



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Statusanalyse 2010

Stand van zaken Opleiden, Trainen & Oefenen (OTO) voor "opgeschaalde acute zorg"
Een eerste meting, halverwege de eerste cyclus OTO-stimuleringsgelden

Drs. I.N. van der Molen
Dr. C.J. IJzermans

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 9789461220776

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 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

| | |
|---|-----------|
| Leeswijzer | 7 |
| Samenvatting | 9 |
| 1 Inleiding | 13 |
| 1.1 Achtergrond | 13 |
| 1.2 Stimuleringsgelden OTO | 14 |
| 1.3 Probleemstelling | 15 |
| 2 Methoden | 17 |
| 2.1 Plan van aanpak | 17 |
| 2.2 Checklist voor interviews | 17 |
| 2.3 Verloop van de veldfase | 19 |
| 3 Resultaten | 21 |
| 3.1 Respons en non-respons | 21 |
| 3.2 Achtergrond van de respondenten | 22 |
| 3.3 Beleidsplannen en beleidsplanning | 26 |
| 3.4 Opleiden | 31 |
| 3.5 Trainen | 36 |
| 3.6 Oefenen | 37 |
| 3.7 Overige vragen | 47 |
| 3.8 ROAZ-voorzitters | 54 |
| 3.9 GHOR-bureau | 58 |
| 4 Conclusies, beschouwing en aanbevelingen | 65 |
| 4.1 Achtergrond en probleemstelling | 65 |
| 4.2 Procedure en respons | 65 |
| 4.3 Samenvatting van de resultaten | 66 |
| 4.4 Beschouwing en aanbevelingen | 69 |
| Bijlage 1: OTO nader bekeken | 75 |
| Bijlage 2: Respons functies ROAZ | 77 |
| Bijlage 3: Regio's met achterblijvende respons | 79 |
| Bijlage 4: Statusanalyse 2010 per regio | 81 |
| Bijlage 5: Afkortingen | 89 |
| 5 Addendum regionale bijeenkomsten | 91 |
| 5.1 Opzet regionale bijeenkomsten | 91 |
| 5.2 Resultaten | 91 |
| 5.3 Conclusies | 98 |

Opdrachtgever: Stuurgroep OTO van de Landelijke vereniging van Trauma Centra (LvTC)

Dankbetuiging

Wij danken :

- De drie interviewers Ellen Botman, Elma Meijer en Walther Boon von Ochsee voor hun inzet en deskundigheid;
- Het bureau GfK voor de vasthoudendheid bij het maken van de afspraken;
- De leden van het OTO-platform van de LvTC voor hun inspiratie bij de opstelling van de checklist en hun commentaar op een eerste versie van dit rapport;
- De leden van de wetenschappelijke begeleidingscommissie voor hun suggesties bij de checklist en een eerste versie van dit rapport;
- Renate Verheul en - vooral - Harry Smits van het landelijk steunpunt OTO van de LvTC voor de inzet en plezierige samenwerking in alle fasen van de statusanalyse.

Ingeborg van der Molen
Joris IJzermans

Utrecht, maart 2011

Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd rond de thema's opleiden, trainen, oefenen en de (invloed van de) stimuleringsgelden. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden beschreven en de ervaringen die tijdens de interviewrondes werden opgedaan. In hoofdstuk 3, resultaten, wordt de (non-)respons beschreven en wordt ingegaan op de achtergrond van de respondenten. Vervolgens komen aan bod: planvorming, opleiden, trainen en oefenen. In een zevende paragraaf wordt vooral ingegaan op de ervaren knelpunten en op de speerpunten voor de komende periode. Het hoofdstuk wordt afgesloten met twee aparte paragrafen over twee groepen functionarissen (ROAZ-voorzitters en Hoofden GHOR-bureau) die bij opgeschaalde zorg een positie bekleden die op een aantal punten afwijkt van die van de overige respondenten. In hoofdstuk 4 worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. In een laatste hoofdstuk wordt verslag gedaan van 14 bezoeken aan ROAZ-bijeenkomsten in het land. Daarbij waren de resultaten van de landelijke peiling en enige stellingen leidraad van het gesprek.

De chronologische volgorde van de gebruikte checklist (zie 2.2) zal bij het weergeven van de resultaten de rode draad vormen. Omdat het in de vraagstelling besloten ligt, zal - waar mogelijk en relevant - worden vergeleken met 2007 (ter vermijding van misverstand: de NIVEL Quick scan verscheen in 2008, maar beschrijft de stand van zaken in november 2007).

Resultaten worden steeds gepresenteerd per groep functionarissen, vier groepen bestuurders (GGD-directeuren, leden van de Raad van Bestuur van ziekenhuizen, RAV-directeuren en directeuren van Huisartsenposten en Huisartsenkringen) en drie groepen van operationele functionarissen (GRop- en ZiRop-beheerders en regionaal opleidingscoördinatoren van de ambulancediensten). Wanneer het aantal respondenten te klein is voor uitsplitsing, wordt er gepresenteerd in twee grotere groepen: de bestuurders en de operationele functionarissen. In de meeste grafieken worden ook ROAZ-coördinatoren en OTO-coördinatoren van de ROAZ-en meegenomen. Twee groepen functionarissen wijken af van de andere groepen en kregen ook een eigen checklist: ROAZ-voorzitters en GHOR-functionarissen (RGF en Hoofd GHOR-bureau).

De regionale vergelijking is bewust in een bijlage gezet, om het lezen van dit rapport overzichtelijk te houden. Wanneer een vraag weergegeven wordt in bijlage 4 - statusanalyse 2010 per regio - zal dit met een * worden aangegeven achter de vraag.

Het specifieke regionale beeld en de praktijk zoals gezien door de mensen die regelmatig met OTO bezig zijn, werd verder in 14 ROAZ-bijeenkomsten besproken. Een verslag hiervan vormt een addendum dat, als hoofdstuk 5, is bijgevoegd aan deze rapportage.

Om duidelijk te maken wie wel of niet werd geïnterviewd en om eventuele regionale verschillen te laten zien, is in de bijlagen 2-4 een overzicht opgenomen.

Bijlage 5 bevat een lijst van afkortingen.

De resultaten van dit onderzoek geven een beeld van wat de respondenten tijdens het interview aangaven, waarbij het om een feit kan gaan, maar in andere gevallen ook om

een mening. In de interpretatie van de antwoorden zal dit steeds een rol spelen, zeker bij vragen over ervaringen en attitudes. Zoals bij het NIVEL rapport van 2007 is er derhalve voor gekozen om de respondenten te laten spreken. Controle op kwaliteit of juistheid van de antwoorden vond op sommige momenten tijdens de interviews plaats, maar niet bij de interpretatie door de onderzoekers.

De lezer die niet het hele rapport kan lezen wordt verwezen naar hoofdstuk 4: Conclusies, beschouwing en aanbevelingen, waarvan dan weer een samenvatting voorin dit rapport is opgenomen.

Samenvatting

In de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) is voorgeschreven dat de instellingen en diensten in de zorg steeds zelf verantwoordelijk zijn voor hun preparatie op rampen en voor de bijbehorende infrastructuur. Het leveren van verantwoorde zorg in bijzondere omstandigheden vereist extra en bijzondere vaardigheden die (kunnen) afwijken van het reguliere, dagelijkse werk.

In 2008 vormde een convenant tussen het ministerie van VWS en koepels en brancheorganisaties van zorginstellingen de bezegeling van de opzet van een eerste vierjarige cyclus waarbij stimuleringsmiddelen (10 miljoen euro per jaar) aan zorginstellingen worden verleend ter ondersteuning van het opleiden, trainen en oefenen (OTO) ter voorbereiding op rampen en crises. Het geld werd verdeeld over de elf traumacentra in het land. De regio's worden ondersteund door een landelijk steunpunt, een stuurgroep OTO onder voorzitterschap van het bestuur van de landelijke vereniging van traumacentra (LvTC).

De stimuleringsgelden mogen aan de volgende onderwerpen besteed worden zoals bedoeld in het convenant:

- Voorbereiden, faciliteren en organiseren van activiteiten omtrent OTO van de zorgsector;
- Voorbereiden van activiteiten t.a.v. alle soorten rampentypen;
- OTO ter voorbereiding op drie zorgprocessen POG, PSH-OR en acuut somatisch geneeskundig;
- Het financieren van een landelijke ondersteuningsstructuur.

Aanvang 2010, ongeveer halverwege de eerste cyclus stimuleringsgelden, bestaat bij de LvTC en de stuurgroep OTO behoefte aan meer inzicht in stand van zaken in het OTO-project onder invloed van deze stimuleringsgelden. Er bestaat weliswaar inzicht in de totale projectvoortgang, maar niet, of minder, in de inhoudelijke voortgang per regio, laat staan per zorginstelling. Daarom werd in het Plan van Aanpak 2010 het voorstel gedaan om in 2010 een statusanalyse uit te laten voeren. De uitkomsten hiervan zouden de gelegenheid geven om nog bij te sturen voorafgaand aan een projectevaluatie van de eerste cyclus, in 2011. In de statusanalyse 2010 zullen de hierboven genoemde doelen uit het convenant voor de OTO stimuleringsgelden aandacht moeten krijgen. Er werd voor gekozen om de stand van zaken eind 2010 af te zetten tegen die van een Quick scan die eind 2007, als 'nulmeting', voorafgaand aan de stimuleringsgelden, werd uitgevoerd; de resultaten van deze 'nulmeting' zijn in 2008 gepresenteerd.

De probleemstelling voor de statusanalyse 2010 luidt: *'Is de kwaliteit van de voorbereiding op rampen door zorginstellingen veranderd, vergeleken met de eerdere opname van de stand van zaken, onder invloed van de verlening van stimuleringsgelden en binnen de kaders van het convenant?'*

De analyse werd door het NIVEL uitgevoerd, nagenoeg drie jaren na de quick scan (ofwel 'nulmeting') in 2007. De respons van 73% in 2010 verhoudt zich goed tot die van

de nulmeting in 2007. Van de functionarissen met een (soms indirecte) operationele taak was de respons relatief het hoogst voor de ZiRop-beheerders van ziekenhuizen, hoger dan die van de GRop-beheerders van GGD-en en de regionaal opleidingscoördinator van de ambulancediensten (ROC). Uit de bestuurlijke laag werden interviews gehouden met leden van de Raad van Bestuur van ziekenhuizen, directeuren van GGD, RAV, huisartsenposten en huisartsenkringen en de voorzitters ROAZ. Ook regionaal geneeskundige functionarissen (RGF) en de hoofden van GHOR-bureaus werden ondervraagd. Een laatste groep werd gevormd door ROAZ-coördinatoren en OTO-functionarissen van de ROAZ-en.

De resultaten van de Statusanalyse 2010 laten zich, grof geschetst, samenvatten in de volgende tabel, waarin per kolom wordt aangegeven of er in vergelijking met de nulmeting van 2007 volgens de respondenten sprake was van vooruitgang, status quo of aandacht vereist.

| Vooruitgang | Geen verandering | Verdient aandacht |
|---------------------------------------|---|-------------------------|
| Planvorming | Positie huisartsen in OTO | Positie ambulancedienst |
| Bewustwording/Awareness | Opleiden sleutelfunctionaris | Adressenbestanden |
| Meer mensen opgeleid | Oefenen sleutelfunctionaris | Aandacht voor POG |
| Positie GGD (Grop) | Regionale verschillen | Aandacht voor PSH-OR |
| Samenwerking <i>binnen</i> instelling | Samenwerking <i>tussen</i> instellingen | Specifieke oefeningen |
| Gebruik kwaliteitsmethode | Afstemming ROAZ-GHOR | |
| Ontwikkeling leerprogramma's | Vooraf flitsramp als oefenstof | |
| Aandacht voor andere ramptypen | Behoeft aan ondergrens | |
| Samenwerking: speerpunten | Behoeft aan regionale uniformering | |
| Meer/betere coördinatie | Territoriale incongruentie | |
| Accrediteringspunten artsen | Problemen met continuïteit | |
| Handreiking huisartsen | | |

In deze kolommen zit een enkele maal een schijnbare tegenspraak, die echter bewust is geformuleerd: zo is er weliswaar meer aandacht voor andere ramptypen (vooruitgang), maar wordt toch vooral ter voorbereiding op een flitsramp geoefend (geen verandering). De vraagstelling kan positief worden beantwoord: 'ja' er is het nodige veranderd, vergeleken met 2007. Daarbij hebben de stimuleringsmiddelen een belangrijke rol gespeeld bij ieder van de in de kolom 'Vooruitgang' genoemde onderwerpen. Wanneer wordt gekeken naar de vier doelen van het convenant dan zijn er vorderingen bij twee ervan (voorbereiden, faciliteren en organiseren van activiteiten omtrent OTO van de zorgsector en bij het financieren van een landelijke ondersteuningsstructuur), is er een beperkte vooruitgang, respectievelijk stilstand bij het oefenen op alle mogelijke ramptypen en is er eerder achteruitgang met de OTO voorbereiding op de GHOR processen POG en PSH-OR.

Het is van belang om bij de tabel op te merken dat positionering in een bepaalde kolom niet wil zeggen dat er in het geheel geen vorderingen zijn en dat de ene regio hier niet verder is dan een andere. Er wordt hier een gemiddeld beeld weergegeven, zoals opgetekend na 264 interviews.

Een preciezer beeld van de stand van zaken in de elf regio's werd opgenomen in de eerste twee maanden van 2011, toen de onderzoekers de regio's achtereenvolgens bezochten. Een verslag van de uitkomsten van deze rondgang wordt als addendum toegevoegd aan

het rapport van de Statusanalyse 2010 in hoofdstuk 5. Als indicatie zijn in bijlage 4 van dit rapport een aantal vragen uitgesplitst voor de regio's.

Deze statusanalyse werd opgenomen voordat de projectevaluatie van de eerste cyclus OTO stimuleringsgelden plaatsvindt. Eén van de doelen van de analyse is het aandragen van bouwstenen voor deze evaluatie. Daarom is een negental aanbevelingen geformuleerd:

- Regionale planvorming (meerjarenbeleidplan en risicoanalyse) is goed van de grond gekomen. De aandacht kan nu verlegd worden van procedure naar inhoud. De landelijke speerpunten waar aan gewerkt wordt door het Landelijk Steunpunt OTO kunnen de basis vormen voor een landelijk kader vakbekwaamheid OTO.
- Er moet daarnaast landelijke coördinatie zijn voor steeds terugkerende thema's als normering, uniformiteit, indicatoren die aangeven wat van welke functionaris wordt verwacht (competentie- en functieprofielen), consequenties van territoriale incongruentie en van continuïteitproblemen;
- Meer aandacht moet nu worden besteed aan samenwerking *tussen* instellingen en *tussen* regio's. Bij de toekenning van stimuleringsgelden dient dit een belangrijke overweging te zijn;
- De besteding van de stimuleringsgelden dient beter gemonitord en geëvalueerd te worden. Het is nu mogelijk dat meerdere regio's hetzelfde wiel uitvinden, er vindt geen inhoudelijke toetsing plaats en in zijn algemeenheid is het niet eenvoudig het directe effect van de gelden te bepalen;
- Afstemming tussen ROAZ en GHOR is niet alle geïnterviewden duidelijk. Een gezamenlijke pr actie lijkt aangewezen;
- De positie van twee ketenpartners moet verduidelijkt worden: die van de RAV (Wat is de huidige, veranderde positie in het OTO-project onder invloed van veranderde wetgeving?) en die van de huisartsen (hun positie is bij infectieziekten en bij nazorg duidelijk en niet omstreden; voor flitsrampen en bij CBRN is die positie nog onduidelijk);
- Ook dient te worden (her-)overwogen of alle partijen opgeleid moeten worden, c.q. oefenen met de drie GHOR processen, zoals in het convenant verwoordt. De basis voor meer specialisatie moet gelegd worden in de operationele afspraken tussen GHOR en zorginstelling. Het OTO-plan sluit aan op deze afspraken;
- In 2007 werd door ons bepleit om meer in te zetten op de sleutelfunctionarissen van de zorginstellingen. In 2010 is de situatie echter niet verbeterd. Bij een volgende statusanalyse dient een hoger percentage dan 50 specifiek te zijn opgeleid. Mogelijk zijn in een volgende analyse de resultaten zichtbaar van het speerpuntenproject van het landelijk steunpunt OTO/OTO-platform;
- Tenslotte, gezien onze ervaringen bij het maken van afspraken voor interviews: adreslijsten dienen up-to-date te zijn. Een dergelijke lijst is immers een indicatie van het commitment aan het OTO-project.

Voor de korte termijn (2011) wordt aangeraden vooral te focussen op het meer inzetten op sleutelfunctionarissen, het vormgeven van samenwerking tussen instellingen en regio's, het opstarten van een kwaliteitsmeting van de (regionale) OTO projecten en het maken van een aanvang van (minstens) een discussie over de thema's regionale unifor-

mering en normering en het formuleren van eventuele specialisatie ten aanzien van OTO GHOR-processen en ramptypen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Uitgangspunt voor een goede omgang met rampen en crises is steeds dat in de preparatiefase voldoende is opgeleid, getraind en geoefend. Met zekere regelmaat verschenen de afgelopen jaren rapporten en krantenberichten, waarin werd geconcludeerd dat het matig gesteld was met de kwaliteit van de preparatie op rampen. Opleiden, trainen en oefenen (OTO) vond niet - of te fragmentarisch - plaats, faseverschillen tussen instellingen en regio's waren groot en met name de communicatie tussen de verschillende onderdelen en instellingen liet te wensen over.

Waar de Vliegcramp Bijlmermeer vooral een ijkpunt was voor een verbeterde nazorg na rampen, waren de rampen in Enschede (Vuurwerkcramp) en Volendam (Nieuwjaarsbrand) vooral een keerpunt op de terreinen preventie en preparatie. Er zijn lessen geleerd en plannen gemaakt, vooral voor de ziekenhuizen en voor de ambulancezorg. Er is door vertegenwoordigers uit het veld een ziekenhuis rampen opvangplan (ZiRop) ontwikkeld, er is geld ter beschikking gesteld voor initiatieven rond dit plan, via ZonMw en er kwamen opleiding- en oefenprogramma's zoals de (H)MIMMS en ETS.

De Wet op de Veiligheidsregio's (WVR) beoogt "een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van brandweerzorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing onder een regionale bestuurlijke regie" te realiseren. Het regionaal te voeren beleid ten aanzien van de voorbereiding van rampen wordt in een meerjarig beleidsplan en in een crisisplan vastgelegd. In het beleidsplan wordt beschreven hoe mono- en multidisciplinaire preparatie wordt vormgegeven, rekening houdend met het voor de betreffende regio geldende risicoprofiel. In het beleidsplan van de veiligheidsregio wordt - verplicht - het beleid met betrekking tot gezamenlijk oefenen vastgesteld. In het crisisplan worden de afspraken opgenomen die met instellingen en diensten in de GHOR zijn gemaakt. Deze afspraken worden gespiegeld in de plannen van de zorginstellingen, zoals het ZiRop en het regionaal ambulanceplan.

In de Memorie van Toelichting bij de WVR werd een extra financiële injectie voor de zorginstellingen aangekondigd ten aanzien van opleiden, trainen en oefenen (OTO-stimuleringsgelden). Ieder jaar komt hier een structureel, geoordeeld bedrag beschikbaar. Dit maakt het mogelijk om instellingen aan te spreken en afspraken te maken over de preparatie op rampen en crises. Na iedere cyclus van vier jaren vindt een projectevaluatie plaats.

Zoals voorgeschreven in de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) zijn de instellingen en diensten in de zorg steeds zelf verantwoordelijk voor hun preparatie op rampen en voor de bijbehorende infrastructuur. Het leveren van verantwoorde zorg in bijzondere omstandigheden vereist extra en bijzondere vaardigheden die (kunnen) afwijken van het reguliere, dagelijkse werk. Om deze vaardigheden te ontwikkelen en bij te houden moeten medewerkers van zorginstellingen en -diensten worden opgeleid en geoefend.

De genoemde stimuleringsgelden worden beheerd en verstrekt door de elf landelijke traumacentra, die zijn verenigd in de Landelijke vereniging van Trauma Centra (LvTC). Conform de WTZi is in 11 regio's in Nederland een regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) gestart. Het doel van dit overleg is: *de voorwaarden scheppen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt*. In de eerste jaren (2006-8) richtte men zich vooral op de reguliere acute zorg (afstemming van activiteiten tussen aanbieders, het in kaart brengen van regionaal aanbod van acute zorg en oplossen van witte vlekken in bereikbaarheid). Voor de vierde taak (goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen) ontstond aandacht in de loop van 2008, waarbij de toezegging van de OTO stimuleringsgelden als aanjager diende. Vooruitlopend op de behandeling in de Kamers van de WVR en op de verstrekking van de OTO stimuleringsgelden droegen de ministeries van VWS en BZK aan het NIVEL op om een nulmeting ('nulmeting') uit te voeren waarbij de stand van zaken in kaart werd gebracht rondom opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op rampen. Begin 2008 rapporteerden onderzoekers van het NIVEL zeer kort samengevat dat een aantal positieve ontwikkelingen in de steigers stond en dat werd verwacht dat bestaande faseverschillen tussen en binnen (categorieën van) zorginstellingen kleiner zouden worden.¹

1.2 Stimuleringsgelden OTO

Door het ministerie van VWS werd, gebaseerd op deze nulmeting, bepaald dat een deel van de stimuleringsgelden in 2008 (voorafgaand aan en losstaand van het latere convenant) zou worden aangewend om de faseverschillen tussen de zorginstellingen te verminderen door GGD'en en Huisartsenorganisaties op te dragen een Rampen Opvang Plan te ontwikkelen samen met de GHOR.

In oktober 2008 werd een convenant over het OTO-project getekend tussen het ministerie van VWS en koepels en brancheorganisaties van algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, ziekenhuizen met de aantekening traumacentrum, ambulancezorg, GGD'en, GHOR-Nederland en huisartsenposten (VHN). De landelijke huisartsenvereniging LHV tekende niet.

In het convenant wordt verwoord waar de stimuleringsmiddelen voor zijn bedoeld:

- Voorbereiden, faciliteren en organiseren van activiteiten omtrent OTO van de zorgsector;
- Voorbereiden van activiteiten t.a.v. alle soorten rampentypen;
- OTO ter voorbereiding op drie zorgprocessen geneeskundige hulp somatisch, preventieve openbare gezondheidszorg en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen;
- Het financieren van een landelijke ondersteuningsstructuur.

¹ IJzermans, CJ. Stand van zaken opleiden, trainen, oefenen (OTO) en informatievoorziening (IV) ter voorbereiding op rampen: een quick scan onder zorginstellingen. Utrecht: Nivel, 2008.

Bij de overwegingen bij het convenant werd onder meer genoemd dat:

- De doelstelling van de stimuleringsgelden is om de zorginstellingen zich beter te doen voorbereiden op rampen ten opzichte van de uitkomsten van de NIVEL nulmeting;
- De partijen regionaal gezamenlijk een risicoanalyse, een meerjarenbeleidsplan en OTO jaarplannen maken op grond waarvan de gelden worden ingezet;
- Elke zorginstelling verantwoordelijk is voor een actueel rampenopvangplan.

1.3 Probleemstelling

Aanvang 2010, ongeveer halverwege de eerste cyclus stimuleringsgelden, bestaat bij de LvTC behoefte aan meer inzicht in de inzet van middelen en de relatie met de uitkomsten. Er bestaat weliswaar inzicht in de totale projectvoortgang, maar niet, of minder, in de inhoudelijke voortgang per regio, laat staan per zorginstelling. Daarom werd in het Plan van Aanpak 2010 het voorstel gedaan om in 2010 een statusanalyse uit te laten voeren. De uitkomsten hiervan geven

eventueel de gelegenheid om nog bij te sturen voorafgaand aan een projectevaluatie van de eerste cyclus, in 2011. In de statusanalyse 2010 zullen de hierboven genoemde doelen uit het convenant voor de stimuleringsgelden en de genoemde overwegingen erbij, aandacht moeten krijgen.

Op instigatie van het dagelijks bestuur van de LvTC is de stuurgroep OTO opdrachtgever voor deze analyse (ook wel 'eerste meting' genoemd, als vervolg op de nulmeting van het NIVEL).

Daarbij werd de doelstelling van het project, door de opdrachtgever, als volgt omschreven:

Draagt het project OTO-stimuleringsgelden bij aan een betere voorbereiding van (acute) zorginstellingen op crises en rampen ten opzichte van de stand van zaken begin 2007 (de nulmeting uit het NIVEL rapport)?

In de doelstelling vraagt de stuurgroep OTO zich af of de stimuleringsgelden bijdragen aan een *betere* voorbereiding op rampen. Er moet dan een juiste operationalisering worden gekozen voor het woord 'betere'. In het onderzoek zal daarom worden vergeleken met de situatie van voor de verstrekking van die gelden. Daarbij wordt gekozen voor een vergelijking met de nulmeting die het NIVEL eind 2007 uitvoerde. Het kan dan gaan om vooruitgang, achteruitgang of bereiken van hetzelfde resultaat.

Het is niet steeds zinvol om de inhoud van de nulmeting precies te herhalen, drie jaar later, omdat de omstandigheden zijn veranderd. De vragen zullen daarom herhaald worden tot zover dat betekenisvol is. Nieuwe vragen zullen worden toegevoegd, zoals over (de werking van) het convenant, over de Rop's van GGD en Huisartsenpost, over regionale afspraken en relaties tussen instellingen. In het onderzoek wordt tevens aandacht besteed aan de processen die door het project OTO-stimuleringsmiddelen in gang gezet moeten worden/zijn (zie voor een overzicht Bijlage 1).

Er zal in de statusanalyse 2010 aandacht worden besteed aan ieder van de activiteiten Opleiden, Trainen en Oefenen. In de nulmeting 2007 was de focus vooral op Oefenen gericht en in het geheel niet op Trainen. Tevens wordt aandacht besteed aan het cyclisch kwaliteitsdenken, voorwaarde voor een goede planontwikkeling.

Voor zover relevant, worden niet alleen de vorderingen geïnventariseerd met betrekking tot het domein geneeskundige hulpverlening somatisch, maar ook die bij de domeinen POG en PSH-OR.

De probleemstelling voor deze tweede opname van de stand van zaken OTO luidt:
Is de kwaliteit van de voorbereiding op rampen door zorginstellingen veranderd, vergeleken met de eerdere opname van de stand van zaken, onder invloed van de verlening van stimuleringsgelden en binnen de kaders van het convenant?

2 Methoden

2.1 Plan van aanpak

Er wordt, zoals bij de eerdere opname van de stand van zaken OTO, gekozen voor het afnemen van telefonische interviews. Interviews verdienen de voorkeur, omdat er - in vergelijking met enquêtes - kan worden doorgevraagd en omdat een interview meer bijdraagt aan de 'meta betekenis' van dit onderzoek: een verdere bijdrage aan bewustwording. Er worden professionele interviewers ingezet die inhoudskundige zijn op het terrein van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en van OTO en derhalve het jargon en de problematiek kennen. Omdat bij voorbeeld risicoprofielen en vormen van samenwerking verschillen per regio kan bij het opmaken van de stand van zaken niet worden volstaan met een steekproef van de Nederlandse zorginstellingen. Voor een goed beeld zullen voor iedere regio de meest relevante functionarissen van zorginstellingen bevraagd moeten worden.

Binnen dit onderzoeksproject is niet voorzien in een kwalitatief oordeel over planvorming en OTO-activiteiten; daarvoor ontbreken immers breed gedragen normen en indicatoren.

Bij het opnemen van de stand van zaken gaat het om de zorginstellingen: ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, ziekenhuizen met de aantekening van traumacentrum, ambulancediensten en meldkamers, huisartsen(-posten), en om GGD-en en GHOR-bureaus. In overleg met de opdrachtgever wordt de GGZ, zoals bij de nulmeting 2007, buiten beschouwing gelaten.

Voor de ziekenhuizen werden bij de nulmeting in 2007 crisiscoördinatoren en hoofden SEH geïnterviewd. Bij de Statusanalyse 2010 zijn de SEH hoofden vervallen en vervangen door leden van de Raden van Bestuur; om zo de bestuurlijke laag ook aan het woord te laten. Bij de GGD-en werden de vorige maal alleen de directeurs geïnterviewd. Omdat nu de GRop is ontwikkeld worden hier - indien al aangesteld - ook de GRop-beheerders geïnterviewd. Meer in het algemeen wordt gekozen voor zowel functionarissen die ook daadwerkelijk een opleiding, training en/of oefening OTO gevolgd kunnen hebben en voor vertegenwoordigers van de bestuurlijke laag.

2.2 Checklist voor interviews

Op basis van de checklist van de nulmeting (Nivel, 2008), is in overleg met een van de toenmalige interviewers bekeken welke vragen anders gesteld zouden moeten worden en is er voor de vergelijking 2007 - 2010 en de ontwikkelingen die plaatsvonden binnen het OTO traject een aantal nieuwe vragen opgesteld. Daar het ditmaal om een grotere groep, met bovendien een nieuwe groep respondenten - de bestuurders - ging, was het noodzakelijk zowel operationele als meer beleidsmatige vragen aan bod te laten komen.

Om alle groepen functionarissen een zo duidelijk mogelijk beeld te kunnen laten geven van het OTO-project is bij aanvang gekozen voor één overkoepelende checklist, die vervolgens werd onderverdeeld in versies voor bepaalde groepen respondenten. Deze lijst is vervolgens eind augustus 2010 besproken met de wetenschappelijke adviescommissie bij dit onderzoek en vervolgens konden de leden van het OTO platform van de LvTC er op reageren. De opmerkingen van beide gremia hebben bijgedragen aan het opzetten van 5 geheel nieuwe checklists, onderverdeeld naar functionarissen, maar steeds afgeleid van de centrale checklist.

Er werden uiteindelijk vijf versies van de checklist vervaardigd:

- Voor de meer operationele respondenten, de ZiRop-beheerders, de GRop-beheerders en de ROC respondenten van de ambulancediensten. Deze lijst zal verder worden aangeduid als Rop lijst (Rop = Rampenopvangplan-beheerder).
- Voor de meer bestuurlijke respondenten, leden van de Raden van Bestuur van ziekenhuizen, de directeuren GGD, de directeuren huisartsenposten en voorzitters van de huisartsenkringen en de directeuren RAV-ambulancediensten. Deze lijst zal worden aangeduid als BZ lijst (BZ = bestuurders).
- Voor de RGF/hoofden GHOR-bureau. Deze vragenlijst zal apart aandacht krijgen, omdat de vragen alleen aan deze respondenten gesteld zijn (zie 3.9).
- Voor respondenten ROAZ (functionaris OTO en coördinator). Omdat zij op metaniveau betrokken zijn bij het OTO traject wijkt hun vragenlijst op sommige punten af van de lijst die voorgelegd wordt aan de voorzitter ROAZ.
- Voor laatstgenoemde groep functionarissen werd een aparte vragenlijst ontwikkeld (zie 3.8). Deze lijst wordt aangeduid met vragenlijst ROAZ-voorzitter.

Door de opsplitsing van lijsten en toevoeging van nieuwe vragen is er veel nieuw materiaal dat niet vergeleken kan worden met de nulmeting.

Met de interviewers werd na opsplitsing van de lijsten besloten in de eerste weken van het bellen te bekijken, elk na het afnemen van 5 interviews per functiecategorie, of de vragen door deze functionaris groep begrepen werden en welke vragen wellicht aanpassing behoeften. Dit heeft bij de operationele groep respondenten geleid tot een aantal aanpassingen. De Rop vragenlijst bevatte een omvangrijk aantal vragen. Omdat ieder interview maximaal een uur mocht duren, was het noodzaak zich strak aan deze vragen te houden. Een aantal vragen leidde tot problemen en daarom werd besloten deze vragen, indien de interviewer dit noodzakelijk achtte voor het desbetreffende gesprek, achterwege te laten. Uitgangspunt was altijd: alleen vragen stellen die aan deze functionaris gesteld kunnen worden en die zinvol zijn.²

² In de ROP lijst gaat het om de volgende vragen voor de ZIROP-beheerders : vraag 12 A-C (planning); vraag 17 (namen RGF etc.); vraag 23 en 40 (GHOR processen); vraag 35 (verantwoordelijk oefenen) vraag 38 c en d (gericht op RAV); vraag 39 (meningsvraag). Van deze functiegroep bleek de GROp respondenten weinig weet te hebben van een dergelijk operationeel niveau, dit hangt mede samen met de focus van de lijst op het ziekenhuis. Hiertoe werd besloten deze respondenten vanaf week 2 van de interviews de vragenlijst BZ voor te leggen.

2.3 Verloop van de veldfase

Checklist

Door de late aanpassing en opsplitsing van de checklist konden de interviewers de lijsten pas een week voor aanvang van de eerste interviews ontvangen, waardoor een pilot afname niet mogelijk was. Dit alles legde een hoge druk op de start van de veldfase, waarbij de ervaring van de interviewers met het veld zeer goed van pas kwam, omdat zij de onvolledigheden in de lijst opvingen.

Aangeleverde adressen

Bij aanvang bleken de adresbestanden zoals aangeleverd door de regio's niet compleet en niet kloppend. Er bleken verkeerde functionarissen - die buiten de onderzoekscriteria vielen - te zijn aangeleverd en anderen potentiële respondenten ontbraken. Daarnaast was van ongeveer 40% van de respondenten geen telefoonnummer en/of mailadres aangeleverd. Drie regio's hadden de bestanden dermate onvolledig aangeleverd dat gewacht moest worden totdat de gegevens aangevuld waren, alvorens deze respondenten benaderd konden worden voor deelname.

Van medio augustus, tot halverwege september is (te) veel aandacht nodig geweest om alle regio's, met hulp van de opdrachtgever, aan te sporen om alles zo volledig mogelijk aan te leveren. Door deze vertraging is besloten tot twee momenten waarop uitnodigingen werden verstuurd naar alle potentiële respondenten voor deelname aan de statusanalyse 2010. Dit leidde tot vertraging in de planning van de interviews; respondenten kregen eerst de kans de uitnodiging te overwegen, alvorens zij werden gebeld voor hen inplannen van een afspraak.

De roostering is uitgevoerd door een derde partij, GfK Panelservice.

In september kregen alle respondenten - ook diegenen die al geïnterviewd waren - de vragenlijst toegezonden. Dit was pas toen mogelijk, omdat geïnventariseerd moest worden welke email adressen juist waren, omdat er relatief veel mails onbestelbaar waren teruggekomen (63 'bouncers'). Het GfK heeft in samenwerking met de onderzoeker, het merendeel van de teruggekomen onjuiste adressen alsnog kunnen traceren.

Planning

Vele ad hoc aanpassingen bleken gedurende de maanden van de veldfase noodzakelijk, omdat respondenten afspraken afzegden, hun afspraak doorgaven aan andere functionarissen binnen dezelfde instelling, of niet beschikbaar waren gedurende de looptijd. Doordat een dubbel systeem werd gehanteerd door de onderzoeker-GfK stond in direct contact met de interviewers, maar er kwam altijd een bericht naar haar - is dit goed verlopen. De planning kende een strak schema, waardoor ieder van de 4 interviewers tussen 30 augustus en 20 oktober per dag maximaal 5 interviews afgenomen heeft. Voor de interviewers was het derhalve onprettig wanneer zij op een respondent moesten wachten die te laat was voor het interview. Dit is voornamelijk bij de bestuurlijke laag het geval geweest. Een ander probleem was de juiste functieomschrijving bij de respondent, die niet altijd juist bleek te zijn. Door de ervaring en de oplettendheid van de interviewers is dit ondervangen; zij switchten dan naar een andere vragenlijst en gaven dit door aan de onderzoeker. Hierdoor zijn kleine verschuivingen opgetreden in de uiteindelijke aantallen, want de inschatting van de aantallen interviews per functiegroep werden gemaakt

aan de hand van de door de regio's aangeleverde bestanden. Om ervoor te zorgen dat de interviewers zo snel mogelijk routine opdeden, is vooraf een indeling naar functiegroep per interviewer gemaakt. De looptijd van de veldfase werd met een week verlengd om zoveel mogelijk functionarissen te kunnen interviewen. Begin november kon de data-entry plaatsvinden.

3 Resultaten

3.1 Respons en non-respons

In paragraaf 2.3 werd aangegeven hoe de adressen van te interviewen functionarissen werden verkregen en wat de kwaliteit van deze adresbestanden bleek te zijn. Ook werd vermeld welke problemen opgelost moesten worden gegeven het krappe tijdsframe: de interviews waren gestart begin september 2010 en moesten uiterlijk 1 november zijn afgerond. De tijdsdruk is wellicht ten koste gegaan van de respons. Met name de bestuurders en in het bijzonder die van ziekenhuizen waren niet alleen moeilijk bereikbaar, maar zegden ook regelmatig afspraken af en/of hadden geen uur de tijd voor een interview. Bij de nulmeting van het Nivel was de respons relatief hoog: variërend van 50% van de hoofden afdeling SEH tot 85% van de crisiscoördinatoren van de ziekenhuizen en van de hoofden GHOR-bureau. De respons van de huisartsen(-posten) was destijds nihil. Op grond van de respons in 2007 werd voor de Statusanalyse 2010 uitgegaan van een respons van minstens 60% per functiegroep en per regio.

Er werd tevoren ingecalculerd dat er nogal wat respondenten zouden zijn met een dubbelfunctie, zoals ROAZ-voorzitter en lid van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis of GGD-directeur en RGF. Tevens werd er rekening mee gehouden dat de huisartsen niet in alle regio's al betrokken zouden zijn.

In tabel 3.1 is de respons afgezet tegen de verwachting en tegen de respons van 2007, voor zover relevant.

Tabel 3.1: Verwachte respons in aantallen en behaalde respons en die van 2007 (nulmeting) in percentages

| | Verwacht ³ N | Behaald % | Quick scan % |
|------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| GGD-directeur | 25 | 64 | 80 |
| GROp-beheerder | 25 | 64 ^a | n.v.t. |
| Bestuurder Ziekenhuis | 90 | 43 | n.v.t. |
| ZiROp-beheerder | 100 | 82 | 85 |
| RAV-directeur | 25 | 64 | 65 |
| ROC | 25 | 48 | n.v.t. |
| Directeur huisartspost | 40 | 53 | 4 |
| Voorz. Huisartsenkring | 23 | 35 | n.v.t. |
| RGF | 25 ^b | 16 | n.v.t. |
| Hoofd GHOR-bureau | 25 | 96 | 85 |
| ROAZ-voorzitter | 11 | 100 | n.v.t. |
| ROAZ-coördinator | 11 ^c | 82 | 100 |
| OTO-coördinator | 11 | 64 | n.v.t. |

a Nog niet alle GGD-en hebben GROp-beheerder; soms overlap met directeur

b Grote overlap GGD-directeur en RGF; steeds voorrang voor functie GGD-directeur. Het hier gemelde getal betekent 'als RGF ondervraagd'.

c Sommige ROAZ-voorzitters tevens ROAZ-coördinator (zie volledige toelichting in bijlage 2)

³ De N van de verwachte aantallen, zijn de aantallen die aan de hand van de nulmeting in de lijn der verwachting lagen voor de statusanalyse.

We melden uitdrukkelijk dat er een hiërarchie werd afgesproken, wanneer personen een dubbelfunctie hadden: ROAZ-voorzitter gaat voor lid van RvB, GGD-directeur gaat voor RGF. In het overzicht lijkt het daarom alsof weinig RGF-en werden gesproken. Wij spraken hen nagenoeg allemaal, maar slechts vier van hen in die functie.

Bij de planning van de interviews bleek dat:

- er 33 functies niet terug te vinden waren in regionale adresbestanden;
- er 30 dubbelfuncties waren;
- er 15 uitnodigingen terugkwamen die niet te achterhalen waren.

Hiermee was het maximale aantal te interviewen functionarissen 364. Hiervan werden er 265 daadwerkelijk geïnterviewd; een respons van 73%.

Er is een beperkt non-respons onderzoek gedaan onder de 100 weigeraars. De volgende redenen voor weigering werden relatief vaak gegeven: geen tijd of zin (23 maal), 'kunt u binnen mijn instelling iemand anders bellen?' (19x), technische problemen met fax of voicemail (15x) en geen reden (15x).

Hieronder wordt aangegeven hoeveel gesprekken er per regio plaatsvonden.

| | Aantal gesprekken |
|--|-------------------|
| Traumacentrum regio Noord | 38 |
| Traumacentrum Zwolle | 20 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 15 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 16 |
| Traumacentrum AMC | 25 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 15 |
| Traumacentrum West-Nederland | 34 |
| Acute Zorgregio Oost/voorheen Traumacentrum Nijmegen | 25 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 27 |
| Traumacentrum Brabant | 33 |
| Traumacentrum Limburg | 20 |

NB doordat de GHOR respondenten in 3 gevallen voor meerdere regio's verantwoordelijk zijn, is er in het aantal gesprekken per regio een overschot van 4 gesprekken totaal.

De regio's NW Nederland, Midden Nederland en Euregio bleven voor verschillende groepen functionarissen achter bij de andere regio's. Op dit resultaat wordt nader ingegaan in de bijlagen 3 en 4.

3.2 Achtergrond van de respondenten

De resultaten worden hier gepresenteerd in de volgorde van de (algemene) checklist, behoudens waar dit het lezen zou storen. Een aantal vragen zal vanwege de privacy van de respondent niet worden gerapporteerd, zoals de naam van de respondent en diens instelling.

In dit deel van de resultaten zal geen speciale aandacht zijn voor ROAZ-voorzitters, terwijl de GHOR-functionarissen niet bij iedere vraag aan bod komen. Zij komen apart in beeld in § 3.8 en 3.9.

Wat is uw functie bij opschaling? (vraag 1 van checklist)

Om nader te bepalen wat de achtergrond van de respondenten was, werd een aantal vragen gesteld, samenhangend met opschaling en een opleiding hiervoor. Deze vragen zijn niet gesteld aan de ROAZ respondenten.

Bestuurders. *Leden van de Raden van Bestuur van ziekenhuizen* noemden hier: voorzitter van het crisisteam/operationeel team/beleidsteam (70%), ofwel als deelnemend lid in het crisisbeleidsteam (30%). *GGD-directeuren* zullen bij opschaling optreden als RGF (50%), lid crisisteam GGD (30%), of als lid beleidsteam gemeente (10%) of HSGHOR (10%). *Directeuren van huisartsenposten* noemden geen specifieke functies; zij zien zichzelf vooral als aanspreekpunt voor huisartsen en voor de voorzitter van het crisisteam. *Directeuren van RAV's* zijn (plaatsvervangend) RGF of HSGHOR.

Rampenopvangplan-beheerders. *ZiRop-beheerders* zijn vaak crisiscoördinator (50%), lid crisisteam (30%), adviseur voor beleids-/crisisteam (20%). *ROC-functionarissen* hebben voornamelijk GHOR functies, zoals OVDG (40%), of een andere GHOR functie (20%). *GRop-beheerders* gaven diverse functies op, variërend van arts infectieziekten tot crisiscoördinator.

Hoewel het niet in alle gevallen opgaat spreken wij hier van functionarissen met operationele taken.

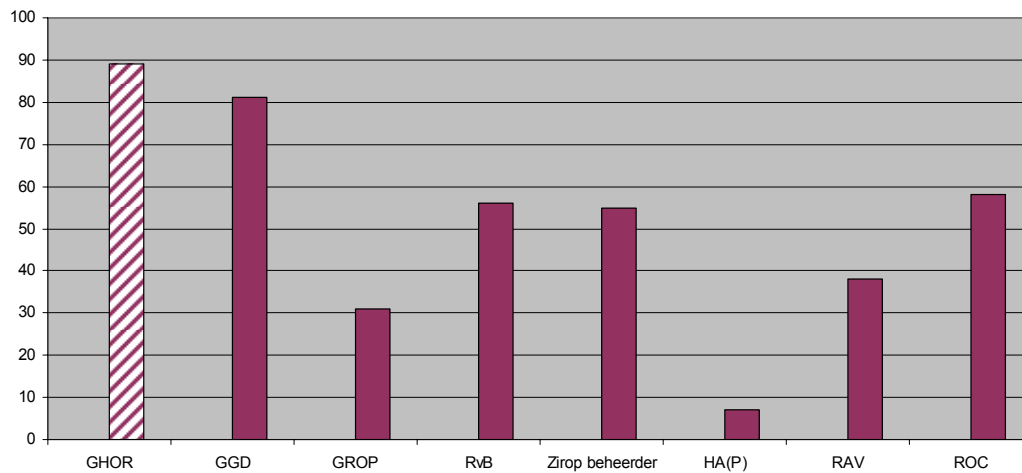
GHOR. De respondenten van de GHOR-bureaus hebben tijdens een ramp, crisis of zwaar ongeval in het merendeel van de gevallen een functie van (dienstdoend) RGF (57%), HS GHOR (25%) en in 18% van de gevallen heeft de respondent meerdere mogelijke functies bij opschaling.

Vergelijking 2007

Voor zover van toepassing werden dezelfde functies in de nulmeting ook genoemd.

Bent u voor deze functie opgeleid? (Vraag 2)*

Figuur 3.1: Ja, opgeleid voor functie bij opschaling



Rop-beheerders, huisartsen en directeuren van ambulancediensten blijven hier achter bij andere functionarissen.

Vergelijking 2007

GHOR gaat van 75% naar 89% in 2010; de GGD-directeuren gaan van 52% naar 81%, de respondenten RAV gaan van 81,5% naar 54%, de ZiRop-beheerders gaan van 41% naar 55% in 2010. Gemiddeld zitten de twee metingen rond hetzelfde niveau (rond de 50%) van opgeleide respondenten voor een functie bij opschaling.

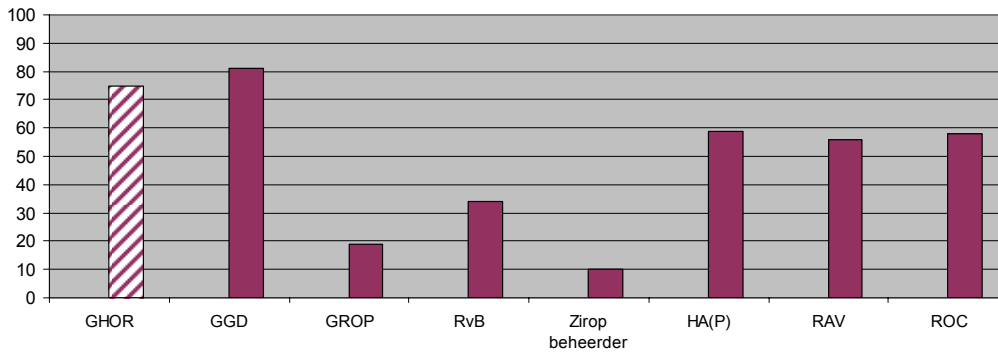
Zo ja, welke opleiding heeft u gevolgd?

De operationele (Rop) functionarissen noemen hier HMIMMS (24%), de basisleerstof GHOR/GHOR academie (12%), en verder MIMMS, competentie cursus/training, trainingen Code Rood, crisismanagement, ETS, OvD opleiding van GHOR. Iets minder dan de helft (45%) van deze respondenten is niet opgeleid.

De bestuurders hebben de volgende opleidingen gevolgd: basiscursus GHOR/GHOR academie (18%), de HSGHOR opleiding (3%), en de HMIMMS/MIMMS (8%). Van de bestuurders is 57% niet opgeleid.

Heeft u vanuit deze functie wel eens een ramp, crises of zwaar ongeval meegemaakt? (Vraag 3)

Figuur 3.2: Ja, ramp of crises meegemaakt

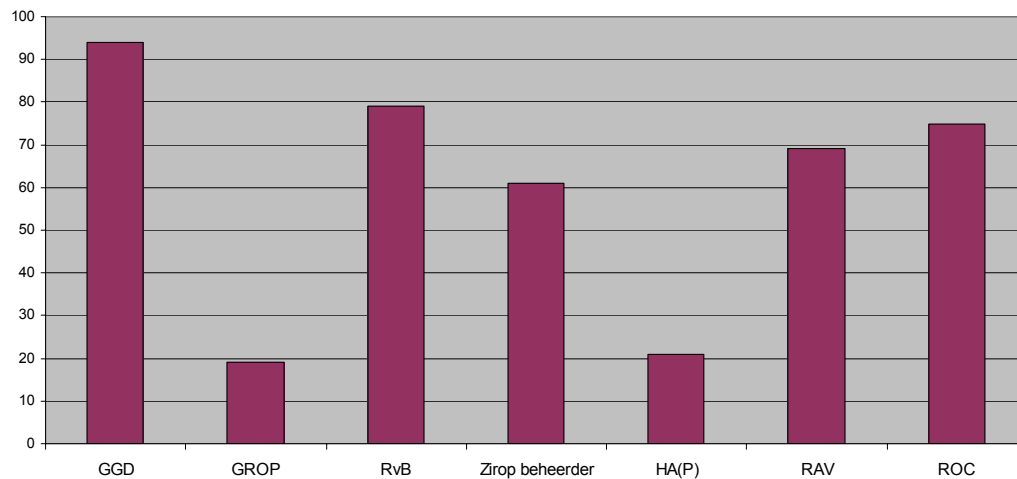


Veel respondenten gaven aan voornamelijk bezig te zijn met dagelijkse zorg (acute zorg) en niet zozeer met opgeschaalde situaties. Daarbij werd door de huisartsen veelal influenza-pandemie (2009) als een oefening voor opschaling gezien. Hierbij ging het om een situatie waarbij nooit feitelijk werd opgeschaald, waardoor het niet gebruikt kon worden als oefening voor het pandemieplan (wat vervolgens door de huisartsen en kringen ook is bijgesteld binnen het Rop).

Gemiddeld vindt 50% van hen dat de opschaling goed verliep; waarbij nuances zijn aangegeven tussen 'goed' en 'goed maar de opstart ten tijde van opschaling was minder'.

Heeft u vanuit deze beoogde functie wel eens een oefening meegemaakt? (Vraag 4)

Figuur 3.3: Ja, oefening meegemaakt



Het al dan niet meegemaakt hebben van een oefening vanuit de beoogde functie laat verschillen zien tussen de functionarissen. Het lage percentage GROEP is te verklaren doordat het om een relatief jonge functie gaat. Maar iets meer dan de helft van de Zirop-beheerders had voor zijn/haar functie geoefend. En dat is - opvallend genoeg - beduidend minder dan het percentage voor de leden van de Raden van bestuur.

Vergelijking 2007

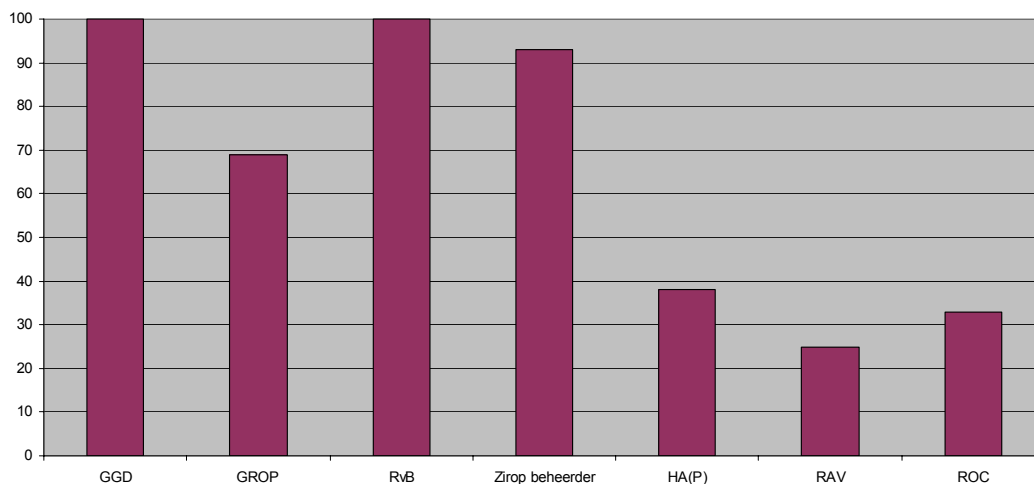
De GGD-directeuren gaven in de nulmeting aan dat zij in 68% van de gevallen een oefening hadden meegemaakt. In 2010 steeg dit percentage naar 94. De RAV gaat terug van 96% naar 75%, de crisiscoördinatoren gaven hier in 2007 in 65% van de gevallen aan te oefenen, ten opzichte van 61% van de ZiRop-beheerders in 2010. Een grote stijging van het percentage van de GGD-directeuren ten opzichte van de nulmeting is het meest opvallend bij deze vraag, waar de andere respondenten wat achterblijven ten opzichte van 2007.

3.3 Beleidsplannen en beleidsplanning

Er werd gevraagd naar het rampenopvangplan (Rop), of er een actuele versie van bestaat, welke partijen mogelijk achterlopen en de redenen voor het ontbreken van een plan, alsmede aandacht voor OTO binnen de ROAZ.

Is er in uw instelling een eigen geactualiseerd Rampenopvangplan (ZiRop, HaRop, GROp)? (Vraag 10) *

Figuur 3.4: Ja, er is een geactualiseerd Rop



Bij GGD en ziekenhuizen antwoorden de bestuurders vaker 'ja' op deze vraag dan de beheerders van de rampenopvangplannen. RAV en huisartsen blijven hier achter; zij hebben ook geen Rop.

In 2007 gaf 90% van de RAV-directeuren/MKA-functionarissen/ROC-ers te kennen dat zij over een operationeel plan beschikten, terwijl zij in 2010 veelal aangaven geen Rop te hebben, met als toelichting dat zij dit niet *hoeven* te hebben, aangezien de GHOR dit voor hen regelt. Wel beschikten zij allemaal (2010) over een bijstands- of calamiteitenplan.

Vergelijking 2007

In 2007 was er aandacht voor het meerjarenbeleidplan en het operationele Jaarplan. Omdat er niet specifiek gevraagd werd naar een rampenopvangplan moeten de cijfers ter vergelijking ruim geïnterpreteerd worden. In 2007 waren de cijfers onder de GGD en crisiscoördinatoren vrij laag wat betreft het bestaan van een operationeel jaarplan; deze cijfers zijn in 2010 sterk gestegen (GGD van 16 naar 100%, crisiscoördinatoren/ ZiRop-beheerder van 37 naar 93%). Deze vooruitgang geldt ook wanneer de cijfers van de meerjarenbeleidplannen worden vergeleken met de cijfers uit 2010. Al met al is het beeld ten aanzien van planvorming inzake OTO verbeterd en is er in het merendeel van de instellingen aandacht voor.

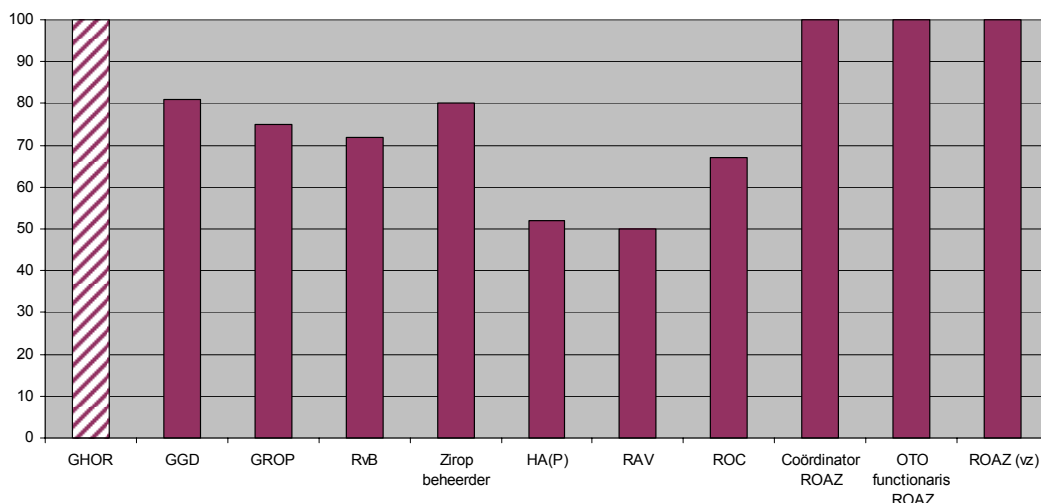
Het in 2010 geactualiseerde plan was in de meerderheid van de gevallen het meest recente plan. Bij de ziekenhuizen is er nog een derde van de respondenten (32%) dat aangeeft dat het ZiRop geactualiseerd moet worden, omdat het van 2009 of 2008 is.

Wie is er verantwoordelijk voor de opstelling van het OTO jaarplan? (Vraag 11)

Per instelling ligt de verantwoordelijkheid (steeds meer) bij de OTO-functionaris.

Bent u op de hoogte van de beleidsplanning (convenant OTO) die (voor uw instelling) verplicht is? (Vraag 12)

Figuur 3.5: Ja, ik ben op de hoogte van de verplichte beleidsplanning



Het algemene beeld is dat de respondenten goed op de hoogte zijn van het convenant OTO, met lagere cijfers onder de respondenten HA(P) (52%) en RAV (50%). Tevoren werd (door ons) gedacht dat alle bestuurders (100%) op de hoogte zouden moeten zijn.

Van alle respondenten is gemiddeld 36% op de hoogte van alle drie de plannen (meerjarenplan/ jaarplan/risicoanalyse) die in het convenant worden genoemd.

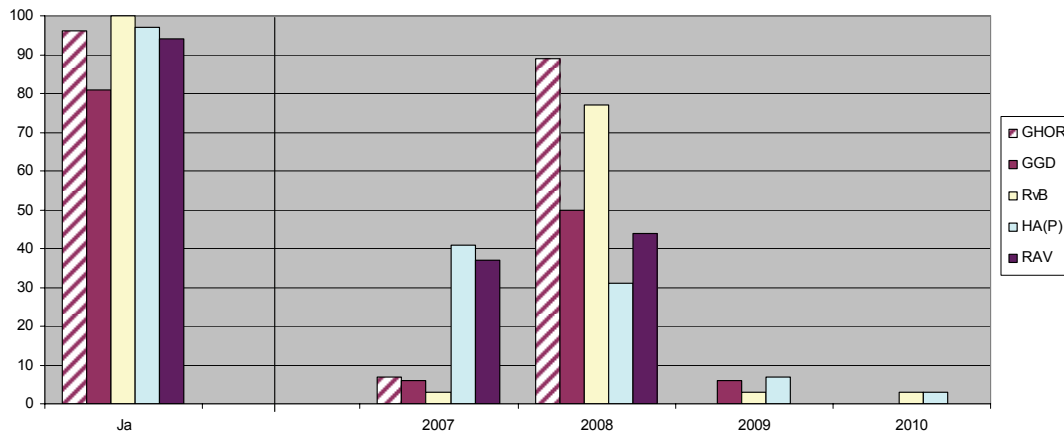
Wet op de veiligheidsregio's (WVR)

Meer dan de helft van de GRop en ZiRop-beheerders bleek niet op de hoogte te zijn van de Wet veiligheidsregio's en de plannen die hieruit voortvloeien. De overige functionarissen waren beter op de hoogte van deze wet. De relatief geringe kennis bij de RAV-functionarissen (62%) valt hier op, gezien de relaties tussen RAV en GHOR.

Ondanks het feit dat men bekend was met zowel het OTO convenant als met de beleidsplanning in de WVR, was het voor veel respondenten lastig de vraag te beantwoorden of er een samenhang bestond tussen het OTO convenant en de WVR. Hierbij moet worden opgemerkt, dat veel respondenten (40%) aangaven dat zij niet goed op de hoogte waren van de planvorming volgens de WVR omdat de wet pas recent in werking trad.

Maakt u deel uit van het ROAZ van uw regio? (Vraag 14)

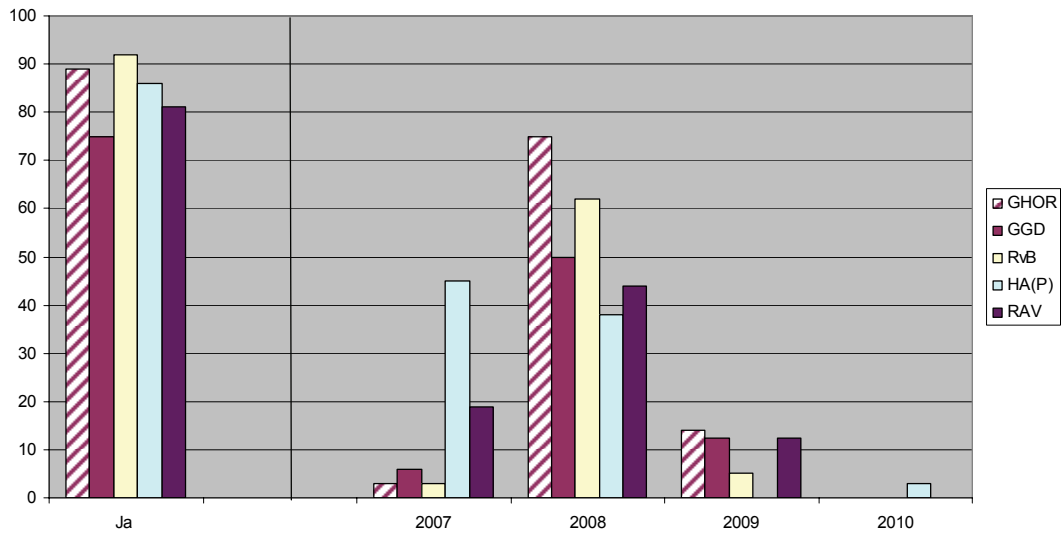
Figuur 3.6: Ja, ik maak deel uit van het ROAZ (sinds 20..)



Bijna alle respondenten (gemiddelde 94%) maakten deel uit van het ROAZ, waarbij de meeste respondenten aangeven hier vanaf de start in 2008 bij betrokken te zijn. De GGD blijft hier enigszins achter. Een aantal respondenten geeft aan daarvoor ook al bij eenzelfde regionaal overleg aanwezig te zijn geweest. Bij de jaartallen 2009 en 2010 gaat het om individuen die recent zijn aangeschoven, maar niet om de instellingen die zij vertegenwoordigen.

Heeft het thema OTO een vaste plek binnen het ROAZ overleg en zo ja, sinds wanneer? (Vraag 15)

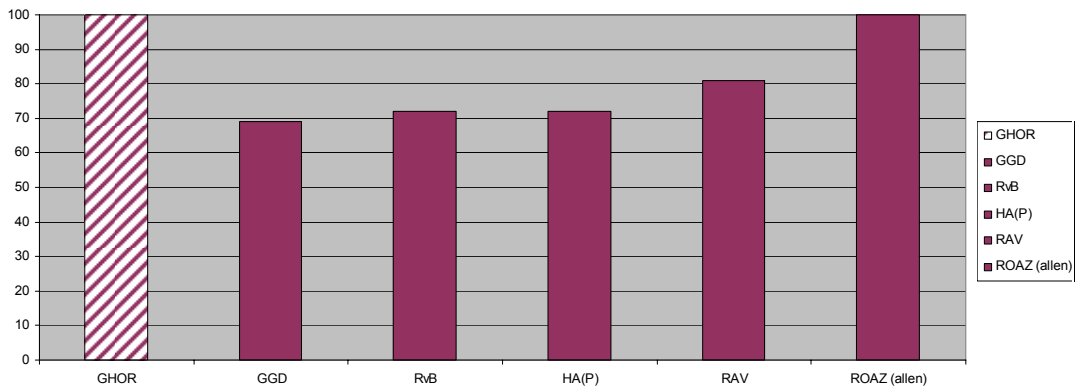
Figuur 3.7: Ja, OTO heeft een vaste plek in ROAZ (sinds 20..)



Het thema OTO staat sinds 2008 op de agenda, met een duidelijke relatie met de start van de eerste cyclus stimuleringsgelden. In een meerderheid van de (gemiddeld 84%) gevallen wordt aangegeven dat het thema OTO een vaste plek heeft in het ROAZ overleg.

Bent u in het kader van het ROAZ betrokken bij regionaal overleg over OTO? (Vraag 16)

Figuur 3.8: Ja, ik ben betrokken bij regionaal overleg



Bestuurders van GGD, ziekenhuis en huisartsenpost/-kring geven aan dat zij in meerderheid (70%) deelnemen aan regionaal overleg in ROAZ-verband. Functionarissen van GHOR en ROAZ doen dit (vanzelfsprekend) 100%.

Vergelijking 2007

Deze vraag werd als zodanig niet gesteld in 2007, maar was toen alleen gericht op het onderdeel opleidingsplannen. De GHOR was in 2007, in 70% van de gevallen betrokken bij overleg (opleidingsplanning) en is nu in 100% van de gevallen betrokken bij regionaal overleg OTO. Dit blijkt ook uit de vraag waarin een groot deel van de respondenten verwijst naar de GHOR als initiator van oefeningen in de keten en/of multidisciplinair. De GGD was in 2007 in slechts 16% van de gevallen betrokken bij regionale besprekingen over opleidingen; nu is dit gestegen naar 69%. Voor de RAV is het percentage ook gestegen, van 67% in 2007 naar 81% in 2010.

Een groot deel van de bestuurders geeft aan dat dit overleg plaatsvindt in multidisciplinair verband, of binnen de keten. Dit betekend overleg samen met zusterinstellingen, de traumacentra en de GHOR.

Wat is de naam van (A)de voorzitter van uw ROAZ (B)de RGF van uw regio (C) de OTO-coördinator van uw ROAZ? (Vraag 17)

Deze vraag was niet voor iedere respondent eenvoudig te beantwoorden. Vooral het noemen van de naam van de coördinator OTO was voor de bestuurders onder de respondenten lastig. Onder hen bleek het noemen van de naam van de RGF ook geen sinecure.

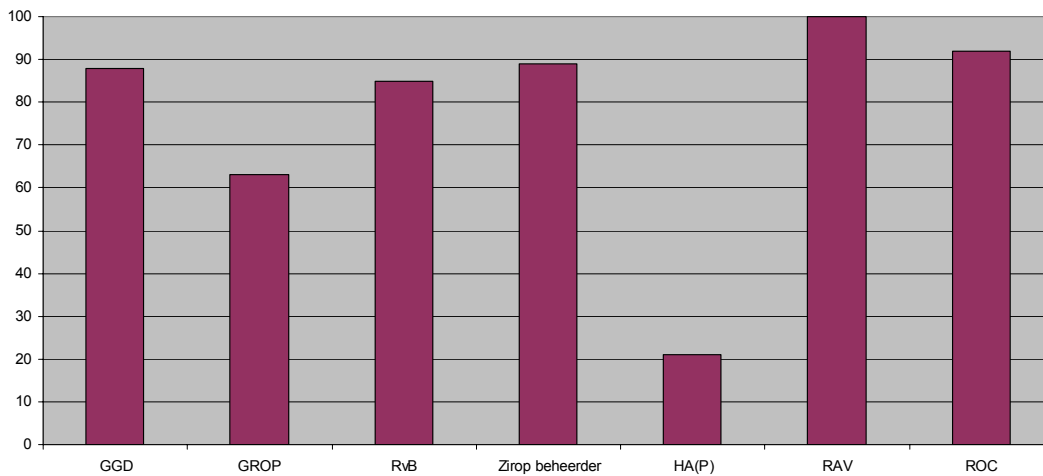
Desalniettemin was het merendeel van alle respondenten in staat de juiste functionaris te noemen, of in ieder geval het juiste gezicht voor de geest te halen. Daarmee is duidelijk - zo blijkt ook bij navraag naar aanleiding van deze vraag - dat respondenten in contact staan met deze functionarissen.

Vergelijking 2007

Deze vraag is beter beantwoord dan in de nulmeting, alhoewel het voor de respondent lang niet altijd duidelijk was welke functionaris gevraagd werd

Wordt geregistreerd welke functionaris in uw instelling deelneemt aan OTO? (Vraag 18)

Figuur 3.9: Ja, er wordt geregistreerd



De huisartsen scoren hier zeer laag. Dit hangt samen met de fase (huisartsen zijn nu voornamelijk aan het opleiden) waarin de huisarts zich bevindt binnen OTO. Indien niet geoefend/getraind wordt, zo was de reactie, dan is registreren ook weinig zinvol. Tussen de functionaris GROOP (63%) en de GGD-directeuren (88%) bestaat hier een relatief groot verschil, een mogelijke aanwijzing voor het nog niet goed geïmplementeerde GROOP, waardoor momenteel nog minder vaak geregistreerd wordt.

Vergelijking 2007

Deze vraag is in 2007 gesteld voor zowel opleiden als oefenen. De GGD had een registratie percentage van 68% t.a.v. opleiden en 60% voor oefenen; het gezamenlijke percentage ligt in 2010 op 88%.

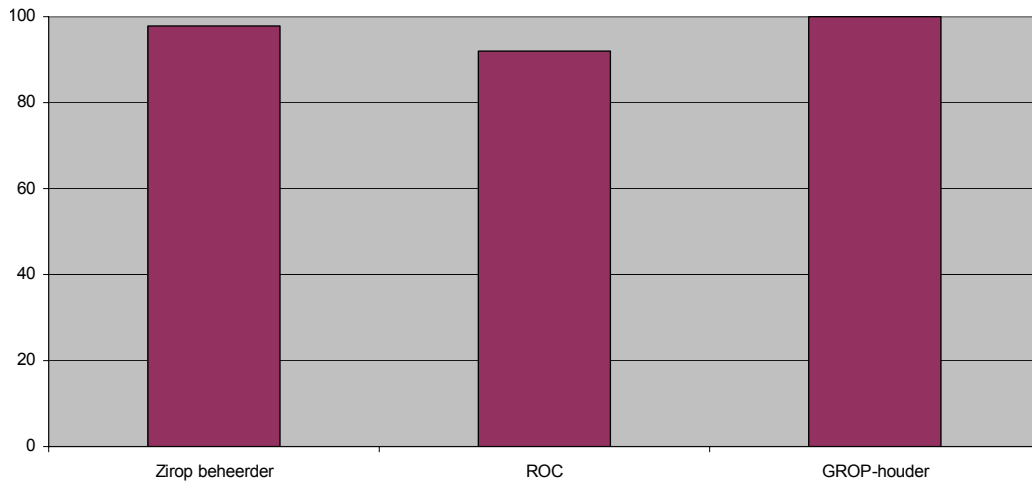
De RAV registreerde voor opleiden in 2007 97% en voor oefenen 100%. Nu zijn beide getallen 100%. Bij de crisiscoördinatoren was in 2007 sprake van een registratie van 60,3% bij opleiden en 67,9% bij oefenen. In 2010 gaf 89% van de respondenten aan deelname aan OTO te registreren.

3.4 Opleiden

Omdat niet alle vragen relevant zijn voor alle functionarissen, is ervoor gekozen een aantal vragen te stellen aan diegenen die betrokken zijn bij de uitvoering van OTO. In deze paragraaf zal per vraag worden aangegeven waar dit het geval is.

Bent u bekend met de verschillende aanbieders van opleidingen (opleidingsinitiatieven) op het terrein van de crisisbeheersing en rampenbestrijding? (Vraag 19) Alleen Rop-respondenten

Figuur 3.10: Ja, ik ben bekend met opleidingsinitiatieven



Bijna alle respondenten zijn bekend met de aanbieders van opleidingsinitiatieven.

Vergelijking 2007

Dit percentage ligt voor de ZiRop-beheerders (98%) een stuk hoger dan in 2007, toen dit door 74,4% van alle crisiscoördinatoren met 'ja' beantwoord werd. Ook de RAV is omhoog gegaan: van 81,5% naar 92%.

Het gaat hier vooral om opleidingen aangeboden door zowel NIFV, GHOR academie als regionaal GHOR-bureau. ZiRop-beheerders noemen in meerderheid (62%) ETS. Verder worden genoemd NIGHR (6%), Trimension (16%) en Esemble (17%) en een enkeling noemt ALSG, Code Rood, Cycloon, HMIMMS en het netwerkcentrum GHOR.

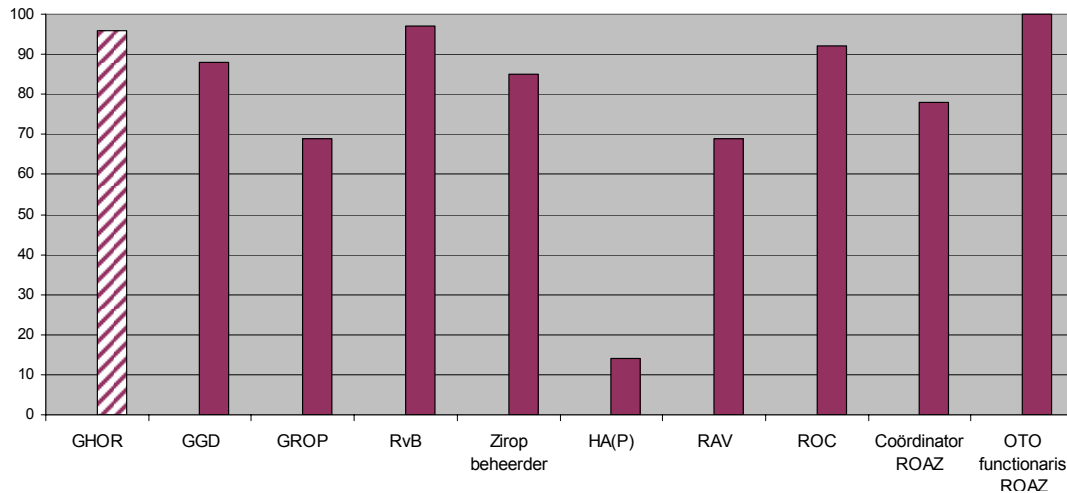
Vergelijking 2007

Hieronder het overzicht van 2007 voor de RAV en crisiscoördinator met daarnaast de cijfers van 2010 (in percentages).

| | RAV | 2007 Crisiscoördinator | 2010 ROC | ZiRop-beheerder |
|-----------------------|-----|---------------------------|-------------|-----------------|
| NIBRA/NIFV | 77 | 28 | 58 | 61 |
| NIGHR | 36 | 1 | | 02 |
| GHOR-bureau | 96 | 42 | 33 | 63 |
| Trimension | 68 | 4 | 17 | 15 |
| ETS | 46 | 72 | 17 | 62 |
| Esemble | 55 | 4 | 17 | 18 |
| Overig (incl. HMIMMS) | 32 | 56 | 67 | 73 |

Is er binnen de opleiding van uw instellingen/regio sprake van het gebruik van een kwaliteitsmethode binnen het OTO traject? (Vraag 20)

Figuur 3.11: Ja, er wordt een kwaliteitsmethode gebruikt



Meerdere methoden bleken bekend te zijn, met name PCDA en INK-model. Aan deze al langer bekende methoden zijn in het geval van het OTO project het OTO 7-stappenplan (door 34% van de respondenten gebruikt) en het OTO fasemodel (3.5%) toegevoegd. Gemiddeld in driekwart van de instellingen die door de respondenten wordt vertegenwoordigd is binnen de opleiding ter voorbereiding op rampen en crises een kwaliteitsmethode in gebruik.

Veel respondenten gaven hier aan NIAZ/EFQM/HKZ, waarbij het merendeel aangaf met de methode NIAZ te werken (ziekenhuizen), ofwel HKZ gecertificeerd te zijn (RAV/GHOR-bureau).

Wordt er binnen uw Rop (ZiRop, HaRop, GRop) in het kader van het Opleidingsplan in uw instelling gewerkt met opleidingsmethodieken? (Vraag 21) Alleen voor Rop-respondenten

Meer dan de helft van de respondenten (gemiddeld 59%) geeft aan met een opleidingsmethodiek te werken, waarbij GROOP-beheerders een aanmerkelijk lager percentage hebben (20%).

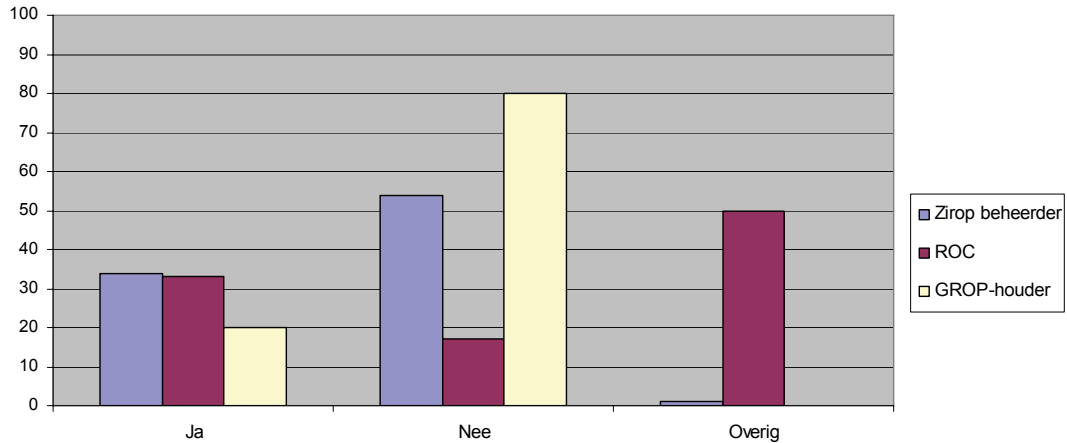
Binnen het opleidingsplan is aandacht voor cursussen (gemiddeld 27%), themabijeenkomsten (gemiddeld 23%), ISEE (gemiddeld 8%) en MIMMS (gemiddeld 30%).

Door de ZiRop-beheerders wordt voorts aangegeven dat zij werken met HMIMMS (66%), wat voor de andere twee respondentengroepen geen optie is.

Alhoewel ETS geen opleidingsmethodiek is maar een oefening, wordt deze door zowel ZiRop-beheerders als ROC respondenten genoemd, als methode waarmee gewerkt wordt binnen het opleidingsplan, respectievelijk 67 en 25%.

Wij onderscheiden bij deze statusanalyse drie belangrijke typen rampen: de flitsramp, de chemische (CBRN) ramp en de griepvloed. Komen deze drie typen aan bod in het opleidingsplan van uw instelling? (Vraag 22) Alleen Rop-respondenten

Figuur 3.12: Ja, drie ramptypen komen aan bod



De grafiek laat zien dat bij ca. een derde van de respondenten de drie typen rampen aan bod komen. Opvallend is dat de meeste respondenten aangeven zich bezig te houden met flitsrampen (normale situatie binnen instelling) en er in het komend jaar (2011) ook aandacht is voor de chemische ramp (CBRN). Men richt zich niet of nauwelijks (meer) op de pandemie.

In meerdere instellingen wordt aandacht besteed aan voorbereiding op overstroming, (veerboten, waterongevallen, watersnood), infrastructuur en klimaat.

Vergelijking 2007

In vergelijking met 2007 is over de mate waarin er binnen het opleidingsplan aandacht is voor ramptypen een vooruitgang geboekt. In 2007 gaven crisiscoördinatoren slechts in 10% van de gevallen aan dat er aandacht is voor ramptypen tegenover 85% in 2010.

Zoals u weet zijn er drie GHOR-processen SMH (Spoedeisende Medische Hulpverlening), POG (Preventieve Openbare Gezondheidszorg) en PSH-OR (Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen)? (Vraag 23)

Rop en ROAZ respondenten (niet voorzitter ROAZ)

Per proces werd gevraagd of er specifieke opleidingen waren voor de medewerkers en zo ja, voor welke medewerkers dan. Er is bij deze vraag sprake van een lage respons, waardoor gekozen is om groepen te bundelen. Het onderscheid tussen de antwoorden van de ROAZ respondenten en de Rop-functionarissen is opvallend.

Spoedeisende Medische Hulp (SMH). De Rop-respondenten (43%) gaven hier een verscheidenheid aan antwoorden waaruit blijkt dat opleidingen gericht zijn op bepaalde sleutelfunctionarissen en afdelingen binnen de instelling. De opleidingen die hier werden genoemd, waren voor het ziekenhuis HMIMMS, basisopleiding GHOR en gelijktijdige triage van tientallen gewonden voor SEH artsen. Voor de RAV is hierbij aandacht voor de basisopleiding GHOR, specifieke op maat gemaakte opleidingen en de G-opleidingen.

Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG). Rop-respondenten geven in 29% van de gevallen aan hier aandacht aan te besteden binnen de opleiding, waarbij dit voornamelijk weggelegd is voor sleutelfunctionarissen die op de hoogte moeten zijn van dit proces. ROAZ respondenten geven hier eenzelfde beeld en verwijzen vooral naar de GGD en de huisarts.

Psychosociale nazorg (PSH-OR). Hierover wordt door de Rop-respondenten aangegeven dat uitsluitend de mensen met G-functies hierin geschoold worden en/of leden van het kernteam.

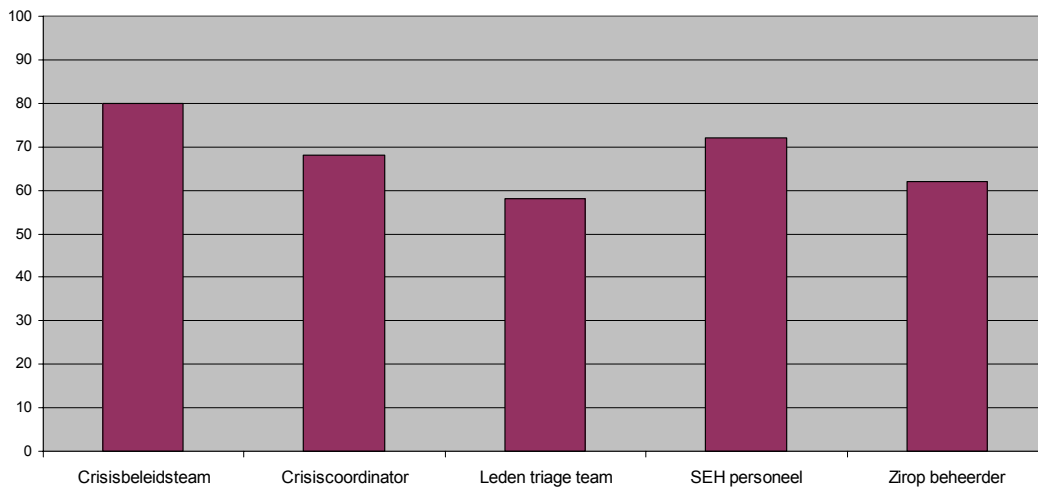
De ROAZ respondenten noemen hier op regionaal niveau alleen de GGZ en geen andere ketenpartners. Op een vervolgvraag naar regionale afspraken over deze processen zijn de ROAZ respondenten positiever dan de GHOR en Rop-respondenten. De meeste aandacht is er voor de acute keten en daar zijn dan ook veelal regionale afspraken gemaakt (gemiddeld 74%). Het is opvallend dat er regionaal meer aandacht is voor deze processen dan op instellingsniveau.

Vergelijking 2007

Regionaal wordt er aandacht gegeven aan alle drie de processen, maar verschillen in percentages geven aan dat lang niet alle partijen hier evenveel bij betrokken zijn. Dit beeld is niet anders dan bij de nulmeting.

***Welke (percentage van de) functionarissen binnen uw instelling wordt opgeleid?
(Vraag 24)***

Figuur 3.13: Welk percentage functionarissen opgeleid?



Deze vraag, die alleen beantwoord is door de ZiRop-beheerders geeft aan dat gemiddeld twee derde van de sleutelfunctionarissen binnen ziekenhuizen opgeleid wordt voor de desbetreffende functie bij opschaling, de leden van het crisisteam bijna allemaal en de leden van het triageteam relatief het minst.

Vergelijking 2007

Het percentage functionarissen dat wordt opgeleid werd niet gekwantificeerd in de nulmeting, de functionarissen die worden opgeleid zijn niet veranderd ten opzichte van de nulmeting. Zoals af te lezen valt wordt een groot deel van de functionarissen in 2010 opgeleid.

3.5 Trainen

De volgende vragen zijn alleen gesteld aan de operationele respondenten Rop. Aangezien er voor dit onderdeel geen aparte aandacht was in de nulmeting, blijft een vergelijking met 2007 achterwege.

Wordt er in het kader van het Rop (ZiRop, HaRop, GRop) in uw instelling getraind? (Vraag 25)

De ZiRop-beheerders en ROC-ers samen geven hier aan dat gemiddeld 84% traint. De GRop respondenten kent een aantal van 33%. Daarbij gaat het om ETS (46%), workshops (27%), ISEE (13%) en actie-, taak- en functiekaarten tijdens een training (22%).

In 57% van de gevallen worden er trainingen (cursussen) aangeboden voor het personeel. Het gaat hier vooral om specifieke vaardigheden aan de hand van persoonlijke vaardigheden van - vooral - sleutelfunctionarissen.

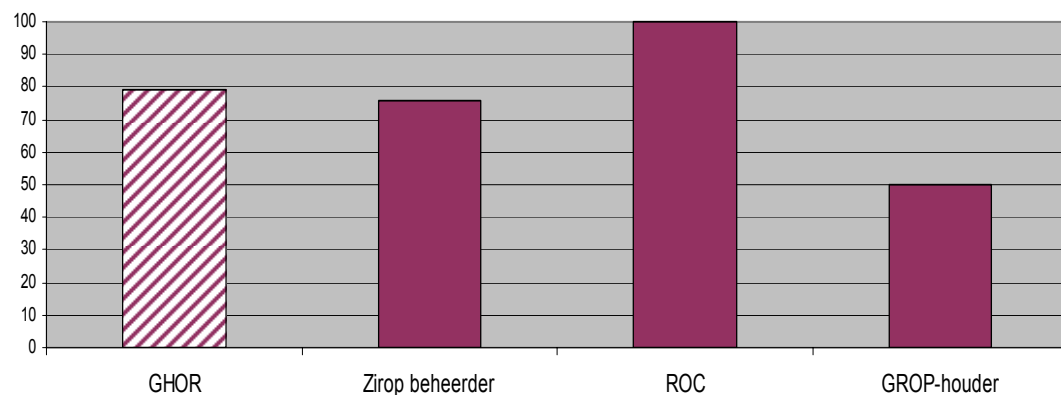
Wij onderscheiden bij deze statusanalyse drie belangrijke typen rampen: de flitsramp, de chemische (CBRN) ramp en de griep пандemie. Worden deze drie typen rampen gedekt in het trainingsplan van uw instelling? (Vraag 27)

De cijfers zijn hier een fractie lager dan bij dezelfde vraag over opleiding ter voorbereiding van diverse ramptypen. Iets meer dan een kwart van de respondenten gaf aan dat alle drie de typen worden getraind (29%) .

Wordt er vanuit uw instelling deelgenomen aan regionaal overleg/samenwerking met betrekking tot training voor rampen en ongevallen? (Vraag 28)

Deze vraag is vanuit een coördinerende rol ook aan de GHOR respondenten gevraagd.

Figuur 3.14: Ja, er wordt deelgenomen aan regionaal overleg



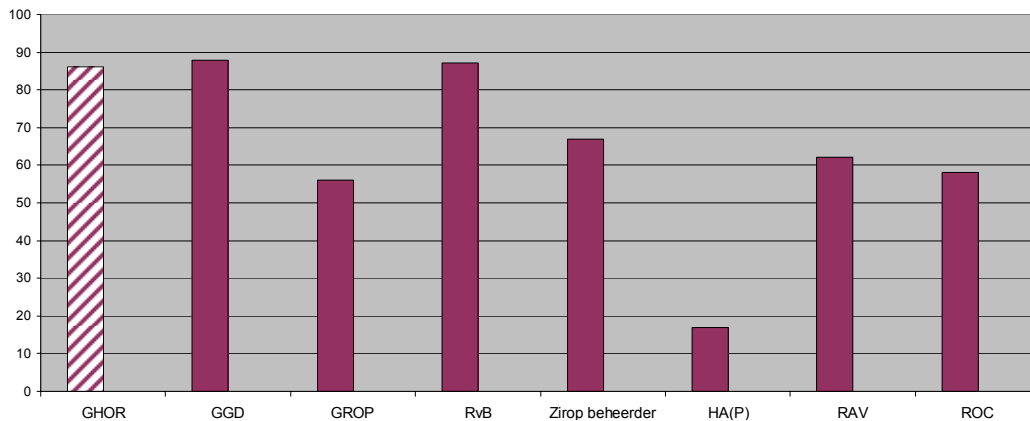
Gemiddeld geven de respondenten Rop aan dat er in 75% van de gevallen deelgenomen wordt aan regionaal overleg ten aanzien van training voor opschaling. De GHOR-functionarissen geven in 79% van de gevallen aan betrokken te zijn bij dergelijke samenwerking/overleg.

3.6 Oefenen

Wordt er in het kader van het oefenen van het Rop (ZiRop, HaRop, GRop) rekening gehouden met het regionaal OTO-jaarplan? (Vraag 29)

Deze vraag werd aan alle respondenten gesteld, behalve die van de ROAZ. Aan de GHOR-functionarissen werd gevraagd op welke manier zij betrokken zijn bij het regionaal OTO jaarplan.

Figuur 3.15: Ja, er wordt rekening gehouden met het regionaal OTO-jaarplan

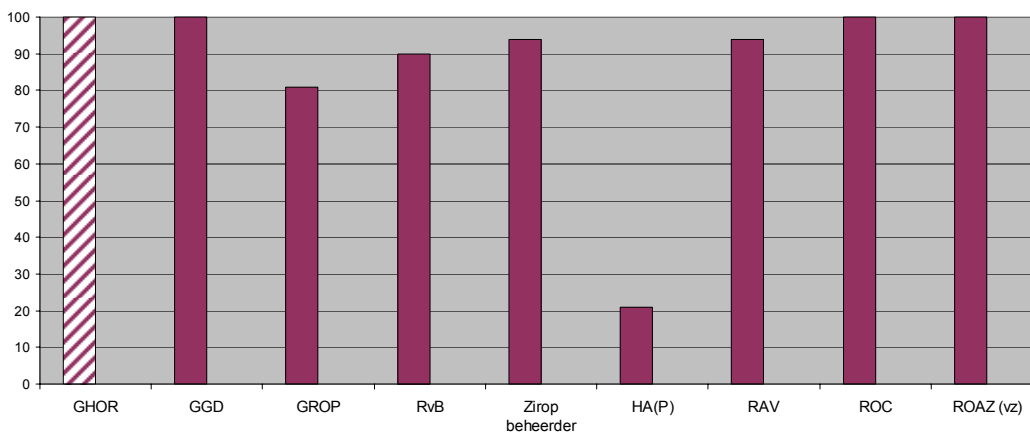


Bij de beantwoording van deze vraag valt een verschil op tussen bestuurders (GGD-directeuren, leden van Raden van Bestuur van ziekenhuizen en RAV-directeuren) en beheerders van rampenopvangplannen (GROF, Zirop en ROC). De bestuurders zeiden vaker rekening te houden met het regionaal OTO-jaarplan. In zijn algemeenheid blijven de staven in het histogram (ver) onder 100%.

Zijn er over het oefenen door uw instelling afspraken met anderen gemaakt? (Vraag 30)*

De antwoorden op deze vraag zijn meer eensluidend dan op de vorige: er is nu geen verschil tussen bestuurders en rampenopvang plan beheerders.

Figuur 3.16: Ja, er zijn afspraken met anderen

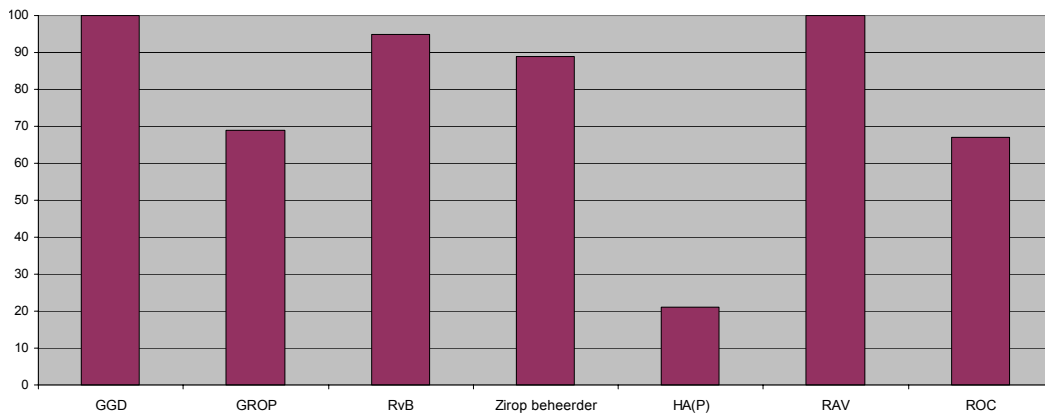


De meeste instellingen maakten vooral afspraken met de GHOR/RGF en met zusterinstellingen. Er werden door GGD en RAV meer afspraken gemaakt met de veiligheidsregio dan door de functionarissen uit de ziekenhuizen, terwijl laatstgenoemden meer

afspraken maken met de traumacentra. Zoals te verwachten viel, maakt de GHOR in alle gevallen afspraken over oefenen met de ketenpartners in de witte kolom.

Wordt er in uw instelling geoefend ter voorbereiding op crisis, rampen en ongevallen? (Vraag 31)*

Figuur 3.17: Ja, er wordt geoefend



Dit is vanzelfsprekend een centrale vraag in deze rapportage. De bestuurders van GGD en RAV (ieder 100%) en die van de ziekenhuizen (95%) zijn hier positiever dan de beheerders van de rampenopvangplannen: ZiRop (89%), GRop (69%) en ROC (67%).

Directeuren van huisartsenposten en voorzitters van huisartsenkringen gaven in 6 van de 29 gevallen aan dat er door huisartsen werd geoefend (21%).

Vergelijking 2007
 Vergeleken met de Nulmeting van het NIVEL uit 2007 waren de cijfers destijds lager voor de GGD-directeuren (toen 80%), hoger voor de RAV (toen directeuren en ROC samen 92,6%) en even hoog voor de ZiRop-beheerders (eveneens 89%).

Alarmeringsoefeningen worden voornamelijk uitgevoerd in ziekenhuizen (bestuurlijk 52% en operationeel 28%). Zowel Table Top als Real Life oefeningen komen gemiddeld één maal per jaar voor, de alarmering oefeningen 1 à 2 keer.

Alle onderdelen van de organisatie worden geoefend, dus zowel afdelingen, systemen als individuele functionarissen.

In 47% van de gevallen wordt er regionaal binnen de witte kolom geoefend, bijna altijd onder de regie van de GHOR (75%) in samenwerking met de eigen instelling, soms mede onder leiding van het traumacentrum. In 80% van de gevallen wordt er regionaal Real life geoefend, waarbij alle onderdelen aan bod komen (afdelingen, systemen en individuele functionarissen). De oefeningen binnen de ‘witte kolom’ onder leiding van de GHOR vinden meermaals per jaar plaats, afhankelijk van de instelling.

Maar een derde van de respondenten (36%) gaf aan multidisciplinair te oefenen. Dergelijke, vaak grotere oefeningen komen niet vaker voor dan één maal per jaar en betreffen alle onderdelen (afdelingen, systemen en individuen).

Welk percentage van de oefeningen had de afgelopen periode betrekking op de voorbereiding op een flitsramp, een griep pandemie, hoeveel op een chemische (CBRN) ramp? (Vraag 32)

Tabel 3.2: Oefenen naar ramptype (percentages afgerond naar vijftal)

| | GHOR | GRop | ZiRop | ROC | ROAZ-OTO |
|-----------|------|------|-------|-----|----------|
| Flitsramp | 50 | 60 | 80 | 65 | 55 |
| CBRN ramp | 20 | 10 | 20 | 35 | 20 |
| Pandemie | 25 | 50 | 10 | 5 | 30 |

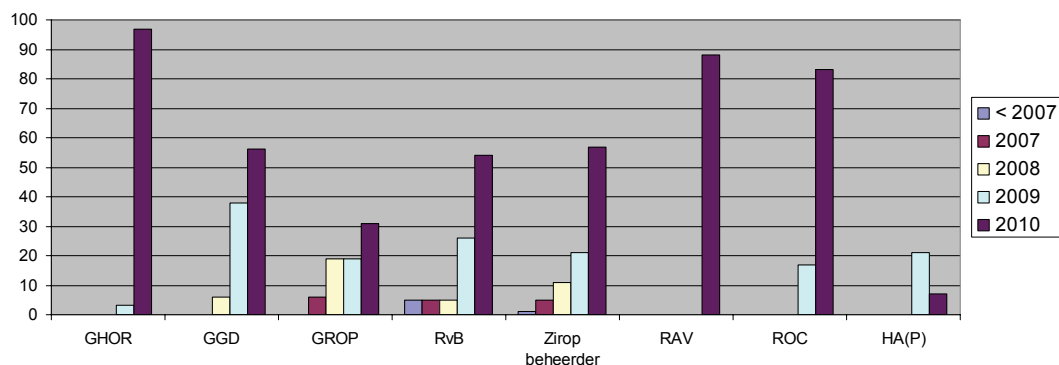
Het is duidelijk dat er vooral op flitsrampen wordt geoefend. Er wordt door alle groepen functionarissen aangegeven dat het oefenen op een CBRN ramp speerpunt is in 2011. Daarbij bestaat wel een risico dat er geoefend wordt op een ‘chemische flitsramp’ en niet zozeer op een echt chemisch incident. Naast deze drie typen werd genoemd dat er werd geoefend op wateroverlast, overstroming, verstoring van de openbare orde en onrust in grote menigten.

Vergelijking 2007

Hoewel de percentages wat zijn veranderd sinds de Nulmeting in 2007, wordt nog vooral geoefend op de flitsramp (die ook het meest waarschijnlijk is). De H1N1 pandemie in 2009 heeft er niet voor kunnen zorgen dat er - door anderen dan de GGD-functionarissen - wordt geoefend op het voorkomen van een griep pandemie.

Wanneer was de laatste oefening voor crisis, rampen en ongevallen? (Vraag 33)

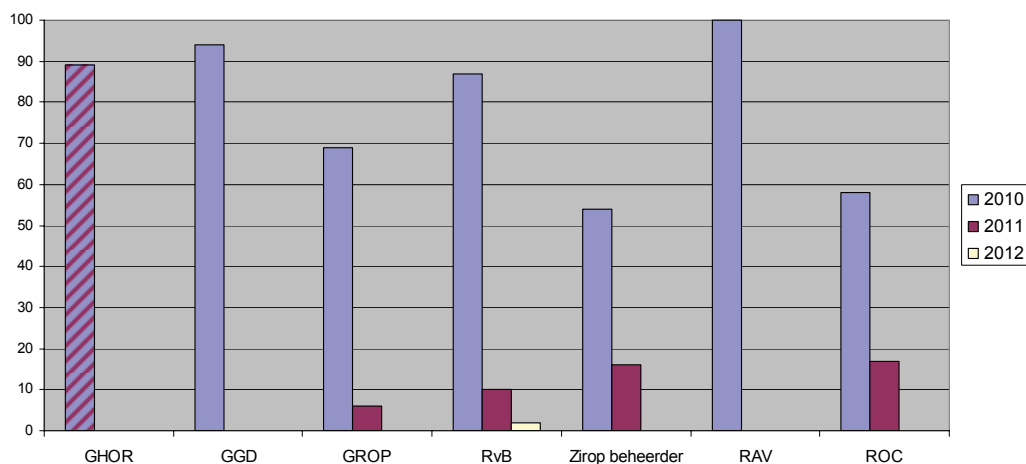
Figuur 3.18: De laatste oefening was



In deze figuur valt vooral op dat zelfs de GHOR- en RAV-functionarissen niet op 100% komen in het jaar 2010, zelfs al we ermee rekening houden dat de interviews plaatsvonden in september/oktober. Voor de GGD komt deze vraag nog wat vroeg, maar voor de ziekenhuizen is een percentage van krap 50% in 2010 onverwacht laag. In GGD en ziekenhuis gaat het in meerderheid om interne oefeningen, van het table top soort. In deze instellingen wordt maar zelden deelgenomen aan multidisciplinaire oefeningen (net als real life oefeningen vooral het domein van GHOR en RAV).

Wanneer is de volgende oefening voor crisis, rampen en ongevallen gepland? (Vraag 34)

Figuur 3.19: De volgende oefening is gepland in



In de (grote) meerderheid van de gevallen werd nog een oefening voorzien in het najaar 2010.

De soort oefening wijkt daarbij niet af van die bij de laatste oefening (zie hierboven).

Wie is verantwoordelijk voor de oefeningen en wie neemt er het initiatief voor? (Vraag 35) Niet beantwoord door GHOR.

Intern is het management/bestuur verantwoordelijk en neemt de coördinator OTO (ROC, ZiRop, GRop) er het initiatief voor. Voor keten- en multidisciplinaire oefeningen neemt meestal het GHOR-bureau het initiatief.

Als u 100% mag verdelen van de beschikbare tijd die door uw instelling wordt besteed aan oefenen voor rampen en ongevallen, hoe zou u de tijd dan verdelen over de drie typen oefeningen? (Vraag 36)

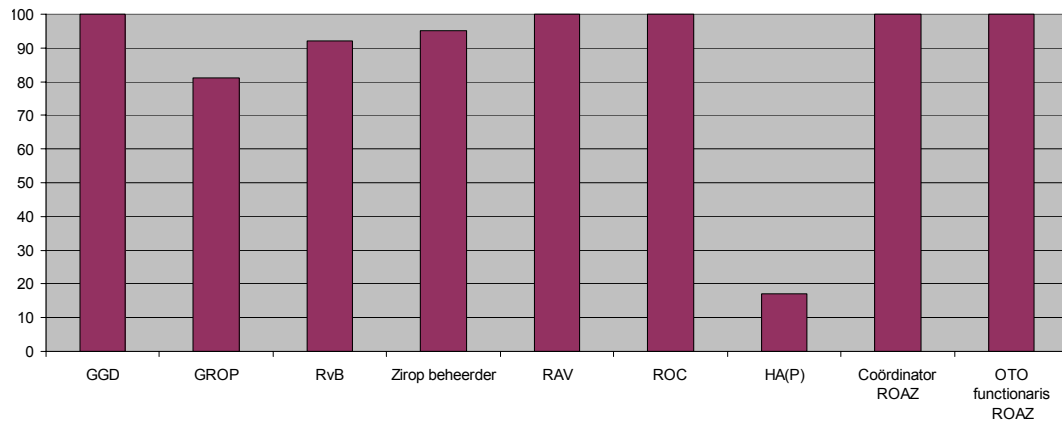
Niet beantwoord door GHOR.

Voor alle respondenten ligt de gemiddelde tijd die aan interne oefeningen zou mogen worden besteed rond de 50% van de totale tijd. Het besteden van tijd aan oefeningen in de

geneeskundige kolom ligt gemiddeld rond de 20-30% van de totaal beschikbare tijd. Voor oefeningen in een multidisciplinaire setting ligt dit iets lager rond de 20-25% van de tijd die totaal beschikbaar is.

Worden de oefeningen voor rampen en ongevallen geëvalueerd? (Vraag 37)

Figuur 3.20: Ja, oefeningen worden geëvalueerd



De oefeningen worden nagenoeg altijd geëvalueerd. De GHOR-functionarissen werd apart gevraagd naar betrokkenheid bij evaluatie (96% is erbij betrokken).

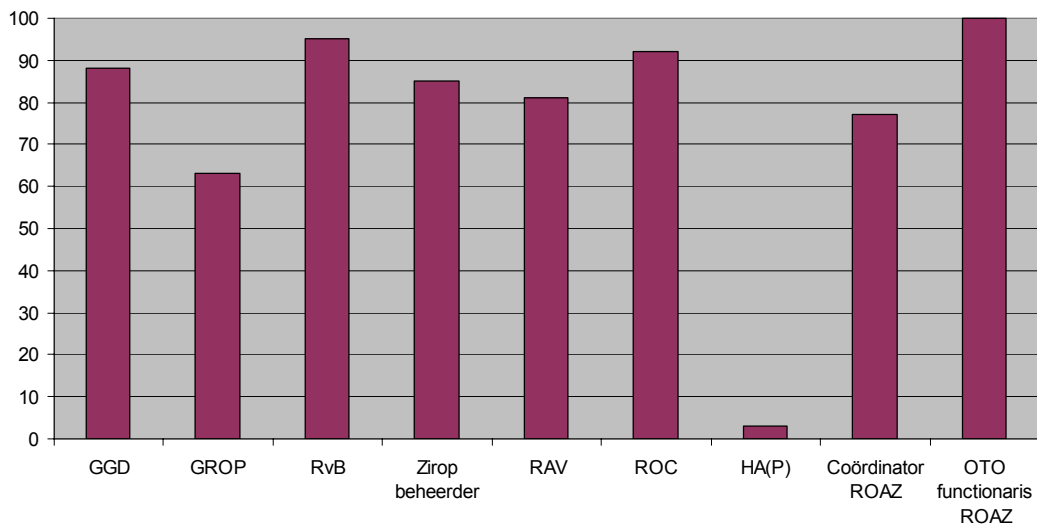
Vergelijking 2007

De percentages zijn hier iets hoger dan in 2007 (ZiRop-beheerder toen 90%, RAV toen 92%, GGD-directeur toen 72%).

De evaluatie kan worden uitgevoerd door aanwezige waarnemers, door een beheerder van een rampenopvangplan, een oefenleider, een GHOR-functionaris, de deelnemers of een mix van de hier genoemden. Bij de GGD is de GHOR-functionaris de belangrijkste evaluator; bij de overige instellingen gaat het vooral om een mix.

Leidt de evaluatie tot aanpassingen van de het interne oefenplan?

Figuur 3.21: Ja, evaluatie leidt tot aanpassing oefenplan



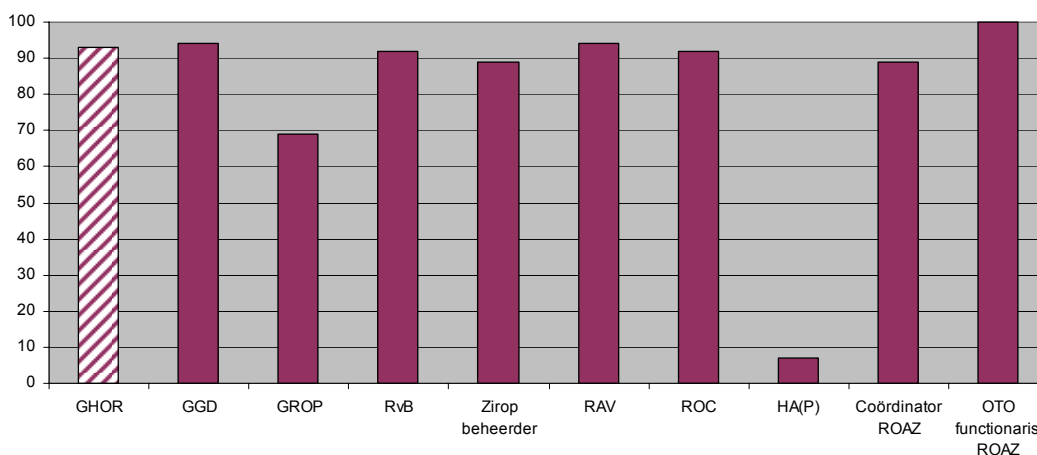
In de meerderheid van de gevallen geven evaluaties aanleiding tot aanpassing van het interne oefenplan. In de ziekenhuizen en de GGD vinden bestuurders vaker dat het gebeurt dan beheerders van de rampenopvangplannen.

Leidt de evaluatie tot aanpassingen van het rampenopvangplan of het OTO-jaarplan?
Ook het rampenopvangplan wordt volgens de respondenten aangepast naar aanleiding van de resultaten van evaluaties.

Het OTO-jaarplan wordt minder vaak aangepast na evaluaties (ZiRop-beheerders 71%, Grop-beheerders 57%, coördinatoren ROAZ 78%, leden RvB ziekenhuis 93%, GGD-directeuren 81%, RAV-directeuren 69% en ROC-ers 91%. OTO-coördinatoren van het ROAZ 100%)

Leidt de evaluatie tot aanpassingen van de gebruikte procedures?

Figuur 3.22: Ja. evaluatie leidt tot aanpassing procedures



Met uitzondering van de beheerders van het GGD rampenopvang plan liggen hier de percentages rond de 90% ('ja, evaluatie leidt tot aanpassing procedures'). Bij de vraag 'Leidt dit tot aanpassingen van de gemaakte afspraken?' ziet de figuur er vrijwel identiek uit.

Wordt het individueel functioneren geëvalueerd?

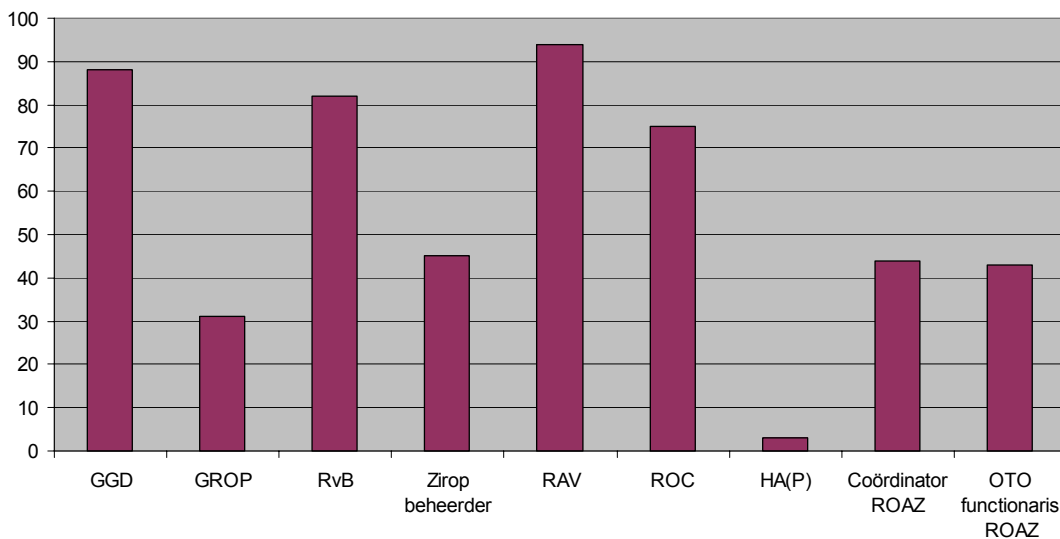
Het evalueren van individueel functioneren is niet in alle instellingen gebruikelijk. Bovendien zeggen bestuurders (veel) vaker dat dit gebeurt dan de operationele functionarissen. Van de beheerders GROp en ZiRop vindt nog niet de helft dat er op individuele basis wordt geëvalueerd.

De resultaten in de figuur werden genuanceerd, als werd doorgevraagd door de interviewers hoe een evaluatie van individueel functioneren er dan uit zag. Bestuurders gaven aan dat het moeilijk is om individueel functioneren te beoordelen, omdat er geen normen zijn, omdat niet duidelijk is welk niveau bereikt zou moeten zijn. Daarom gebeurt het vaak (nog) niet. Op het niveau van een individuele afdeling is functioneren beter te beoordelen. Er wordt zo veel mogelijk feedback/terugkoppeling gegeven over het functioneren; dit gebeurt echter niet altijd gestructureerd en meestal zonder consequenties ('aandachtspunten'). De sector is in afwachting van competentie profielen. Er wordt vaker op het niveau van het functioneren van een team geëvalueerd. Sleutelfunctionarissen, mensen die 'in command and control' zijn, worden wel beoordeeld, meestal in een jaargesprek aan de hand van een individueel leerplan

Individueel evalueren is niet altijd mogelijk; sommige oefeningen zijn juist bedoeld om groepsdynamiek ('wij-gevoel') te versterken.

Wordt het individueel functioneren geëvalueerd?

Figuur 3.23: Ja, individueel functioneren wordt geëvalueerd



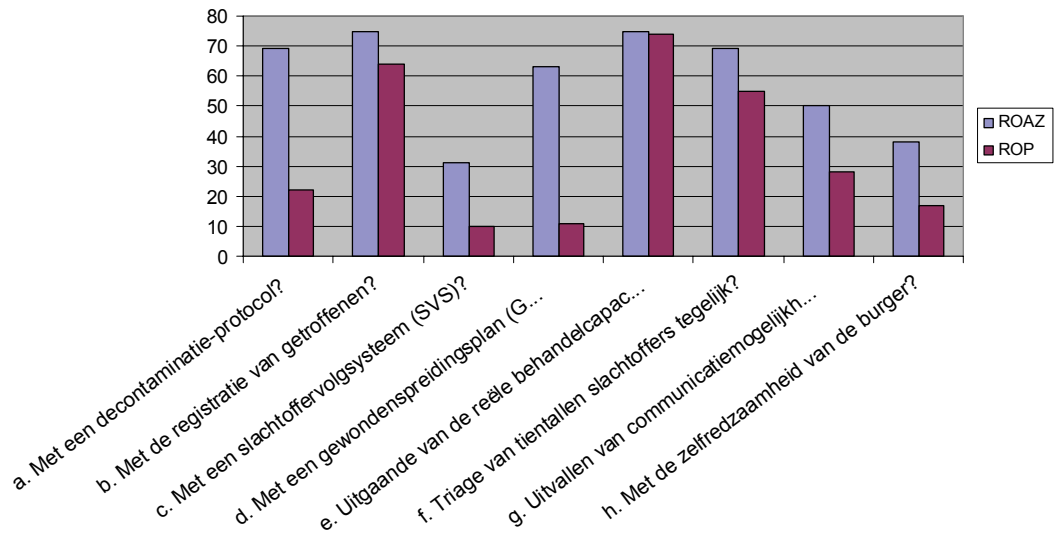
Beheerders van rampenopvangplannen gaven in meerderheid aan dat er altijd of vaak feedback/terugkoppeling wordt gegeven, maar dat mensen er alleen bij disfunctioneren op worden 'afgerekend'. Feedback wordt meestal niet op schrift gesteld en heeft hoogst zelden consequenties voor de betrokkene.

In feite worden vaak alleen systemen of afdelingen geëvalueerd en vindt men evaluatie van individueel functioneren 'not done'. Het idee daarbij is vooral dat men blij is als iemand oefent en het hem/haar niet tegen wil maken. Met het evalueren van competenties en functies heeft men minder moeite, maar daar zijn nog nauwelijks omschrijvingen van.

Kunt u aangeven welke onderdelen die ik nu ga noemen wel of niet worden geoefend?

(Vraag 38) De drie groepen functionarissen beheer rampenopvangplan en de twee groepen ROAZ-functionarissen zijn hier samengenomen.

Figuur 3.24: Ja, onderdeel wordt geoefend



De groepen functionarissen noemen beiden dat er wordt geoefend met registratie van getroffensten, uitgaande van de reële behandelcapaciteit en met de triage van tientallen slachtoffers tegelijk. In alle andere gevallen zeiden de ROAZ-functionarissen (veel) vaker dan de beheerders dat een specifiek onderdeel werd geoefend. Vooral het verschil tussen de groepen is groot bij het oefenen met een decontaminatieprotocol en met een gewondenspreidingsplan.

Vergelijking 2007

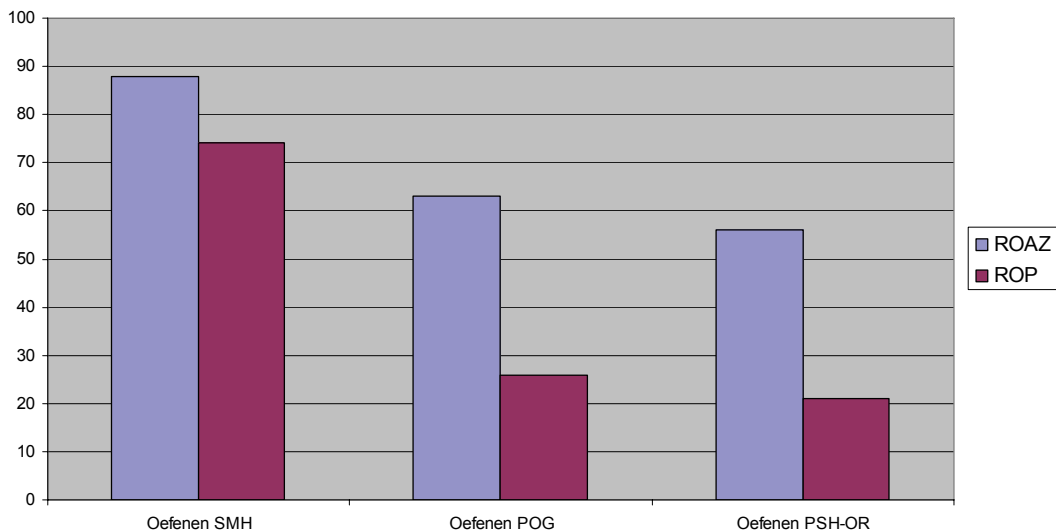
In vrijwel alle gevallen werden de hier genoemde specifieke oefeningen vaker beoefend in 2007

Bij oefenonderwerp g werd gevraagd met welk vervangend communicatiemiddel er werd geoefend. Men noemde hier (zoals in 2007) portofoons, Noodnet en koeriers.

In zijn algemeenheid antwoorden de beheerders van de rampenopvangplannen dat er 'table top' wordt geoefend. Alleen registratie van getroffen en wordt in de helft van de gevallen 'real life' geoefend. ROAZ-functionarissen geven vaker aan dat er 'real life' wordt geoefend. Triage van tientallen slachtoffers tegelijk wordt even vaak op beide manieren geoefend.

Wordt er in uw instelling geoefend met ieder van de drie GHOR-processen SMH, POG en PSH-OR? (Vraag 40)

Figuur 3.25: Ja, geoefend met GHOR-proces



Er wordt in meerderheid voor het GHOR-proces SMH geoefend. ROAZ-functionarissen geven nog wel aan dat de twee andere processen worden geoefend, maar dat wordt bij de beheerders rampenopvangplan nauwelijks teruggezien. Dit laatste resultaat lijkt in overeenstemming met het feit dat de PSHOR en POG aandachtsgebied zijn bij GGD en GHOR en niet of minder bij ziekenhuis en ambulancezorg. Vanuit dit perspectief zijn de percentages voor de beheerders zelfs aan de hoge kant.

Voor oefeningen van de processen POG en PSHOR neemt in nagenoeg alle gevallen het GHOR-bureau/ de RGF het voortouw.

3.7 Overige vragen

Krijgen specialisten uit uw ziekenhuis/huisartsen uit uw post accrediteringspunten voor deelname aan oefenen? (Vraag 41)

Ruim een derde van (relevante) respondenten gaf hier aan dat er inderdaad een toekenning van punten voor deelname is. In 2007 was dat nog niet aan de orde. In de meeste gevallen ging het om één punt per uur voor een oefening, alhoewel sommige respondenten aangaven dat het aan de soort oefening kan liggen (bij voorbeeld HMIMMS 4-6 punten per keer). Oefeningen zijn onderdeel van de nascholing en worden door de GHOR aangeboden. Ook gaven respondenten aan dat de instelling bezig is met accreditatie, maar momenteel nog niet zo ver is.

Wordt er (in uw ziekenhuis) onderwijs verzorgd over (voorbereiding op) rampen aan studenten verpleegkunde en geneeskunde en/of aan assistenten in opleiding? (Vraag 42)

De operationele (Rop) respondenten gaven aan dat 37% van de werknemers/assistenten in opleiding onderwijs kreeg over de voorbereiding op rampen en de bestuurders gaven aan dat dit in 53% van de gevallen gebeurde. Er was ruimte voor het toelichten van deze percentages, waarbij werd opgemerkt dat deze onderwijsvorm een onderdeel is van het introductieprogramma voor nieuwe medewerkers. In sommige ziekenhuizen is onderwijs over preparatie op rampen onderdeel van de basismodule voor studenten. Andere respondenten gaven aan dat er wel bewustwording is, maar dat dit nog niet heeft geleid tot concrete invulling. De huisartsen geven aan dat dit niet in alle gevallen (sommige posten al wel) ten tijde van de opleiding of introductie naar voren komt, maar dat er wel geluiden zijn om hier mee aandacht aan te geven.

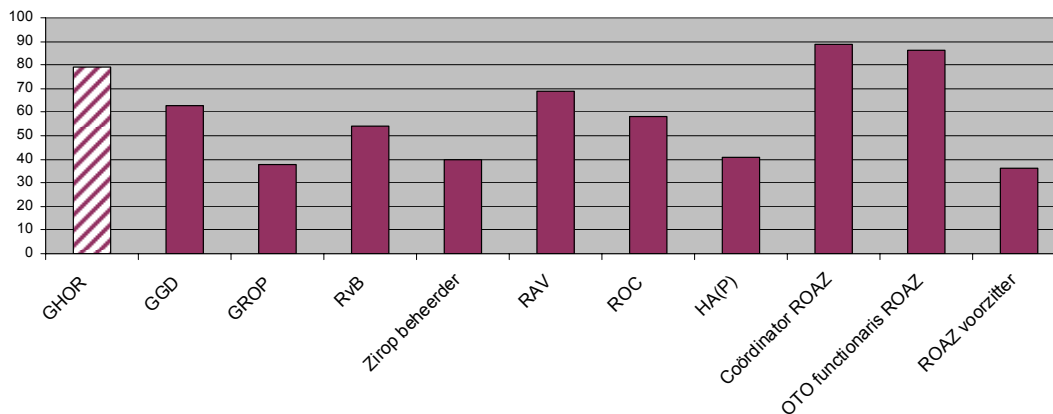
Sommige mensen vinden dat er binnen de geneeskundige kolom te weinig normen zijn waaraan men wel of niet moet voldoen. Anderen vinden zulke normen ongewenst omdat het hen in een keurslijf zou kunnen dwingen. Met welke van deze meningen ben u het eens? (Vraag 39) *

Vaak werd opgemerkt dat (individuele) evaluatie werd bemoeilijkt door het ontbreken van normen voor het functioneren, door het ontbreken van competentie- of functieprofielen. De interviewers merkten (zoals in 2007) dat regelmatig door respondenten werd gevraagd of een gegeven antwoord 'juist' was. Daarmee werd aangegeven dat men onzeker is over de geldende norm.

Bij de nulmeting van het NIVEL in 2007 gaf een grote meerderheid aan voor normering te voelen: GGD-directeuren 92%, RAV-directeuren en ROC-ers samen 78% en beheerders ZiRop 81%. In de onderstaande figuur 3.26 is te zien dat GGD-directeuren er nu veel minder vaak voorstander van zijn, maar er is nog wel een meerderheid voor te vinden (63%). Dat geldt niet meer voor de beheerders ZiRop (nu 40%). Het percentage voor de RAV was relatief het minst gedaald (naar 65%).

De bestuurders voelen gemiddeld meer voor normering dan de ‘werkers in het veld’. Ook de ROAZ-functionarissen (m.u.v. de voorzitters) voelen veel voor een toenemende normering.

Figuur 3.26: Ja, normering gewenst



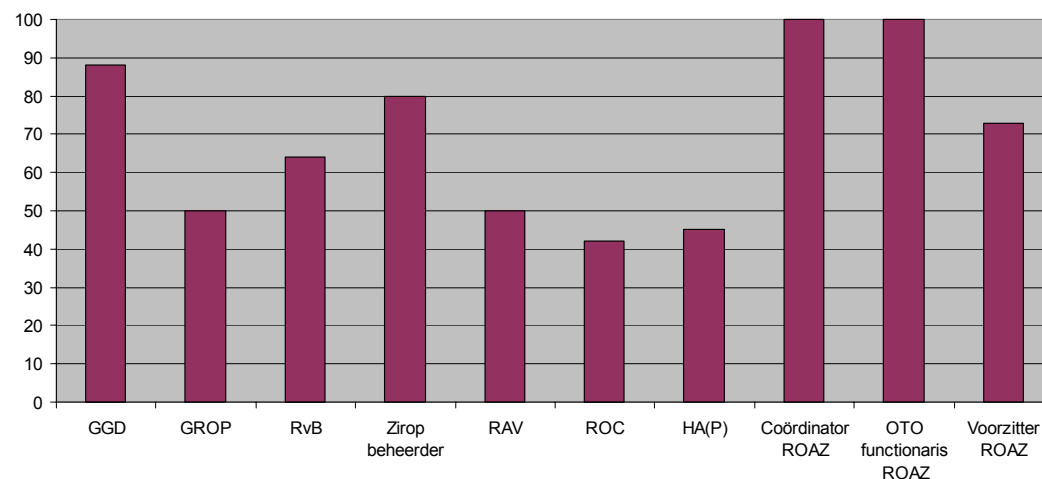
Kunt u uw voorkeur toelichten?

Normen zijn vooral nodig om vakbekwaamheid te meten, respectievelijk te relateren aan een vastomlijnd uitgangspunt of criterium (‘weten waaraan je moet voldoen’; 62x genoemd). Normering is ook van nut bij de coördinatie. Net als in 2007 werd aangegeven dat normering vrijblijvendheid wegneemt.

Tegenstanders gebruikten als argument geen behoefte te hebben aan een keurslijf (11x) en vonden dat er al (meer dan) genoeg normen zijn (21x). Het lijkt onmogelijk dat landelijke normen in een vruchtbare bodem vallen; regionale verschillen zijn daarvoor te groot.

Merkt u dat er sprake is van een landelijke tendens naar meer uniformering binnen het OTO-project? (Vraag 43) * Niet gesteld aan GHOR-functionarissen.

Figuur 3.27: Ja, bemerk tendens naar uniformering



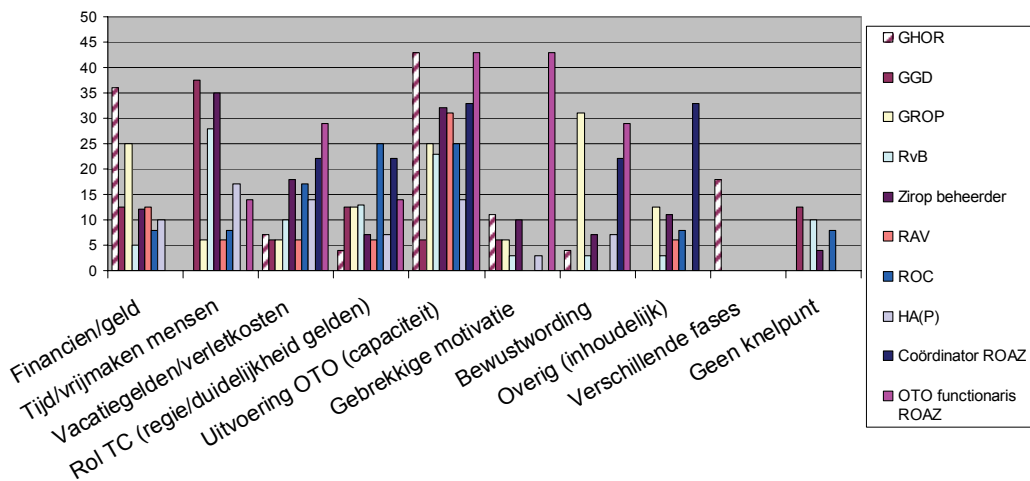
Deze vraag levert een wisselend beeld op, waarbij een verschil te zien is tussen de GGD-directeuren, de respondenten ROAZ en de overige functionarissen. Deze vraag werd veelal met de bril van de eigen instelling/op niveau eigen regio beantwoordt; men spreekt zich niet uit over het landelijke niveau. De ROAZ respondenten hebben deze vraag wel vanuit landelijk perspectief beantwoord en zien hier uniformering.

Welke knelpunten ervaart u bij de uitvoering van opleiden, trainen en oefenen voor rampen en ongevallen binnen/buiten uw instelling? (Vraag 44)

De vraag laat een variatie zien in de knelpunten die respondenten bij OTO ervoeren, met een clustering rond de antwoordmogelijkheid ‘capaciteitsproblemen bij de uitvoering van OTO’ (gemiddeld 29%). Hiermee bedoelden de respondenten dat OTO de dagelijkse gang van zaken kan doorkruisen, waardoor capaciteitstekorten kunnen ontstaan. Hiermee hangt samen ‘het vrijmaken van mensen/tijd (15% gemiddeld). Twaalf procent van de respondenten gaf aan dat de rol van het traumacentrum een knelpunt was, waarmee werd bedoeld op onduidelijkheid rondom de aanvraag van OTO stimuleringsgelden en de regierol van het traumacentrum in de regio. Voor een groep respondenten van ziekenhuizen en huisartsenposten bleek het niet vergoed kunnen worden van de verletkosten/-vacatiegelden een knelpunt (gemiddeld 14%). Tot slot speelden financiën een rol bij alle respondenten behalve die van de ROAZ (gemiddeld 15%).

Welke knelpunten doen zich voor bij uitvoering OTO?

Figuur 3.28: Knelpunten bij uitvoering OTO



(NB meerdere antwoorden mogelijk; de y-as gaat van 0-50%)

Vergelijking 2007

In 2007 werd voor opleiden, trainen en oefenen apart gevraagd naar eventuele knelpunten.

Ten aanzien van de knelpunten bij opleiden gaven de respondenten GHOR (80%), GGD (20%), RAV (52%) en de crisiscoördinator (32%) in 2007 aan dat deze voornamelijk bestonden uit: financiële problemen, capaciteitsproblemen en het ontbreken van uniformiteit. Het GHOR-bureau gaf in de Statusanalyse 2010 ook aan dat er problemen rondom financiën en capaciteit zijn, naast het bestaan van faseverschillen tussen instellingen/groepen. De GGD noemde in 2010 het vrijmaken van mensen als voornaamste knelpunt (38%), terwijl in 2007 vooral de financiële problematiek werd genoemd. De RAV benoemde in 2007 financiële- en capaciteitsproblemen, naast een slechte planning. In 2010 waren capaciteitsproblemen nog steeds een probleem (31%), naast de rol van de traumacentra (25%). De crisiscoördinatoren gaven in 2007 aan dat er knelpunten waren ten aanzien van financiën en capaciteit, alsmede het ontbreken van uniformiteit. In 2010 noemden de ZiRop-beheerders de beschikbare tijd (35%) en capaciteitsproblemen (32%) als voornaamste knelpunten.

Welke specifieke knelpunten ziet u bij het oefenen van verschillende typen rampen? (Vraag 47)

Om te beoordelen of het oefenen van bepaalde typen rampen tot knelpunten leidt, is aan alle respondenten, behoudens die van het ROAZ, gevraagd of zij bepaalde knelpunten zagen bij het oefenen van bepaalde typen rampen.

Oefenen van de flitsramp. Dit type ramp gaf maar weinig problemen (gemiddeld 12%). Genoemde knelpunten waren:

- Het verstoort continuïteit van de dagelijkse zorg (capaciteit);
- Financiën;
- Afstemming tussen instellingen onderling;
- Communicatie bij een dergelijke oefening.

Oefenen van de CBRN ramp. Hierbij gaf (gemiddeld) 61% van de respondenten aan dat er problemen waren bij het oefenen ter voorbereiding op dit type ramp. Knelpunten die werden gemeld:

- Het ontbreken van een landelijk decontaminatie protocol, waardoor oefenen niet mogelijk is;
- Ontsmetten is voor ziekenhuizen een probleem;
- Materiaal en middelen om te oefenen ontbreken;
- Kennis over CBRN ontbreekt (ook in keten);
- Door complexiteit van ramp is oefenen lastig (o.a. duur oefening, voorspellen aantal slachtoffers, wie heeft welke rol)
- CBRN als onderwerp voor oefenen speelt nog niet;

Een enkele instelling oefent dit type ramp al wel, omdat de regio een hoog risicoprofiel heeft.

Het oefenen van een pandemie. Een kleine groep respondenten noemt hier knelpunten (14%):

- Kennis over een pandemie ontbreekt;
- Taakverdeling ten tijde van een pandemie onduidelijk (t.a.v. o.a. huisarts);

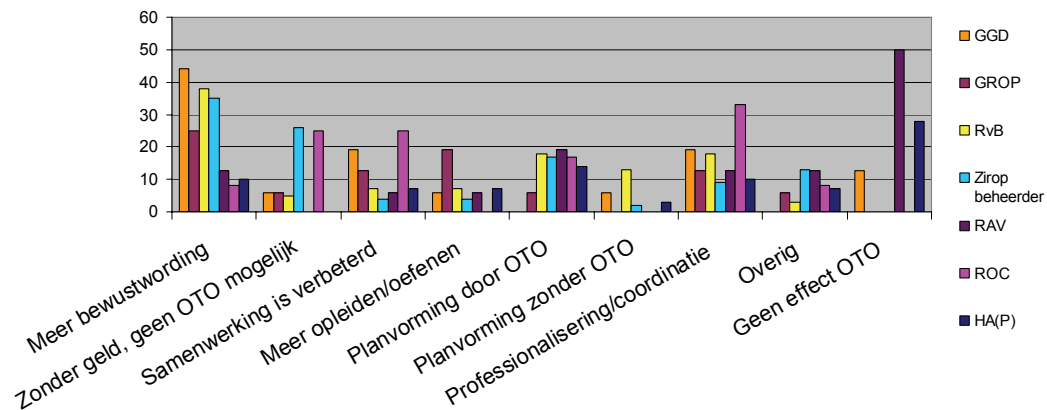
Een belangrijk algemeen knelpunt is dat de grenzen van regio's niet congruent zijn voor verscheidene instellingen (o.a. traumacentra, GHOR, veiligheidsregio's, GGD). Een aantal respondenten noemt nog:

Vergelijking 2007

Deze vraag heeft een hogere respons dan in 2007, toen slechts 15-20% deze vraag heeft beantwoord. Het percentage ligt deze meting op gemiddeld 95%, waarbij de nadruk nog steeds ligt op knelpunten bij de voorbereiding op de chemische (CBRN) ramp. De aangestipte knelpunten bij voorbereiding op de flitsramp komen bij beide metingen overeen.

Welke aspecten in de voorbereiding op rampen zijn de afgelopen 2 jaar veranderd voor uw instelling? Kunt u hierbij aangeven welke zaken niet veranderd zouden zijn, zonder de stimuleringsgelden en welke mogelijk wel? (Vraag 48) *

Figuur 3.29: Veranderingen in de afgelopen twee jaar (instelling)



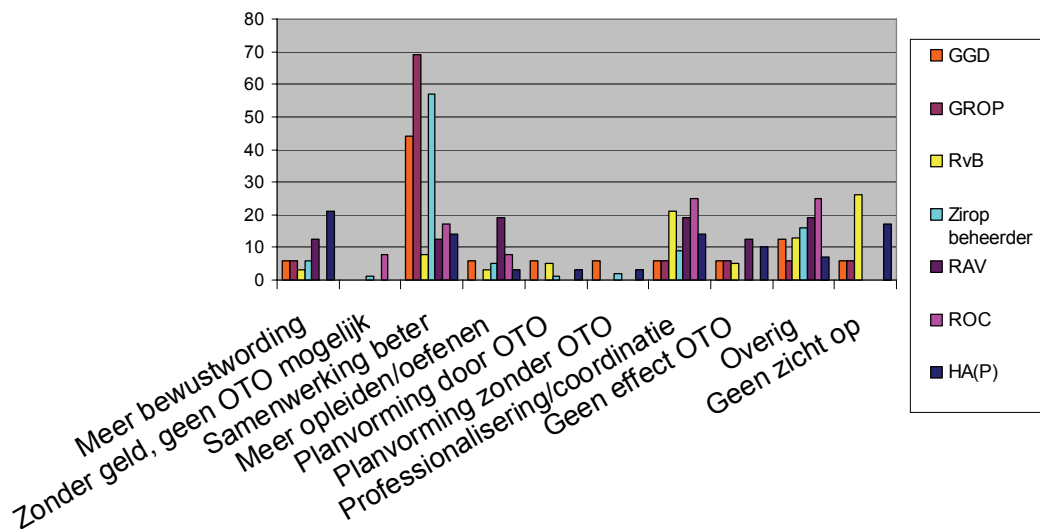
(NB de y-as gaat van 0-60%)

Door alle respondenten (gemiddeld 25%) werd aangegeven dat er sprake was van een verhoogde bewustwording in de voorbereiding op rampen en de noodzaak hiertoe. De stimuleringsgelden hebben tot meer professionalisering en/of coördinatie geleid gaf 16% (gemiddeld) aan. Daarnaast was er vanuit OTO een lijn van planvorming uitgezet (gemiddeld 13%). Zowel de ZiRop-beheerder (26%) als de ROC respondenten (25%) gaven aan dat OTO niet mogelijk was geweest zonder de gelden. De RAV respondenten

zagen geen effect in de voorbereiding op rampen door de OTO gelden (50%). Enige malen werd opgemerkt dat het spijtig is dat de OTO stimuleringsgelden beheerd worden door de traumacentra en niet door de veiligheidsregio/GHOR en dat dit het OTO proces belemmerd heeft. Daarnaast melden verschillende respondenten dat de influenza pandemie H1N1 van 2009 mede van invloed is geweest op de verbeterde voorbereiding op rampen (wellicht meer dan de stimuleringsgelden).

Welke aspecten in de voorbereiding op rampen zijn de afgelopen 2 jaar veranderd voor uw regio? Kunt u hierbij aangeven welke zaken niet veranderd zouden zijn, zonder stimuleringsgelden en welke mogelijk wel? (Vraag 49) *

Figuur 3.30: Veranderingen in de afgelopen twee jaar (regio)



(NB de y-as gaat van 0-80%)

Deze open vraag liet mogelijkheid tot het aangeven van de regionale veranderingen. Een duidelijke clustering is te zien in de verbeterde samenwerking (gemiddeld 30%), die bijdroeg aan een betere voorbereiding op rampen. Daarnaast droegen professionalisering-/coördinatie bij aan een betere voorbereiding in de regio (gemiddeld 14%). Een kwart van de leden van de Raden van bestuur van ziekenhuizen acht zich niet in staat een verandering te beoordelen.

Als u een cijfer moet geven voor de mate waarin uw instelling is voorbereid op rampen, welk cijfer geeft u dan? (Vraag 50)

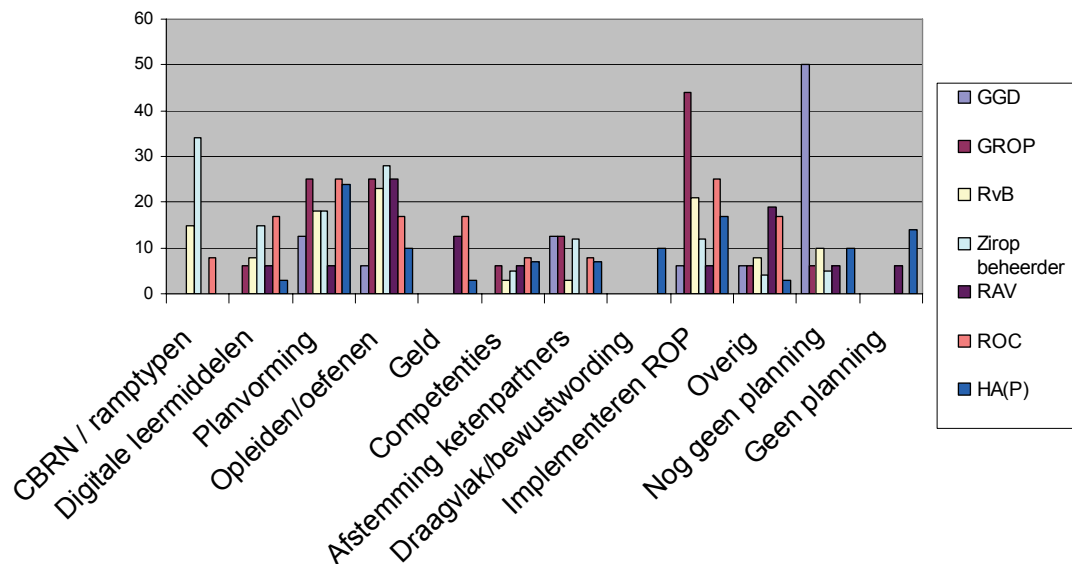
Tabel 3.3

| | 3 jaar terug | 2010 | 2 jaar verder |
|-------------------------------------|--------------|------|---------------|
| GHOR | 5,3 | 6,3 | 7,4 |
| ROAZ | | | |
| Voorzitter | n.v.t. | 7,3 | 8,1 |
| Coördinator | n.v.t. | 6,3 | 7,2 |
| OTO-functionaris ROAZ | n.v.t. | 7 | 7,8 |
| Bestuurders | | | |
| RvB | 4,8 | 6,6 | 7,9 |
| Directeur GGD | 4,3 | 6,6 | 7,2 |
| Directeur Huisartsenposten | 4,3 | 6 | 7,6 |
| Voorzitter Huisartsenkring | 5 | 5,3 | 6 |
| Directeur RAV | 6 | 7,3 | 8,1 |
| Operationele functionarissen | | | |
| ZiRop-beheerder | | 5 | 6,8 |
| ROC | | 6,2 | 7 |
| Alle respondenten | 5,1 | 6,6 | 7,5 |

Een stijgende lijn is te zien van de periode voordat de OTO gelden beschikbaar waren (gemiddeld een 5,1) tot 2010, waarin het gemiddelde cijfer op een 6,6 ligt. Voor de toekomst zijn de respondenten positief gestemd, mede doordat een deel van de gelden nog besteed moet worden (gemiddeld een 7.5).

*Welke speerpunten ziet u voor het jaar 2011 voor uw instelling, uw regio? (Vraag 51) **

Figuur 3.31: Speerpunten 2011



(NB de y-as gaat van 0-60%)

Deze vraag laat bij de ziekenhuizen en de ROC respondenten een duidelijke wens zien aandacht te geven voor CBRN en andere type rampen in 2011 (gemiddeld 29%). Planvorming (gemiddeld 18%) en meer opleiden en oefenen (gemiddeld 19%) staan ook hoog op de agenda voor 2011. Het implementeren van het Rop (19%) wordt als speerpunt genoemd, met als uitschieter de respondenten GROP (44%).

3.8 ROAZ-voorzitters

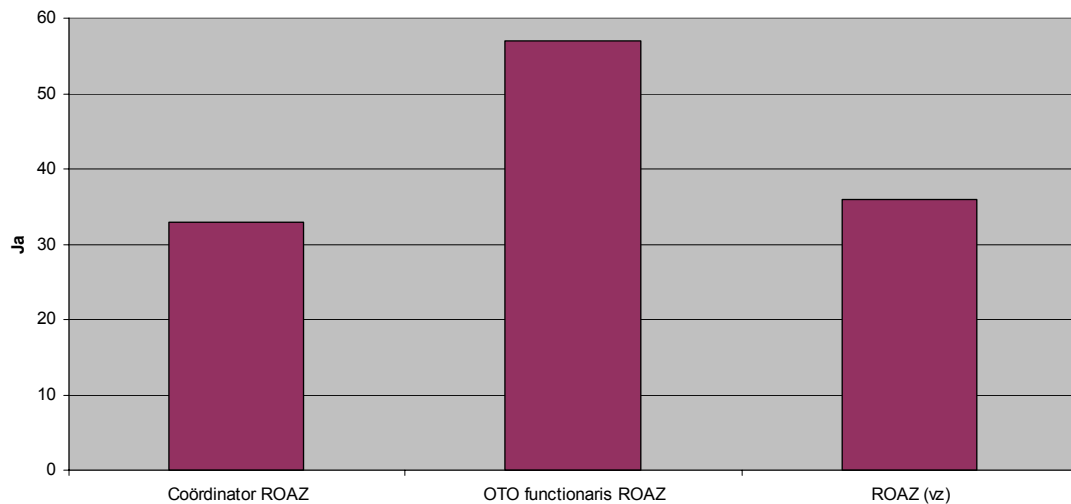
In dit rapport wordt maar zijdelings ingegaan op voorzitters van het ROAZ. Omdat zij verantwoordelijk zijn voor het regionale overleg en voor de besteding van de stimuleringsgelden werd aan hen een aantal specifieke vragen gesteld. Er zijn nogal eens dubbelfuncties tussen voorzitters ROAZ en leden van raden van bestuur van ziekenhuizen; in zo'n geval werd de betrokkene uitdrukkelijk geïnterviewd als voorzitter ROAZ. Er zijn elf gesprekken gevoerd met voorzitters van tien traumacentra. In één geval weigerde de voorzitter een interview en in een ander geval werd gesproken met de voorzitter en diens plaatsvervanger.

Er werd allereerst gevraagd of de ketenpartners deel uitmaakten van het ROAZ. Daarbij werden de huisartsen(-posten) steeds genoemd, GGD en GGZ meestal en RAV en verpleeg- en verzorgingshuizen een enkele maal. Twee ROAZ-voorzitters hadden de ketenpartners niet precies voor ogen.

De voorzitters werd gevraagd of zij inhoudelijk op de hoogte waren van de vier wettelijk verplichte plannen (WVR) (risicoanalyseplan, crisisplan, beleidsplan en rampenbestrijdingsplan). Door vijf voorzitters werd hierop 'ja' geantwoord, door vijf 'nee' en één voorzitter gaf aan dat dit een GHOR-taak was. Op de vraag of men op de hoogte was van de plannen die het convenant VWS-zorginstellingen voor OTO vereist (risicoanalyse, meerjaren beleidsplan en jaarplan) antwoordde tien voorzitters bevestigend en had één voorzitter er wel van gehoord.

Eén vraag werd gesteld over de aanwezigheid van een geactualiseerd rampenopvang plan bij de ketenpartners in de regio. In figuur 3.32 zijn de antwoorden van de ROAZ-voorzitters afgezet tegen die van de andere twee groepen ROAZ-functionarissen.

Figuur 3.32: Ja, geactualiseerd rampenopvangplan



(NB de y-as gaat van 0-60%)

De voorzitters hebben hier ongeveer dezelfde mening als de ROAZ-coördinatoren: maar ongeveer een derde van de ketenpartners heeft een geactualiseerd plan. De ROAZ OTO-functionarissen zijn aanmerkelijk positiever (let echter op dat de hier gepresenteerde percentages kleine aantallen vertegenwoordigen, zie paragraaf 3.1).

Actuele plannen waren volgens de voorzitters (nog) niet aanwezig bij de huisartsen, de GGD-en, de GGz en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Aan de voorzitters werd gevraagd hoe de samenwerking en synergie is met het oog op te behalen efficiency tussen de ROAZ regio's en het landelijk steunpunt OTO? De onderstaande antwoorden werden gegeven door de elf respondenten:

(Overwegend) positief:

- Landelijk gaat goed (veel samenwerking), bestuurlijk is vooral informatief;
- Goed overleg, koppeling met OTO platform is geborgd, onderwerp OTO staat zowel regionaal als bij landelijk steunpunt op agenda;
- Loopt wel goed, veel uitwisseling tussen regio's;
- Er is samenwerking, geen oordeel over hoe het gaat;
- Elke regio heeft eigen 'ding'; registratie gaat goed;
- Streven naar afstemmen, leren van elkaar en ontwikkelen landelijke producten;
- Landelijk kennisplatform daar wordt goed overlegd. Nog wel winst te behalen door meer synergie te bewerkstelligen;
- Leren van elkaar, projectgroepen actief, iedereen doet mee;
- Er is synergie, wel meer winst te behalen, door landelijke projecten;
- Landelijk speerpunten zijn prima;
- Samenwerking groeit, verliep eerst stug, gaat nu beter. Iedereen weet wat voor rol hij heeft;

- Redelijk goed. Veel informatie en ervaring uitwisseling tussen alle partijen. Echt steunpunt in de letterlijke betekenis van het woord;
- Goed, ondanks feit dat er actualiteit van regio er tussendoor komt.

(Overwegend) negatief:

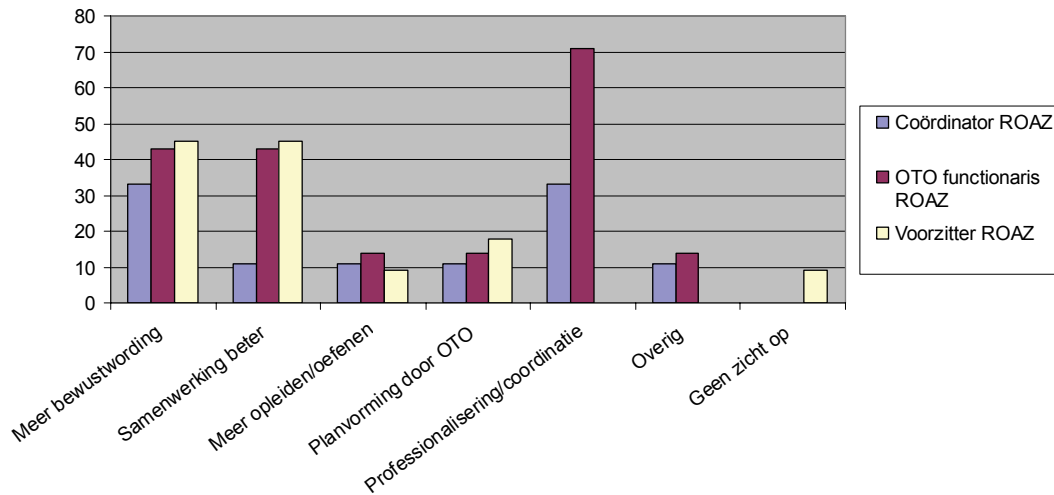
- Kan beter. Teveel regio's delen informatie niet. Landelijk steunpunt zit er ook niet achteraan;
- Wel veel grote verschillen tussen regio's; dat is niet altijd handig.
- Voor ons 'veel brengen, weinig halen'. Dit argument werd 6x genoemd;
- Weinig leiding, landelijk steunpunt, eilandgedrag;
- Onvoldoende zou beter kunnen;
- Wiel overal opnieuw uitgevonden; te weinig gebruik gemaakt van elkaars kennis en kunde (2x);
- Onvoldoende uitgewerkt;
- Er wordt onderling nog niet echt open gesproken. Kan beter;
- Door verschillen in regio's en zwaartepunt, soms couleur locale van dien aard dat zaken niet landelijk gebruikt/ingezet kunnen worden;
- Veel personele wisselingen bij deelnemers, daardoor weinig samenhang, weinig synergie. Het is meer 'meedelen' dan 'delen'.

Aan de voorzitters ROAZ werd gevraagd of door hen wordt deelgenomen aan regionaal overleg met RGF en veiligheidsregio; 81 % van de respondenten is hierbij betrokken. De voorzitters werd vervolgens gevraagd op welke manier de aanwending van de OTO stimuleringsgelden voor verandering zorgde in het bestedingspatroon, vergeleken met de jaren 2007/8 (Nulmeting NIVEL). Er werd geantwoord dat de stimulering kosten betreft die vroeger uit het reguliere budget kwamen en dat er ook reëel nieuwe initiatieven worden ontplooid, zoals e-learning. Er is meer structuur en planvorming, meer synergie en de bereidheid om te oefenen is groter. De meeste voorzitters weten niet (precies) hoeveel geld er in hun regio werd besteed en verwijzen door naar de coördinator OTO. Zij weten wel dat de gelden worden besteed aan scholingsprogramma's, e-learning, cursussen (m.n. CBRN), symposia, het oefenen door leden van crisisteam en het actualiseren of maken van rampenopvang plannen.

De ROAZ-voorzitters zijn in meerderheid voorstander van meer uniformering, met behoud van de 'couleur local', ofwel uitsluitend op regionaal niveau. Ook wordt opgemerkt dat uniformering een middel moet zijn en zeker geen doel. Uniformering van functies en competenties is het meest gewenst.

In figuur 3.33 is voor de drie groepen functionarissen van het ROAZ in beeld gebracht welke aspecten van de preparatie op rampen in de regio zijn veranderd onder invloed van de stimuleringsgelden. De voorzitters noemen hierbij vooral de verbeterde samenwerking en de toegenomen bewustwording. De OTO-functionarissen valt vooral de toegenomen professionalisering op.

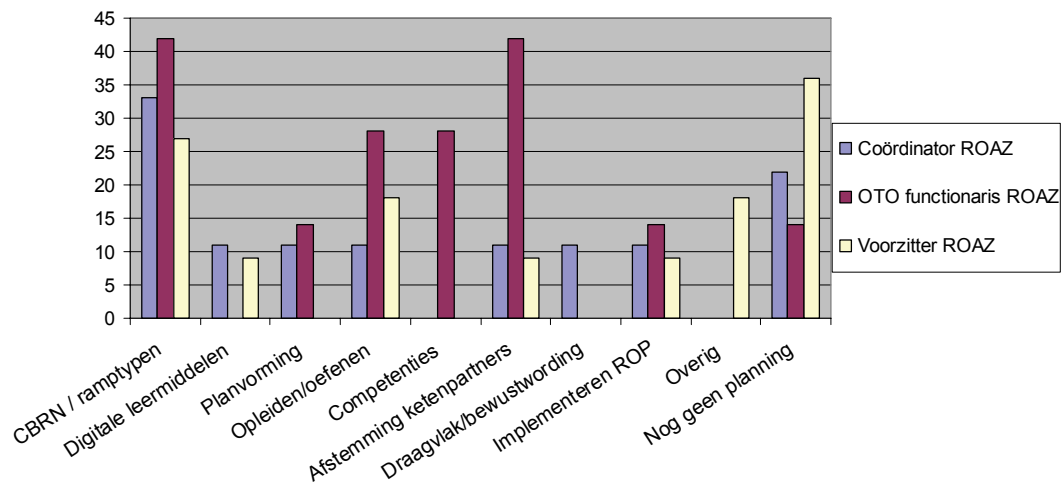
Figuur 3.33: Veranderingen in regio



(NB de y-as gaat van 0-80%)

Tenslotte werd de voorzitters gevraagd welke speerpunten zij voor hun regio zien in het jaar 2011. In figuur 3.34 zijn de antwoorden afgedrukt, vergeleken met de beide andere groepen ROAZ-functionaris.

Figuur 3.34: Speerpunten 2011



(NB de y-as gaat van 0-45%)

Alle drie de groepen ROAZ-functionaris zien het oefenen van diverse ramptypen, in het bijzonder CBRN, als belangrijk speerpunt voor 2011. Omdat de vraag over 2011 in september of oktober 2010 werd gesteld was nog niet overal de planning bekend of besloten. Ook werd genoemd dat achterstand bij de RAV's en bij de huisartsen moet worden weggewerkt.

3.9 GHOR-bureau

Hoewel de GHOR-bureaus hiervoor al meermaals werden vergeleken met de overige ketenpartners, wordt in deze paragraaf separaat aandacht besteed aan deze organisatie die onder invloed van de wetten WVR, WPG en WTZi een andere positie heeft gekregen in vergelijking met 2007. De onderstaande vragen geven hiervan een beeld.

Op welke manier is uw bureau betrokken bij de stimuleringsgelden (OTO-plannen) die aangevraagd worden voor uw regio, door de verschillende instellingen (Vraag 6)?

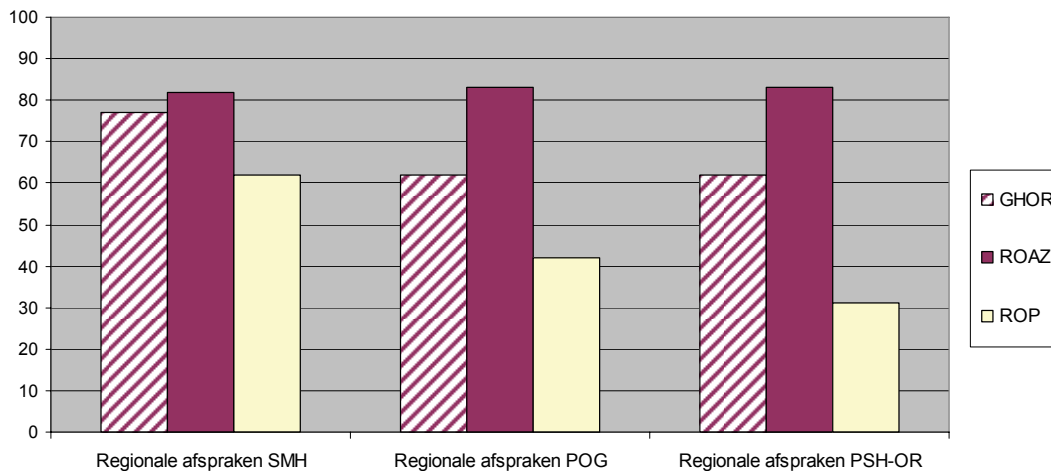
Bijna alle GHOR-bureaus (93%) zijn betrokken bij regionale OTO aanvragen. Hierbij gaat het om een adviserende rol bij aanvragen van ketenpartners inzake de OTO gelden, om het zitting hebben in een beoordelingscommissie, om een sturende rol, om het deel uitmaken van een ROAZ (OTO als thema), om het deelnemen aan een stuurgroep OTO, om het stimuleren van ketenpartners om aanvragen in te dienen en om het deel uitmaken van een steunpunt OTO.

Welke ketenpartners in de zorgsector zijn bij de realisatie van het OTO stimuleringsprogramma betrokken (Vraag 9)?

Om in te schatten welke partijen door het GHOR op een of meerdere wijzen wordt ondersteund, werd gevraagd welke ketenpartners de steun ontvangen. Hierbij ging het steeds om alle ROAZ partners (10 x genoemd) en alle ketenpartners (15x genoemd). Aan huisartsen en de GGz wordt niet in alle regio's steun verleend.

Zijn er voor de drie GHOR-processen, SMH, POG en PSH-OR regionale afspraken met instellingen ten aanzien van het opleiden binnen het OTO traject (Vraag 24)?

Figuur 3.35: Ja, regionale afspraken GHOR-processen



In de grafiek is te zien dat er voor ieder van de processen regionale afspraken zijn tussen GHOR- en ROAZ-functionarissen. Afspraken met ZiRop-beheerders, GRop-beheerders en ROC-ers blijven echter achter, met name voor het proces PSH-OR.

Een aantal respondenten gaf aan dat er convenanten zijn met ketenpartners over het gehele OTO traject en dat dit ook afgestemd wordt in de gehele planning van OTO, zowel in de regio als binnen de instelling. Andere respondenten gaven echter aan dat er nog afspraken gemaakt gaan worden onder invloed van het convenant.

De GHOR-bureaus maken op dit moment voornamelijk afspraken binnen het proces SMH met de ziekenhuizen en de RAV. Over het proces POG vindt overleg plaats met de GGD en de huisartsen en in een enkel geval met de RAV. Wat betreft de PSH-OR geven de respondenten aan dat er met de GGZ en Slachtofferhulp om tafel gezeten wordt.

Is er vanuit uw bureau coördinatie met betrekking tot regionale trainingen voor rampen en ongevallen (Vraag 29)?

In 79% van de gevallen heeft de GHOR een dergelijke rol. Praktisch gezien gaat dit meestal samen met oefenen.

Bent u betrokken bij het regionaal OTO-jaarplan (Vraag 30)?

86% van de respondenten is hierbij betrokken in OTO verband (stuurgroep, platform) en/of samen met ROAZ en traumacentrum.

Kunt u aangeven hoe de rol van uw bureau is voor elk van de volgende oefeningen ter voorbereiding op rampen en ongevallen (Vraag 32)?

Op instellingsniveau heeft de GHOR in 89% van de gevallen een rol. Dit is zowel bij Table top (71%), als bij Real Life (64%) en alarmeringsoefeningen (29%). Op regionaal niveau heeft de GHOR ook een rol (82%). De belangrijkste rol is die bij multidisciplinair oefenen waarbij de respondenten aangeven dat de rol in dezen als volgt is:

- Gelijkwaardige partners en vertegenwoordiger witte kolom (6x);

- Opererend op snijvlak bestuur, zorg en veiligheidsregio (5x);
- De rol is afhankelijk van het soort oefening (3x).

Kunt u aangeven bij welke van de volgende oefenonderdelen uw GHOR-bureau betrokken is (Vraag 39)?

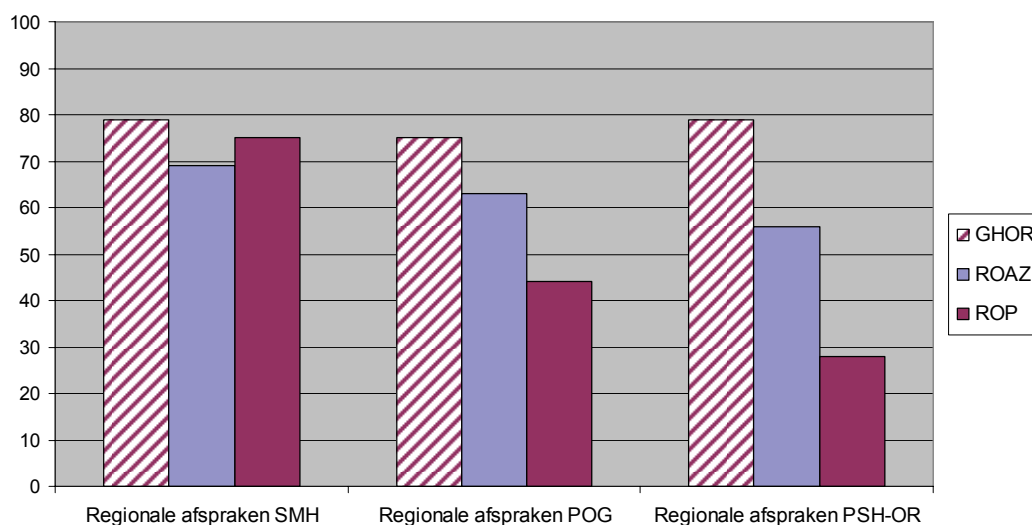
| | Ja % |
|--|------|
| a. Bij een decontaminatie-protocol? | 54 |
| b. Bij de registratie van getroffen? | 79 |
| c. Bij het slachtoffersysteem (SVS)? | 14 |
| d. Bij het gewondenspreidingsplan (GSP)? | 79 |
| e. Uitgaande van de reële behandelcapaciteit? | 68 |
| f. Over triage van tientallen slachtoffers tegelijk? | 71 |
| g. Met het uitvallen van communicatiemogelijkheden tijdens een ramp? | 36 |

Uit dezelfde vraag zoals gesteld aan de operationele (ROP) respondenten bleek dat oefenen met het slachtoffersysteem (10%) en het gewondenspreidingsplan (11%) niet veel voorkomt in vergelijking met 2007. Ook bij de GHOR wordt in slechts 14% van de gevallen getraind met het slachtoffersysteem.

Komen de drie GHOR processen - SMH, POG en PSH-OR - aan bod binnen de regionale afspraken (Vraag 41)?

De GHOR-functionaris kunnen per proces aangeven welke afspraken er zijn voor het oefenen van deze drie processen. Driekwart van deze functionarissen geeft aan afspraken te maken. Voor ROAZ-functionarissen en zeker voor de operationele functionarissen ligt het aantal gemaakte afspraken (veel) lager.

Figuur 3.36: Ja, regionale afspraken GHOR-processen



De respondenten gaven aan dat er voor SMH afspraken (convenanten) op tafel liggen met de RAV en de Meldkamer, alsmede de ziekenhuizen (SEH). Oefeningen van de drie processen worden door de GHOR gecoördineerd. De GHOR zorgt daarnaast voor het faciliteren en enthousiasmeren van partijen. Voor POG zijn er afspraken met GGD, GGZ en in enkele gevallen de huisartsen. De afspraken voor de PSH-OR zijn met de GGZ, waarbij het GHOR oefenleiders regelt en de evaluatie doet.

Welke knelpunten ervaart u bij de uitvoering van OTO binnen/buiten uw bureau (Vraag 44)?

Als voornaamste knelpunten werden genoemd:

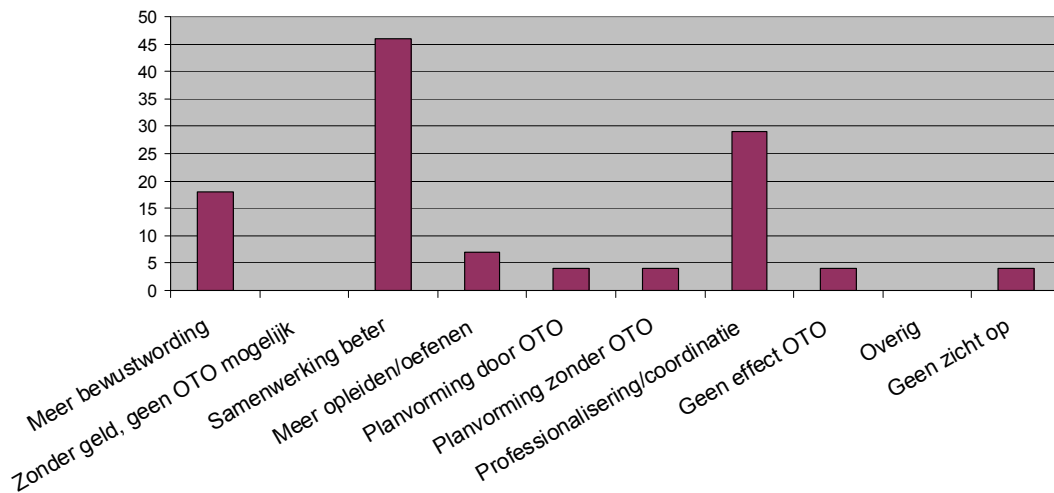
1. Belangrijk wat er met de stimuleringsgelden gaat gebeuren in de toekomst. Hoe verandert rol GHOR als deze gelden er niet meer zouden zijn en wat betekent het voor de ROAZ (-organisatie)?
2. Oefencapaciteit blijft een groot probleem, alsmede het (kunnen) bereiken van de totale doelgroep binnen de zorginstellingen.
3. Met name bij GGD, huisartsen en GGZ weinig animo om te oefenen en awareness bij bestuurders nog steeds gering.
4. Territoriale incongruentie blijft groot probleem.
5. Hoge turnover bij sleutelfunctionarissen; daardoor weinig continuïteit. Er moeten steeds weer nieuw mensen opgeleid en geoefend worden.

Welke aspecten in de voorbereiding op rampen zijn de afgelopen 2 jaar veranderd voor uw regio? Kunt u hierbij aangeven welke zaken niet verander zouden zijn, zonder de stimuleringsgelden en welke mogelijk wel (Vraag 50)?

Een groot deel van de respondenten merkt hier op (46%) dat de samenwerking in de regio vooruitgegaan is. Daarnaast zijn instellingen zich steeds meer bewust van hun verantwoordelijkheid, waardoor het geheel professioneler wordt (29%).

Verbeteringen in de afgelopen twee jaren

Figuur 3.37: Verbeterd in de afgelopen twee jaar



NB de y-as gaat van 0-50%

Hoe waardeert u de relatie tussen GHOR-bureaus en het ROAZ (Vraag 51)?

Deze vraag is alleen aan de GHOR-functionarissen gesteld en moet zicht geven op de relatie tussen de regio's en tussen de GHOR en het ROAZ. Een groot deel van de respondenten waardeert deze relatie als goed (78 %). Een overzicht van de toelichtingen die op deze vraag werden gegeven:

Positief:

- Goede band, mede ontstaan door aanpak H1N1 pandemie;
- Nu prima, aanvankelijk wat concurrerend nu samenwerkend;
- ROAZ vooral acute zorg; samenwerking is organisch proces, groeit gaandeweg.

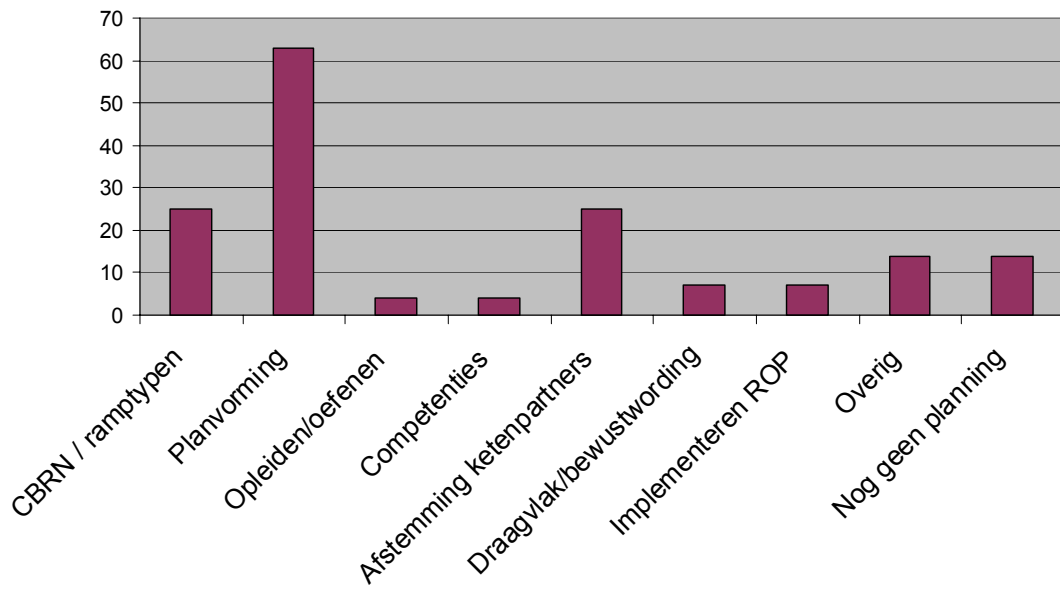
Aandachtspunten:

- Regio's sluiten niet altijd goed aan;
- ROAZ is ondergeschikt belangrijk in de regio, zou meer bezig moeten zijn met inhoud
- Samenwerking met verschillende ROAZ wisselt sterk;
- ROAZ moet veel meer doen om professionele aansluiting bij bestuurlijke laag te laten plaatsvinden. Beter nadenken over bestuurlijke 'bovenbouw' ROAZ.

Welke speerpunten ziet u voor het jaar 2011 voor uw regio (Vraag 53)?

Ondanks het al verbeterd zijn van het aantal plannen ten opzichte van 2007 ziet de GHOR planvorming en de implementatie ervan nog steeds als speerpunt voor 2011 (62%). Daarnaast is de aandacht voor chemische rampen (CBRN 24%) en de afstemming in de keten (25%) ook van belang voor het nieuwe jaar.

Figuur 3.38: Speerpunten 2011



4 Conclusies, beschouwing en aanbevelingen

4.1 Achtergrond en probleemstelling

In 2008 is een begin gemaakt met een eerste vierjarige cyclus waarbij stimuleringsgelden (10.000.000 euro per jaar) aan zorginstellingen worden verleend ter ondersteuning van het opleiden, trainen en oefenen (OTO) ter voorbereiding op rampen en zware ongevallen. In een convenant tussen het ministerie van VWS en koepels en brancheorganisaties van zorginstellingen werd vastgelegd waaraan dit geld wel en niet kon worden besteed. Het geld is verdeeld over de elf traumacentra in het land en wordt besteed in overleg met de RGF(-en) in de regio. Ieder van de traumacentra heeft in het kader van de wet WTZi een regionaal overleg geëntameerd met de ketenpartners in de acute zorg (het ROAZ). De regio's worden ondersteund door een landelijk steunpunt, aangestuurd door de stuurgroep OTO van het bestuur van de landelijke vereniging van traumacentra (LvTC).

Aanvankelijk was alleen de reguliere acute zorg onderwerp van overleg in het ROAZ. Toen in de memorie van toelichting bij de wet op de veiligheidsregio's (WVR) de genoemde stimuleringsgelden werden aangekondigd werd (de voorbereiding op) acute zorg bij rampen en zware ongevallen (de zgn. opgeschaalde zorg) in iedere ROAZ ook onderwerp van overleg.

Halverwege de eerste cyclus van - in feite - drie jaar (het eerste jaar werd - buiten het convenant - benut door aan GGD-en en huisartsorganisaties opdracht te geven een eigen rampenopvangplan te schrijven) heeft het bestuur van de LvTC en de stuurgroep OTO behoefte aan een overzicht van de actuele situatie rondom de kwaliteit van OTO: de statusanalyse 2010. Deze analyse is een momentopname, opgemaakt in een periode dat bijsturing nog mogelijk is voor een projectevaluatie van de eerste cyclus.

IJKpunt is daarbij de stand van zaken die in november 2007, middels een nulmeting, door het NIVEL werd vastgesteld enige maanden voordat de stimuleringsgelden werden verleend.

De probleemstelling voor de statusanalyse 2010 luidt: *'Is de kwaliteit van de voorbereiding op rampen door zorginstellingen veranderd, vergeleken met de eerdere opname van de stand van zaken, onder invloed van de verlening van stimuleringsgelden en binnen de kaders van het convenant?'*

4.2 Procedure en respons

De statusanalyse 2010 werd door het NIVEL uitgevoerd, nagenoeg drie jaren na de nulmeting (ofwel 'nulmeting'). Het veldwerk werd gedaan door vier professionele interviewers die, met gebruikmaking van een checklist die was aangepast aan de groep waarvan de te interviewen functionaris deel uitmaakte, samen 265 interviews afnamen (respons van ± 73%). Deze respons verhoudt zich goed tot die van de quick scan in 2007. De onderzoekers maakten gebruik van adreslijsten die door de elf traumacentra (door ROAZ-functionarissen) werden verstrekt. Deze lijsten bleken - onverwacht - onvolledige,

respectievelijk onjuiste informatie te bevatten. Dit wekte verbazing omdat een up-to-date 'naam-functie-adres' bestand vanzelfsprekend zou moeten zijn.

De respons was het hoogst voor de ZiRop-beheerders van ziekenhuizen (N=82). Andere functionarissen met een operationele taak waren de GRop-beheerders van GGD-en en de regionaal opleidingscoördinator van de ambulancediensten (ROC). Vanuit de bestuurlijke laag werden interviews gehouden met leden van de Raad van Bestuur van ziekenhuizen, directeuren van GGD, RAV, huisartsenposten en huisartsenkringen en de voorzitters van de elf ROAZ-en. Ook alle hoofden van GHOR-bureaus en enige regionaal geneeskundige functionarissen (RGF) werden ondervraagd (zoals eerder vermeld werden nagenoeg alle RGF-en geïnterviewd, maar dan in de functie van GGD-directeur). De laatste groep werd gevormd door coördinatoren en OTO-functionarissen van de ROAZ-en.

Tevoren was een hiërarchische volgorde bepaald. Als bijvoorbeeld een ROAZ-voorzitter niet kon worden ondervraagd, werd aan een ROAZ- of OTO-coördinator verzocht namens de voorzitter de vragen te beantwoorden. Omdat het daarbij om een aangepaste vragenlijst ging, kwamen niet tevens de antwoorden op vragen voor de eigenlijke functie aan bod.

4.3 Samenvatting van de resultaten

Plannen en planning

In 2007 was men niet goed op de hoogte van de planvorming die was vereist rondom OTO en werden deze plannen niet opgesteld of regelmatig geactualiseerd. Onder invloed van het convenant bij de stimuleringsgelden heeft een meerderheid van de instellingen en regio's anno 2010 de benodigde plannen (OTO) gemaakt. De rampenopvangplannen van ziekenhuizen en GGD-en en de bijstands- en calamiteitenplannen van de ambulancediensten zijn vaak in 2010 geactualiseerd. Een meerderheid van de respondenten was op de hoogte van de beleidsplanning die volgens het convenant verplicht is. De invoering van de WVR is zo recent dat de wet bij functionarissen uit de ziekenhuizen, GGD en huisartsenposten nog relatief onbekend is. Er werd (daarom) vaak naar de GHOR verwezen. Een eventuele samenhang tussen de plannen van het OTO convenant en die van de WVR wordt door bijna niemand gezien. Het was voor de onderzoekers - bij gebrek aan een 'meetlat' - niet mogelijk om de inhoud van de diverse plannen op kwaliteit te beoordelen. Voor de statusanalyse 2010 was alleen van belang dat de vereiste plannen er daadwerkelijk waren en dat gold voor alle regio's en nagenoeg alle instellingen.

Opleiden

Aan iedere geïnterviewde functionaris werd gevraagd of hij/zij was opgeleid voor de (virtuele) functie die bij een ramp zou moeten worden uitgeoefend. Ongeveer 50% (bestuurders, zowel als operationele functionarissen) antwoordde hier 'ja' (of 'nee'). Hoewel sommige groepen vaker wel waren opgeleid dan in 2007 (m.n. GGD-directeuren en ZiRop-beheerders) blijkt het gemiddelde van 50% geen verbetering. In de ziekenhuizen, GGD en huisartsenposten worden, afgezien van de getallen hierboven voor sleutelfunctionarissen, meer functionarissen (bestuurlijk en operationeel) opgeleid.

De operationele functionarissen zijn op de hoogte van opleidingsinitiatieven en ruim driekwart van de instellingen/diensten maakt gebruik van een kwaliteitsmethode; met name PCDA en het OTO-zevenstappenplan worden gebruikt. Zoals in 2007 wordt er vooral opgeleid ter voorbereiding op flitsrampen. De kans hierop is ook het grootst en de voorbereiding sluit dicht aan op het reguliere werk in de (acute) zorg. Bijna alle functionarissen maakten er melding van dat 2011 in het teken zal staan van de voorbereiding op CBRN rampen. De winst ten opzichte van 2007 is vooral de aandacht die er nu is voor ramptypen en de consequenties ervan voor OTO.

Er is in de afgelopen drie jaren daarentegen nauwelijks meer aandacht gekomen voor het opleiden voor de GHOR processen POG (preventie) en PSH-OR (psychosociale hulpverlening). Alleen de ROAZ-functionarissen zeggen zich specifiek op de drie processen te richten en alleen sleutelfunctionarissen hebben kennis van de drie processen.

Trainen

In 2007 werd niet nader ingegaan op het trainen (het oefenen van individuele vaardigheden, vaak na een opleiding), omdat er geen onderscheid kon worden gemaakt met oefenen. Die situatie is in drie jaren nauwelijks verbeterd. Als de interviewers niet actief hadden gestuurd was er ook nu geen aandacht besteed aan trainen; m.a.w. trainen moest worden toegelicht, alvorens dit als een apart onderdeel begrepen werd.

Oefenen

Zoals eerder bij opleiden geconstateerd, geldt ook voor het daadwerkelijk oefenen voor de beoogde functie van sleutelfunctionarissen dat de situatie niet beter is ten opzichte van 2007, zelfs licht slechter. Alleen GGD-directeuren oefenden vaker voor hun functie bij opgeschaalde zorg.

In de breedte antwoordde driekwart van de ondervraagden dat er in zijn/haar instelling wordt geoefend. Daarbij geven bestuurders vaker aan dat er in hun instelling wordt geoefend (97%) dan operationele functionarissen (75%).

Men oefent, net als in 2007 vooral ter voorbereiding op flitsrampen, gaat in 2011 oefenen op CBRN-rampen en pandemie lijkt uit de aandacht verdwenen.

Maar in de helft van de ziekenhuizen en GGD-en werd in het kalenderjaar 2010 geoefend (althans voorafgaand aan de interviews in september/oktober). Bij GHOR en RAV lagen deze percentages aanmerkelijk hoger. Bij ziekenhuizen en GGD ging het vooral om interne oefeningen van het 'table top' type en bij GHOR en RAV vooral om 'real life' multidisciplinair oefenen. Er wordt niet of nauwelijks geoefend voor de GHOR-processen preventie en psychosociale hulpverlening.

Aandacht die wordt besteed aan bepaalde specifieke oefenonderwerpen is nergens gestegen, vergeleken met 2007. De aandacht bleef hoogstens gelijk (oefenen met decontaminatieprotocol, oefenen uitgaande van de reële behandelcapaciteit, triage van tientallen slachtoffers), maar was vaak (veel) lager (slachtofferregistratie, gewonden spreidingsplan, uitvallen van communicatiemiddelen). Er wordt aangenomen dat deze specifieke onderdelen geïntegreerd zijn in grotere oefeningen.

Oefeningen worden nagenoeg altijd geëvalueerd, zoals ook al in 2007 werd geconstateerd. Deze evaluaties worden door verschillende functionarissen uitgevoerd. Vaak leidt een evaluatie tot aanpassingen van het interne oefenplan, van procedures en van aanpassing van gemaakte afspraken. Of individueel functioneren wordt geëvalueerd hangt van de instelling en de regio af. Bestuurders geven aan dat het zou moeten gebeuren, operationele functionarissen twijfelen hierover omdat er voor dit individueel evalueren nauwelijks normen zijn en zij oordelen dat het (daardoor) demotiverend zou kunnen werken.

Normering

In 2007 was een vrij onverwachte bevinding dat er grote behoefte bestond (ruim 80% van de ondervraagden) aan normering, met name om vrijblijvendheid tegen te gaan en functies en taken toetsbaar te maken. Er was vooral behoefte aan een ondergrens. In 2010 leeft deze behoefte aan normen minder (50%), zeker bij de ziekenhuizen. Vooral de ROAZ- en de GHOR-functionarissen zijn er nu voorstander van. De behoefte aan een ondergrens ('Waar moet ik aan voldoen?') bestaat nog steeds. Tegenstanders vinden vooral dat er al genoeg normen bestaan en zijn bang voor een keurslijf.

Uniformering

De vraag of men merkte dat er sprake was van een landelijke tendens naar meer uniformering binnen OTO werd zeer divers beantwoord. Gemiddeld zei iets meer dan de helft van de respondenten 'ja', daarbij vooral denkend aan de eigen instelling of regio. Bijna niemand kon het antwoord op deze vraag overzien op landelijk niveau.

Specialisatie

Zoals al in de nulmeting van 2007 werd gesignaleerd, kan er specialisatie plaatsvinden ten aanzien van opleiden, trainen en oefenen van andere GHOR processen dan de spoedeisende somatische. POG speelt uitsluitend voor de GGD en de huisartsen en PSH-OR voor de GHOR (hoewel die zich hier terug lijkt te trekken) en de GGD-en. Functionarissen van ziekenhuizen en ambulancediensten zouden, algemeen gesproken, geen specifieke opleidingen voor deze twee processen hoeven krijgen en er niet specifiek op hoeven te oefenen.

Accreditering en onderwijs

Een derde van de respondenten uit ziekenhuizen geeft aan dat er accrediteringspunten te verdienen zijn bij deelname aan oefeningen. Dit was in 2007 niet het geval. Onderwijs aan artsen in opleiding en verpleegkundigen in opleiding over opgeschaalde zorg vindt nog maar mondjesmaat plaats. Wel wordt op een aantal plaatsen onderwijs hierover gegeven aan nieuwe medewerkers.

Knelpunten bij OTO

In 2007 werden vooral financiële problemen als knelpunt genoemd. In 2010 worden genoemd: capaciteit- en continuïteitsproblemen bij het uitvoeren van OTO, problemen met het vrijmaken van mensen en de rol van de traumacentra (kwaliteit van de regie en verdeling van de stimuleringsgelden). De positie van de GHOR-bureaus ten opzichte van

de ROAZ is niet overal even duidelijk vorm gegeven. De GHOR-bureaus zijn soms minder zichtbaar, maar trekken wel overal de kar bij het oefenen. Een terugkerend thema is de territoriale incongruentie van traumacentra, GHOR-bureaus, GGD-en, veiligheidsregio's en soms adherentiegebieden van ziekenhuizen; dit knelpunt bestaat al geruime tijd; een oplossing ervoor lijkt niet in zicht. In de interviews werd regelmatig kritiek geuit op de situatie in Amsterdam e.o. De 'WVR gebieden' zijn daar onduidelijk ingedeeld en er zijn twee traumacentra in dezelfde regio. De relatie tussen traumacentra en de huisartsen wordt hier als slecht omschreven. De interviewers ontvingen de meest positieve geluiden over de regio Noord en over West-Nederland, terwijl dat drie jaar geleden Zwolle en Brabant waren.

Effect stimuleringsgelden

De stimuleringsgelden worden vooral ingezet voor het maken van planvorming, voor het vaker oefenen en er voor het (relatief meer) opleiden van mensen. Er worden inderdaad meer mensen opgeleid en er wordt meer geoefend, maar daarbij gaat het niet steeds over een voor sleutelfunctionarissen specifiek traject (zie resultaat hierboven). De gelden hebben gezorgd voor de aanschaf en ontwikkeling van e-learning programma's waarbij is aandacht voor op maat gemaakte specifieke software. Voor zorgverleners (huisartsen en specialisten) worden continuïteitsplannen ontwikkeld, waardoor het verloop van sleutelfunctionarissen wordt gekanaliseerd. Functionarissen van GGD en ziekenhuis stellen dan ook in grote meerderheid dat de gelden hebben geleid tot aantoonbare veranderingen in de preparatie op rampen. Huisartsen en functionarissen van ambulancediensten vinden juist in meerderheid dat er geen sprake is van een aantoonbare verandering. Door het OTO-platform zijn voor de 11 regio's vier speerpunten geformuleerd: uitwerking van profielen, een kwaliteitskader OTO, een OTO-portfolio en OTO-aanbod kwaliteitseisen en monitoring. Uit de interviews kwam naar voren dat het cyclisch OTO-model (PDCA), een kwaliteitskader, goed geïmplementeerd lijkt te zijn; over de bijbehorende effectmeting werd echter weinig vernomen. De andere drie speerpunten worden in 2011 gepubliceerd en werden door de respondenten (buiten die van het OTO-platform) nauwelijks genoemd.

4.4 Beschouwing en aanbevelingen

Het antwoord op de probleemstelling is, in algemene termen: OTO staat op de kaart, bewustwording is minder een issue, er wordt (vooral monodisciplinair) samengewerkt, geld is minder een probleem (nog wel voor de huisartsen) en de in het convenant genoemde plannen zijn gerealiseerd (zij het meer op het niveau van de regio dan van de instelling). Geconstateerd kan worden dat er, aangejaagd door de stimuleringsgelden - en in sommige sectoren nog extra door de H1N1 pandemie - stappen voorwaarts zijn gemaakt.

Daar staat tegenover dat er niet zichtbaar meer of specifiek wordt opgeleid, getraind en geoefend, waarbij het niveau vooral dat van de instelling is en minder dat van de overkoepelende regio. Dit laatste punt suggereert dat er nog onvoldoende uniformering is en het risico bestaat dat er wielen opnieuw worden uitgevonden. Bovendien lijken GHOR en RAV wat te marginaliseren en zitten de huisartsen in een moeilijke situatie (niet erkend in

hun sterke punt, de infectieziekte daarnaast geen enkele positie bij andere typen rampen). De GGD haakt nu aan en professionaliseert snel. De GHOR stelt zich, gegeven de eigen verantwoordelijkheid van instellingen, steeds meer op als toezichthouder en aanjager van oefenen. De verschillende verantwoordelijkheden van ROAZ, GHOR en de veiligheidsregio - plus de plaatselijke invulling ervan - zorgen nog voor onduidelijkheid. Er is derhalve sinds 2007 sprake van vooruitgang, stagnatie en aandacht vereist.

| Vooruitgang | Geen verandering | Verdient aandacht |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| Plannen gerealiseerd | Positie huisartsen in OTO | Positie ambulancedienst |
| Bewustwording/Awareness | Opleiden sleutelfunctionaris | Adressenbestanden |
| Meer mensen opgeleid | Oefenen sleutelfunctionaris | Aandacht voor POG |
| Positie GGD (GRop) | Regionale verschillen | Aandacht voor PSH-OR |
| Samenwerking binnen instelling | Samenwerking tussen instellingen | Specifieke oefeningen |
| Gebruik kwaliteitsmethode | Afstemming ROAZ-GHOR | |
| Ontwikkeling leerprogramma's | Vooraf flitsramp als oefenstof | |
| Aandacht voor andere ramptypen | Behoeft aan ondergrens | |
| Samenwerking: speerpunten OTO platform | Behoeft aan regionale uniformering | |
| Meer/betere coördinatie | Territoriale incongruentie | |
| Accrediteringspunten artsen | Problemen met continuïteit | |
| Handreiking huisartsen | | |

In deze kolommen zit een enkele maal een schijnbare tegenspraak, die echter bewust is geformuleerd: zo is er weliswaar meer aandacht voor andere ramptypen (vooruitgang), maar wordt toch vooral ter voorbereiding op een flitsramp geoefend (geen verandering). Er moet voor de komende periode meer aandacht zijn voor de punten die genoemd staan in de middelste en de rechtse kolom. In het algemeen wordt het nu vooral tijd om de plannen die de afgelopen periode werden gemaakt daadwerkelijk in de praktijk te brengen en zich meer op de inhoud te richten.

Per groep functionarissen en instellingen worden hieronder een aantal opmerkingen gemaakt, voorafgaand aan de aanbevelingen. Op de regio's wordt hier niet specifiek teruggekomen, met name omdat onderverdeling van 264 respondenten over 11 regio's en 10 groepen functionarissen tot kleine aantallen leidt. In bijlage 4 zijn een aantal resultaten uitgesplitst over de regio's. Bovendien gingen de onderzoekers nog de regio's in om specifiekere informatie te vergaren. Hierover wordt in hoofdstuk 5 gerapporteerd.

GGD

De relatief grootste sprong is de afgelopen jaren gemaakt door de GGD-en. Daarbij heeft de extra financiële injectie in 2008 een belangrijke rol gespeeld, omdat daarmee het GGD rampenopvangplan werd ontwikkeld. Bovendien heeft de GGD pandemieplannen in de praktijk kunnen brengen in 2009. Een aantal GGD-en was tevens betrokken bij een andere infectieziekte: de Q-koorts. Een relatief spanningsveld is de implementatie van het GRop in alle lagen van de organisatie en afstemming met de GHOR-bureaus, zeker waar het PSH-OR betreft. In die zin bevat het GRop voornamelijk het eigen aanbod en niet zozeer de afstemming met GHOR-taken.

In de resultaten van deze statusanalyse valt op dat de GRop-beheerders (nog niet overal aangesteld) relatief laag scoren bij de meeste vragen. De indruk bestaat dat de functie nog niet is uitgekristalliseerd. Sommige GGD-en zitten in een organisatie met RAV en/of

GHOR-bureau, mede waardoor het in 2007 genoemde punt van de territoriale incongruentie nog steeds speelt.

Huisartsen

Vanaf het begin was duidelijk dat de vorderingen bij de huisartsorganisaties nog gering zijn. De koepels LHV en VHN hebben weliswaar een handreiking uitgebracht en werken met GHOR Nederland aan een huisartsen rampenopvangplan (HaRop), maar er wordt nog relatief weinig opgeleid en nog minder getraind of geoefend. Er is weliswaar een positieve ontwikkeling (in 2007 was er een respons van 4% bij de Nulmeting), maar die is gering vergeleken met de GGD-en die in 2007 in hetzelfde pakket zaten als de huisartsen. Het ontbreken van compensatie voor OTO uren speelt een belangrijke rol bij huisartsen die immers ook 'kleine ondernemers' zijn. Het pandemieplan van de huisartsen, dat in 2009 bij de H1N1 pandemie deels kon worden beproefd, speelt wel een rol in huisartsenkringen. De indruk bestaat dat de cruciale positie van de huisarts bij infectieziekten en zoonosen niet in alle ROAZ-en wordt erkend. Huisarts brancheorganisatie LHV heeft het OTO convenant niet getekend. Ondanks de vooruitgang ten opzichte van 2007 blijft de vraag wat een plaats voor huisartsen kan zijn in de repressiefase van flitsrampen. De positie van de huisarts is sterker en vanzelfsprekender bij zich langzaam ontwikkelende rampen, zoals infectieziekten, en in de nazorg fase (nazorg sluit immers naadloos aan op de reguliere taken). Vertegenwoordigers van huisartsen zijn eerder lid van een ROAZ vanwege de (reguliere) acute zorg dan vanwege de opgeschaalde zorg.

Ziekenhuizen

Na de toekenning van de stimuleringsgelden in 2008 is er meer coördinatie en professionalisering, meer planvorming en meer samenwerking. Vooral samenwerking binnen en tussen ziekenhuizen is toegenomen, eerder al gestimuleerd door de ZonMw ZiRop-gelden. Er wordt door de ziekenhuizen (veel) meer samengewerkt met de GHOR-bureaus. Veel meer mensen dan in 2007 zijn zich bewust van de noodzaak zich te moeten voorbereiden op rampen en zijn opgeleid, terwijl er relatief (nog) niet door iedereen wordt geoefend. Daarbij lijkt er geen specifiek traject te zijn voor de sleutelfunctionarissen en vergt continuïteit voortdurend aandacht. De stimuleringsgelden zijn vooral bij de ziekenhuizen terecht gekomen. Wij interpreteren de relatief lage respons van ziekenhuisbestuurders aan de statusanalyse in eerste instantie niet als een gebrek aan awareness, maar als een gebrek aan prioritering.

Ambulancediensten

Veel RAV-functionarissen zien geen effect van de stimuleringsgelden (50%). Dat lijkt een teken te zijn van onzekerheid over de positie van ambulancediensten in het OTO-traject. Deze diensten trokken steeds samen op met de GHOR-bureaus. Omdat deze samenwerking onder invloed van de wetgeving is veranderd, lijkt nog geen nieuw evenwicht gevonden te zijn. Hoewel deze herpositionering op zichzelf niet met OTO te maken heeft, zijn er hierdoor wel 'lastige' consequenties. Minder dan de helft van de respondenten was specifiek opgeleid voor de beoogde functie en driekwart van hen had een oefening meegemaakt. In 2007 werden dezelfde functionarissen geïnterviewd (directeuren RAV en regionaal opleidingscoördinatoren) en lag het aantal opgeleide en geoefende onder hen (veel) hoger. De antwoorden van de functionarissen van de

ambulancediensten staan in contrast met ervaringen van ROAZ-functionarissen. Volgens de laatstgenoemden nemen de ambulancediensten in iedere regio deel aan oefeningen en wordt er regionaal samengewerkt. De diensten maken ook gebruik van de OTO stimuleringsgelden.

Traumacentra & ROAZ

Nagenoeg alle functionarissen (GGD wat minder) gaven aan dat hun instelling was vertegenwoordigd in het ROAZ in de regio. Ongeveer driekwart van hen was in het kader van het ROAZ betrokken bij regionaal overleg en dat percentage ligt beduidend hoger dan in 2007. Het gaat hierbij vooral om ketenoverleg en/of multidisciplinaire besprekingen. Enige kritiek werd genoteerd op de wijze waarop verzoeken om financiering van projecten uit de stimuleringsgelden door een ROAZ worden gehonoreerd ('ondoorzichtig'). Op een aantal terreinen is de regierol van een ROAZ niet geheel duidelijk, respectievelijk complementair aan die van de GHOR.

Er blijkt niet veel van een toegenomen samenwerking tussen verschillende traumacentra en ROAZ-en onderling en er zijn (derhalve) nog steeds faseverschillen.

Aanbevelingen laten zich destilleren uit de bovenstaande alinea's. De belangrijkste:

- Regionale planvorming (meerjarenbeleidsplan en risicoanalyse) is goed van de grond gekomen. De aandacht kan nu verlegd worden van procedure naar inhoud. De landelijke speerpunten waar aan gewerkt wordt door het Landelijk Steunpunt OTO kunnen de basis vormen voor een landelijk kader vakbekwaamheid OTO.
- Er moet daarnaast landelijke coördinatie zijn voor steeds terugkerende thema's als normering, uniformiteit, indicatoren die aangeven wat van welke functionaris wordt verwacht (competentie- en functieprofielen), consequenties van territoriale incongruentie en van continuïteitproblemen;
- Meer aandacht moet nu worden besteed aan samenwerking *tussen* instellingen en *tussen* regio's. Bij de toekenning van stimuleringsgelden dient dit een belangrijke overweging te zijn;
- De besteding van de stimuleringsgelden dient beter gemonitord en geëvalueerd te worden. Het is nu mogelijk dat meerdere regio's hetzelfde wiel uitvinden, er vindt geen inhoudelijke toetsing plaats en in zijn algemeenheid is het niet eenvoudig het directe effect van de gelden te bepalen;
- Afstemming tussen ROAZ en GHOR is niet alle geïnterviewden duidelijk. Een gezamenlijke pr actie lijkt aangewezen;
- De positie van twee ketenpartners moet verduidelijkt worden: die van de RAV (wat is de huidige, veranderde positie in het OTO-project onder invloed van veranderde wetgeving?) en die van de huisartsen (hun positie is bij infectieziekten en bij nazorg duidelijk en niet omstrede; voor flitsrampen en bij CBRN is die positie nog onduidelijk);
- Ook dient te worden (her-)overwogen of alle partijen opgeleid moeten worden, c.q. oefenen met de drie GHOR processen, zoals in het convenant verwoordt. De basis voor meer specialisatie moet gelegd worden in de operationele afspraken tussen GHOR en zorginstelling. Het OTO-plan sluit aan op deze afspraken;
- In 2007 werd door ons bepleit om meer in te zetten op de sleutelfunctionarissen van de zorginstellingen. In 2010 is de situatie niet verbeterd. Bij een volgende statusanalyse

dient een hoger percentage dan 50 specifiek te zijn opgeleid. Mogelijk zijn in een volgende analyse de resultaten zichtbaar van het speerpuntenproject van het landelijk steunpunt OTO/OTO-platform;

- Tenslotte, gezien onze ervaringen bij het maken van afspraken voor interviews: adreslijsten dienen up-to-date te zijn. Een dergelijke lijst is immers een indicatie van het commitment aan het OTO-project.

Bijlage 1: OTO nader bekeken⁴

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de voorbereiding op grootschalig optreden. Concreet betekent dit dat plannen, procedures en instructies zijn opgesteld en geïmplementeerd en dat medewerkers op hun (specifieke) rol zijn voorbereid. Onderdeel van deze voorbereiding is het opleiden, trainen en oefenen van functionarissen en teams. Deze OTO activiteiten vormen geen op zichzelf staand doel, maar zijn een middel om tot de gewenste voorbereiding te komen.

Het vakbekwaam worden en blijven vergt continue aandacht, zoals uitgedrukt in een cyclisch model (zie figuur B1.1). Dit model bestaat uit zeven fasen (stappen) waarbij een vastgesteld Rampen Opvang Plan (Rop) de basis vormt. De cyclus vormt het uitgangspunt voor de verschillende OTO activiteiten. De inzet van de OTO stimuleringsgelden als extra bovenop de reguliere budgetten brengt (zorg)instellingen in de positie om de wettelijke verantwoordelijkheden ten aanzien van de voorbereiding op grootschalig en bijzonder optreden invulling te geven. De stimuleringsgelden werken hierbij als vliegwiel om uiteindelijk zelfstandig OTO activiteiten voor te bereiden, uit te voeren en te begeleiden. Dit zal tevens moeten leiden tot het structureel inbedden van opleiden, trainen en oefenen in de PDCA (plan-do-check-act) cyclus als onderdeel van het reguliere “kwaliteitsdenken”.

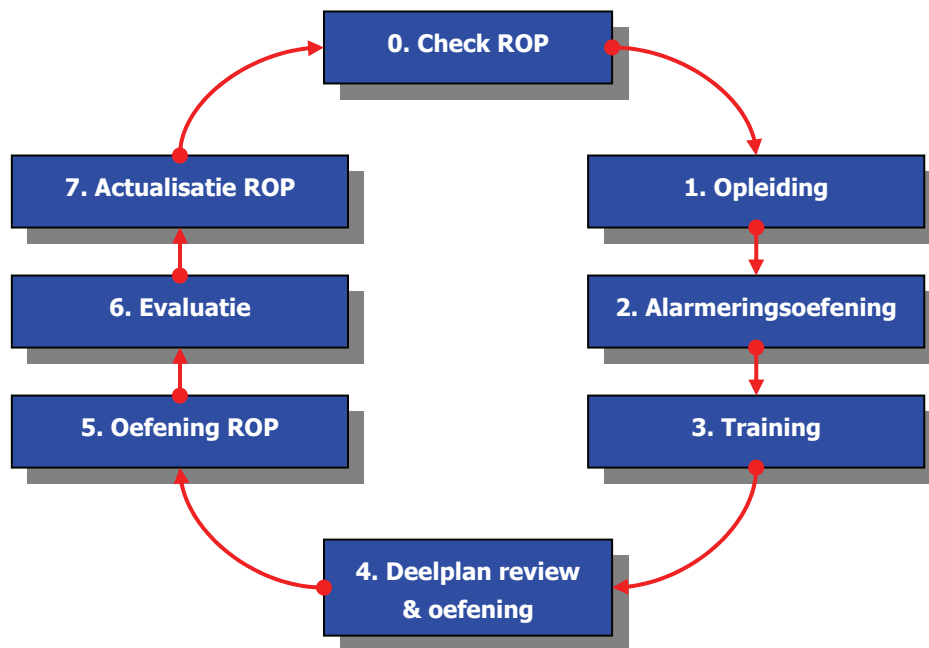
Uitwerking van bovenstaand kader leidt tot kennisverbreding en intensivering van de samenwerking in de keten van geneeskundige hulpverlening bij (zware) ongevallen en rampen. De basis van grootschalig en bijzonder optreden ligt in de reguliere taken en verantwoordelijkheden van de zorginstellingen. Het inzetten van de stimuleringsgelden om deze verantwoordelijkheden in te vullen, zal resulteren in een effectiever operationeel optreden en de samenwerking van alle betrokken zorginstellingen

Zorginstellingen hanteren het zeven fasen model en voeren het model uit: ziekenhuizen doorlopen het model in de beleidsperiode minimaal twee keer; de overige zorginstellingen minimaal één keer. Het continu doorlopen van het zeven fasen model leidt tot het vakbekwaam worden en blijven van functionarissen en teams. Onderdeel van de uitvoering van het zeven fasen model is het registreren van vakbekwaamheid.

Vorbereiding op grootschalig optreden door middel van opleiden, trainen en oefenen wordt gerelateerd aan (inter)regionale risico's (regionale risico analyse). Deze risico's zijn inhoudelijk (bijvoorbeeld de voorbereiding op een grieppandemie of CBRN⁵ gerelateerd incident) en organisatorisch (bijvoorbeeld planvorming of positie in de keten) van aard. Dit laatste vormt een belangrijk uitgangspunt voor de uiteindelijke besteding van de stimuleringsgelden.

⁴ Ontleent aan de oefenmethodiek van het Ziekenhuis Rampen Opvangplan (ZIROP) van het Schakelpunt Brabant en het Modelplan OTO vanuit het project GGD Voorbereid van GGD en GHOR Nederland.

Figuur B1.1: Zeven fasen OTO model⁶



De stimuleringsgelden zijn primair bestemd voor instellingen die het convenant “*inzake opleiden, trainen en oefenen ter voorbereiding op rampen en crises*” hebben ondertekend. Deze instellingen vervullen een rol in de acute zorgketen en zijn als zodanig onderdeel van het ROAZ. Daarnaast zijn instellingen en organisaties die vanuit de drie GHOR processen (acuut somatisch, preventie en psychosociale hulpverlening) een inhoudelijke rol vervullen doelgroep van de stimuleringsgelden.

Doelgroep voor de besteding van de gelden binnen de zorginstellingen zijn de functionarissen die een (coördinerende) rol vervullen in het kader van grootschalig en/of bijzonder optreden. Deze specifieke rol is anders dan invulling van de reguliere functie binnen de zorginstelling en wordt alleen ingevuld indien er sprake is van een situatie waarbij het Rampen Opvang Plan en/of specifieke procedures van kracht zijn.

⁶ Chemisch, Biologisch, Radiologisch en Nucleair; afkorting RNBC wordt ook gebruikt.

Bijlage 2: Respons functies ROAZ

Er is veel energie besteed om alle ROAZ-functionarissen als respondent voor dit onderzoek te spreken. Omdat dit niet geheel gelukt is in deze bijlage een overzicht.

Voorzitters ROAZ

Gesproken met voorzitters uit:

Brabant, Midden Nederland twee keer*, Noord, Euregio*, Zuid West Nederland, West Nederland*, Limburg, Noord West Nederland, AZO en Zwolle (N= 11).

* Opmerkingen

- In Midden werd tevens gesproken met een plaatsvervangend coördinator
- In de Euregio werd de voorzitter vervangen door een plaatsvervangend voorzitter.
- In West Nederland werd gesproken met de coördinator ROAZ als plaatsvervanger van de voorzitter.

Niet gesproken voorzitters: West Nederland (vervanger is coördinator ROAZ), AMC (met vervanger was binnen onderzoeksperiode geen afspraak meer te plannen) en de Euregio (vervanger aangewezen).

Coördinator ROAZ

Gesproken met coördinatoren uit:

Zwolle, AMC, Brabant, Limburg, Noord*, AZO twee keer*, Noord West Nederland* en Zuid West Nederland (N = 9).

* Opmerkingen

- De functionaris uit Noord was ook OTO-functionaris, maar is in die rol niet geïnterviewd.
- Een van de twee functionarissen uit de regio AZO stond op de lijst als OTO-functionaris, maar gaf aan coördinator te zijn.
- De functionaris in Noord West Nederland viel in voor de coördinator en was zelf OTO-functionaris.

Niet gesproken coördinatoren: Midden Nederland (met de vervanger van deze coördinator is een gesprek gehouden als voorzitter ROAZ), West Nederland (deze coördinator is als plaatsvervanger van de voorzitter ROAZ geïnterviewd).

OTO-functionaris ROAZ

Gesproken met OTO-functionarissen uit:

Midden Nederland, Zuid West Nederland, Zwolle, West Nederland, Brabant, de Euregio* en Limburg (N= 7).

* Opmerking

- In de Euregio werd op het laatste moment een vervanger aangeleverd met een niet nader bekende status.

Niet gesproken OTO-functionarissen: Noord (door dubbelfunctie), Noord West Nederland (plaatsvervangend voor coördinator), de Euregio (hier is op het laatste moment een vervanger aangeleverd), AZO (geïnterviewd als coördinator) en AMC (respondent niet te pakken gekregen).

Bijlage 3: Regio's met achterblijvende respons

Drie regio's komen in de responsparagraaf (§3.1) naar voren als regio's met een (potentieel) lage respons. Om te bekijken of deze respons inderdaad laag is en wat mogelijke redenen hiervan zijn, zullen deze regio's hier worden uitgelicht.

Noord-West-Nederland

GGD: 2 aangeleverde adressen - niemand gesproken
Huisartsen: geen adressen aangeleverd - niemand gesproken
Traumacentra: 3 aangeleverde adressen - 2 respondenten
Ziekenhuizen: 10 beheerders, 10 RvB - 9 beheerders; 2 RvB
RAV: geen aangeleverde adressen - niemand gesproken
GHOR: 4 aangeleverde adressen - 3 respondenten

In deze lijst van 29 aangeleverde adressen, waren 2 mensen zowel functionaris ROAZ als functionaris in het ziekenhuis, hierdoor is de effectieve lijst er een van 27 mensen, waarmee het totaal percentage bereikte functionarissen op 59% komt. Per groep is dit percentage 90% ZiRop-beheerders, 75% GHOR, 67% ROAZ, 20% Raden van Bestuur en 0% bij de GGD, de RAV en de huisartsen.

Euregio

Aangeleverde adressen per instelling

GGD: 3 aangeleverde adressen - 2 respondenten
Huisartsen: 4 aangeleverde adressen - 4 respondenten
Traumacentra: 2 aangeleverde adressen (1 dubbelfunctie) - 2 respondenten
Ziekenhuizen: 3 beheerders, 3 RvB (overlap 1 in RvB) - 3 beheerders; 1 RvB
RAV: 2 ROC, 2 RAV - 4 respondenten
GHOR: 2 aangeleverde adressen - 2 respondenten

Van de aangeleverde aantallen (21) is er een overlap met andere regio's (3 functionarissen) en op de eigen lijst 1 dubbele functie dat leidt tot 18 bruikbare adressen. Van deze 18 mensen zijn er drie vanuit hun functie in een andere regio geïnterviewd, waardoor er 15 interviews gehouden zijn. Dit betekent een bereik van 100%. Per functionaris is het percentage GGD 67%, huisartsen 100%, TC 100%, ZiRop 100%, RvB 33%, RAV 100%, GHOR 50%.

Midden Nederland

Aangeleverde adressen per instelling

GGD: 4 aangeleverde adressen - 2 respondenten
Huisartsen: 2 aangeleverde adressen - 2 respondenten
Traumacentra: 3 aangeleverde adressen - 3 respondenten
Ziekenhuizen: 6 beheerders, 5 RvB - 5 beheerders; 1 RvB
RAV: 1 ROC, 1 RAV - 1 respondent
GHOR: 1 aangeleverde adressen - 1 respondent

Door het bestaan van overlap met de andere regio's is er sprake van een effectieve lijst van 23 functionarissen, waardoor het totaal percentage voor bereikte respondenten op 65% komt.

Per groep komt dit aantal op 50% voor de GGD, 100% voor de huisartsen, voor traumacentra 100%, ZiRop 83%, RvB 20%, RAV 50% en voor het GHOR 50%.

Bijlage 4: Statusanalyse 2010 per regio

De statusanalyse 2010 dient mede een beeld te verschaffen van de stand van zaken in de regio's. Omdat de stand van zaken OTO het onderwerp vormt van deze analyse is hieronder voor een aantal relevante vragen uit de gebruikte checklist een onderverdeling gemaakt naar de elf ROAZ regio's. Zowel het percentage per antwoord als de N die daarbij hoort is weergegeven.

Om allereerst een beeld te krijgen van de aantallen (N) die per regio gesproken zijn hieronder een overzicht per groep functionarissen:

| Operationele respondenten | Functie: | | | Totaal |
|------------------------------------|-----------------|-----------|-------------|------------|
| | ZiRop-beheerder | ROC | GRop-houder | |
| Traumaregio (ROAZ): | | | | |
| Traumacentrum regio Noord | 11 | 3 | 1 | 15 |
| Traumacentrum Zwolle | 5 | 1 | 1 | 7 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 3 | 1 | 1 | 5 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 9 | 0 | 0 | 9 |
| Traumacentrum AMC | 10 | 1 | 0 | 11 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 5 | 0 | 2 | 7 |
| Traumacentrum West-Nederland | 8 | 3 | 2 | 13 |
| Acute Zorgregio Oost | 4 | 3 | 3 | 10 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 9 | 0 | 3 | 12 |
| Traumacentrum Brabant | 13 | 0 | 1 | 14 |
| Traumacentrum Limburg | 5 | 0 | 2 | 7 |
| Totaal | 82 | 12 | 16 | 110 |

| Bestuurders | Functie: | | | | | Totaal |
|------------------------------------|-----------|------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------|------------|
| | RvB | Directeur GGD | Directeur Huisartsen- posten | Voorzitter Huisartsen- kring | Directeur RAV | |
| Traumaregio (ROAZ): | | | | | | |
| Traumacentrum regio Noord | 9 | 2 | 2 | 1 | 3 | 17 |
| Traumacentrum Zwolle | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 8 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Traumacentrum AMC | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 9 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Traumacentrum West-Nederland | 5 | 2 | 3 | 1 | 3 | 14 |
| Acute Zorgregio Oost | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| Traumacentrum Brabant | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 13 |
| Traumacentrum Limburg | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 8 |
| Totaal | 39 | 16 | 21 | 8 | 16 | 100 |

| ROAZ-functionarissen | Functie ROAZ | | Totaal |
|------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| | Coördinator | OTO-functionaris ROAZ | |
| Traumaregio (ROAZ): | | | |
| Traumacentrum regio Noord | 1 | 0 | 1 |
| Traumacentrum Zwolle | 1 | 1 | 2 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 0 | 1 | 1 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 1 | 0 | 1 |
| Traumacentrum AMC | 1 | 0 | 1 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 0 | 1 | 1 |
| Traumacentrum West-Nederland | 0 | 1 | 1 |
| Acute Zorgregio Oost | 2 | 0 | 2 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 1 | 1 | 2 |
| Traumacentrum Brabant | 1 | 1 | 2 |
| Traumacentrum Limburg | 1 | 1 | 2 |
| Totaal | 9 | 7 | 16 |

| GHOR | | |
|---|--|-----------|
| Traumacentrum regio Noord | | 4 |
| Traumacentrum Zwolle | | 2 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | | 2 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | | 3 |
| Traumacentrum AMC | | 4 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | | 1 |
| Traumacentrum West-Nederland | | 5 |
| Acute Zorgregio Oost | | 2 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | | 3 |
| Traumacentrum Brabant | | 3 |
| Traumacentrum Limburg | | 2 |
| Totaal | | 28 |
| Totaal inclusief dubbele regio's 3 respondenten | | 32 |

| ROAZ-voorzitter | | |
|------------------------------------|--|---|
| Traumacentrum regio Noord | | 1 |
| Traumacentrum Zwolle | | 1 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | | 1 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | | 1 |
| Traumacentrum AMC | | 0 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | | 2 |
| Traumacentrum West-Nederland | | 1 |
| Acute Zorgregio Oost | | 1 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | | 1 |
| Traumacentrum Brabant | | 1 |
| Traumacentrum Limburg | | 1 |

Vraag 2: **Bent u voor deze (waarschijnlijke) functie in opgeschaalde situaties opgeleid?**
 (Antwoord is hier ‘ja’)

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|-----|---|
| Traumacentrum regio Noord | 28% | 5 |
| Traumacentrum Zwolle | 33% | 3 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 33% | 2 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 0% | 0 |
| Traumacentrum AMC | 44% | 4 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 33% | 2 |
| Traumacentrum West-Nederland | 64% | 9 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 50% | 6 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 42% | 5 |
| Traumacentrum Brabant | 46% | 6 |
| Traumacentrum Limburg | 56% | 5 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|-----|---|
| Traumacentrum regio Noord | 43% | 6 |
| Traumacentrum Zwolle | 50% | 3 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 20% | 1 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 63% | 5 |
| Traumacentrum AMC | 50% | 6 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 60% | 3 |
| Traumacentrum West-Nederland | 62% | 8 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 75% | 6 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 89% | 8 |
| Traumacentrum Brabant | 29% | 4 |
| Traumacentrum Limburg | 50% | 3 |

| Voor de GHOR | | |
|------------------------------------|------|---|
| Traumacentrum regio Noord | 75% | 3 |
| Traumacentrum Zwolle | 100% | 1 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 100% | 2 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 100% | 3 |
| Traumacentrum AMC | 100% | 3 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 100% | 1 |
| Traumacentrum West-Nederland | 80% | 4 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 50% | 1 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 100% | 3 |
| Traumacentrum Brabant | 100% | 3 |
| Traumacentrum Limburg | 100% | 2 |

Vraag 6: *Vormt de besteding van stimuleringsgelden voor een aantoonbare verandering op de voorbereiding op calamiteiten (crisis/rampen)?*

(Antwoord is hier 'ja')

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 88% | 15 |
| Traumacentrum Zwolle | 33% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 50% | 3 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 100% | 2 |
| Traumacentrum AMC | 57% | 4 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 83% | 5 |
| Traumacentrum West-Nederland | 71% | 10 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 83% | 10 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 83% | 10 |
| Traumacentrum Brabant | 31% | 4 |
| Traumacentrum Limburg | 71% | 5 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 88% | 12 |
| Traumacentrum Zwolle | 100% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 80% | 4 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 75% | 6 |
| Traumacentrum AMC | 83% | 10 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 100% | 5 |
| Traumacentrum West-Nederland | 85% | 11 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 100% | 8 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 89% | 8 |
| Traumacentrum Brabant | 79% | 11 |
| Traumacentrum Limburg | 67% | 4 |

Vraag 10: *Is er in uw instelling een eigen geactualiseerd Rampenopvangplan?*

(Antwoord is hier 'ja')

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 78% | 14 |
| Traumacentrum Zwolle | 33% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 50% | 3 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 100% | 2 |
| Traumacentrum AMC | 67% | 6 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 50% | 3 |
| Traumacentrum West-Nederland | 64% | 9 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 83% | 10 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 67% | 8 |
| Traumacentrum Brabant | 54% | 7 |
| Traumacentrum Limburg | 78% | 7 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 79% | 11 |
| Traumacentrum Zwolle | 100% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 100% | 5 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 88% | 7 |
| Traumacentrum AMC | 92% | 11 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 80% | 4 |
| Traumacentrum West-Nederland | 77% | 10 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 63% | 5 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 100% | 9 |
| Traumacentrum Brabant | 86% | 12 |
| Traumacentrum Limburg | 100% | 6 |

Vraag 31: *Wordt er in uw instelling geoefend ter voorbereiding op crisis, rampen en ongevallen?*

(Antwoord is hier 'ja')

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 89% | 16 |
| Traumacentrum Zwolle | 67% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 67% | 4 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 50% | 1 |
| Traumacentrum AMC | 100% | 8 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 83% | 5 |
| Traumacentrum West-Nederland | 69% | 9 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 75% | 9 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 83% | 10 |
| Traumacentrum Brabant | 62% | 8 |
| Traumacentrum Limburg | 67% | 6 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 85% | 11 |
| Traumacentrum Zwolle | 100% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 80% | 4 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 86% | 6 |
| Traumacentrum AMC | 92% | 11 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 100% | 5 |
| Traumacentrum West-Nederland | 92% | 11 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 75% | 6 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 89% | 8 |
| Traumacentrum Brabant | 100% | 13 |
| Traumacentrum Limburg | 67% | 4 |

Vraag 30: *Zijn er over het oefenen door uw instelling afspraken met anderen gemaakt?*
 (Antwoord is hier 'ja')

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 83% | 15 |
| Traumacentrum Zwolle | 67% | 6 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 50% | 3 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 100% | 2 |
| Traumacentrum AMC | 100% | 7 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 83% | 5 |
| Traumacentrum West-Nederland | 71% | 10 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 67% | 8 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 83% | 10 |
| Traumacentrum Brabant | 54% | 7 |
| Traumacentrum Limburg | 89% | 8 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 92% | 12 |
| Traumacentrum Zwolle | 83% | 5 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 100% | 5 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 88% | 7 |
| Traumacentrum AMC | 92% | 11 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 100% | 5 |
| Traumacentrum West-Nederland | 92% | 12 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 100% | 8 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 100% | 9 |
| Traumacentrum Brabant | 92% | 13 |
| Traumacentrum Limburg | 100% | 6 |

Vraag 39: *Sommige mensen vinden dat er binnen de geneeskundige kolom te weinig normen zijn waaraan men wel of niet moet voldoen. Anderen vinden zulke normen ongewenst omdat het hen in een keurslijf zou kunnen dwingen. Met welk van de 2 meningen ben u het eens?*

De volgende respondenten willen graag normen.

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 76% | 12 |
| Traumacentrum Zwolle | 56% | 5 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 33% | 2 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 100% | 2 |
| Traumacentrum AMC | 57% | 4 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 50% | 3 |
| Traumacentrum West-Nederland | 43% | 6 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 36% | 4 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 83% | 10 |
| Traumacentrum Brabant | 46% | 6 |
| Traumacentrum Limburg | 56% | 5 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|------|---|
| Traumacentrum regio Noord | 75% | 6 |
| Traumacentrum Zwolle | 0% | 0 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 100% | 1 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 50% | 4 |
| Traumacentrum AMC | 86% | 6 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 33% | 1 |
| Traumacentrum West-Nederland | 54% | 6 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 60% | 3 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 60% | 3 |
| Traumacentrum Brabant | 80% | 8 |
| Traumacentrum Limburg | 50% | 3 |

Vraag 43: *Merkt u dat er sprake is van een landelijke tendens naar meer uniformering binnen het OTO-project en een eenduidige wijze van OTO en informatie en communicatie?*

(Antwoord is hier 'ja')

| Voor de bestuurders | | |
|------------------------------------|------|---|
| Traumacentrum regio Noord | 60% | 9 |
| Traumacentrum Zwolle | 63% | 5 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 83% | 5 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 100% | 2 |
| Traumacentrum AMC | 100% | 5 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 100% | 6 |
| Traumacentrum West-Nederland | 50% | 7 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 82% | 9 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 50% | 5 |
| Traumacentrum Brabant | 64% | 7 |
| Traumacentrum Limburg | 67% | 6 |

| Voor de operationele respondenten (Rop) | | |
|--|------|----|
| Traumacentrum regio Noord | 71% | 10 |
| Traumacentrum Zwolle | 83% | 5 |
| Traumacentrum Euregio (Twente) | 100% | 5 |
| Traumacentrum Noord West Nederland | 86% | 6 |
| Traumacentrum AMC | 83% | 10 |
| Traumacentrum Midden-Nederland | 75% | 3 |
| Traumacentrum West-Nederland | 69% | 9 |
| Acute Zorgregio Oost (Nijmegen) | 71% | 5 |
| Traumacentrum Zuid-West Nederland | 89% | 8 |
| Traumacentrum Brabant | 75% | 9 |
| Traumacentrum Limburg | 50% | 3 |

Bijlage 5: Afkortingen

| | |
|-----------------|--|
| BT | Beleidsteam |
| BZK | Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties |
| CBRN-ramp | Ramp van type Chemisch, Biologisch, Radiologisch en/ of Nucleair |
| ETS | Emergo Train System |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| GHOR | Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen |
| GRop | GGD rampenopvangplan |
| GRop-beheerder | Beheerder van het GGD rampenopvangplan |
| HAP | Huisartsenpost |
| HaRop | Huisartsen rampenopvangplan |
| HKZ | Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector |
| HMIMS | Hospital Major Incident Management and Support |
| LHV | Landelijke Huisartsen Vereniging |
| LvTC | Landelijke Vereniging voor Trauma Centra |
| MIMMS | Major Incident Medical Management and Support |
| MKA | Meldkamer Ambulancezorg |
| MT | Managementteam |
| NAZ | Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg |
| NIVEL | Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg |
| OTO | Opleiden Trainen Oefenen |
| PDCA | Plan Do Check Act |
| POG | Preventieve Openbare Gezondheidszorg |
| PSH-OR | Psycho Sociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen |
| RAV | Regionale Ambulance Voorzieningen |
| RGF | Regionaal Geneeskundig Functionaris |
| ROC | Regionaal operationeel coördinator (RAV) |
| Rop | Rampenopvangplan |
| ROAZ | Regionaal Overleg Acute Zorg |
| SEH | Spoedeisende Hulp |
| SMH | Spoedeisende Medische Hulp |
| VHN | Vereniging Huisartsenposten Nederland |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| WTZ | Wet Toelating Zorginstellingen |
| WVR | Wet Veiligheidsregio's |
| ZiRop | Ziekenhuis rampenopvangplan |
| ZiRop-beheerder | Beheerder van het ZiRop in het ziekenhuis |

5 Addendum regionale bijeenkomsten

5.1 Opzet regionale bijeenkomsten

Na afronding van de Statusanalyse 2010 is er voor gekozen de verscheidene regio's aan te doen om aldaar de resultaten te presenteren en te beluisteren waar de regio's mogelijk afwijken - zowel positief als negatief - van het in de analyse beschreven landelijke beeld. De aanwezigen (ROAZ-vergadering; voorbereidingsgroep ROAZ, OTO-groep ROAZ) kregen tevoren de samenvatting toegezonden van de Statusanalyse. De onderzoekers presenteerden de belangrijkste uitkomsten met behulp van PowerPoint dia's en splitsten een aantal relevante resultaten uit voor de betreffende regio. Vervolgens werd er door de deelnemers gediscussieerd over een aantal stellingen.

De tijdsduur van de bijeenkomst varieerde van 20 minuten tot 1.5 uur. Het spreekt vanzelf dat in het eerste geval minder onderwerpen aan bod kwamen. In sommige regio's was niet iedere discipline vertegenwoordigd, met name vertegenwoordigers van huisartsen en ambulancediensten ontbraken soms. De gesprekken werden gevoerd in de maanden januari en februari 2011.

In sommige regio's is er sprake van meer dan één overleg: Groningen, Friesland, Drenthe vormen samen regio Noord en Noord/Midden en Zuid Limburg samen Limburg. Er zijn daarom 14 bijeenkomsten georganiseerd.

Beoogde gespreksonderwerpen waren:

- A. Waarin wijkt uw regio af van het geschetste landelijke beeld? (Stelling 1)
- B. Hoe is de positie van de huisartsen in uw regio ten aanzien van OTO? (Resultaat Statusanalyse)
- C. Hoe is de positie van de ambulancediensten in uw regio veranderd? (Resultaat Statusanalyse)
- D. Wat is uw opinie over normering van opgeschaalde functies en activiteiten? (Stelling 2)
- E. Wordt er aandacht besteed aan ieder van de drie GHOR processen? (Resultaat Statusanalyse)

5.2 Resultaten

Allereerst viel op dat in de verschillende regio's volop werd meegedaan met de discussies. Tijdens de meeste bijeenkomsten bemerkten de onderzoekers een 'wij-gevoel' onder de aanwezigen en een betrokkenheid bij het thema. Er bleek ook duidelijk dat er voor verschillende aspecten van OTO onderling wordt samengewerkt binnen de regio's.

Naast de bovengenoemde vijf gespreksonderwerpen kwam in meerdere regio's het resultaat van de Statusanalyse aan bod dat er meer geïnvesteerd zou moeten worden in

een OTO traject voor sleutelfunctionarissen, omdat deze aan de interviewers aangaven zich nogal eens niet opgeleid te achten, respectievelijk weinig te oefenen. Hoewel soms werd vermeld dat deze functionarissen, m.n. bestuurders, posities innemen waarvoor OTO minder van belang is (het gaat eerder om faciliteren van OTO voor anderen), werd het resultaat (h)erkend. In diverse regio's werd aangegeven dat men met dit hiaat aan de slag zal gaan. In regio Noord hebben bijvoorbeeld onlangs de ZiRop-beheerders een eerste opleidingsmogelijkheid gehad. In de regio Amsterdam-AMC speelt een tekort aan opleidingsmogelijkheden (m.n. tekort H-MIMMS capaciteit).

Een ander onderwerp dat regelmatig aan bod kwam, was de consequentie voor het OTO-traject van het eventueel wegvallen van de stimuleringsgelden, bijvoorbeeld onder invloed van bezuinigingen. In de meeste regio's werd deze mogelijkheid gezien als een potentiële doodsteek voor veel van de ontwikkelingen die in gang zijn gezet. Beëindiging van de gelden zou betekenen dat er geen borging plaatsvindt van hetgeen de afgelopen jaren werd bereikt. Met name gaat het hierbij om aspecten van samenwerking en om opleidingstrajecten. In het kader van functionele discontinuïteit moeten immers steeds weer nieuwe medewerkers worden opgeleid en getraind.

A. Stelling: 'Waarin onderscheidt uw regio zich van het in de Statusanalyse geschetste beeld?'

Per regio wordt in de volgende figuren aangegeven of de aanwezigen vonden dat er positief of negatief werd afgeweken van het landelijk gemiddelde zoals dat in de Statusanalyse geschetst is, of dat er geen verschil was.

Uit de gesprekken in de regio's blijkt een toegenomen samenwerking, vooral met dezelfde instellingen en soms ook met ketenpartners. Samenwerking tussen regio's komt minder vaak voor, het sterkst tussen Zwolle en de Euregio en - vooral noodgedwongen - in de regio Amsterdam.

Vaak vond met in groepsverband het beeld van de stand van zaken in de eigen regio positiever dan uit de individuele interviews (Statusanalyse) was gebleken.

Er was een opvallende overeenkomst in de vrees de stimuleringsgelden te verliezen, de problemen met continuïteit en met opleidingscapaciteit. Slechts in enkele regio's was tevredenheid over deelname van huisartsen (anders dan bij pandemie). Hier is een duidelijke wens om aan te geven wat de taken van deze beroepsbeoefenaren zouden kunnen zijn, per individuele praktijk en per huisartsenpost.

Figuur 5.1: Afwijkingen van het landelijk gemiddelde beeld van de Statusanalyse 2010

ROAZ Noord: de organisatiestructuur (Cycloon) werkt goed; er is gezamenlijk een eigen cultuur ontwikkeld en landelijke onderwerpen worden vertaald naar een regionale toepassing. Er is al 10 jaar een samenwerkingsverband tussen de ziekenhuizen en dat is versterkt door het ZonMw-ZiRop-project. Het programma Cycloon is nu bezig met de borging van het OTO-traject. De samenwerking met GHOR is goed, er gebeurt niets zonder samenwerking. CBRN was thema van 2010 en in 2011 staat zorgcontinuïteit - ook als oefenstof - op de agenda. De GHOR is niet langer leidend: ROAZ zet beleid in en GHOR werkt dit beleid mee uit. Binnen de instellingen is sprake van continuïteitsproblemen; opleiden van nieuw personeel volgt later dan gewenst. ZiRop-beheerders hebben nog weinig geoefend.

ROAZ Zwolle: de regio herkent het landelijk beeld niet als zodanig, er wordt in Oost Nederland al lange tijd samengewerkt tussen de 5 GHOR regio's en de drie Traumacentra, over de regiogrenzen en met terugkoppeling naar de ketenpartners. Samen wordt bekeken wat binnen OTO wel en niet kan, waarmee ook van elkaar geleerd wordt. De toekenning van stimuleringsgelden verschilt wel tussen de drie regio's. Code Rood heeft in deze regio vanuit het ZOnMw project veel werk gedaan waar mee een stevige basis gelegd is voor de ZiRop methode die de ziekenhuizen hanteren. In 2011 vooral aandacht voor netcentrisch werken.

ROAZ Euregio: binnenkort brede, gezamenlijke oefening, gebaseerd op verwachtingen en doelomschrijvingen die tevoren gezamenlijk zijn geformuleerd (o.a. slachtoffer-volg-systematiek). Moeilijk om bestuurders te motiveren voor eigen OTO activiteiten, maar enthousiast als ze eenmaal meedoen. Er is meer samenwerking tussen instellingen en een grote toename van awareness. Meer aandacht voor continuïteit door gestructureerde OTO activiteiten.

ROAZ AZO: een aantal onderwerpen uit de Statusanalyse wordt in deze regio positiever ervaren dan werd beschreven. De samenwerking tussen instellingen is ver gevorderd. De rol van OTO binnen ziekenhuizen is gewaarborgd door het instellen van een regionale opleidingscoördinator; ook voor huisartsen en GGz (zijn al aangesteld). Op de agenda staat het verduidelijken van mogelijkheden tot verkrijgen van ondersteuning. Niet altijd voor iedereen duidelijk waar aan te kloppen over OTO; de GHOR opereert toenemend in beleidsmatige hoek. Men ervaart veel last van territoriale incongruentie.

ROAZ Limburg: tussen instellingen onderling en met het ROAZ is veel uitwisseling, waardoor brede regionale projecten zijn opgezet. De GGz is een actieve partner in de regio en voor de huisartsen werd een coördinator aangesteld. Er wordt breed geoefend en er zijn liaisons van zorginstellingen. Er wordt niet alleen geoefend voor de flitsramp, maar ook voor hoog water en pandemie. Beperkingen liggen bij de opleidingscapaciteit en bij de persoonlijke capaciteit (drie dagen opleiden per jaar, inclusief OTO).

ROAZ Brabant: in Brabant was reeds sprake van een voorbereidingscultuur, voorafgaand aan de stimuleringsgelden (grote deelname aan ZonMW-ZiRop-project). Omdat er in deze regio geen academisch ziekenhuis is, is er een andere samenwerkingsstructuur tussen de ziekenhuizen. Alle instellingen hebben inmiddels een aanvraag gedaan, terwijl er aanvankelijk enige achterstand was. Tussen GHOR en ROAZ is nog verdere afstemming noodzakelijk. Het is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor wat.

ROAZ Zuid West: men is vooral bezig met de borging van het OTO-traject en die is afhankelijk van continuïteit: groot belang dat stimuleringsgelden blijven bestaan.

ROAZ West: beleidsplanning loopt goed; er zijn meer mensen opgeleid, al is er nog extra aandacht nodig voor opleiding sleutelfunctionarissen. Samenwerking tussen drie GGD's in regio verbeterd. In ziekenhuizen problemen met functionele continuïteit; er wordt gepoogd een waarnemingspool voor oefeningen op te zetten. Ziekenhuizen trekken kar bij oefeningen (: niet langer de GHOR). In 2011 richt men zich op het ramptype CBRN. Men investeert in ontmoetingen, waardoor ketenpartners elkaar kennen.

ROAZ Noord West: het geringe aantal bestuurders dat werd geïnterviewd geeft geen probleem aan, omdat er veel wordt gedelegeerd naar de operationele laag. De bestuurlijke laag is echter wel degelijk op de hoogte en neemt deel aan OTO. Men merkt de territoriale incongruentie, vooral in de regio Amsterdam. Er bestaat inmiddels wel overleg tussen de twee academische ziekenhuizen en men stemt onderling zaken af. Samenwerking tussen instellingen die dezelfde taken hebben, is verbeterd op operationeel niveau; samenwerking met ketenpartners kan nog beter. Opzetten planning OTO door GGD laat op zich wachten, o.m. door geldgebrek.

ROAZ AMC: in 2011 wordt een inhaalslag gemaakt voor de regio, binnen instellingen is nog lang niet iedereen opgeleid (geldt ook voor sleutelfunctionarissen). Bewustzijn is er zeker wel. De achterstand hangt samen met een beperkt aanbod in opleidingen (capaciteitstekort H-MIMMS). De gehele structuur van OTO is in deze regio later opgezet. Nog geen huisartsen en ambulancediensten in ROAZ.

Regio ROAZ Midden: de regio beschikt over een nationaal calamiteitenziekenhuis. In 2010 was er specifiek aandacht voor CBRN en in 2011 staat regionale planvorming op de agenda met alle ziekenhuizen samen. Er zijn regionale cursussen geweest voor alle ketenpartners. Huisartsen zijn actief. Functionele continuïteit is een reëel probleem in de regio. Er zijn zorgen over de voortgang van de stimuleringsgelden: bedreiging van continuïteit OTO-traject.

B. Resultaat ‘Hoe is de positie van de huisarts in uw regio ten aanzien van OTO?’

In de statusanalyse is een aanbeveling opgenomen om duidelijkheid te scheppen over de positie van de huisartsen. Daarbij wordt opgemerkt dat deze positie onomstreden is waar het opschaling bij infectieziekten, met name een influenza pandemie, betreft. Ook in de nazorgfase is de positie van deze groep beroepsbeoefenaren duidelijk. De positie is echter minder concreet waar het andere typen rampen betreft, zoals flitsrampen en CBRN incidenten. In verschillende regio's werd aangegeven dat er dringend behoefte is aan een vaststelling van mogelijke taken voor de huisarts bij deze typen rampen. In andere regio's is men inmiddels, ondanks deze onduidelijkheid, gestart met het formuleren van een HaRop, een Huisartsen Rampenopvangplan. Met name in de regio's Brabant en West (voortrekkerspraktijk in Gouda) is men hier verder mee gevorderd.

Er zijn nogal wat organisatorische problemen:

- F. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft het convenant niet getekend;
- G. Vertegenwoordigers van huisartsen in een ROAZ zijn vaak directeur van een huisartsenpost of voorzitter van een huisartsenkring; zij hebben geen zeggenschap over individuele artsen en hun praktijken;
- H. In enkele regio's troffen wij enthousiaste huisartsen in het ROAZ. Ook voor hen was het probleem aan te geven wie zij vertegenwoordigden;
- I. Een punt van zorg is de schadeloosstelling van huisartsen bij deelname aan OTO-activiteiten; zonder vacatiegelden is er weinig enthousiasme;
- J. Dit geldt eveneens voor accrediteringspunten die zouden kunnen worden verkregen voor OTO-activiteiten.

Deze problemen maken huisartsen(-organisaties) afwachtend.

In figuur 5.2 is per regio vermeld hoe op het resultaat van de Statusanalyse werd gereageerd

Figuur 5.2: Geen vooruitgang: positie van de huisartsen in OTO

ROAZ Noord: Het in de Statusanalyse geschetste beeld wordt herkend; men is somber over de positie van huisartsen in het OTO-traject in de toekomst, anders dan bij infectieziekten en nazorg na rampen. Er wordt in Groningen een poging ondernomen om risicokaarten te maken, samen met de GHOR. In Hoogeveen zijn huisartsen van de huisartsenpost betrokken bij het ZiRop, in hoeverre dit zich verhoudt tot HaRop is nog niet duidelijk. In Drenthe moet de rol van de huisarts nog besproken worden met de GHOR. In Friesland wordt vooral benadrukt dat de meerwaarde van huisartsen in de continuïteit van dagelijkse zorg zit. Dit bleek bij de H1N1 pandemie.

ROAZ Zwolle: Voor de huisartsen geldt dat er momenteel een concept HaRop ligt dat geïmplementeerd kan gaan worden. De awareness onder huisartsen neemt langzaam toe. Probleem dat gesprekspartners niet altijd een achterban hebben.

ROAZ Euregio: Huisartsen liggen nog achter op andere disciplines en het is niet duidelijk welke rol zij gaan vervullen. Bij opschaling is er lokaal samenwerking tussen Huisartsenpost en afdeling Spoedeisende Hulp. Eind 2011 moet er een HaRop zijn.

ROAZ AZO: Door territoriale incongruentie hebben sommige huisartsen(kringen) te maken met meerdere GHOR regio's, wat voor verwarring zorgt. Daarnaast wordt aangedrongen op het helder krijgen van de mogelijke rol van de huisarts binnen de opgeschaalde zorg. Er wordt een HaRop ontwikkeld. Leken verwachten een aanzienlijke rol van huisartsen ten tijde van een opschaling, deskundigen doen dit veel minder. Desondanks is er in sommige delen van de regio een actieve groep.

ROAZ Limburg: Hier zijn huisartsenposten pas onlangs georganiseerd, waardoor OTO als aandachtspunt relatief laat is gaan leven (2011). Recent is een coördinator aangesteld om deze zorgsector bij OTO te gaan betrekken.

ROAZ Brabant: Brabant is ver gevorderd met de huisartsen tot het vormen van een HaRop (juli 2011) voor alle huisartsen. Er moet nog één belangrijk punt (verletkosten) besproken en opgelost worden. Er is duidelijk minder animo voor OTO onder huisartsen. Training en opleiding volgt in 2011 en 2012.

ROAZ Zuid West: niet besproken.

ROAZ West: In deze regio is er sprake van vooruitgang; er is één huisartsenpost die al een HaRop heeft en twee andere die deze aan het opstellen zijn. Recent werd hierover gepubliceerd in Medisch Contact. Vier huisartsenposten deden een aanvraag voor OTO stimuleringsgelden. Bijna alle posten hebben deelgenomen aan OTO activiteiten georganiseerd door huisartsenpost Midden Holland. Individuele huisartspraktijken zijn veel lastiger aan te sporen zonder verletkosten vergoeding en accreditatie.

ROAZ Noord West: het overleg heeft hier het gevoel achter te lopen; de ongeveer 190 huisartsen in de regio zijn individueel niet mee te krijgen. Wel is er contact met de huisartsenposten, m.n. over de reguliere acute zorg. Discussie over positie huisartsen moet zich in 2011 uitkristalliseren. De situatie is beter in het noorden van de regio (huisartsen betrokken bij pandemie en kunnen worden opgeroepen bij een flitsramp wanneer er grote aantallen slachtoffers zijn) dan in de regio Amsterdam.

ROAZ AMC: De huisarts zit nog niet om de tafel, ook niet voor de (reguliere) acute zorg, Wel is er een coördinator aangesteld uit de OTO gelden die met de huisartsen een HaRop gaat opzetten met behulp van het landelijk model HaRop en de landelijke OTO-toolkit.

ROAZ Midden: In het OTO traject hebben de huisartsen zich voor de H1N1 goed ingezet en zijn aan het oefenen geweest. Huisartsen onderscheiden zich in deze regio positief ten opzichte van de rest van het land naar niveau van voorbereiding, met name t.a.v. infectieziekten.

C. Resultaat ‘Hoe is de positie van de ambulancediensten in uw regio veranderd?’

Bij de Quick scan OTO die in 2007 werd afgenomen was de wetgeving nog niet veranderd, waardoor de ambulancediensten nog sterk gekoppeld waren aan de GHOR (-bureaus). Onder invloed van de verschillende nieuwe wetten is de ambulancedienst meer los gekomen van de GHOR en neemt laatstgenoemde organisatie een meer distante positie in. In 2007 hadden de MKA's achterstand ten aanzien van de preparatie op rampen en crises; die achterstand is inmiddels verkleind.

In figuur 5.3 wordt per regio aangegeven hoe de positie van de ambulancediensten in het OTO-traject is en of men zich herkent in het beeld dat in de Statusanalyse 2010 is geschetst.

Figuur 5.3: Verdient aandacht: positie ambulancediensten

ROAZ Noord: dat de positie van de ambulancediensten is veranderd wordt geïnterpreteerd als effect van het loskomen van de GHOR. Landelijk ziet men preparatie voor deze diensten niet hoog in het vaandel staan en de consequentie van nieuwe wetgeving wordt niet overal gezien. In 2010 is er wel een opleidingsdag geweest en maar één grote opschalingoefening. In Groningen is er de laatste jaren groot verloop onder personeel. Geen herkenning van verandering positie RAV in Drenthe, er is een specifieke werkgroep in deze regio gericht op implementatie van WVR en rol bij CBRN.

ROAZ Zwolle: ambulancediensten hebben last gehad van aanbestedingsperikelen. Hierdoor is hun rol binnen OTO wat in het slop geraakt. Nu is men bezig met inhaalslag en opnieuw invullen van rol, waarna OTO wordt opgepakt.

ROAZ Euregio: positie ambulancediensten verandert onder invloed van wetgeving en veranderde positie GHOR. Er wordt wel meer samengewerkt. Vooral meer aandacht vereist voor MKA's.

ROAZ AZO: niet besproken.

ROAZ Limburg: in Zuid-Limburg herkent men de veranderde positie van de RAV niet; de RAV en GHOR werken goed samen en zijn nauw betrokken bij OTO. In Noord- en Midden-Limburg wordt dit beeld genuanceerd; de RAV is te druk met andere ontwikkelingen. De verantwoordelijkheid voor OTO is geïntegreerd in de dagelijkse gang van zaken.

ROAZ Brabant: niet besproken.

ROAZ Zuid West: landelijk beeld wordt herkend. Er is aandacht voor dit probleem.

ROAZ West: er is sprake van vooruitgang geweest voornamelijk op het terrein van oefenen (met ziekenhuizen, GHOR en huisartsen). Er moet nog wel worden gewerkt aan OTO-traject sleutelfunctionarissen, bewustwording en invulling van OTO per functiegroep.

ROAZ Noord West: de positie van de RAV is veranderd maar de verantwoordelijkheid van de RAV zeker niet. De betrokkenheid is weliswaar minder dan die van andere ketenpartners, maar er zijn aanvragen binnengekomen en gehonoreerd in 2010 en er zijn een aantal grote oefeningen met de GHOR, de RAV en de ziekenhuizen geweest in het noordelijke deel van de regio.

ROAZ AMC: er zijn geen ambulancediensten vertegenwoordigd in deze ROAZ.

ROAZ Midden: het landelijk beeld van de verandering van de ambulancediensten wordt deels herkend. Dit komt voornamelijk door de veranderde rol van de GHOR; de GHOR is in deze regio vrijwel onzichtbaar, waardoor voor ambulancedienst partner in de witte kolom wegvalt Door MKA werd een inhaalslag gedaan.

D. Stelling 2: Wat is uw opinie over normering van functies en activiteiten?

Bij de Quick scan van 2007 was een onverwacht resultaat dat er een sterke behoefte bleek te bestaan aan normering en uniformering. Daarom is in de Statusanalyse wederom ingegaan op deze thema's. Nu bleek dat de behoefte aan normering en uniformering wat minder groot is in 2010. In de regiobijeenkomsten werd daarom nagegaan wat onder de begrippen wordt verstaan en waar wel en waar geen behoefte aan is.

Uit figuur 5.4 blijkt dat er aan normering twee verschillende betekenissen worden toegekend: a. een ondergrens, op niveau van instelling en functie, van wat moet worden bereikt of gecontinueerd en b. een ondergrens aan de resultaten van een uit de stimuleringsgelden gefinancierd project. Welke interpretatie ook wordt gekozen: aan beide ondergrenzen bestaat behoefte, zelfs in regio's waar al met deze grenzen wordt gewerkt (Noord en Zwolle/Euregio). Een top-down opgelegd keurslijf is niet gewenst. Onder regie van het landelijk steunpunt OTO wordt gewerkt aan inhoudelijke speerpunten die moeten leiden tot een landelijk kwaliteitskader OTO, waarbij een ondergrens voor handelen één van de aandachtspunten is. Naar verwachting volgt rapportage hierover medio 2011.

Door meerdere regio's wordt een link gelegd tussen normen voor instellingen en functies en de problemen met territoriale incongruentie en met continuïteit.

Eén van de aanbevelingen van de Statusanalyse 2010 is dat de besteding van de stimuleringsgelden beter moet worden gemonitord en geëvalueerd. In een tweede cyclus

van vier jaren moeten duidelijke kwaliteitseisen ('normen') worden gesteld en moet er meer landelijke afstemming komen, om doublures te voorkomen en in hiaten te voorzien. Ook moet uitdrukkelijker worden ingezet op interregionale samenwerking. In één van de regio's werd gepleit voor een organisatiestructuur, zoals rond ZiRop-projecten door ZonMw werd gehanteerd.

Figuur 5.4: Aandacht vereist: Normering

ROAZ Noord: de leidraad OTO (uit het ZiRop-project) wordt reeds gehanteerd, zodat elk ziekenhuis dezelfde normen heeft, waarbij er aandacht is voor minimale kwaliteitseisen. Het feitelijk meten van kwaliteit is nog niet aan de orde, maar wordt binnenkort geïntroduceerd door de opzet van de academie Cycloon.

ROAZ Zwolle: de ziekenhuizen hebben afgesproken dat er een minimum basisniveau voor iedereen moet zijn die O of T volgt. Dit wordt door de bestuurlijke laag in het ziekenhuizen ondersteund. E.e.a. is opgezet in de vorm van portfolio's, waarmee nu uniform opgeleid en genormeerd wordt. De normering is hiermee al doorgevoerd in deze regio. Daarnaast is er voor alle partijen (samen met de Euregio) een uniforme opleidingscyclus. Beide regio's hebben e-learning (ZiRop.nl) met portfolio hieronder, waarin normering is opgenomen.

ROAZ Euregio: dit is een relatief kleine regio met korte lijnen. Men is (daarom) negatief over normering in het algemeen, maar positiever over het vaststellen van een regionaal gedragen ondergrens per functie/activiteit (zie ook samenwerking met Zwolle).

ROAZ AZO: ondergrens is gewenst, ook voor versterking van de positie van OTO binnen zorginstellingen.

ROAZ Limburg: de regio heeft veel verwachtingen van de speerpunten van het landelijk steunpunt, die kunnen aansluiten bij de leidraad crisisorganisatie die al uitgezet is in de regio. Normen geven houvast, maar ze moeten geen schijnzekerheid opleveren (ondergrens hiermee een optie); vooral instellingen willen weten wat en hoeveel er moet worden geoefend en geleerd.

ROAZ Brabant: ondergrens is gewenst. Kan negatieve effecten van territoriale incongruentie verminderen.

ROAZ Zuid West: een mate van normering is noodzakelijk, hoewel specialisten hier weinig voor voelen. Daarom gaat het voornamelijk om het functioneel maken van bepaalde normering, zodat men het zal gaan gebruiken. Men kijkt uit naar de landelijke normen (speerpunten van landelijk platform OTO) en zal deze graag regionaal benutten.

ROAZ West: een ondergrens aan de hand van de invoering van een landelijke toolkit is gewenst, zodat kwaliteitscriteria gehanteerd kunnen worden. Vraag naar transparantie over wat er in het OTO-traject gebeurt is relatief groter dan roep om normen.

ROAZ Noord West: normstelling aan projecten zou gewenst zijn, zoals ZonMw dit had bij het ZiRop project. Een ondergrens zou helpen om te weten wat het reële einddoel is.

ROAZ AMC: aan een ondergrens is wel degelijk behoefte. Hierbij is men voor regionale invulling vanuit een landelijke norm. De nadruk moet dan wel liggen op normen waaraan een functionaris kan voldoen.

ROAZ Midden: OTO is een instrument, waarmee bekeken moet worden of activiteiten leiden tot een goede preparatie. Er moet informatie tussen professionals worden uitgewisseld op het niveau van verantwoordelijkheid en van de basis die hieraan ten grondslag ligt. Een ondergrens van functies is gewenst, mede gezien grote continuïteitsproblemen.

E. Resultaat: Wordt er aandacht besteed aan ieder van de drie GHOR processen?

In het convenant tussen het ministerie van VWS en de koepels en brancheorganisaties werd opgenomen dat stimuleringsgelden voor OTO alle GHOR-processen moesten betreffen.

In de Quick scan van 2007 was duidelijk dat er in het OTO-traject aandacht werd besteed aan spoedeisende medische hulpverlening (SMH) en veel minder tot niet aan preventieve openbare gezondheidszorg (POG) en psychosociale hulpverlening na ongevallen en rampen (PSHOR). De onderzoekers hielden een voorzichtig pleidooi voor nadere specialisatie: niet iedere functionaris hoeft voor SMH, POG en PSHOR te worden opgeleid of getraind.

De situatie rondom deze laatste twee processen is de afgelopen drie jaar niet verbeterd (zie Statusanalyse 2010). Voor veel aanwezigen bij de regiobijeenkomsten bleek onduidelijk welke aspecten van POG en PSHOR nu binnen het OTO-traject vallen, ondanks het in het convenant gestelde (ook al staat in het convenant niet letterlijk dat iedere functionaris van zorginstellingen en -diensten opgeleid moet worden of moet oefenen voor alle drie de processen). Er bestaat grote onduidelijkheid over de precieze betekenis van de containerbegrippen preventie en psychosociaal en hoe die vertaald moeten worden naar OTO-activiteiten. Voor PSHOR treedt ook verwarring op omdat het in sommige regio's gelijk wordt gesteld aan PSHi (de 'i' van incident op scholen of in gezinnen), waarbij geen sprake is van opschaling.

Omdat OTO-activiteiten niet kunnen worden gefinancierd met de DBC systematiek, is het voor de GGz nauwelijks mogelijk deel te nemen aan OTO-activiteiten. Alleen in de regio's Limburg en West zijn concrete OTO-activiteiten voor PSHOR waarbij GGz-instellingen betrokken zijn.

Figuur 5.5: Aandacht vereist: GHOR processen en OTO

| |
|---|
| <p>ROAZ Noord: nieuwe wetgeving (WVR, WPG) moet verduidelijking gaan brengen, zodat bepaald kan worden wat tot het OTO project behoort en wat niet. Minder aandacht voor POG en PSHOR is een bewuste keuze in Drenthe.</p> <p>ROAZ Zwolle: het achterlopen van de GGz bij PSHOR is herkenbaar; deze staat nu even stil, herdefiniëring van functies heeft onmiddellijk consequenties voor OTO.</p> <p>ROAZ Euregio: nog weinig duidelijkheid. Dat begint al bij de definities (van termen en structuren). Gezondheidsonderzoek na rampen is geborgd; PSHOR nog niet.</p> <p>ROAZ AZO: aandacht voor POG proces zit een stijgende lijn binnen de regio. Namens de GGz-instellingen neemt een vertegenwoordiger deel aan het OTO-overleg. Voor het proces PSHOR is men voornemens de GGz verantwoordelijk te stellen.</p> <p>ROAZ Limburg: PSHOR loopt goed in Noord-Limburg, er is samenwerking met ketenpartners en partners in eigen sector (Slachtofferhulp).</p> <p>ROAZ Brabant: niet besproken.</p> <p>ROAZ Zuid West: niet besproken.</p> <p>ROAZ West: POG speelt in sommige OTO activiteiten een rol; PSHOR kent vooruitgang, er zijn OTO activiteiten rond dit proces georganiseerd.</p> <p>ROAZ Noord West: is het domein van de GGD. Het gaat dan voornamelijk om de PSHi in buurten en scholen. Wat met PSHOR en POG bedoeld wordt binnen het GROP is bovendien niet hetzelfde als daarbuiten, waardoor nog meer onduidelijkheden ontstaan zijn de afgelopen periode. Dit hangt samen met de rol van GGD en GHOR aangaande deze processen.</p> <p>ROAZ AMC: probleem bij PSHOR; niets bekend over shift van GHOR naar GGD en ook binnen OTO onduidelijk wat hiermee moet. Binnen GROP ook niet een grote rol. Dit hangt ook samen met veranderende rol van GHOR en GGD door de wetgeving.</p> <p>ROAZ Midden: onduidelijk welk aspect van POG bij het OTO-traject hoort. Lijkt alsof POG alleen landelijk wordt opgepakt.</p> |
|---|

5.3 Conclusies

De voornaamste conclusie na de ronde langs de regio's is, dat het landelijk geschetste beeld weliswaar op nuances afwijkt van dat - op groepsniveau - in de regio, maar dat de overeenkomsten groot zijn. Waar er een afwijking is, wordt die in de regio's vaak positief geformuleerd. Zoals uit de samenvattende figuren hierboven blijkt, zijn er grote verschillen tussen de regio's waar het de betrokkenheid van huisartsen betreft (van zeer betrokken

tot - fysiek - afwezig), de integratie van GHOR - processen in het OTO - traject en de vorderingen bij het opstellen van een minimale normering van functies en activiteiten. De gemaakte aanbevelingen werden door de ronde versterkt.

- er wordt reikhalzend uitgezien naar de landelijke speerpunten die onder regie van het landelijk steunpunt OTO worden opgesteld. Van deze speerpunten bestaat vooral veel belangstelling voor het punt waarin een minimale normering wordt aangegeven die vervolgens per regio kan worden aangepast en geïmplementeerd op weg naar een kader vakbekwaamheid OTO;
- ook landelijke coördinatie ten aanzien van uniformering, aanpak problemen met continuïteit en territoriale incongruentie en competentie- en functieprofielen zijn meer dan welkom;
- meer aandacht voor samenwerking *tussen instellingen* zou er volgens de regiobijeenkomsten al zijn; samenwerking *tussen regio's* is nog beperkt, zeker op het niveau van de besteding van stimuleringsgelden;
- de aanbeveling van de onderzoekers dat de besteding van de stimuleringsgelden beter gemonitord en geëvalueerd zou moeten worden ontmoette - voor zover besproken - weinig weerstand. In enige regio's werd er voor gepleit een structuur in te stellen, zoals rond de ZiRop ontwikkeling, waarbij de gelden kunnen worden aangevraagd op grond van gedegen projectvoorstellen die na afloop worden geëvalueerd;
- ook in het ROAZ werd herhaaldelijk aangegeven dat de afstemming tussen GHOR en ROAZ (nog) niet altijd duidelijk is. Er zijn echter ook regio's waarin dit geen enkel probleem vormt;
- de veranderde positie van de ambulancediensten en MKA's ten opzichte van OTO, onder invloed van de wetgeving kwam men los van de GHOR, wordt in vrijwel alle regio's gezien; er wordt in de meeste regio's gewerkt aan een oplossing, maar de awareness drong nog niet overal door. Voor de huisartsen bestaat behoefte aan een duidelijke omschrijving van taken en functies voor rampen van een ander type dan de infectieziekte. Het idee bestaat dat er op verschillende plaatsen een HaRop wordt ontwikkeld, terwijl zo'n duidelijke omschrijving nog niet bestaat. In meerdere regio's bestaat doordoor irritatie over het gebrek aan inzet en aanwezigheid, terwijl in andere regio's wordt deelgenomen door enthousiaste individuen;
- in de meeste regio's zijn weinig vorderingen gemaakt met OTO-activiteiten rond de GHOR-processen POG en PSHOR; in sommige regio's wordt daar zelfs bewust niets mee gedaan. Het pleidooi van de onderzoekers om hier meer te specialiseren wordt begrepen. GHOR en GGD dienen hier echter eerst onderling een plan van uitvoering te maken;
- vergeleken met 2007 is de situatie rond opleiden, trainen en oefenen van sleutelfunctionarissen niet verbeterd. In meerdere regio's wordt dit probleem onderkend en wordt actie ondernomen.

De wijze waarop de stellingen en de resultaten van de Statusanalyse werden bediscussieerd in de regio's, maakt duidelijk dat de stimuleringsgelden een rol hebben gespeeld bij de stappen die zijn gemaakt op weg naar professionalisering van het OTO-veld. Er is meer dynamiek dan bij de eerdere meting in 2007. Dat laat echter onverlet dat dit rapport het verslag is van een momentopname, waarbij het beeld voor bijna iedere regio verschillend is. Voor een volgende meting is er dan ook behoefte aan een goed omljnd

kader, zodat regio's op inhoud en op bereikte eindpunten vergeleken kunnen worden. Een kwaliteitsmeting van projecten die worden betaald uit de stimuleringsgelden is daarvoor een eerste vereiste.