietermijn. Na het verstrijken van de realisatietermijn wordt geëvalueerd welke resultaten naar aanleiding van het betreffende actiepoint zijn geboekt.	
<b>DESKUNDIGHEIDSTOETSING</b>			
<b>Profcheck</b>			
14	I	De deskundigheid van de SIGMA-teams wordt 1x per 2 jaar getoetst middels een profcheck.	

# Procedures

Nr	Status	Thema / Indicator	SIGMA's
<b>Inzetprocedures &amp; Werkinstructie</b>			
1	I	De SIGMA-teams werken conform de richtlijnen van de Leidraad Geneeskundige Combinatie.	
2	I	De SIGMA-teams zijn bekend met de inzetprocedure en werkinstructies van de eigen eenheid.	
<b>Alarmering</b>			
3	I	De alarmering van de SIGMA-teams is in procedures vastgelegd. Deze procedures zijn helder geformuleerd en gecommuniceerd.	
3.1	C	De alarmeringsprocedure beschrijft de methode van alarmering binnen en buiten kantooruren en in situaties waarin telefoonverkeer niet mogelijk is.	
3.2	C	Alarmering van de SIGMA-teams geschiedt middels een computergestuurd oproepsysteem.	
3.3	C	De actualiteit van de alarmeringsnummers wordt gewaarborgd middels een periodieke update die minstens 1x per 3 maanden plaatsvindt.	
3.4	C	Bij alarmering wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde alarmeringsboodschap.	
3.5	C	De ontvangst van de alarmeringsboodschap wordt door de SIGMA-leden, SIGMA-chauffeurs en SIGMA-teamleiders bevestigd.	
<b>Instandhouding opgeschaalde situatie</b>			
4	I	De SIGMA-teams kunnen de opgeschaalde situatie gedurende de vereiste termijn in stand houden.	
5	I	De SIGMA-teams hebben aflossingsschema's opgesteld voor instandhouding van de opgeschaalde situatie te waarborgen.	
<b>Operationeel dataverkeer tussen ketenpartijen</b>			
6	I	De SIGMA-teams zijn aangesloten op het registratie en informatiesysteem, waarin operationeel data verkeer tussen de ketenpartners, voor zover dat betrekking heeft op patiëntengegevens, is gewaarborgd in de vorm van protocollen voor techniek en inhoudelijke afspraken.	

# Resources

Nr	Status	Thema / Indicator	SIGMA's
<b>PERSONEEL</b>			
<b>Bereikbaarheid &amp; Paraatheid</b>			
1	I	De SIGMA-teams beschikken over een bereikbaarheidsregeling voor de individuele SIGMA-leden, SIGMA-chauffeurs en SIGMA-teamleiders.	
2	I	De SIGMA-teams hebben een opkomsttijd van 30 minuten tot de uitgangstelling van de geneeskundige combinatie of tot een andere afgesproken opkomstplaats.	
<b>MATERIEEL</b>			
<b>Kleding</b>			
3	I	De SIGMA-teams zijn landelijk identiek gekleed. De kleding van SIGMA-leden is duidelijk herkenbaar en duidelijk te onderscheiden van de kleding van GGD-leden.	

# Communicatie & Samenwerking

---

Nr	Status	Thema / Indicator	SIGMA's
<b>SAMENWERKING</b>			
<b>Overleg Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) / GHOR-bureau</b>			
1	I	De SIGMA-teams houden via de coördinator Noodhulp Nationaal structureel contact met de RGF van de GHOR-regio in de vorm van een jaarlijks voortgangsgesprek waarin knelpunten/verbeterpunten aangaande de preparatie op grootschalige hulpverlening worden geïnventariseerd.	
2	I	Deze knelpunten worden schriftelijk vastgelegd en op basis hiervan worden actiepunten met een hieraan verbonden realisatietermijn afgesproken.	
3	I	Na het verstrijken van de realisatietermijn van een actiepunt wordt geëvalueerd welke resultaten naar aanleiding van dit actiepunt zijn geboekt.	
<b>Overleg geneeskundige ketenpartners</b>			
4	I	De SIGMA-teams zijn via de coördinator Noodhulp Nationaal of de regiocoördinator Noodhulp Nationaal vertegenwoordigd in het regionaal GHOR-platform. Dit platform staat onder leiding van de RGF en komt minimaal 2x per jaar bijeen.	

---

# **Zelfevaluatie-instrument**

**Vorbereidingen op opgeschaalde  
Spoedeisende Medische Zorgverlening**

## **Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's)**

(Versie 3.0/ augustus 2006)





# Opleiding & Oefening

Nr	Status	Thema/Indicator	RAV's
<b>DOELMATIG OPLEIDEN</b>			
<b>Opleidingsplannen</b>			
1	I	Het regionale opleidingsplan van de RAV wordt jaarlijks afgestemd met het regionale opleidingsplan van de GHOR.	
<b>Opleidingsactiviteiten</b>			
2	I	RAV personeel dat eventueel in opgeschaalde situaties spoedeisende medische hulp zal verlenen is conform het regionale RAV opleidingsplan opgeleid voor de bijzondere aspecten van hulpverlening in opgeschaalde situaties.	
2.1	C	RAV personeel dat een operationele GHOR functie bekleedt heeft het certificaat 'Basismodule GHOR' of equivalent daarvan behaald.	
2.2	C	Het ambulancepersoneel is opgeleid om de rol van 1e ambulance te vervullen.	
2.3	C	Het ambulancepersoneel van de geneeskundige combinatie (GNK-C) heeft de aanvullende module GNK-C gevolgd.	
2.4	C	Het ambulancepersoneel is voldoende bekend met en geoefend in het gebruik van het geneeskundig materieel van de geneeskundige combinaties (haakarmbak) om dit in een rampsituatie effectief te kunnen gebruiken.	
2.5	C	RAV personeel dat in een rampsituatie mogelijk de rol van coördinator gewondenvervoer (CGV) zal vervullen, heeft een CGV-opleiding gevolgd.	
2.6	C	RAV personeel dat in een rampsituatie mogelijk de rol van hoofd gewondennest (HGN) zal vervullen, heeft een HGN-opleiding gevolgd.	
2.7	C	Het ambulancepersoneel heeft kennis van het landelijk protocol voor ontsmetting en behandeling van grote aantallen chemisch of nucleair besmette personen.	
2.8	C	RAV personeel dat een operationele GHOR functie bekleedt houdt kennis en vaardigheden met betrekking tot het optreden in opgeschaalde situaties bij door het volgen van nascholing.	
<b>DOELMATIG OEFENEN</b>			
<b>Oefenplannen</b>			
3	I	Het regionale oefenplan van de RAV wordt jaarlijks afgestemd met het regionale oefenplan van de GHOR.	
<b>Monitoring oefenactiviteiten</b>			
4	I	De RAV informeert de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening jaarlijks over geplande oefeningen.	
5	I	De RAV stelt de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening na afloop van een oefening in kennis van het evaluatieverslag.	

Nr	Status	Thema/Indicator	RAV's
<b>Oefenactiviteiten</b>			
6	I	De RAV neemt deel aan rampenoefeningen (interne oefeningen, monodisciplinaire oefeningen en multidisciplinaire oefeningen) volgens een vooraf vastgestelde frequentie en methode. De oefeningen zijn ingebed in de oefencyclus van de GHOR.	
6.1	C	De RAV neemt minimaal 1-jaarlijks deel aan een interne rampenoefening.	
6.2	C	De RAV neemt minimaal 2-jaarlijks deel aan een bestuurlijke (table-top) oefening voor de stafleden van het crisisteam, waarin de beleidsvoering na melding van een ramp wordt geoefend.	
6.3	C	De RAV neemt minimaal 2-jaarlijks deel aan een monodisciplinaire rampenoefening met de GHOR-ketenpartners.	
6.4	C	De RAV neemt minimaal 4-jaarlijks deel aan een multidisciplinaire rampenoefening waarin naast de witte kolom ook de rode, blauwe en groene kolom participeren.	
6.5	C	De meldkamer van de RAV neemt minimaal 2-jaarlijks deel aan een supraregionale oefening met de meldkamers van andere GHOR-regio's.	
7	I	De planvorming, voorbereiding, uitvoering en evaluatie van oefeningen geschiedt in overleg met en onder toezicht/begeleiding van de GHOR-functionaris verantwoordelijk voor Opleiding en Oefening.	
8	I	Het doel van een geplande rampenoefening wordt, voorafgaand aan de uitvoering van de oefening, tijdig schriftelijk dan wel mondeling aan de bij de oefening betrokken medewerkers bekendgemaakt, met uitzondering van oefeningen waarbij het leren omgaan met de verrassingsmomenten van een ramp deel uitmaakt van de oefendoelstelling.	
9	I	Rampenoefeningen worden geleid door een interne- of externe oefenleider	
10	I	De RAV legt de deelname van personeel aan rampenoefeningen ruim van tevoren vast in dienstroosters. Daarbij wordt rekening gehouden met de arbeidstijdenwet.	
11	I	In het kader van de oefencyclus van de GHOR-regio oefent de meldkamer ambulancezorg de volgende onderdelen:	
11.1	C	rampenclassificatie volgens GRIP-methodiek	
11.2	C	indiceren van zorgvraag bij alarmering	
11.3	C	alarmering van zorgverleners	
11.4	C	opschaling	
11.5	C	afschaling	
11.6	C	ambulancebijstandsplan	
11.7	C	gewondenspreidingsplan	
11.8	C	planning en coördinatie van gewondenvervoer en gewondenspreiding in opgeschaalde situatie	
11.9	C	gebruik C2000 in opgeschaalde situatie	
12	I	In het kader van de oefencyclus van de GHOR-regio oefent de ambulancedienst de volgende onderdelen:	
12.1	C	protocol 1e ambulance en situatierapportage (inclusief gestructureerde incident meldingsprocedure volgens METHANE [Major Incident, Exact Location, Type of Incident, Hazards, Access, Number of casualties, Emergency Services] en inzetplan)	
12.2	C	triage (snelheid)	
12.3	C	invullen en aflezen gewondenkaart	
12.4	C	werken met het materieel van de geneeskundige combinatie (haakarmbak)	
12.5	C	protocol decontaminatie	
12.6	C	medische behandeling van patiënten met chemisch letsel / nucleaire contaminatie / brandwonden / inhalatie e.a. luchtwegproblemen / pandemie, nieuwe ziekte	
12.7	C	behandelen grote aantallen slachtoffers	

Nr	Status	Thema/Indicator	RAV's
12.8	C	behandelbeleid in rampsituaties (do the most for the most) versus behandelbeleid in reguliere situaties	
12.9	C	overdracht van gewonden	
12.10	C	gebruik C2000 systeem in opgeschaalde situaties	
<b>Toetsing oefenactiviteiten op doelmatigheid</b>			
13	I	Oefenactiviteiten worden getoetst op doelmatigheid.	
13.1	C	Een oefening wordt binnen de eigen organisatie geëvalueerd middels een plenaire nabespreking, waarbij op groepsniveau en eventueel op individueel niveau wordt geëvalueerd.	
13.2	C	Een oefening wordt tevens schriftelijk geëvalueerd middels een evaluatieverslag. Het evaluatieverslag betreft een beschrijving van het verloop van een oefening, vermeldt of de gestelde oefendoelen gehaald zijn, beschrijft mogelijke knelpunten en doet aanbevelingen voor toekomstige oefeningen of aanpassingen van bestaand beleid.	
13.3	C	De aanbevelingen en beleidsaanpassingen zijn verbonden aan een realisatietermijn. Na het verstrijken van de realisatietermijn wordt geëvalueerd welke resultaten naar aanleiding van het betreffende actiepunt zijn geboekt.	
<b>DESKUNDIGHEIDSTOETSING</b>			
<b>Profcheck</b>			
14	I	De deskundigheid van RAV personeel dat eventueel in opgeschaalde situaties spoedeisende medische hulp zal verlenen wordt 1x per 5 jaar getoetst middels een profcheck.	

# Procedures

Nr	Status	Thema/Indicator	RAV's
<b>Opschaling, instandhouding opgeschaalde situatie &amp; afschaling</b>			
1	I	De RAV heeft in afstemming met de RGF de opschaling, het beheer van de opgeschaalde situatie en de afschaling van de spoedeisende medische hulpverlening schriftelijk in procedures vastgelegd.	
2	I	Deze procedures zijn op de meldkamer van de RAV aanwezig.	
3	I	Deze procedures zijn gecommuniceerd naar de ketenpartners (o.a. regionaal geneeskundig functionaris en het ziekenhuis/traumacentrum).	
4	I	De meldkamer maakt voor ambulancebijstand gebruik van de structurele afspraken die zijn gemaakt met ambulancediensten en vertegenwoordigers van ketenpartners binnen en buiten het eigen MKA-gebied.	
5	I	De RAV kan de opgeschaalde situatie gedurende de vereiste termijn in stand houden.	
<b>Melding</b>			
6	I	De RAV heeft de verwerking van een verhoogd aantal incidentmeldingen in procedures vastgelegd. Deze procedures zijn helder geformuleerd en gecommuniceerd.	
<b>Alarmering</b>			
7	I	De RAV heeft de alarmering van de specifieke GHOR functionarissen en de reguliere zorgfunctionarissen in procedures vastgelegd. Deze procedures zijn helder geformuleerd en gecommuniceerd.	
7.1	C	De alarmeringsprocedure beschrijft de verwerking van de alarmering op regionaal niveau.	
7.2	C	De alarmeringsprocedure beschrijft de methode van alarmering binnen en buiten kantooruren en in situaties waarin telefoonverkeer niet mogelijk is.	
7.3	C	Alarmering van de reguliere zorgfunctionarissen geschiedt middels een cascadesysteem (belboom) of computergestuurd oproepsysteem (bijvoorbeeld MultiBel of 'Maxers').	
7.4	C	Bij het opstellen van een alarmeringsschema's wordt door de RAV rekening gehouden met de urgentie, waarmee de kundigheid van de te bellen functionaris nodig is, en de reisafstand van de functionaris tot de plaats waar deze zich dient te melden.	
7.5	C	Voor het uitvoeren van de alarmering wordt bij voorkeur een persoon aangewezen zonder medische/verpleegkundige achtergrond, zodat de medische-hulpverleners beschikbaar blijven voor medische taken.	
7.6	C	De actualiteit van de alarmeringsnummers wordt gewaarborgd middels een periodieke update die minstens 1x per 3 maanden plaatsvindt.	
7.7	C	Bij alarmering wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde alarmeringsboodschap.	
<b>Triage</b>			
8	I	De triage wordt uitgevoerd met behulp van het Triage Revised Trauma Score (TRTS) systeem, voor zover het aantal slachtoffers dit toelaat.	
<b>Operationeel dataverkeer tussen ketenpartners</b>			
9	I	De RAV is aangesloten op het registratie en informatiesysteem, waarin operationeel dataverkeer tussen de ketenpartners, voor zover dat betrekking heeft op de patiëntgegevens, is gewaarborgd in de vorm van protocollen voor techniek en inhoudelijke afspraken.	
<b>Overig</b>			
10	I	RAV personeel werkt conform landelijke protocollen (b.v. Landelijk Protocol Ambulancezorg, de Leidraad Geneeskundige Combinatie) en regionale protocollen.	

# Resources

---

Nr	Status	Thema/Indicator	RAV's
<b>PERSONEEL</b>			
<b>Bereikbaarheid &amp; Paraatheid</b>			
1	I	De RAV waarborgt per acute inzetbaarheid van reguliere zorgfunctionarissen en functionarissen die in opgeschaalde situaties een bijzondere functie vervullen.	
1.1	C	De RAV beschikt over een bereikbaarheidsregeling voor de reguliere zorgfunctionarissen van de RAV die ten tijde van een ramp kunnen worden opgeroepen.	
1.2	C	De RAV waarborgt 24-uurs continuïteit voor de functie van coördinator gewondenvervoer.	
1.3	C	De RAV waarborgt 24-uurs continuïteit voor de functie van hoofd gewondennest.	
2	I	De RAV waarborgt de per acute inzetbaarheid van het ambuteam van de Geneeskundige Combinatie.	
<b>MATERIEEL</b>			
<b>Communicatiemiddelen</b>			
3	I	De RAV beschikt over de communicatiemiddelen die benodigd zijn om in opgeschaalde situaties adequate spoedeisende medische hulp te kunnen verlenen.	
3.1	C	De RAV beschikt over apparatuur waarmee ambulancechauffeurs en ambulanceverpleegkundigen gealarmeerd kunnen worden.	
<b>Overig</b>			
4	I	De RAV heeft het bevoorraden van ambulances tijdens opgeschaalde situaties in procedures vastgelegd.	

---

# Communicatie & Samenwerking

Nr	Status	Thema/Indicator	RAV's
<b>COMMUNICATIE</b>			
<b>Externe Communicatie</b>			
1	I	De RAV heeft met de GHOR-ketenpartners afspraken gemaakt over de onderlinge informatievoorziening in opgeschaalde situaties.	
2	I	De RAV levert een bijdrage aan de voorlichting van de bevolking via informatievoorziening aan de RGF.	
<b>SAMENWERKING</b>			
4	I	De RAV werkt samen met de RGF en de geneeskundige ketenpartners aan verbetering van de kwaliteit van de preparatie op spoedeisende medische hulpverlening in opgeschaalde situaties.	
4.1	C	De RAV onderhoudt -via vaste contactpersonen- structureel contact met de RGF van de GHOR-regio in de vorm van een voortgangsgesprek dat minimaal 1x per jaar plaatsvindt.	
4.2	C	Tijdens het voortgangsgesprek van de RAV met de RGF inventariseert de RAV met de RGF de knelpunten/verbeterpunten.	
4.3	C	Deze knelpunten worden schriftelijk vastgelegd en op basis hiervan worden actiepunten met een hieraan verbonden realisatie termijn afgesproken voor het volgende kalenderjaar.	
4.4	C	Na het verstrijken van de realisatietermijn van een actiepunt wordt geëvalueerd welke resultaten naar aanleiding van deze actiepunten zijn geboekt.	
4.5	C	De RAV is vertegenwoordigd in het regionaal GHOR-platform. Dit platform staat onder leiding van de RGF en komt minimaal 2x per jaar bijeen.	

## 5 Nabeschuwing

Het in dit rapport beschreven onderzoek heeft geleid tot een voorlopige basisset indicatoren. In deze nabeschuwing wordt geschetst welke bijdrage de indicatoren op korte en langere termijn zouden kunnen leveren aan de kwaliteit van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening. Tevens wordt aandacht geschonken aan de beperkingen van deze indicatoren set. Tot slot wordt het vervolgttraject belicht dat de basisset indicatoren per augustus 2006 ingaat.

### 5.1 Bijdrage van de basisset indicatoren

De indicatoren zullen in eerste instantie als zelfevaluatie-instrument aan de diverse ketenpartners van de GHOR-keten worden aangeboden. In een latere fase kunnen de indicatoren worden omgewerkt tot prestatie-indicatoren, die bijvoorbeeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van de preparatie te toetsen. Voor deze fasering is gekozen nadat uit contacten met het veld duidelijk werd dat meer tijd nodig is om de overgang naar prestatie-indicatoren voor te bereiden. Onze verwachting is dat implementatie van de zelfevaluatie-instrumenten, in combinatie met andere initiatieven die door VWS zijn genomen zoals de ontwikkeling van de Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan [ZiROP] (Expertgroep Format ZiROP, 2005) en het Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen ([www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)), zal zorgen voor een kwaliteitsimpuls in de GHOR-keten. De indicatoren zouden mogelijk ook kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van een certificatieschema voor de gehele GHOR-keten. In 2003 heeft de Stichting HKZ al beoogd om een degelijk certificatieschema te ontwikkelen. Omdat bij de GHOR veel verschillende zorginstellingen betrokken zijn en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende zorgverleners destijds nog niet was uitgekristalliseerd, is echter besloten om het toepassingsgebied van het schema te beperken tot het GHOR-bureau (Stichting HKZ, 2004), met de intentie dit schema op termijn uit te breiden naar de gehele keten. De ontwikkelde basisset indicatoren zou hieraan in de toekomst een inhoudelijke bijdrage kunnen leveren.

### 5.2 Beperkingen van de basisset indicatoren

De ontwikkelde basisset indicatoren beoogt de diversiteit in ramptypen te overstijgen. De hierin opgenomen indicatoren hebben daarom hoofdzakelijk betrekking op de generieke aspecten van de rampenbestrijding. Deze set generieke indicatoren kan in de toekomst worden uitgebreid met meer specifieke indicatoren voor bijzondere rampscenario's, zoals bijvoorbeeld nucleaire, biologische en chemische rampen, en pandemieën. De set is dus uitdrukkelijk nog in ontwikkeling.

De ontwikkelde indicatoren zijn in eerste instantie geformuleerd als structuur- en procesindicatoren. Idealiter zou men misschien willen toewerken naar uitkomstindicatoren, zoals dat in de reguliere gezondheidszorg mogelijk is. Voor de GHOR zou dat inhouden dat de uitkomsten van spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties worden geformuleerd in termen van het aantal geredde levens of

de hoeveelheid voorkomen lichamelijk letsel. Deze kunnen in de repressiefase en de preparatiefase echter moeilijk worden gemeten. Hoewel een goede voorbereiding geen adequate zorgverlening bij rampen kan garanderen, is dit wel een noodzakelijke voorwaarde hiertoe. De ontwikkeling van een set structuur- en procesindicatoren is in deze fase dan ook een belangrijke stap voorwaarts, omdat hiermee de kwaliteit van de voorbereidingen op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening inzichtelijk kan worden gemaakt en kan worden geëvalueerd.

Bij de ontwikkeling van de basisset indicatoren was het in eerste instantie ons streven de gehele GHOR-keten in beschouwing te nemen, en eveneens een zelfevaluatie-instrument voor de GHOR-bureaus te ontwikkelen. Hiervoor werd de Raad van RGF'en via de expertmeeting en de task force betrokken bij de ontwikkeling van de indicatoren. Zoals eerder vermeldt werd reeds in 2003 door de Stichting HKZ een certificeringsschema voor de GHOR-bureaus ontwikkeld. Vanuit dit oogpunt vond de werkgroep kwaliteit van de Raad van RGF-en dat de indicatoren GHOR-bureau inhoudelijk weinig zouden toevoegen aan dit bestaande schema. Mede op grond van dit bezwaarpunt hebben de indicatoren GHOR-bureau geen draagvlak kunnen vinden bij de Raad van RGF'en en worden deze indicatoren niet meegenomen in de volgende onderzoeksfase.

In het najaar van 2006 zal wel onderzocht worden of het mogelijk is een indicatorenset te ontwikkelen, waarmee de samenwerkingsverbanden tussen de diverse ketenpartners in kaart gebracht kunnen worden. Hoewel er aanvankelijk ook plannen waren om indicatoren voor huisartsen in de basisset indicatoren op te nemen, diende zich tijdens het ontwikkelingstraject een reden aan om hier voorlopig van af te zien. Op verzoek van de directie Curatieve Zorg van het Ministerie van VWS is het NIVEL namelijk in september 2005 gestart met een tweede onderzoek dat als doel heeft om een benchmark te ontwikkelen voor de reguliere acute zorg. Hoewel beide onderzoeken wat betreft hun doelstelling en werkveld raakvlakken hebben, is in eerste instantie gekozen voor twee afzonderlijke onderzoekstrajecten. Hierbij werd afgesproken om eventuele indicatoren voor de huisartsen(posten) bij de benchmark voor de reguliere acute zorg onder te brengen. De opkomst en ontwikkeling van huisartsenposten biedt mogelijkheden om huisartsen meer structureel en systematisch te betrekken bij de (voorbereidingen op) geneeskundige zorgverlening in opgeschaalde situaties. Hoewel de rol van huisartsen(posten) in de repressiefase nog moet worden uitgekristalliseerd, zouden huisartsen in ieder geval een belangrijke rol kunnen vervullen in de nazorgfase. De Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn in eerste instantie om een vergelijkbare reden buiten beschouwing gelaten.

### **5.3 Vervolgtraject**

De komende periode zal het NIVEL zich samen met de belanghebbende partijen inspannen om een brede implementatie van de zelfevaluatie-instrumenten te bevorderen. Op verzoek van VWS zullen de instrumenten in de periode augustus t/m december 2006 worden uitgezet bij de ketenpartners in twee traumaregio's. Dit traject is voorbereid met de pilot procesevaluatie die in hoofdstuk 3 werd beschreven. In deze pilot kon reeds voorzichtig worden vastgesteld dat de toepassing van de basisset indicatoren als zelfevaluatie-instrument op weinig weerstand stuit. Alle respondenten uit de pilot



verwachtten dat implementatie van het zelfevaluatie-instrument zal leiden tot kwaliteitsverbetering van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening. Hoewel ook hier bleek dat het veld nog niet klaar is voor prestatie-indicatoren, stond men wel positief tegenover het idee om de zelfevaluatieresultaten in een jaarlijks gesprek met de RGF te 'toetsen' op hun realiteitsgehalte en afspraken te maken over mogelijke verbeterpunten. Er was bij de ziekenhuizen tevens behoefte om het eigen preparatieniveau te spiegelen aan dat van andere instellingen. Digitalisering van de zelfevaluatie-instrumenten zou het mogelijk maken om de eigen zelfevaluatie gegevens anoniem in te voeren en deze als geheel of op afzonderlijke onderdelen te vergelijken met die van andere instellingen. Een digitaal zelfevaluatie-instrument had bij de meeste respondenten dan ook de voorkeur boven een papieren versie. De hiermee geboden mogelijkheid tot onderlinge vergelijking zou tevens een goede stap op weg zijn naar het uitvoeren van een benchmark. Daarbij worden immers ook elders bestaande 'best practices' als norm gesteld voor het preparatieniveau waarnaar instellingen zouden moeten streven. De mogelijkheden van digitalisering van de zelfevaluatie-instrumenten zullen in het vervolgtraject verder worden verkend.

Vanuit VWS is de wens uitgesproken om op termijn de benchmark voor de spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties te koppelen aan de benchmark voor de reguliere acute zorg die zoals eerder vermeld ook door het NIVEL wordt ontwikkeld. Indicatoren voor deze laatste benchmark zullen naar verwachting eind 2006 worden opgeleverd, zodat afstemming van beide benchmarks vanaf januari 2007 tot de mogelijkheden behoort.



## Literatuur

- DESAN. *Brancherapport: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004*. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2005
- Expertgroep Format ZiROP. *Rampenopvang volgens plan: leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP)*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005
- IGZ. *Het ziekenhuis paraat voor rampen? Onderzoek naar de aanwezigheid en gebruikbaarheid van rampenopvangplannen bij ziekenhuizen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004
- IGZ. *Oefenen? Noodzaak! Toetsing oefening GHOR ter voorbereiding op de bestrijding van rampen en zware ongevallen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005
- Octaaf Adviesgroep. *Rapportage resultaten GHOR-monitorronde 2004*. Nieuwegein: Octaaf Adviesgroep, 2004
- Rodgers H, Dennis M, Cohen D, Rudd A. *British Association of Stroke physicians: Benchmarking survey of stroke services*. *Age and Ageing* 2003;32:211-7
- RVZ, ROB. *De GHORdiaanse knoop doorgemaakt. Herkenbare geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in de veiligheidsregio's*. Zoetermeer/ Den Haag: RVZ/ROB, 2004
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Certificatieschema GHOR-bureau: Bureau ter ondersteuning van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen*. Utrecht: Stichting HKZ, 2004
- Website [www.zonmw.nl/nl/programmas/rampenopvang-ziekenhuizen.html](http://www.zonmw.nl/nl/programmas/rampenopvang-ziekenhuizen.html). Opgehaald op 29/05/06



# Bijlage 1: Afkortingenlijst & Begrippenlijst

## 2.1 Afkortingenlijst

ABP	Ambulancebijstandsplan
BOT	Bedrijfsopvangteam
CGV	Coördinator Gewondenvervoer
CRIB	Centraal Registratie en Informatie Bureau
ETS	Emergo Train System
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK-C	Geneeskundige Combinatie
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure
GSP	Gewondenspreidingsplan
HGN	Hoofd Gewondennest
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HMIMMS	Hospital Major Incident Medical Management and Support
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
NBC	Nucleair, Biologisch en Chemisch
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NRK	Nederlandse Rode Kruis
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
Rob	Raad voor openbaar bestuur
ROP	Regionaal Opleidingsplan
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SEH	afdeling Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
TRTS	Triage Revised Trauma Score
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZiROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

## 2.2 Begrippenlijst

Afschalen	De acties die uitgezet moeten worden om de opgeschaalde diensten en het bestuur vanuit de opgeschaalde situatie terug te brengen naar de dagelijkse situatie.
AMBU team	Dit geneeskundige team, dat deel uitmaakt van de geneeskundige combinatie, bestaat uit één ambulance verpleegkundige en één ambulancechauffeur. Beide zijn werkzaam op het rampterrein en hebben geen vervoerstaak.
1 <sup>e</sup> Ambulance	Ambulance die als eerste op het rampterrein arriveert. Verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de situatie en rapportage hiervan naar de meldkamer ambulancezorg. Op basis van o.a. dit situatierapport wordt een opschalingsbesluit genomen. Daarnaast geeft 1 <sup>e</sup> ambulance leiding aan geneeskundig dienst(en) op rampplek tot OvDG arriveert.
Ambulancebijstandsplan (ABP)	Plan waarin de centrale posten ambulancevervoer op volgorde van afstand zijn vermeld. Daarbij is aangegeven welk aantal ambulances maximaal voor bijstand beschikbaar is en binnen welke tijd deze beschikbaar kunnen zijn.
Basismodule GHOR	Theoretische basiscursus voor alle geneeskundige zorgverleners die t.t.v. ramp ingezet kunnen worden op het rampterrein.
Belboom	Methodiek waarmee t.t.v. van een ramp extra personeel gealarmeerd kan worden.
Benchmark	Norm waarmee prestaties worden vergeleken. Om tot deze norm te komen wordt er gezocht naar de beste elders bestaande werkwijzen die leiden tot een superieure prestatie.
Blauwe kolom	Politie.
C2000	Een nieuw, gezamenlijk netwerk voor radiocommunicatie tussen brandweer, politie, ambulancediensten en de Koninklijke Marechaussee.
Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB)	Centrum dat centraal gegevens verzamelt en informatie verstrekt over doden, gewonden, vermisten en geëvacueerde personen.

Coördinator gewondenvervoer (CGV)	Functionaris die bij een grootschalige ramp wordt ingeschakeld om ter ontlasting van de meldkamer ambulancevervoer, de coördinatie van ambulances en de gewondenspreiding over te nemen.
Emergo Train System (ETS)	Toetsings- en oefensysteem afkomstig uit Zweden, waarmee men een rampsituatie kan nabootsen en dat personen de kans geeft alle aspecten van zorgverlening (pre-hospitaal en in het ziekenhuis) te oefenen. Dit zonder grote inzet van middelen en personen, zodat de dagelijkse gang van zaken in een bestaande organisatie zo min mogelijk verstoord wordt.
Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure (GRIP)	Opschalingsprocedure bestaande uit vijf fasen. Door middel van deze opschalingsprocedure kan multi disciplinair de ernst van een ramp aangeduid worden. Aan de hand van de vijf GRIP fasen wordt de omvang van de inzet bepaald.
Geneeskundige Combinatie (GNK-C)	Geneeskundige dienst, werkzaam op het rampterrein, waarbinnen een samenwerkingsverband wordt aangegaan tussen één SIGMA-team, één MMT en één AMBU team. Doel van de inzet van de Geneeskundige combinatie is de overgang van de dagelijkse geneeskundige zorgverlening naar die bij rampen en ongevallen te verbeteren.
Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)	Landelijk organisatie, die tot doel heeft faciliterend op te treden bij ongevallen en rampen ten behoeve van de zorgverlening uit vooral de witte kolom.
Gewondenkaart	Kaart voor het registreren van medische gegevens op het rampterrein; zoals de gemeten vitale waarden (op meerdere tijdstippen), de toegediende medicatie en de persoonsgegevens.
Gewondennest	Eerste verzamelplaats voor gewonden op het rampterrein.
Gewondenspreidingsplan (GSP)	Plan waarin de ziekenhuizen op volgorde van afstand zijn vermeld en dat wordt gebruikt door de meldkamer ambulancevervoer. Daarbij is o.a. de medische behandelcapaciteit per ziekenhuis aangegeven.
GHOR-bureau	Het bureau waar de Regionaal Geneeskundig Functionaris en zijn medewerkers zijn gevestigd. Daarnaast is er een overkoepelend landelijk GHOR-bureau.
GHOR-ketenpartner	Instellingen die in het kader van de rampenbestrijding samenwerken binnen de geneeskundige keten, te weten GHOR-bureau, RAV, ziekenhuizen, traumacentra, NRK, GGD, GGZ en huisartsen.

GHOR-regio	Nederland is onderverdeeld in 25 GHOR-regio's. Iedere regio heeft een eigen GHOR-bureau.
Groene kolom	Overheidsinstanties.
Haakarmbak	Een aanhangwagen met daarin geneeskundig materiaal. Deze aanwagen wordt tijdens een ramp ingezet om gebruikt materiaal aan te vullen.
HMIMMS	Van oorsprong Engelse cursus, maar nu aangepast aan de Nederlandse taal en situatie voor sleutelfiguren in een ziekenhuisorganisatie, alsmede de medische staf. Deze cursus gaat in op de wijze waarop men leiding moet geven aan het ziekenhuis t.t.v. een ramp, maar ook hoe men de verpleegkundige en medische aanpak moet regelen.
Hoofd Gewondennest (HGN)	Het hoofd gewondennest heeft de taak de werkzaamheden in het gewondennest zo te organiseren en te coördineren dat gewonden zo goed mogelijk worden behandeld en in volgorde van urgentie worden vervoerd.
Indicator	Een indicator is een meetbaar element met een signalerende functie. In de praktijk worden indicatoren doorgaans getypeerd als structuur-, proces-, of uitkomstindicatoren. Hiermee wordt verwezen naar het aspect van de zorg waar de indicator betrekking op heeft.
Interne oefening	Rampenoefening binnen de eigen geneeskundige zorgverleningsdienst waaraan alleen medewerkers van de eigen instelling deelnemen.
MIMMS	Cursus die scholing biedt in de basisvaardigheden van de rampenbestrijding: de organisatiestructuur op het rampterrein, instructies op het gebied van command en control, communicatie, het omgaan met schaarste en de samenwerking met andere hulpverleners.
Mobiel Medisch Team (MMT)	Geneeskundig team, bestaande uit één MMT-arts, één MMT-verpleegkundige en één chauffeur/ piloot, dat in staat is ter plaatse (buiten een ziekenhuis) triage uit te voeren en hoogwaardige specialistische hulp te verlenen.
Monodisciplinaire oefening	Oefening waaraan verschillende geneeskundige zorgverleningsdiensten deelnemen, zoals bijvoorbeeld meldkamers ambulancezorg, ambulancediensten, SIGMA-teams en SEH-afdelingen van ziekenhuizen/traumacentra.



Multidisciplinaire oefening	Oefening waarbij naast de geneeskundige zorgverleningsdienst(en) ook politie en/of brandweer betrokken zijn.
Nationaal Noodnet	Het Nationaal Noodnet is een besloten telefoonnet met een beperkt aantal aansluitingen. Wanneer het reguliere telefoonnetwerk overbelast raakt, is telefoneren via het Nationaal Noodnet t.a.t. mogelijk.
Nazorgfase	Fase waarin acties worden ondernomen om de gevolgen van de ramp te herstellen en in de 'normale' situatie en verhoudingen terug te keren.
Opschalen	De acties die uitgezet moeten worden om de parate diensten en het bestuur aan te passen vanuit de dagelijkse situatie naar de situatie waarin een ramp moet worden bestreden.
Pandemie	Een grootschalige infectie met een virus van een onbekend type, waarvan geen vaccin voorradig is.
Plotkamer	Informatie verzamelpunt of administratief zenuwcentrum.
Preparatiefase	Fase waarin voorbereidingen worden getroffen om een ramp of grootschalig incident te kunnen bestrijden. Daarbij moet onder andere gedacht worden aan het opstellen van plannen en procedures, en het opleiden, trainen en oefenen van personeel.
Procesindicator	Indicator die inzicht geeft in het verloop van zorgprocessen.
Ramp of grootschalige incident	Een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen, het milieu, of grote materiële belangen in ernstige mate worden bedreigd of zijn geschaad, en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken.
Regionaal Geneeskundig Functionaris	Hoogst leidinggevende en ambtelijk eindverantwoordelijk functionaris binnen de geneeskundige zorgverlening bij ongevallen en rampen.
Repressiefase	Fase waarin de daadwerkelijk bestrijding van een ramp of grootschalig incident plaatsvindt.
Rode kolom	Brandweer.

Sleutelfunctionaris ziekenhuis	1) beheerder ZiROP, 2) leden van het crisisteam dat ten tijde van een ramp bestuurlijke en operationele leiding geeft aan de opvang van slachtoffers, 3) de crisiscoördinator die ten tijde van een ramp de opvang van slachtoffers door het ziekenhuis/traumacentrum coördineert, 4) functionarissen die ten tijde van een ramp leiding geven aan de afdelingen waar T1, T2 en T3 slachtoffers worden opgevangen.
Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (SIGMA)	Team van acht vrijwilligers van het Nederlandse Rode Kruis, bestaande uit één leider, één chauffeur en zes leden, die de professionele hulpverleners assisteert en ondersteunt bij grootschalige ongevallen en rampen.
Structuurindicator	Indicator die meet of zorgaanbieders beschikken over de menselijke, materiële, en financieel-organisatorische hulpbronnen die voor het leveren van adequate zorg benodigd zijn.
Table- top oefening	Oftewel ‘papier oefening’. Deze oefening is bestemd voor functionarissen die in crisissituaties op management niveau leiding moeten geven aan de eigen organisatie.
Triage	Het classificeren van gewonden naar de ernst van het opgelopen letsel. Deze classificatie resulteert in een aantal urgentieklassen voor behandeling en afvoer.
Uitkomstindicator	Indicator die de uitkomsten van zorgprocessen meet in termen van morbiditeit, mortaliteit en patiënttevredenheid.
Witte kolom	De GHOR en al haar ketenpartners.
Zelfverwijzer	Een slachtoffer die vanaf het rampterrein op eigen gelegenheid naar het ziekenhuis/traumacentrum gaat.
Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP)	Omschrijft de interne ziekenhuisorganisatie bij melding van een ramp. Het plan is bedoeld om alle betrokken afdelingen en functionarissen duidelijke instructies te verschaffen over hoe te handelen in geval van een ramp die buiten het ziekenhuis plaatsvindt.

## Bijlage 2: Resultaten paraatheidsmeting

Mate waarin de diverse groepen spoedeisende medische zorgverleners zich voorbereid voelen op verschillende ramptypen weergegeven in percentages

	Goed	Minder Goed	Slecht
<b>Meldkamer RAV (N=12)</b>			
Transportongeval	75	25	0
Ontploffing	83	8	8
Overstroming	83	17	0
Chemische ramp	33	42	25
Griepepidemie	42	50	8
Nucleaire ramp	5	21	74
<b>Ambulancepersoneel (N=49)</b>			
Transportongeval	78	18	4
Ontploffing	63	20	16
Overstroming	33	33	35
Chemische ramp	27	41	33
Griepepidemie	14	37	49
Nucleaire ramp	6	16	78
<b>SIGMA (N=8)</b>			
Transportongeval	100	0	0
Ontploffing	50	38	13
Overstroming	75	25	0
Chemische ramp	25	50	25
Griepepidemie	25	38	38
Nucleaire ramp	0	50	50
<b>Ziekenhuis/Traumacentrum (N=65)</b>			
Transportongeval	68	23	9
Ontploffing	59	17	25
Overstroming	45	25	31
Chemische ramp	19	39	43
Griepepidemie	22	42	37
Nucleaire ramp	0	15	85
<b>Totaal (N=134)</b>			
Transportongeval	74	20	6
Ontploffing	62	19	19
Overstroming	46	27	28
Chemische ramp	23	40	37
Griepepidemie	21	40	39
Nucleaire ramp	3	17	80



## Bijlage 3: Bronnen basisset indicatoren

- Bovens HFM, Lettinga G, Uffink ThJA. *Hulpverlening bij grootschalig optreden door specifieke scholing een stap verder. Deel ; Korte verkenning naar de opleidingslacunes voor operationele GHOR functies*. Arnhem: NIBRA, 2005
- Expertgroep Format ZiROP. *Rampenopvang volgens plan. Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP)*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005
- IGZ. *Het ziekenhuis paraat voor rampen? Onderzoek naar de aanwezigheid en gebruikbaarheid van rampenopvangplannen bij ziekenhuizen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004
- IGZ. *Oefenen? Noodzaak! Toetsing oefening GHOR ter voorbereiding op de bestrijding van rampen en zware ongevallen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005
- Octaaf Adviesgroep. *Sectorspecifieke Handreiking GHOR; Sectorspecifiek ziekenhuizen*. Nieuwegein: Octaaf Adviesgroep, 2002
- Octaaf Adviesgroep. *Sectorspecifieke Handreiking GHOR; Sectorspecifiek RAV*. Nieuwegein: Octaaf Adviesgroep, 2002
- Octaaf Adviesgroep. *Rapportage resultaten GHOR-monitorronde 2004*. Nieuwegein: Octaaf Adviesgroep, 2004
- Regionaal Geneeskundige Functie Utrecht. *Productenboek GHOR; Regionaal model, versie 1.4*. Utrecht: RGF Utrecht, 2005
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Certificatieschema Ambulancezorg: tijdelijke versie 2002, aangepast aan de ISO 9001:2000*. Utrecht: Stichting HKZ, 2003
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Certificatieschema Centrale Posten Ambulancevervoer: tijdelijke versie 2002, aangepast aan de ISO 9001:2000*. Utrecht: Stichting HKZ, 2003
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Certificatieschema GHOR-bureau: Bureau ter ondersteuning van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen*. Utrecht: Stichting HKZ, 2004
- Visser BR. *Referentiekader Conflict- en Crisisbeheersing*. Ossendrecht: ECCB, 2002
- Website: <http://www.rijv.nl/data/styleit/RAV%20IJssel-Vecht.pdf>. Opgehaald op 18/05/06. (Handboek kwaliteit veiligheidsregio IJssel-Vecht 2005; sectie RAV)

Website: <http://www.rgf.nl/kr%5Frgf/> opgehaald op 23/05/06. (10 stappenplan: van aanmelding tot certificaat Basiskennis GHOR versie 1.6 mei 2005)

## **Bijlage 4: Instellingen vertegenwoordigd tijdens expert meeting**

Ambulance Zorg Nederland (AZN)  
Beroeps Vereniging Ambulancezorg (BVA)  
Brandweer, Rampenbestrijding en Ambulancezorg Hulpverleningsdienst Flevoland  
Calamiteiten Hospitaal UMCU  
Expertisecentrum Conflicthantering en Crisisbeheersing  
GHOR-bureaus proefregio's  
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)  
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)  
Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding (NIBRA)  
Nederlandse Rode Kruis (NRK)  
Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)  
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)  
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)  
Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT)  
Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ)  
Orde van Medisch Specialisten  
Politie Utrecht  
Traumacentrum Limburg  
Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG)





## Bijlage 5: Samenstelling task force

<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
Dhr. H. Ensing, MCDM, arts	Regionaal Geneeskundig Functionaris regio GHOR IJssel-Vecht, tevens lid van de Raad van RGF'en.
Dhr. dr. P.A. Hustinx	chirurg/traumatoloog in Atrium Medisch Centrum Parkstad, zitting genomen in task force namens Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT) en Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ).
Dhr. drs. P.A. van der Meijden	adviseur, van der Meijden Organisatieadvies en Interimmanagement.
Dhr. C.H.M. Poppelaars, bc	hoofdinspecteur van politie, tevens werkzaam als manager sector Kennisadvisering en adviseur Conflict- en Crisisbeheersing, politieacademie, en kennisnetwerk.
Dhr. mr. N.J.A. Reumer	directeur AmbulanceZorg Nederland (AZN).
Mw. drs. H.M.J. Slot	kinderarts, tevens secretaris van de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten.
Dhr. drs. M.D. Smeeke	plaatsvervangend RGF, commandant van de regionale brandweer Flevoland, en directeur rampenbestrijding en ambulancevoorziening v/d Hulpverleningsdienst Flevoland.



## Bijlage 6: Matrix

Domein	Opleiding & Oefening
	<p><b>Doelmatig opleiden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoring opleidingssituatie <sup>1,2</sup></li> <li>▪ Opleidingsplannen <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Opleidingsactiviteiten <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Toetsing opleidingsactiviteiten op doelmatigheid <sup>1,2</sup></li> </ul> <p><b>Doelmatig oefenen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoring oefenactiviteiten <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Oefenplannen <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Oefenactiviteiten <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Toetsing oefenactiviteiten op doelmatigheid <sup>1,2,3</sup></li> </ul> <p><b>Deskundigheidstoetsing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profcheck <sup>1,2,3</sup></li> </ul>
Domein	Procedures
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alarmering <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Melding <sup>3</sup></li> <li>▪ Inzetprocedures &amp; Werkinstructies <sup>2</sup></li> <li>▪ Opschaling, instandhouding opgeschaalde situatie &amp; afschaling <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Gewondenspreiding <sup>1</sup></li> <li>▪ Continuïteitsplan <sup>1</sup></li> <li>▪ (Hospitale) Triage <sup>1,3</sup></li> <li>▪ Slachtoffer registratie <sup>1</sup></li> <li>▪ Persvoorlichting <sup>1</sup></li> <li>▪ Ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) <sup>1</sup></li> <li>▪ Operationeel dataverkeer tussen ketenpartners <sup>1,2,3</sup></li> <li>▪ Overig <sup>1,3</sup></li> </ul>
Domein	Resources
	<p><b>Personeel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beschrijving taken, bevoegdheden &amp; verantwoordelijkheden (TBV's) <sup>1</sup></li> <li>▪ Personele formatie <sup>1</sup></li> <li>▪ Bereikbaarheid &amp; Paraatheid <sup>1,2,3</sup></li> </ul> <p><b>Materieel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geneeskundig materieel <sup>1</sup></li> <li>▪ Communicatiemiddelen <sup>1,3</sup></li> <li>▪ ICT <sup>1</sup></li> <li>▪ Kleding <sup>1,2</sup></li> <li>▪ Ruimten <sup>1</sup></li> <li>▪ Overig <sup>1,3</sup></li> </ul>
Domein	Communicatie & Samenwerking
	<p><b>Communicatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Externe communicatie <sup>1,3</sup></li> </ul> <p><b>Samenwerking</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overleg Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF)/ GHOR-bureau <sup>1,2</sup></li> <li>▪ Overleg geneeskundige ketenpartners <sup>1,2</sup></li> <li>▪ Participatie traumazorgnetwerk <sup>1</sup></li> <li>▪ Overig <sup>1</sup></li> </ul>

<sup>1</sup> Ziekenhuizen & Traumacentra

<sup>2</sup> SIGMA

<sup>3</sup> RAV



## **Bijlage 7: Koepelorganisaties**

### **Ziekenhuizen & Traumacentra**

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)

Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT)

Orde van Medisch Specialisten

### **Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA's)**

Nederlandse Rode Kruis (NRK)

### **Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's)**

Ambulance Zorg Nederland (AZN)