

Zelfevaluatie van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige incidenten en rampen

Eindrapport over de ontwikkeling en praktijktest van zelfevaluatie-instrumenten voor ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorg en SIGMA

K.F.J. Spijkers
P. Slottje
C.J. IJzermans



Dit project is gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
directie Publieke Gezondheid.

ISBN-10: 90-6905-831-6

ISBN-13: 978-90-6905-831-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 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

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding en opzet van het onderzoek	11
1.2 Achtergronden	12
1.3 Doelstelling en vraagstelling praktijktest	13
1.4 Leeswijzer	14
2 Methode	15
2.1 Ontwikkelingstraject zelfevaluatie-instrumenten	15
2.2 Voorgaande ontwikkelingsfasen	16
2.3 Praktijktest van de zelfevaluatie-instrumenten	18
2.3.1 Opzet praktijktest en operationalisatie	18
2.3.2 Ontwikkeling van het praktijktestdocument	19
2.3.3 Nabespreking	22
2.3.4 Selectie en werving traumaregio's en deelnemers	22
2.3.5 Statistische en kwalitatieve analyse	23
3 Bevindingen en verbetering zelfevaluatie-instrumenten	25
3.1 Respons	25
3.2 Algemene bevindingen ter verbetering van de drie zelfevaluatie-instrumenten	26
3.2.1 Validiteit: algemene bevindingen	26
3.2.2 Bruikbaarheid: algemene bevindingen	28
3.2.3 Generaliseerbaarheid: algemene bevindingen	30
3.3 Ziekenhuizen	32
3.3.1 Validiteit: ziekenhuizen	32
3.3.2 Bruikbaarheid: ziekenhuizen	35
3.3.3 Generaliseerbaarheid: ziekenhuizen	36
3.4 Ambulancezorg	37
3.4.1 Validiteit: ambulancezorg	37
3.4.2 Bruikbaarheid: ambulancezorg	39
3.4.3 Generaliseerbaarheid: ambulancezorg	41
3.5 SIGMA	42
3.5.1 Validiteit: SIGMA	42
3.5.2 Bruikbaarheid: SIGMA	43
3.5.3 Generaliseerbaarheid: SIGMA	45

4 Nabeschuiving, conclusies en aanbevelingen	47
4.1 Kader en uitgangspunten van de zelfevaluatie-instrumenten	47
4.2 Omvang, respons en representativiteit van de praktijktest	47
4.3 Slotsom bevindingen praktijktest	48
4.3.1 Validiteit	48
4.3.2 Bruikbaarheid	50
4.3.3 Generaliseerbaarheid	53
4.4 Aanbevelingen	55
4.4.1 Gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten	55
4.4.2 Toekomstige ontwikkelingen	56
Literatuur	59
Bijlage 1: Afkortingenlijst en Begrippenlijst	61
Bijlage 2: Algemene vragenlijst 1	69
Bijlage 3: Algemene vragenlijst 2	71
Bijlage 4: MMT-indicatoren	75
Bijlage 5: Praktijktest bevindingen op indicatorniveau Ziekenhuizen & Traumacentra	77
Bijlage 6: Praktijktest bevindingen op indicatorniveau Ambulancezorg (meldkamer ambulancezorg en ambulancedienst)	95
Bijlage 7: Praktijktest bevindingen op indicatorniveau Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA)	111

Voorwoord

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het initiatief genomen om een instrument te laten ontwikkelen dat betrokken instellingen in staat stelt zelf de preparatie in beeld te brengen van de Spoedeisende Medische Zorgverlening in opgeschaalde situaties. Dit initiatief hangt samen met het beleid van het ministerie om de kwaliteit van de voorbereidingen op spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige ongevallen en rampen te verbeteren. Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft dit instrument ontwikkeld.

In dit rapport worden drie zelfevaluatie-instrumenten aangeboden voor instellingen die een belangrijke taak hebben in de acute fase van een ramp of crisis en die zich op die functie moeten prepareren: de ziekenhuizen en de traumacentra, de ambulance zorginstellingen (meldkamer ambulancezorg en ambulancediensten) en de Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA's). Het doel van dit initiatief is de instellingen een instrument aan te bieden, waarmee zij zich een beeld kunnen vormen van de mate van hun preparatie. Daarbij gaat het primair om bewustwording. Het instrument kan aanleiding zijn om intern de stand van zaken (verder) met elkaar door te spreken en te verbeteren en bijdragen aan zowel bilateraal- (overleg tussen twee partners) als aan ketenoverleg, zowel op het niveau van het management als op dat van de uitvoerders. Het instrument kan daarmee een hulpmiddel zijn bij periodieke evaluatie. Bovendien begeleidt het instrument de gelijktijdige implementatie van het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZIROP) in de ziekenhuizen.

In een eerdere fase interviewden medewerkers van het NIVEL diverse uitvoerders van zorg over de preparatie en er werden focusgroep bijeenkomsten met acute zorg en GHOR ketenpartners in twee proef GHOR-regio's gehouden. De concept zelfevaluatie-instrumenten die hieruit voortkwamen zijn, met hulp van een task force verder uitgewerkt, waarna consultatie van koepelorganisaties van de betrokken ketenpartners volgde (zie voor een verslag van deze onderzoeksfase Spijkers, van den Bosch en IJzermans, 2006).

De instrumenten zijn vervolgens uitgebreid in de praktijk getest in twee proef traumaregio's, waarbij 20% van de Nederlandse traumacentra, ziekenhuizen, ambulancezorg voorzieningen en vertegenwoordigers van SIGMA-teams hun medewerking verleende. De instrumenten bleken gebruiksvriendelijk en valide te zijn en de toepasbaarheid bleek nauwelijks beperkt te worden door regionale verschillen. De instrumenten bleken vooral bruikbaar te zijn voor bepaalde typen rampen, met name die waarbij in korte tijd een groot aantal slachtoffers vallen. In dit eindrapport wordt verslag gedaan van de praktijktest en worden de uiteindelijke zelfevaluatie-instrumenten gepresenteerd. Omdat het om een dynamisch veld gaat, zullen aanpassingen van de instrumenten regelmatig nodig zijn.

De auteurs betuigen hun dank aan de vertegenwoordigers van de instellingen in de deelnemende traumaregio's, aan de leden van de task force, en aan alle anderen die een bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van de instrumenten. Enige honderden mensen werkten uiteindelijk hieraan mee. De auteurs spreken de wens uit dat de instrumenten een duidelijke plaats krijgen in de verdere ontwikkeling van de preparatie op spoedeisende medische hulpverlening in opgeschaalde situaties. De instrumenten zijn te downloaden van de NIVEL site (www.nivel.nl).

Dr. C.J. IJzermans,
Programmaleider NIVEL

februari 2007

Samenvatting

Achtergrond

In de periode juli 2005 - december 2006 is een zelfevaluatie-instrument ontwikkeld waarmee zorginstellingen kunnen nagaan in hoeverre zij voorbereid zijn op rampen met betrekking tot spoedeisende medisch zorgverlening. Dit zelfevaluatie-instrument is ontwikkeld door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), directie Publieke Gezondheid. Het is primair bedoeld als middel voor zorginstellingen om het eigen preparatieniveau in kaart te brengen en als handreiking voor verbetering van dit niveau. Er is een zelfevaluatie-instrument ontwikkeld voor ziekenhuizen en traumacentra, voor ambulancezorginstellingen (Regionale Ambulance Voorzieningen, RAV) en voor de Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA) van het Nederlandse Rode Kruis.

Ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten

Er is in Nederland nog weinig vastgesteld over de voorwaarden waaraan zorginstellingen moeten voldoen voor een goede voorbereiding op rampen. Het staat wel vast dat de reguliere, dagelijkse zorg de basis is voor zorgverlening tijdens ramp; men spreekt van opschaling van de reguliere naar opgeschaalde zorg. In het onderzoek is aan Nederlandse deskundigen gevraagd waaraan een goede voorbereiding op spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp zou moeten voldoen. De zelfevaluatie-instrumenten hebben daarom niet alleen betrekking op de huidige situatie, maar bevatten ook aspecten waaraan in de toekomst aandacht moet worden besteed.

Het onderzoek bestond uit drie fasen. Eerst een ontwerpfase, waarin de eerste versie van het zelfevaluatie-instrument ontwikkeld is op basis van literatuur en adviezen van deskundigen. In de tweede fase is dit eerste ontwerp in verschillende rondes aan deskundigen en koepelorganisaties voorgelegd waarop een tweede en derde versie ontwikkeld werden. Daarover is reeds eerder verslag gedaan (Spijkers et al. 2006). Tot slot is in het najaar van 2006 de vierde versie van de zelfevaluatie-instrumenten onderworpen aan een praktijktest bij de potentiële gebruikers in twee traumaregio's.

Uitgangspunten en vraagstelling (hoofdstuk 1)

De belangrijkste uitgangspunten voor de ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten waren:

- De instrumenten betreffen uitsluitend de spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige incidenten en rampen (opgeschaalde situaties);
- De instrumenten betreffen de voorbereiding op en niet de daadwerkelijke uitvoering van dergelijke zorg;
- De instrumenten bevatten aspecten ('indicatoren') die in de preparatiefase op orde moeten zijn en zo bijdragen aan een kwalitatief goede uitvoering van dergelijke zorg;
- De instrumenten zijn bedoeld voor een interne zelfevaluatie door de betreffende zorgaanbieders;
- De indicatoren hebben vooralsnog geen normstellend karakter.

Doel van de praktijktest die in het najaar van 2006 werd uitgevoerd, was een verdere instrumentontwikkeling. De onderzoeksvragen van deze praktijktest luiden:

1. Zijn de indicatoren in de zelfevaluatie-instrumenten valide?
2. Zijn de zelfevaluatie-instrumenten bruikbaar, dat wil zeggen geschikt voor een ‘nulmeting’ en ‘follow-up metingen’ van de stand van preparatie?
3. Zijn de zelfevaluatie-instrumenten algemeen toepasbaar (generaliseerbaar)?

Methode van de praktijktest (hoofdstuk 2)

De praktijktest bestond uit een vragenlijstonderzoek en een procesmatige en inhoudelijke nabespreking van de zelfevaluatie-instrumenten bij potentiële gebruikers. Daartoe werden de zelfevaluatie-instrumenten uitgezet in twee van de tien traumaregio's in Nederland bij vertegenwoordigers van alle ziekenhuizen/ traumacentra (n=20), ambulancezorginstellingen (n=7) en SIGMA (n=6). In totaal nam 97% van hen deel aan het onderzoek. De deelnemers kregen een praktijktestdocument toegestuurd met daarin ondermeer het betreffende zelfevaluatie-instrument met instructie en twee algemene evaluatie vragenlijsten. De validiteit is nagegaan aan de hand van de compleetheid, actualiteit, juistheid en duidelijkheid van de indicatoren in de zelfevaluatie-instrumenten. Daarbij gaat het er dus om of de indicatoren op het oog meten wat zij behoren te meten (*face validity*). Voor de bruikbaarheid is aan de deelnemers hun mening gevraagd over het nut en toekomstig gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten. Ook is gekeken of het oordeel over de voorbereiding van hun zorginstelling veranderd was na de zelfevaluatie. Bij algemene toepasbaarheid (generaliseerbaarheid) van de zelfevaluatie-instrumenten ging het om de toepasbaarheid in heel Nederland (regionale toepasbaarheid) en de toepasbaarheid voor verschillende rampscenario's, zoals een groot verkeersongeval of een ramp met gevaarlijke stoffen.

Resultaten (hoofdstuk 3) en conclusie van de praktijktest (hoofdstuk 4)

De deelnemers waren over het algemeen positief over de zelfevaluatie-instrumenten en zeer bereidwillig om hun visie te geven en mee te denken over hoe deze nog te verbeteren waren. Voor een gedegen zelfevaluatie werd het door verschillende respondenten van belang geacht om het instrument niet door één maar door meerdere personen binnen de organisatie in te laten vullen. Daarnaast gaven verschillende respondenten aan dat een nabespreking van de zelfevaluatie met een externe partij verhelderend, nuttig en stimulerend kan zijn. Voor de verbetering van zwakke punten is er bijvoorbeeld behoefte aan praktijkvoorbeelden. Een andere terugkerende reactie was dat zorginstellingen wel zelf verantwoordelijk zijn voor een goede voorbereiding, maar dat niet alle indicatoren volledig hun verantwoordelijk zijn, maar bijvoorbeeld ook deels van het GHOR-bureau.

Validiteit

Samenvattend heeft de praktijktest de validiteit van de indicatoren in de zelfevaluatie-instrumenten verhoogd. De instrumenten sluiten aan bij de actualiteit en verschaffen – binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellend karakter – een compleet en duidelijk beeld van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige incidenten en rampen.

Bruikbaarheid

Samenvattend zijn de instrumenten – binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellend karakter – bruikbaar gebleken voor interne nulmetingen en monitoring. Voor het opsporen van ‘best practice’ voorbeelden en voor vergelijkingen van preparatieniveaus tussen zorginstellingen of regio’s zijn zelfevaluaties met een nabespreking met een onafhankelijke, inhoudsdeskundige derde noodzakelijk. Uit de praktijktest ontstond het algemene beeld dat de respondenten het zelfevaluatie-instrument bruikbaar vonden als:

- checklist van punten die in preparatiefase op orde moeten zijn;
- hulpmiddel voor het identificeren van zwakke plekken in de preparatie binnen de eigen organisatie;
- hulpmiddel bij het monitoren of met de geformuleerde beleidsaanpassingen resultaat geboekt wordt (c.q. stimulans tot het instellen van een verbetercyclus van planvorming, actie, evaluatie en bijstelling);
- hulpmiddel om op gestructureerde, zakelijke wijze interne verschillen in de perceptie van het preparatieniveau tussen verschillende hiërarchische niveaus en disciplines boven tafel te krijgen en bespreekbaar te maken;
- hulpmiddel om op gestructureerde wijze tot overleg en afspraken te komen met functionarissen van het bureau voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR), het traumacentrum en/of andere zorginstellingen, bijvoorbeeld over de verantwoordelijkheidsverdeling.

Algemene toepasbaarheid

Samenvattend zijn de zelfevaluatie-instrumenten – binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellende karakter – in heel Nederland toepasbaar. Zij zijn met name toegespitst op rampen waarbij er in een kort tijdsbestek sprake is van een groot aantal ernstig gewonden. Voor de het nagaan van de voorbereiding op een ramp met gevaarlijke stoffen is nadere ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten gewenst. Voor een evaluatie van de voorbereiding van deze drie zorgaanbieders op een grootschalige uitbraak van infectieziektes zijn de zelfevaluatie-instrumenten niet geschikt.

Aanbevelingen (paragraaf 4.4)

Ten eerste wordt aanbevolen in een zelfevaluatie verschillende relevante interne perspectieven te betrekken, bijvoorbeeld uit verschillende hiërarchische niveaus en disciplines.

Hierbij zou gedacht kunnen worden aan:

- a. Bij ziekenhuizen: vertegenwoordiging van het ZiROP beheer, de raad van bestuur die zitting zou kunnen nemen in het crisisteam, en één of meerdere anderen, bijvoorbeeld vertegenwoordiging van de crisiscoördinatie en relevante afdelingen, zoals de sleutelafdelingen (SEH, OK en IC) en de facilitaire dienst.
- b. Bij ambulancezorg: functionarissen die verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de preparatie, bijvoorbeeld de medisch managers, kwaliteitsfunctionarissen, Regionale Opleidingscoördinatoren (ROC) en het hoofd van de meldkamer ambulancezorg. Voorgesteld wordt om het zelfevaluatie-instrument aan de directie aan te bieden die de in die instelling relevante functionarissen bij de zelfevaluatie betreft.
- c. Bij het Nederlandse Rode Kruis: vertegenwoordigers van SIGMA op verschillend hiërarchisch niveau (bijvoorbeeld Coördinatoren Noodhulp Nationaal, Regio coördinatoren, Hoofd Geneeskundige Eenheden, SIGMA-teamleiders).

Het is daarbij tevens aanbevelingswaardig om de zelfevaluatie niet als een zelfstandige activiteit te behandelen, maar deze in te bedden in bestaande activiteiten, bijvoorbeeld het opstellen van een oefenplan, het jaarlijkse gesprek met de Regionaal Geneeskundig Functionaris, of het updaten van rampenprocedures.

Ten tweede wordt voor de verbetering van het preparatieniveau aanbevolen om aan de hand van de zelfevaluatie extern advies in te winnen, bijvoorbeeld bij een onafhankelijke, inhoudsdeskundige. Ook zonder normstellend karakter zou een nabespreking met een inhoudsdeskundige partij een gedegen zelfevaluatie en verbetering van het preparatieniveau kunnen stimuleren. Naast een onafhankelijke externe adviseur, kan gedacht worden aan een nabespreking met een functionaris van het GHOR-bureau en/of het traumacentrum. Het zelfevaluatie-instrument zou dan een bijdrage kunnen leveren aan een gestructureerd gesprek om knelpunten in de acute c.q. GHOR-keten te signaleren en desgewenst te agenderen en om met het GHOR-bureau tot overleg en afspraken te komen over de verantwoordelijkheidsverdeling in de preparatie op rampen.

Ten derde zou de ontwikkeling van door het veld gedragen normen voor de voorbereiding op spoedeisende medische zorgverlening ter hand genomen kunnen worden. Een eerste stap daartoe zou kunnen bestaan uit een uitwisseling van praktijkvoorbeelden, bijvoorbeeld van de preparatie op rampen met gevaarlijke stoffen. Het zelfevaluatie-instrument kan een hulpmiddel zijn voor het opsporen van 'best practices', indien het landelijk toegepast wordt en nabesproken met een onafhankelijke, inhoudsdeskundige. Het is hierbij essentieel dat deze derde partij geaccepteerd wordt door het veld als externe observator of adviseur. Op termijn zouden op basis van die normen in plaats van of in aanvulling op de zelfevaluatie-instrumenten prestatie-indicatoren ontwikkeld kunnen worden.

Leeswijzer

Dit eindrapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft een verslaglegging van de ontwikkeling en de praktijktest van de zelfevaluatie-instrumenten. Het tweede deel van dit rapport (crèmekleurige papier) betreft de definitieve zelfevaluatie-instrumenten.

Na het eerste inleidende hoofdstuk biedt hoofdstuk 2 een korte toelichting op de eerdere onderzoeksfase (Spijkers et al., 2006) en vervolgens een beschrijving van de methode van de praktijktest die heeft plaatsgevonden in de periode augustus-december 2006. Een lijst met afkortingen en begrippen en de in de praktijktest gebruikte algemene vragenlijsten zijn te vinden in de bijlagen 1 tot en met 3.

Hoofdstuk 3 behandelt de algemene bevindingen van de praktijktest aan de hand van de validiteit, bruikbaarheid en algemene toepasbaarheid (generaliseerbaarheid). Paragraaf 3.1 betreft de bevindingen die van toepassing zijn op elk van de drie zelfevaluatie-instrumenten (ziekenhuizen/ traumacentra, ambulancezorginstellingen, SIGMA). Daarna volgen de bevindingen die specifiek betrekking hebben op één van de drie zelfevaluatie-instrumenten, respectievelijk in de paragrafen 3.3, 3.4 en 3.5. In bijlage 4 staan de indicatoren voor het Mobiel Medisch Team. De versie van de instrumenten die in de praktijktest gebruikt is staan in de bijlagen 5, 6 en 7. Daarin staan ook de resultaten op indicatorniveau met gevolgtrekkingen voor de definitieve instrumenten.

Hoofdstuk 4 betreft een nabeschouwing met conclusies en aanbevelingen ondermeer voor het toekomstige gebruik van de instrumenten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en opzet van het onderzoek

De afgelopen jaren is de maatschappelijke en politieke belangstelling voor de rol van de gezondheidszorg in de opvang en behandeling van gewonden bij grootschalige incidenten en rampen 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 speelt hierin ook de dreiging van terreuraanslagen een rol, zoals die in Madrid en Londen. Zowel het openbaar bestuur als de betrokkenen in de gezondheidszorg zijn zich in toenemende mate bewust van de noodzaak zich goed voor te bereiden op de opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening die in dergelijke situaties vereist is. Het is echter nog niet geheel duidelijk aan welke normen deze voorbereiding (preparatie) dient te voldoen en wat daarbij de kwaliteitsparameters zijn. Dit was voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS; directie Publieke Gezondheid) in juli 2005 aanleiding om het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) subsidie te geven voor het ontwikkelen van indicatoren voor de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties. In het kader van dit onderzoek heeft het NIVEL twee rapporten uitgebracht. In het eerste tussenrapport getiteld 'Zelfevaluatie van de voorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening; op weg naar een benchmark' (Spijkers et al., 2006) werd de totstandkoming van de indicatoren beschreven. Dit tweede en tevens laatste rapport, beschrijft het vervolgonderzoek (augustus 2006 - december 2006), waarin de indicatoren werden onderworpen aan een praktijktest en werden omgezet in definitieve indicatoren.

Naast het ontwikkelen van indicatoren voor de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening, werden door het ministerie van VWS diverse andere projecten geïnitieerd om de kwaliteit van de voorbereiding op rampen te verbeteren. Eén van deze initiatieven is de inwerkingtreding van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) die het opstarten van een regionaal acute zorgoverleg stimuleert. In deze overlegvorm dienen onderwerpen gerelateerd aan de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) standaard op de agenda te staan (Ministerie van VWS, 2006). Verder werd door de expertgroep Format ZiROP een leidraad ontwikkeld die door ziekenhuizen gebruikt kan worden om het ziekenhuis rampenopvangplan voor externe rampen (ZiROP) te actualiseren (Expertgroep Format ZiROP, 2005). In het verlengde hiervan heeft ZonMW op verzoek van het ministerie van VWS het kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen opgestart, waarbij ziekenhuizen financiering kunnen aanvragen om de voorbereiding op rampen binnen de eigen organisatie te borgen in een kwaliteitssysteem (www.zonmw.nl). Naar verwachting zullen deze initiatieven in combinatie met de in dit onderzoek ontwikkelde indicatoren, een positieve impuls geven aan de kwaliteit van de voorbereiding op rampen.

1.2 Achtergronden

Indicatoren

De kwaliteit van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening kan op een hoger niveau worden gebracht door knelpunten te inventariseren en vervolgens verbeterlagen te maken. Knelpunten kunnen opgespoord worden met behulp van zogenaamde indicatoren. Een indicator wordt daarbij opgevat als een hulpmiddel om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg. Colsen en Casparie (1995) definiëren een indicator als: 'een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg'. Voor onderhavig onderzoek betekent dit, dat de kwaliteit van 'de preparatie op' en niet de kwaliteit van de 'daadwerkelijke geleverde zorg' in kaart wordt gebracht.

Indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden. Enerzijds zou een toezichthoudende instantie zoals de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de indicatoren kunnen gebruiken om de prestaties van de zorgverleners in beeld te brengen en onderling te vergelijken. Anderzijds kunnen indicatoren worden gebruikt als zelfevaluatie-instrument, waarmee een organisatie een 'nulmeting' kan uitvoeren van de kwaliteit binnen de eigen organisatie om zodoende knelpunten zichtbaar te maken.

De indicatoren in dit onderzoek vormen samen een instrument waarmee zorginstellingen de interne voorbereiding kunnen evalueren (zelfevaluatie-instrument). Voor zelfevaluatie is gekozen nadat uit contacten met het veld bleek dat men nog niet toe was aan toetsing met behulp van prestatie-indicatoren en dat zelfevaluatie momenteel een belangrijke stap voorwaarts is. Naast de genoemde interne 'nulmeting' kan het zelfevaluatie-instrument worden ingezet als 'monitor' waarmee na verloop van tijd het effect van verbeterinitiatieven in de organisatie kan worden gemeten.

De zelfevaluatie-instrumenten bestaan met name uit generieke indicatoren die bij elke ramp aan de orde kunnen zijn. Slechts bij uitzondering wordt er gedifferentieerd voor de verschillende ramptypen (bijvoorbeeld ramp met gevaarlijke stoffen).

Beoogde gebruikers van de zelfevaluatie-instrumenten

In dit onderzoek zijn zelfevaluatie-instrumenten ontwikkeld voor de belangrijkste actoren in de opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening, te weten: ziekenhuizen/traumacentra, ambulancezorginstellingen (meldkamers ambulancezorg en ambulancediensten) en Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie (SIGMA; vrijwilligers van het Nederlandse Rode Kruis [NRK]). Zij vormen samen met onder andere het GHOR-bureau, huisartsen(-posten), Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ); de zogenoemde GHOR-ketenpartners.

Het was in eerste instantie de bedoeling eveneens een zelfevaluatie-instrument voor de GHOR-bureaus te ontwikkelen. De Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF-en) werd gevraagd hieraan een inhoudelijke bijdrage te leveren. In 2003 werd door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) echter reeds een certificeringsschema voor de GHOR-bureaus ontwikkeld (Stichting HKZ, 2004). Vanuit dit oogpunt vond de werkgroep kwaliteit van de Raad van RGF-en dat een zelfevaluatie-instrument GHOR-bureau voor verwarring in het veld zou kunnen zorgen en als een doublure met HKZ-certificering zou worden beleefd. Mede op grond van dit bezwaarpunt is er geen zelfevaluatie-instrument voor GHOR-bureau ontwikkeld.

Ofschoon er aanvankelijk ook plannen waren om indicatoren voor huisartsen(-posten) te ontwikkelen, diende zich tijdens het ontwikkelingstraject een reden aan om hier in dit onderzoek van af te zien. In opdracht van de directie Curatieve Zorg van het Ministerie van VWS is het NIVEL in september 2005 gestart met een onderzoek dat als doel heeft om indicatoren te ontwikkelen voor de reguliere acute zorg. Hoewel beide onderzoeken wat betreft hun doelstelling en werkveld raakvlakken hebben, is destijds gekozen voor twee afzonderlijke onderzoekstrajecten. Hierbij werd afgesproken om eventuele indicatoren voor de huisartsen(-posten) onder te brengen in het instrument voor de reguliere acute zorg (Meiberg et al., 2007). Voor andere GHOR-ketenpartners, zoals GGD, GGZ, verpleeghuis- en thuiszorginstellingen en andere NRK takken (bijvoorbeeld ‘opvang en verzorging’ en ‘verwanteninformatie’) is in eerste instantie eveneens geen zelfevaluatie-instrument opgesteld.

Onderwerp van de zelfevaluatie-instrumenten

Onder GHOR worden drie rampbestrijdingsprocessen geschaard, waarvoor de GHOR de eindverantwoordelijkheid draagt. De eerste is ‘Geneeskundige Hulpverlening-Somatisch’, oftewel opvang en behandeling van gewonden, waaronder ook de spoedeisende medische zorgverlening valt. De andere twee taken betreffen Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR) en Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG). De opdracht van het onderhavige onderzoek richt zich op de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij rampen en grootschalige incidenten.

Binnen de GHOR wordt de voorbereiding op rampen en grootschalige incidenten onderverdeeld in pro-actie, preventie en preparatie. De drie zelfevaluatie-instrumenten richten zich op de acties die in de ‘preparatiefase’ genomen kunnen worden door ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorg en SIGMA, zoals het opstellen en updaten van rampbestrijdingsprocedures, het aanschaffen van materiaal en het benoemen, opleiden, trainen en oefenen van gekwalificeerd personeel. Hierdoor kan, bij het daadwerkelijk bestrijden van een ramp, ‘de repressiefase’, kwalitatief goede zorg geleverd worden. De zelfevaluatie-instrumenten hebben dus geen betrekking op pro-actie (het wegnemen van structurele oorzaken van incidenten) en preventie (het nemen van preventieve maatregelen voor bestaande risico's). De ‘nazorgfase’ (alles wat nodig is om zo snel mogelijk de gevolgen te herstellen en in de 'normale' situatie en verhoudingen terug te keren) komt alleen aan bod bij de zaken die hiervoor in voorbereidende zin kunnen plaatsvinden.

1.3 Doelstelling en vraagstelling praktijktest

Doel van deze praktijktest was om te komen tot zelfevaluatie-instrumenten, die geschikt zouden zijn voor interne nulmeting en monitoring in geheel Nederland. De onderzoeksvragen van deze praktijktest, luiden:

1. Zijn de indicatoren in de zelfevaluatie-instrumenten valide?
2. Zijn de zelfevaluatie-instrumenten bruikbaar, dat wil zeggen geschikt voor een ‘nulmeting’ en ‘follow-up metingen’ van de stand van preparatie?
3. Zijn de zelfevaluatie-instrumenten algemeen toepasbaar (generaliseerbaar)?

Naast beantwoording van bovenstaande onderzoeksvragen worden in de nabeschatting aanbevelingen gedaan voor ondermeer toekomstig gebruik en ontwikkelingsmogelijkheden van de zelfevaluatie-instrumenten.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd uit twee delen. Het eerste deel betreft een verslaglegging van de ontwikkeling en de praktijktest van de zelfevaluatie-instrumenten inclusief de beantwoording van de onderzoeksvragen. Het tweede deel van dit rapport (crèmekleurige papier) betreft de definitieve zelfevaluatie-instrumenten, inclusief een instructie voor gebruik en een verklarende woordenlijst.

Na dit eerste inleidende hoofdstuk start hoofdstuk 2 met een korte beschrijving van de methode gebruikt in een eerdere onderzoeksfase (Spijkers et al., 2006). Hierop volgt een uitgebreide beschrijving van de methode van de praktijktest die heeft plaatsgevonden in de periode augustus-december 2006. Een lijst met afkortingen en begrippen alsmede de in de praktijktest gebruikte vragenlijsten zijn te vinden in de bijlagen 1 tot en met 3.

Hoofdstuk 3 behandelt de algemene bevindingen van de praktijktest aan de hand van de thema's validiteit, bruikbaarheid en generaliseerbaarheid. Paragraaf 3.1 betreft de bevindingen die van toepassing zijn op elk van de drie zelfevaluatie-instrumenten (ziekenhuizen/traumacentra, ambulancezorginstellingen, SIGMA). Daarna volgen de bevindingen die specifiek betrekking hebben op één van de drie zelfevaluatie-instrumenten, respectievelijk in de paragrafen 3.3, 3.4 en 3.5. In bijlage 4 zijn de indicatoren met betrekking tot het Mobiel Medisch Team te vinden. In de bijlagen 5, 6 en 7 staat de versie van de drie zelfevaluatie-instrumenten die in de praktijktest gebruikt is. Daarin geïntegreerd staan de resultaten op indicatorniveau met eventuele gevolgtrekkingen voor de definitieve instrumenten. Hoofdstuk 4 betreft een nabeschatting met conclusies en aanbevelingen ondermeer voor het toekomstige gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten.

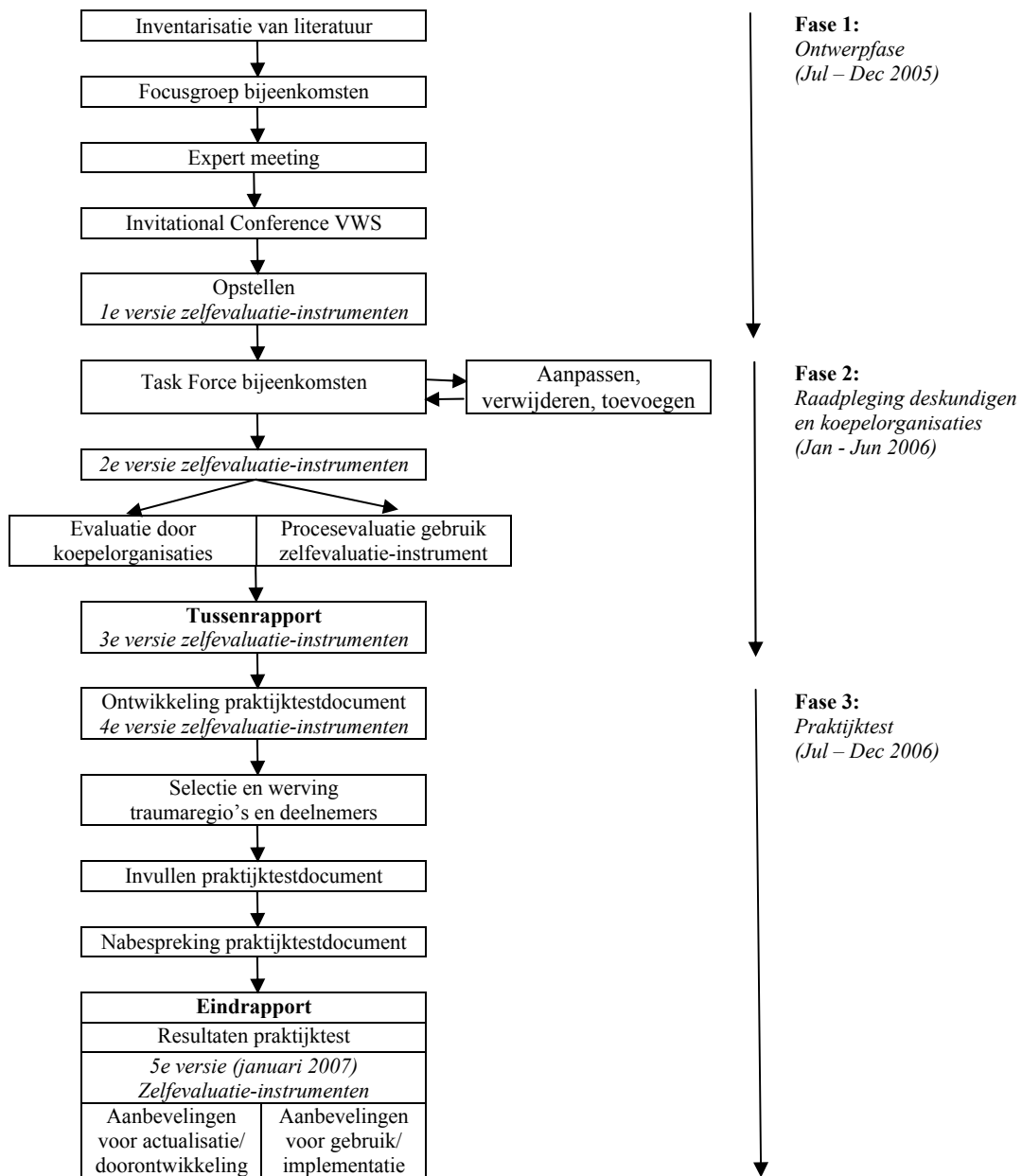
2 Methode

2.1 Ontwikkelingstraject zelfevaluatie-instrumenten

Tot op heden is er in Nederland nog weinig vastgesteld over de voorwaarden waaraan zorginstellingen moeten voldoen voor een kwalitatief goede preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij een externe ramp of grootschalig incident. Het staat wel vast dat de reguliere zorg de basis is van waaruit opgeschaald wordt ten tijde van een dergelijke calamiteit. Tijdens de ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten is op verschillende wijzen contact gezocht met diverse deskundigen en belanghebbende veldpartijen met als primair doel informatie te verzamelen over punten waaraan een kwalitatief goede preparatie op rampen zou moeten voldoen. De ontwikkelde zelfevaluatie-instrumenten sluiten daardoor niet overal aan op de actuele situatie; zij weerspiegelen dan de gewenste (toekomstige) situatie. Daardoor kunnen zij een stimulans bieden ter verbetering van het preparatieniveau. Een tweede doel was het creëren van draagvlak bij deze partijen voor de ontwikkelde zelfevaluatie-instrumenten.

Het gehele ontwikkelingsproces kan verdeeld worden in drie fasen (figuur 2.1): een ontwerpfase, een raadpleging van deskundigen en veldpartijen, en een praktijktest. Deze rapportage gaat over de derde fase, de praktijktest van de in eerdere fasen ontwikkelde zelfevaluatie-instrumenten. De volgende paragrafen geven een korte beschrijving van de methoden en bevindingen in de eerste twee ontwikkelingsfasen, waarover in een tussenrapport al uitgebreid verslag gedaan is (Spijkers et al., 2006).

Figuur 2.1: Het ontwikkelingstraject van de zelfevaluatie-instrumenten



2.2 Voorgaande ontwikkelingsfasen

In de eerste en tweede ontwikkelingsfase is op verschillende wijzen contact gezocht met deskundigen en belanghebbende partijen teneinde kennis te vergaren en draagvlak te creëren voor de zelfevaluatie-instrumenten. De processtappen in de ontwerpfase en de raadpleging van deskundigen en koepelorganisaties worden hieronder kort toegelicht en zijn in een eerdere rapportage uitvoerig besproken (Spijkers et al., 2006). Belangrijke ontwikkelingen in de zelfevaluatie-instrumenten in de voorgaande twee onderzoeksfasen zijn ondermeer het opstellen van aparte zelfevaluatie-instrumenten voor ziekenhuizen/traumacentra, ambulancezorg (d.w.z. meldkamer ambulancezorg en ambulancediensten)

en SIGMA; het inrichten van deze zelfevaluatie-instrumenten in vier domeinen (procedures; personeel en middelen; opleiden, trainen en oefenen; samenwerking); en het integreren van de inhoudelijke adviezen en commentaren ten aanzien van de indicatoren binnen deze domeinen.

- *Inventarisatie literatuur*

Als uitgangspunt voor het eerste ontwerp van de zelfevaluatie-instrumenten dienden bestaande onderzoeksrapportages over de paraatheid van de geneeskundige hulpverlening in Nederland, alsmede wetsteksten, kwaliteitsnormen en beleidsvisiedocumenten.

- *Focusgroep bijeenkomsten*

In twee proefregio's zijn 7 focusgroepen georganiseerd waaraan 34 medewerkers van GHOR-bureaus, ambulancezorg, ziekenhuizen en traumacentra deelnamen en waarin een vooraf opgestelde onderwerpenlijst inhoudelijk werd besproken.

- *Expert meeting*

Tijdens een expert meeting op 15 november 2005 werden met 25 deskundigen van de belanghebbende koepelorganisaties onder meer kritische succesfactoren voor een goede rampenbestrijding en aandachtspunten voor de ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten geïnventariseerd.

- *Invitational conferences VWS*

Op 8 december 2005 en 23 maart 2006 heeft het NIVEL presentaties over het tot dan toe verrichtte onderzoek gehouden op twee door het VWS georganiseerde Invitational Conferences ('Fail to prepare, is to prepare a failure', deel 1 in Den Haag en deel 2 in Utrecht).

- *Task force bijeenkomsten*

In de task force waren de belangrijkste partijen van de spoedeisende medische zorgverleningsketen vertegenwoordigd en daarnaast deskundigen van brandweer en politie. In de drie achtereenvolgende task force bijeenkomsten (februari-april 2006) werden de meest recente concept zelfevaluatie-instrumenten steeds verder uitgewerkt, gereduceerd en aangescherpt, waarbij onder andere de compleetheid, relevantie, actualiteit en specificiteit van de indicatoren aan de orde kwamen. Na iedere bijeenkomst werden de task force leden telefonisch of per e-mail geconsulteerd voor gedetailleerd commentaar op de indicatoren.

- *Evaluatie door koepelorganisaties*

In mei 2006 zijn de zelfevaluatie-instrumenten ter evaluatie aangeboden aan de koepelorganisaties van de belanghebbende GHOR ketenpartners. De hieruit voortkomende suggesties en opmerkingen zijn waar mogelijk verwerkt in de zelfevaluatie-instrumenten die voor de praktijktest gebruikt zijn (zie paragraaf 2.3.2).

- *Procesevaluatie gebruik zelfevaluatie-instrument*

Als voorbereiding op de derde onderzoeksfase is in mei-juni 2006 een pilot uitgevoerd bij één traumacentrum en vijf ziekenhuizen uit de proefregio's van de eerste onderzoeksfase. Doelstelling was het inventariseren van praktische problemen en de gewenste begeleiding bij het gebruik van het zelfevaluatie-instrument. De deelnemers ontvingen daartoe het betreffende zelfevaluatie-instrument per e-mail en bespraken vervolgens het proces van invullen met een van de onderzoekers.

- *Tussenrapport*

De participanten in deze ontwikkelingsfasen en andere betrokkenen werden in december 2005 en april 2006 middels een nieuwsbrief op de hoogte gebracht van de voortgang van het onderzoek en ontvingen tevens een exemplaar van het tussenrapport met daarin de derde versie van de zelfevaluatie-instrumenten (Spijkers et al., 2006).

2.3 Praktijktest van de zelfevaluatie-instrumenten

2.3.1 Opzet praktijktest en operationalisatie

De praktijktest had een verdere instrumentontwikkeling tot doel. Daartoe is gekozen om de zelfevaluatie-instrumenten uit te testen bij de betreffende zorginstellingen in twee van de tien traumaregio's in Nederland. Voor deze praktijktest is een *praktijktestdocument* ontwikkeld met daarin een toelichting op het onderzoek, het zelfevaluatie-instrument met instructie, twee algemene vragenlijsten (bijlage 2 en 3), een toelichting op de nabespreking en een verklarende woordenlijst. Zowel de algemene vragenlijsten als de nabespreking van de zelfevaluatie leverden gegevens voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen en tevens een verdere verbetering van de zelfevaluatie-instrumenten. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de operationalisatie van de begrippen uit deze onderzoeksvragen: validiteit, bruikbaarheid, en generaliseerbaarheid. Bij de validiteit van de indicatoren gaat het er in deze praktijktest om of de indicatoren op het oog meten wat zij behoren te meten (*face validity*).

Tabel 2.1: Operationalisatie van de onderzoeksvragen

Aspect	Algemene vragenlijsten	Nabespreking
Validiteit	<ul style="list-style-type: none"> • Compleetheid en overbodigheid • Juistheid en actualiteit (begrippen, aansluiting op praktijk) • Duidelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Nabespreken interpretatie van de indicatoren/begrippen versus wat bedoeld is • Nagaan hoe tot antwoord gekomen wordt en wat dat antwoord inhoudt versus wat beoogd is
Bruikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Vergelijking oordeel van het eigen preparatieniveau voor en na de zelfevaluatie • Gebruiksnut • Toekomstig gebruik • Toekomstig gebruiksdoel • Gebruiksvriendelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreken visie op gebruik in de praktijk (door wie, op welke wijze)
Generaliseerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale toepasbaarheid • Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale toepasbaarheid en interpretatieverschillen tussen zorginstellingen ten aanzien van de (begrippen in de) indicatoren en de antwoorden

2.3.2 *Ontwikkeling van het praktijktestdocument*

Zelfevaluatie-instrumenten

Gebruiksklaar maken zelfevaluatie-instrumenten voor de praktijktest

Na publicatie van het tussenrapport hebben de onderzoekers de zelfevaluatie-instrumenten nogmaals onder de loep genomen om de laatste verbeteringen toe te passen. De koepelorganisaties brachten nog in dat naar hun mening bepaalde indicatoren te sterk op de toekomst gericht waren en dat er nog gebrekkige weging/ prioritering was van bepaalde indicatoren. De onderzoekers hebben er bewust voor gekozen om de toekomstgerichte indicatoren te behouden. De reden is dat het doel van de zelfevaluatie-instrumenten niet alleen is om inzicht te geven in het huidige kwaliteitsniveau van de preparatie, maar ook het bieden van een handreiking en stimulans voor verbetering van dat kwaliteitsniveau. De volgende punten zijn in deze periode wel verwerkt in de zelfevaluatie-instrumenten.

1. Voor de zelfevaluatie-instrumenten voor de ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorg en SIGMA is zoveel mogelijk een uniforme opzet toegepast wat betreft terminologie en onderverdeling in domeinen, subdomeinen, indicatoren en subindicatoren (deze laatste werden voorheen 'checklist items' genoemd); de subindicatoren beslaan punten waaraan tenminste voldaan moet zijn om aan de betreffende indicator te voldoen.
2. Er zijn drie antwoordkolommen ingevoegd: 'Ja', 'Nee' en 'Anders/deels, namelijk'.
3. In de domeinen zijn op meer uniforme wijze evaluatiecycli (van planvorming, uitvoering, evaluatie, verbetering) ingebouwd.
4. Bij bepaalde indicatoren is het nog resterende 'normstellende karakter' verwijderd.
5. De indicatoren gaan nu consequent over de vraag óf aan die punten voldaan is en niet meer over de vraag h oe daaraan voldaan moet worden.

6. Er is getracht het zelfevaluatie-instrument meer te laten aansluiten bij de centrale posities van de regionaal geneeskundige functionarissen en traumacentra.
7. Er is structuur aangebracht in het domein ‘Samenwerking’ door samenwerking op verschillende niveaus aan bod te laten komen:
 - a. binnen de eigen organisatie (bijvoorbeeld een interne commissie voor de preparatie op externe rampen);
 - b. met soortgelijke zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuizen en een traumacentrum onderling);
 - c. met functionarissen van het GHOR-bureau (bijvoorbeeld met de RGF);
 - d. met verschillende GHOR-ketenpartners (bijvoorbeeld als agendapunt in regionaal overleg over reguliere acute zorg).

Op elk niveau van samenwerking is vervolgens ingezoomd op verschillende vormen van samenwerking, te weten: overleg, afspraken, kennisoverdracht en -uitwisseling.

De zelfevaluatie-instrumenten (versie 4.0) die in het praktijktestdocument waren opgenomen staan in de bijlagen 5, 6 en 7. Daarin is in plaats van de voornoemde antwoordkolommen één kolom geplaatst, waarin het inhoudelijke commentaar van de deelnemers per indicator is samengevat.

Instructie bij het zelfevaluatie-instrument

In de instructie van elk zelfevaluatie-instrument is toegelicht hoe het instrument is opgebouwd, hoe het ingevuld dient te worden en dat er ruimte is gereserveerd om te noteren bij welke onderdelen collega’s geraadpleegd zijn en hoe deze tot het antwoord gekomen zijn. Bij de deelnemers is nogmaals benadrukt dat het gaat om de preparatie op (en niet zozeer de werkelijk uitvoering van) spoedeisende medische zorgverlening en bij ziekenhuizen om grootschalige incidenten en rampen die zich buiten het ziekenhuis afspelen (externe rampen i.t.t. interne rampenplannen).

Het zelfevaluatie-instrument in het praktijktestdocument was onderverdeeld in domeinen (en subdomeinen):

- Procedures ([ZiROP algemeen], Opschalen, Instandhouden opgeschaalde zorg, Afschalen, Evaluatie);
- Personeel en middelen;
- Opleiden, trainen en oefenen (Opleiden en trainen, Oefenen en Deskundigheidstoetsing);
- Samenwerking (binnen de eigen organisatie, met soortgelijke zorginstellingen, met functionarissen van het GHOR-bureau, en met verschillende GHOR-ketenpartners).

De (sub)domeinen omvatten een aantal genummerde indicatoren (1.1, 1.2 etc.) en sub-indicatoren (1.1.1, 1.1.2 etc.). De nummering begon bij elk van de vier domeinen opnieuw bij 1. De indicatoren waren in de vorm van een stelling geformuleerd, waarbij de respondent de keuze had uit drie antwoordmogelijkheden:

Ja	Nee	Anders / Gedeeltelijk, namelijk
Het ziekenhuis / de ambulancezorginstelling / de SIGMA in mijn regio voldoet / voldoen volledig aan deze indicator.	Het ziekenhuis / de ambulancezorginstelling / de SIGMA in mijn regio voldoet / voldoen geheel niet aan deze indicator.	Het ziekenhuis / de ambulancezorginstelling / de SIGMA in mijn regio heeft / hebben deze indicator op een andere manier ingevuld of voldoet/ voldoen gedeeltelijk aan deze indicator.

De respondent werd verzocht alle indicatoren van een antwoord te voorzien door het juiste antwoord in de betreffende kolom aan te kruisen. Bij ‘Anders/ Gedeeltelijk, namelijk’ werden zij verzocht een korte toelichting te noteren (in steekwoorden) over op welke andere manier invulling gegeven werd aan de indicator dan wel voor welk gedeelte al voldaan was aan de indicator en welke ontwikkelingen gepland waren om hieraan in de toekomst geheel te voldoen. Uitgangspunt was dat deze informatie voor henzelf helder was, zodat zij in principe op een later tijdstip zouden kunnen nagaan of op dit punt vooruitgang geboekt werd. Naast deze meerkeuzevragen waren er enkele open vragen (bijvoorbeeld hoe vaak er een rampenoefeningen gehouden wordt: keer per maanden/jaar). De deelnemers van ziekenhuizen werden er nog op gewezen dat indicatoren over ‘het traumacentrum’ en ‘Medisch Mobiel Team (MMT) functionarissen’ alleen van toepassing waren op traumacentra. Tot slot is aan de deelnemers gevraagd bij aanvang en na afloop van de zelfevaluatie de tijd te noteren, zodat een indruk van de tijdsbesteding aan de zelfevaluatie verkregen kon worden.

Algemene vragenlijsten

In de bijlagen 2 en 3 zijn de twee algemene vragenlijsten opgenomen die de deelnemers respectievelijk voorafgaand aan en na afloop van de zelfevaluatie in dienden te vullen. In deze vragenlijsten werd ondermeer het algemene oordeel van de respondent gevraagd over het preparatieniveau van de betreffende organisatie en over het zelfevaluatie-instrument. In beide algemene vragenlijsten is de respondent gevraagd naar:

1. Een rapportcijfer voor het preparatieniveau van de eigen organisatie (op een schaal van 0 [zeer slecht] tot en met 10 [optimaal]);
2. Sterke punten in de preparatie in de eigen organisatie (open vraag);
3. Zwakke punten in de preparatie in de eigen organisatie (open vraag).

De tweede algemene vragenlijst (na afloop van de zelfevaluatie) bevatte ook vragen over:

4. De toepasbaarheid van het zelfevaluatie-instrument voor negen verschillende typen grootschalige situaties (bijvoorbeeld transportongeval, overstroming en ramp met gevaarlijke stoffen, ja/nee stellingen);
5. Het oordeel over de (a) compleetheid, (b) overbodigheid, (c) juistheid en actualiteit, (d) duidelijkheid en (e) regionale toepasbaarheid van het zelfevaluatie-instrument (5 open vragen);
6. Het ervaren gebruiksnuut (4 ja/nee stellingen);
7. Toekomstig gebruik (ja/nee);
8. Toekomstig gebruiksdoeleinden (4 ja/nee vragen, 1 open vraag);
9. Het oordeel over de gebruiksvriendelijkheid (4 meerkeuze vragen, 1 open vraag).

Deze algemene vragenlijsten hadden tot doel om:

- de deelnemer alvast te prikkelen na te denken over mogelijke verbeterpunten ten aanzien van het zelfevaluatie-instrument, als voorbereiding op de nabespreking (zie vraag 5a-d en 9);
- na te gaan of het uitvoeren van de zelfevaluatie het oordeel van de deelnemer beïnvloed had ten aanzien van de kwaliteit van de preparatie van de eigen organisatie en sterke en zwakke punten daarin (zie vragen 1 t/m 3 in beide algemene vragenlijsten);
- het ervaren gebruiksnuut en toekomstig gebruik in kaart te brengen (vragen 6 t/m 8);

- een indruk te krijgen van de toepasbaarheid van het zelfevaluatie-instrument in verschillende regio's (generaliseerbaarheid; vraag 5e) en verschillende typen rampen (vraag 4).

2.3.3 *Nabespreking*

Enkele weken na de verzending van het zelfevaluatie-instrument is het uitvoeren van de zelfevaluatie procesmatig en inhoudelijk geëvalueerd middels een semi-gestructureerde nabespreking op locatie. De nabespreking werd op een geluidsband opgenomen voor nadere verwerking door de onderzoekers.

De nabesprekingen zijn door twee onderzoekers verricht, elk verantwoordelijk voor de besprekingen in één traumaregio. Om de nabespreking te structureren is ten eerste een vaste volgorde van de nabespreking aangehouden, waarbij eerst het domein 'Samenwerking' besproken is om een algemene indruk te verkrijgen en vervolgens de domeinen Procedures, Personeel en middelen en Opleiden, trainen en oefenen. Ten tweede zijn er door de onderzoekers bij alle indicatoren 'evaluatie punten' opgesomd, die aan de orde gesteld zouden worden tijdens de nabesprekingen. In het algemeen is in de nabespreking gevraagd naar de interpretatie van gebruikte begrippen (zoals 'besluitvormingsproces' en 'bereikbaar/inzetbaar') en of er bij een bepaald onderwerp indicatoren ontbraken of overbodig, onjuist, onduidelijk, achterhaald of juist te toekomstgericht zijn. Daarnaast is bij het domein 'Samenwerking' gevraagd naar welke samenwerkingsverbanden er bestaan en waar die samenwerking in de praktijk uit bestaat. Bijvoorbeeld bij de indicatoren over 'overleg' is ingegaan op de frequentie van dit overleg, of dit structureel of *ad hoc* plaatsvindt, of het bilateraal is, wie er vertegenwoordigd zijn, wat (vaste en *ad hoc*) agenda-punten zijn en hoe het besprokene vervolgens de eigen organisatie ingaat.

2.3.4 *Selectie en werving traumaregio's en deelnemers*

Selectie van traumaregio's

Voor de praktijktest heeft de opdrachtgever twee (van de tien) traumaregio's geselecteerd en de betreffende traumacentra benaderd. Nadat medewerking was toegezegd, werden zij in september 2006 door één van de onderzoekers benaderd voor een informatief gesprek en het afstemmen van de praktische aanpak.

Werving van deelnemers

De beoogde deelnemers waren (a) alle ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp waar slachtoffers van een ramp opgevangen kunnen worden, inclusief de traumacentra zelf, (b) alle ambulancezorginstellingen (dat wil zeggen meldkamer ambulancezorg en ambulancedienst) en (c) de Coördinatoren dan wel Regiocoördinatoren Noodhulp Nationaal van het Nederlandse Rode Kruis (wat betreft SIGMA) die actief zijn in de geselecteerde traumaregio's. Ten aanzien van de ziekenhuizen wordt opgemerkt dat er in totaal vijf ziekenhuisinstellingen zijn met meerdere locaties die over een afdeling SEH beschikken voor slachtofferopvang. Bij één van deze ziekenhuisinstellingen zijn beide locaties afzonderlijk benaderd, in de andere gevallen is één van de locaties benaderd en is tijdens de nabespreking aandacht besteed aan de situatie bij de andere locaties van die instelling.

Om verschillende invalshoeken en geschikte aanspreekpunten voor implementatie na te gaan is zowel bij ziekenhuizen als bij het Nederlandse Rode Kruis op twee hiërarchische

niveaus ingestoken. Bij ziekenhuizen zijn in alle gevallen de contactpersonen betreffende het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan ('ZiROP contactpersonen') benaderd en is daarnaast bij vier ziekenhuizen (2 per traumaregio) tevens een lid van de Raad van Bestuur benaderd. Bij het Nederlandse Rode Kruis zijn in de ene traumaregio de Coördinatoren Noodhulp Nationaal (beroepskrachten) benaderd en in de andere traumaregio de Regio-coördinatoren Noodhulp Nationaal (vrijwilligers). Bij de ambulancezorginstellingen (meldkamer en ambulancediensten) is de directie benaderd en is hen gevraagd wie binnen hun organisatie de aangewezen persoon was voor deelname.

Voor het benaderen van de potentiële deelnemers is ten behoeve van de respons gebruik gemaakt van de bestaande contacten tussen de traumacentra en deze zorgverleners. De potentiële deelnemers ontvingen een door het NIVEL opgestelde en tevens door het traumacentrum ondertekende brief, waarin de praktijktest werd toegelicht, vermeld werd dat het betreffende traumacentrum het onderzoek ondersteunde en de geadresseerde om medewerking werd gevraagd. In de brief werd expliciet vermeld dat het doel verdere instrumentontwikkeling was en dat daarom de uitslagen van de zelfevaluaties níet publiekelijk bekend gemaakt zouden worden en dat zij hierover geen terugkoppeling zouden ontvangen. Ook werd toegelicht dat hun deelname twee delen zou omvatten, elk van naar schatting 1 tot 1,5 uur: het invullen van het praktijktestdocument en een nabespreking. Tot slot werd aangekondigd dat één van de onderzoekers binnenkort telefonisch contact met de geadresseerde op zou nemen voor mondelinge toestemming en verdere afstemming. Het onderzoek is tevens onder de aandacht gebracht bij de ZiROP contactpersonen tijdens een reguliere vergadering met het traumacentrum.

2.3.5 *Statistische en kwalitatieve analyse*

Algemene vragenlijsten

De antwoorden op de algemene vragenlijsten zijn in een voorgeprogrammeerde SPSS (versie 11.5) spreadsheet ingevoerd. De ingevoerde gegevens zijn gecontroleerd door de andere onderzoeker, waarbij eventuele inconsistenties gerectificeerd zijn. Vervolgens zijn de rapportcijfers en sterke en zwakke punten in de preparatie op rampen na afloop van de zelfevaluatie vergeleken met die van vóór de zelfevaluatie om na te gaan of de zelfevaluatie het oordeel van de deelnemer had veranderd. Voor de rapportcijfers is gekeken welk aandeel na afloop een lager, hetzelfde of een hoger cijfer gaf. Bij de sterke en zwakke punten is gekeken of men wel of niet andere punten opsomde na de zelfevaluatie. Bij de gesloten vragen (ja/nee) wordt het aantal respondenten dat 'ja' antwoordde gepresenteerd. De antwoorden op vraag 5 (punten die ontbraken of overbodig, onjuist/niet actueel of onduidelijk waren, of die men niet van toepassing achtte in de eigen regio) en vraag 9d (suggesties voor een andere antwoordcategorieën) zijn in de nabespreking aan bod gekomen en worden in hoofdstuk 3 behandeld.

Nabespreking

Alle nabesprekingen zijn opgenomen op een geluidsband en daarna afgeluisterd door de onderzoeker in kwestie, waarbij het eventuele commentaar van de deelnemer per indicator genoteerd is in een digitaal blanco exemplaar van het zelfevaluatie-instrument. Vervolgens is per traumaregio en voor ziekenhuizen/traumacentra, ambulancezorg en SIGMA afzonderlijk een samenvattende tabel gemaakt van het commentaar van alle deelnemers. De onderzoekers hebben dit samengevatte commentaar van de deelnemers

uit de twee traumaregio's besproken, waarbij aandacht besteed is aan consequent commentaar en eventuele interpretatieverschillen tussen beide traumaregio's en tussen veiligheidsregio's. Op basis van die bespreking is één overkoepelende tabel gemaakt met het commentaar uit beide traumaregio's op indicatorniveau, waarbij ook de eventuele gevolgtrekkingen voor de nieuwe versie van het zelfevaluatie-instrument genoteerd zijn (bijlage 5, 6 en 7). Naast het commentaar op indicatorniveau, zijn uit de nabespreking ook punten geabstraheerd die een weerslag kunnen hebben op het niveau van domeinen of het gehele instrument (bijvoorbeeld ten aanzien van de opmaak of algemene woordkeuze). Deze punten zijn verwoord in hoofdstuk 3.

3 Bevindingen en verbetering zelfevaluatie-instrumenten

3.1 Respons

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de gezamenlijke respons in beide traumaregio's. Vrijwel iedereen die is benaderd, heeft uiteindelijk deelgenomen. Een uitzondering betreft de raden van bestuur van ziekenhuizen, waarvan slechts één van de vier deelgenomen heeft (respons 86% inclusief en 97% exclusief raad van bestuur). Om privacyredenen wordt naar de resultaten van deze respondent niet afzonderlijk gerefereerd, ofschoon de nabespreking het nut van het betrekken van dit perspectief in een zelfevaluatie uitwees. Alle ZiROP contactpersonen waren betrokken bij de ontwikkeling en/of het beheer van het ZiROP. Dit waren met name medewerkers van de afdeling Spoedeisende Hulp en de facilitaire dienst, zorgmanagers en kwaliteitsfunctionarissen. Bij de respondenten van de ambulancezorginstellingen waren kwaliteitsfunctionarissen, medisch managers en directieleden vertegenwoordigd. Een deel van hen had ook een operationele GHOR functie. Zoals genoemd hebben voor SIGMA zowel Coördinatoren als Regiocoördinatoren Noodhulp Nationaal deelgenomen.

In principe is met alle deelnemers een afzonderlijke nabespreking gepland. Hierop waren twee uitzonderingen. Ten eerste een gezamenlijke nabespreking met vertegenwoordigers van ambulancezorginstellingen (meldkamers ambulancezorg en ambulancediensten) uit twee gebieden. En, ten tweede, een gezamenlijke nabespreking met de Coördinatoren Noodhulp Nationaal werkzaam in één van de traumaregio's.

Tabel 3.1: Respons overzicht

	Ziekenhuizen* [†]		Ambulance zorg	Nederlandse Rode Kruis (SIGMA)
	raad van bestuur	ZiROP contactpersonen [‡]		
Benaderd (n)	4	20	7	6
Deelname toegezegd	1 [¥]	20	7	5 [^]
Zelfevaluatie-instrument ingevuld en nabesproken	1	19 ^{^#}	7 [#]	5
Respons (%)	25%	95%	100%	80%

* Waarvan er twee een erkenning als traumacentrum hebben.

[†] In totaal hadden vijf ziekenhuisinstellingen meerdere locaties met een afdeling Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) waar rampslachtoffers opgevangen kunnen worden; bij één van deze instellingen namen beide locaties deel aan het onderzoek, bij de anderen heeft één locatie deelgenomen en is tijdens de nabespreking ook aandacht besteed aan de preparatie van de andere locaties.

[‡] Dit betreft de personen waarmee de traumacentra in contact staan voor de Ziekenhuis Rampen Opvang Plannen (ZiROP) van de deelnemende ziekenhuizen.

[¥] Reden geen deelname: één keer 'geen tijd' en twee keer niet gespecificeerd.

[^] Reden geen deelname: persoon net nieuw in functie.

[#] Bij één respondent waren er wel gegevens beschikbaar over het zelfevaluatie-instrument en de nabespreking, maar geen gegevens van de algemene vragenlijsten.

3.2 Algemene bevindingen ter verbetering van de drie zelfevaluatie-instrumenten

Allereerst wordt opgemerkt dat de zelfevaluatie-instrumenten in de praktijktest positief ontvangen werden en dat de respondenten zeer bereidwillig waren hun visie hierop te geven en mee te denken hoe deze nog te verbeteren waren. Commentaar op indicator-niveau van de respondenten van ziekenhuizen, ambulancezorginstellingen en SIGMA is samengevat in de tabellen in de bijlagen 5, respectievelijk 6, 7. Daarbij is ook de eventuele gevolgtrekking vermeld voor de nieuwe versie van de instrumenten, die achterin op de crèmekleurige pagina's te vinden zijn. Deze paragraaf behandelt aan de hand van de thema's validiteit, bruikbaarheid en generaliseerbaarheid, de bevindingen van de nabesprekingen die van toepassing zijn op elk van de drie zelfevaluatie-instrumenten (ziekenhuizen/ traumacentra, ambulancezorginstellingen, SIGMA). Bevindingen die specifiek betrekking hebben op één van de drie zelfevaluatie-instrumenten, waaronder ook resultaten van de algemene vragenlijsten, staan afzonderlijk in de paragrafen 3.3 tot en met 3.5.

3.2.1 *Validiteit: algemene bevindingen*

Compleetheid

Back-upsystemen

Bij de indicatoren over (procedures en middelen voor) back-upsystemen voor uitval van elektriciteit en voor communicatievoorzieningen werd door respondenten een overlap opgemerkt met de reguliere situatie en met plannen voor interne rampen (c.q. continuïteitsplan, bedrijfsopvangplan), waarbij naast elektriciteit ook aan gas- en watervoorziening gedacht werd. Omdat voor de continuïteit van de dagelijkse zorg al noodprocedures van kracht zijn, vroeg men zich met andere woorden af wat dan nog meer verwacht wordt voor de opgeschaalde situatie. Hieraan is tegemoet gekomen door wat betreft back-upsystemen bij grootschalige incidenten en rampen de focus op 'alarmering' te leggen en door de back-upsystemen voor elektriciteit te laten vervallen, omdat dit gezien werd als regulier noodplan. Bij ziekenhuizen en SIGMA zijn daarnaast indicatoren opgenomen voor back-upsystemen voor communicatie tijdens de opgeschaalde zorgverlening, waarbij voorbeelden aangedragen worden. Bij de meldkamer ambulancezorg werden dergelijke back-up systemen voor communicatie als regulier onderdeel gezien voor het bewaken van de continuïteit.

Domein Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO)

De mate waarin een OTO-traject ontwikkeld was, verschilde tussen de drie typen zorgaanbieders (ziekenhuizen/traumacentra, ambulancezorginstellingen en SIGMA). Men stond in het algemeen positief tegenover het idee van een deskundigheidstoets als onderdeel van zo een OTO traject. Echter, niet iedereen had daarover een duidelijk beeld voor ogen. Om richting te geven aan mogelijke vormen van deskundigheidstoetsing is in deze indicator een aantal voorbeelden opgenomen, namelijk toetsing of voldaan wordt aan een kennistest en toetsing of voldaan wordt aan vastgestelde OTO eisen.

Hierbij werd door ziekenhuis en ambulancezorg respondenten tevens opgemerkt dat de preparatie op een rampgebonden functie niet alleen zou moeten bestaan uit het voldoen aan een specifiek OTO-traject voor die functie, maar ook uit ervaringsdeskundigheid in

de dagelijkse praktijk. Zo zouden bij ziekenhuizen bijvoorbeeld de potentiële crisis-teamleden en crisiscoördinatoren ook goed ingebed moeten zijn in en kennis moeten hebben van de lokale setting van het ziekenhuis. Bij het personeel van de meldkamer ambulancezorg en ambulancediensten, inclusief de door de ambulancezorginstelling ingevulde operationele GHOR-functionarissen, dragen de dagelijkse ervaringen met minder grootschalige incidenten ook bij aan hun preparatieniveau voor grootschalige incidenten. Deze opmerking sluit aan bij het uitgangspunt dat de reguliere zorg als basis dient van waaruit opgeschaald wordt bij grootschalige omstandigheden. Vanwege dit uitgangspunt wordt ervaringsdeskundigheid in de reguliere spoedeisende medische zorgverlening als voorwaarde gezien, maar niet opgenomen in de zelfevaluatie-instrumenten.

Afschalen

Bij het nabespreken van het domein Procedures, subdomein ‘Afschalen’ gaven enkele respondenten aan dat het bij oefeningen lastig blijkt het afschalen gecoördineerd te laten verlopen, waarbij niet altijd duidelijk is vastgelegd wie hierover beslissingsbevoegdheid heeft en hoe dit naar de betrokkenen gecommuniceerd wordt. Ook zou de praktijk weerbarstig zijn; als collega’s afschalen zou dat kennelijk aanstekelijk werken op de anderen die daartoe nog geen opdracht gekregen hebben. Desgevraagd noemden de respondenten als essentiële onderdelen van het afschalen die in de preparatiefase aandacht behoeven: (a) criteria voor afschalen, (b) beslissingsbevoegdheid, (c) wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van het afschalen, (d) de acties die voor afschalen nodig zijn totdat de normale dagelijkse omstandigheden weer tot stand zijn gebracht. Deze onderdelen zijn in de nieuwe versie verwerkt in subindicatoren bij het subdomein ‘Afschalen’.

Juistheid en actualiteit

De deelnemers hadden bij vrijwel geen van de indicatoren commentaar over onjuistheid of achterhaaldheid. Een uitzondering betrof de indicator over het aanleveren van persoonsgegevens van rampslachtoffers aan de GHOR, terwijl de registratie van slachtoffers in feite de verantwoordelijkheid van de gemeente is. Daarom is dit gerectificeerd (‘een beschrijving van op welke wijze en onder wiens verantwoordelijkheid de geregistreerde persoonsgegevens worden aangeleverd bij de gemeente ten behoeve van het Centraal Registratie en Inlichtingen Bureau (CRIB)’). Tevens werden er geen bezwaren geuit tegen de meer toekomstgerichte indicatoren, waaraan men nu nog niet of slechts beperkt kon voldoen.

Domein Samenwerking

Tijdens de nabesprekingen werd gevraagd naar samenwerking in de preparatie op externe rampen die in de praktijk plaatsvindt op het niveau van de eigen organisatie, de veiligheidsregio en de traumaregio en in welke vorm samengewerkt wordt (overlegstructuren, afspraken en overdracht en uitwisseling van kennis en ervaring). Een algemeen kritiekpunt bij enkele indicatoren was dat deze nogal veelomvattend waren. Zo bleek er onder de ‘overleg’ indicatoren verschillende overlegstructuren schuil te gaan, op verschillend functieniveau, in verschillende samenstelling en frequentie en met andere onderwerpen. De algemene tendens was daarbij dat overleg vooral nuttig moest zijn en geen structureel karakter hoeft te hebben, maar eerder probleemgestuurd; en dat men elkaar indien nodig

goed wist te vinden.

Tevens kwam naar voren dat het domein Samenwerking raakt aan samenwerking *met* ketenpartners (vanuit het perspectief van één van hen), maar dat dit niet persé een indicatie geeft van de kwaliteit van samenwerking in de acute zorg (c.q. GHOR) keten. Sommige deelnemers gaven aan dat in hun regio specifieke aandacht besteed werd aan de raakvlakken tussen ketenpartners. In elk geval is in de nieuwe versie de term ‘GHOR-ketenpartners’ vervangen door ‘acute zorg ketenpartners’, om de focus niet alleen te beperken tot het niveau van de GHOR-regio en daarmee een bredere toepasbaarheid te bevorderen.

Duidelijkheid

Enkele begrippen bleken onduidelijk of niet specifiek genoeg geformuleerd wat tot interpretatieverschillen tussen de respondenten kon leiden (zoals ‘sleutelfuncties/functionarissen’, ‘crisiscoördinator’, ‘crisisteam’, ‘opvang van medewerkers’, ‘slachtofferregistratie’, ‘kwaliteitssysteem’). De koppeling met de bijgeleverde verklarende woordenlijst leek daarbij zelden of niet gemaakt te worden. Om dit te ondervangen wordt in de nieuwe versie zo precies mogelijk omschreven wat in de betreffende indicator wordt bedoeld (bijvoorbeeld ‘kwaliteitssyteem’ vervangen door ‘interne verbetercyclus’ en door in indicatoren bij de term ‘sleutelfunctionarissen’ expliciet te noemen welke rampgebonden functies worden bedoeld). Ook zal men bij cruciale begrippen met behulp van een asterisk (*) meer gestimuleerd worden zo nodig de verklarende woordenlijst te raadplegen.

Bij het subdomein Personeel werd de indicator over het ‘formeel benoemd’ zijn van functionarissen verschillend geïnterpreteerd. Beoogd werd na te gaan of de invulling van deze functies (vaak meerdere functionarissen per functie) gewaarborgd is. Daarnaast bevatte de opsomming van sleutelfuncties ook taakomschrijvingen. Om over deze kritiekpunten duidelijkheid te creëren is er in de nieuwe versie eerst een indicator opgenomen over de personele invulling van een lijstje van rampgebonden functies en vervolgens een indicator over het schriftelijk vastleggen van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden behorend bij die functies.

3.2.2 *Bruikbaarheid: algemene bevindingen*

Behoeftte aan praktijkvoorbeelden of een ijkpunt

Tijdens de nabesprekingen vroegen respondenten zich af of hun interpretatie van en de uitvoering bij een bepaalde indicator ‘goed’ was, oftewel of deze aansloot bij de verwachtingen van de onderzoekers én bij wat vergelijkbare zorginstellingen daarover hadden gezegd. Daaruit valt een behoefte af te leiden aan praktijkvoorbeelden van anderen, een ijkpunt of norm waaraan zij zich konden spiegelen (‘best practice’) om te weten of al voldaan wordt aan een indicator, of er alternatieven zijn en of de bestaande aanpak verbeterd kan worden. Gerelateerd hieraan kon uit de praktijktest (bij ziekenhuizen en ambulancezorginstellingen) opgemaakt worden dat actief gewerkt wordt aan inbedding van de preparatieactiviteiten in het interne kwaliteitssysteem en soms ook aan externe beoordelingsactiviteiten, zoals onderlinge (keten)audits bij oefeningen en integratie in bestaande certificering.

Nut van een nabespreking

Gerelateerd aan bovenstaand punt gaven verscheidene respondenten aan de nabespreking van hun zelfevaluatie nuttig en stimulerend te vinden.

Zeggingskracht preparatieniveau ten aanzien van daadwerkelijk optreden

Enkele respondenten stelden ter discussie wat het volledig voldoen aan de preparatie indicatoren zegt over de kwaliteit van daadwerkelijke spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen. Het zelfevaluatie-instrument richt zich op de preparatie op en niet de daadwerkelijke inzet tijdens een ramp. Het voldoen aan alle indicatoren biedt geen garantie voor een goede uitvoering tijdens een ramp, maar toont wel aan dat in de preparatiefase al het mogelijke – binnen de randvoorwaarden – gedaan is om dit zo goed mogelijk te laten verlopen.

Vanwege dit punt en andere discussiepunten, worden in de instructie van de nieuwe versies van de zelfevaluatie-instrumenten de volgende uitgangspunten expliciet verwoord, bijvoorbeeld dat (a) het zelfevaluatie-instrument gericht is op de preparatie op en niet zo zeer de daadwerkelijke uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij groot-schalige incidenten en rampen; (b) het streven is om te voldoen aan alle indicatoren, omdat zij bijdragen aan een kwalitatief goede preparatie; en (c) bepaalde indicatoren (deels) onder de verantwoordelijkheid van derden kunnen vallen, maar dat dit de organisatie niet ontslaat van haar verantwoordelijkheid goed voorbereid te zijn op spoedeisende medische zorgverlening en om onvolkomenheden ten aanzien van dergelijke indicatoren bij die externe partij aan te blijven kaarten.

Stimuleren tot verbetering na zelfevaluatie

Een meerderheid van de respondenten gaf als gebruiksdoel aan het signaleren van knelpunten in de preparatie van de eigen organisatie en het monitoren of met verbeteractiviteiten ook resultaat geboekt wordt. Monitoring vergt dat het zelfevaluatie-instrument sensitief is voor veranderingen in de tijd en dat veranderingen ook zichtbaar gemaakt kunnen worden. Met name op dit punt werden enkele suggesties ter verbetering geopperd. Eén van die suggesties was om uit de zelfevaluatie een al of niet getalsmatige uitslag te laten voortvloeien, die grafisch verwerkt kan worden. Deze optie zou een gedegen weging en beoordeling van de antwoorden op (sub)indicatoren en (sub)domeinen inhouden en een nauwgezette interpretatie van de daaruit volgende (getalsmatige) uitslag om schijnzekerheid te voorkomen. De voorkeur is echter gegeven aan een alternatieve suggestie om meer dynamiek in te brengen in het zelfevaluatie-instrument. Daartoe is de vormgeving van het zelfevaluatie-instrument op twee manieren inhoudelijk aangepast. Ten eerste is er een alternatieve antwoordcategorie ‘plan’ gekozen, waarin men kan aangeven dat er concrete planvorming is voor een indicator waaraan in de nabije toekomst wel voldaan zal worden. Zo zou men in opvolgende zelfevaluaties een verschuiving kunnen zien van ‘nee’, naar ‘plan’ en uiteindelijk ‘ja’.

Ten tweede is in de nieuwe versie per domein een notitieblok ingevoegd waar een slot-som en afgesproken actiepunten met realisatietermijn genoteerd kunnen worden. Op die manier kan bij een volgende zelfevaluatie ingezoomd worden op de nog zwakke punten en gecontroleerd worden in hoeverre men de actiepunten behaald heeft en wat daarbij knelpunten waren. In de nieuwe instructie wordt daarbij wel benadrukt dat het bij een

follow-up meting óók van belang is na te gaan of men nog steeds voldoet aan de indicatoren waaraan men in een eerdere zelfevaluatie voldeed. Daarnaast bleken enkele respondenten behoefte te hebben aan ruimte voor toelichting op hun antwoord (bijvoorbeeld de argumentatie om niet met paraatheidsdiensten te werken). Tabel 3.2 geeft de antwoordcategorieën die aldus gekozen zijn in de nieuwe versie van de zelfevaluatie-instrumenten.

Tabel 3.2: Antwoordcategorieën in de nieuwe versie van de zelfevaluatie-instrumenten

Ja	Plan	Nee	Toelichting
Voldoet volledig aan deze indicator.	Er is concrete planvorming , waardoor in de nabije toekomst wel voldaan wordt aan deze indicator	Voldoet geheel niet aan deze indicator.	Toelichting op het antwoord , bijvoorbeeld bij <i>Nee</i> waarom niet en bij <i>Plan</i> binnen welk tijdsbestek het plan gerealiseerd zal zijn.

Opmaak van de zelfevaluatie-instrumenten

Naast bovengenoemde punten bleek dat de opmaak van de zelfevaluatie-instrumenten op enkele punten duidelijker kon worden gemaakt. Zo is bijvoorbeeld in de opmaak van de antwoordkolommen zichtbaar gemaakt dat bij indicatoren die voorzien zijn van subindicatoren alleen de subindicatoren van een antwoord voorzien hoeven te worden.

3.2.3 **Generaliseerbaarheid: algemene bevindingen**

Regionale toepasbaarheid

Interpretatieverschillen tussen respondenten

Uit de nabespreking kwamen geen essentiële interpretatieverschillen naar voren tussen de respondenten uit de verschillende GHOR- en traumaregio's. Voor zover er al interpretatieverschillen bestonden tussen respondenten, waren deze verschillen dus niet regionaal bepaald. Onafhankelijk van hun geografische herkomst, betroffen de interpretatieverschillen tussen respondenten niet zozeer de indicatoren zelf, maar veeleer de beantwoording daarvan; met andere woorden de aanpak die men gekozen had bij een indicator en wat men voldoende achtte om aan een indicator te voldoen. Dit is een logisch gevolg van het uitgangspunt van een zelfevaluatie zonder normgevend karakter. In de nieuwe versie is aandacht besteed aan de formulering van indicatoren opdat deze zo breed mogelijk van toepassing zijn en zij de verschillende manieren van aanpak omvatten.

Verantwoordelijkheidsverdeling tussen GHOR en zorginstellingen

Een terugkerend punt tijdens de nabespreking was dat de zelfevaluatie bemoeilijkt werd door de verdeling van verantwoordelijkheden, taken en functies tussen het GHOR-bureau en de betreffende zorginstelling. Met name de respondenten van ambulancezorginstellingen en SIGMA gaven aan dat er vrijwel binnen elke indicator een rol voor zowel het GHOR-bureau als henzelf is weggelegd. De vraag rees dan of het zelfevaluatie-instrument bedoeld was voor, c.q. ingevuld diende te worden door, de zorginstelling, het GHOR-bureau of beide partijen. Desgevraagd bracht men enkele oplossingsrichtingen te

berde. Eén daarvan was om ‘de organisatie’ te vervangen door ‘de GHOR’ dan wel ‘de betreffende organisatie’ naar gelang wie er (eind-) verantwoordelijk is voor het verwezenlijken van de betreffende indicator. Voor deze optie is niet gekozen, omdat het niet aan de onderzoekers maar aan de betrokken partijen is om tot een werkbare, efficiënte verdeling van verantwoordelijkheden te komen.

Een tweede suggestie, die wel verwerkt werd in de nieuwe versie van de zelfevaluatie-instrumenten van de ambulancezorg en SIGMA, was om zinsneden als ‘de organisatie heeft procedures voor X vastgesteld’ te vervangen door ‘er zijn procedures voor X vastgesteld’. Daarbij wordt de verantwoordelijkheidsverdeling niet expliciet genoemd, om aan te geven dat dit aspect van de preparatie hoe dan ook op orde moet zijn. In de nieuwe versie van het ambulancezorg zelfevaluatie-instrument is tevens in het domein Samenwerking aandacht besteed aan de verantwoordelijkheidsverdeling. Bijvoorbeeld middels een indicator over samenwerkingsafspraken met het GHOR-bureau voor de invulling van operationele GHOR-functies door de ambulancezorginstelling (bijvoorbeeld Commandanten en Officieren van Dienst-Geneskundig, Hoofd Gewondennest). Bij de ziekenhuizen is waar nodig door middel van subtiele veranderingen in woordkeuze minder expliciet gesteld wie voor de uitvoering bij een indicator zorgdraagt (bijvoorbeeld ‘De instelling stelt een oefendraaiboek op’ vervangen door ‘de instelling zorgt voor een oefendraaiboek’, zodat men hieraan ook voldoet als het opstellen van een oefendraaiboek uitbesteed wordt aan een bekwame externe partij).

Tot slot wordt in de instructie van de nieuwe versie aandacht besteed aan de verantwoordelijkheidsverdeling, waarbij een uitgangspunt is dat ernaar gestreefd zou moeten worden om aan alle indicatoren te voldoen, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling ook moge zijn. Dus ook als de verantwoordelijkheid voor een bepaalde indicator (deels) bij een externe partij ligt, ontslaat dit de zorgaanbieder niet van diens verantwoordelijkheid om zelf goed voorbereid te zijn en belemmeringen in het voldoen aan die indicator aan te kaarten bij die externe partij.

Toepasbaarheid bij verschillende type rampen

De zelfevaluatie-instrumenten bevatten hoofdzakelijk generieke indicatoren en maar enkele ramptype-specifieke indicatoren. In de praktijktest bleek navenant dat de meerderheid van de respondenten geen goed beeld kreeg van hun preparatieniveau op specifieke ramptypen, met name niet bij rampen met gevaarlijke stoffen (chemisch, nucleair) of een grootschalige uitbraak van een infectieziekte (pandemie, zoönose). Er bleek in het algemeen behoefte te bestaan aan ondersteuning of kaderstelling op dit terrein, voor de ontwikkeling van procedures voor de coördinatie en behandeling van grote aantallen gecontamineerde en vergiftigde slachtoffers.

Daarnaast werd door verscheidene respondenten de relevantie van deze zelfevaluatie-instrumenten betreffende *spoedeisende* medische zorgverlening voor een grootschalige uitbraak van een infectieziekte (pandemie, zoönose) ter discussie gesteld. Tegenstanders beargumenteerden dat gezien de meer geleidelijke ontwikkeling van een grootschalige infectieziekte-uitbraak niet zozeer de ‘snelle adequate opschaling voor spoedeisende medische zorgverlening’ speelde, maar dat de crux veeleer lag bij het instandhouden van zorg voor pandemieslachtoffers en reguliere patiënten. Een tweede tegenargument was dat de ondervraagde zorginstellingen voor zichzelf niet direct een belangrijke of andere rol (anders dan reguliere situatie) zagen bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak.

Vanuit ziekenhuisperspectief zou men ernstig zieke geïnfecteerde patiënten opvangen, waarbij ook ‘interne rampprocedures’ aan de orde kunnen komen, vanwege het besmettingsgevaar voor andere patiënten en personeel. Gehoord deze tegenargumenten van ziekenhuis en ambulancezorg respondenten, zijn de spaarzame, specifieke indicatoren met betrekking tot een grootschalige infectieziekte-uitbraak geschrapt.

3.3 Ziekenhuizen

In deze paragraaf komen ziekenhuisspecifieke bevindingen aan bod. Bijlage 5 geeft het samengevatte commentaar van de ziekenhuis respondenten uit beide traumaregio’s op indicatorniveau met daarbij de gevolgtrekking voor de nieuwe versie van het zelfevaluatie-instrument. In aanvulling op dit commentaar op indicatorniveau staan in de tekst algemene bevindingen ten aanzien van de validiteit, bruikbaarheid en generaliseerbaarheid van de indicatoren in dit zelfevaluatie-instrument. Daarbij worden ook de resultaten van de algemene vragenlijsten uit het praktijktestdocument behandeld.

3.3.1 *Validiteit: ziekenhuizen*

Compleetheid

Domein procedures

Bij verschillende indicatoren binnen het domein Procedures werd becommentarieerd dat daarvoor in de preparatiefase geen ‘voorgekookte’ procedures op te stellen zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van het coördineren en aflossen van spontaan opkomend en gearmeerd personeel. In die gevallen zou het er qua preparatie om gaan dat deze taken of verantwoordelijkheden aan een bepaalde sleutelfunctie zijn toegekend, hoe deze persoon tijdens een ramp van de benodigde informatie voorzien wordt en een globale beschrijving van de aanpak c.q. aandachtspunten. In de nieuwe versie zijn dergelijke indicatoren daarop toegespitst, bijvoorbeeld ‘De instelling heeft in richtlijnen vastgelegd onder wiens verantwoordelijkheid de coördinatie van de inzet van personeel ten behoeve van de continuering van de opgeschaalde zorgverlening plaatsvindt’.

Traumacentrum specifieke indicatoren

Het zelfevaluatie-instrument was bedoeld voor alle ziekenhuizen, inclusief die met een erkenning als traumacentra. Hierdoor werden in veel indicatoren zowel sleutelfunctionarissen als Mobiel Medisch Team (MMT)-functionarissen genoemd. De respondenten werden er in de instructie op geattendeerd dat zinsneden over het ‘traumacentrum’ en ‘MMT-functionarissen’ alleen voor traumacentra van toepassing waren. In de praktijktest bleek dat niet prettig werkbaar voor algemene ziekenhuizen; zij hadden liever een lijst zonder MMT-functionarissen. Ook vanuit traumacentra werd aangekaart dat de MMT-functie niet persé in het domein Personeel opgenomen hoeft te worden, omdat dit bijna overal een reguliere functie is. Wel relevant voor dit zelfevaluatie-instrument zou kunnen zijn dat de MMT-functionarissen geschoold, getraind, geoefend en getoetst worden op hun functie binnen de geneeskundige combinatie. Uiteindelijk is besloten alle indicatoren met betrekking tot de MMT-functionarissen apart te zetten van dit zelfevaluatie-instrument (zie bijlage 4).

Een ander discussiepunt vanuit de traumacentra betrof de indicatoren over de invulling van hun taak als kenniscentrum voor traumazorg bij rampen. De daartoe opgenomen indicatoren in het OTO-domein zouden beter in een minder actieve vorm geschreven kunnen worden ('stelt haar kennis beschikbaar' in plaats van 'verspreidt haar kennis') en verplaatst kunnen worden naar het domein Samenwerking. Dit laatste vanwege het punt dat – evenals de andere aspecten van samenwerking in de acute zorgketen – een kennisfunctie ten aanzien van opgeschaalde traumazorg niet uitsluitend gericht is op het verbeteren van het eigen preparatieniveau, maar zeker op dat van andere acute zorgpartners en de keten als geheel.

Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO)

Het domein OTO was onderverdeeld in de subdomeinen opleiding en training enerzijds en oefening anderzijds. Uit de praktijktest kwam naar voren dat de scheidslijn bij ziekenhuizen beter gelegd kan worden tussen opleiding enerzijds en training en oefening anderzijds, omdat de laatste twee aspecten bij deze preparatie dicht bij elkaar liggen. Bij Opleiding bleek het niet duidelijk wie bedoeld werden met 'de sleutelfunctionarissen' en zag men graag meer voorbeelden voor opleidingsmogelijkheden. Gezien het feit dat het OTO traject op dit moment nog volop in ontwikkeling is, wordt in de nieuwe versie volstaan met de stelling dat 'de functionarissen die in de preparatie op en tijdens een ramp een bijzondere functie bekleden, middels scholing inclusief congresbezoek voorbereid zijn op deze functie'. Deze functionarissen zijn in subindicatoren gespecificeerd (potentiële crisisteamleden, crisiscoördinatoren, triage-teamleden, ZiROP-beheerders). De term 'scholing' is aangevuld met 'inclusief congresbezoek', mede gezien de op dit moment beperkte scholingsmogelijkheden en het door de deelnemers ervaren nut van bijvoorbeeld de landelijke ZiROP bijeenkomsten (georganiseerd door VWS).

Bij Oefening werden door de ziekenhuis respondenten grofweg twee soorten trainingen/oefeningen genoemd. Ten eerste gesimuleerde situaties waarin werkelijk optreden geoefend wordt in een rampsценario ('real-time'). Ten tweede virtuele en table-top oefeningen. Hoe waardevol deze tweede soort oefeningen ook zijn, de algemene opvatting was dat deze geen volledige vervanging bieden van de 'real-time' oefeningen. In de nieuwe versie wordt voor beide soorten oefeningen apart gevraagd de jaartallen te noteren waarin deze gehouden zijn en op welke schaal dat was (bijvoorbeeld welke ziekenhuisafdelingen deelnamen).

Samenwerking

In het domein Samenwerking zijn enkele aanpassingen gemaakt om beter aan te sluiten bij de verschillende besproken samenwerkingsverbanden in het kader van de preparatie op rampen. Zo is de volgorde en naamgeving van de onderscheiden 'niveaus' waarop samenwerking kan plaatsvinden veranderd in achtereenvolgens de interne samenwerking, de samenwerking met GHOR-bureau functionarissen, met andere ziekenhuizen, inclusief het traumacentrum en tenslotte met (ook) acute zorg ketenpartners, waaronder ambulancezorg-, Geestelijke Gezondheidszorginstellingen en huisartsen(-posten). Bij de interne samenwerking in ziekenhuizen stipten respondenten het belang aan dat de verschillende medische disciplines doordrongen zijn van de urgentie van hun preparatie op een eventuele ramp en dat deze preparatie continu onder de aandacht van het ziekenhuispersoneel gehouden wordt. In het zelfevaluatie-instrument zijn op verschillende

wijzen ‘herinneringen’ vervat, bijvoorbeeld bij de Procedures ‘het actualiseren van alarmeringsnummers’, ‘het op te hoogte stellen van wijzigingen in het ZiROP’ en in het OTO-domein door oefeningen te houden en te evalueren. Er zijn ook twee verbeteringen aangebracht ten aanzien van de interne samenwerking. Ten eerste is de focus niet meer exclusief op verticaal overleg gelegd (tussen bestuurlijk en operationeel verantwoordelijken). Deze is verlegd naar een brede samenstelling van overleg, waarin verschillende disciplines zitting nemen en waarin actuele ontwikkelingen en de verbetering van de preparatie op externe rampenopvang op de agenda staan. Ten tweede is gepoogd dit overleg een minder vrijblijvend karakter te geven door aanvullende indicatoren die stellen dat de uitkomsten genotuleerd en verspreid dienen te worden.

Tot slot zijn enkele samenwerkingsindicatoren komen te vervallen, omdat men bij deze indicatoren het nut of voordeel voor de eigen preparatie niet in zag. Bijvoorbeeld ‘het inzicht kunnen verwerven in de actuele zorgcapaciteit van omringende ziekenhuisinstellingen’ werd voor rampomstandigheden alleen bij de meldkamer van belang geacht. Voor ziekenhuizen zou dat eigenlijk juist in de dagelijkse praktijk van pas komen, bij rampomstandigheden wordt gewondenspreiding extern gecoördineerd (bijvoorbeeld door de meldkamer en/of de coördinator gewondenvervoer).

Juistheid en actualiteit

Vijf deelnemende ziekenhuizen hadden meerdere locaties met een afdeling SEH waar rampslachtoffers opgevangen kunnen worden. De formulering van de indicatoren speelde in principe niet in op deze situatie (‘De instelling heeft...’) en dit vormde daarom een aandachtspunt tijdens de praktijktest. Van één van de genoemde instellingen namen beide locaties deel, bij de anderen is tijdens de nabespreking ook aandacht besteed aan de situatie van de andere locaties. Voor geen van deze respondenten vormde de formulering een probleem. Veelal bleek dat er tussen de verschillende locaties intensief samengewerkt en afstemming gezocht werd ten aanzien van het ZiROP en het oefenbeleid. In de nieuwe versie is aan het punt van meerdere locaties aandacht besteed in de instructie. Tevens is in het domein Samenwerking bij interne samenwerking een extra indicator opgenomen: ‘Indien een ziekenhuisinstelling meerdere locaties heeft met een SEH waar slachtofferopvang kan plaatsvinden, vindt er tussen deze locaties afstemming plaats over het ZiROP, oefenplannen, en de personele invulling van sleutelfuncties (crisisteam, crisiscoördinator, ZiROP beheer)’.

Duidelijkheid

Begrippen

Bij een aantal indicatoren en begrippen in het zelfevaluatie-instrument voor ziekenhuizen was nadere specificatie nodig. Bijvoorbeeld bij de subindicatoren bij de ‘slachtofferregistratie’ werd het begrip ‘gewondenkaart’ niet altijd opgevat als de Nationale Gewondenkaart die op de rampplek gebruikt wordt, maar ook wel als het interne slachtofferregistratie-formulier. Ook is er een subindicator toegevoegd over de methode waarmee slachtoffers gevolgd kunnen worden als zij overgeplaatst worden naar een andere ziekenhuisafdeling.

Subdomein Middelen

Bij het subdomein Middelen is op aanraden van enkele respondenten de indicator over rampgebonden ruimten minder gedetailleerd uitgevraagd en is er een indicator toegevoegd over een plan voor de coördinatie van de verschillende mensenstromen (routing) door het ziekenhuis (bijvoorbeeld rampslachtoffers, overige patiënten, personeel, bezoekers, familieleden, de pers).

3.3.2 Bruikbaarheid: ziekenhuizen

Voor de beoordeling van de bruikbaarheid zijn onder andere gegevens van de algemene vragenlijsten gebruikt. Van de 19 ZiROP respondenten hadden 18 deze vragenlijsten geheel of gedeeltelijk ingevuld.

Voor - na vergelijking

Van de 18 ZiROP respondenten die beide algemene vragenlijsten invulden, gaf ongeveer tweederde na het invullen van de zelfevaluatie-instrumenten het preparatieniveau van de eigen instelling een ander rapportcijfer dan ervoor; de helft stelde het cijfer naar boven bij, de andere helft naar beneden (tabel 3.3). Ook gaf de zelfevaluatie ongeveer tweederde van deze respondenten inzicht in nieuwe zwakke dan wel sterke punten, waarbij de meerderheid andere zwakke punten in hun preparatie op een externe ramp aangaf.

Tabel 3.3: Beoordeling kwaliteit preparatie voor en na de zelfevaluatie (n=18)

	Antwoord na versus voor de zelfevaluatie (aantal respondenten)
Rapportcijfer	6 keer lager; 5 keer hoger; 7 keer onveranderd
Sterke punten	3 keer nieuwe sterke punten; 14 keer geen nieuwe punten*
Zwakke punten	9 keer nieuwe zwakke punten; 8 keer geen nieuwe punten*

* Van één respondent ontbrak dit antwoord.

Gebruiksnut en toekomstig gebruik

Alle ZiROP respondenten die de tweede algemene vragenlijst invulden (n=18), gaven aan het zelfevaluatie-instrument nuttig te vinden voor de vier doeleinden die in de vragenlijst genoemd werden (d.w.z. het biedt inzicht in eigen preparatieniveau; is nuttig voor identificeren zwakke punten daarin; is nuttig voor het opstellen van aanbevelingen ter verbetering van dit niveau; en is nuttig voor het evalueren van beleidsaanpassingen/verbeteringen). Zij gaven ook allen aan het zelfevaluatie-instrument in de toekomst te willen gebruiken als het beschikbaar komt. Daarbij werden met name interne doeleinden beoogd (tabel 3.4). Twee respondenten gaven een ander gebruiksdoel aan, te weten het waarborgen van de kwaliteit van het eigen ZiROP en het ondersteunen van het OTO-traject.

Tabel 3.4: Toekomstige gebruiksdoel zelfevaluatie-instrument (n=18)

Zou het zelfevaluatie-instrument gebruiken om...	Aantal respondenten (n)	
	vraag beantwoord	antwoord 'ja'
• het preparatieniveau van mijn instelling te meten in de tijd (monitoren)	18	16
• knelpunten in de preparatie te agenderen binnen mijn instelling	17	16
• knelpunten in de GHOR-keten te agenderen binnen de veiligheidsregio	17	11
• het preparatieniveau van mijn instelling te vergelijken met die van soortgelijke zorginstellingen	15	8
• anders	2	2

Gebruiksvriendelijkheid

Het invullen van het zelfevaluatie-instrument kostte de ZiROP respondenten gemiddeld 55 minuten, variërend van 25 tot 105 minuten. De overgrote meerderheid was tevreden over de tijdsduur, het aantal indicatoren, de mate van detail en de antwoordcategorieën. Slechts een enkeling had kritiek op het aantal indicatoren (twee van de 16 'te veel'), de mate van detail (1 keer 'te weinig' en 2 keer 'te veel') en de antwoordcategorieën (3 van de 16, zie paragraaf 3.2.2).

In het algemeen viel bij de meeste nabesprekingen op dat actief gewerkt werd aan verbetering van het ZiROP. Daarbij vond niet iedereen het eenvoudig consequent te antwoorden over de huidige situatie en werd soms al vooruit gekeken naar de toekomstige situatie. In de nieuwe versie zijn hierop de volgende verbeteringen aangebracht. Ten eerste zijn de indicatoren waarbij dit verwarrend bleek te zijn, verduidelijkt (bijvoorbeeld 'Na iedere algehele update wordt het ZiROP formeel vastgesteld door de raad van bestuur' in plaats van 'Het ZiROP is formeel vastgesteld door de Raad van Bestuur van de instelling'). Ten tweede is, zoals reeds genoemd, een alternatieve antwoordcategorie 'plan' gekozen, waarin men kan aangeven dat er concrete planvorming is voor een indicator waaraan in de nabije toekomst wel voldaan zal worden (zie paragraaf 3.2.2). Ten derde wordt in de instructie extra aandacht besteed aan de doelstelling de huidige stand van zaken te noteren, juist om in een volgende meting na te kunnen gaan of vorderingen geboekt zijn.

Ten behoeve van een meer evenwichtige mate van detail zijn er enkele indicatoren uitgebreid met subindicatoren (zoals bij de afschaling en slachtofferregistratie) en zijn bij anderen juist enkele specificaties verwijderd (bijvoorbeeld een samenvoeging van de subindicatoren per rampgebonden ruimte).

3.3.3 Generaliseerbaarheid: ziekenhuizen

Voor de beoordeling van de generaliseerbaarheid zijn onder andere gegevens van de algemene vragenlijsten gebruikt. Van de 19 ZiROP respondenten hadden 18 deze vragenlijsten geheel of gedeeltelijk ingevuld.

Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties

De ZiROP respondenten gaven aan dat het zelfevaluatie-instrument hen met name inzicht gaf in het preparatieniveau voor een 'transportongeval', een ramp met plots een groot aantal 'ernstig gewonden' of 'licht gewonden'. Daarentegen vond minder dan de helft van de respondenten het geschikt voor een ramp 'met gevaarlijke stoffen' of 'waarbij

telefoonverkeer niet mogelijk is' en een 'grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte' (tabel 3.5).

Tijdens de nabesprekingen bleek dat de indicator over 'procedures voor de opvang van grote aantallen chemisch of nucleair gecontamineerde slachtoffers' op twee wijzen geïnterpreteerd werd. Voor beide interpretaties is nu een indicator opgenomen. Ten eerste procedures voor het te voeren beleid bij grote aantallen gecontamineerde patiënten. Daarbij valt te denken aan het (door een externe partij laten) instellen van een decontaminatie-eenheid voor een aangewezen ingang van het ziekenhuis waar gecontamineerde zelfverwijzers eerst gedecontamineerd kunnen worden alvorens zij het ziekenhuis ingaan voor medische behandeling. Ten tweede het te voeren medische behandelbeleid van dergelijke (gedecontamineerde) slachtoffers. Hierbij is een tweedeling gemaakt in het medische behandelbeleid zelf en het vermelding in het ZiROP van interne of externe deskundigen die gealarmeerd dan wel geraadpleegd kunnen worden voor informatie over dit medische behandelbeleid. De reden voor dat laatste is dat het (met name voor kleinere ziekenhuizen) ondoenlijk geacht werd vooraf een medisch behandelbeleid te protocolleren voor allerlei mogelijke vergiftigingen.

Tabel 3.5: Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties (n=18)

Geeft het zelfevaluatie-instrument u inzicht in kwaliteit van de preparatie bij een:	Aantal respondenten 'ja'
• Transportongeval	15
• Overstroming	9
• Explosie	12
• Ramp met gevaarlijke stoffen (chemisch, nucleair)	6
• Grootschalige uitbraak van besmettelijke ziekte (pandemie, zoönose)	7
• Ramp met plots een groot aantal ernstig gewonden	15
• Ramp met plots een groot aantal licht gewonden	14
• Ramp waarbij langdurige opschaling nodig is	12
• Ramp waarbij (vast en mobiel) telefoonverkeer niet mogelijk is	7

3.4 Ambulancezorg

In deze paragraaf komen specifieke bevindingen bij de ambulancezorginstellingen (meldkamer ambulancezorg en ambulancediensten) aan bod. Bijlage 5 geeft het samengevatte commentaar op indicatorniveau van de ambulancezorg respondenten uit beide traumaregio's met de gevolgtrekking daarbij voor de nieuwe versie van het zelfevaluatie-instrument. In aanvulling op dit commentaar op indicatorniveau staan in de onderstaande tekst meer algemene bevindingen ten aanzien van de validiteit, bruikbaarheid en generaliseerbaarheid van de indicatoren in het zelfevaluatie-instrument voor de ambulancezorg. Daarbij worden ook de resultaten van de algemene vragenlijsten behandeld.

3.4.1 Validiteit: ambulancezorg

Compleetheid

Operationele GHOR-functies

Een prominent discussiepunt bij de ambulancezorg respondenten was het reeds besproken

punt van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het GHOR-bureau en de ambulancezorginstelling (zie paragraaf 3.2.3). Dit punt speelde het meest rond de operationele GHOR-functies die door ambulancezorgpersoneel ingevuld kunnen worden (bijvoorbeeld Commandanten en Officieren van Dienst-Geneskundig, Hoofd Gewondennest). Ter discussie stond dus óf en zo ja hóe deze operationele GHOR-functies in dit zelfevaluatie-instrument geplaatst moeten worden. Uiteindelijk is er voor gekozen om dit instrument te richten op de meldkamer ambulancezorg en de ambulancediensten (o.a. 1^e ambulancefunctie). De operationele GHOR-functies komen daarom uitsluitend in het domein Samenwerking aan de orde, waarbij gesteld wordt dat hierover afspraken gemaakt zijn met het GHOR-bureau. Dit betreft de personele en inhoudelijke invulling van die functies, de bijbehorende opleiding, training en oefening en middelen (inclusief financiële middelen).

Oefenen

De indicatoren over Oefeningen zijn in de nieuwe versie opnieuw gerangschikt, waarbij de frequentie van oefeningen waar nodig opgesplitst is naar het totaal aantal oefeningen en het aantal oefenen per functionaris en tevens opgesplitst is voor meldkamer- en ambulancepersoneel. Binnen de oefeningen voor de meldkamer zijn interne oefeningen onderscheiden van supraregionale met andere meldkamers ambulancezorg, en multidisciplinaire met de meldkamers van brandweer en politie. De indicator over het gebruik maken van bestaande oefensystemen is aangepast tot ‘Naast real-time oefeningen worden er ook virtuele rampenoefeningen aangeboden, waarbij een erkend oefensysteem gehanteerd wordt (zoals Emergo Train System [ETS])’.

Samenwerking

In het domein Samenwerking werd vanuit het perspectief van de meldkamer de samenwerking met de rode, blauwe en groene kolom gemist. In de nieuwe versie is dit extra niveau van samenwerking toegevoegd. Wat betreft deze samenwerking zou uit oefeningen blijken dat communicatie vaak het afbreukrisico vormt. Eén suggestie ter verbetering was om al in de preparatiefase afspraken te maken over welke informatie wel en welke niet gedeeld wordt tussen de (actiecentra en meldkamers) van deze kolommen. Dit punt is aldus verwoord in een nieuwe subindicator in dit subdomein van samenwerking.

Juistheid en actualiteit

In het domein Personeel en Middelen werd benadrukt dat er – afhankelijk van regionale kenmerken en randvoorwaarden – niet overal gekozen is voor paraatheidsdiensten. Ook was men (nog) niet bekend met het begrip crisisteam/crisiscoördinator, die de interne organisatie zou kunnen coördineren tijdens een ramp. Daarvan zou eventueel sprake kunnen zijn in bijzondere situaties zoals bij langdurige opschaling.

Duidelijkheid

Bij enkele meldkamer ambulancezorg indicatoren is een duidelijker onderscheid gemaakt tussen interne en externe processen (bijvoorbeeld bij alarmering en afschalen). Daarnaast was bij enkele indicatoren duidelijkere opsplitsing gewenst tussen meldkamer en ambulancepersoneel, bijvoorbeeld bij de alarmering en oefeningen. Ook werd opgemerkt dat de onderwerpen gewondenspreiding en ambulancebijstand nu

schijnbaar dubbelop aan de orde komen, doordat deelaspecten hiervan verspreid waren over de domeinen Procedures (werk en procesbeschrijving), Middelen (papieren of interactieve versie) en Samenwerking (inzicht verkrijgen in actuele zorgcapaciteit). In de nieuwe versie is volstaan met de betreffende indicatoren in het domein Middelen.

3.4.2 **Bruikbaarheid: ambulancezorg**

Voor de beoordeling van de bruikbaarheid zijn onder andere gegevens van de algemene vragenlijsten gebruikt. Van de zeven ambulancezorg respondenten hadden zes deze vragenlijsten geheel of gedeeltelijk ingevuld.

Voor - na vergelijking

Drie van de vijf ambulancezorg respondenten die deze vragen in beide algemene vragenlijsten invulden, gaven na het invullen van het zelfevaluatie-instrument het preparatieniveau van de eigen ambulancezorginstelling een ander cijfer (tabel 3.6). Twee daarvan stelden dit cijfer naar beneden bij. Bij ongeveer de helft van de ambulancezorg respondenten leidde de zelfevaluatie tot andere inzichten wat betreft de sterke en zwakke punten in de preparatie.

Tabel 3.6: Beoordeling kwaliteit preparatie voor en na de zelfevaluatie (n=5)

	Antwoord na versus voor de zelfevaluatie (aantal respondenten)*
Rapportcijfer	2 keer lager; 1 keer hoger; 2 keer onveranderd
Sterke punten	2 keer nieuwe sterke punten; 3 keer geen nieuwe punten
Zwakke punten	3 keer nieuwe zwakke punten; 2 keer geen nieuwe punten

* Gegevens beschikbaar voor vijf van de zes respondenten die de algemene vragenlijsten ingevuld hadden.

Gebruiksnut en toekomstig gebruik

Het nut van het zelfevaluatie-instrument zat hem volgens de ambulancezorg respondenten voornamelijk in het identificeren van zwakke punten in de preparatie van de eigen ambulancezorginstelling en het evalueren van beleidsaanbevelingen/verbeteringen binnen de eigen ambulancezorginstelling (tabel 3.7). Drie van de vijf ambulancezorg respondenten gaf aan het zelfevaluatie-instrument in de toekomst te zullen gebruiken als dit beschikbaar komt en dan met name voor interne monitoring en het agenderen van zwakke punten intern en in de GHOR-keten (tabel 3.8). Eén respondent gaf daarnaast aan het te willen gebruiken voor ‘kwaliteitsverbetering’.

Dat niet alle ambulancezorg respondenten even veel baat hadden bij het zelfevaluatie-instrument kan verschillende oorzaken hebben. Tijdens de nabesprekingen bleek bijvoorbeeld duidelijk een hoge mate van ‘kwaliteitsbewustzijn’ bij de ambulancezorginstellingen. Deze instellingen waren reeds vergevorderd in de preparatie op rampen. Verschillende ambulancezorg respondenten gaven tevens aan dat zij dit instrument te veel op ‘papieren preparatie’ gericht vonden (procedures, beleidsplannen) en te weinig op garanties in de praktijk. Bijvoorbeeld: kan de meldkamer een continue stroom van 100 incidentmeldingen per uur aan? Of: Kan de instelling binnen afzienbare tijd inzicht verkrijgen in de aantallen en de persoonsgegevens van de slachtoffers die door ambulances vervoert zijn? Ook zouden er naar hun smaak meer kwaliteitseisen ingebouwd

mogen worden, bijvoorbeeld aan de oefenleider, (het realiteitsgehalte van) oefeningen en de evaluaties daarvan. De binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellend karakter bruikbare suggesties zijn verwerkt in de nieuwe versie van dit zelfevaluatie-instrument, bijvoorbeeld ‘elke oefening wordt geleid door een *gekwalficeerde* oefenleider’.

Een ander punt dat tijdens de nabesprekingen aan de orde kwam was de – naar eigen zeggen – sterke verwevenheid van de reguliere ambulancezorg en de ambulancezorg bij grootschalige incidenten en rampen. Mede daarom was er niet overal een apart ‘rampenplan’, maar werd verwezen naar c.q. vertrouwd op de dagelijkse gang van zaken. Dit betrof zowel meldkamer procedures (bijvoorbeeld alarmering van een Officier van Dienst-Geneskundig voor een geïndiceerd doch kleinschalig incident, gewonden-spreiding en ambulancebijstand) als ook het ambulancepersoneel (bijvoorbeeld de functie van de 1^e ambulance).

Tabel 3.7: Ervaren gebruiksnut zelfevaluatie (n=6)

Het zelfevaluatie-instrument ...	Aantal respondenten (n)	
	vraag beantwoord	antwoord ‘ja’
• biedt inzicht in de mate waarin mijn organisatie voorbereid is op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening	4	2
• is nuttig voor het identificeren van zwakke punten in de voorbereiding op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening in mijn organisatie	6	5
• is nuttig voor het opstellen van aanbevelingen voor de verbetering van de voorbereiding op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening in mijn organisatie	6	4
• is nuttig voor het evalueren van beleidsaanpassingen/verbeteringen in mijn organisatie ten aanzien van preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening	5	4

Tabel 3.8: Toekomstige gebruiksdoel zelfevaluatie-instrument (n=5)

Zou het zelfevaluatie-instrument gebruiken om...	Aantal respondenten (n)*	
	vraag beantwoord	antwoord ‘ja’
• het preparatieniveau van mijn instelling te meten in de tijd (monitoren)	3	3
• knelpunten in de preparatie te agenderen binnen mijn instelling	3	3
• knelpunten in de GHOR-keten te agenderen binnen de veiligheidsregio	3	3
• het preparatieniveau van mijn instelling te vergelijken met die van andere ambulancezorginstellingen	3	2
• anders	1	1

* Betreft de vijf respondenten die aangaven het zelfevaluatie-instrument in de toekomst te willen gebruiken.

Gebruiksvriendelijkheid

Het invullen van het zelfevaluatie-instrument kostte de ambulancezorg respondenten gemiddeld 48 minuten, variërend van 18 tot 65 minuten (n=4). Hoewel sommigen dit instrument te uitgebreid vonden, had ook één respondent behoefte aan meer detail (tabel 3.9). Enkelen opperden alternatieve antwoordcategorieën (zie paragraaf 3.2.2).

Bij de ambulancezorginstellingen merkten de respondenten op dat er meerdere collega's geraadpleegd zouden moeten worden voor het volledig invullen van het zelfevaluatie-instrument. Voor de praktijktest werd de directie van de ambulancezorginstellingen gevraagd om medewerking en om aan te geven wie hiervoor de aangewezen persoon was. Opvallend was aldus dat de preparatie op spoedeisende medische ambulancezorg in verscheidende handen was, ieder met een eigen rol, bijvoorbeeld kwaliteitsfunctionarissen, medisch managers, Regionale Opleidingcoördinatoren (ROC), en het hoofd meldkamer ambulancezorg.

Tabel 3.9: Oordeel gebruiksvriendelijkheid (n=5)

Oordeel gebruiksvriendelijkheid ten aanzien van:	Aantal respondenten met oordeel:		
• Tijdsduur	1 keer te lang	4 keer geen opmerkingen	
• Aantal indicatoren	0 keer te weinig	2 keer geen opmerkingen	3 keer te veel
• Mate van detail	1 keer te weinig	1 keer geen opmerkingen	3 keer te veel
• Antwoordcategorieën*	2 keer niet handig	3 keer geen opmerkingen	

* Zie voor geopperde alternatieve antwoordcategorieën (paragraaf 3.2.2).

3.4.3 **Generaliseerbaarheid: ambulancezorg**

Voor de beoordeling van de generaliseerbaarheid zijn onder andere gegevens van de algemene vragenlijsten gebruikt. Van de zeven ambulancezorg respondenten hadden zes deze vragenlijsten geheel of gedeeltelijk ingevuld.

Regionale toepasbaarheid

In totaal gaven 2 van de 6 ambulancezorg respondenten aan dat bepaalde indicatoren niet van toepassing zijn in de betreffende regio (bijvoorbeeld omdat daar voor een andere aanpak gekozen is). Dit had bijvoorbeeld te maken met de verdeling van taken, functies en verantwoordelijkheden tussen de ambulancezorginstelling en het GHOR-bureau, terwijl dit instrument alleen de ambulancezorginstelling aanspreekt. Het discussiepunt van de verantwoordelijkheidsverdeling is reeds besproken in de paragraaf 3.2.

De regionale toepasbaarheid zou benadeeld kunnen worden doordat de vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) in enkele regio's in Nederland niet voltooid of volledig is. Bij navraag tijdens de nabesprekingen werd echter aangegeven dat men hierin geen grote problemen voorzag en was men bijvoorbeeld geen voorstander van een apart instrument voor de meldkamer en de ambulancediensten. Dit punt bemoeilijkte wel de beoordeling van de validiteit, bruikbaarheid en met name de generaliseerbaarheid van de samenwerkingsindicatoren. Immers de samenwerking tussen meldkamer en ambulancediensten en de samenwerking met omringende ambulancezorginstellingen ligt anders als meldkamer en ambulancediensten geïntegreerd zijn dan wanneer dit zelfstandige organisaties zijn. Tegenover deze kanttekening staat de ontwikkeling van landelijke protocollen en richtlijnen voor reguliere en opgeschaalde ambulancezorg die de vergelijkbaarheid tussen veiligheidsregio's juist bevordert. Dat heeft ook een gunstig effect op de regionale toepasbaarheid van dit zelfevaluatie-instrument.

Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties

Dit instrument werd met name inzichtelijk gevonden voor de preparatie op rampen waarbij ‘langdurige opschaling nodig is’ of ‘(vast en mobiel) telefoonverkeer niet mogelijk is’ (tabel 3.10). Minder dan de helft van de respondenten achtte het zelfevaluatie-instrument geschikt om de kwaliteit te meten van de preparatie op een ramp ‘met gevaarlijke stoffen (chemische, nucleair)’, ‘grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte (pandemie, zoönose)’, ‘overstromingen’ en ‘explosies’.

Tabel 3.10: Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties (n=5)

Geeft het zelfevaluatie-instrument u inzicht in kwaliteit van de preparatie bij een:	Aantal respondenten ‘ja’*
• Transportongeval	2**
• Overstroming	2
• Explosie	2
• Ramp met gevaarlijke stoffen (chemisch, nucleair)	0
• Grootschalige uitbraak van besmettelijke ziekte (pandemie, zoönose)	1
• Ramp met plots een groot aantal ernstig gewonden	3
• Ramp met plots een groot aantal licht gewonden	3
• Ramp waarbij langdurige opschaling nodig is	4
• Ramp waarbij (vast en mobiel) telefoonverkeer niet mogelijk is	3**

* Van de zes respondenten die de algemene vragenlijsten ingevuld hadden.

** Van één respondent ontbrak dit antwoord.

3.5 SIGMA

In deze paragraaf komen SIGMA-specifieke bevindingen aan bod. Bijlage 7 geeft het samengevatte commentaar op indicatorniveau van de SIGMA respondenten uit beide traumaregio’s met de gevolgtrekking daarbij voor de nieuwe versie van het zelfevaluatie-instrument. In aanvulling op dit commentaar op indicatorniveau staan in de onderstaande tekst meer algemene bevindingen ten aanzien van de validiteit, bruikbaarheid en generaliseerbaarheid van de indicatoren in het zelfevaluatie-instrument voor de SIGMA. Daarbij worden ook de resultaten van de algemene vragenlijsten uit het praktijktestdocument behandeld.

3.5.1 *Validiteit: SIGMA*

Afbakening toepassingsgebied

Tijdens de nabespreking werd duidelijk dat het bereik van het zelfevaluatie-instrument niet helder genoeg afgebakend was. Vanuit het Nederlandse Rode Kruis (NRK) werd opgemerkt dat zij zich niet alleen wat betreft SIGMA en de hoofdketen van T1/T2 slachtoffers dienen voor te bereiden op rampen, maar ook op andere fronten, zoals de nevenketen van T3 slachtoffers (die bijvoorbeeld door andere NRK vrijwilligers in een behandelcentrum opgevangen kunnen worden), voorzieningen voor het leveren van verwanteninformatie en het formeren van een intern actiecentrum. Hoewel deze aspecten buiten het bestek van het zelfevaluatie-instrument voor SIGMA vallen, zou in de toekomst gedacht kunnen worden aan een parallel of geïntegreerd initiatief voor de zelfevaluatie van deze NRK aspecten. Voornamelijk is in de instructie van de nieuwe versie

expliciet gemaakt dat het zelfevaluatie-instrument zich richt op de preparatie van het NRK op de inzet van SIGMA ten behoeve van de hoofdketen van T1/T2 slachtoffers bij een ramp.

Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO)

Bij SIGMA vrijwilligers steunt het preparatieniveau voornamelijk op het OTO-beleid, gezien hun taakstelling (Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie) en het vrijwillige karakter (in principe zonder ervaringsdeskundigheid uit reguliere zorgtaken).

Bij Oefeningen is ter verduidelijking nu onderscheid gemaakt in het totaal aantal rampen-oefeningen dat op jaarbasis georganiseerd wordt en het aantal oefeningen dat aangeboden wordt per SIGMA vrijwilliger op jaarbasis. Voorbeelden van type oefeningen die genoemd werden, waren opkomstoefeningen, logistieke oefeningen (tent opzetten en materiaal kennis) en trainingen waarin vanuit het perspectief van SIGMA ingezoomd wordt op de interactie tussen de verschillende disciplines in de geneeskundige combinatie. Bij het OTO-beleid werd het belang onderstreept dat (het GHOR-bureau het mogelijk maakt dat) in de planning daadwerkelijk de volgorde van Opleiding, Training en Oefening nagestreefd wordt.

3.5.2 Bruikbaarheid: SIGMA

Voor de beoordeling van de bruikbaarheid zijn onder andere gegevens van de algemene vragenlijsten gebruikt. De vijf SIGMA respondenten hadden deze vragenlijsten allen geheel of gedeeltelijk ingevuld.

Voor - na vergelijking

Als de zelfevaluatie al invloed had op het oordeel van de SIGMA respondenten over de kwaliteit van de SIGMA in hun regio, dan stelde zij dit met name positief bij (tabel 3.11).

Tabel 3.11: Beoordeling kwaliteit preparatie voor en na de zelfevaluatie (n=5)

	Antwoord na versus voor de zelfevaluatie (aantal respondenten):
Rapportcijfer	0 keer lager; 1 keer hoger; vier keer onveranderd
Sterke punten	3 keer nieuwe sterke punten; 2 keer geen nieuwe punten
Zwakke punten	1 keer nieuwe zwakke punten; 3 keer geen nieuwe punten*

* Van één respondent ontbrak dit antwoord.

Gebruiksnut en toekomstig gebruik

De meerderheid van de vijf SIGMA respondenten vond het zelfevaluatie-instrument nuttig voor de vier genoemde doeleinden (tabel 3.12). Ook gaven zij allemaal aan het zelfevaluatie-instrument te zullen gaan gebruiken als het beschikbaar komt en dan met name voor interne monitoring en het agenderen van zwakke punten intern en in de GHOR-keten (tabel 3.13).

In de praktijktest zijn zowel Coördinatoren Noodhulp Nationaal (beroepskrachten) als Regiocoördinatoren Noodhulp Nationaal (vrijwilliges) betrokken. Bij navraag zagen de respondenten er een toegevoegde waarde in om bij een zelfevaluatie ook een insteek te hanteren met verschillende (hiërarchische) perspectieven binnen het NRK, zodat op een

zakelijke, gestructureerde wijze eventuele verschillen in beleving van het preparatieniveau boven tafel komen. Dit zou vervolgens met het GHOR-bureau besproken kunnen worden.

Tabel 3.12: Ervaren gebruiksnuut zelfevaluatie (n=5)

Het zelfevaluatie-instrument ...	Aantal respondenten 'ja'
• biedt inzicht in de mate waarin de SIGMA in mijn regio voorbereid zijn op hun specifieke bijdrage aan opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening	4
• is nuttig voor het identificeren van zwakke punten in de preparatie van de SIGMA in mijn regio op hun specifieke bijdrage aan opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening	5
• is nuttig voor het opstellen van aanbevelingen voor de verbetering van de preparatie van de SIGMA in mijn regio voor hun specifieke bijdrage aan opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening	4
• is nuttig voor het evalueren van beleidsaanpassingen/verbeteringen t.a.v. de preparatie van de SIGMA in mijn regio op hun specifieke bijdrage aan opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening	4

Tabel 3.13: Toekomstige gebruiksdoel zelfevaluatie-instrument (n=5)

Zou het zelfevaluatie-instrument gebruiken om...	Aantal respondenten 'ja'
• het preparatieniveau van de SIGMA in mijn regio te meten in de tijd (monitoren)	4
• knelpunten in de preparatie van SIGMA te agenderen binnen mijn regio	5
• knelpunten in de GHOR-keten in mijn regio te agenderen	4
• het preparatieniveau van de SIGMA in mijn regio te vergelijken met die van SIGMA in andere regio's	3

Gebruiksvriendelijkheid

Het invullen van het zelfevaluatie-instrument kostte de SIGMA respondenten gemiddeld 57 minuten, variërend van 25 tot 120 minuten (n=4). Twee van de vijf SIGMA respondenten gaven aan collega's geraadpleegd te hebben bij het invullen. Alle SIGMA respondenten waren tevreden over de tijdsduur, het aantal indicatoren, de mate van detail en de antwoordcategorieën. Eén respondent suggereerde echter om de antwoorden meer te kwantificeren, bijvoorbeeld hoeveel vrijwilligers/teamleiders opgeleid zijn en het aantal oefeningen per SIGMA-lid. In plaats van het exacte actuele aantal SIGMA vrijwilligers te laten invullen, is in de nieuwe versie een indicator ingevoegd over het punt of er een registratie bijgehouden wordt waarmee een actueel overzicht verkregen kan worden van het aantal beschikbare SIGMA vrijwilligers. Daarnaast is in de nieuwe versie bij de logistieke en de mono- en multidisciplinaire oefeningen een tweedeling gemaakt in het totaal aantal oefeningen dat gehouden is en het aantal oefeningen dat per SIGMA-lid aangeboden wordt op jaarbasis.

3.5.3 Generaliseerbaarheid: SIGMA

Voor de beoordeling van de generaliseerbaarheid zijn onder andere gegevens van de algemene vragenlijsten gebruikt. De vijf SIGMA respondenten hadden deze vragenlijsten allen geheel of gedeeltelijk ingevuld.

Regionale toepasbaarheid

Er werden door de SIGMA respondenten nauwelijks problemen ervaren met betrekking tot de toepasbaarheid van het zelfevaluatie-instrument in hun regio. Bij wijze van uitzondering gaf één respondent aan dat indicatoren over ‘SIGMA-chauffeurs’ niet overal van toepassing zijn, omdat deze niet in alle regio’s door het NRK geleverd worden. In de nieuwe versie wordt niet expliciet gesteld dat het NRK deze chauffeurs zou moeten leveren, maar wel dat geborgd is dat hiervoor voldoende mensen beschikbaar zijn.

Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties

Dit instrument werd met name inzichtelijk gevonden voor de kwaliteit van de preparatie op ‘een ramp met plots een groot aantal ernstige slachtoffers’, een ‘transportongeval’ en een ‘explosie’ (tabel 3.14). Dit zijn voor de Snel Inzetbare Groepen ter Medische Assistentie ook de meest aangewezen ramptypen. Voor alle andere type rampen achtte de SIGMA respondenten het zelfevaluatie-instrument minder geschikt om de kwaliteit van hun preparatie te meten; het minste voor een ramp ‘met gevaarlijke stoffen (chemische, nucleair)’ en een ‘grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte (pandemie, zoönose)’.

Tabel 3.14: Toepasbaarheid voor verschillende typen grootschalige situaties (n=4)

Geeft het zelfevaluatie-instrument u inzicht in kwaliteit van de preparatie bij een:	Aantal respondenten ‘ja’*
• Transportongeval	3
• Overstroming	1
• Explosie	2
• Ramp met gevaarlijke stoffen (chemisch, nucleair)	0
• Grootschalige uitbraak van besmettelijke ziekte (pandemie, zoönose)	0
• Ramp met plots een groot aantal ernstig gewonden	3
• Ramp met plots een groot aantal licht gewonden	1
• Ramp waarbij langdurige opschaling nodig is	1
• Ramp waarbij (vast en mobiel) telefoonverkeer niet mogelijk is	1

* Bij transportongeval antwoord beschikbaar voor 5 respondenten, bij de andere situaties voor 4 respondenten.

4 Nabeschouwing, conclusies en aanbevelingen

4.1 Kader en uitgangspunten van de zelfevaluatie-instrumenten

In een vroeg stadium van dit onderzoek werd vastgesteld dat een benchmark met prestatie-indicatoren voor extern gebruik niet haalbaar was. Daarom werd gekozen voor een zelfevaluatie-instrument voor intern gebruik (Spijkers et al., 2006). Deze verschuiving in doelstelling had meerdere consequenties voor de inhoud, het beoogde gebruik en de interpretatie van de antwoorden op de indicatoren. Een andere beslissing was het stopzetten van de ontwikkeling van een zelfevaluatie-instrument voor GHOR-bureaus. Daardoor kon de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het GHOR-bureau en de zorginstellingen niet apart in indicatoren verrat worden. Tot slot werd besloten om niet te starten met de ontwikkeling van een zelfevaluatie-instrument voor huisartsen(-posten), omdat hun rol in de GHOR niet uitgekristalliseerd was en deels verrat zou worden in een parallel initiatief voor de reguliere acute zorg (Meiberg et al., 2007).

De belangrijkste uitgangspunten voor de ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten zijn:

- de instrumenten betreffen uitsluitend de spoedeisende medische zorgverlening in opgeschaalde situaties;
- de instrumenten betreffen de preparatie op en niet de daadwerkelijke uitvoering van dergelijke spoedeisende medische zorg;
- de instrumenten bevatten ‘indicatoren’, dat wil zeggen zaken die in de preparatiefase op orde moeten zijn en zo bijdragen aan een kwalitatief goede uitvoering van spoedeisende medische zorg tijdens een grootschalig incident of ramp;
- de instrumenten betreffen drie groepen spoedeisende zorgaanbieders, te weten ziekenhuizen/traumacentra, ambulancezorg (meldkamer ambulancezorg en ambulancediensten) en SIGMA;
- de instrumenten zijn bedoeld voor een interne zelfevaluatie door de betreffende zorgaanbieders;
- de indicatoren hebben vooralsnog geen normstellend karakter.

4.2 Omvang, respons en representativiteit van de praktijktest

De praktijktest is in twee traumaregio's in Nederland uitgevoerd onder vertegenwoordigers van alle daarin actief zijnde ziekenhuizen, ambulancezorginstellingen en SIGMA. Daarmee werd een landelijke dekkingsgraad van 20% beoogd. Bedacht moet worden dat dit bij ambulancezorginstellingen en SIGMA een klein aantal respondenten inhoudt. De bereidheid om deel te nemen was hoog onder ZiROP contactpersonen en de ambulancezorginstellingen en SIGMA respondenten (totale respons 97%). Daarmee kan gesteld worden dat op grond van de praktijktest een representatief beeld verkregen is van de twee geselecteerde traumaregio's. Bovendien omvatte deze onderzoeksgroep voldoende contrast in het preparatieniveau voor de beoordeling van de bruikbaarheid en generaliseer-

baarheid voor verschillende ramptypen en was de onderzoeksgroep voldoende representatief voor Nederland ter beoordeling van de generaliseerbaarheid.

4.3 Slotsom bevindingen praktijktest

Het algemene doel van deze praktijktest in twee traumaregio's was een nadere instrumentontwikkeling middels vragenlijstonderzoek en een procesmatige en inhoudelijke nabespreking van de zelfevaluatie-instrumenten bij vertegenwoordigers van ziekenhuizen, ambulancezorginstellingen en SIGMA. De toetsing aan de praktijk leidde tot verbeterde versies van de zelfevaluatie-instrumenten (de definitieve versie is te vinden op de crèmekleurige pagina's achterin het rapport).

Geconcludeerd wordt dat het onderzoek zelfevaluatie-instrumenten heeft opgeleverd, die bruikbaar zijn in heel Nederland voor een zelfevaluatie van het huidige preparatieniveau en veranderingen daarin in de tijd voor ieder van de drie groepen zorgaanbieders. De drie centrale onderzoeksvragen naar validiteit, bruikbaarheid en generaliseerbaarheid van de zelfevaluatie-instrumenten worden hieronder beantwoord en bediscussieerd.

4.3.1 *Validiteit*

De eerste onderzoeksvraag van de praktijktest luidde: *Zijn de zelfevaluatie-instrumenten valide?*

Op grond van de praktijktest is duidelijk dat het onderzoek heeft geleid tot drie zelfevaluatie-instrumenten, bestaande uit een complete, actuele en duidelijke set indicatoren in het kader van zelfevaluatie zonder normstellend karakter. Het gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten zal bijdragen aan een kwalitatief goede preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe grootschalige incidenten en rampen.

De validiteit van de indicatoren in deze zelfevaluatie-instrumenten is in het kader van deze praktijktest geoperationaliseerd naar de compleetheid, juistheid, actualiteit en de duidelijkheid van de (sub)indicatoren. Het gaat in de praktijktest dus om de vraag of de indicatoren op het oog meten wat zij behoren te meten ('face validity'). De deelnemers aan de praktijktest waren over het algemeen positief over de zelfevaluatie-instrumenten en zeer bereidwillig om hun visie hierop te geven en mee te denken over hoe deze nog te verbeteren. Aan de hand van deze praktijkervaringen zijn de zelfevaluatie-instrumenten verbeterd. Het commentaar en de verwerking ervan op indicatorniveau is terug te vinden in bijlage 5, 6 en 7. De overige bevindingen uit de nabesprekingen en de algemene vragenlijsten staan in hoofdstuk 3.

De praktijktest bevestigde in het algemeen de volledigheid van de zelfevaluatie-instrumenten. Desalniettemin zijn de instrumenten nog aangevuld op grond van suggesties uit het veld. Hierbij ging het om enkele aanvullende indicatoren, maar voornamelijk een nadere specificatie van subindicatoren, oftewel de deelaspecten waaraan tenminste voldaan zou moeten worden om aan de betreffende indicator te voldoen. Als mogelijke door-groeimogelijkheden voor de zelfevaluatie-instrumenten werden genoemd ramptype-specifieke indicatoren (bijvoorbeeld ten aanzien van een ramp met gevaarlijke stoffen) en GHOR c.q. acute zorg ketenindicatoren.

Actualiteit

Met de intrede van de GHOR organisatie is een impuls gegeven aan de preparatie van de ‘witte kolom’ op geneeskundige hulp bij grootschalige ongelukken en rampen. Voorbeelden van ontwikkelingen in dit veld zijn de introductie van een Leidraad Ziekenhuis Rampen Opvang Plannen (ZiROP) (Expertgroep format ZiROP, 2005), het ontwikkelen en implementeren van een Opleidings-, trainings- en oefenbeleid per rampgebonden functie, het inwerkingtreden van C2000 en bij het domein Samenwerking het benoemen van traumacentra en traumaregio’s en het opstarten van het Regionaal Acute Zorg Overleg (Ministerie van VWS, 2006), waarin ook opgeschaalde acute zorg aan de orde kan komen. Al deze ontwikkelingen zouden kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening. Een logische consequentie is daarom dat de zelfevaluatie-instrumenten doorlopend een update moeten ondergaan om te blijven aansluiten bij de actualiteit.

Indicatoren waaraan pas in de toekomst voldaan kan worden

Een opmerkelijke bevinding was dat er tijdens de nabesprekingen – ook desgevraagd – nauwelijks weerstand was tegen, of soms zelfs eerder positief gereageerd werd op, de toekomstgerichte indicatoren (bijvoorbeeld procedures voor rampen met gevaarlijke stoffen en een uitgewerkt specifiek opleidings-, trainings- en oefeningstraject per rampgebonden functie). Deze reactie viel op, omdat één van de prominente bezwaarpunten van de koepelorganisaties op een eerdere versie juist de toekomstgerichtheid van bepaalde indicatoren betrof (zie paragraaf 2.3.2). Wellicht dat hierin meespeelde dat de respondenten in de instructie van het *praktijktestdocument* erop attent gemaakt waren dat de zelfevaluatie-instrumenten niet persé aansluiten bij de actuele situatie, maar de gewenste (toekomstige) situatie weerspiegelen. In elk geval lijkt het werkveld de toekomstgerichtheid niet te schuwen, zich terdege bewust te zijn van het belang van op de toekomstgerichte indicatoren en geïnteresseerd te zijn in vergelijkingsmateriaal, zoals praktijkvoorbeelden van de aanpak die anderen bij dergelijke indicatoren gekozen hebben.

MMT indicatoren

Besloten is om de traumacentrumspecifieke indicatoren over de MMT-functie apart te zetten van het zelfevaluatie-instrument (bijlage 4), mede gezien hun intermediaire positie tussen de reguliere acute zorg en de opgeschaalde acute zorg bij rampen (als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie). Voor een goede (zelf)evaluatie van het MMT zou een instrument wellicht geschikter zijn, waarin hun reguliere en opgeschaalde rol geïntegreerd aan de kaak gesteld wordt.

Beschouwing van de gekozen uitgangspunten

Vanuit het standpunt dat tijdens een ramp de spoedeisende medische zorg de hoogste prioriteit heeft, kan het voordelig zijn specifiek en als eerste aandacht te besteden aan de preparatie op die zorg. Echter, hierdoor is juist het schakelpunt tussen spoedeisende en niet-spoedeisende zorg niet in de zelfevaluatie-instrumenten gevat. Een voorbeeld daarvan is de mogelijke samenwerking met huisartsen(-posten) om spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen te ontlasten van de stroom niet-spoedeisende (T3) slachtoffers die zichzelf bij ziekenhuizen melden (zelfverwijzers). Evenzo kan het SIGMA zelfevaluatie-instrument het NRK alleen inzicht bieden in de preparatie op de hoofd-

stroom (T1 en T2 slachtoffers); andere NRK activiteiten bij rampomstandigheden blijven buiten beeld, zoals het Behandelcentrum (voor T3 slachtoffers) en Verwanteninformatie. Daarnaast is de link tussen de drie GHOR taken (Geneeskundige Hulpverlening-Somatisch, PSHOR en POG) nu niet tot uitdrukking gekomen in de zelfevaluatie-instrumenten, wat met name een gemis is bij de preparatie op een grootschalige infectieziekte-uitbraak (pandemie, zoönose).

De zelfevaluatie-instrumenten zijn primair gericht op de interne preparatie van ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorginstellingen en SIGMA. Met het domein Samenwerking geven zij ook inzicht in de samenwerking in de GHOR-keten, zij het steeds vanuit het perspectief van één afzonderlijke partij in deze keten. De zelfevaluatie-instrumenten kunnen daarom geen volledig beeld geven van het preparatieniveau van de acute zorgketen cq. GHOR-keten.

Tot slot is het gevolg van het uitgangspunt van zelfevaluatie zonder normstellend karakter, dat bij toepassing van de zelfevaluatie-instrumenten uitsluitend geëvalueerd wordt óf men de indicatoren op orde heeft, zonder dat kwaliteitseisen gesteld worden aan hoe dat gebeurt. Die kwaliteitsborging is echter wel impliciet ingebouwd, door te stellen dat de preparatie op rampen ingebed moet zijn in een interne verbetercyclus.

Samenvattend heeft de praktijktest de validiteit van de indicatoren in de zelfevaluatie-instrumenten verhoogd. De instrumenten sluiten aan bij de actualiteit en verschaffen – binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellend karakter – een compleet en duidelijk beeld van de aspecten die bijdragen aan de kwaliteit van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige incidenten en rampen.

4.3.2 Bruikbaarheid

De tweede onderzoeksvraag van de praktijktest luidde: *Zijn de zelfevaluatie-instrumenten bruikbaar, dat wil zeggen geschikt voor ‘nulmeting’ en ‘follow-up metingen’ van de stand van preparatie?*

Het onderzoek heeft naar het algemene oordeel van de deelnemende respondenten van ziekenhuizen, ambulancezorg en SIGMA een bruikbaar zelfevaluatie-instrument opgeleverd dat inzicht geeft in het huidige interne preparatieniveau, in zwakke punten in de preparatie en in veranderingen in dit preparatieniveau in de tijd.

Het algemene beeld uit de praktijktest was, dat de respondenten het zelfevaluatie-instrument bruikbaar vonden als:

- checklist van punten die in preparatiefase op orde moeten zijn;
- hulpmiddel voor het identificeren van zwakke plekken in de preparatie binnen de eigen organisatie;
- hulpmiddel bij het monitoren of met de geformuleerde beleidsaanpassingen resultaat geboekt wordt (c.q. stimulans tot het instellen van een verbetercyclus van planvorming, actie, evaluatie en bijstelling);
- hulpmiddel om op gestructureerde, zakelijke wijze interne verschillen in de perceptie van het preparatieniveau tussen verschillende hiërarchische niveaus en disciplines boven tafel te krijgen en bespreekbaar te maken;
- hulpmiddel om op gestructureerde wijze tot overleg en afspraken te komen met functionarissen van het GHOR-bureau, het traumacentrum en/of andere zorginstellingen, bijvoorbeeld over de verantwoordelijkheidsverdeling.

Bij dit algemene beeld zijn enkele opmerkingen te plaatsen.

1. *Behoeftes aan praktijkvoorbeelden en een ijkpunt*

Er bestond naar aanleiding van verscheidene indicatoren een algemene behoefte aan een ijkpunt, een norm of praktijkvoorbeelden, waaraan men de eigen situatie kon spiegelen of op ideeën kon komen voor verbetering ('best practice'). Hoewel dit buiten het bestek van deze instrumentontwikkeling valt, is dit een signaal waarop in de toekomst voortgeborduurd kan worden in de richting van ontwikkeling van door het veld gedragen normen voor preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe grootschalige incidenten en rampen. De behoefte aan ondersteuning betrof onder andere de preparatie op bijzondere ramptypen (nucleaire/chemische rampen) en de voorwaarden die gesteld moeten worden aan functionarissen voor het bekleden van rampgebonden functies (bijvoorbeeld het vereiste Opleiding, Training en Oefening-pakket en competentieprofielen). Dit laatste speelde meer bij de ziekenhuizen dan bij ambulancezorginstellingen en SIGMA waarvoor dergelijke (regionale dan wel landelijke) kaders al verder uitgewerkt zijn.

2. *Verantwoordelijkheidsverdeling tussen de instelling en het GHOR-bureau*

Eén van de prominente discussiepunten was de verwevenheid van verantwoordelijkheden van het GHOR-bureau en de eigen organisatie. De discussie ging er dan niet zozeer over óf een indicator van belang was voor een kwalitatief goede preparatie op rampen, maar om de vraag wie daarvoor verantwoordelijk was. Dat tekende zich in de praktijktest met name af bij respondenten van de ambulancezorg en van SIGMA. Binnen vrijwel alle indicatoren is er een rol weggelegd voor zowel de eigen organisatie als voor het GHOR-bureau. Deze verstrengeling maakte dat men het GHOR-bureau zou willen betrekken bij het invullen van het zelfevaluatie-instrument en bij enkele nabesprekingen was dit ook het geval. Het zelfevaluatie-instrument zou volgens hen als hulpmiddel kunnen dienen om op gestructureerde wijze de afstemming tussen deze partijen te expliciteren, opdat een constructieve verdeling van taken en verantwoordelijkheden wordt bereikt. Zoals in hoofdstuk 3 beschreven zijn in de nieuwe versies van de zelfevaluatie-instrumenten verschillende aanpassingen doorgevoerd om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan dit discussiepunt. Daarbij is het uitgangspunt gebleven dat de indicatoren voor de eigen organisatie op orde moeten zijn, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk ook moge zijn.

Bij de ambulancezorg speelde dit discussiepunt het meest rond de operationele GHOR-functies die door ambulancezorgpersoneel ingevuld kunnen worden (bijvoorbeeld Commandanten en Officieren van Dienst-Geneskundig, Hoofd Gewonden-nest). Uiteindelijk is er voor gekozen om het instrument primair te richten op de meldkamer en de ambulancediensten. De operationele GHOR-functies komen wel in het domein Samenwerking aan de orde, waarbij gesteld wordt dat er afspraken gemaakt zijn met het GHOR-bureau over de personele en inhoudelijke invulling van die functies, de bijbehorende opleiding, training, oefening en middelen (inclusief financiële middelen). Opgemerkt wordt dat het gevoerde oefenbeleid voor deze operationele GHOR-functionarissen ook kan bijdragen aan het preparatieniveau van de ambulancezorginstelling als geheel. Doordat deze oefeningen niet sterk naar voren komen in het zelfevaluatie-instrument, zou een onderschatting van het preparatieniveau van een ambulancezorginstelling kunnen ontstaan.

3. *Ervaren nut afhankelijk van preparatieniveau*

Het ervaren nut van een zelfevaluatie hangt ook af van het huidige preparatieniveau: hoe verder gevorderd men zichzelf acht (bijvoorbeeld gesteund door landelijke protocollen, richtlijnen of certificering), hoe minder toegevoegde waarde men ervaart van het zelfevaluatie-instrument. Het zou een verklaring kunnen zijn voor de bevinding dat respondenten van ziekenhuizen positiever oordeelden over het nut en toekomstig gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten dan de respondenten van ambulancezorg. Mogelijk spelen hierin ook de inherent nauwere overgang van dagelijkse naar opgeschaalde ambulancezorg mee en de hierboven genoemde kwestie van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ambulancezorg en GHOR-bureaus. Daarnaast werd tijdens nabesprekingen met respondenten van ambulancezorg wel genoemd dat het zelfevaluatie-instrument vooral een ‘papieren werkelijkheid’ toetst, maar dat dit geen garanties geeft voor de praktijk terwijl men juist daarin geïnteresseerd zou zijn. Voorbeelden daarvan zouden zijn kwaliteitscriteria voor rampenoefeningen en garanties voor het kunnen verwerken van een verhoogd aantal incidentmeldingen door de meldkamer ambulancezorg. Dit is inherent aan de doelstelling van het zelfevaluatie-instrument om de kwaliteit van de preparatie en niet zozeer de daadwerkelijke inzet wordt gemeten. In het zelfevaluatie-instrument is verbetering van de preparatie wel impliciet ingebouwd middels interne kwaliteitscycli. Procedures en het deskundigheidsniveau van functionarissen zouden aldus doorlopend verbeterd worden. De SIGMA respondenten waren positief over het gebruiksnut en toekomstig gebruik, maar ook bij hen speelde de kwestie van de verantwoordelijkheidsverdeling met het GHOR-bureau en enkelen van hen gaven ook aan toe te willen naar een meer uitkomstgerichte toetsing.

4. *Meer dynamiek ingebouwd ten behoeve van monitoring*

Interne monitoring vergt dat het zelfevaluatie-instrument een verandering in preparatieniveau tussen opvolgende tijdstippen kan laten zien. Om hieraan zo goed mogelijk tegemoet te komen is naar aanleiding van de bevindingen in de praktijktest in het zelfevaluatie-instrument meer dynamiek ingebouwd. Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat formeel voor een beoordeling van de bruikbaarheid voor monitoring een tweede praktijktest benodigd zou zijn. Eén van de veranderingen betreft een alternatieve antwoordoptie ‘plan’, waarin concrete planvorming genoteerd kan worden waarmee binnen afzienbare tijd wel voldaan zal worden aan de betreffende indicator. En er is een kolom ‘toelichting’ ingevoegd, waarin bijvoorbeeld de realisatietermijn genoteerd kan worden, of redenen waarom (nog) niet aan een indicator kan worden voldaan. Daarnaast is nu per domein notitieruimte gereserveerd waarmee aangestuurd wordt op het formuleren van een conclusie en van actie- en verbeterpunten met een realisatietermijn. Bij een latere zelfevaluatie zou hierop teruggegrepen kunnen worden.

5. *Meerdere interne perspectieven betrekken in zelfevaluatie*

In de praktijktest werd het nut bevestigd van het betrekken van verschillende interne perspectieven voor een gedegen zelfevaluatie. Een nabespreking van de resultaten van de zelfevaluatie met een derde onafhankelijke partij zou ook kunnen bijdragen aan interne kwaliteitsverbetering van het preparatieniveau, bijvoorbeeld middels het aandragen van passende praktijkvoorbeelden (best practices). Daarnaast werd –

gezien het punt van de verantwoordelijkheidsverdeling – door de respondenten gesuggereerd dat er in tweede instantie aan gedacht kon worden om met het zelf-evaluatie-instrument in overleg te gaan met het GHOR-bureau of traumacentrum om gesignaleerde knelpunten aan te pakken.

Samenvattend zijn de instrumenten – binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellend karakter – bruikbaar gebleken voor interne nulmetingen en monitoring. Voor het opsporen van ‘best practice’ voorbeelden en voor vergelijkingen van preparatieniveaus tussen zorginstellingen of regio’s zijn zelfevaluaties met een nabespreking met een onafhankelijke, inhoudsdeskundige derde noodzakelijk.

4.3.3 Generaliseerbaarheid

De derde onderzoeksvraag van de praktijktest luidde: Zijn de zelfevaluatie-instrumenten algemeen toepasbaar (generaliseerbaar)?

Het onderzoek heeft zelfevaluatie-instrumenten opgeleverd die toepasbaar zijn in heel Nederland voor ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorg en SIGMA wat betreft de generieke aspecten van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij rampen en grootschalige incidenten. Zowel wat betreft de regionale toepasbaarheid als de toepasbaarheid bij verschillende typen rampen worden enkele opmerkingen geplaatst.

Regionale toepasbaarheid

De zelfevaluatie-instrumenten bleken in de praktijktest toepasbaar in de participerende veiligheids- en traumaregio’s en er bleken geen essentiële interpretatieverschillen tussen deze regio’s. Dat wil zeggen dat, onafhankelijk van zijn/haar locatie, iedere respondent het betreffende instrument kon gebruiken om de eigen situatie in kaart te brengen. De antwoorden kunnen echter niet zondermeer onderling vergeleken worden. Wat de ene respondent ‘voldoende’ achtte om aan een indicator te voldoen, hoeft niet overeen te komen met de mening van de andere respondent. Dit is begrijpelijk gezien het uitgangspunt van zelfevaluatie zonder normstellend karakter.

Het beoordelen van de landelijke toepasbaarheid vergt strikt genomen dat de geselecteerde traumaregio’s een representatieve afspiegeling zijn van Nederland. Op dit punt zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is de totstandkoming van het regionaal acute zorg overleg op initiatief van de traumacentra nog in volle gang en daarmee samenhangend is de rol die opgeschaalde acute zorg daarin krijgt nog niet uitgekristalliseerd. Daarbij komt dat de functie ‘kenniscentrum’ naar verluid door de tien Nederlandse traumacentra verschillend ingevuld wordt, ook wat betreft de opgeschaalde traumazorg. Deze punten bemoeilijkten de beoordeling van de compleetheid en generaliseerbaarheid van de indicatoren over samenwerking met acute zorg ketenpartners in het kader van preparatie op rampen.

Een ander aandachtspunt was dat de formulering van de indicatoren geen rekening hield met ziekenhuisinstellingen die over meerdere locaties beschikken met een afdeling spoedeisende hulp voor slachtofferopvang. Uit de praktijktest bleek dit geen interpretatieproblemen op te leveren; veelal was er intensieve samenwerking tussen de locaties ten aanzien van het ZiROP en oefenbeleid. Het zelfevaluatie-instrument is daarom op dit punt niet aangepast, behalve dat er in het domein Samenwerking een indicator toegevoegd is

die is toegespitst op dergelijke ziekenhuisinstellingen.

Een derde kanttekening over de regionale toepasbaarheid die belemmerd zou kunnen worden, is de vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen die in enkele regio's in Nederland niet (volledig) voltooid is. Bij navraag tijdens de nabesprekingen werd echter aangegeven dat men hier geen grote problemen mee had en was men geen voorstander van een apart instrument voor de meldkamer en voor de ambulancediensten. Dit bemoeilijkte wel de beoordeling en formulering van de samenwerkingsindicatoren. Immers de samenwerking tussen meldkamer en ambulancediensten en de samenwerking met omringende ambulancezorginstellingen ligt anders als meldkamer en ambulancediensten geïntegreerd opereren dan wanneer dit zelfstandige organisaties zijn. Tegenover deze kanttekeningen staat dat de ontwikkeling van landelijke protocollen en richtlijnen voor reguliere en opgeschaalde ambulancezorg de vergelijkbaarheid tussen veiligheidsregio's juist bevordert. Dat heeft ook een gunstig effect op de regionale toepasbaarheid van dit zelfevaluatie-instrument.

Toepasbaarheid voor verschillende typen rampen

De zelfevaluatie-instrumenten bevatten hoofdzakelijk generieke indicatoren, die onafhankelijk van het type ramp van belang zijn voor ziekenhuizen, ambulancezorg en SIGMA in de preparatie op hun rol in de opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening. In aansluiting hierop wees de praktijktest uit dat de zelfevaluatie-instrumenten met name geschikt geacht werden voor inzicht in de preparatie op rampen met plots een groot aantal ernstig gewonden, zoals bij grote verkeersongevallen. Preparatie op rampen die langdurige opschaling vereisen, werd met name voor ziekenhuizen relevant geacht, gezien SIGMA en ambulancezorg zich voornamelijk concentreren op het eerste uur van de ramp en op de ernstige slachtoffers op de rampplek. Voor de ziekenhuizen zou het zelfevaluatie-instrument op het punt van de preparatie op langdurige opschaling verder ontwikkeld kunnen worden.

Om het zelfevaluatie-instrument hoofdzakelijk generieke indicatoren bevat, was het niet verwonderlijk dat slechts een minderheid van respondenten vond dat het zelfevaluatie-instrument inzicht geeft in het preparatieniveau op rampen met gevaarlijke stoffen (chemisch, nucleair) en op een grootschalige infectieziekte-uitbraak (pandemie, zoönose). Uit de telefonische enquêtes die in de beginfase van dit onderzoek zijn gehouden onder 134 zorgverleners uit dezelfde sectoren, was ook al gebleken dat zij zich op dergelijke ramptypen het minst goed voorbereid voelden (Spijkers et al., 2006). Daarom is ook voor de preparatie op rampen met gevaarlijke stoffen verdere ontwikkeling van de drie zelfevaluatie-instrumenten gewenst.

Tot slot werd in de praktijktest de relevantie van de zelfevaluatie-instrumenten voor een grootschalige infectieziekte-uitbraak (pandemie) in twijfel getrokken, vanwege het feit dat het meer geleidelijke beloop van een grootschalige infectieziekte-uitbraak andere eisen stelt aan het opschalen en instandhouden van opgeschaalde zorg. Tevens zullen de patiëntenstromen bij een pandemie anders zijn waardoor ook andere partijen een rol zullen spelen (bijvoorbeeld in het kader van de Preventieve Openbare Gezondheidszorg en Openbare Orde).

Samenvattend zijn de zelfevaluatie-instrumenten – binnen het kader van zelfevaluatie zonder normstellende karakter – in heel Nederland toepasbaar. Zij zijn met name toegespitst op rampen waarbij er in een kort tijdsbestek sprake is van een groot aantal ernstig gewonden. Voor de het nagaan van de voorbereiding op een ramp met gevaarlijke stoffen is nadere ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten gewenst. Voor een evaluatie van de voorbereiding van deze drie zorgaanbieders op een grootschalige uitbraak van infectieziektes zijn de zelfevaluatie-instrumenten niet geschikt.

4.4 Aanbevelingen

Mede op grond van de ervaringen in deze praktijktest worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van onder meer het toekomstige gebruik en mogelijke richtingen voor verdere ontwikkeling van de zelfevaluatie-instrumenten.

4.4.1 Gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten

Het onderzoek heeft zelfevaluatie-instrumenten opgeleverd die in heel Nederland toepasbaar zijn voor een nulmeting en voor follow-upmetingen van het interne preparatieniveau voor spoedeisende medische zorgverlening. De volgende aanbevelingen kunnen gedaan worden voor toekomstig gebruik van de zelfevaluatie-instrumenten. Ten eerste wordt aanbevolen in een interne zelfevaluatie verschillende relevante perspectieven te betrekken, bijvoorbeeld uit verschillende hiërarchische niveaus en disciplines. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan:

- a. Bij ziekenhuizen: tenminste vertegenwoordiging van het ZiROP beheer, de raad van bestuur die zitting zou kunnen nemen in het crisisteam en één of meerdere anderen, zoals vertegenwoordiging van de crisiscoördinatie en relevante afdelingen, zoals de sleutelafdelingen (SEH, OK en IC) en facilitaire dienst.
- b. Bij ambulancezorg: de functionarissen die verantwoordelijk zijn voor (delen van de) preparatie, bijvoorbeeld de medisch managers, kwaliteitsfunctionarissen, Regionale Opleidingscoördinatoren (ROC) en het hoofd van de meldkamer ambulancezorg. Voorgesteld wordt om het zelfevaluatie-instrument aan de directie aan te bieden die de in die instelling relevante functionarissen bij de zelfevaluatie betreft.
- c. Bij het Nederlandse Rode Kruis: vertegenwoordigers van SIGMA op verschillend hiërarchisch niveau (Bijvoorbeeld Coördinatoren Noodhulp Nationaal, Regio coördinatoren, Hoofd Geneeskundige Eenheden, SIGMA-teamleiders).

Ten tweede wordt voor de verbetering van het preparatieniveau aanbevolen om aan de hand van de zelfevaluatie extern advies in te winnen, bijvoorbeeld bij een onafhankelijke, inhoudsdeskundige partij. Ook zonder normstellend karakter kan een nabespreking met een inhoudsdeskundige een gedegen zelfevaluatie en verbetering van het preparatieniveau stimuleren. Naast een onafhankelijke externe adviseur, kan ook gedacht worden aan een nabespreking met een functionaris van het GHOR-bureau (bijvoorbeeld de RGF) en/of het traumacentrum. Het zelfevaluatie-instrument zou dan een bijdrage kunnen leveren aan een gestructureerde dialoog om knelpunten in de acute c.q. GHOR-keten te signaleren en desgewenst te agenderen en om met het GHOR-bureau tot overleg en afspraken te komen over de verantwoordelijkheidsverdeling in de preparatie op rampen.

Ten derde wordt opgemerkt dat het niet-verplichte karakter van de instrumenten ertoe zou kunnen leiden dat zelfevaluatie niet hoog op de prioriteitenlijst van een instelling staat. Het is aanbevelingswaardig om de zelfevaluatie te koppelen aan bijvoorbeeld het opstellen van een oefenjaarplan, het jaarlijkse gesprek met de Regionaal Geneeskundig Functionaris, of het updaten van rampenprocedures.

In bovenstaande strategie zou het initiatief gelegd kunnen worden bij de instellingen zelf, maar ook bij een onafhankelijke derde partij. Naast of in aanvulling daarop, zou het zelfevaluatie-instrument ook op initiatief van GHOR-bureaus en traumacentra gebruikt kunnen worden als aanknopingspunt bij overleg.

4.4.2 *Toekomstige ontwikkelingen*

- *Ondersteuning van de ontwikkeling van door het veld gedragen normen*

In het begin van dit onderzoek leek het veld nog niet rijp te zijn voor ‘prestatie-indicatoren’, waarop besloten werd om in plaats van een benchmark, zelfevaluatie-instrumenten te ontwikkelen. In de praktijktest bleek er een algemene behoefte te bestaan aan praktijkvoorbeelden, ijkpunten of normen waaraan men de eigen aanpak kon spiegelen (‘best practice’) om te weten of verbetering of een alternatieve aanpak mogelijk was. Aanbevolen wordt om de ontwikkeling van door het veld gedragen normen voor preparatie op spoedeisende medische zorgverlening ter hand te nemen. Een eerste stap daartoe zou kunnen bestaan uit een uitwisseling van praktijkvoorbeelden (bijvoorbeeld middels informele bijeenkomsten, zoals de door VWS georganiseerde landelijke ZiROP bijeenkomsten). Het zelfevaluatie-instrument kan, indien landelijk toegepast en nabesproken met een onafhankelijke derde, een hulpmiddel zijn voor het opsporen van ‘best practices’ van afzonderlijke ketenpartners en van samenwerking in de acute zorgketen met betrekking tot rampen. Het is hierbij essentieel dat deze partij geaccepteerd wordt door het veld als externe observator of adviseur. Op termijn zouden op basis van die normen in plaats van of in aanvulling op de zelfevaluatie-instrumenten prestatie-indicatoren ontwikkeld kunnen worden.

- *Voortdurend onderhoud van de zelfevaluatie instrumenten*

Aanbevolen wordt om de zelfevaluatie-instrumenten bij voortduring te onderhouden, zodat zij blijven aansluiten op de actualiteit en op nieuwe ontwikkelingen op het gebied van reguliere en opgeschaalde acute zorg.

- *Ramptype-specifieke ondersteuning*

Het is tevens aanbevelingswaardig om ondersteuning te bieden aan de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij grote aantallen slachtoffers van rampen met gevaarlijke stoffen, bijvoorbeeld middels landelijke/regionale richtlijn ontwikkeling. Deze ontwikkelingen zouden op termijn verwerkt kunnen worden in ramptype-specifieke indicatoren in de zelfevaluatie-instrumenten. Hierbij wordt niet zozeer bedoeld op pandemieën, omdat de relevantie hiervan voor deze drie groepen zorginstellingen werd betwijfeld in de praktijktest. Voor de preparatie op een pandemie zou een apart instrument ontwikkeld kunnen worden, waarin dan bij voorkeur aandacht besteed wordt aan de continuïteit van opgeschaalde zorg en aan de raakvlakken met andere partijen (zoals GHOR-ketenpartners die betrokken zijn bij de Preventieve Openbare Gezondheidszorg en Openbare Ordediensten).

- *Ontwikkeling indicatoren voor de acute zorgketen*

Aanbevolen wordt om ketenindicatoren voor de acute zorgketen te ontwikkelen, die ook inzicht geven in de kwaliteit van de GHOR-keten en daarmee verder gaan dan de huidige samenwerkingsindicatoren. Deze ketenindicatoren zouden bij voorkeur bedoeld zijn voor de RGF/GHOR-bureaus, omdat deze eindverantwoordelijk zijn voor deze keten. Een alternatief zou kunnen zijn om in één instrument zowel ketenindicatoren voor de reguliere acute zorgketen als ketenindicatoren voor de opgeschaalde acute zorg (GHOR-keten) te integreren. Dit instrument zou dan idealiter op verschillende schalen toepasbaar moeten zijn (GHOR-regionaal en traumaregionaal). Ook zou dan onderzocht moeten worden in hoeverre het haalbaar is meerdere acute zorgketenpartners in een dergelijk instrument te betrekken, zoals huisartsen(-posten), thuiszorg, GGZ crisisdienst, verpleeg- en verzorgingshuizen.

- *Andere initiatieven ter ondersteuning van de preparatie op rampen*

Naast de voorgestelde voortdurende actualisatie van de huidige zelfevaluatie-instrumenten zou op grond van de praktijktest ook gedacht kunnen worden aan andere initiatieven ter ondersteuning van de preparatie op externe rampen en grootschalige incidenten.

Voorbeelden daarvan zijn:

- De ontwikkeling van indicatoren voor traumazorg c.q. traumacentra, waarbij zowel de reguliere als de opgeschaalde traumazorg en specifieke taken van ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum aan de orde kunnen komen, zoals de topklinische traumazorg, de MMT- en kennisfunctie. Voorwaarde is wel dat de acute zorg ketens in de traumaregio's daadwerkelijk betekenisvol van de grond komen.
- De ontwikkeling van een Nederlandse Rode Kruis breed instrument, waarin niet alleen de hoofdstroom van ernstige slachtoffers (SIGMA) maar ook de nevenstroom van minder ernstig gewonden (Behandelcentrum) en eventuele andere voor rampsituaties relevante activiteiten van het NRK aan bod komen (bijvoorbeeld Verwanteninformatie en een intern actiecentrum).

Literatuur

Colsen PJA, Casparie AF. *Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis*. Medisch Contact, 1995;50(9):279-299.

Expertgroep Format ZiROP. *Rampenopvang volgens plan: leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP)*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005.

Meiberg AE, IJzermans CJ, Bakker de DH. *Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie-instrument*. Utrecht: NIVEL, 2007.

Spijkers KFJ, Bosch van den JE, IJzermans CJ. *Zelfevaluatie van de voorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening; Op weg naar een benchmark*. Utrecht: NIVEL, 2006.

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Certificatieschema GHOR-bureau: Bureau ter ondersteuning van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen*. Utrecht: Stichting HKZ, 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.

Website: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/rampenopvang-ziekenhuizen.html>
Geraadpleegd op 12/12/06.

Bijlage 1: Afkortingenlijst en Begrippenlijst

1.1 Afkortingenlijst

CRIB	Centraal Registratie en Informatie Bureau
CvDG	Commandant van Dienst Geneeskundig
ETS	Emergo Train System
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK-C	Geneeskundige Combinatie
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure
HGN	Hoofd Gewondennest
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MMT	Mobiel Medisch Team
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NRK	Nederlandse Rode Kruis
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
OK	Operatie Kamer
OvDG	Officier van Dienst Geneeskundig
POG	Preventieve Openbare Gezondheidszorg
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
ROC	Regionaal Opleidingscoördinator
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZiROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

1.2 Begrippenlijst

Afschalen	De acties die uitgezet moeten worden om de diensten en het (openbaar) bestuur vanuit de opgeschaalde situatie terug te brengen naar de dagelijkse situatie.
AMBU team	Geneeskundige team dat deel uitmaakt van de geneeskundige combinatie en bestaat uit één ambulance verpleegkundige en één ambulancechauffeur. Beide zijn werkzaam op het rampterrein en hebben geen vervoerstaak.
1 ^e Ambulance	Ambulance die als eerste op het rampterrein arriveert en aldus verantwoordelijk is 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 ^e ambulance leiding aan geneeskundig dienst(en) op rampplek tot de OvDG arriveert.
Ambulancebijstandsplan	Plan waarin de centrale posten ambulancezorg op (ABP) volgorde van afstand zijn vermeld. Daarbij is aangegeven welk aantal ambulances maximaal voor bijstand beschikbaar is en binnen welke tijd dit aantal beschikbaar kan zijn.
Basismodule GHOR	Theoretische basiscursus voor alle geneeskundige zorgverleners die ten tijde van een ramp ingezet kunnen worden op het rampterrein.
Benchmarking	Het vergelijken van prestaties van organisaties onderling en met de beste prestaties in de branche.
Blauwe kolom	Politie.
Centraal Registratie en Informatie Bureau (CRIB)	Bureau dat centraal gegevens verzamelt en informatie verstrekt over doden, gewonden, vermisten en geëvacueerde personen.
Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G)	Een functionaris die verantwoordelijk is voor de leiding over de geneeskundige hulpverlening ter plaatse en de afstemming hiervan op de overige hulpverlening.
Coördinator Gewondenvervoer (CGV)	Functionaris die bij een grootschalig incident of ramp wordt ingeschakeld om, ter ontlasting van de meldkamer ambulancezorg, de coördinatie van ambulances en de gewondenspreiding over te nemen op de rampplek.

Emergo Train System (ETS)	Toetsings- en oefensysteem afkomstig uit Zweden, waarmee men een rampsituatie kan nabootsen en 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 Incidentenbestrijding Procedure (GRIP)	Opschalingsprocedure bestaande uit vijf fasen waarmee multidisciplinair de ernst en de omvang van een ramp aangeduid kan worden. Aan de hand van de vijf GRIP fasen wordt tevens 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-team en één AMBU-team. Doel van de inzet van de geneeskundige combinatie is de overgang van de dagelijkse geneeskundige zorgverlening naar die bij grootschalige incidenten en rampen te verbeteren.
Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)	Landelijk organisatie, die tot doel heeft faciliterend op te treden bij grootschalige incidenten en rampen ten behoeve van de zorgverlening uit vooral de witte kolom.
Gewondenspreidingsplan (GSP)	Plan waarin ziekenhuizen op volgorde van afstand zijn vermeld en dat wordt gebruikt door de meldkamer ambulancezorg ten behoeve van een effectieve gewondenspreiding. 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-ketenpartners	Instellingen die in het kader van de opvang en verzorging van gewonde rampenslachtoffers samenwerken binnen de geneeskundige keten, zoals het GHOR-bureau, ambulancezorginstelling, ziekenhuizen, traumacentra, NRK, GGD, GGZ en huisartsen(-posten).
GHOR-regio	Nederland is geografisch onderverdeeld in 25 GHOR-regio's. Iedere regio heeft een eigen GHOR-bureau.
Groene kolom	Overheidsinstanties.

Haakarmbak	Een aanhangwagen met daarin geneeskundig materiaal, die tijdens een ramp ingezet wordt om gebruikt materiaal aan te vullen.
Indicator	Een meetbaar element met een signalerende functie. Enerzijds kan een toezichthoudende instantie indicatoren gebruiken om de prestaties van de zorgverleners in beeld te brengen en onderling te vergelijken. Anderzijds kunnen indicatoren worden gebruikt als zelfevaluatie-instrument, waarmee een organisatie een 'nulmeting' kan uitvoeren van de kwaliteit binnen de eigen organisatie om zodoende knelpunten zichtbaar te maken. De indicatoren in dit onderzoek vormen samen een zelfevaluatie-instrument.
Interne oefening	Rampenoefening binnen de eigen geneeskundige zorgverleningsdienst waaraan alleen medewerkers van de eigen instelling deelnemen.
Mobiel Medisch Team (MMT)	Geneeskundig team, bestaande uit één MMT-arts, één MMT-verpleegkundige en één chauffeur/ helikopter piloot, dat in staat is ter plaatse (buiten een ziekenhuis) triage uit te voeren en specialistische hulp te verlenen.
Monodisciplinaire oefening	Rampenoefening waaraan verschillende geneeskundige zorgverleningsdiensten deelnemen, zoals bijvoorbeeld meldkamers ambulancezorg, ambulancediensten, SIGMA-teams en SEH-afdelingen van ziekenhuizen/traumacentra.
Multidisciplinaire oefening	Rampenoefening waaraan naast de geneeskundige hulpverleningsdienst(en) ook politie, brandweer, GHOR en gemeenten deelnemen.
Nationale Gewondenkaart	Kaart voor het registreren van medische gegevens en persoonsgegevens op het rampterrein; zoals de gemeten vitale waarden, de toegediende medicatie.
Nationaal Noodnet	Een besloten telefoonnet met een beperkt aantal aansluitingen. Als het reguliere telefoonnetwerk overbelast raakt, is telefoneren met anderen die aangesloten zijn op het Nationaal Noodnet te allen tijde mogelijk.
Nazorgfase	Fase waarin acties worden ondernomen om de gevolgen van een grootschalig incident of ramp te herstellen en in de 'normale' situatie en verhoudingen terug te keren.
Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G)	Een functionaris ter plaatse van een grootschalig incident of ramp die belast is met de coördinatie van met name de ambulancezorg.

Opschalen	De acties die uitgezet moeten worden om de parate diensten en het (openbaar) bestuur aan te passen vanuit de dagelijkse situatie opdat een ramp kan worden bestreden.
Pandemie	Een wereldwijde infectieziekte-uitbraak door een virus waarvoor geen of onvoldoende vaccin voorradig is.
Preparatiefase	Het treffen van voorbereidingen om een grootschalig incident of ramp te kunnen bestrijden. Daarbij moet onder andere gedacht worden aan het opstellen van plannen en procedures, en het opleiden, trainen en oefenen van personeel.
Preventiefase	Fase waarin vooraf maatregelen worden getroffen voor reeds bestaande risico's. Op die manier vermindert de kans dat incidenten ontstaan, en kunnen de gevolgen ingeperkt worden als ze zich toch voordoen. Voorbeelden hiervan zijn advisering bij de vergunningverlening van evenementen, de risicokaart en specifieke ongevalsprocedures.
Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG)	Onderdeel van de GHOR dat gericht is op de bescherming van de volksgezondheid bij grootschalige incidenten of rampen met een gevaar voor mens en milieu, om zo (extra) gewonden of verergering van het letsel te voorkomen.
Proactiefase	Het wegnemen van structurele oorzaken van incidenten, om te voorkomen dat ze zich voordoen. Bijvoorbeeld het adviseren bij het ontwikkelen van ruimtelijk beleid. Door bij de aanleg van een nieuwe woonwijk of spoortunnel al rekening te houden met bepaalde risico's, kunnen deze verminderd of zelfs weggenomen worden.
Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PSHOR)	Onderdeel van de GHOR dat gericht is op de collectieve opvang van slachtoffers direct na de ramp en het verlenen van psychosociale hulp.
Ramp of grootschalig incident	Een gebeurtenis waardoor een ernstige verstoring van de openbare veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu en/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 (RGF)	Hoogst leidinggevende en ambtelijk eindverantwoordelijke functionaris binnen de GHOR in een GHOR-regio.

Repressiefase	Fase van daadwerkelijke bestrijding van een grootschalig incident of ramp.
Rode kolom	Brandweer.
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, dat de professionele geneeskundige hulpverleners assisteert en ondersteunt bij grootschalige incidenten en rampen.
Table- top oefening	Papieren oefening bestemd voor functionarissen die in crisissituaties op managementniveau leiding geven aan de eigen organisatie.
Traumacentrum	Ziekenhuis met een erkenning als traumacentrum. Dit houdt in dat dit ziekenhuis een aantal aanvullende taken in zijn pakket heeft, zoals het opvangen van multi-traumapatiënten, het leveren van top-klinische zorg, traumaregistratie, het inzetten van het Mobiel Medisch Team, kenniscentrum en het initiëren van het regionaal overleg acute zorgketen.
Triage	Het classificeren van gewonden naar de ernst van het opgelopen letsel. Deze classificatie resulteert in een aantal urgentieklassen voor behandeling en vervoer.
Triageklasse T1	Gewonden wiens leven onmiddellijk wordt bedreigd door een obstructie van de ademwegen en/of door stoornissen van de ademhaling en/of circulatie.
Triageklasse T2	Gewonden wiens leven na enkele uren wordt bedreigd door stoornissen van de ademhaling en/of circulatie of die gevaar lopen op ernstige infecties of invaliditeit, wanneer zij niet binnen 6 uur na het oplopen van het letsel behandeld worden.
Triageklasse T3	Gewonden die niet worden bedreigd door een ademwegobstructie, stoornissen van de ademhaling en/of circulatie, ernstige infectie of invaliditeit. Zij hoeven niet voor medische en/of operatieve behandeling naar het ziekenhuis.
Veiligheidsregio	Een veiligheidsregio is een geografisch afgebakend gebied waarin het Regionaal Veiligheidsbestuur verantwoordelijk is voor het beleid en beheer van de regionale brandweer, GHOR, crisisbeheersing en de gemeenschappelijke meldkamer. Het Regionaal Veiligheidsbestuur bestaat uit alle burgemeesters van een regio.

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 vanaf het moment van een 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.
Zoönose	Een infectieziekte die van gewervelde dieren kan worden overgebracht op mensen. Zoönosen kunnen worden veroorzaakt door verschillende ziekteverwekkers (bacteriën, virussen en parasieten). Overdracht kan plaatsvinden via direct contact met besmette dieren, via indirect contact (bijvoorbeeld via de lucht), door stekende of bloedzuigende insecten en door het eten van besmet vlees.

Bijlage 2: Algemene vragenlijst 1

*NB. Deze vragenlijst dienden de respondenten **voorafgaand** aan de zelfevaluatie in te vullen.*

1. Hoe goed is uw instelling/organisatie voorbereid op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen of grootschalige incidenten?

Wilt u een rapportcijfer geven op een schaal van 0 (zeer slecht) tot en met 10 (optimaal)?

.....

2. Wat zijn binnen uw instelling/organisatie **sterke punten** in de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen of grootschalige incidenten?

a.

b.

c.

3. Wat zijn binnen uw instelling/organisatie **zwakke punten** in de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen of grootschalige incidenten?

a.

b.

c.

Bijlage 3: Algemene vragenlijst 2

*NB. Deze vragenlijst dienden de respondenten **aansluitend** aan de zelfevaluatie in te vullen, met inbegrip van de inzichten die zij mogelijk hebben verworven door het uitvoeren van de zelfevaluatie.*

1. Hoe goed is uw instelling/organisatie voorbereid op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen of grootschalige incidenten?
Wilt u een rapportcijfer geven op een schaal van 0 (zeer slecht) tot en met 10 (optimaal)?
.....

 2. Wat zijn binnen uw instelling/organisatie **sterke punten** in de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen of grootschalige incidenten?
 - a.
 - b.
 - c.

 3. Wat zijn binnen uw instelling/organisatie **zwakke punten** in de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen of grootschalige incidenten?
 - a.
 - b.
 - c.

 4. Rampen kunnen in verschillende hoedanigheden voorkomen. Geeft het zelfevaluatie-instrument u inzicht in de kwaliteit van de preparatie op onderstaande *grootschalige* situaties?

Ja	Nee

 - 4a. Transportongeval;
 - 4b. Overstroming;
 - 4c. Explosie;
 - 4d. Ramp met gevaarlijke stoffen (chemisch, nucleair);
 - 4e. Grootschalige uitbraak besmettelijke ziekte (pandemie, zoönose);
 - 4f. Ramp met plots een groot aantal ernstig gewonden;
 - 4g. Ramp met plots een groot aantal licht gewonden;
 - 4h. Ramp waarbij langdurige opschaling nodig is;
 - 4i. Ramp waarbij (vast en mobiel) telefoonverkeer onmogelijk is.
-

5. De volgende vragen gaan over de volledigheid, juistheid en duidelijkheid van de items die in het zelfevaluatie-instrument opgenomen zijn.

5a. Zijn er onderwerpen die ontbreken of onvoldoende belicht worden, maar die u wel belangrijk acht voor de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening? *Zo ja, wilt u deze onderwerpen hieronder noteren?*

Ja	Nee

.....
.....
.....

5b. Zijn er items die opgenomen zijn, maar volgens u niet bijdragen aan de kwaliteit van de preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening? *Zo ja, wilt u deze itemnummers en het bijbehorende domein hieronder noteren?*

Ja	Nee

.....
.....
.....

5c. Zijn er items die naar uw mening niet juist of niet up-to-date zijn? *Zo ja, wilt u deze itemnummers en het bijbehorende domein hieronder noteren?*

Ja	Nee

.....
.....
.....

5d. Zijn er items die niet duidelijk geformuleerd zijn? *Zo ja, wilt u deze itemnummers en het bijbehorende domein hieronder noteren?*

Ja	Nee

.....
.....
.....

5e. Zijn er items die in de regio van uw instelling/organisatie niet van toepassing zijn (bijvoorbeeld omdat daar voor een andere aanpak gekozen is)? *Zo ja, wilt u deze itemnummers en het bijbehorende domein hieronder noteren?*

Ja	Nee

.....
.....
.....

6. Bent u het eens met de volgende stellingen over het gebruikersnut?
Het zelfevaluatie instrument...

- 6a. biedt mij inzicht in de mate waarin mijn instelling/organisatie voorbereid is op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening;
- 6b. is nuttig voor het identificeren van zwakke punten in de voorbereiding op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening in mijn instelling/organisatie;
- 6c. is nuttig voor het opstellen van aanbevelingen voor de verbetering van de voorbereiding op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening in mijn instelling/organisatie;
- 6d. is nuttig voor het evalueren van beleidsaanpassingen/verbeteringen in mijn instelling/organisatie ten aanzien van preparatie op opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening.

Ja	Nee

7. Zou u het zelfevaluatie-instrument gebruiken als het in de toekomst beschikbaar is?

Ja	Nee

(Bij ja, ga door naar vraag 8, bij nee ga door naar vraag 9)

8. Waarvoor zou u het zelfevaluatie-instrument in de toekomst dan willen gebruiken?

Om....

- 8a. het preparatieniveau van mijn instelling/organisatie te meten in de tijd (monitoren);
- 8b. knelpunten in de preparatie te agenderen binnen mijn instelling/organisatie;
- 8c. knelpunten in de GHOR-keten te agenderen binnen de veiligheidsregio;
- 8d. het preparatieniveau van mijn instelling/organisatie te vergelijken met die van soortgelijke zorginstellingen;
- 8e. anders namelijk,

Ja	Nee

.....
.....

9. Wat is uw oordeel over het uitvoeren van de zelfevaluatie (zonder de algemene vragenlijsten)? (*Omcirkel uw antwoord*)

9a. tijdsduur invullen;		Goed	Te lang
9b. aantal indicatoren;	Te weinig	Goed	Te veel
9c. mate van detail;	Te weinig	Goed	Te veel
9d. antwoordcategorieën (ja, nee, anders/gedeeltelijk, namelijk).		Goed	Niet handig*

* Indien u *niet handig* heeft geantwoord, wat voor een soort antwoordcategorieën stelt u voor?

.....
.....

Bijlage 4: MMT-indicatoren

Personeel en Middelen

Het traumacentrum waarborgt de 7 x 24 uur per week paraatheid van parate-MMT's cq de 7 x 24 uur per week beschikbaarheid van niet-parate MMT's voor de inzet tijdens een ramp als onderdeel van de geneeskundige combinatie.

Het traumacentrum waarborgt 24-uurs inzetbaarheid van een bedrijfszeker MMT-voertuig.

Opleiden, trainen en Oefenen

De MMT-functionarissen binnen de instellingen zijn middels scholing voorbereid op hun specifieke rol bij een ramp. Dit betreft tenminste:

De MMT-functionarissen hebben kennis van de procedures voor ontsmetting en behandeling van grote aantallen nucleair of chemisch gecontamineerde slachtoffers;

De MMT-functionarissen hebben kennis van de procedures voor de behandeling van grote aantallen geïnfecteerde slachtoffers;

De MMT-functionarissen hebben kennis van de prehospitala aanpak bij een ramp, bijvoorbeeld door het volgen van een cursus zoals de Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) cursus;

De MMT-functionarissen hebben kennis van de (eigen) inzetprocedures en werkinstructies van de geneeskundige combinatie.

De MMT-functionarissen houden hun kennis en vaardigheden bij met betrekking tot hun specifieke rol bij een ramp, bijvoorbeeld door het volgen van nascholing.

De instelling registreert periodiek de opleidingen van de MMT-functionarissen.

Het MMT van het traumacentrum neemt, als onderdeel van de geneeskundige combinatie, deel aan monodisciplinaire rampenoefeningen met andere GHOR-ketenpartners.

Hoe vaak heeft het MMT van uw traumacentrum de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? **keer. Jaartal(len) :**

Het MMT van het traumacentrum neemt, als onderdeel van de geneeskundige combinatie, deel aan multidisciplinaire rampenoefeningen met de andere GHOR-ketenpartners, brandweer, politie en overheidsinstanties.

Hoe vaak heeft het MMT van uw instelling de afgelopen 10 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? **keer. Jaartal(len) :**

Bij het opstellen van een nieuwe oefenplanning, wordt de ervaren behoefte aan oefenactiviteiten ten aanzien van een ramp onder de MMT-functionarissen geïnventariseerd en meegenomen.

De instelling waarborgt doorlopende verbetering van het opleidingsbeleid en -niveau van de MMT-functionarissen ten aanzien van de preparatie op een ramp, middels planvorming, structurele evaluaties en bijstellingen.

De instelling registreert na afloop van de planperiode per MMT-functionaris het aantal deelgenomen oefeningen.

De instelling toetst de deskundigheid van de MMT-functionarissen, ten aanzien van hun specifieke rol bij een ramp, volgens een vooraf vastgestelde frequentie en methode (profcheck). Hierbij valt te denken aan een kennistoets en of wordt voldaan aan de opleiding-, training- en oefeneisen

Bijlage 5: Praktijktest bevindingen op indicatorniveau Ziekenhuizen & Traumacentra

(versie 4.0 / oktober 2006)

Ziekenhuis/ Traumacentrum Procedures	Resultaten praktijktest
De instelling beschikt over schriftelijk vastgestelde procedures voor de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp (Ziekenhuis Rampen Opvang Plan, ZiROP). ZiROP algemeen	
1 De instelling beschikt over een ziekenhuis rampen opvangplan (ZiROP) waarin de opvang van slachtoffers van een externe ramp is vastgelegd. Het ZiROP voldoet tenminste aan:	Aan de indicator toegevoegd dat het ZiROP ingebed is een verbeteringscyclus.
1.1 Het ZiROP is opgesteld aan de hand van de Leidraad van de Expertgroep Format ZiROP 2005 en omvat alle hierin omschreven onderwerpen, met dien verstande dat de invulling is aangepast aan de specifieke situatie van de instelling.	
1.2 In het ZiROP wordt verwezen naar de deelplannen van de betrokken afdelingen, waaronder de SEH, IC, verpleegafdelingen, afdelingen met diagnostische faciliteiten en de facilitaire dienst.	
1.3 In de deelplannen van de betrokken afdelingen is op afdelingsniveau en indien van toepassing (sleutel)functieniveau in actiekaarten vastgelegd wat de taken en verantwoordelijkheden zijn bij een externe ramp.	Begrip actiekaart niet altijd duidelijk, verwijderd. Begrip sleutelfunctie in begrippenlijst toegelicht en overall expliciet vermeld wie we bedoelen.
1.4 Het opstellen, implementeren en actualiseren van het ZiROP geschiedt in overleg met de regionaal geneeskundig functionaris, die hierbij een adviserende en ondersteunende rol heeft.	Meestal gedelegeerde verantwoordelijkheid RGF. Indicator hierop aangepast.
1.5 De actualiteit van het ZiROP wordt gewaarborgd middels een periodieke update. Wanneer omstandigheden (bijvoorbeeld een verbouwing) hiertoe aanleiding geven, wordt het ZiROP tussentijds geactualiseerd. Wanneer werd het ZiROP van uw instelling voor het laatst geüpdate?..... (jaartal).	
1.6 Sleutelfunctionarissen worden op de hoogte gesteld van alle wijzigingen die bij een update in het ZiROP zijn aangebracht.	Definitie sleutelfunctionarissen onduidelijk. In alle indicatoren aangepast wie hier specifiek mee worden bedoeld. In dit geval potentiële crisiscoördinatoren en potentiële leden van het crisisteam. Inhoud beide functies in begrippenlijst toegelicht.
1.7 Afdelingshoofden van de betrokken afdelingen worden op de hoogte gesteld van voor hen relevante wijzigingen die bij een update in het ZiROP zijn aangebracht. De afdelingshoofden zorgen ervoor dat hun medewerkers van de voor hen relevante wijzigingen op de hoogte gebracht worden.	Afdelingshoofden aangevuld met zorgmanagers, die tijdens een ramp ook een sleutelfunctie kunnen vervullen.
1.8 Het ZiROP is toegankelijk voor alle sleutelfunctionarissen en reguliere zorgfunctionarissen in de instelling. Dit houdt tenminste in dat:	Indicator 1.8 en 1.8.1 samengevoegd tot 1.8. Indicator 1.8.2 wordt indicator 1.9.
1.8.1 Er is een papieren versie van het actuele ZiROP beschikbaar op alle betrokken afdelingen:	
1.8.2 Er is een elektronische versie van het actuele ZiROP beschikbaar, bijvoorbeeld via intranet.	
1.9 Het ZiROP is formeel vastgesteld door de Raad van Bestuur van de instelling.	Belangrijk dat ZiROP niet eenmalig, maar na iedere afgehele update formeel wordt vastgesteld.

Opschalen	Resultaten praktijktest
2	De instelling heeft de fase van opschaling van de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp schriftelijk in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste procedures voor:
2.1	De instelling heeft het besluitvormingsproces aangaande de (mate van) opschaling van de spoedeisende medische zorgverlening na een melding van een externe ramp schriftelijk in een procedure vastgesteld.
2.2	De instelling heeft de alarmering van sleutelfunctionarissen en extra reguliere zorgfunctionarissen schriftelijk in een procedure vastgelegd. Deze procedure omvat in ieder geval de volgende onderdelen: - Begrip 'sleutelfunctionarissen' vervangen door het crisisteam, de crisiscoördinator en de hoofden van de sleutelafdelingen (OK, SEH, IC etc). - Alarmering extra reguliere zorgfunctionarissen in aparte subindicator
2.2.1	een heldere beschrijving van op welke wijze de alarmering uitgevoerd dient te worden;
2.2.2	de methode van alarmering binnen en buiten kantooruren;
2.2.3	de methode van alarmering in situaties waarin telefoonverkeer niet mogelijk is;
2.2.4	richtlijn voor de volgorde van alarmering die rekening houdt met de urgentie waarmee de deskundigheid van de op te roepen functionaris nodig is, en de reisafstand van de functionaris tot de plaats waar deze zich dient te melden;
2.2.5	een richtlijn omtrent de informatie die bij alarmering aan de sleutelfunctionarissen en reguliere zorgfunctionarissen verstrekt moet worden;
2.2.6	op welke wijze de opgeroepen functionaris de ontvangst van de alarmeringsboodschap moet bevestigen, alleen van toepassing indien er gebruik wordt gemaakt van een computergestuurd oproepsysteem;
2.2.7	het traumacentrum heeft de wijze van alarmering van niet- parate MMT-functionarissen vastgelegd indien zij op verzoek van de meldkamer worden ingezet;
2.2.8	waarborging van de actualiteit van de alarmeringsnummers middels een periodieke update.
2.2.8.1	Is er voor het updaten van de alarmeringsnummers een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja, x per.....maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak vond een dergelijke update in de afgelopen 2 jaar plaats?keer.
2.3	De instelling beschikt over een procedure voor de registratie van binnenkomende slachtoffers van een ramp. Deze procedure omvat in ieder geval de volgende onderdelen: Volgorde van de (sub)indicatoren aangepast

		Resultaten praktijktest
2.3.1	beschrijving van alle handelingen die in het kader van de slachtofferregistratie uitgevoerd moeten worden wanneer slachtoffers per ambulance/op eigen gelegenheid arriveren:	
2.3.1.1	in de procedure is vastgelegd dat slachtoffers die zonder gewondenkaart in het ziekenhuis arriveren, alsnog een gewondenkaart uitgereikt krijgen;	Zinsnede 'gewondenkaart van de rampplek' toegevoegd, om duidelijk te maken dat hiernaar gerefereerd wordt.
2.3.1.2	in de procedure is vastgelegd dat bij de slachtofferregistratie het nummer van de gewondenkaart bij de ziekenhuisgegevens genoteerd dient te worden.	Zinsnede 'gewondenkaart van de rampplek' toegevoegd, om duidelijk te maken dat hiernaar gerefereerd wordt.
2.3.2	beschrijving van op welke wijze de geregistreerde gegevens intern verzameld en verwerkt worden;	
2.3.3	beschrijving van op welke wijze de geregistreerde gegevens worden aangeleverd bij de GHOR.	Van belang dat duidelijk is, op welke wijze en <i>onder wiens verantwoordelijkheid</i> dit gebeurt. 'GHOR' vervangen door 'gemeente' die verantwoordelijk is voor CRIB-proces. <i>beschrijving hoe slachtoffers binnen de instelling gevolgd kunnen worden.</i>
	Nieuwe indicator	
2.4	De instelling beschikt over een richtlijn voor de wijze van continuering van niet-uitstelbare reguliere zorg en de discontinuering van uitstelbare reguliere zorg ten tijde van opschaling. Deze richtlijn wordt zowel voor de Spoedeisende Hulp afdeling als de andere (poliklinische) afdelingen opgesteld.	- Voor aantal respondenten niet meteen duidelijk wat bedoeld werd. Indicator opgesplitst (2.4 uitstelbare reguliere zorg 2.5 niet-uitstelbare reguliere zorg) - Men vond het wat betreft preparatie met name van belang dat duidelijk was wie hiervoor verantwoordelijk is. Indicator hierop aangepast.
2.5	De instelling beschikt over een procedure voor de hospital triage tijdens een ramp, die bij voorkeur aansluit op de methodiek gebruikt op het rampterrein (bijvoorbeeld met behulp van de nieuwe Nederlandse Gewondenkaart).	Niet iedereen gebruikte triagemethodiek rampplek. Men vond het wel van belang dat te gebruiken methodiek geschikt was voor grote aantallen rampenslachtoffers. Indicator hierop aangepast.
2.6	De instelling heeft procedures vastgesteld voor de opvang en behandeling van grote aantallen nucleair of chemisch gecontamineerde slachtoffers, voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd.	- Zinsnede 'voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd' weggehaald omdat er tot nu toe nog geen landelijk protocollen zijn en men het wel belangrijk vond dit in het ZiROP op te nemen. - Indicator werd tweeledig geïnterpreteerd. Gaat het om slachtoffers met externe contaminatie of interne besmetting. Indicator voor beide interpretaties gesplitst. Tevens extra subindicator toegevoegd over dat is vastgelegd bij welke interne en externe deskundigen informatie ingewonnen kan worden t.a.v. de behandeling van dergelijke slachtoffers.

		Resultaten praktijktest
2.7	De instelling heeft procedures vastgesteld voor de opvang en behandeling van slachtoffers van een grootschalige uitbraak van een infectieziekte, voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd.	Indicatoren m.b.t. pandemie niet relevant voor dit onderzoek (zie paragraaf 3.2.3)
2.8	De instelling heeft richtlijnen opgesteld voor de opvang van medewerkers tijdens en na afloop van een ramp.	- Begrip psychosociale toegevoegd, ter onderscheid van registratie/ meldpunt (zie indicator 3.1.1)
2.9	De instelling heeft richtlijnen opgesteld voor de interne (niet-patiënt gebonden) informatievoorziening aan personeel en aanwezige patiënten over de interne actuele stand van zaken bij een ramp (bijvoorbeeld via interne memo's, berichten op intranet, ziekenhuisomroep etc.).	
2.10	De instelling heeft in een procedure vastgelegd op welke wijze er tussen diverse (sleutel)functionarissen en afdelingen wordt gecommuniceerd tijdens een ramp.	Begrip (sleutel)functionarissen vervangen door crisisteam, crisiscoördinator en diverse sleutelafdelingen.
2.11	De instelling beschikt over een richtlijn voor het contact met de pers ten tijde van de ramp, bij voorkeur in afstemming met de GHOR.	Zinsnede 'bij voorkeur in afstemming met de GHOR' weggehaald, werd overbodig geacht.
2.12	De instelling beschikt over een actuele noodprocedure bij uitval van elektriciteit.	Indicator verwijderd, reguliere procedure.
Instandhouden opgeschaalde situatie		
3	De instelling heeft het instandhouden van de opgeschaalde situatie gedurende de geldende vereiste termijn schriftelijk in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste:	
3.1	De instelling heeft richtlijnen opgesteld voor de coördinatie van de inzet van personeel ten behoeve van de continuering van de opgeschaalde zorgverlening. Dit betreft tenminste richtlijnen voor:	Belangrijk dat duidelijk is onder wiens verantwoordelijkheid dit gecoördineerd wordt. Dit aan indicator toegevoegd.
3.1.1	de coördinatie van opgeroepen en van spontaan opkomend personeel tijdens een ramp;	
3.1.2	het opstellen van aflossingsschema's voor de continuering van langdurige opgeschaalde spoedeisende medische zorg, bijvoorbeeld bij een uitbraak van een infectieziekte.	Zinsnede: 'bijvoorbeeld bij een uitbraak van een infectieziekte' weggehaald.
3.2	De instelling heeft een procedure opgesteld voor het aanvullen van medisch/ verpleegkundig materiaal gedurende de opgeschaalde situatie.	Belangrijk dat duidelijk is onder wiens verantwoordelijkheid dit gecoördineerd wordt en globaal op welke wijze dit moet plaatsvinden. Dit aan indicator toegevoegd.
3.3	De instelling heeft een richtlijn opgesteld voor de spreiding van grote aantallen slachtoffers binnen de SEH afdeling en naar andere ziekenhuisafdelingen gedurende de opgeschaalde situatie.	Belangrijk dat duidelijk is onder wiens verantwoordelijkheid dit gecoördineerd wordt en globaal op welke wijze dit moet plaatsvinden. Dit aan indicator toegevoegd.

		Resultaten praktijktest
	Nieuwe indicator	<i>De instelling heeft in richtlijnen vastgelegd onder wiens verantwoordelijkheid en globaal op welke wijze familie en bekenden van (mogelijk) binnengebrachte slachtoffers worden opgevangen en geïnformeerd.</i>
	Afschalen	
4	De instelling heeft de fase van afschalen van de hulpverlening binnen de eigen organisatie na een externe ramp in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste:	
4.1	De instelling heeft in procedures vastgesteld welke acties binnen de eigen instelling genomen moeten worden voor de afschaling van de hulpverlening na afloop van een externe ramp.	Niet duidelijk welke acties hier bedoeld worden. Indicator d.m.v. subindicatoren verder gespecificeerd o.b.v. suggesties van respondenten.
	Evaluatie	
5	De instelling heeft de fase van evaluatie van de hulpverlening binnen de eigen organisatie na een externe ramp in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste:	
5.1	De instelling heeft in richtlijnen vastgelegd op welke wijze de interne processen en procedures na afloop van een externe ramp worden geëvalueerd.	Indicator werd tweeledig geïnterpreteerd 1. persoonlijke evaluatie (stoomafblazen), 2. procesmatige evaluatie verloop hulpverlening. Indicator gesplitst voor beide interpretaties. Tevens aan beide indicatoren toegevoegd dat bekend moet zijn 'onder wiens verantwoordelijkheid en globaal op welke wijze' dit gebeurt.
	Ziekenhuis/ Traumacentrum Personeel en Middelen	Resultaten praktijktest
	De instelling waarborgt de inzet van personeel en middelen voor de uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een grootschalig extern incident of ramp.	
	Personeel	
1	De instelling voert een personeelsbeleid ten aanzien van de bijzondere aspecten van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Dit betreft tenminste:	
1.1	De instelling heeft alle functies die relevant zijn voor opgeschaalde spoedeisende medisch zorgverlening beschreven, alsmede hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden schriftelijk vastgelegd. Dit betreft tenminste de volgende functies en sleutelfuncties:	De aspecten in de subindicatoren 1.1.1-1.1.6, zijn vaak taken die in de voorbereiding op, of tijdens een ramp door meerdere functionarissen uitgevoerd (kunnen) worden. Indicator en subindicatoren hierop aangepast.

Resultaten praktijktest	
1.1.1	<p>een beheerder ZiROP, die verantwoordelijk is voor het opstellen, het beheer, en daarmee ook de actualisering en de implementatie van het ZiROP; voor deze taak is structureel voldoende tijd ingeroosterd;</p> <p>een crisisteam dat ten tijde van een ramp bestuurlijk en operationeel leiding geeft aan de opvang en behandeling van slachtoffers;</p> <p>een functionaris die ten tijde van een ramp de coördinatie van de slachtoffers door de instelling organiseert;</p>
1.1.2	<p>opleidings- en oefenfunctionaris(sen) die verantwoordelijk is/zijn voor het opleidingsplan en het (laten) voorbereiden, begeleiden en evalueren van oefeningen in het kader van de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp; voor deze taak is structureel voldoende tijd ingeroosterd;</p> <p>een contactpersoon voor het contact met de pers bij een grootschalige incident of ramp.</p>
1.1.3	De instelling heeft de functionarissen met een sleutelfunctie formeel benoemd.
1.1.4	Vaak geen sprake van formeel benoemen. Wel van belang dat is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor een bepaalde taak en voldoende functionarissen zijn aangewezen om invulling van de functie te garanderen. Indicator 1.1 en 1.2 omgewisseld.
1.1.5	
2	De instelling waarborgt de vooraf vastgestelde continuïteit en paraatheid van sleutelfuncties en MMT- functies die ten tijde van een ramp ingezet kunnen worden. Dit betreft tenminste:
2.1	Het crisisteam is 7 x 24 uur per week beschikbaar.
2.2	De functionaris die ten tijde van een ramp de slachtofferopvang coördineert is 7 x 24 uur per week beschikbaar.
2.3	Het traumacentrum waarborgt de 7 x 24 uur per week paraatheid van parate-MMT's cq de 7 x 24 uur per week beschikbaarheid van niet-parate MMT's voor de inzet tijdens een ramp als onderdeel van de geneeskundige combinatie.

Middelen	Resultaten praktijktest
<p>3 De instelling waarborgt dat communicatiemiddelen die nodig kunnen zijn bij een ramp bedrijfszeker en per direct inzetbaar zijn. Dit betreft tenminste:</p>	
3.1	De instelling beschikt over een aansluiting op het Nationaal Noodnet (NN).
3.2	<p>Het noodnet wordt periodiek getest waarmee de bedrijfszekerheid gewaarborgd wordt. Is er voor het testen van het noodnet een vaststaande frequentie vastgesteld?</p> <p>- Zo ja,x permaand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is).</p> <p>- Hoe vaak vond een dergelijke test in de afgelopen 2 jaar plaats?keer.</p>
3.3	<p>De instelling beschikt over een fail-backsysteem van bijzondere communicatievoorzieningen voor gebruik bij uitval van reguliere communicatievoorzieningen.</p> <p>- Begrip 'bijzondere communicatievoorzieningen' toegelicht met voorbeelden (portfoons, systeem van runners etc) naast back-up van normale communicatiesysteem.</p> <p>- Niet duidelijk of interne of externe communicatiemogelijkheden bedoeld werden. Indicator hierop aangepast door begrip 'interne' toe te voegen.</p>
<p>4 De instelling waarborgt dat middelen die noodzakelijk zijn voor de hulpverlening bij een ramp bedrijfszeker en per direct inzetbaar zijn. Dit betreft tenminste:</p>	
4.1	De instelling beschikt over een voorraad blanco gewondenkaarten.
4.2	<p>De instelling beschikt over middelen voor het ontsmetten en behandelen van grote aantallen nucleair of chemisch gecontamineerde slachtoffers voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd.</p> <p>Zinsnede; 'zoals die worden gebruikt op het rampterrein' toegevoegd.</p> <p>- Zinsnede 'voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd' weggehaald omdat er tot nu toe nog geen landelijk protocollen zijn en men zelf wel een protocol zou willen.</p> <p>- Zinsnede 'voor het ontsmetten en behandelen' vervangen voor 'decontaminatie van'.</p>
4.3	<p>De instelling beschikt over beschermende kleding voor het personeel dat bij een eventuele nucleaire, biologisch of chemische ramp direct contact zal hebben met gecontamineerde slachtoffers voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd.</p> <p>Zinsnede 'voor zover dit in landelijke protocollen is vastgelegd' weggehaald omdat er tot nu toe nog geen landelijk protocollen zijn en men zelf wel een protocol zou willen.</p>
4.4	De instelling beschikt over middelen waarmee de sleutelfunctionarissen herkenbaar gemaakt kunnen worden, zoals herkenbare kleding.
4.5	Het traumacentrum waarborgt 24-uurs inzetbaarheid van een bedrijfszeker MMT-voertuig.
	MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.

	Resultaten praktijktest
	<p>Nieuwe indicator</p> <p><i>De instelling beschikt, indien de registratie van slachtoffers van de ramp handmatig plaatsvindt, over voldoende blanco mappen met alle benodigde registratieformulieren.</i></p> <p><i>De instelling beschikt over middelen voor de medische behandeling van grote aantallen slachtoffers van een chemische of nucleaire ramp.</i></p>
5	<p>De instelling heeft de locatie en bestemming van ruimten die ten tijde van een externe ramp vereist zijn voor rampegebonden functies schriftelijk vastgelegd (in het ZiROP). Dit betreft tenminste de volgende rampspecifieke ruimten:</p>
5.1	Een coördinatiecentrum
5.2	Een plotkamer
5.3	Een meldpunt voor personeel
5.4	Ruimte(n) voor de opvang van (T1, T2 en T3) slachtoffers van de ramp
5.5	Een (tijdelijk) mortuarium
5.6	Een familiewachtruimte
5.7	Een herenigingsruimte
5.8	Een persruimte
	<p>Nieuwe indicator</p> <p><i>De instelling heeft in een overzichtkaart de routing van slachtoffers, opgeroepen medewerkers en familie van de slachtoffers, door de instelling vastgelegd.</i></p> <p><i>De instellingen heeft in richtlijnen vastgelegd de manier waarop de instelling bereikbaar blijft voor verkeer en toegankelijk blijft voor 1). slachtoffers 2). personeel en 3). familie ten tijde van een ramp.</i></p>
6	<p>De instelling heeft in de begroting opgenomen de structurele financiering van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij een externe ramp. Dit betreft tenminste:</p>
6.1	De financiering van het opleidingsbeleid ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.
6.2	De financiering van het oefen- en trainingsbeleid ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.
6.3	De financiering van specifieke middelen die noodzakelijk zijn voor de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.
	<p>Financiering specifieke middelen slechts klein onderdeel, althans zonder decontaminatie e.d.. Vervangen voor financiering personeelbeleid (beschikbaarheidsdiensten enz.)</p>

Ziekenhuis/ Traumacentrum Opleiden, Trainen & Oefenen		Resultaten praktijktest
De instelling waarborgt de inzet van geschoold, getraind en geoefend personeel voor de uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een externe ramp.		
Opleiden en Trainen		
1	De instelling voert een opleidingsbeleid ten aanzien van de bijzondere aspecten van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Dit houdt tenminste in: De instelling heeft een termijn vastgesteld waarbinnen nieuw benoemde sleutelfunctionarissen en MMT-functionarissen middels scholing en training voorbereid zijn op hun rol bij een ramp.	<ul style="list-style-type: none"> - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4. - Indicator 1.1 geplaatst na indicator 1.2. - Begrip sleutelfunctionarissen vervangen voor 'de bovengenoemde functionarissen'.
1.1	De instelling heeft een termijn vastgesteld waarbinnen nieuw benoemde sleutelfunctionarissen en MMT-functionarissen middels scholing en training voorbereid zijn op hun rol bij een ramp.	<ul style="list-style-type: none"> - Tot nu toe zijn er nog maar weinig scholingsmogelijkheden voor functionarissen in ziekenhuizen die in de voorbereiding op en tijdens een ramp een sleutelpositie bekleeden. Deze opleidingen worden momenteel nog volop ontwikkeld. Daarom alleen gespecificeerd voor welke ziekenhuisfunctionarissen een speciale opleiding gevolgd zouden moeten hebben en niet welke opleiding dit dan zou moeten zijn. Tevens indicator uitgebreid met congresbezoek, omdat dit eveneens bijdraagt aan nieuwe kennis en inzichten. - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
1.2	De sleutelfunctionarissen en de MMT-functionarissen binnen de instellingen zijn middels scholing en training voorbereid op hun specifieke rol bij een ramp. Dit betreft tenminste:	<ul style="list-style-type: none"> - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4. - Indicator voor sleutelfuncties laten vervallen (zie 1.2).
1.2.1	De sleutelfunctionarissen hebben kennis van de hospitalisatie aanpak bij een ramp, bijvoorbeeld door het volgen van een cursus zoals de Hospital Major Incident Medical Management and Support (HMIMS) cursus;	<ul style="list-style-type: none"> - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4. - Indicator voor sleutelfuncties laten vervallen (zie 1.2).
1.2.2	De sleutelfunctionarissen en de MMT-functionarissen hebben kennis van de procedures voor ontmetting en behandeling van grote aantallen nucleair of chemisch gecontamineerde slachtoffers;	<ul style="list-style-type: none"> - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4. - Indicator voor sleutelfuncties laten vervallen (zie 1.2).
1.2.3	De sleutelfunctionarissen en de MMT-functionarissen hebben kennis van de procedures voor de behandeling van grote aantallen geïnfecteerde slachtoffers;	<ul style="list-style-type: none"> - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4. - Indicator voor sleutelfuncties laten vervallen (zie 1.2).

		Resultaten praktijktest
1.2.4	De MMT-functionarissen hebben kennis van de prehospitala aanpak bij een ramp, bijvoorbeeld door het volgen van een cursus zoals de Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) cursus;	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
1.2.5	De MMT-functionarissen hebben kennis van de (eigen) inzetprocedures en werkinstructies van de Geneeskundige combinatie.	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
1.3	De sleutelfunctionarissen en de MMT functionarissen houden hun kennis en vaardigheden bij met betrekking tot hun specifieke rol bij een ramp, bijvoorbeeld door het volgen van nascholing.	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4. - Begrip sleutelfunctionarissen vervangen voor 'de eerder genoemde functionarissen (zie 1.1)'. - Indicator uitgebreid met congresbezoek.
2	Het opleidingsbeleid ten aanzien van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp is ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in dat:	
2.1	De instelling waarborgt doorlopende verbetering van het opleidingsbeleid en -niveau van de sleutelfunctionarissen en MMT-functionarissen ten aanzien van de preparatie op een ramp, middels planvorming, structurele evaluaties en bijstellingen.	- Begrip sleutelfunctionarissen vervangen voor 'de eerder genoemde functionarissen (zie 1.1)'. - Indicator uitgebreid met congresbezoek. - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
2.2	De instelling registreert periodiek de opleidingen, ervaringen en vaardigheden van de sleutelfunctionarissen en de MMT-functionarissen.	- Begrip sleutelfunctionarissen vervangen voor 'de eerder genoemde functionarissen (zie 1.1)'. - Indicator uitgebreid met congresbezoek. - Ervaringen/vaardigheden lastig te registreren, vervallen. - MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
3	Het traumacentrum fungeert als kenniscentrum voor traumaslachtoffers en besteedt daarbij ook aandacht aan de bijzondere aspecten van traumazorg bij een ramp. Dit houdt tenminste in:	
3.1	Het traumacentrum verspreidt haar kennis en ervaring aangaande traumazorg bij een ramp onder de bij het traumacentrum aangesloten ziekenhuizen.	Indicator verplaatst naar domein Samenwerking en subdomein: Samenwerking tussen ziekenhuis en andere ziekenhuizen (waaronder traumacentrum). Indicator passief geformuleerd.
3.2	Het traumacentrum heeft haar activiteit als kenniscentrum ingebed in een kwaliteitssysteem, zodat doorlopende verbetering gewaarborgd is ten aanzien van de actualiteit, volledigheid en inhoudelijke kwaliteit van de geleverde kennis.	Indicator verwijderd. Niet relevant voor zelfevaluatie van de preparatie op rampen van ziekenhuizen met erkenning als traumacentrum.

Oefenen		Resultaten praktijktest
4	De instelling voert een oefenbeleid ten aanzien van de bijzondere aspecten van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Dit beleid betreft tenminste:	
4.1	De instelling organiseert interne oefeningen gericht op de opvang en behandeling van slachtoffers van een externe ramp. Dit betreft tenminste:	
4.1.1	De instelling organiseert interne oefeningen voor de Spoedeisende Hulp afdeling. Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja, x per maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de afgelopen 2 jaar een dergelijke oefening georganiseerd? ... keer. Jaartal(len):	- 4 soorten interne oefeningen: 1). Alarmeringsoefening, 2). oefening op één sleutelafdeling, 3). oefening met meerdere (sleutel-)afdelingen en 4). bestuurlijke crisisteam oefeningen. Oefensoort 1. ontbrak, toegevoegd aan instrument. - Oefensoort 2. en 3. kan uitgevoerd worden met virtueel oefensysteem (zoals ETS) maar tevens uitgevoerd worden als real-time oefening (werkelijke nabootsing; simulatie). Beide oefenvormen in indicator apart nagevraagd.
4.1.2	De instelling organiseert interne oefeningen voor meerdere afdelingen. Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja, x per maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de afgelopen 4 jaar een dergelijke oefening georganiseerd?...keer. Jaartal(len):	
4.1.3	De instelling organiseert interne bestuurlijke (table-top) rampenoefeningen voor de sleutelfunctionarissen van het crisisteam. Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja, x per maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de afgelopen 4 jaar een dergelijke oefening georganiseerd?keer. Jaartal(len):	- Begrip 'sleutelfunctionarissen' vervangen door 'leden van het crisisteam'.
4.2	De instelling neemt deel aan monodisciplinaire rampenoefeningen met andere GHOR ketenpartners. - Hoe vaak heeft uw instelling de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len) :	
4.3	De instelling neemt deel aan de multidisciplinaire rampenoefeningen met de andere GHOR ketenpartners, de brandweer, politie en overheidsinstanities. - Hoe vaak heeft uw instelling de afgelopen 10 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len) :	

		Resultaten praktijktest
4.4	Het MMT van het traumacentrum neemt, als onderdeel van de geneeskundige combinatie, deel aan monodisciplinaire rampoefeningen met andere GHOR ketenpartners. - Hoe vaak heeft het MMT van uw traumacentrum de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len) :	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
4.5	Het MMT van het traumacentrum neemt, als onderdeel van de geneeskundige combinatie, deel aan multidisciplinaire rampoefeningen met de andere GHOR-ketenpartners, brandweer, politie en overheidsinstanties. - Hoe vaak heeft het MMT van uw instelling de afgelopen 10 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len) :	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
5	Het oefenbeleid ten aanzien van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp is ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in:	
5.1	De instelling stelt periodiek een (één of meerjarig) oefenplan op. Dit oefenplan voldoet tenminste aan:	Begrip oefenplan werd soms verward met oefendraaiboek. Indicator gespecificeerd. Indicator 5.1 en 5.1.1 samengevoegd.
5.1.1	Het oefenplan bevat een globale inhoudelijke planning en tijdsplanning van de voorgenomen oefenactiviteiten voor de bijzondere aspecten van zorgverlening bij een ramp;	Indicator is komen te vervallen. Wordt reeds behandeld bij indicator 4.1.2 en 4.1.3.
5.1.2	De instelling maakt bij interne oefeningen zo mogelijk gebruik van bestaande oefensystemen (zoals virtuele oefensystemen, Emergo Train System [ETS]).	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.
5.1.3	Bij het opstellen van een nieuw oefenplan wordt de ervaren behoefte aan oefenactiviteiten ten aanzien van een ramp onder de sleutelfunctionarissen, reguliere zorgfunctionarissen en MMT-functionarissen geïnventariseerd en meegenomen;	- Begrip sleutelfunctionarissen vervangen voor crisiscoördinator/ leden crisisteam/ leden triageteam hoofden van de sleutelafdelingen.
5.1.4	De instelling registreert na afloop van de planperiode de geplande en gerealiseerde oefeningen per sleutelfunctionaris en per MMT-functionaris;	- Begrip sleutelfunctionarissen vervangen voor crisiscoördinator, per crisisteamlid en per triageteamlid. - Zinsnede 'geplande en gerealiseerde oefeningen' vervangen door 'het aantal deelgenomen oefeningen'
5.1.5	Het oefenplan wordt na afloop geëvalueerd op het behalen van de vastgestelde oefendoelen. Aanbevelingen voor verbetering worden verwerkt in het nieuwe oefenplan;	- MMT bijna overal onderdeel reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.

Resultaten praktijktest	
5.2	De instelling stelt voor iedere oefening een oefendraaiboek op, dat wil zeggen een schematische uitwerking van de oefening, waarin bijvoorbeeld is uitgewerkt: het gekozen scenario, alle activiteiten van voorbereiding, oefendoelen, kritische succesfactoren, uitvoering, personele bezetting, evaluatie en nazorg van de oefening.
5.3	Iedere oefening wordt geleid door een oefenleider.
5.4	Iedere oefening wordt binnen de instelling geëvalueerd. Dit houdt tenminste in:
5.4.1	Een nabespreking op groepsniveau met alle deelnemers en op het niveau van de sleutelfunctionarissen;
5.4.2	Een evaluatieverslag, met daarin tenminste verslaglegging van:
5.4.2.1	de uitvoering van het oefendraaiboek en het behalen van de oefendoelen, met vermelding van mogelijke knelpunten;
5.4.2.2	aanbevelingen voor toekomstige oefeningen of aanpassingen van bestaand beleid. De genoemde aanbevelingen en beleidsaanpassingen worden vertaald in actiepunten en verbonden aan een realisatetermin.
	Nieuwe indicator
	<i>Iedere oefening wordt geobserveerd en beoordeeld door (bij voorkeur externe) observatoren. Het evaluatieverslag wordt tenminste gestuurd naar de afdelingshoofden, crisiscoördinator(en) en leden van het crisisteam.</i>
Deskundigheidstoetsing	
6	De instelling waarborgt de deskundigheid van de sleutelfunctionarissen en de MMT-functionarissen, ten aanzien van hun specifieke rol bij een ramp. Dit houdt tenminste in:
6.1	De instelling toetst de deskundigheid van de sleutelfunctionarissen en de MMT-functionarissen, ten aanzien van hun specifieke rol bij een ramp, volgens een vooraf vastgestelde frequentie en methode (profcheck).
	<ul style="list-style-type: none"> - Begrip sleutelfunctionarissen vervangen door de leden van het crisisteam, de leden van het triageteam en de crisiscoördinatoren. - Indicator aangevuld met voorbeelden. - MMT bijna overal reguliere acute zorg, indicatoren t.a.v. MMT gebundeld in bijlage 4.

Ziekenhuis/ Traumacentrum Samenwerking	Resultaten praktijktest
De instelling werkt intern samen en tevens samen met de GHOR ketenpartners in de preparatie op een ramp ten behoeve van de optimale uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp Samenwerking binnen het ziekenhuis	
1	
1.1 De instelling werkt intern samen in de voorbereiding op een externe ramp. Dit houdt tenminste in: Er vindt binnen de instelling overleg plaats tussen bestuurlijk verantwoordelijken en operationeel verantwoordelijken over de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.	Onvoldoende duidelijk welke functionarissen met bestuurlijk verantwoordelijken en operationeel verantwoordelijken bedoeld werden. Dit in indicator gespecificeerd door i.p.v. te focussen op 'verticaal overleg' (tussen verschillende niveaus binnen een organisatie) de focus te leggen op overleg in een brede samenstelling.
1.2 Er worden tussen deze functionarissen afspraken gemaakt over de verbetering van bestaand beleid voor de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.	Van belang dat afspraken schriftelijk worden vastgelegd. Dit aan indicator toegevoegd.
1.3 De Raad van Bestuur wordt op de hoogte gesteld van de actuele ontwikkelingen in de instelling met betrekking tot de preparatie op een externe ramp.	Naast de raad van bestuur moeten de crisiscoördinatoren, de leden van het crisisteam, de hoofden van de sleutelafdelingen en de beheerder(s) ZiROP op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van overleg ook als zij daarbij zelf niet aanwezig waren. Dit geldt zowel voor interne overlegvormen, als overleg met (één van) de acute zorg partners.
1.4 Er vindt overleg plaats tussen de beheerder ZiROP en de functionarissen die verantwoordelijk zijn voor de deelplannen van de diverse ziekenhuisafdelingen.	
1.5 Er worden afspraken gemaakt tussen de beheerder ZiROP en de functionarissen die verantwoordelijk zijn voor de deelplannen van de diverse ziekenhuisafdelingen over verbetering van deze deelplannen.	Van belang dat afspraken schriftelijk worden vastgelegd. Dit aan indicator toegevoegd.
1.6 Er vindt binnen de diverse ziekenhuisafdelingen overleg plaats over de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen	Op afdelingsniveau vindt er t.a.v. de voorbereiding op rampen nauwelijks besprekingen plaats en werd niet nodig geacht. Indicator verwijderd.
Nieuwe indicator	<i>Indien een ziekenhuisinstelling meerdere locaties heeft met een SEH waar slachtofferopvang kan plaatsvinden, vindt er tussen deze locaties afstemming plaats over het ZiROP, oefenplannen, en de personele invulling van sleutelfuncties (crisisteam, crisiscoördinator, beheer ZiROP).</i>

Resultaten praktijktest	
Samenwerking tussen het ziekenhuis en andere ziekenhuizen	
2	De instelling werkt met andere ziekenhuizen samen in de voorbereiding op een externe ramp. Dit houdt tenminste in:
2.1	Er vindt overleg plaats met andere ziekenhuizen over de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.
2.2	Er zijn afspraken gemaakt met andere ziekenhuizen over de samenwerking met betrekking tot preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.
2.3	Er vindt samenwerking plaats met andere ziekenhuizen in de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening, bijvoorbeeld ten aanzien van oefenen en het verbeteren van het ZiROP.
2.4	De instelling is op de hoogte van de (met de RGF in een contract afgesproken) zorgcapaciteit bij rampen van andere ziekenhuizen in de omgeving.
2.5	De instelling kan 24x7 uur inzicht verwerven in de actuele zorgcapaciteit van de andere ziekenhuizen in de omgeving.
2.7	De instelling is op de hoogte van de contactpersonen inzake GHOR binnen de andere ziekenhuizen in de omgeving.
3	Samenwerking tussen het ziekenhuis en de functionarissen van het GHOR-bureau
3	De instelling werkt met functionarissen van het GHOR-bureau samen ten aanzien van de voorbereiding op een externe ramp. Dit houdt tenminste in:
3.1	Er vindt overleg plaats met de functionarissen van het GHOR-bureau (waaronder in elk geval de RGF) over de eigen preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.
3.2	De instelling heeft afspraken over de te leveren zorgcapaciteit bij een ramp formeel vastgesteld in een contract met de RGF.
3.3	Het traumacentrum en de RGF hebben afspraken gemaakt over de onderlinge taak- en verantwoordelijkheidsverdeling bij een groot aantal (multi)traumaslachtoffers bij een ramp.
	Nieuwe indicator
	<i>GHOR-bureau over de samenwerking met functionarissen van het preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen (bijvoorbeeld over de organisatie van oefeningen; het verbeteren van het ZiROP enz.).</i>

Samenwerking tussen de instelling en GHOR ketenpartners		Resultaten praktijktest
4	De instelling werkt met de GHOR- ketenpartners samen ten aanzien van de voorbereiding op een externe ramp. Dit houdt tenminste in: Er vindt overleg plaats met de GHOR-ketenpartners over samenwerking ten aanzien van de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.	- Het ziekenhuis spreekt verschillende GHOR-ketenpartners al tijdens overlegvormen waar onderwerpen t.a.v. reguliere acute zorg centraal staan. In dergelijke overlegvormen kunnen ook aspecten t.a.v. opschaling aanbod komen. Vaak vindt er geen separaat overleg meer plaats t.a.v. opschaling. GHOR-ketenpartners daarom vervangen voor acute zorg partners.
4.2	Er worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen GHOR-ketenpartners in de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.	
4.3	De instelling stelt de GHOR ketenpartners op de hoogte van de actuele contactgegevens van de eigen sleutelfunctionarissen ten aanzien van spoedeisende medische zorgverlening bij externe rampen.	Irrelevant, indicator verwijderd.
	Nieuwe indicator	<i>Indien er een huisarisenpost op het terrein van de instelling aanwezig is, zijn er in overleg afspraken gemaakt over eventuele vormen van samenwerking ten tijde van een ramp.</i>

**Bijlage 6: Praktijktest bevindingen op indicatorniveau
Ambulancezorg (meldkamer ambulancezorg en
ambulancedienst)**

(versie 4.0 / oktober 2006)

Regionale Ambulance Voorzieningen Procedures		Resultaten praktijktest
De organisatie heeft de beschikking over schriftelijk vastgestelde procedures voor de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Deze procedures betreffen tenminste:		
Opschalen		
1	De organisatie heeft de fase van opschalen van de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp schriftelijk in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste:	Het begrip 'organisatie' zorgde bij een aantal respondenten voor verwarring of hierbij GHOR-bureau of ambulancezorginstelling bedoeld werd. Begrip organisatie in het gehele zelfevaluatie-instrument structureel verwijderd.
1.1	De meldkamer beschikt over een procedure voor de verwerking van een verhoogd aantal incidentmeldingen en reguliere meldingen.	Advies was om beide vormen van melding apart aan bod te laten komen en daarnaast te vragen of reguliere meldingen van incidentmeldingen te scheiden zijn. Dit verwerkt door middel van subindicatoren.
1.2	De meldkamer heeft het besluitvormingsproces aangaande de (mate van) opschaling van de spoedeisende medische zorgverlening na melding van een ramp schriftelijk in procedures vastgesteld.	GHOR bepaalt of er opgeschaald wordt en de mate van opschaling. Traject voorafgaand 'wel of niet inschakelen van de GHOR' dient wel in richtlijnen vastgelegd te worden
1.3	De meldkamer heeft in een procedure vastgelegd welke acties ondernomen moeten worden voor de opschaling van de hulpverlening na melding van een ramp.	Opschaling vindt plaats aan de hand van GRIP-fasen. Belangrijk is dat duidelijk is wat men moet doen bij afkondiging van een bepaalde GRIP-fase. Dit is in de indicator verwerkt.
1.4	De instelling heeft de alarmering van de diverse GHOR-ketpartners, specifieke GHOR-functionarissen en extra reguliere zorgfunctionarissen in een procedure vastgelegd. Deze procedure omvat in ieder geval de volgende onderdelen:	Niet voor iedereen duidelijk wat met reguliere zorgfunctionarissen werd bedoeld. Dit in indicator toegelicht.
1.4.1	een beschrijving van de wijze van alarmering van de diverse GHOR-ketpartners (ziekenhuizen, traumacentrum, Nederlandse Rode Kruis etc);	
1.4.2	een beschrijving van de wijze van alarmering van de specifieke GHOR-functionarissen (RGF, HS-GHOR, OVDG etc).	
1.4.3	een beschrijving van de wijze van alarmering van extra reguliere zorgfunctionarissen (ambulancepersoneel, meldkamercentralisten);	
1.4.4	de methode van alarmering binnen en buiten kantooruren.	
1.4.5	de methode van alarmering in situaties waarin telefoon verkeer niet mogelijk is;	Aangepast in: methode van alarmering in situaties waarin alarmering via de reguliere methode niet mogelijk is.

	Resultaten praktijktest
1.4.6	<p>een richtlijn voor de volgorde van alarmering, die rekening met de urgentie waarmee de deskundigheid van de op te roepen functionaris nodig is, en de reisafstand van de functionaris tot de plaats waar deze zich dient te melden;</p> <p>1.4.7</p> <p>waarborging van de actualiteit van de alarmeringsnummers (van de GHOR-ketenpartners, specifieke GHOR-functionarissen en extra reguliere zorgfunctionarissen) middels een periodieke update; Is er voor het updaten van de alarmeringsnummers een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per.....maand(en)/jaar (doorstrepen wat <u>niet</u> van toepassing is). - Hoe vaak vond er de afgelopen 2 jaar een update van de alarmeringsnummers plaats? keer.</p> <p>1.4.8</p> <p>een richtlijn omtrent welke informatie bij alarmering aan de diverse GHOR-ketenpartners, specifieke GHOR-functionarissen en extra reguliere zorgfunctionarissen verstrekt moet worden;</p> <p>1.4.9</p> <p>de inzetcriteria en de wijze van alarmering van het Medisch Mobiel Team;</p> <p>1.4.10</p> <p>op welke wijze de opgeroepen functionaris de ontvangst van de alarmeringsboodschap moet bevestigen, alleen van toepassing indien er gebruik wordt gemaakt van een computergestuurd oproepsysteem.</p> <p>1.5</p> <p>De meldkamer beschikt over een procedure voor de interregionale ambulancebijsstand bij een ramp.</p> <p>1.6</p> <p>De meldkamer beschikt over een procedure voor de regionale en interregionale gewondenspreiding bij een ramp.</p> <p>1.7</p> <p>De meldkamer beschikt over een richtlijn waarin de wijze van continuering van niet-uitstelbaar regulier vervoer (A1 en A2 ritten) en de discontinuering van uitstelbaar regulier vervoer (besteld vervoer) bij een ramp is vastgelegd.</p> <p>1.8</p> <p>De meldkamer beschikt over een actuele noodprocedure bij uitval van elektriciteit.</p> <p>1.9</p> <p>De ambulancedienst heeft de taken en verantwoordelijkheden van de 1^e ambulance schriftelijk in een procedure vastgelegd.</p> <p>1.10</p> <p>De ambulancedienst beschikt over een procedure voor de pre-hospitalaire triage van een groot aantal slachtoffers tijdens een ramp middels een landelijk erkende systematiek (bijvoorbeeld de Nederlandse gewondenkaart).</p> <p>1.11</p> <p>De organisatie heeft richtlijnen opgesteld voor de opvang van het eigen personeel tijdens en na afloop van een ramp.</p>
	<p>GHOR-ketenpartners en operationele GHOR-functionarissen worden simultaan gearmeerd middels computergestuurd oproepsysteem. Indicator verwijderd.</p> <p>GHOR verantwoordelijk voor updaten alarmeringsnummers operationele GHOR-functies. Ambulancezorginstelling verantwoordelijk voor updaten telefoonnummers eigen meldkamer- en ambulancepersoneel. Indicator gesplitst in twee aparte subindicatoren. Ambulancezorginstelling moet wel controleren of geüpdate alarmeringsnummers door GHOR verstrekt worden.</p> <p>Zinsnede 'alleen van toepassing indien er gebruik wordt gemaakt van een computergestuurd oproepsysteem' weggehaald.</p> <p>Overlap met indicator 3.2 domein Middelen. Indicator verwijderd.</p> <p>Overlap met indicator 3.3 domein Middelen. Indicator verwijderd.</p> <p>Zinsnede 'Continuering niet-uitstelbaar regulier vervoer (A1 en A2 ritten)' verwijderd. Dit vindt plaats middels ambulancebijsstandplan.</p> <p>Reguliere procedure; indicator verwijderd</p> <p>Ter verduidelijking zinsnede 'die psychologische (nazorg) nodig hebben' ingevoegd</p>

		Resultaten praktijktest
1.12	De instelling beschikt over een richtlijn voor het contact met de pers ten tijde van een ramp.	Indicator gespecificeerd door toe te voegen dat deze procedure bestemd is voor ambulance- en meldkamerpersoneel die mogelijk de pers te woord moeten staan.
	Nieuwe indicator	<i>Er zijn afspraken gemaakt en schriftelijk vastgelegd inzake de bevoegdheid van meldkamercentralisten tot direct groot opschalen inclusief criteria voor dit besluit.</i>
Instandhouden opgeschaalde situatie		
2	De organisatie heeft het instandhouden van de opgeschaalde situatie gedurende de vereiste termijn schriftelijk in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste:	
2.1	De organisatie beschikt over een procedure voor de registratie van grote aantallen slachtoffers bij een ramp. Deze procedure omvat in ieder geval een beschrijving van:	
2.1.1	alle handelingen die in het kader van de slachtofferregistratie uitgevoerd moeten worden voor rampenslachtoffers die per ambulance naar zorginstellingen vervoerd worden;	In subindicatoren toegelicht om welke handelingen het gaat.
2.1.2	op welke wijze de geregistreerde slachtoffergegevens binnen de organisatie verzameld en verwerkt worden;	
2.1.3	op welke wijze de geregistreerde slachtoffergegevens worden aangeleverd bij de GHOR.	GHOR vervangen door 'gemeente ten behoeve van het Centraal Registratie en Inlichtingen Bureau (CRIB)'. Niet mogelijk om dit in de preparatie op een ramp allemaal precies schriftelijk vast te leggen. Wel van belang dat duidelijk is onder wiens verantwoordelijkheid dit gecoördineerd wordt. Dit aan indicator toegevoegd.
2.2	De organisatie heeft een richtlijnen opgesteld voor de coördinatie van de inzet van personeel ten behoeve van de continuering van de opgeschaalde zorgverlening. Dit betreft tenminste richtlijnen voor:	
2.2.1	de coördinatie van opgeroepen en van spontaan opkomend personeel ten tijde van een ramp;	
2.2.2	het opstellen van aflossingsschema's voor de continuering van langdurige opgeschaalde spoedeisende medische zorg, bijvoorbeeld in geval van een grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte.	Zinsnede 'bijvoorbeeld in geval van een grootschalige uitbraak van een besmettelijke ziekte' weggehaald.
2.3	De organisatie heeft een procedure opgesteld voor het bevoorraden van ambulances met medisch/verpleegkundig materiaal en brandstof gedurende de opgeschaalde situatie.	Belangrijk dat duidelijk is op welke wijze en onder wiens verantwoordelijkheid dit gecoördineerd wordt. Dit aan indicator toegevoegd.

Afschalen	Resultaten praktijktest
<p>3 De organisatie heeft de fase van afschalen van de hulpverlening na een ramp in procedures vastgelegd. De meldkamer heeft hiertoe tenminste beschikking over procedures waarin beschreven staat:</p>	
<p>3.1 Welke acties door de meldkamer voor de afschaling van de GHOR-keten genomen moeten worden nadat de regionaal geneeskundig functionaris het signaal tot afschalen heeft gegeven.</p>	<p>Niet voor alle respondenten duidelijk welke 'acties' bedoeld werden. Middels subindicatoren toegelicht welke aspecten in het kader van 'afschaling' vastgelegd moeten worden op basis van suggesties van de respondenten.</p>
<p>3.2 Welke acties binnen de eigen instelling genomen moeten worden nadat de regionaal geneeskundig functionaris het signaal tot afschalen heeft gegeven.</p>	<p><i>welke functies de bevoegdheid hebben meldkamer- en ambulancepersoneel opdracht te geven af te schalen; welke functie op de meldkamer ambulancezorg de coördinatie heeft over de afschaling;</i></p>
<p>Evaluatie</p>	
<p>4 De organisatie heeft de fase van evaluatie van de hulpverlening binnen de eigen organisatie na een ramp in richtlijnen vastgelegd. Deze richtlijnen betreffen tenminste op welke wijze:</p>	
<p>4.1 De interne processen en procedures na een ramp worden geëvalueerd.</p>	<p>Indicator werd tweeledig geïnterpreteerd 1. persoonlijke evaluatie (stoomafblazen), 2. procesmatige evaluatie verloop hulpverlening. Indicator gesplitst voor beide interpretaties. Tevens aan beide indicatoren toegevoegd dat bekend moet zijn 'onder wiens verantwoordelijkheid en globaal op welke wijze' dit gebeurt.</p>
<p>4.2 De organisatie een bijdrage levert aan mono- en multidisciplinaire evaluaties na een ramp.</p>	<p>Belangrijk dat duidelijk is op welke wijze en onder wiens verantwoordelijkheid dit gecoördineerd wordt. Dit aan indicator toegevoegd.</p>
<p>Kwaliteitssysteem</p>	
<p>5 De schriftelijk vastgestelde procedures voor de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp zijn ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in dat:</p>	<p>Begrip kwaliteitssysteem werd door een aantal respondenten anders geïnterpreteerd dan bedoeld (externe auditing). Begrip vervangen door interne verbetercyclus.</p>
<p>5.1 Het opstellen, implementeren en actualiseren van deze procedures geschiedt in overleg met de regionaal geneeskundig functionaris, die hierbij een adviserende en ondersteunende rol heeft.</p>	<p>Het opstellen en actualiseren is gedeeltelijk ook de verantwoordelijkheid van de GHOR. Zinsnede 'in overleg met de regionaal geneeskundig functionaris' vervangen door 'in overleg tussen een functionaris van de ambulancedienst en/of meldkamer ambulancezorg en een functionaris van het GHOR-bureau'.</p>
<p>5.2 De actualiteit van deze procedures wordt gewaarborgd middels een periodieke update. Wanneer omstandigheden hiertoe aanleiding geven, worden deze procedures tussentijds geactualiseerd.</p>	

Resultaten praktijktest	
1.1.3	<p>opleidings- en oefenfunctionaris(sen) die verantwoordelijk is/zijn voor het opleidingsplan en het (laten) voorbereiden, begeleiden en evalueren van oefeningen in het kader van de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp;</p> <p>1.1.4 een contactpersoon voor het contact met de pers bij een ramp;</p> <p>1.1.5 functionarissen die de functie van Hoofd Gewondennest kunnen vervullen;</p> <p>1.1.6 functionarissen die de functie van Coördinator Gewondenvervoer kunnen vervullen;</p> <p>1.1.7 functionarissen die als Ambuteamlid onderdeel kunnen uitmaken van de geneeskundige combinatie;</p> <p>1.2 De instelling heeft voor de sleutelfuncties formeel functionarissen benoemd.</p> <p>2 De organisatie waarborgt de vooraf vastgestelde continuïteit en paraatheid van functionarissen die een sleutelfunctie vervullen. Dit betreft tenminste:</p> <p>2.1 De 7 x 24 uur beschikbaarheid van het crisisteam.</p> <p>2.2 De 7 x 24 uur paraatheid van de functie Coördinator Gewondenvervoer.</p> <p>2.3 De 7 x 24 uur paraatheid van de functie Hoofd Gewondennest.</p> <p>2.4 De 7 x 24 uur paraatheid van de functie ambulancechauffeur en –verpleegkundige.</p> <p>Middelen</p> <p>3 De organisatie waarborgt dat communicatiemiddelen die nodig zijn bij een ramp bedrijfszeker en per direct inzetbaar zijn. Dit betreft tenminste dat:</p> <p>3.1 De meldkamer test periodiek de aansluiting op het Nationale Noodnet (NN) zodat de bedrijfszekerheid gewaarborgd is.</p> <p>Is er voor het testen van het noodnet een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja, ...x per ... maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd het noodnet de afgelopen 2 jaar getest? ... keer.</p>
	<p>Indicator gesplitst voor opleiding- en oefenfunctionaris.</p> <p>Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.</p> <p>Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.</p> <p>Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.</p> <p>Vaak geen sprake van formeel benoemen. Wel van belang dat is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor een bepaalde taak en of voldoende functionarissen aangewezen zijn om invulling van de functie te garanderen.</p> <p>Indicator veralgemeend tot: Voor bovengenoemde functies is bepaald wie 7 x 24 uur beschikbaar/ paraat dient te zijn en voor deze functies is een beschikbaarheids-/ paraatheidsregeling ingesteld.</p> <p>Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.</p> <p>Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.</p> <p>Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.</p>

Middelen	Resultaten praktijktest
3.2 De meldkamer voor ambulancebijstand bij een ramp aangesloten is op een landelijk dekkend systeem, zodat grootschalige interregionale ambulance inzet mogelijk is, bijvoorbeeld de module Ambulancebijstand van het project Octopus.	
3.3 De meldkamer voor gewondenspreiding bij een ramp aangesloten is op een landelijk dekkend systeem zodat grootschalige regionale en interregionale gewondenspreiding mogelijk is, bijvoorbeeld de module Gewondenspreiding van het project Octopus.	
3.4 De organisatie over een fall-backsysteem voor communicatie beschikt bij uitval van reguliere communicatievoorzieningen.	In communicatiesysteem zitten, voor de reguliere situatie, al meerdere fallbacksystemen. Indicator verwijderd.
4 De organisatie waarborgt dat middelen die noodzakelijk zijn voor de hulpverlening bij een ramp bedrijfszeker en per direct beschikbaar zijn. Dit houdt tenminste in dat:	
4.1 De ambulancedienst over voldoende blanco gewondenkaarten en registratieformulieren beschikt.	Bijvoeglijk naamwoord 'nationale' toegevoegd.
4.3 De organisatie over middelen beschikt waarmee functionarissen met een rampgebonden sleutelfunctie herkenbaar gemaakt kunnen worden.	Indicator gespecificeerd voor de 1 ^e ambulance.
5 De organisatie heeft locaties en de bestemming van de locaties die ten tijde van en ramp vereist zijn voor rampgebonden functies schriftelijk vastgelegd. Dit betreft tenminste dat:	
5.1 De organisatie voor de eigen veiligheidsregio bepaald heeft welke locaties in aanmerking komen als loodspost bij een ramp.	De ambulancezorginstelling bepaalt niet zelf waar mogelijke loodsposten in de desbetreffende regio komen. Wel van belang dat op de meldkamer en op iedere ambulance een (papieren) versie van het loodspostenplan aanwezig is. Indicator hiervoor gespecificeerd en vermeld dat begrip 'loodspostenplan' in de begrippenlijst wordt toegelicht.
6 De organisatie heeft in de begroting opgenomen de structurele financiering van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij een grootschalig incident of ramp. Dit betreft tenminste:	
6.1 De financiering van het opleidingsbeleid ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.	
6.2 De financiering van oefenbeleid ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.	
6.3 De financiering van specifiek middelen die nodig zijn voor spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.	

Regionale Ambulance Voorzieningen Opleiden, Trainen & Oefenen		Resultaten praktijktest
De organisatie waarborgt de inzet van geschoold, getraind en geoefend personeel voor de uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.		
Opleiden en Trainen		
1	De organisatie voert een oefenbeleid (inclusief trainen) ten aanzien van de bijzondere aspecten van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Dit beleid houdt tenminste in dat:	
1.1	De organisatie heeft een termijn vastgesteld waarbinnen nieuw meldkamer-, en ambulancepersoneel opgeleid is voor hun functiespecifieke rol bij een ramp, opdat de continuïteit van het opleidings- en vaardigheidsniveau van deze functionarissen (met het oog op verloop van personeel) gewaarborgd wordt.	Zinsnede 'opdat de continuïteit van het opleidings- en vaardigheidsniveau van deze functionarissen (met het oog op verloop van personeel) gewaarborgd wordt', verwijderd. Hoort bij reguliere opleidingen.
1.2	Het meldkamer- en ambulancepersoneel functiespecifieke opleidingen (inclusief trainingen) gevolgd heeft voor hun rol bij een grootschalig incident en ramp. Dit betreft ten minste:	
1.2.1	het meldkamer-, en ambulancepersoneel heeft kennis van de organisatie en coördinatie op de rampplek, bijvoorbeeld door het volgen van de 'Basismodule GHOR' of equivalent daarvan;	
1.2.2	het ambulancepersoneel is opgeleid om de rol van de ambulance te vervullen bij een ramp;	
1.2.3	het personeel dat bij een ramp mogelijk de rol van coördinator gewondenvervoer (CGV) zal vervullen, heeft een CGV-opleiding gevolgd;	Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.
1.2.4	het personeel dat bij een ramp mogelijk de rol van hoofd gewondennest (HGN) zal vervullen, heeft een HGN-opleiding gevolgd;	Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.
1.2.5	het ambulancepersoneel dat bij een ramp mogelijk onderdeel uitmaakt van de geneeskundige combinatie (GNK-C), heeft de aanvullende module GNK-C gevolgd;	Deze functie valt onder de eindverantwoordelijkheid van de GHOR, indicator verwijderd.
1.2.6	het ambulancepersoneel is bekend met en getraind in het gebruik van het geneeskundig materiaal van de GNK-C (haakarmbak), opdat dit in bij een ramp effectief gebruikt wordt.	Zinsnede 'opdat dit in bij een ramp effectief gebruikt wordt' verwijderd want onnodige toevoeging.
1.2.7	het ambulancepersoneel heeft kennis van het landelijk protocol 'Decontaminatie; operationele uitvoering van kleinschalige chemische besmetting'.	
1.3	Het meldkamer- en ambulancepersoneel binnen de organisatie houdt de functiespecifieke kennis en vaardigheden bij met betrekking tot hun rol bij een ramp, bijvoorbeeld door het volgen van nascholing.	
2	Het opleidingsbeleid ten aanzien van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp is ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in dat:	
2.1	De organisatie doorlopende verbetering van het opleidingsbeleid en niveau van meldkamer-, en ambulancepersoneel ten aanzien van de preparatie op een ramp waarborgt, middels planvorming, structurele evaluaties en bijstellingen.	
2.2	De organisatie periodiek de opleiding, ervaring en vaardigheden registreert van het meldkamer-, en ambulancepersoneel met betrekking tot hun specifieke rol bij een grootschalige incident of ramp.	Ervaringen en vaardigheden lastig te registreren, komen te vervallen

Oefenen		Resultaten praktijktest
3	De instelling voert aantoonbaar een oefenbeleid ten aanzien van de bijzondere aspecten van spoedeisende medische zorgverlening bij een grootschalige incident en ramp. Dit beleid houdt tenminste in:	
3.1	Dat de organisatie interne rampenoefeningen organiseert. Dit houdt tenminste in:	
3.1.1	Bestuurlijke (table-top) oefeningen voor het crisisteam, waarin de beleidsvoering na melding van een ramp wordt geoefend. Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de afgelopen 4 jaar een dergelijke oefening georganiseerd? keer. Jaartal(len):.....	Meeste ambulancezorginstellingen hebben momenteel geen apart crisisteam dat tijdens een ramp bestuurlijke en operationele leiding geeft aan de interne organisatie. Indicator komen te vervallen.
3.1.2	Operationele oefeningen voor de ambulancediensten, waarin de werkzaamheden bij een ramp worden geoefend. Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de afgelopen 2 jaar een dergelijke oefening georganiseerd? keer. Jaartal(len):.....	Van belang dat ambulancepersoneel wordt geoefend voor de mogelijk rol van 1 ^e ambulance. Indicator hiervoor gespecificeerd. In subvragen gespecificeerd hoeveel van dergelijke oefeningen in totaal op jaarbasis worden georganiseerd en hoeveel oefeningen 1 ^e ambulanceoefeningen per ambulancemedewerker.
3.1.3	Operationele oefeningen voor de meldkamer, waarin de werkzaamheden bij een ramp worden geoefend. Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de afgelopen 2 jaar een dergelijke oefening georganiseerd? keer. Jaartal(len):.....	Drie vormen van oefeningen voor meldkamercentralisten gespecificeerd; 1. interne oefeningen met alleen ambulancecentralisten van de eigen meldkamer; 2. multidisciplinaire oefeningen met centralisten van politie en brandweer; 3. supra-regionale oefeningen met centralisten ambulancezorg uit andere veiligheidsregio's.
3.2	Dat de meldkamer van de organisatie deelneemt aan suprarregionale oefeningen met de meldkamers van andere GHOR-regio's. Hoe vaak heeft de meldkamer van uw organisatie de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? ... keer. Jaartal(len):.....	
3.3	Dat de organisatie deelneemt aan monodisciplinaire rampenoefeningen met andere GHOR ketenpartners Hoe vaak heeft uw organisatie de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening?..... keer. Jaartal(len):.....	In de subvragen gespecificeerd voor hoe vaak de ambulancedienst en hoe vaak de meldkamer ambulancezorg aan een dergelijke deelneemt.
3.4	Dat de organisatie deelneemt aan multidisciplinaire rampenoefeningen met de andere GHOR ketenpartners, de brandweer, politie en overheidsinstanties. Hoe vaak heeft uw organisatie de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening?..... keer. Jaartal(len):.....	In de subvragen gespecificeerd voor hoe vaak de ambulancedienst en hoe vaak de meldkamer ambulancezorg aan een dergelijke deelneemt.

		Resultaten praktijktest
4	Het oefenbeleid ten aanzien van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp is aantoonbaar ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit beleid houdt tenminste in:	
4.1	Dat de organisatie periodiek een (één of meerjarig) oefenplanning opstelt, met daarin een globale inhoudelijke en tijdsplanning van de voorgenomen oefenactiviteiten voor de bijzondere aspecten van zorgverlening bij een ramp. Dit betreft tenminste de volgende onderdelen:	
4.1.1	het oefenplan wordt na afloop geëvalueerd op het behalen van de vastgestelde oefenfrekwentie en oefendoelen; aanbevelingen voor verbetering worden verwerkt in het nieuwe oefenplan;	
4.1.2	een periodieke registratie van de geplande en gerealiseerde oefeningen per meldkamer-, en ambulancefunctionaris;	Aangepast in: na afloop van de planperiode wordt per meldkamer-, en ambulancefunctionaris geregistreerd het aantal deelgenomen oefeningen.
4.1.3	een periodieke inventarisatie onder het meldkamer-, en ambulancepersoneel de ervaren behoefte aan oefenactiviteiten met betrekking tot een ramp;	
4.1.4	de organisatie maakt bij interne en bestuurlijke oefeningen zo mogelijk gebruik van bestaande oefensystemen (zoals bijvoorbeeld virtuele oefensystemen, Emergo Train System.).	Aangepast in: Er worden naast real-time oefeningen ook erkende virtuele oefeningen aangeboden aan meldkamer- en ambulancepersoneel (bijvoorbeeld virtuele oefensystemen, Emergo Train System).
4.2	De organisatie stelt voor iedere oefening een oefendraaiboek op, dat wil zeggen een schematische uitwerking van de oefening, waarin bijvoorbeeld is uitgewerkt: het gekozen scenario, alle activiteiten van voorbereiding, oefendoelen, kritische succesfactoren, uitvoering, personele bezetting, evaluatie en nazorg van de oefening.	
4.3	Iedere oefening wordt geleid door een oefenleider.	
4.4	Iedere oefening wordt binnen de organisatie geëvalueerd. Dit houdt tenminste in:	Begrip 'gekwalificeerde' toegevoegd.
4.4.1	een nabespreking op groepsniveau met alle deelnemers en op het niveau van de functionarissen met een sleutelfunctie.	Indicator aangepast dat evaluaties van oefeningen op het niveau van de meldkamer ambulancezorg en/of de ambulancedienst dienen plaats te vinden. Tevens onderscheid aangebracht in de inhoud van beide evaluatievormen; persoonlijke aspecten (b.v. bejegening) en procesmatige aspecten (b.v. knelpunten).
4.4.2	een evaluatieverslag; met daarin tenminste verslaglegging van:	
4.4.2.1	de uitvoering van het oefendraaiboek en het behalen van de oefendoelen, met vermelding van mogelijke knelpunten.	
4.4.2.2	aanbevelingen voor toekomstige oefeningen of aanpassingen van bestaand beleid. De genoemde aanbevelingen en beleidsaanpassingen worden vertaald in actiepunten en verbonden aan een realisatietermijn; na het verstrijken van die termijn wordt geëvalueerd welke resultaten er per actiepunt zijn geboekt.	

Deskundigheidstoetsing		Resultaten praktijktest
5	De instelling waarborgt de deskundigheid van meldkamer-, en ambulancepersoneel, t.a.v. hun specifieke rol bij een ramp.	
5.1	De instelling toetst de deskundigheid van het meldkamer-, en ambulancepersoneel ten aanzien van hun specifieke rol bij een ramp, volgens een vooraf vastgestelde frequentie en methode (profcheck)	Indicator aangevuld met voorbeelden: kennistoets; er wordt voldaan aan de opleidings-, trainings- en oefeneisen.
Regionale Ambulance Voorzieningen Samenwerking		Resultaten praktijktest
De organisatie werkt intern samen en tevens samen met de GHOR ketenpartners in de preparatie op rampen ten behoeve van een optimale uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening ten tijde van een ramp.		
Samenwerking binnen de RAV		
1	De organisatie werkt intern samen in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:	
1.1	Er vindt binnen de organisatie overleg plaats tussen functionarissen die respectievelijk bestuurlijk en operationeel verantwoordelijk zijn voor de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij rampen.	Onvoldoende duidelijk welke functionarissen met bestuurlijk verantwoordelijken en operationeel verantwoordelijken bedoeld werden. Dit in indicator gespecificeerd door i.p.v. te focussen op 'verticaal overleg' (tussen verschillende niveaus binnen een organisatie) de focus te leggen op overleg in een brede samenstelling.
1.2	Er worden tussen functionarissen die respectievelijk bestuurlijk en operationeel verantwoordelijk zijn voor de preparatie op spoedeisende medische hulpverlening afspraken gemaakt over de verbetering van bestaand beleid.	Van belang dat afspraken schriftelijk worden vastgelegd. Dit aan indicator toegevoegd.
1.3	Er vindt binnen de meldkamer overleg plaats over de preparatie op de eigen bijdrage aan spoedeisende medische zorgverlening bij rampen.	De overlegvormen in indicator 1.3 en 1.4 sluiten niet aan bij de praktijk. Indicatoren samengevoegd en aangepast tot: Meldkamer- en ambulancepersoneel wordt van de voor hen relevante actuele ontwikkelingen ten aanzien van de voorbereiding op rampen op de hoogte gesteld.
1.4	Er vindt binnen de ambulancedienst overleg plaats over de preparatie op de eigen bijdrage aan spoedeisende medische zorgverlening bij rampen.	

Resultaten praktijktest	
Samenwerking tussen de RAV en andere RAV's	
2	De organisatie werkt met andere RAV's samen in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:
2.1	Er vindt overleg plaats met andere RAV's over samenwerking in de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij rampen
2.2	Er zijn met andere RAV's afspraken gemaakt over de samenwerking in de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij rampen
2.3	Er wordt samengewerkt met andere RAV's in de preparatie op spoedeisende medische hulpverlening bij rampen, <i>bijvoorbeeld t.a.v. oefenen en het verbeteren van procedures</i>
3	Samenwerking tussen de RAV en de functionarissen van het GHOR-bureau (waaronder de RGF) samen in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:
3.1	Er vindt overleg plaats met functionarissen van het GHOR-bureau (waaronder in elk geval de RGF) over de eigen preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij rampen
3.2	De RAV heeft afspraken over de te leveren zorgcapaciteit ten tijde van een ramp formeel vastgesteld in een contract met de RGF
	<ul style="list-style-type: none"> - Zinsnede (waaronder in elk geval de RGF) verwijderd. - Deze indicator werd door respondenten verschillend geïnterpreteerd. Hier wordt niet de overlegvorm bedoeld waar ook andere GHOR- ketenpartners aan deelnemen. Daarom begrip 'bilateraal' toegevoegd. Begrip in begrippenlijst toegelicht. - Door middel van subindicatoren gespecificeerd dat dit overleg tenminste moet plaatsvinden t.a.v. de personele invulling van de operationele GHOR-functies en daarnaast t.a.v. de voorbereiding van meldkamer- en ambulancepersoneel op een ramp
	Indicator ondergebracht bij subindicatoren 'samenwerkingsafspraken' (subindicator 2.3.3 in nieuwe versie)

Samenwerking tussen de RAV en andere RAV's		Resultaten praktijktest
	<p>Nieuwe (sub)indicatoren:</p> <p><i>Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met functionarissen van het GHOR-bureau met betrekking tot de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening door de meldkamer ambulancezorg en de ambulancediensten bij rampen. Deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd en hebben tenminste betrekking op:</i></p> <p><i>de benodigde opleiding, training en oefening van meldkamer-, en ambulancepersoneel (incl. 1^e ambulance);</i></p> <p><i>het ontwikkelen en updaten van rampenprocedures voor de meldkamer ambulancezorg en de ambulancediensten (bijvoorbeeld alarmering; gewondenspreidingsplan, 1^e ambulance enz.);</i></p> <p><i>de te leveren zorgcapaciteit van de ambulancediensten ten tijde van een ramp.</i></p> <p><i>Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt met functionarissen van het GHOR-bureau ten aanzien van de operationele GHOR-functies die door de ambulancezorginstelling ingevuld kunnen worden. Deze afspraken zijn in een convenant vastgelegd en hebben betrekking op:</i></p> <p><i>de personele invulling door de ambulancezorginstelling per operationele GHOR-functie en wat de bijbehorende taken en verplichtingen zijn;</i></p> <p><i>de paraatheid- of bereikbaarheidsregeling voor operationele GHOR-functionarissen;</i></p> <p><i>de benodigde opleiding, training en oefening van operationele GHOR-functionarissen;</i></p> <p><i>benodigde middelen ten aanzien van de invulling van de operationele GHOR-functies, inclusief financiële middelen.</i></p>	<p>Ambulancezorginstelling levert deel van personeel voor operationele GHOR-functies. Daarnaast verzorgt het GHOR-bureau gedeeltelijk de voorbereiding van de meldkamer en de ambulancedienst op een ramp. Over beide onderdelen moeten samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Dit d.m.v (sub)indicatoren gespecificeerd.</p>
	<p>Samenwerking tussen de RAV en GHOR ketenpartners</p> <p>4 De organisatie werkt met de GHOR- ketenpartners samen in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:</p>	
4.1	<p>Er vindt overleg plaats met de GHOR-ketenpartners over samenwerking in de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij rampen</p>	<p>De ambulancezorginstelling spreekt verschillende GHOR-ketenpartners al tijdens overlegvormen waar onderwerpen t.a.v. reguliere acute zorg centraal staan. In dergelijke overlegvormen kunnen ook aspecten t.a.v. opschaling aanbod komen. Vaak vindt er geen separaat overleg meer plaats t.a.v. opschaling. GHOR-ketenpartners daarom vervangen voor acute zorg partners.</p> <p>Indicator 4.1 en 4.2 samengevoegd.</p>
4.2	<p>Er worden afspraken gemaakt met de GHOR-ketenpartners over de samenwerking in de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij rampen</p>	

	Resultaten praktijktest
4.3	De organisatie stelt de GHOR ketenpartners op de hoogte van de actuele contactgegevens van de functionarissen die binnen de eigen organisatie betrokken zijn bij de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij rampen.
4.4	De RAV kan 7x24 uur inzicht verkrijgen in de <i>actuele</i> zorgcapaciteit van de ziekenhuizen in de omgeving.
	Nieuw subdomein met (sub)indicatoren
	Samenwerking met brandweer, politie en gemeenten
	<i>Er wordt samengewerkt met vertegenwoordigers van GHOR, brandweer, politie en gemeenten ten aanzien van de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medisch zorgverlening bij een ramp. Dit houdt tenminste in: (5.1 en 5.2)</i>
	<i>Er vindt overleg plaats met vertegenwoordigers van GHOR, brandweer, politie en gemeenten over samenwerking ten aanzien van de preparatie op en uitvoering van spoedeisende medisch zorgverlening bij een ramp.</i>
	<i>Er worden (samenwerkings)afspraken gemaakt met vertegenwoordigers van GHOR, brandweer, politie en gemeenten ten aanzien van de preparatie op en uitvoering van specifieke hulpverlening bij een ramp. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd en hebben betrekking tenminste op:</i>
	<i>afstemming met vertegenwoordigers (van de meldkamers) van GHOR, brandweer, politie en gemeenten over de informatie die tijdens een ramp onderling wel en niet uitgewisseld moet worden;</i>
	<i>afstemming met vertegenwoordigers van GHOR, brandweer, politie en gemeenten ten aanzien van multidisciplinaire oefeningen;</i>
	<i>afstemming met vertegenwoordigers van GHOR, brandweer, politie en gemeenten ten aanzien van multidisciplinaire procedures (zoals afschalen, opschalen).</i>
	De respondenten misten deze vorm van samenwerking in het instrument. Ingevoegd als nieuw subdomein en de indicatoren toegespitst op: overleg en samenwerkingsafspraken met subindicatoren over de inhoud van de samenwerkingsafspraken.

**Bijlage 7: Praktijktest bevindingen op indicatorniveau
Snel Inzetbare Groepen ter Medische
Assistentie (SIGMA)**

(versie 4.0/ oktober 2006)

SIGMA Procedures	Resultaten praktijktest
De organisatie in uw regio beschikt over schriftelijk vastgestelde procedures voor de preparatie op en uitvoering van SIGMA-taken als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie bij een ramp. Deze procedures betreffen tenminste:	
Opschalen	
1 De organisatie in uw regio heeft het opschalen van de SIGMA-teams als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie bij een ramp schriftelijk in procedures vastgelegd. Dit betreft tenminste:	Het begrip 'organisatie' zorgde bij aantal respondenten voor verwarring of hierbij GHOR-bureau of het NRK bedoeld werd. Begrip organisatie in het gehele zelfevaluatie-instrument structureel verwijderd.
1.1 De alarmering van de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden is schriftelijk in procedures vastgelegd. Deze procedures omvatten tenminste:	
1.1.1 een beschrijving van op welke wijze de alarmering uitgevoerd dient te worden;	
1.1.2 de methode van alarmering overdag en 's nachts;	Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen overdag en 's nachts, indicator verwijderd.
1.1.3 de methode van alarmering in situaties waarin alarmering volgens de reguliere methode niet mogelijk is;	
1.1.4 dat de actualiteit van alarmeringsnummers wordt gewaarborgd middels een periodieke update;	Alarmeringsnummers veranderd in telefoonnummers.
1.1.4.1 Is er voor het updaten van de alarmeringsnummers een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per maanden/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak vond er de afgelopen 2 jaar een update van de alarmeringsnummers plaats? keer	
1.1.5 een richtlijn omtrent welke informatie bij alarmering aan de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden verstrekt moet worden;	
1.1.6 op welke wijze de opgeroepen SIGMA-teamleden de ontvangst van de alarmeringsboodschap moeten bevestigen, indien er gebruik wordt gemaakt van een computergestuurd oproepsysteem;	Men leest over zinsnede 'indien er gebruik wordt gemaakt van een computergestuurd oproepsysteem' heen. Deze daarom naar voren geplaatst.
1.1.7 de alarmeringsmethode wordt periodiek getest.	
1.1.7.1 Is er voor het testen van de alarmeringsmethode een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per maanden/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd de alarmeringsmethode het afgelopen jaar getest? keer.	Door sommige respondenten werd deze indicator verward met een opkomsttoefening. Toegevoegd dat het hier om materiaal-, en bereikbaarheidstest gaat en niet om daadwerkelijke opkomst.

Resultaten praktijktest	
1.2	De organisatie beschikt over een procedure voor de registratie van grote aantallen slachtoffers bij een ramp met behulp van de nieuwe Nederlandse Gewondenkaart. Deze procedure omvat in ieder geval een beschrijving van: 1.2.1 alle handelingen die door SIGMA-teamleden in het kader van de slachtofferregistratie uitgevoerd moeten worden op de rampplek; 1.2.2 op welke wijze de geregistreerde gegevens op de rampplek verzameld en verwerkt moeten worden. 1.2.3 op welke wijze de geregistreerde slachtoffergegevens worden aangeleverd bij de GHOR. 1.3 De organisatie heeft een richtlijn opgesteld voor de opvang van SIGMA-teamleiders, -chouffeurs, en -leden tijdens en na afloop van een ramp. 1.4 De organisatie beschikt over een richtlijn voor het contact met de pers tijdens een ramp (bij voorkeur in afstemming met de GHOR).
Instandhouden opgeschaalde situatie	
2	De organisatie in uw regio heeft het instandhouden van de SIGMA-activiteiten als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie bij een ramp gedurende de vereiste termijn schriftelijk in procedures vastgelegd. Dit houdt tenminste in: 2.1 Een procedure voor de coördinatie van de inzet van SIGMA-teamleden ten behoeve van de continuering van de SIGMA-activiteiten bij opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening. 2.2 Een procedure voor het aanvullen van medisch/ verpleegkundig materiaal in het gewondennest gedurende een ramp. Nieuwe indicator: <i>In een richtlijn is vastgelegd op welke wijze en onder wiens verantwoordelijkheid ten tijde van een ramp nieuwe relevante rampinformatie wordt verspreid binnen de verschillende onderdelen en niveaus van het Nederlandse Rode Kruis.</i>
Afschalen	
3	De organisatie in uw regio heeft het afschalen van de SIGMA inzet na een ramp in procedures vastgelegd. Dit houdt tenminste in dat: 3.1 De organisatie beschikt over een procedure waarin is vastgesteld welke acties genomen moeten worden nadat de regionaal geneeskundig functionaris het signaal tot afschalen heeft gegeven. Zinsnede 'de regionaal geneeskundig functionaris' weggehaald.

		Resultaten praktijktest
	Nieuwe indicator:	<i>In een procedure is vastgelegd op welke wijze SIGMA-teamleden die niet aan de inzet hebben deelgenomen maar wel gealarmeerd zijn, op de hoogte worden gesteld van het beëindigen van de opschalingssituatie.</i>
Evaluatie		
4	De organisatie in uw regio heeft een richtlijn opgesteld voor de evaluatie van de SIGMA inzet na afloop van een ramp. Dit houdt tenminste in dat:	
4.1	De organisatie beschikt over richtlijnen voor wijze waarop de interne processen en procedures na afloop van een ramp worden geëvalueerd.	Indicator werd tweeledig geïnterpreteerd; gesplitst voor 'vastleggen wiens verantwoordelijkheid het is om direct na een inzet met de SIGMA-teamleden te evalueren' en 'wiens verantwoordelijkheid het is om de processen en procedures te evalueren'.
Kwaliteitssysteem		
5	De in uw regio schriftelijk vastgestelde procedures voor de preparatie op en uitvoering van SIGMA-taken als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie bij een ramp, zijn ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in dat:	
5.1	Het operationaliseren en implementeren van de richtlijnen van de 'Leidraad Geneeskundige Combinatie' binnen uw regio in overleg geschiedt met de regionaal geneeskundig functionaris, die hierbij een adviserende en ondersteunende rol heeft.	Voor een groot deel coördineert het GHOR-bureau de SIGMA-activiteiten. Dit gebeurt in overleg met het NRK. Zinsnede 'in overleg geschiedt met de regionaal geneeskundig functionaris' vervangen door 'geschiedt in overleg tussen het GHOR-bureau en het NRK'.
5.2	De actualiteit van de SIGMA-procedures gewaarborgd wordt middels een periodieke update. Wanneer omstandigheden hiertoe aanleiding geven, worden deze procedures tussentijds geactualiseerd. - Wanneer werden de procedures voor het laatst geïjndate? (jaartal).	
5.3	De SIGMA-teamleiders, -chouffeurs, en -leden op de hoogte gesteld worden van de wijzigingen die bij een update in deze richtlijnen zijn aangebracht.	
5.4	De SIGMA-teamleiders, -chouffeurs, en -leden beschikken over een papieren versie van de actuele richtlijnen.	
5.5	De richtlijnen formeel vastgesteld zijn door het Nederlandse Rode Kruis.	Zowel NRK als GHOR bureau betrokken bij coördinatie van SIGMA-activiteiten. Geüpdate procedures dienen bij voorkeur door beide partijen geaccordeerd te worden.

SIGMA		Resultaten praktijktest
Personeel en Middelen		
De organisatie in uw regio waarborgt de inzet van SIGMA-teams en middelen voor de uitvoering van SIGMA-taken ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.		
Personeel		
1	De organisatie in uw regio voert een personeelsbeleid ten aanzien van de bijzondere aspecten van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Dit betreft tenminste dat:	
1.1	De organisatie alle functies die noodzakelijk zijn voor de inzet van SIGMA-teams als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie, alsmede hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden schriftelijk vastgelegd heeft. Dit betreft tenminste de volgende functies:	Aangezien zowel NRK als het GHOR-bureau betrokken zijn bij de voorbereiding van SIGMA's op de inzet bij een ramp is het van belang dat duidelijk is door wie een bepaalde taak wordt uitgevoerd. Indicator hierop aangepast.
1.1.1	SIGMA-teamleiders ;	
1.1.2	SIGMA-chauffeurs;	
1.1.3	SIGMA-leden;	
1.1.4	opleidings- en oefenfunctionaris(sen) die verantwoordelijk is/zijn voor het opleidingsplan en het (laten) voorbereiden, begeleiden en evalueren van oefeningen in het kader van de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp;	Indicator gesplitst voor opleiding- en oefenfunctionaris.
1.1.5	een beheerder die verantwoordelijk is voor het opstellen, het beheer, en daarmee ook de actualisering en de implementatie van de richtlijnen met betrekking tot SIGMA-inzet als onderdeel van de geneeskundige combinatie;	
1.1.6	een contactpersoon voor het contact met de regionaal geneeskundig functionaris en de andere GHOR ketenpartners.	Indicator gespecificeerd tot; een contactpersoon vanuit het Nederlandse Rode Kruis, voor afstemming met het GHOR-bureau over zaken ten aanzien van procedures, SIGMA materiaal, opleiden, trainen en oefenen.
	Nieuwe indicatoren	<i>Beheerder materiaal, die verantwoordelijk is voor het laten onderhouden, vervangen en aanvullen van materiaal wat gebruikt wordt tijdens trainingen en oefeningen, maar tevens het materiaal wat gebruikt zal worden tijdens een daadwerkelijke SIGMA-inzet.</i>
		<i>een contactpersoon vanuit het Nederlandse Rode Kruis voor het contact met de pers tijdens een ramp ten aanzien van SIGMA-inzet.</i>
		<i>Er wordt een registratie bijgehouden van het actuele aantal SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden.</i>

		Resultaten praktijktest
2	De organisatie in uw regio waarborgt de vooraf vastgestelde continuïteit en paraatheid van de SIGMA-teamleden. Dit betreft tenminste dat:	
2.1	De organisatie over een bereikbaarheidsregeling beschikt voor de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en – leden.	Regionaal verschillend of er met beschikbaarheidsroosters of eventueel paraatheidsroosters gewerkt wordt. Aangezien het om vrijwilligers gaat, is dat vaak ook niet haalbaar. Indicator geïntegreerd met indicator 2.2 en aangepast tot: Gewaarborgd wordt dat het benodigde aantal SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden, binnen de vooraf vastgestelde tijd inzetbaar is.
2.2	De organisatie een opkomsttijd waarborgt voor alle SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en - leden van maximaal 30 minuten tot de uitgangstelling van de geneeskundige combinatie of tot een andere afgesproken opkomstplaats.	
Middelen		
3	De organisatie in uw regio waarborgt dat communicatiemiddelen die nodig zijn bij een ramp bedrijfszeker en per direct inzetbaar zijn. Dit betreft tenminste dat:	
3.1	De organisatie over een fall-backsysteem beschikt voor communicatie bij uitval van reguliere communicatievoorzieningen.	Onvoldoende duidelijk dat hier de communicatiemiddelen bedoeld worden die door SIGMA-teams op de rampplek gebruikt kunnen worden. Daarnaast van belang dat bij uitval van dit communicatiemiddel een fall-backsysteem beschikbaar is, nieuwe indicator toegevoegd; Er zijn voor de SIGMA-teams communicatiemiddelen beschikbaar voor zowel de interne communicatie (b.v. met andere SIGMA-teams) als externe communicatie (met andere GHOR-ketenpartners) ten tijde van een ramp.
4	De organisatie in uw regio waarborgt dat middelen die noodzakelijk zijn voor de SIGMA-inzet ten behoeve van de spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp per direct inzetbaar zijn. Dit betreft tenminste dat:	
4.1	De organisatie over landelijk uniforme kleding beschikt voor de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en –leden, zodat zij duidelijk herkenbaar zijn en duidelijk te onderscheiden van de kleding van MMT-leden.	Voor herkenbaarheid SIGMA-teamleden op de rampplek van belang dat het team eenduidig gekleed is en duidelijke te onderscheiden van de andere hulpverleners op de rampplek. Dit in indicator gespecificeerd.
4.2	De organisatie over een voorraad blanco gewondenkaarten beschikt.	‘Nationale’ toegevoegd
	Nieuwe indicatoren	<i>Er wordt gewaarborgd dat SIGMA-materiaal beschikbaar is voor oefeningen en trainingen.</i>
		<i>Er wordt gewaarborgd dat SIGMA-materiaal per direct inzetbaar is voor een daadwerkelijke inzet.</i>

		Resultaten praktijktest
5	De organisatie in uw regio heeft in de begroting opgenomen de structurele financiering van de preparatie op de inzet van SIGMA's ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp. Dit betreft tenminste:	
5.1	De financiering van opleiding en training van SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden ten behoeve van inzet bij een ramp.	
5.2	De financiering van oefeningen van SIGMA-teams ten behoeve van inzet bij een ramp.	
5.3	De financiering van middelen die nodig zijn voor SIGMA-taken ten behoeve van inzet bij een ramp.	Dit betreft zowel financiering van oefenmaterialen als financiering van materialen voor daadwerkelijke inzet. Indicator nader gespecificeerd.
5.4	De financiering van de werving van nieuwe SIGMA-teamleden.	Verwaarloosbaar. Indicator verwijderd.
SIGMA		
Opleiden, Trainen & Oefenen		
De organisatie in uw regio waarborgt de inzet van geschoolde, getrainde en geoefende SIGMA-teams voor de uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.		
Opleiden en trainen		
1	De organisatie in uw regio voert een opleidingsbeleid (inclusief trainen) ten aanzien van SIGMA-inzet als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie bij een ramp. Dit beleid betreft tenminste dat:	
1.1	De organisatie een termijn heeft vastgesteld waarbinnen nieuwe SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden opgeleid zijn voor hun specifieke rol bij een ramp, opdat de continuïteit van hun opleidings- en vaardigheidsniveau (met het oog op verloop) gewaarborgd wordt.	Vrijwilligers van het NRK kunnen pas SIGMA-teamlid worden wanneer zij HOC opleiding met positief gevolg hebben afgerond. Indicator verwijderd.
1.2	De SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden middels scholing en training voorbereid zijn op hun specifieke rol bij een ramp. Dit houdt bijvoorbeeld in dat:	Zinsnede; 'hebben de vereiste scholing en trainingen met goed gevolg afgerond' toegevoegd. Deze indicator vervangd indicator 1.1.
1.2.1	SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden de opleiding Hulpverlening bij Ongevallen en Calamiteiten (HOC) gevolgd hebben;	
1.2.2	SIGMA-teamleiders de training teamleider SIGMA gevolgd hebben;	
1.2.3	SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden kennis van de organisatie en coördinatie op de rampplek hebben, b.v. door het volgens van de 'Basismodule GHOR' of equivalent daarvan;	
1.2.4	SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden bekend zijn met de inzetprocedures en werkinstructies van de (eigen eenheid binnen de) Geneeskundige Combinatie;	

		Resultaten praktijktest
1.2.5	SIGMA-leden bekend met en getraind zijn in het gebruik van het geneeskundig materiaal van de GNK-C (haakarmbak), opdat dit bij een ramp effectief gebruikt en aangevuld kan worden.	Zinsnede 'Opdat dit bij een ramp effectief gebruikt en aangevuld kan worden' verwijderd.
1.2.6	SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden kennis hebben van het landelijk protocol 'Decontaminatie; operationele uitvoering van kleinschalige chemische besmetting'.	
1.3	De SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden hun kennis en vaardigheden bijhouden met betrekking tot het optreden bij rampen, bijvoorbeeld door het volgen van nascholing.	SIGMA-teamleden moeten verplicht HOC nascholing volgen. Indicator hierop aangepast.
2	Het opleidingsbeleid in uw regio t.b.v. spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp is ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in dat:	Begrip 'kwaliteitssysteem' niet voor iedereen duidelijk, vervangen voor interne verbetercyclus.
2.1	De SIGMA-teams beschikken over een opleidingsjaarplan.	SIGMA teams aangepast tot SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden
2.2	De organisatie doorlopende verbetering waarborgt van het opleidingsbeleid en -niveau van SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden ten aanzien van preparatie op inzet bij een ramp, middels planvorming, structurele evaluaties en bijstellingen.	
2.3	De organisatie periodiek de ervaren behoefte aan opleidingsactiviteiten met betrekking tot inzet bij een ramp inventariseert onder de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden.	Het woordje 'ervaren' zorgde voor verwarring, weggelaten.
2.4	De organisatie de opleiding, ervaring (participatie in oefeningen en daadwerkelijke inzetten) en vaardigheden (profcheck resultaten) registreert van de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden.	Daadwerkelijke SIGMA-inzet is minimaal. Registratie ervaring dan ook niet mogelijk. Vaardigheden worden getoetst tijdens profcheck. Wel van belang dat geregistreerd wordt hoe vaak een individu lid naar de nascholingsbijeenkomst komt. Indicator hierop aangepast.
	Nieuwe indicator	<i>SIGMA-chauffeurs daartoe een speciale rijvaardigheid training gevolgd hebben</i>
Oefenen		
3	De organisatie voert een oefenbeleid ten aanzien van SIGMA inzet als onderdeel van de Geneeskundige Combinatie bij een ramp. Dit beleid waarborgt tenminste dat:	
3.1	De SIGMA-teamleden zijn geoefend voor hun specifieke rol bij een ramp. Dit betreft tenminste:	
3.1.1	een registratie van het totaal aantal aangeboden oefeningen per jaar en gerealiseerde oefeningen per jaar per SIGMA-teamleider, -chauffeur, en -lid.	Aantal gerealiseerde oefeningen minder relevant dan aantal deelgenomen oefeningen. Indicator aangepast tot: Er wordt een registratie bijhouden van het totaal aantal aangeboden oefeningen per jaar en daarnaast een registratie per SIGMA-teamleider, -chauffeur, en -lid van het aantal bijgewoonde oefeningen. Indicator verplaatst naar subdomein 4.
3.1.2	een periodieke inventarisatie van de ervaren behoefte aan oefenactiviteiten met betrekking tot de inzet bij een ramp onder de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden.	Het woordje 'ervaren' zorgde voor verwarring, weggehaald. Toegevoegd aan de indicator: 'Bij het opstellen van een nieuwe oefenplanning wordt deze behoefte meegenomen'. Indicator verplaatst naar subdomein 4.

		Resultaten praktijktest
3.2	De SIGMA-teams deelnemen aan interne oefeningen.	- 4 soorten oefeningen voor SIGMA-teams. 1) opkomstoefeningen, 2) interne (logistieke) oefeningen, 3) monodisciplinaire oefeningen met de andere geneeskundige combinatie partners en 4) multidisciplinaire geneeskundig combinatie oefeningen met politie en brandweer. De 4 oefensoorten elk in een indicator verwerkt. - Per soort oefening nagevraagd hoeveel oefeningen in totaal worden georganiseerd en hoeveel oefeningen er ongeveer per SIGMA-teamlid worden georganiseerd.
3.2.1	Is er voor dergelijke oefeningen een vaststaande frequentie vastgesteld? - Zo ja,x per.....maand(en)/jaar (doorstrepen wat niet van toepassing is). - Hoe vaak werd het afgelopen jaar een dergelijke oefening georganiseerd? keer. - Hoe vaak hebben SIGMA-teams de afgelopen 2 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len):.....	Zie 3.2
3.3	De SIGMA-teams deelnemen aan monodisciplinaire rampenoefeningen met andere GHOR ketenpartners. - Hoe vaak hebben SIGMA-teams de afgelopen 2 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len):.....	Zie 3.2
3.4	De SIGMA-teams als onderdeel van de geneeskundige combinatie deelnemen aan multidisciplinaire rampenoefeningen met de andere GHOR ketenpartners, de brandweer, politie en overheidsinstantie. - Hoe vaak hebben SIGMA-teams de afgelopen 4 jaar deelgenomen aan een dergelijke oefening? keer. Jaartal(len):.....	Zie 3.2
3.5	In het kader van de oefencyclus van de GHOR-regio, de SIGMA-teams de volgende onderdelen tenminste oefenen:	
3.5.1	de bereikbaarheid en opkomst(tijden) bij alarmering;	Verwerkt in aparte indicator (soort oefening)
3.5.2	het invullen en aflezen van Nationale gewondenkaart;	
3.5.3	het assisteren bij de medische behandeling van grote aantallen slachtoffers;	
3.5.4	het oefenen met haarkarabak / materieel geneeskundige combinatie;	Verwerkt in aparte indicator (logistiek)
3.5.5	de opvang familie / begeleiders van slachtoffers;	Geen taak SIGMA. Indicator verwijderd.
3.5.6	de logistieke organisatie in rampomstandigheden;	Was onduidelijk; tent opzetten en inrichten van gemaakt.
3.5.7	de inrichting faciliteiten voor rampsituatie;	Samengevoegd met indicator 3.5.6
3.5.8	de bevoorradings van de SIGMA-tent;	
3.5.9	de taken SIGMA-teamleiders, -chouffeurs, en -leden: communiceren & samenwerken;	Gedifferentieerd voor samenwerking en communicatie 'binnen het SIGMA-team' en 'met de andere geneeskundige combinatie partners'.
3.5.10	de taken SIGMA-teamleiders: leiding geven, prioriteiten stellen, delegeren, taakverdeling;	

Resultaten praktijktest	
3.5.11	<p>het 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).</p>
4	<p>Het oefenbeleid van SIGMA's in uw regio is ingebed in een kwaliteitssysteem. Dit houdt tenminste in dat:</p>
4.1	De organisatie periodiek een (één of meerjarig) oefenplan opstelt, met daarin een globale inhoudelijke en tijdsplanning van de voorgenomen oefenactiviteiten ten aanzien van SIGMA-activiteiten bij een ramp.
4.2	De planvorming, voorbereiding, uitvoering en evaluatie van oefeningen in overleg geschiedt met en onder toezicht/begeleiding van de regiocoördinator Noodhulp Nationaal van het Nederlandse Rode Kruis.
4.3	De SIGMA-teams geplande monodisciplinaire en multidisciplinaire oefeningen uitvoeren conform het oefendraaiboek dat door het GHOR-bureau is opgesteld.
4.4	Het doel van een geplande oefening voorafgaand aan de uitvoering van de oefening, tijdig schriftelijk dan wel mondeling aan de bij de oefening betrokken vrijwilligers bekendgemaakt wordt, met uitzondering van oefeningen waarbij het leren omgaan met de verrassingselementen van een ramp deel uitmaakt van de oefendoelstelling.
4.5	Iedere oefening na afloop binnen de organisatie geëvalueerd wordt. Dit houdt tenminste in:
4.5.1	een nabesprekingen op groepsniveau met alle deelnemers;
4.5.2	De meeste SIGMA-oefeningen vinden plaats met meerdere partijen. Daarom deze indicator gedifferentieerd voor een plenaire nabesprekingen met alle deelnemers vanuit de geneeskundige combinatie en een nabespreking op groepsniveau met alleen de SIGMA-vrijwilligers. Tevens onderscheid aangebracht in de inhoud van beide evaluatievormen; persoonlijke aspecten (b.v. bejegening) en procesmatige aspecten (b.v. knelpunten).
4.5.2	een evaluatieverslag, met daarin verslaglegging van:
4.5.2.1	de uitvoering van het oefendraaiboek en het behalen van de oefendoelen, met vermelding van mogelijke knelpunten.
4.5.2.2	aanbevelingen voor toekomstige oefeningen of aanpassingen van bestaand beleid. De genoemde aanbevelingen en beleidsaanpassingen worden vertaald in actiepunten en verbonden aan een realisatietermijn.

	Resultaten praktijktest
4.6	<p>De waarnemer bij een SIGMA-oefening na afloop van de oefening het evaluatieverslag van de oefening indient bij de GHOR functionaris die verantwoordelijk is voor Opleiding en Oefening</p> <p>Nieuwe indicatoren</p> <p><i>De planning van opleidings- en trainingsactiviteiten en van oefeningen sluiten inhoudelijk in die volgorde op elkaar aan.</i></p> <p><i>Iedere oefening wordt geleid door een gekwalificeerde oefenleider.</i></p> <p><i>Iedere oefening wordt geobserveerd en geëvalueerd door (externe) observatoren.</i></p>
Deskundigheidstoetsing	
6	De organisatie waarborgt de deskundigheid van de SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden ten aanzien van hun specifieke rol bij een ramp.
6.1	De organisatie waarborgt middels een landelijke toetsingsprocedure (profcheck) dat het kennis- en vaardigheidsniveau van de individuele SIGMA-teamleiders, -chauffeurs, en -leden vergelijkbaar is en voldoende is om in een rampsituatie te kunnen optreden.
SIGMA	
Samenwerking	
Het Nederlandse Rode Kruis (NRK) werkt ten aanzien van de SIGMA-inzet intern samen en tevens samen met de GHOR ketenpartners ten behoeve van een optimale uitvoering van spoedeisende medische zorgverlening tijdens een ramp.	
Samenwerking binnen het NRK ten aanzien van SIGMA	
1	De (verantwoordelijken voor de) SIGMA's werken binnen het NRK samen in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:
1.1	Er binnen het NRK overleg plaatsvindt over de preparatie en inzet van SIGMA-teams ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.
1.2	Er binnen het NRK afspraken gemaakt worden over de preparatie en de inzetinstructies voor SIGMA-teams ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.
1.3	Er afspraken gemaakt zijn over de bijstand van SIGMA-teams uit andere veiligheidsregio's tijdens een ramp.
	<p>Onvoldoende duidelijk wat hier werd bedoeld. Toegevoegd aan de indicator dat hier de 'overlegvormen tussen functionarissen binnen het NRK van verschillende hiërarchische niveaus' bedoeld worden</p> <p>Van belang dat afspraken schriftelijk worden vastgelegd. Dit aan indicator toegevoegd.</p> <p>Het GHOR-bureau coördineert voor het grootste gedeelte de SIGMA-inzet. Deze indicator verplaatst naar subdomein 'Samenwerking tussen het NRK en functionarissen van het GHOR bureau'</p>

Samenwerking tussen het NRK en functionarissen van het GHOR bureau (waaronder de RGF)		Resultaten praktijktest
2	Het NRK werkt in uw regio ten aanzien van de SIGMA-inzet samen met functionarissen van het GHOR bureau (waaronder de RGF) in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:	
2.1	Er overleg plaatsvindt met de RGF over de preparatie en inzet van SIGMA-teams ten behoeve van spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.	- Deze indicator werd door sommige respondenten verschillend geïnterpreteerd. Hier wordt niet de overlegvorm bedoeld waar ook andere GHOR- ketenpartners aan deelnemen. Daarom begrip 'bilateraal' toegevoegd. Begrip in begrippenlijst toegelicht.
2.2	Er formele afspraken met de RGF gemaakt zijn over de omvang van de SIGMA inzet waarop gerekend wordt bij een ramp.	Na verificatie bij de respondenten als subindicatoren de volgende onderwerpen waarover afspraken gemaakt moeten worden toegevoegd: bijstand uit andere regio's; minimaal benodigde aantal SIGMA-teamleden; werving nieuwe leden; opleidingen, trainen en oefenen; verzekering SIGMA-teamleden.
Samenwerking tussen het NRK en GHOR ketenpartners		
3	Het NRK werkt in uw regio ten aanzien van de SIGMA-inzet samen met de GHOR ketenpartners in de preparatie op een ramp. Dit houdt tenminste in dat:	
3.1	Het NRK op de hoogte is van de agenda en de notulen van regionaal overleg tussen GHOR ketenpartners in uw regio.	
3.2	Het NRK vertegenwoordigd is in regionaal overleg tussen GHOR ketenpartners voor zover dit relevant is voor de SIGMA's.	
3.3	Er afspraken gemaakt zijn met GHOR-ketenpartners over de praktische uitvoering van de samenwerking bij spoedeisende medische zorgverlening bij een ramp.	Toegevoegd dat dit alleen afspraken met de relevante GHOR-ketenpartners betreft. Indicator verder toegelicht met een voorbeeld.
3.4	Het NRK de GHOR-ketenpartners op de hoogte stelt van actuele contactgegevens van sleutelfiguren binnen het NRK ten aanzien van SIGMA's.	Irrelevant bevonden, indicator verwijderd.