



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

Stand van zaken Opleiden, Trainen, Oefenen (OTO) en Informatievoorziening (IV) ter voorbereiding op rampen: een Quick scan onder zorginstellingen

Dr. C.J. IJzermans

In samenwerking met:

Drs. P. van der Meijden, arts

Drs. H.A.M. Botman, MBA

Drs. P.M.H. ten Veen

In opdracht van:

Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

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

ISBN 978-90-6905-888-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
1 Achtergrond en probleemstelling	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Wet op de veiligheidsregio's (WVR)	9
1.3 Probleemstelling	10
2 Methoden	11
2.1 Informatiebronnen	11
2.2 De interviews en enquêtes	12
2.3 Procedure	13
2.4 Analyse	13
3 Resultaten	15
3.1 Respons en non-respons	15
3.2 Achtergrond van de respondenten	16
3.3 Meerjaren Beleidsplan en Jaarplan	19
3.4 Opleiden	20
3.4.1 Borging opleidingsplan	20
3.4.2 Financiering opleidingsactiviteiten	21
3.4.3 Welke functionarissen opgeleid	21
3.4.4 Evaluatie en registratie	21
3.4.5 Noodzakelijk of mogelijk	22
3.4.6 Ramptypen	23
3.4.7 GHOR - processen	23
3.4.8 Opleidingsinitiatieven GHOR	24
3.4.9 Regionaal overleg	25
3.5 Oefenen	28
3.5.1 Wordt er geoefend in instelling	28
3.5.2 Aard van de oefening	29
3.5.3 Soort oefening	29
3.5.4 Aantal oefeningen per jaar, geoefend onderdeel en regie	30
3.5.5 Capacitaire bijdrage aan oefeningen	31
3.5.6 Ramptypen	32
3.5.7 Laatste en volgende oefening	32
3.5.8 Verantwoordelijkheid en initiatief	34
3.5.9 Oefendoelen	34
3.5.10 Noodzakelijk of mogelijk	35
3.5.11 Specifieke oefen - onderwerpen	36
3.5.12 Beschikbare tijd en type oefening	37

3.5.13	Oefeningen per ramptype gepercentageerd	37
3.5.14	Evaluatie en registratie	38
3.5.15	Effect evaluatie	40
3.5.16	Bekend maken oefenplan	40
3.5.17	Afspraken met anderen	40
3.5.18	Procedure voor informatie - uitwisseling	41
3.5.19	GHOR - processen	42
3.5.20	Normering gewenst?	43
3.5.21	Knelpunten bij oefenen	44
3.5.22	(Regionale) verbeterinitiatieven	47
3.6	Interviews met hoofden Traumacentrum	48
3.6.1	Overleg	48
3.6.2	Opleiden, trainen en oefenen	48
3.6.3	Normering	49
3.6.4	Knelpunten	49
3.7	Gesprekken met vertegenwoordigers koepel- en brancheorganisaties	50
3.8	Impressie ingestuurde plannen	53
4	Conclusies & beschouwing	55
4.1	Conclusies	55
4.2	Beschouwing en aanbevelingen	60
	Bijlage 1: Afkortingenlijst	65
	Bijlage 2: Eerder onderzoek over opleiden, trainen en oefenen	67

Voorwoord

Dit rapport presenteert de stand van zaken ten aanzien van Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) door zorginstellingen ter voorbereiding op rampen, crisis en zware ongevallen in de geneeskundige sector.

Deze stand is opgenomen met behulp van een Quick scan in de maanden november en december 2007 en januari 2008. Het initiatief lag bij de ministeries van VWS en van BZK en de scan werd uitgevoerd door het NIVEL.

Het initiatief voor de Quick scan werd ingegeven door de behoefte aan een momentopname van de stand van zaken OTO:

- vlak voordat de Wet op de veiligheidsregio's zal worden behandeld in Tweede en Eerste Kamer
- omdat 2008 het eerste jaar is waarin geoormerkt geld zal worden ingezet ter bevordering van (de kwaliteit van) Opleiden, Trainen en Oefenen door zorginstellingen ter voorbereiding op hun taken bij rampen.

De scan werd vormgegeven door ruim tweehonderd gesprekken in het veld van de 'witte kolom', de bovenbedoelde geneeskundige sector. Hoewel het achterhalen van de functionarissen en van vertegenwoordigers van koepel- en brancheorganisaties een grote inspanning vergde, is de respons hoog, ongeveer 75% van het maximale aantal.

Ieder van de respondenten werd geïnterviewd gedurende gemiddeld drie kwartier over aspecten van opleiden en oefenen, over ramptypen en GHOR – processen over aard en soort oefening, over specifieke oefeningen, zoals informatie – uitwisseling, over knelpunten en verbeterpunten.

Organisatorisch werd deze onderneming gedragen door Jojs van Baarle van het NIVEL: zij maakte alle afspraken en daar waren per gelegenheid meerdere telefoontjes voor nodig.

Er werden 140 interviews afgenomen door Ellen Botman en Paul van der Meijden, beide goed ingevoerd in de materie. Zij hebben met grote accuratesse de interviews afgenomen en er verslag van gedaan. Irma Hermans coördineerde de (71) telefonische enquêtes die werden afgenomen door de enquêtékamer van het NIVEL. Petra ten Veen beheerde de data op de van haar bekende professionele wijze. Ik ben deze vier dames en ene heer veel dank verschuldigd voor hun onvoorwaardelijke inzet.

Delen van de rapportage werden verzorgd door Michael van den Berg en door Ties en Gijs IJzermans.

De respons bij deze Quick scan is een afspiegeling van een 'awareness' in het veld dat Opleiden, Trainen en Oefenen door zorginstellingen noodzakelijk is. Dit besef zal nu worden ondersteund door financiële middelen die door de overheid zijn gereserveerd. Het is mijn wens dat (hierdoor) de in dit rapport gesignaleerde knelpunten worden opgelost, waardoor de zorginstellingen beter in staat zijn om ook tijdens rampen en crises adequate zorg te verlenen.

Dr. C.J. IJzermans
Utrecht, 11 februari 2008

1 Achtergrond en probleemstelling

Voorafgaand aan goedkeuring van de Wet op de Veiligheidsregio's door Tweede en Eerste Kamer bestaat bij de ministeries van BZK en VWS behoefte aan inzicht in de stand van zaken rondom Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) door zorginstellingen ter voorbereiding op rampen. Daarbij gaat het om een momentopname over de stand van zaken bij ziekenhuizen, met en zonder SEH, om academische ziekenhuizen en ziekenhuizen met de aantekening van traumacentra, om ambulancediensten, meldkamers en GGD-en. Voor deze Quick scan blijft de GGZ buiten beschouwing en wordt slechts zijdelings ingegaan op de stand van zaken bij huisartsen(-posten). Om het beeld van de zorginstellingen te kunnen spiegelen aan de voorbereiding van de veiligheidsregio's/-GHOR-regio's op hun leidinggevende en coördinerende taken ten aanzien van de GHOR, is de stand van zaken OTO ook bij de GHOR – bureaus geïnventariseerd. Deze veiligheidsregio's/GHOR-regio's met hun GHOR – bureaus zijn vanzelfsprekend geen zorginstellingen. In dit rapport wordt verslag gedaan van de achtergrond van de Quick scan, van opzet en resultaten en worden in een slotbeschouwing per sector aanbevelingen gedaan voor verbeterpunten.

1.1 Achtergrond

Uitgangspunt voor een goede omgang met rampen en zware ongevallen in de repressiefase is steeds dat, hoe beter men is opgeleid, is getraind en heeft geoefend, hoe beter men is geprepareerd.

Publicaties van de RVZ (2004) en de IGZ (2005) meldden dat de geneeskundige sector vaak onvoldoende was voorbereid op rampen. Knelpunten die hierin naar voren kwamen, hadden vooral betrekking op het oefenen en trainen voor rampen. Opleiden, trainen en oefenen (OTO) ¹ vond niet, of te fragmentarisch, plaats en met name de communicatie tussen de verschillende onderdelen en instellingen liet te wensen over. De publicatie van de IGZ droeg dan ook de voornaamste conclusie als titel: 'Oefenen? Noodzaak!'

In 'De Ghordiaanse knoop' (RVZ, 2004) werden drie hoofdproblemen gesignaleerd:

- Een formele gezagsrelatie ontbrak tussen het veiligheidsbestuur en de vele private partijen in de gezondheidszorg.
- Er was onduidelijkheid over verantwoordelijkheden van verschillende partijen. Sommigen vielen direct onder het openbaar bestuur, anderen waren private partij.
- Financiering van multidisciplinaire voorbereiding. Wie betaalde?

De IGZ ging specifiek in op bepaalde beroepsgroepen en stelde vast dat onder meer de Centrale Post Ambulancezorg, Mobiele Medische Teams en ambulancediensten te weinig participeerden in oefeningen om routine op te bouwen. Daarbij stelde de inspectie dat er te weinig geleerd kon worden van evaluaties omdat die er onvoldoende waren of omdat die niet beschikbaar waren via bijvoorbeeld de GHOR - website.

¹ Opleiden is het bijbrengen van kennis; in Trainingen wordt de opgedane kennis toegepast om vaardigheden te verwerven. Oefeningen dienen om ervaring op te doen in een zo realistisch mogelijke setting.

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. Daarvan zijn lessen geleerd en er zijn plannen gemaakt, vooral voor de ziekenhuizen en voor de ambulancezorg. Er is door vertegenwoordigers uit het veld een ziekenhuis rampen opvang plan (Format ZiROP) ontwikkeld en er is geld ter beschikking gesteld voor initiatieven rond dit plan, via ZonMw. De 11 traumacentra in het land kregen een centrale rol in de acute zorg, waarvan de zorg in opgeschaalde situaties (rampen en ongevallen) deel uitmaakt. De ambulancezorg ontwikkelde het Ambulancebijstandsplan en het Gewondenspreidingsplan. Het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR werd gestart bij het NIFV en het ministerie van BZK startte tevens het project Geneeskundig Bestuurlijke Informatievoorzieningen (G-BIV) bij NICTIZ. Ook kwamen er opleidingsprogramma's, zoals de (H)MIMS (Hospital Major Incident Medical Management and Support) en oefenprogramma's zoals de ETS (Emergo Train System).

De ontwikkelingen zijn vaak positief, in een veranderd landschap. Door terroristische aanslagen in New York, Madrid en Londen, door de dreiging van wereldwijde pandemieën en door de klimaatverandering is duidelijk geworden dat de GHOR en de zorginstellingen zich vooral voorbereid hebben op 'flitsrampen', zoals ontploffingen, branden en transportongelukken. Nu is de kans op een dergelijke ramp weliswaar het grootst (naast de kans op een pandemie), toch is er nationaal en internationaal vooral veel aandacht voor dreigende andere crises. Bij 'moderne' crises geldt meer dan bij flitsrampen het bovenregionale karakter ervan: genoemde rampen kunnen niet door één GHOR-regio worden opgevangen, maar er is samenwerking nodig en een goede communicatie. Niet alleen binnen de witte kolom (monodisciplinair), maar ook met de vier andere kolommen, brandweer, politie, openbaar bestuur en (mogelijk) leger (multidisciplinair). Een voorbeeld als een griepdemonie stelt andere eisen aan preventie en preparatie en ook repressie en nazorg zullen anders verlopen dan die bij de flitsrampen. Bij een demonie speelt bij voorbeeld de verstrekking van antivirale middelen, is er een langdurend grillig verloop en is in de repressiefase een duidelijke positie voor huisartsenposten die tijdens de repressie van flitsrampen nauwelijks een rol hebben. Tot op heden namen huisartsen daarom zelden deel aan oefeningen.

In bijlage 2 zijn – ter inkadering en als informatie - relevante delen van de resultaten toegevoegd van eerder onderzoek over opleiden en oefenen door het NIBRA ('Lacunes in de opleiding', 2005) en het NIVEL ('Zelfevaluatie instrumenten', 2005) . Ook is een document bijgevoegd over de vorderingen binnen het project 'Vakbekwaamheid binnen de GHOR' (NIFV, 2006).

Genoemde literatuur

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Oefenen? Noodzaak! Toetsing ter voorbereiding op de bestrijding van rampen en zware ongevallen. IGZ; Den Haag, 2005.

RVZ. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De Ghordiaanse knoop doorgemaakt. RVZ; Zoetermeer / Den Haag, 2004.

Project Initiatie document – Erratum. Project Vakbekwaamheid binnen de GHOR. Arnhem: NIFV, 2006.

1.2 Wet op de veiligheidsregio's (WVR)

In september 2007 werd aan de leden van de Tweede Kamer de Wet op de veiligheidsregio's (WVR) aangeboden, voorzien van een lijvige Memorie van Toelichting (MvT). De wet beoogt 'een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van brandweerzorg, geneeskundige hulpverlening, rampenbestrijding en crisisbeheersing onder een regionale bestuurlijke regie' te realiseren. De wet leidt tot een aanzienlijke schaalvergroting, waardoor planvoorbereiding nog slechts door 25 regionale besturen zal plaatsvinden en niet langer op het niveau van iedere, individuele gemeente. 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. Het crisisplan beschrijft organisatie, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het terrein van rampen- en crisisbeheersing. Het is een operationeel plan waarin de generieke aanpak van rampen en crises in de regio wordt beschreven. In dit crisisplan worden ook 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 het wetsvoorstel is voorzien in een directeur GHOR, de oude RGF, die wordt ondersteund door een GHOR - bureau. De directeur organiseert zaken die nodig zijn ter voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises. De directeur is adviseur van het bestuur van de veiligheidsregio, participeert in de directie van de betreffende GGD (het aantal GGD -en gaat samenvallen met het aantal veiligheidsregio's) en is tevens lid van het regionaal overleg acute zorg keten (ROAZ). Informatie over de inzet en voorbereiding op rampen en crises leggen zorginstellingen vast in het jaardocument maatschappelijke verantwoording, zoals voorgeschreven in de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen). De instellingen en diensten in de zorg zijn steeds zelf verantwoordelijk voor hun preparatie op grootschalig optreden. Het leveren van verantwoorde zorg in bijzondere omstandigheden vereist extra en bijzondere vaardigheden die 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. In de MvT worden met name genoemd: ziekenhuismedewerkers, ambulancepersoneel, huisartsen, GGz -medewerkers en anderen.

In de MvT bij de WVR wordt een extra financiële injectie voor de zorginstellingen aangekondigd ten aanzien van opleiden, trainen en oefenen. Ieder jaar komt een structureel, geoormerkt bedrag beschikbaar. Dit maakt het traumacentrum, directeur GHOR en het bestuur van de veiligheidsregio mogelijk instellingen aan te spreken, afspraken te maken en convenanten te sluiten op welke wijze dit geld wordt gebruikt bij de preparatie op rampen en crises. Het is de bedoeling dat met dit bedrag tevens een leidraad OTO voor de zorginstellingen tot stand komt, voorzien van een financiële structuur, dat ontwikkelingsvragen worden gesteld en beantwoord (R&D), bestuurlijke verankering plaatsvindt middels convenanten en er geëvalueerd en gemonitord wordt.

1.3 Probleemstelling

De doelstelling van de Quick scan is het vastleggen van de stand van zaken ten aanzien van opleiden, trainen, oefenen ter voorbereiding op rampen door zorginstellingen die onderdeel zijn van de zorgketen voor opgeschaalde geneeskundige zorg ter voorbereiding op rampen, crises en zware ongevallen.

De vraagstellingen voor het project OTO zijn*:

- met betrekking tot Opleiding:
 1. Zijn er opleidingsplannen (door wie opgesteld en vastgesteld, worden ze geëvalueerd)?
 2. Voor welke ramptypen wordt opgeleid en voor welke GHOR - processen?
 3. Met welke opleidingsinitiatieven is men bekend?
 4. Worden er (regionale) afspraken gemaakt over opleiden?
 5. Welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van opleiding?
- met betrekking tot Oefenen:
 1. Welke en hoeveel interne oefeningen per jaar, met welke inhoud?
 2. Welke en hoeveel monodisciplinaire oefeningen per jaar, met welke inhoud?
 3. Welke en hoeveel multidisciplinaire oefeningen per jaar?
 4. Voor welke ramptypen wordt er geoefend en voor welke GHOR – processen?
 5. Worden er (regionale) afspraken gemaakt over oefenen?
 6. Worden de oefeningen geëvalueerd en op welk niveau?
 7. Welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van oefenen en informatievoorziening en welke verbeterinitiatieven zijn (in de regio) in gang gezet?

* Zie paragraaf 2.2 over het ontbreken van specifieke vragen over het Trainen.

2 Methoden

2.1 Informatiebronnen

De risicoprofielen voor het voorkomen van rampen en zware ongevallen verschillen per regio. Ook zijn er regionale verschillen in samenwerking en communicatie en is OTO in de ene regio beter ontwikkeld dan in de andere. Daarom kon bij het opmaken van de stand van zaken niet worden volstaan met een steekproef uit het land. Voor een goed beeld zouden zo veel mogelijk functionarissen bevroegd moeten worden. Op meta – niveau zou deze bevraging ook bij kunnen dragen aan de bewustwording van het veld; dit is een van de redenen om ook de GHOR – bureaus in dit onderzoek te betrekken.

Er werd besloten informatie te verwerven bij de belangrijkste spelers van de ‘witte kolom’:

1. de ambulance sector: Hoofden Meldkamer (MKA), hoofden RAV’s (Regionale Ambulance Voorziening) en/of ROCs (Regionale OTO coördinatoren);
2. de Gemeentelijke Gezondheid Diensten (GGD – directeuren);
3. de Traumacentra (Hoofden);
4. afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) van ziekenhuizen (Hoofden);
5. de crisiscoördinatoren van ziekenhuizen en
6. huisartsenposten (directeuren).

Om het beeld van de zorginstellingen te kunnen spiegelen aan de voorbereidingen van de veiligheidsregio’s/GHOR-regio’s op hun leidinggevende en coördinerende taken ten aanzien van de GHOR is de stand van zaken OTO ook bij de GHOR – bureaus geïnventariseerd. Er werd besloten de hoofden van de GHOR – bureaus in de Quick scan te betrekken – en niet de RGF - omdat er veel operationele vragen werden gesteld, waarvan de hoofden GHOR – bureau beter op de hoogte zijn.

Om de in hoofdstuk 1 genoemde vragen te kunnen beantwoorden werden:

- a face-to-face interviews gepland met experts (personen) en vertegenwoordigers van koepel- en brancheorganisaties (LvTC, NVZ, NFU, AZN, VHN, LHV, GGD-NL, NRK & GHOR-NL; zie voor een lijst van afkortingen: bijlage 1).
- b. telefonische interviews afgenomen met hoofden GHOR - bureau, GGD directeuren, crisiscoördinatoren van ziekenhuizen en coördinatoren van traumacentra.
- c. telefonische enquêtes afgenomen bij hoofden SEH, functionarissen van RAV’s en meldkamers en, zo mogelijk, bij directeuren van huisartsenposten.

De interviews werden afgenomen tussen 5 november en 20 december 2007 en de enquêtes tussen 1 december 2007 en 7 januari 2008: de interviews (zowel de telefonische als de fysieke) door twee ervaren professionals, met grote kennis van het betreffende veld en de enquêtes werden uitgevoerd door de ‘enquêtetekamer’ van het NIVEL.

Aan de respondenten werd verzocht een digitale versie van de opleiding- en/of oefenplannen van zijn/haar instelling naar de onderzoeker te zenden. Aan dit verzoek werd

door een aantal functionarissen voldaan. Het bleek echter niet mogelijk deze plannen diepgaand te analyseren, voornamelijk vanwege de verscheidenheid in kwaliteit, inzichtelijkheid en transparantie van de documenten. In paragraaf 3.8 wordt kortweg weergegeven wat de belangrijkste bevindingen zijn.

Na enige interviews met GGD - directeuren bleek dat zij soms in een verschillende setting werken. Er zijn GGD-en die één organisatie vormen met de GHOR en/of de RAV in de regio. Daarom herhaalden de interviewers bij iedere vraag dat de respondent werd bevraagd in zijn/haar rol van GGD - directeur (en niet die van RGF, Hoofd GHOR – bureau).

2.2 De interviews en enquêtes

Een checklist voor de interviews en enquêtes werd opgesteld na raadpleging van enige experts en van de literatuur en voorgelegd aan de opdrachtgevers. Er werden ruim 60 aandachtspunten opgesteld, waarbij evenveel punten ‘gesloten’ dan wel ‘open’ moesten worden beantwoord. Er werden slechts enkele punten opgenomen die niet voor alle groepen golden. Voor de coördinatoren van de traumacentra en voor de directeuren van huisartsenposten werd een aangepaste lijst gemaakt; zij zijn immers (in deze rol) pas zeer recent betrokken bij de voorbereidingen op de opgeschaalde zorg. Voor de coördinatoren van traumacentra geldt overigens dat zij soms al eerder geïnterviewd waren met ‘hun pet’ van crisiscoördinator van het ziekenhuis waarin zij werken. Gesprekken met experts en vertegenwoordigers van koepel- of branche organisaties hadden een afwijkend verloop: hier werd vooral gefocust op de toekomst van OTO, op samenwerkingsrelaties en op (voorlopige) resultaten van de interviews en enquêtes in het veld. Deze interviews werden daarom tussen medio december en medio januari gehouden.

Bij enige pilot - interviews bleek de afnameduur 60 minuten en langer, terwijl de ideale duur 30 minuten werd geacht te zijn. Besloten werd om de lijst in te korten, met name door specifieke vragen over trainen zo veel mogelijk te schrappen. De strekking van de betreffende vragen werd ondergebracht bij de vragen over oefenen.

De aandachtspunten voor interviews/enquêtes werden in drie groepen ondergebracht: algemene vragen en vragen over opleiden en oefenen. Uit eerder onderzoek van het NIVEL was gebleken (zie bijlage 2.B), dat de voorbereiding op rampen verschilt naar type ramp. Daarom werden enige aandachtspunten genuanceerd voor vier typen: flitsrampen (ontploffing, transport, brand), NBC – rampen (Nucleair, Biologisch, Chemisch), overstromingen en grippandemieën.

Een volgende onderverdeling betrof de graad van aggregatie waarop werd geoefend. Daarom werd enige malen een onderverdeling gemaakt naar interne oefeningen (binnen de eigen instelling), monodisciplinaire oefeningen (regionaal, binnen de eigen keten/-kolom) en multidisciplinaire oefeningen (met brandweer, politie en/of openbaar bestuur). Ook over de soort oefening werden de respondenten bevraagd: ‘table-top oefeningen’, zoals ETS, waarbij droog wordt geoefend, ‘real life oefeningen’ waarbij de zorg op een rampplek wordt gesimuleerd en alarmeringsoefeningen binnen de eigen instelling. Aan enige groepen respondenten werd gevraagd over de drie GHOR – processen: Spoedeisen-

de Medische Hulpverlening (SMH), Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG) en Psychosociale nazorg (PSHOR).

Tenslotte werd in enige vragen speciaal gefocust op de preparatie op informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden in het bijzonder en informatievoorziening in het algemeen ter bepaling van de stand van zaken van het project G-BIV in het veld (zie paragraaf 1.1).

2.3 Procedure

Adreslijsten werden verstrekt door de koepel- en brancheorganisaties. Met name die van de crisiscoördinatoren en van de hoofden SEH kostten veel bewerking: deze functies hebben in ziekenhuizen diverse benamingen, waardoor de juiste persoon met de juiste kennis om onze vragen te beantwoorden, moeilijk te vinden was. Weer andere ziekenhuizen bleken categoriaal te werken, waardoor er noch een SEH, noch een crisiscoördinator was.

Alle te interviewen personen en directies van hun instellingen ontvingen van het NIVEL (per post en/of per e-mail) een aanbiedingsbrief van de ministeries van VWS en BZK, met het dringende verzoek om medewerking te verlenen. Vervolgens werden afspraken gemaakt voor datum en uur waarop interview of enquête zouden worden afgenomen. Mede door de tijd van het jaar (november, december) moest (erg) vaak gebeld worden om tot een afspraak te komen.

2.4 Analyse

Na afname werden de antwoorden ingevoerd in een database, gecontroleerd en overgezet in een SPSS bestand. Met behulp daarvan werden frequenties uitgedraaid en kruistabellen voor de vijf groepen: GGD directeuren, RAV/ROC/MKA – personeel, hoofden van de SEH's en crisiscoördinatoren van ziekenhuizen en ook voor de hoofden GHOR- bureau. De face-to-face interviews werden niet in de statistische berekeningen betrokken en ook over de telefonische interviews met coördinatoren van traumacentra wordt separaat gerapporteerd. Er waren geen redenen om geavanceerde statistische technieken te gebruiken bij de analyses. Eventuele significante verschillen tussen de vijf groepen zouden immers nietszeggend zijn vanwege de onvergelykbaarheid van de groepen en hun taken in de preparatie. Een kolom 'totaal' achten wij dan ook maar zelden nuttig. Het mag duidelijk zijn dat m.n. het hoofd GHOR – bureau een aparte positie inneemt: OTO is voor hem/haar 'core business'. In de histogrammen die wij hieronder presenteren om de resultaten te illustreren is de kolom voor de GHOR – bureaus voor de duidelijkheid anders gekleurd.

3 Resultaten

3.1 Respons en non-respons

Respons

De aantallen interviews en enquêtes die werden afgenomen bij de acht onderscheiden groepen gaven de volgende respons:

GGD – directeuren	25	(respons ca. 80%)
RAV/MKA/ROC	27	(respons ca. 65%)
Hoofden SEH	42	(respons ca. 50%)
Crisiscoördinatoren ziekenhuis	78	(respons ca. 85%)
Directeuren Huisartsenpost	2	(respons ca. 4%)
Coördinatoren traumacentra	11	(respons 100%)
Koepel/Brancheorganisaties	7	
Hoofden GHOR – bureau	20	(respons ca. 85%)

Om tot de afspraken voor deze respons te komen werden bijna 1500 telefoontjes gepleegd. Zo waren er 499 noodzakelijk voor de 42 afspraken met hoofden SEH (bijna 12 per gelukte afspraak).

Non respons

- GGD – directeuren. Momenteel fuseren enige GGD-en (het aantal GGD-en wordt congruent met het aantal veiligheidsregio's), waardoor de directeuren niet bereikbaar, respectievelijk op de hoogte waren. Twee directeuren wisten zelf niets van OTO: hier werden relevante vragen beantwoord door het hoofd GHOR – bureau. Er waren twee vacatures en twee weigeringen;
- RAV/ROC/Meldkamer. 9x verkeerd telefoonnummer of steeds geen gehoor, 4x onbekend met OTO, 6x gesprek zo vaak verplaatst dat gesprek buiten deadline viel en 17 weigeringen;
- Hoofden SEH. 7x verkeerd telefoonnummer of steeds geen gehoor, 10x onbekend met OTO, 12x gesprek zo vaak verplaatst dat gesprek buiten deadline viel en 19 weigeringen;
- Crisiscoördinatoren. In ca. 10 van de gevallen categoriaal ziekenhuis zonder OTO – taak, in 5 gevallen ontbreekt functionaris, in enkele gevallen was de coördinator werkzaam voor meerdere ziekenhuizen, drie gesprekken kwamen niet voor de deadline tot stand en twee weigeringen;
- Huisartsenposten. 21x geen OTO en 3 weigeringen;
- Koepelorganisaties. Ondanks herhaalde pogingen van de LHV geen naam gekregen van een portefeuillehouder. Beoogde gesprekspartner van de NFU bleek daar niet meer te werken; niet gelukt alsnog een afspraak te maken;
- Hoofden GHOR – bureau. Eén vacature, twee weigeringen.

Voor de huisartsenposten kwam deze Quick scan te vroeg: de grote meerderheid was al wel in gesprek met de GHOR, maar plannen voor OTO en voor daadwerkelijk opleiden

en oefenen ontbraken (nagenoeg) volledig. De huisartsenposten worden daarom niet meegenomen in dit rapport.

Het relatief grote aantal weigeringen om deel te nemen bij meldkamer en ambulancezorg bleef grotendeels onverklaard. Enige malen werd de gang van zaken rond de wet ambulancezorg als reden genoemd en ook werden drukke werkzaamheden als verklaring opgegeven. Opvallend is het aantal van 14 (SEH en Ambulance) functionarissen dat aangaf onbekend te zijn met OTO.

Er zijn geen aanwijzingen dat de non-respons de resultaten van de Quick scan verregaand heeft beïnvloed.

3.2 Achtergrond van de respondenten

Bij de interviews en enquêtes werd begonnen met een viertal vragen over de (beoogde) functie van de betrokkene bij een eventuele ramp.

Allereerst werd geïnventariseerd welke beoogde functie de respondent zou bekleden bij een ramp, crisis of zwaar ongeval [N= GGD (25), GHOR (20), RAV (27), SEH (42), Crisiscoördinator (78)].

GGD *(plaatsvervangend) Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF): 12, Adviseur Crisis Beleidsteam (CBT): 2, GGD - directeur: 6, Overig: 5*

GHOR *plv. RGF: 13, HS - GHOR: 2, RGF en HS - GHOR: 5*

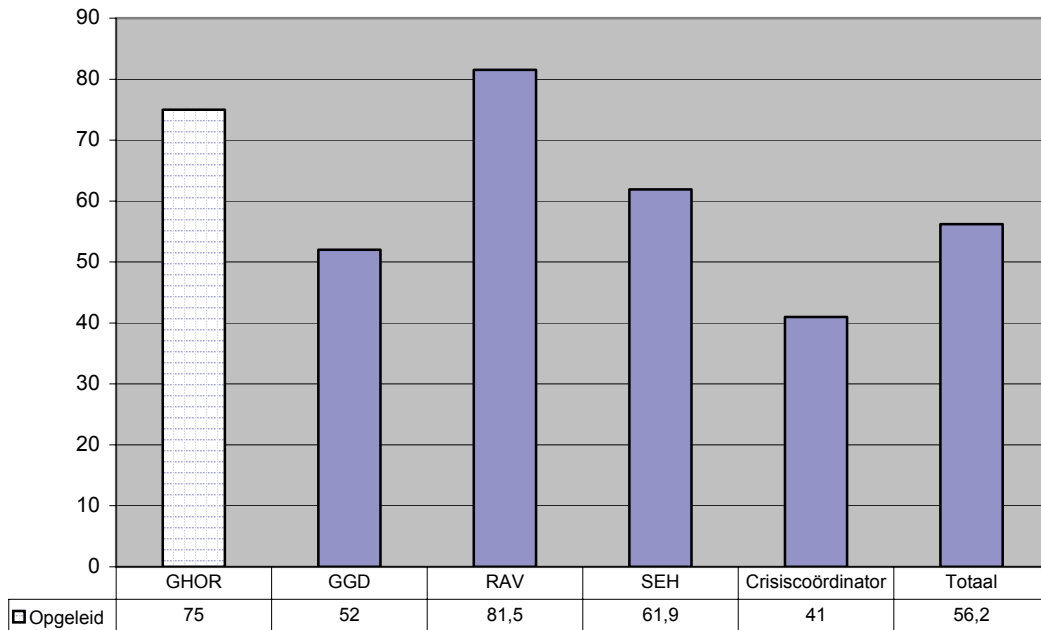
RAV/ROC *Officier van Dienst Geneeskundig: 11, Meldkamer - piket: 6, Hoofd Meldkamer: 4, Ambulance Verpleegkundige: 3, Geen: 3 (OTO - functionaris)*

SEH *Hoofd SEH: 25, Crisiscoördinator: 10, Beheerder ZiROP: 3, Coördinator IC: 4*

Crisiscoördinator *Lid CBT: 34, Crisiscoördinator: 17, ZiROP beheerder: 5, Verpleegkundig –crisiscoördinator 6, Geen functie: 7, Overig: 9*

De in *italic* aangemerkte functies zijn GHOR – functies die worden uitgeoefend onder verantwoordelijkheid van de veiligheidsregio/GHOR-regio die er op zijn beurt voor verantwoordelijk is dat deze functies worden vervuld en dat het personeel door OTO bekwaam is om deze functie uit te oefenen. Het zijn derhalve geen functies binnen een zorginstelling. Vervolgens werd nagegaan of men voor deze beoogde functie ook een of meerdere opleidingen had gevolgd (figuur 3).

Figuur 3. Voor deze (beoogde) functie opgeleid? (in percentages per groep)



Een krappe meerderheid van de respondenten kreeg dus enige opleiding voor de (beoogde) functie, waarbij de crisiscoördinatoren duidelijk achterbleven (figuur 3).

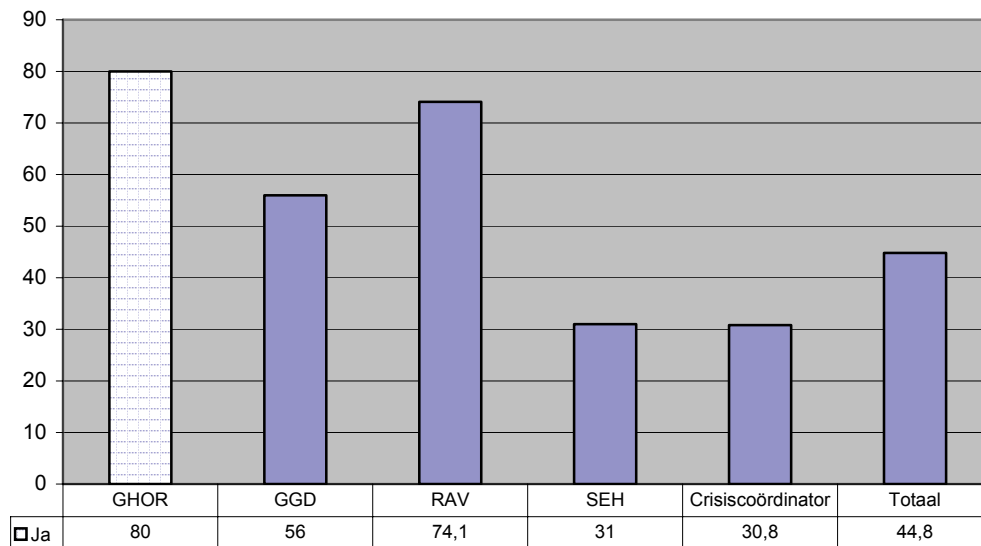
De opleidingen die vervolgens werden genoemd:

GGD – directeuren: Basismodule GHOR (62%), ‘een’ NIFV – cursus.
 RAV/MKA: Basismodule GHOR (90%), OvDG, HS-GHOR, Ambulance verpleegkundige, ‘een’ NIFV – cursus, Interne opleiding.
 SEH: Basismodule GHOR (16%), H-MIMS (60%), ETS.
 Crisiscoördinator: Basismodule GHOR (21%), H-MIMS (71%), ETS, OCR, OKC.
 GHOR: Basismodule GHOR (100%), OCR, HS-GHOR cursus.

Het aantal ziekenhuisfunctionarissen dat aangaf de basismodule GHOR te hebben gevolgd is klein, terwijl ETS een oefening is en geen opleiding. De rampgerelateerde opleiding van de GGD – directeuren is basaal te noemen. Het aantal ziekenhuis – functionarissen dat de opleiding H-MIMS volgde is groot.

RAV/MKA – functionarissen hebben duidelijk vaker een ramp of crisis meegemaakt dan de drie andere groepen (figuur 4). Gemiddeld driekwart van alle respondenten maakte, vanuit de beoogde functie bij een ramp, een oefening mee, waarbij GGD – directeuren en crisiscoördinatoren wat achterblijven (figuur 5)

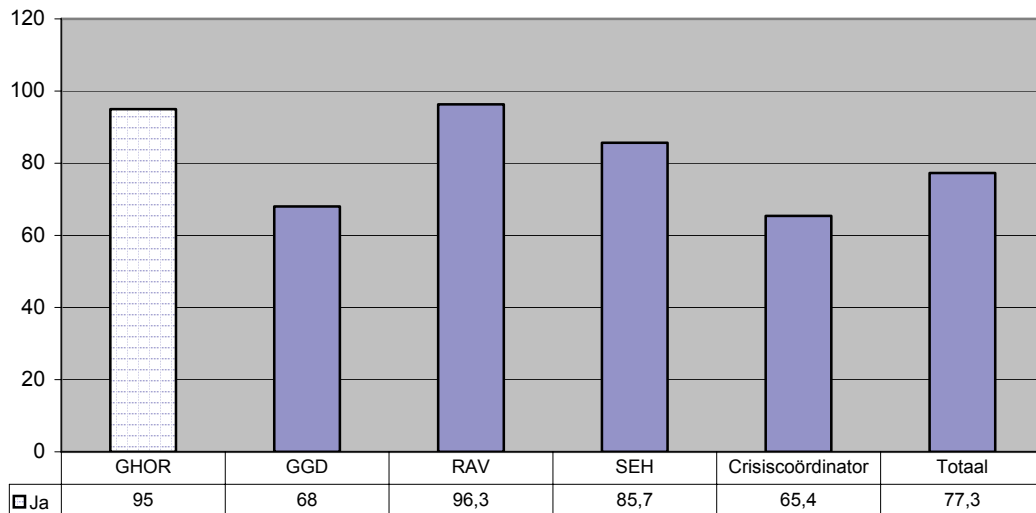
Figuur 4. Heeft u vanuit deze (beoogde) functie wel eens met een ramp, een zwaar ongeval of een crisis te maken gehad?



Aan de Hoofden SEH en de crisiscoördinatoren werd gevraagd:

- of hun instelling meedeed aan het **Zon-Mw project Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuis**. Op deze vraag werd 'ja' geantwoord door iets meer dan de helft van de hoofden SEH (57.1%) en van de crisiscoördinatoren (52.6%).
- of specialisten (en huisartsen) **accrediteringspunten** ontvangen voor deelname aan opleidingen, cursussen of oefeningen ter voorbereiding van rampen. Geen van de respondenten kon dit bevestigen, maar er werd wel geantwoord dat accreditering het draagvlak zou kunnen vergroten.
- of in de ziekenhuizen **onderwijs** werd verzorgd over GHOR, OTO, opvang bij rampen voor studenten geneeskunde of verpleegkunde. Dit bleek maar sporadisch voor te komen. Modulair onderwijs aan (huis-)arts-assistenten komt nog minder voor.

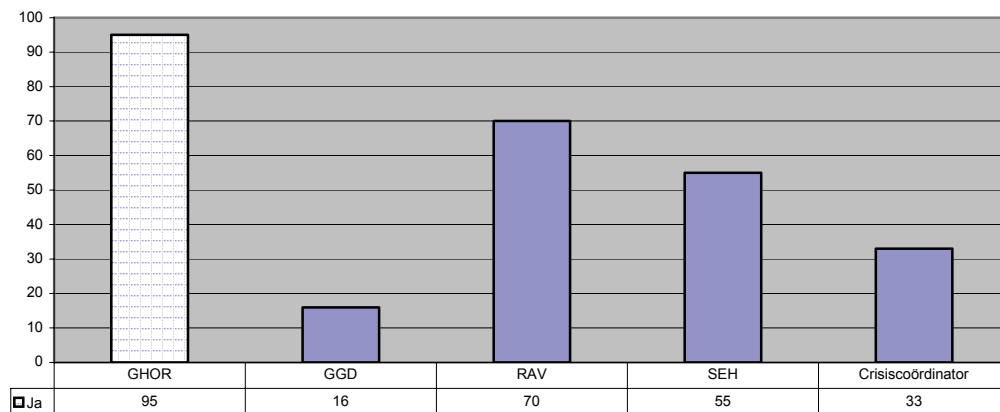
Figuur 5. Heeft u vanuit deze (beoogde) functie wel eens een oefening meegemaakt?



3.3 Meerjaren Beleidsplan en Jaarplan

De eerste algemene vraag betrof het al dan niet aanwezig zijn in de eigen instelling van een meerjaren beleidsplan 'opleiden, trainen en oefenen' met betrekking tot de voorbereiding op rampen. De verschillen tussen de groepen waren hier aanzienlijk: van 16% 'ja' bij de GGD tot 70% bij de RAV/MKA (figuur 6).

Figuur 6. Is er in uw instelling een meerjaren beleidsplan OTO?



Op de vraag waarom zo'n plan er voor de betreffende instelling niet was werd door GGD en RAV vooral geantwoord (30, resp. 60%) dat zij volgend zijn aan de GHOR, naast redenen als 'zijn nog niet zover' en 'hebben een capaciteitstekort'.

Bij de SEH werden twee redenen genoemd: 'is in ontwikkeling' (71%) en 'er zijn teveel personeelwisselingen' (29%). Ook bij de crisiscoördinatoren werd de reden 'is in ont-

wikkeling' het meest genoemd (45%), naast 'er is hier geen draagvlak' en 'eerst het ZiROP ontwikkelen'.

Vervolgens werd nagevraagd of dit meerjaren beleidsplan werd uitgewerkt in een **operationeel Jaarplan** (2007 of 2008). Bij RAV/MKA was dit bijna altijd zo (90%), terwijl de andere groepen hier duidelijk achterbleven (GGD 16, SEH 36 en crisis-coördinatoren 37%).

3.4 Opleiden

In de nu volgende paragrafen over opleiden en oefenen is er voor gekozen de verschillende vragen uit de checklist langs te gaan, zodat de lezer zich een oordeel kan vormen over de antwoorden per groep. Voor een bondig overzicht van de resultaten wordt verwezen naar paragraaf 4.1 van dit rapport.

3.4.1 *Borging opleidingsplan*

Er werden twee vragen gesteld over het Opleidingsjaarplan:

- Wie maakt dit plan in uw instelling?

Bij de GGD was deze vraag in 60% van de gevallen niet van toepassing ('geen opleidingsjaarplan') en waar er wel een jaarplan was, werd dit opgesteld door een GHOR OTO - functionaris en/of een GGD beleidsmedewerker. Bij de RAV's en de meldkamers (90% van toepassing) werd het plan opgesteld door de GHOR en/of de Regionale OTO - functionaris.

Bij de hoofden SEH (5% niet van toepassing) en de crisiscoördinatoren (56% niet van toepassing) werden meerdere functionarissen genoemd, vooral de crisiscoördinatoren (-zelf) en de beheerders van het ZiROP. Maar ook Managers Zorg, Hoofden van de Facilitaire Dienst*, Beleidsmedewerkers en OTO – functionarissen van de GHOR werden meer dan eens genoemd. Ter vergelijking: bij het GHOR – bureau (100% van toepassing) maakt een OTO - functionaris of -werkgroep het jaarplan, soms versterkt door een multidisciplinaire werkgroep.

* De hoofden facilitaire dienst zijn verantwoordelijk voor het Bedrijfsnoodplan voor interne rampen

- Op welk bestuurlijk niveau werd het Opleidingsjaarplan vastgesteld?

Bij de GGD-en die wel een jaarplan hadden, werd dit vastgesteld door de directie en in enkele gevallen door het veiligheidsbestuur. Bij de RAV/ROC/MKA werd het jaarplan vastgesteld door de directie (38%), het veiligheidsbestuur (25%), en de GHOR, de RGF en de SOSA. In de ziekenhuizen wordt het opleidingsjaarplan bijna altijd vastgesteld door de Raad van Bestuur en in enkele gevallen door het veiligheidsbestuur of de Manager Zorg.

Bij de GHOR – bureaus werd een onderscheid gemaakt tussen monodisciplinaire opleidingen (vastgesteld door de Regionaal Geneeskundig Functionaris, RGF) en multidisciplinaire die werden vastgesteld door het veiligheidsbestuur.

3.4.2 *Financiering opleidingsactiviteiten*

Bij de GGD-en ontving men geld van Gemeente, GHOR en Regioraad (samen 43%) en werden opleidingen vooral uit het eigen budget betaald. Bij de ambulancezorg werden de opleidingen voor de helft gefinancierd uit eigen budget en de andere helft door GHOR en veiligheidsbestuur. Bij SEH en crisiscoördinatoren gaat het in alle gevallen om eigen budget, al noemde een derde van de crisiscoördinatoren dat ook opleidingen worden gefinancierd uit geld dat werd verworven uit het ZonMw – programma.

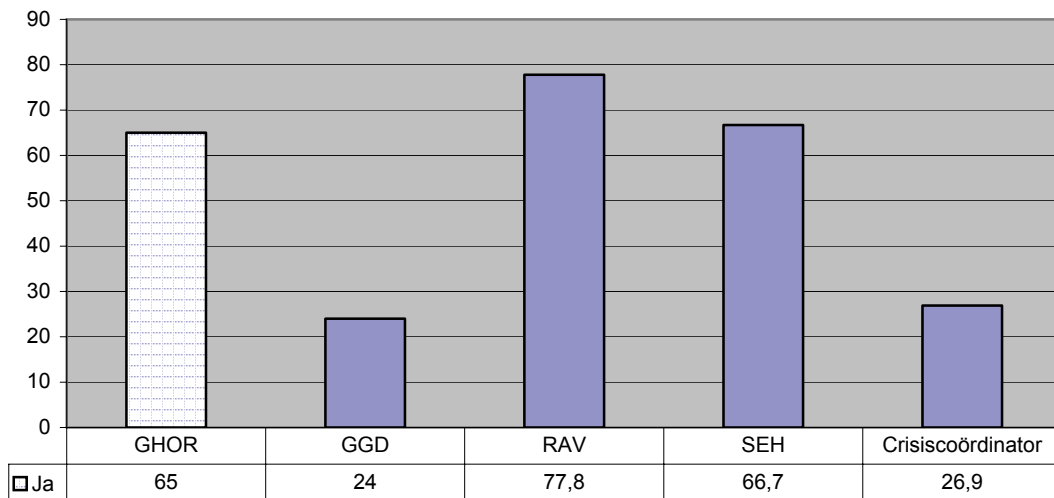
3.4.3 *Welke functionarissen opgeleid*

Aan GGD – directeuren en ziekenhuis - functionarissen werd gevraagd welke functionarissen vooral werden opgeleid. Bij de GGD ging het in meerderheid om artsen Infectieziektebestrijding. Voor de ziekenhuizen werden genoemd: leden van het Crisis Beleidsteam (CBT), SEH – artsen en – verpleegkundigen, crisiscoördinatoren, triagisten, beheerders van het ZiROP en artsen en verpleegkundigen werkzaam op IC/OK.

3.4.4 *Evaluatie en registratie*

Aan alle respondenten werd vervolgens gevraagd of het opleidingsplan werd geëvalueerd aan de hand van tevoren gedefinieerde doelstellingen (figuur 7).

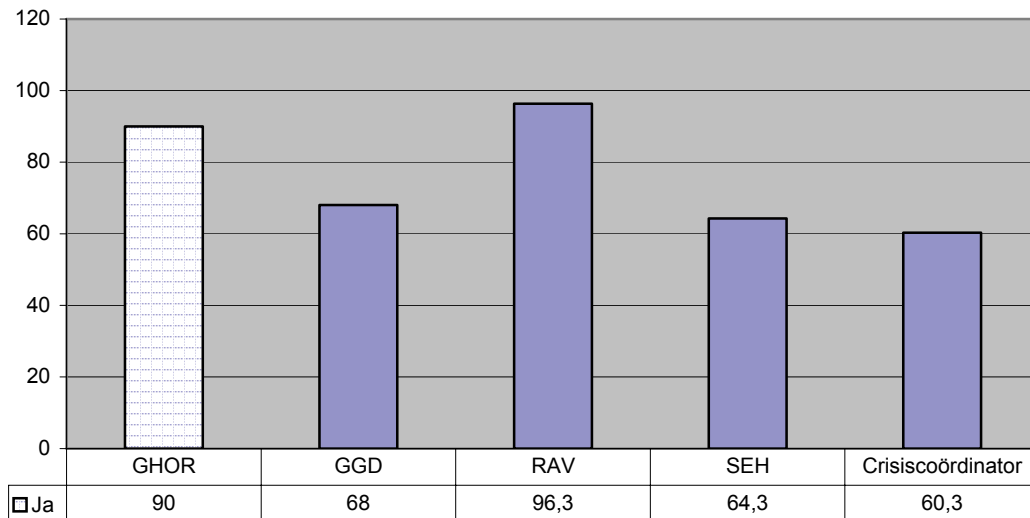
Figuur 7. Wordt het opleidingsplan geëvalueerd aan de hand van tevoren gedefinieerde doelstellingen?



Evaluatie op grond van tevoren gedefinieerde doelstellingen werd niet in alle gevallen uitgevoerd, met name niet bij GGD en in de ziekenhuizen en ook bij SEH's wordt in 1/3e van de gevallen zonder doelstellingen geëvalueerd.

Ook werd nagegaan of het volgen van opleidingen en cursussen voor iedere functionaris werd geregistreerd (figuur 8). Voor de vijf groepen samen wordt gemiddeld in 70% van de gevallen zo'n registratie bijgehouden.

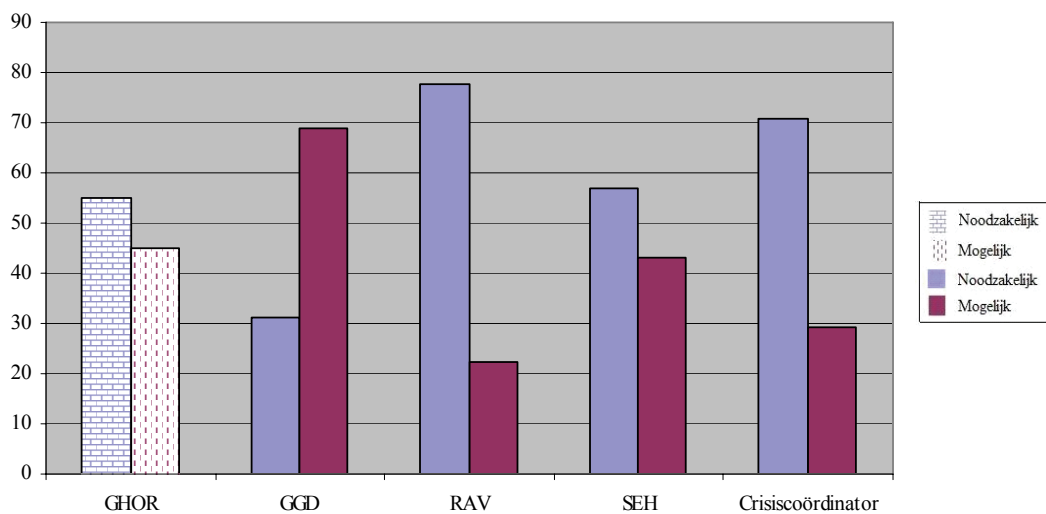
Figuur 8. Worden opleidingen en cursussen per individuele functionaris geregistreerd?



3.4.5 *Noodzakelijk of mogelijk*

Om meer zicht te krijgen op het al dan niet verplichte karakter van opleiden ter voorbereiding op rampen werd de volgende vraag voorgelegd: Is het opleidingsplan voor rampen en ongevallen van uw instelling opgesteld op basis van wat u *noodzakelijk* acht of op basis van wat binnen uw instelling *mogelijk* is? In figuur 9 is te zien dat de GGD hier afwijkt van de andere groepen; zij doen meer wat mogelijk is, terwijl de andere groepen, m.n. RAV/MKA, toch vooral een opleidingsplan opstellen op grond van wat noodzakelijk is.

Figuur 9. Is het opleidingsplan voor rampen en ongevallen van uw instelling opgesteld op basis van wat u *noodzakelijk* acht of op basis van wat binnen uw instelling *mogelijk* is?



3.4.6 Ramptypen

In relatief weinig instellingen werden de vier ramptypen flitsramp, NBC – ramp, overstroming en griep пандemie in het opleidingsplan gedekt (figuur 10).

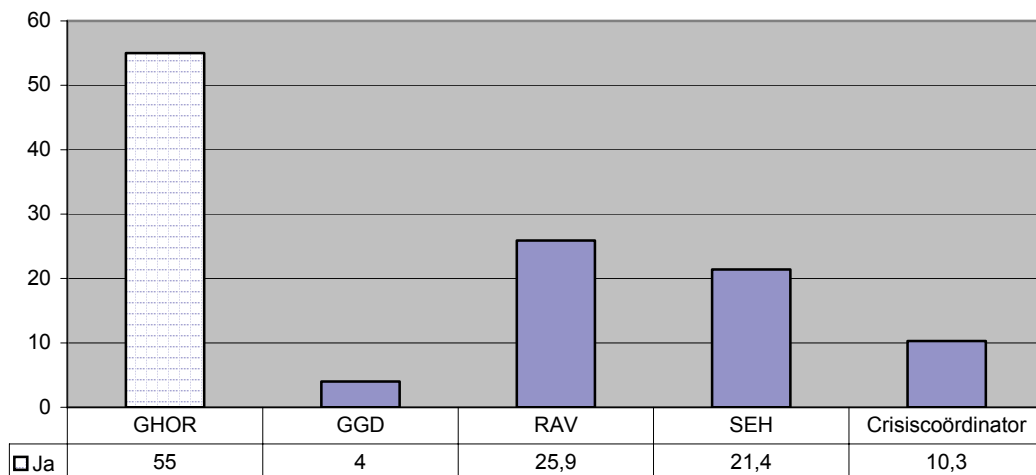
Door GGD – directeuren werd aangegeven dat flitsrampen en overstromingen buiten het taakgebied vallen en dat de dienst daar pas in de nazorg een plaats heeft.

De meerderheid van de functionarissen in de ambulancezorg zag geen taak weggelegd bij overstromingen (‘aparte routing’) en bij griep пандemieën en gaf aan dat opleiden voor NBC – rampen een lage prioriteit had.

Door hoofden SEH en crisiscoördinatoren werd enerzijds opgemerkt dat een griep пандemie geen ramp is, anderzijds dat er voorbereidingen worden getroffen voor specifieke cursussen. Beide groepen noemen vaak dat overstromingen in hun regio niet aan de orde zijn. Dertig procent, tenslotte, zegt dat het opleidingsplan van hun instelling algemeen (ramptype – onafhankelijk) is.

Ter vergelijking: door de hoofden GHOR – bureau werd gemeld dat er niet specifiek voor overstromingen werd opgeleid en – in een aantal gevallen – dat in hun regio geen overstromingsgevaar bestond.

Figuur 10. Worden verschillende ramptypen (flitsramp, NBC – ramp, overstroming, пандemie) in het opleidingsplan gedekt?



3.4.7 GHOR - processen

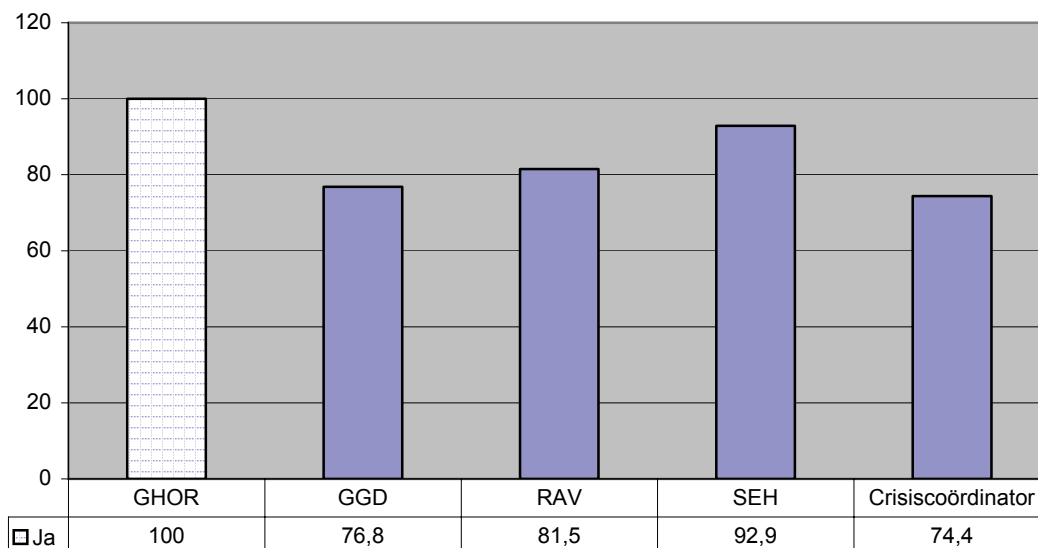
Voor drie groepen (niet voor GGD) werd nagevraagd of er specifieke opleidingen waren voor het GHOR – proces **Spoedeisende Medische Hulpverlening**. Het antwoord ‘ja’ lag rond de 60%. Alle geënquêteerde functionarissen van de ambulancediensten gaven aan dat over dit proces regionale afspraken werden gemaakt, terwijl de twee ziekenhuisgroepen gemiddeld op 45% uitkwamen.

Voor het GHOR – proces **Preventieve Openbare Gezondheidszorg (POG)** werd op 56% van de GGD-en opgeleid (in 40% van de gevallen waren daar regionale afspraken over) en voor het GHOR – proces **Psychosociale nazorg (PSHOR)** waren de percentages resp. 24 en 16%. Gezien de taken van GGD liggen deze percentages relatief laag.

3.4.8 Opleidingsinitiatieven GHOR

Omdat de GHOR – bureaus de regiefunctie vervullen ten aanzien van OTO is van belang dat de opleidingsinitiatieven ervan bekend zijn in het veld (figuur 11). Gemiddeld blijken ze bij de meerderheid van de respondenten bekend te zijn. Vervolgens werd gevraagd met welke initiatieven men bekend was.

Figuur 11. Bent u bekend met de opleidingsinitiatieven op het terrein van de GHOR?



- zo ja, met welke

	GGD	RAV	SEH	CC
NIBRA/NIVF	64.0	77.3	38.5	28.2
NIGHR	8.0	36.4	20.5	1.3
GHOR bureau	52.0	95.5	61.5	42.3
Trimension	20.0	68.2	12.8	3.8
ETS	44.0	45.5	82.1	71.8
E-semble	20.0	54.5	2.6	3.8
Overig (incl. H-MIMS)	24.0	31.8	23.1	56.4

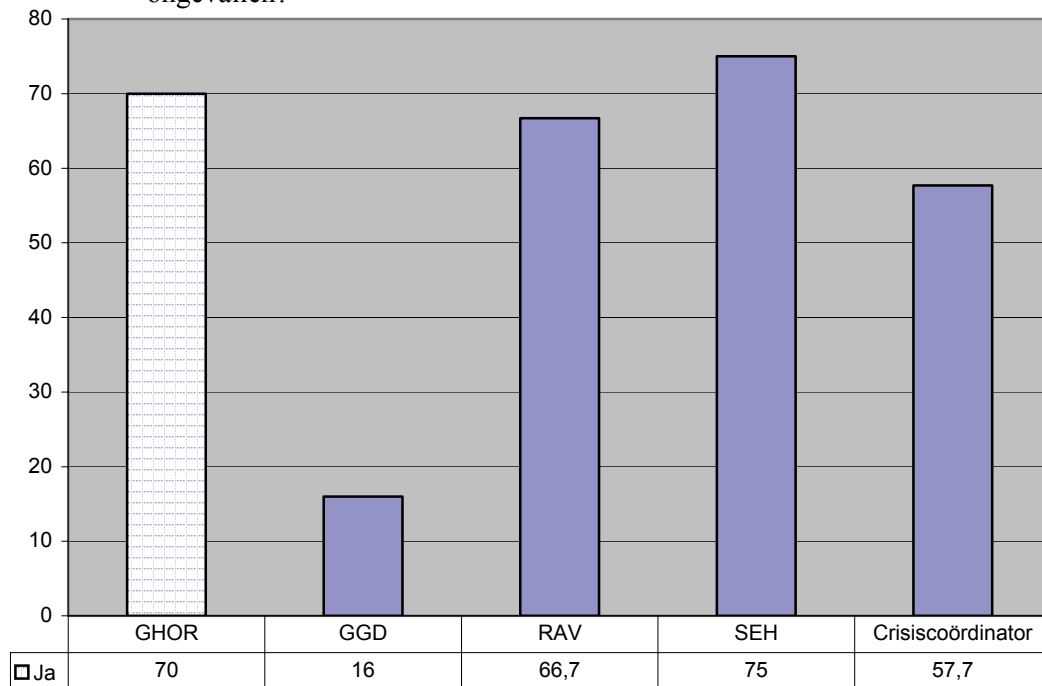
De GGD – directeuren blijken vooral bekend met NIFV – opleidingen en –cursussen en met die van het GHOR – bureau. Voor de RAV/MKA komen daar nog Trimension en Esemble bij. De functionarissen van SEH en ziekenhuis kennen vooral de cursussen van GHOR – bureau en NIVF en noemen vooral ETS en H-MIMS.

De volgende aantallen medewerkers per instelling volgden de basismodule GHOR: GGD 5-10, RAV 25, SEH 3, Crisiscoördinator 5.

3.4.9 Regionaal overleg

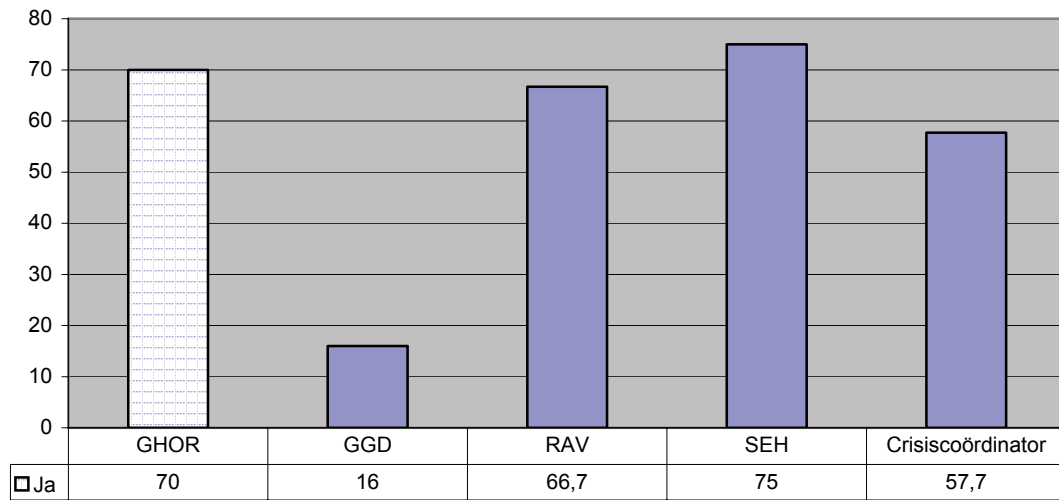
Omdat informatievoorziening in de repressiefase van groot belang is, dient men elkaar en elkaars plannen ook in 'vredestijd' te kennen. Daarom werd gevraagd of men regionaal overleg voert over de opleidingsplannen (figuur 12). Deze vraag werd vervolgens uitgesplitst voor vier mogelijke overlegpartners: de traumacentra (figuur 12a), de GHOR – bureaus (figuur 12b), zusterinstellingen (figuur 12c) en ketenpartners (figuur 12d). In figuur 12e tenslotte is weergegeven of er bij dit regionale overleg ook afspraken worden gemaakt over opleiden.

Figuur 12. Vindt er regionaal overleg plaats over opleidingsplannen voor rampen en ongevallen?

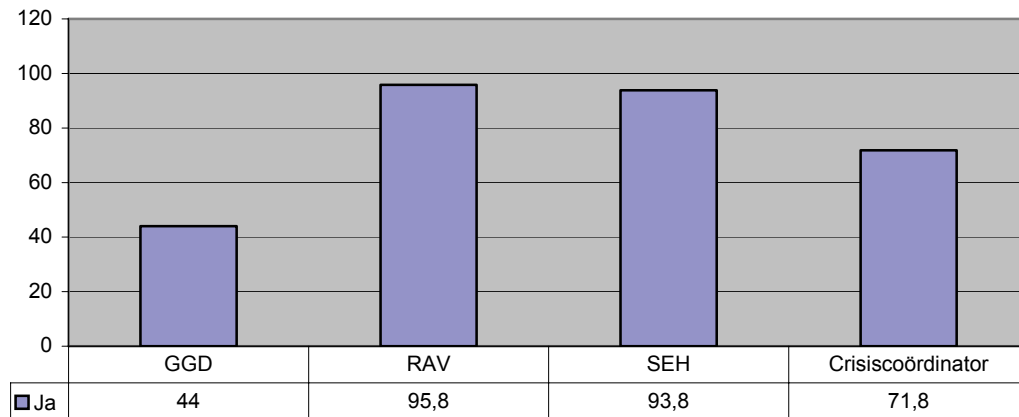


Voor de GGD zijn de percentages regionaal overleg steeds laag. Bij de ziekenhuis – functionarissen vindt relatief weinig overleg plaats met ketenpartners (anders dan het GHOR – bureau) en relatief veel met zusterinstellingen. Op het niveau van de crisiscoördinatoren vindt minder dan gemiddeld overleg plaats met het traumacentrum. Voor de GHOR en de RAV/MKA is het lage percentage overleg met zusterinstellingen opvallend. De GHOR heeft duidelijk in alle gevallen regionaal overleg met alle ketenpartners

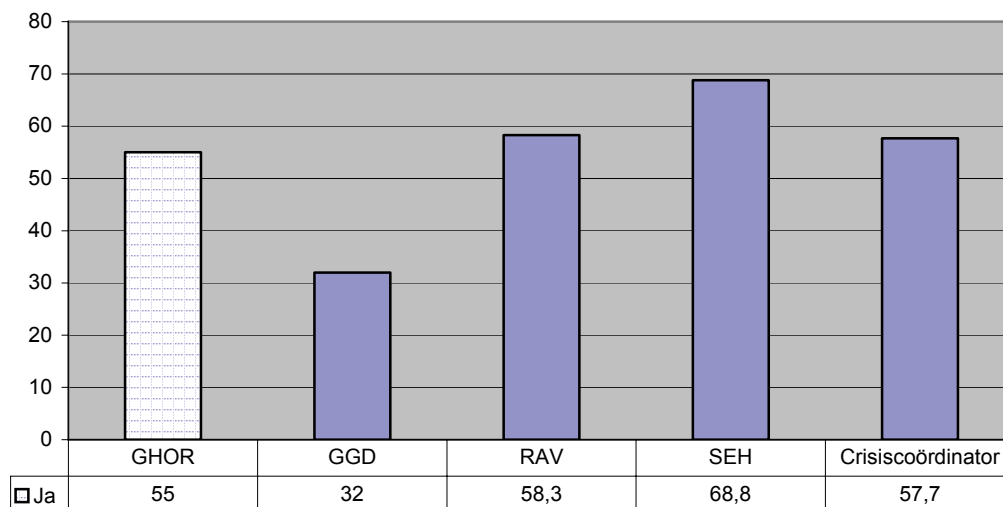
Figuur 12a. Regionaal overleg met traumacentrum (-centra)?



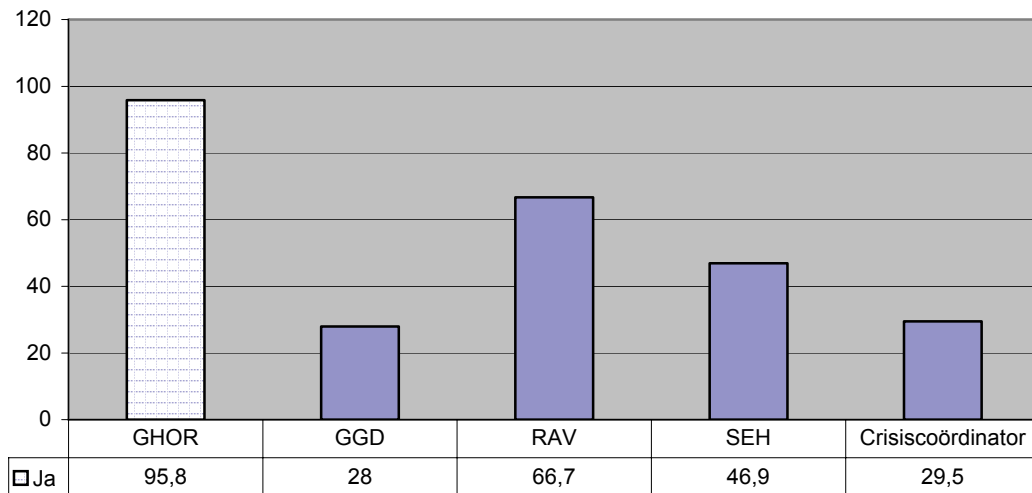
Figuur 12b. Regionaal overleg met GHOR – bureau?



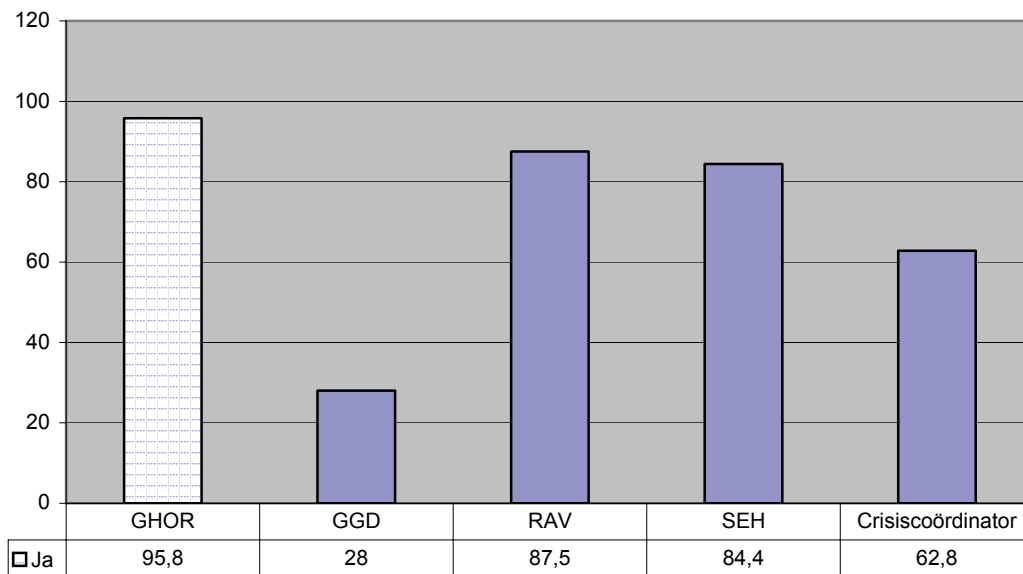
Figuur 12c. Regionaal overleg met zusterinstellingen?



Figuur 12d. Regionaal overleg met andere ketenpartners

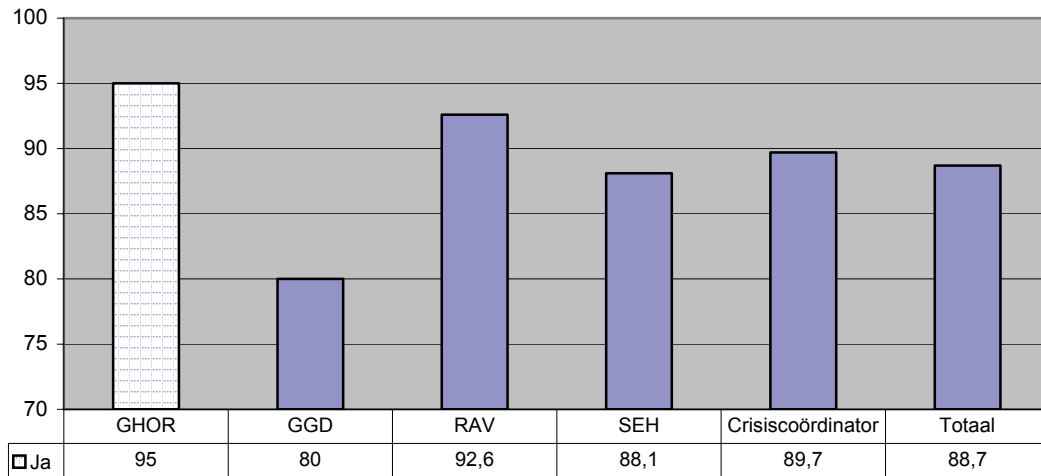


Figuur 12e. Worden er hierbij afspraken gemaakt?



In vervolg op deze vragen over regionaal overleg werd gevraagd of er voor het maken van afspraken over opleidingen knelpunten bestaan (figuur 13). Dit bleek zeker het geval te zijn. Onder de knelpunten werd door nagenoeg alle respondenten geld- en capaciteitsgebrek genoemd. Ook gebrek aan uniformiteit werd door twee groepen respondenten aan de orde gesteld.

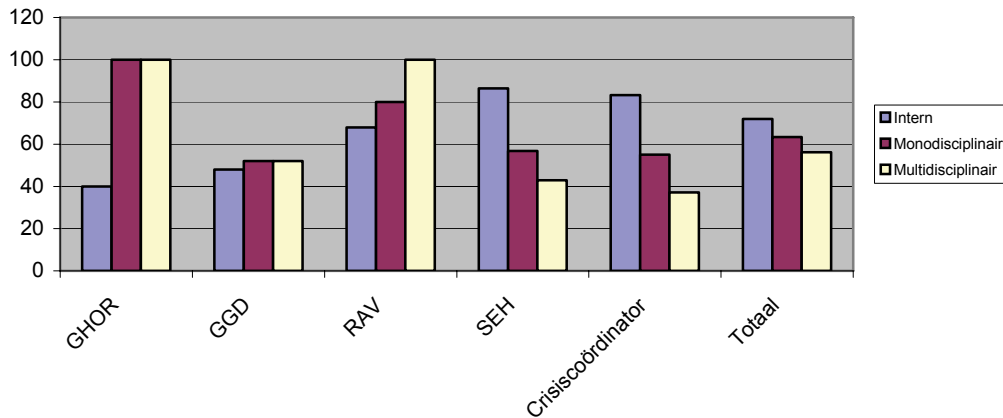
Figuur 14. Wordt er in uw instelling geoeft ter voorbereiding op rampen, crises en zware ongevallen?



3.5.2 Aard van de oefening

Er werd nagegaan of het in meerderheid om interne oefeningen binnen de eigen instelling ging, of dat er ook mono- en multidisciplinair werd geoeft (figuur 15).

Figuur 15. Wat is de aard van de oefeningen in uw instelling?



Het beeld is hier duidelijk: hoe grootschaliger de oefening hoe vaker RAV (en ook GHOR – bureau) meedoet en hoe minder vaak de ziekenhuis – functionarissen. De GGD doet aan alle typen even vaak mee.

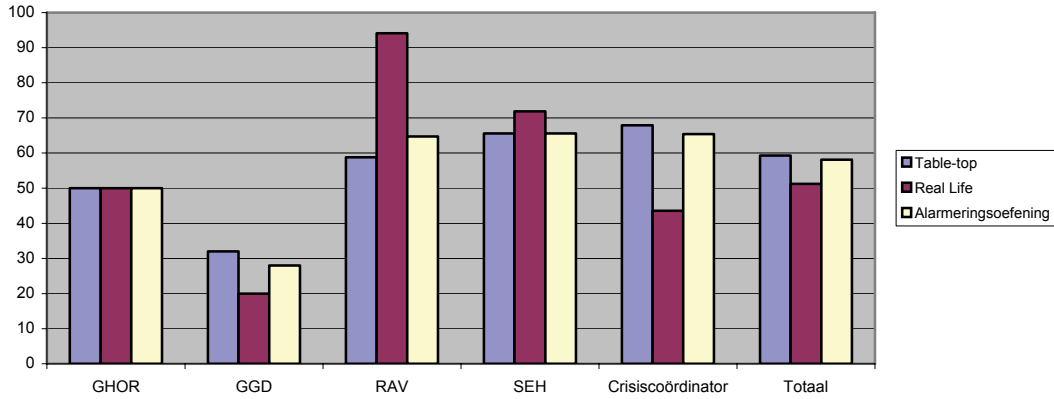
3.5.3 Soort oefening

Voor intern en voor monodisciplinair oefenen werd geïnventariseerd om welke soort oefening het daarbij vooral ging (figuren 16 en 17). Omdat multidisciplinair oefenen altijd ‘real life’ is, blijft die hier buiten beschouwing.

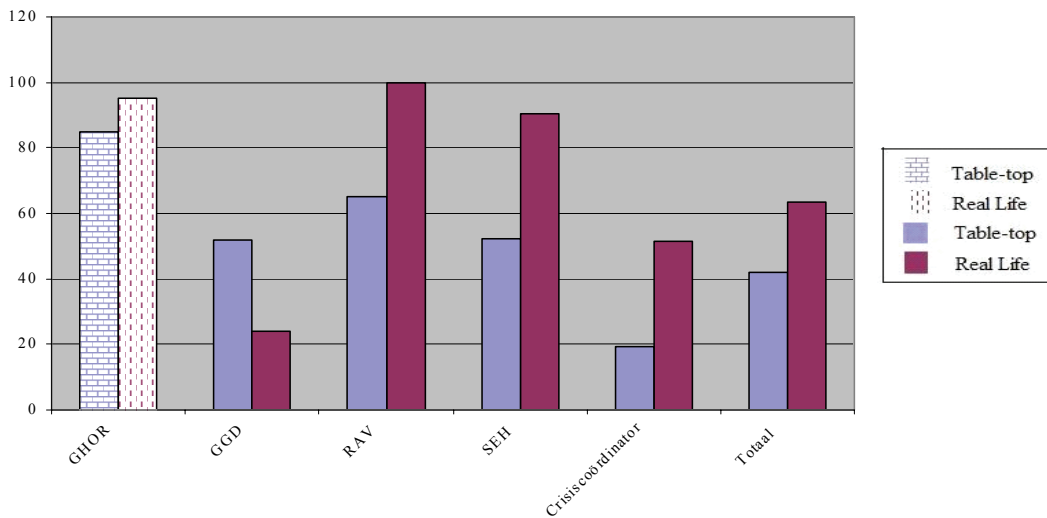
Het valt op dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen de twee ziekenhuisgroepen: door de SEH wordt (veel) vaker real life geoeft dan door de crisiscoördinatoren van de zieken-

huizen, zowel intern als monodisciplinair. De crisiscoördinatoren oefenen vooral intern table-top en met alarmering. RAV/MKA oefenen vaker real life dan de andere groepen.

Figuur 16. Welke soorten interne oefeningen vinden er plaats?



Figuur 17. Welke soorten monodisciplinaire oefeningen vinden er plaats?



3.5.4 Aantal oefeningen per jaar, geoefend onderdeel en regie

Voor de drie typen oefening werd nagevraagd hoeveel van dergelijke oefeningen er gemiddeld jaarlijks werden gehouden.

	GGD	RAV	SEH	CC
Intern				
Per jaar:	1	5	1-2	2-3
Monodisciplinair				
Per jaar:	2	5	1-2	1-2
Multidisciplinair				
Per jaar:	5	5	1	1
Totaal per jaar	8	15	4	5

In het algemeen is de spreiding tussen de groepen respondenten over de typen oefening vrij gelijk. Ter vergelijking: bij de GHOR – bureaus wordt zeer veel geoefend met alle typen (frequentie eens in de drie werkdagen).

Er werd ook geïnventariseerd **welke onderdelen** van de organisatie werden geoefend. Bij interne en bij monodisciplinaire oefeningen werden in het ziekenhuis vooral afdelingen geoefend (85 en 83%) ; op de SEH werden ook systemen geoefend (intern 88, regionaal 95%). Bij multidisciplinaire oefeningen ging het hierbij vooral om afdelingen en individuele functionarissen, (voor zowel hoofden SEH als de crisiscoördinatoren rond 80%). Bij de ambulancezorg ging het voor alle typen oefeningen vooral om het trainen en oefenen van systemen en van individuele functionarissen.

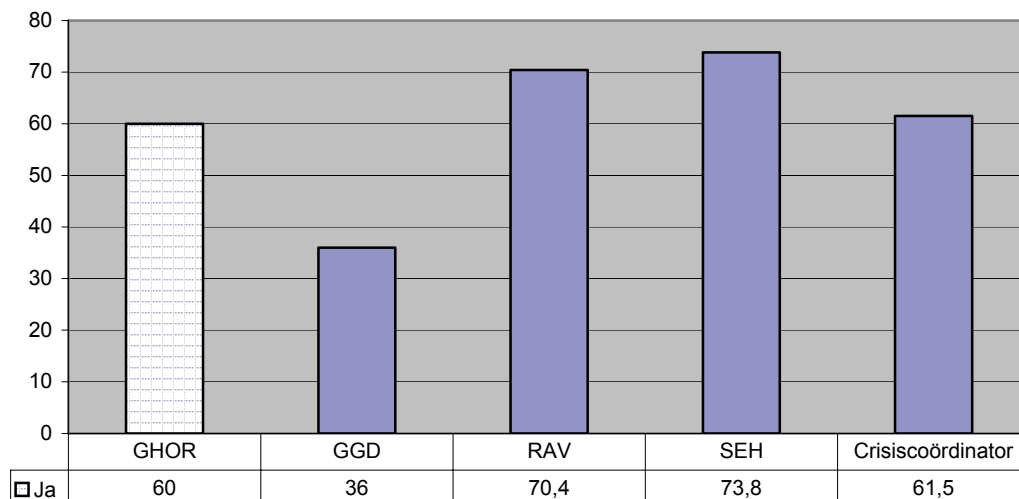
Bij de monodisciplinaire oefeningen was **de regie** in alle gevallen in handen van de GHOR (gemiddeld 86%) en/of de eigen instelling (14%).

3.5.5 Capacitaire bijdrage aan oefeningen

Er werd gevraagd of men vond dat de eigen instelling een voldoende capacitaire bijdrage leverde of kon leveren aan oefeningen ter voorbereiding op rampen en zware ongevallen (figuur 18). Men kon ook aangeven waarom die bijdrage niet voldoende was of kon zijn. Neen, omdat:

GGD (N=64%)	Geldgebrek, Capaciteitstekort, Onduidelijke taak
RAV (N=30%)	Geldgebrek, Capaciteitstekort
SEH (N=26%)	Geldgebrek, Capaciteitstekort, SEH wel/ziekenhuis niet
CC (N=39%)	Geldgebrek, Capaciteitstekort, Te lage prioriteit
Ter vergelijking:	
GHOR (N=40%)	Geldgebrek, Capaciteitstekort, Ambities te hoog

Figuur 18. Vindt u dat uw instelling een voldoende capacitaire bijdrage heeft aan oefeningen?

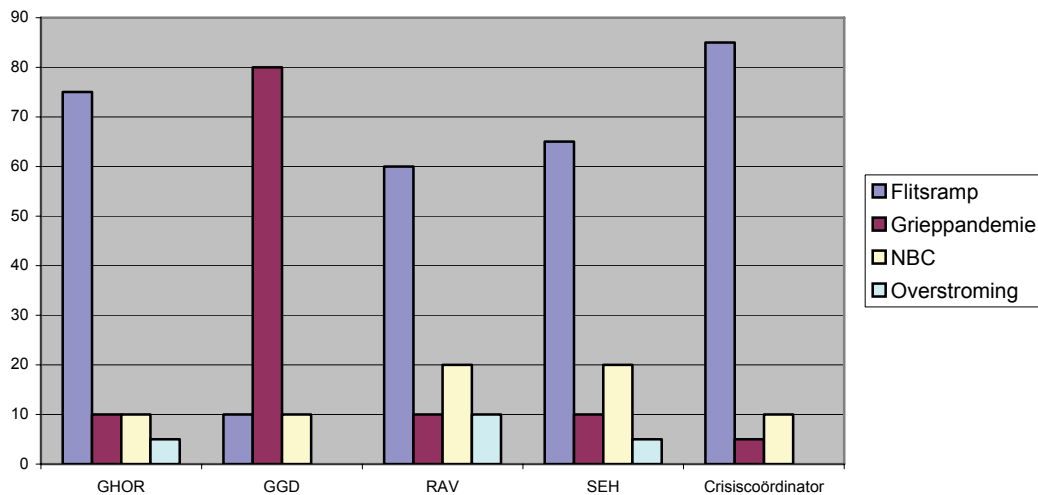


Vooral de SEH- en RAV/MKA - functionarissen vonden dat hun instelling voldoende bijdrage kon leveren. Als men niet tevreden was over de bijdrage van de eigen instelling werd dat vooral geweten aan geldgebrek en capaciteitstekort.

3.5.6 Ramptypen

Om zicht te krijgen op de aandacht die bij het oefenen aan verschillende ramptypen werd besteed, werd gevraagd om een percentage te noemen per ramptype (figuur 19). Het is duidelijk dat er vooral wordt geoefend ter voorbereiding op flitsrampen, uitgezonderd de GGD, waar voorbereiding op een griep Pandemie prevaleert. Vergelijken met de eerdere cijfers van NIVEL onderzoek over de mate waarin men zich twee jaren geleden voorbereid voelde (zie bijlage 2.B), komt het oefenen op overstromingen er bekaaid af.

Figuur 19. Aandacht aan vier verschillende ramptypen bij het oefenen (100% per respondent te verdelen)



3.5.7 Laatste en volgende oefening

Uitgebreid werd nagevraagd wanneer voor de eigen instelling de laatste oefening werd gehouden en wanneer een volgende was gepland, uitgesplitst naar type en soort oefening en naar type ramp.

Wanneer was de laatste oefening voor rampen en ongevallen?

	GG	RAV	SEH	CC
0-3 maanden geleden	36.4	92.6	51.2	46.5
4-6 maanden geleden	18.2	3.7	7.3	7.0
7-12 maanden geleden	13.6	3.7	17.1	25.4
Meer dan jaar geleden	31.8	-	24.4	21.1

- Wat was het type oefening?

Intern	27.3	3.7	52.4	56.3
Monodisciplinair	27.3	37.0	23.8	25.4
Multidisciplinair	45.5	59.3	23.8	18.3

- Welke soort oefening was het?

Table-top	56.0	25.9	33.3	43.6
Real Life	28.0	85.2	59.5	34.6
Alarmering	8.0	11.1	9.5	14.1

- Welk type ramp werd geoefend?

Flitsramp	33.3	74.1	78.6	89.1
NBC	9.5	11.1	9.5	3.1
Overstroming	4.8	3.7	-	1.6
Grieppandemie	52.4	-	2.4	3.1

Wanneer is de volgende oefening voor rampen en ongevallen gepland?

	GG	RAV	SEH	CC
Over 0-3 maanden	40.9	90.5	44.4	32.0
4-6 maanden	4.5	9.5	29.6	16.0
7-12 maanden	9.1	-	22.2	21.3
Niet bekend	45.5	-	3.7	30.7

- Wat wordt de aard van de oefening?

Intern	9.1	18.5	61.9	61.7
Monodisciplinair	27.3	33.3	16.7	19.1
Multidisciplinair	54.5	48.1	21.4	17.0

- Welke soort oefening wordt het?

Table-top	32.0	40.7	57.1	35.9
Real Life	16.0	74.1	38.1	23.1
Alarmering	-	7.4	11.9	9.0

- en welk type ramp wordt geoefend?

Flitsramp	18.2	63.0	59.5	87.5
Overstroming	18.2	-	4.8	2.5
NBC	-	14.8	14.3	7.5
Grieppandemie	63.6	-	-	2.5

PM Bij soort oefening en het type ramp dat werd geoefend komen de percentages per groep niet altijd op 100%; bij meer dan 100% werden meerdere soorten en typen tegelijk geoefend, bij minder dan 100% werd niet altijd op deze vragen geantwoord.

De laatste oefening voor ambulancezorg was steeds minder dan drie maanden geleden en betrof in 2/3e van de gevallen multidisciplinaire en voor 1/3e monodisciplinaire oefeningen (vaak real life en in meerderheid voor de flitsramp). Bij ca. 40% van de ziekenhuis – functionarissen was de laatste oefening minstens een half jaar geleden en bij 20% meer dan een jaar, in meerderheid real life en de flitsramp betreffend. Een verschil werd gevonden tussen de antwoorden van de hoofden SEH en die van de crisiscoördinatoren voor wat betreft het type oefening: volgens crisiscoördinatoren meer intern en volgens de hoofden SEH meer multidisciplinair.

Ook ten aanzien van het verwachte tijdstip van de volgende geplande oefening verschillen de antwoorden binnen het ziekenhuis: hoofden SEH verwachten in meerderheid binnen zes maanden te oefenen en crisis coördinatoren op zijn vroegst na zes maanden. De cijfers nuanceren het aantal opgegeven oefeningen per jaar zoals vermeld in paragraaf 3.5.4. Daar werd bij voorbeeld voor crisiscoördinatoren aangegeven dat gemiddeld aan 5 oefeningen per jaar werd meegedaan. Als echter de laatste oefening minstens zes maanden geleden was (46%) en de volgende pas over meer dan een half jaar of nog onbekend (52%) dan is zo'n gemiddelde lastig te halen.

3.5.8 *Verantwoordelijkheid en initiatief*

Vervolgens werd nagegaan wie er verantwoordelijk was voor de oefeningen en wie er het initiatief voor nam.

De verantwoordelijkheid voor **interne** oefeningen lag bij de GGD bij directie en/of GHOR en bij de RAV/MKA ook bij de ROCs. In de ziekenhuizen is de verantwoordelijkheid over meerdere functionarissen verdeeld. In meerderheid zijn het de crisiscoördinatoren en beheerders ZiROP, maar ook managers zorg, hoofden SEH, hoofden van de facilitaire dienst, beleidsmedewerkers worden genoemd, naast de Raad van Bestuur. De initiatiefnemer voor een interne oefening is bijna steeds een OTO-functionaris (in de ziekenhuizen beheerders ZiROP en crisiscoördinatoren).

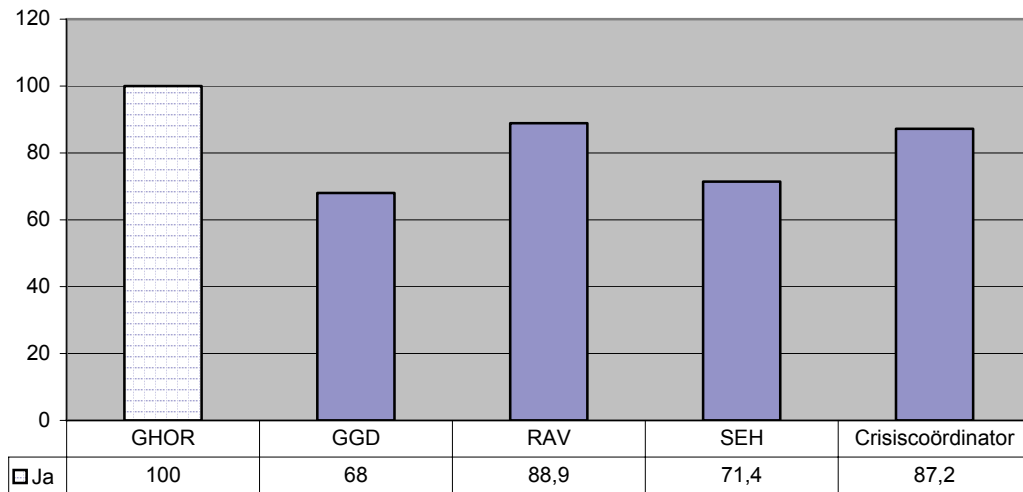
Voor **monodisciplinaire** oefeningen verschuiven zowel verantwoordelijkheid als initiatief bijna volledig naar RGF en GHOR bureau, vaak in overleg met ROC (RAV) of crisiscoördinator (ziekenhuis).

Het initiatief voor **multidisciplinaire** oefeningen ligt naast (vooral) de GHOR ook bij het veiligheidsbestuur, brandweer (genoemd door hoofden GHOR) en multidisciplinaire OTO teams. De verantwoordelijkheid wordt hier gedeeld door directies van de instellingen zelf, GHOR en multidisciplinaire teams.

3.5.9 *Oefendoelen*

Er werd geïnventariseerd of er voor iedere oefening in de eigen instelling oefendoelen werden geformuleerd en door wie deze doelen werden opgesteld (Figuur 20).

Figuur 20. Worden er in uw instelling voor iedere oefening doelen geformuleerd?



Opgesteld door:

GGD Arts infectieziektebestrijding 20%, Beleidsmedewerker 25%, GHOR 25%

RAV GHOR + ROC 65%, ROC 35%

SEH CC/Rampencommissie 30%, GHOR 22%, ZiROP beheerder 7%

CC CC zelf 32%, GHOR 30%, Oefenleider 26%, ETS functionaris 12%

Ter vergelijking:

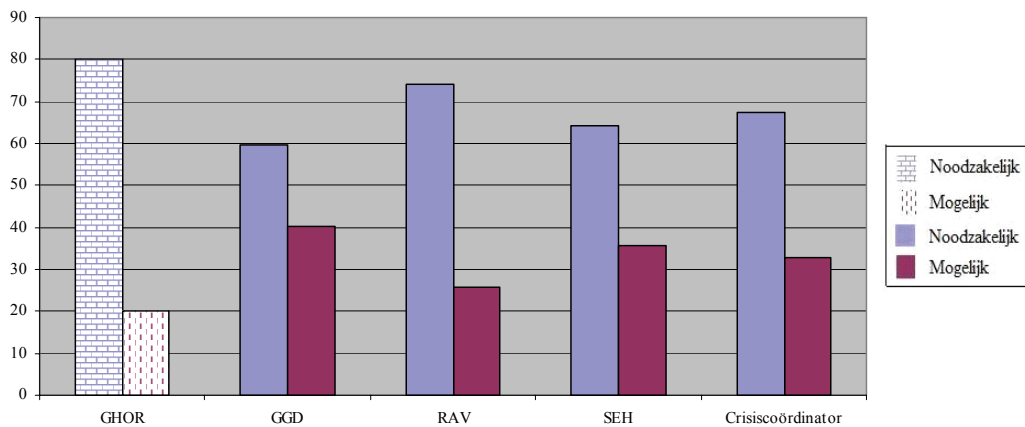
GHOR OTO - functionaris 65%, Multidisciplinair Team 35%

Zoals bij bijna alle inventariserende vragen over de stand van zaken OTO heeft Ambulancezorg (en ter vergelijking ook het GHOR – bureau) de hoogste percentages bij het formuleren van oefendoelen. De doelen worden opgesteld door medewerkers van de eigen instelling al dan niet met de GHOR.

3.5.10 Noodzakelijk of mogelijk

Zoals bij de vragen over Opleiden (zie paragraaf 3.4.5) werd ook hier gevraagd of het oefenplan werd opgesteld op grond van wat noodzakelijk werd geacht of van wat binnen de instelling mogelijk was (figuur 21). Nam de GGD bij opleiden een bijzondere positie in door een plan te maken, gebaseerd op wat mogelijk was, ligt dat bij oefenplannen anders: alle groepen maken oefenplannen voornamelijk gebaseerd op wat noodzakelijk werd geacht.

Figuur 21. Werde het oefenplan opgesteld op basis van wat noodzakelijk werd geacht, of wat in de eigen instelling mogelijk was.



3.5.11 Specifieke oefen - onderwerpen

Om een beeld te krijgen waar de nadruk bij het oefenen op ligt, werden aan de respondenten tien verschillende oefenonderwerpen voorgehouden, waarbij steeds werd gevraagd of er al dan niet mee werd geoefend (antwoorden steeds in percentages – zonder decimalen - van het antwoord ‘ja, wordt in mijn instelling geoefend’):

- a. oefeningen over informatie - uitwisseling?
GGD 52, RAV 74, SEH 74, Crisiscoördinator 73 (GHOR 95)
- b. over de Leidraad CRIB?
GGD 24, RAV 56, SEH 17, Crisiscoördinator 20 (GHOR 45)
- c. Met een decontaminatie protocol?
GGD 12, RAV 63, SEH 19, Crisiscoördinator 18 (GHOR 50)
- d. met de registratie van getroffen en?
GGD 40, RAV 78, SEH 71, Crisiscoördinator 73 (GHOR 80)
- e. met een slachtoffersvolg-systeem (SVS)?
GGD 16, RAV 41, SEH 57, Crisiscoördinator 46 (GHOR 25)
- f. met een gewondenspreidingsplan (GSP)?
GGD 20, RAV 89, SEH 59, Crisiscoördinator 56 (GHOR 80)
- g. uitgaande van de reële behandelcapaciteit?
GGD 28, RAV 85, SEH 76, Crisiscoördinator 76 (GHOR 85)
- h. over triage van tientallen slachtoffers tegelijk?
GGD 24, RAV 93, SEH 62, Crisiscoördinator 42 (GHOR 90)
- i. met de nieuwe gewondenkaart?
GGD 16, RAV 82, SEH 45, Crisiscoördinator 23 (GHOR 55)
- j. met het uitvallen van communicatiemogelijkheden tijdens een ramp?
GGD 16, RAV 33, SEH 50, Crisiscoördinator 35 (GHOR 25)

Bij het laatste oefenonderdeel (nummer j) werd gevraagd met welke vervangende communicatiemiddelen er dan werd geoefend. Het meest genoemd: Runners, portofoon en Noodnet. Door ambulancezorg werd vanzelfsprekend C2000 het meest frequent genoemd.

Oefeningen met als insteek informatie – uitwisseling, registratie van getroffenen en uitgaande van de reële behandelcapaciteit worden gemiddeld door ruim driekwart gedaan. Triage van tientallen slachtoffers wordt door ruim de helft geoefend, net als het gewondenspreidingsplan. Dat er in de ziekenhuizen in de helft van de instellingen wordt geoefend met een slachtoffervolgsysteem was hoger dan verwacht, terwijl er in deze instellingen nauwelijks wordt geoefend met een decontaminatie protocol (het minst geoefende onderwerp), de leidraad CRIB en de nieuwe gewondenkaart.

De resultaten op deze vraag geven inzicht in de stand van zaken preparatie op informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden. Informatie – uitwisseling als zodanig en oefenen met GSP blijken duidelijk op de kaart te staan. Dat geldt (beduidend) minder voor oefenen met SVS, CRIB en het uitvallen van communicatiemiddelen.

Vervolgens werden twee vragen aan de respondenten voorgelegd waarbij zij de drie typen oefening (3.5.12), resp. de vier ramptypen (3.5.13) naar frequentie konden verdelen.

3.5.12 *Beschikbare tijd en type oefening*

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 (100% per respondentengroep).

	GGD	RAV	SEH	CC
Intern	30	60	80	55
Monodisciplinair	40	30	15	30
Multidisciplinair	30	10	5	15

Gemiddeld blijkt de nadruk toch vooral op interne en het minst op multidisciplinaire oefeningen te liggen.

3.5.13 *Oefeningen per ramptype gepercenteerd*

Als u 100% mag verdelen die aan het oefenen op verschillende typen rampen wordt besteed in uw instelling, welke percentages kent u dan toe aan de vier ramptypen?

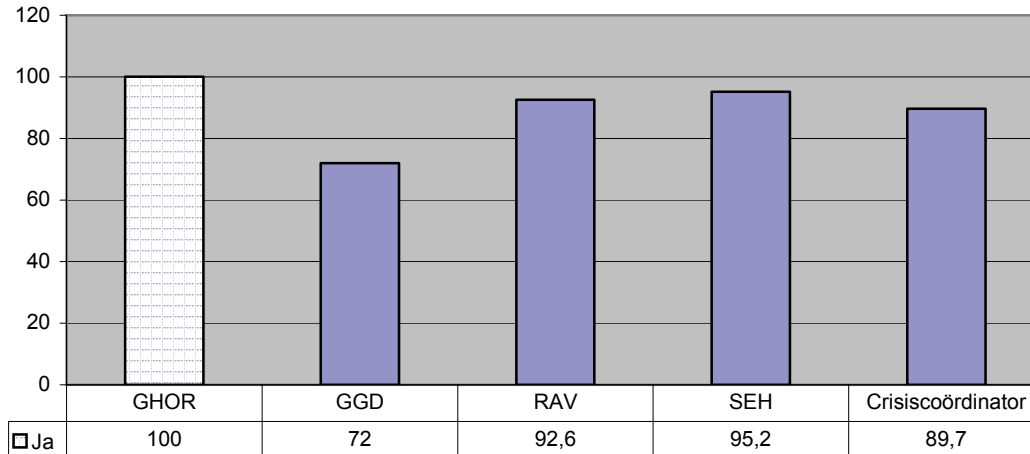
	GGD	RAV	SEH	CC
Flits ramp	10	60	70	60
NBC - ramp	10	30	10	10
Overstroming	10	5	10	10
Pandemie	70	5	10	20

Voor oefenen ligt de verdeling over de ramptypen vergelijkbaar met die van opleiden: er wordt vooral geoefend voor een flitsramp en bij de GGD voor pandemieën.

3.5.14 Evaluatie en registratie

Een potentieel belangrijk element van oefenbeleid is de evaluatie. In een grote meerderheid van de instellingen werd daadwerkelijk geëvalueerd (figuur 22).

Figuur 22. Worden oefeningen geëvalueerd?



Een vervolgvraag was **wie die evaluatie uitvoerde**:

GGD(23) Deelnemers 26%, Waarnemers 74%

RAV(23) Deelnemers 9%, Waarnemers 22%, GHOR 56% ROC 13%

SEH(42) Deelnemers 12%, Waarnemers 12%, GHOR 12%, Intern 59%, ETS 5%

CC(70) Deelnemers 23%, Waarnemers 42%, GHOR 6%, Intern 30%

Ter vergelijking:

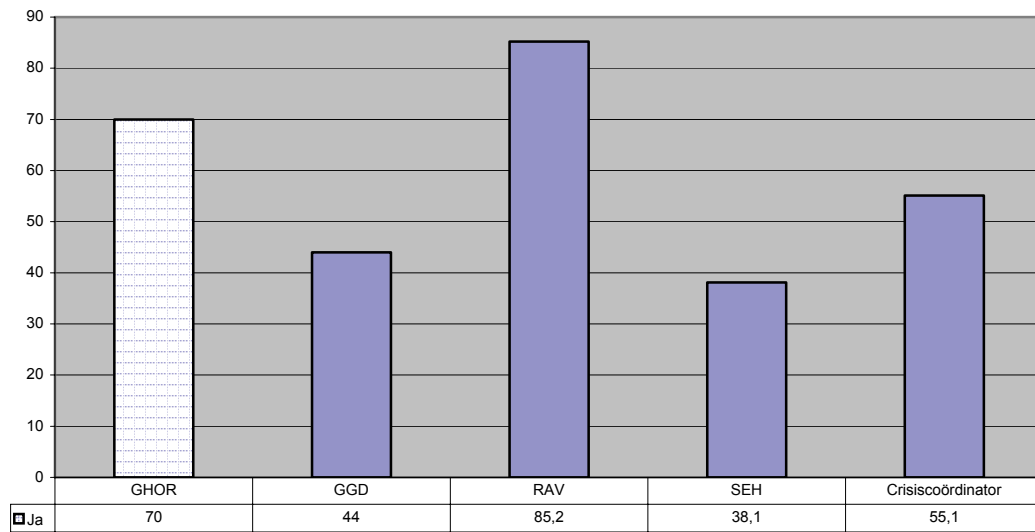
GHOR(20) Deelnemers 20%, Waarnemers 40%, (Multi-)OTO functionaris 40%

Bij RAV/MKA werd vooral door buitenstaanders (waarnemers/observatoren) geëvalueerd en in de ziekenhuizen vooral intern.

Vergeleken met de cijfers voor evalueren in het algemeen waren de cijfers voor het evalueren van individuele functionarissen aanmerkelijk lager (figuur 23).

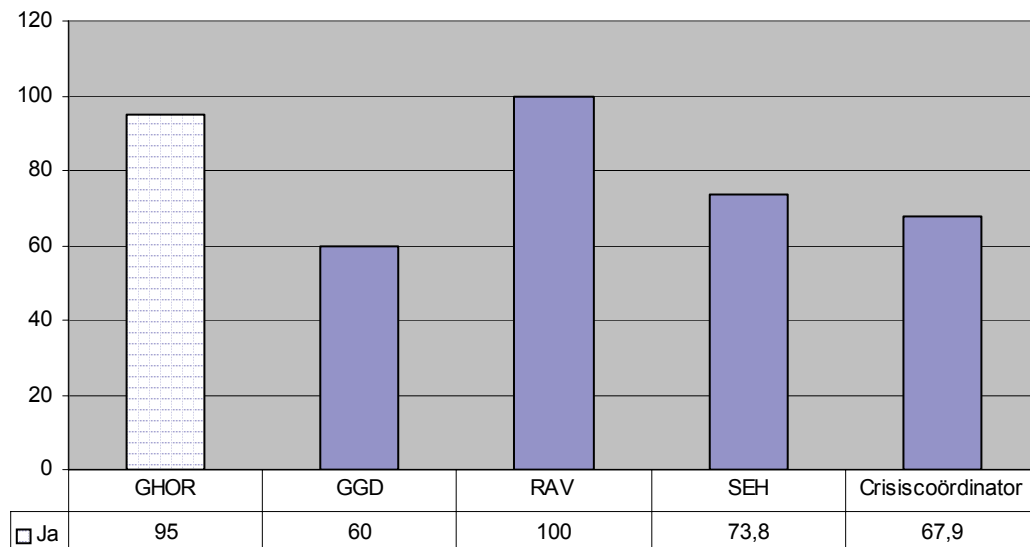
Desgevraagd werd als reden voor het niet - evalueren van individuen vooral aangegeven dat men dat van plan was te gaan doen. Even vaak gaf men aan dat het evalueren van individuen niet aan de orde was bij een oefening van systemen (RAV en SEH) en/of dat oefenen in een grote groep zich er niet voor leende (crisiscoördinator).

Figuur 23. Wordt er na oefeningen geëvalueerd op individueel niveau?



Tenslotte kan bij evaluatie van belang zijn of deelname aan oefeningen voor individuele functionarissen van de instelling werd vastgelegd. Dit bleek gemiddeld in driekwart van de gevallen bijgehouden te worden (figuur 24).

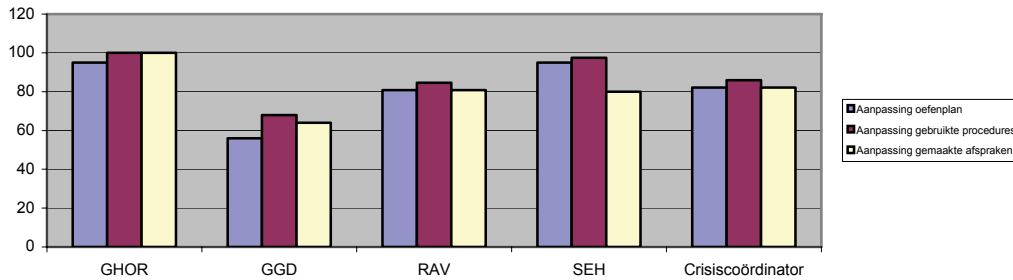
Figuur 24. Wordt de deelname van individuele functionarissen aan oefeningen geregistreerd?



3.5.15 *Effect evaluatie*

Met uitzondering van de GGD blijkt uit figuur 25 dat bij de andere instellingen op grond van de evaluaties in minstens 80% van de gevallen aanpassingen worden gedaan van zowel het oefenplan, de gebruikte procedures en de gemaakte afspraken. Hoewel de genoemde percentages hoog zijn, zou in alle gevallen 100% verwacht mogen worden.

Figuur 25. Worden het oefenplan, de gebruikte procedures of gemaakte afspraken aangepast op grond van een evaluatie?



3.5.16 *Bekend maken oefenplan*

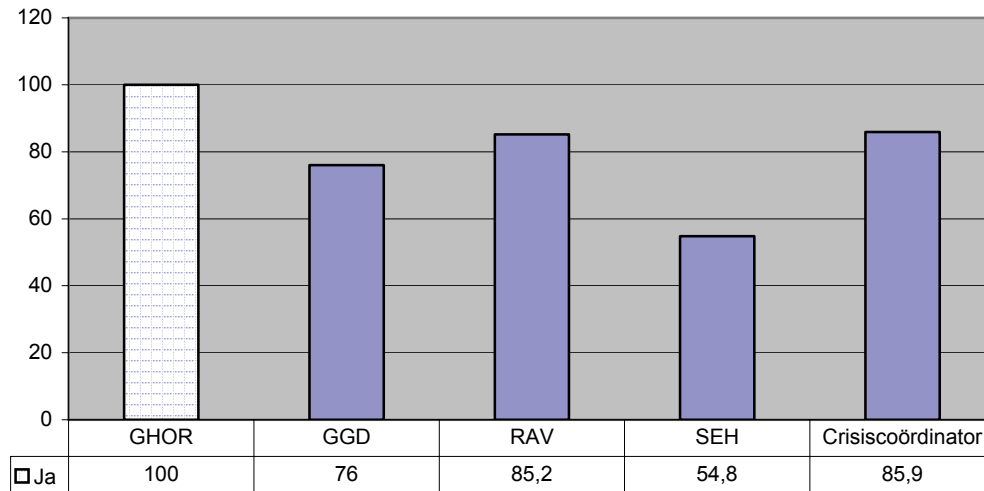
Een volgend punt van aandacht was de wijze waarop het oefenplan bekend werd gemaakt binnen de eigen instelling en aan anderen. Voor de groepen instellingen werd intern gebruik gemaakt van regulier overleg, van intranet, van e-mail en van een nieuwsbrief. In de ziekenhuizen en bij de RAV's werd de communicatie ook regelmatig overgelaten aan het GHOR – bureau.

Naar de buitenwereld werd een oefenplan vooral overhandigd in regulier en/of regionaal overleg. De ziekenhuizen verspreiden hun oefenplan in 25% van de gevallen helemaal niet.

3.5.17 *Afspraken met anderen*

Op de vraag of er over het oefenen afspraken worden gemaakt met anderen kwamen de hoofden SEH aanmerkelijk lager uit dan de andere vier groepen (figuur 26). Er worden meer afspraken gemaakt over oefenen dan over opleiden. Afspraken met de GHOR – bureaus komen het meest voor. Afspraken buiten de 'witte kolom' worden vooral door GHOR – bureau en ambulancezorg gemaakt, terwijl ziekenhuis – functionarissen vaker afspraken maken met het traumacentrum en met zusterinstellingen.

Figuur 26. Worden er afspraken met anderen over oefenen gemaakt?



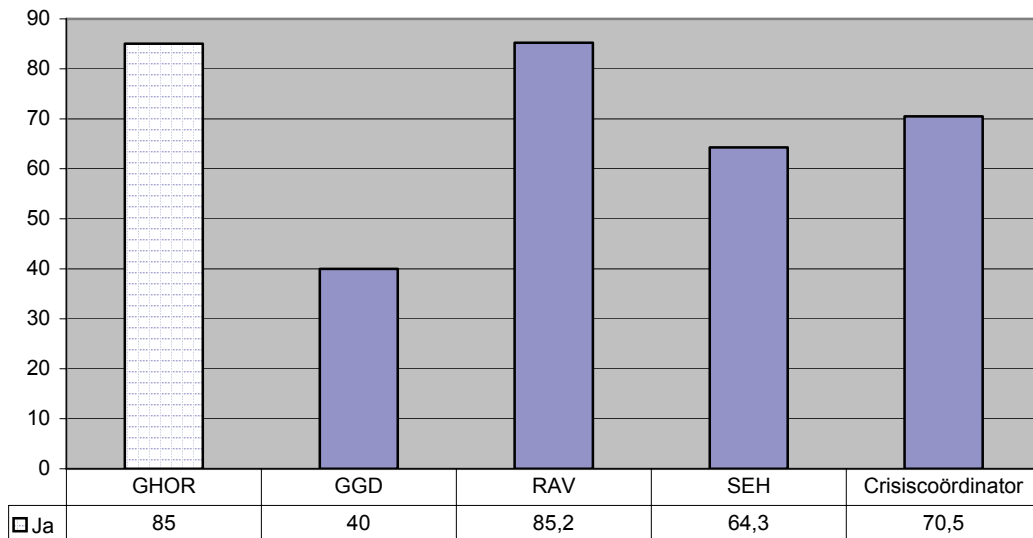
- zo ja, met wie?

	GGD	RAV	SEH	CC
Traumacentrum	-	52.2	47.8	-
GHOR/RGF	64.0	87.0	95.7	83.3
Zusterinstellingen	50.0	30.4	56.5	69.1
Ketenpartners witte kolom	42.1	30.4	8.7	50.0
Politie/Brandweer	20.0	82.6	26.1	25.0
Openbaar bestuur	10.0	34.8	8.7	13.2

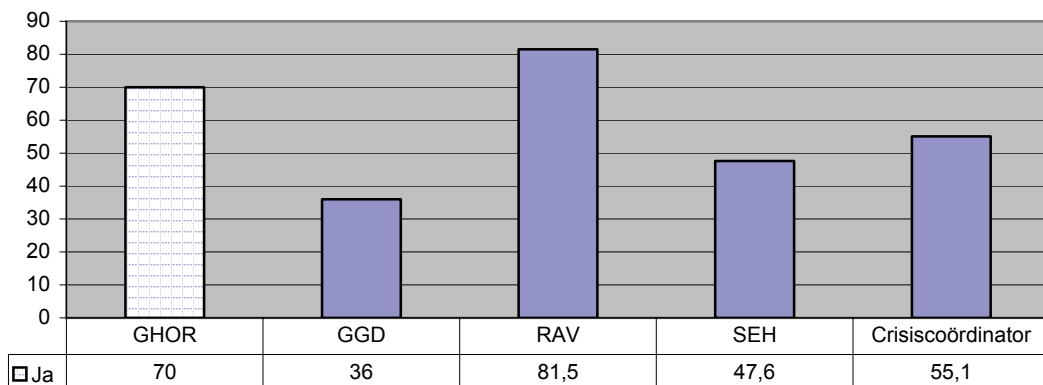
3.5.18 Procedure voor informatie - uitwisseling

Gevraagd werd of er procedures bestonden ten aanzien van informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden (figuur 27). Het voorkomen bleek rond 70% te liggen, maar het percentage voor het aantal maal dat ermee wordt geoefend ligt lager (ca. 50%), met name in SEH en ziekenhuis.

Figuur 27. Zijn er procedures voor informatie uitwisseling bij opschaling?



Figuur 27a. Worden die procedures voor informatie uitwisseling geoefend?



3.5.19 GHOR - processen

Over het oefenen van GHOR – processen werden vragen gesteld aan een deel van de respondenten.

PM Bij de vervolgvraag (zo ja,) worden percentages vermeld van geïnterviewden die op de oorspronkelijke vraag 'ja' hadden geantwoord.

- a. Zijn er in uw instelling oefeningen specifiek gericht op het GHOR - proces **SMH** (Spoedeisende Medische Hulpverlening)?
 Ja RAV 63.0, SEH 11.9, Crisiscoördinator 50.0
 - zo ja, zijn hierover regionale afspraken?
 Ja RAV 88.2, SEH 60.0, Crisiscoördinator 38.5

- b. Zijn er in uw instelling oefeningen specifiek gericht op het GHOR - proces **POG** (Preventieve Openbare Gezondheidszorg)?
 Ja GGD 56.0 (GHOR 50.0)
 - zo ja, zijn hierover regionale afspraken?
 Ja GGD 48.0 (GHOR 35.0)
- c. Zijn er in uw instelling oefeningen specifiek gericht op het GHOR - proces **PSHOR** (Psychosociale hulpverlening)?
 Ja GGD 28.0 (GHOR 35.0)
 - zo ja, zijn hierover regionale afspraken gemaakt?
 Ja GGD 24.0 (GHOR 30.0)

Net als bij opleiden lijkt voor oefenen te gelden dat de drie GHOR – processen geen hoge prioriteit hebben.

Aan het eind van de checklist/vragenlijst kwamen een zestal algemenere punten aan bod die de resultaten van de Quick scan nuanceren.

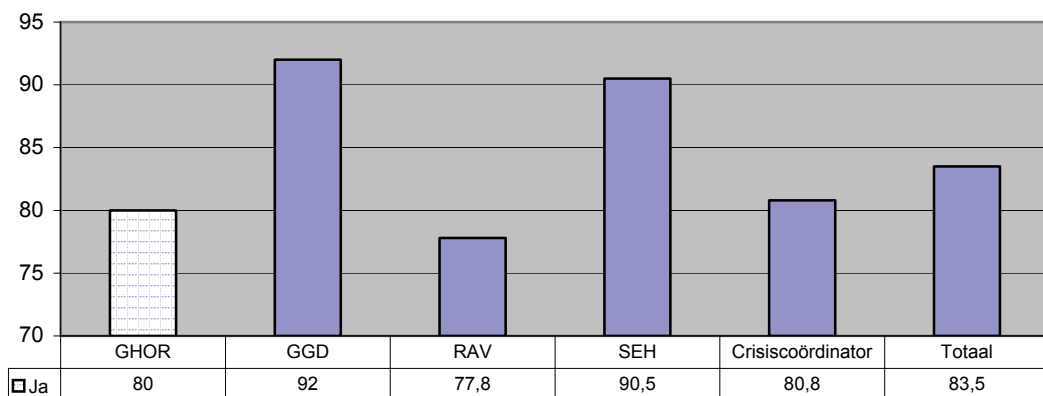
3.5.20 Normering gewenst?

Allereerst werd gevraagd of de respondent vond dat er een normering gewenst was voor oefenen ter voorbereiding op rampen. Bij eerder onderzoek van het NIVEL (zie bijlage 2.B) was opgevallen dat respondenten in dit veld regelmatig aan de interviewer vroegen of hun antwoord ‘goed’ was, daarbij aangevend onzeker te zijn over de geldende norm of over welke norm dan ook. Daarom werd gevraagd of een normering gewenst was en waarom (niet). Bij de redenen waarom staat het aantal maal vermeld dat een reden werd genoemd (figuur 28; let op: in figuur de antwoorden weergegeven vanaf 70%).

Aan de weinige respondenten die geen normering wensten werd gevraagd waarom niet. Daarbij werden drie argumenten genoemd:

- Ik wil geen keurslijf (12x genoemd).
- Er zijn te grote regionale verschillen, m.n. ook in risicoprofiel (8x).
- Oefenen is gewoon niet realistisch, dan helpen normen niet (7x).

Figuur 28. Is normering gewenst voor het oefenen ter voorbereiding op rampen, crises en zware ongevallen?



Normering gewenst omdat,

GGD	Vrijblijvendheid weg 5, Kwaliteit/Uniformiteit omhoog 7, Vooral ondergrens aangeven 5, Maakt het toetsbaar 3, Einde discussies 3, Er moet dan wel geld bij 4
RAV	Vrijblijvendheid weg 4, Kwaliteit/Uniformiteit omhoog 5, Vooral ondergrens aangeven 5, Dan kan budget worden geclaimd 4, Stimuleert OTO 3, Einde discussies 3
SEH	Vrijblijvendheid weg 15, Kwaliteit/Uniformiteit omhoog 5, Vooral ondergrens aangeven 2, Geeft referentiekader 5, Stimuleert OTO 3
Crisiscoörd.	Vrijblijvendheid weg 25, Kwaliteit/Uniformiteit omhoog 12, Vooral ondergrens aangeven 11, Einde discussies 3, Maakt het toetsbaar 8
Ter vergelijking:	
GHOR	Vrijblijvendheid weg 4, Kwaliteit/Uniformiteit omhoog 3, Maakt het toetsbaar 3, Einde discussies 2, Geeft referentiekader 4, Stimuleert OTO 3

De behoefte aan normen, aan een omschrijving van het minimale niveau, aan prestatie - indicatoren, aan duidelijkheid en uniformiteit wordt breed gedragen. Bij de GHOR zal het daarbij vooral om de andere ketenpartners gaan; bij de zorginstellingen ook om de eigen prestatie, het eigen product. Dat men een eind wilde aan de vrijblijvendheid werd door 53 van alle 192 respondenten genoemd en dat kwaliteit en uniformering omhoog zouden gaan door normering 32 maal. Het vastleggen van een ondergrens werd gewenst door 23 respondenten

3.5.21 *Knelpunten bij oefenen*

In vier vragen werden knelpunten bij het oefenen verzameld.

a. Welke knelpunten bij het oefenen voor rampen en ongevallen onderscheidt u voor uw instelling?

GGD(25)	Geldgebrek 11, Capaciteitstekort 7, Tijdgebrek 5, Geen urgentiebesef 10, Geen juiste competenties 3, GGD te weinig betrokken bij oefeningen 4
RAV(27)	Geldgebrek 10, Capaciteitstekort 8, Tijdgebrek 5, Communicatie en informatieoverdracht onvoldoende 10, Draagvlak bij anderen 3, Oefenmoe 3, Geen juiste competenties 3
SEH(42)	Geldgebrek 13, Capaciteitstekort 14, Tijdgebrek 4, Interne communicatie 12, Communicatie met meldkamer 6, Draagvlak bij specialisten 9, Worden vaak niet uitgenodigd voor oefeningen 4
CC(78)	Geldgebrek 41, Capaciteitstekort 24, Tijdgebrek 18, Geen urgentiebesef 9, Interne communicatie 8, Geen draagvlak bij specialisten 12, GHOR te weinig zichtbaar 6, Traumacentrum te directief 4, Te weinig technisch materiaal 4, Kwaliteit en kosten ETS niet in verhouding 3, ZiROP te weinig taakgericht 2

Ter vergelijking:

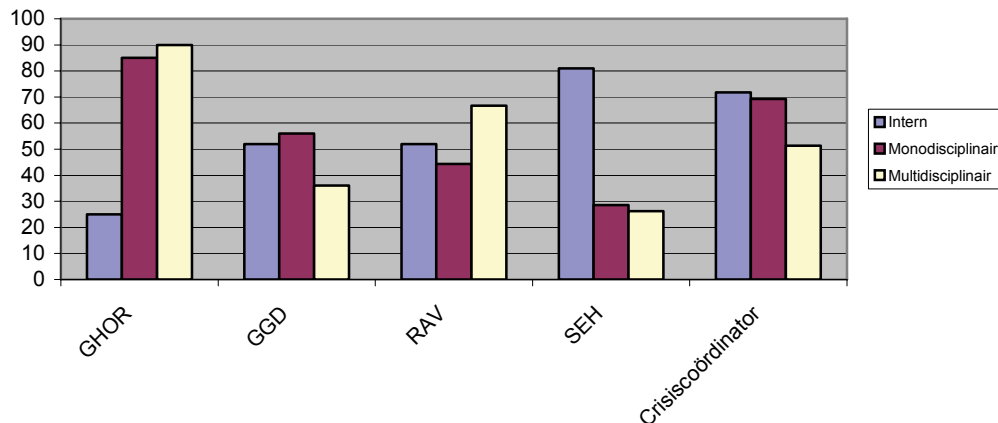
GHOR(20)	Geldgebrek 8, Capaciteitstekort 11, Tijdgebrek in keten 4, Geen urgentiebesef in keten 7, Geen normering in keten 5, Ambities GHOR hoger dan die van ketenpartners 7, Te vaak dezelfde mensen 4
----------	---

De 192 respondenten samen noemden als vijf meest genoemde knelpunten met oefenen: geldgebrek (43%), een capaciteitstekort (33.3%), gebrek aan draagvlak en besef van urgentie (26.0%), tijdgebrek (18.7%) en communicatieproblemen (18.7%).

b. Welke knelpunten naar aard van de oefening?

Zijn er knelpunten specifiek voor de aard van de oefeningen (figuur 29).

Figuur 29. Gelden deze knelpunten naar aard van de oefening?



De hoofden SEH en de crisiscoördinatoren zien vooral knelpunten voor hun instelling bij het intern oefenen. GHOR en RAV/MKA zien de meeste problemen bij multidisciplinair oefenen.

c. Welke specifieke knelpunten ziet u bij het oefenen op de vier ramptypen ?

De knelpunten bij oefeningen werden ook uitgesplitst naar het type ramp waarvoor werd geoefend (gepresenteerd wordt het aantal functionarissen dat een item noemde).

- flitsramp

GGD Te weinig geoefend 5, Te weinig realistisch 2
 RAV Capaciteit 3, Communicatie 3, Paraatheid 3, Geld 2
 SEH Bereikbaarheid 10, Capaciteit 7
 CC -

Ter vergelijking:

GHOR Moet realistischer 3

- NBC ramp

GGD Onvoldoende expertise 8
 RAV Niet voorbereid 2, Paraatheid 2, Communicatie 2
 SEH Logistiek afhankelijk van derden 4, Decontaminatie capaciteit onvoldoende 4, Capaciteit 3
 CC Specifiek materiaal nodig 3

Ter vergelijking:

GHOR Geen urgentiebesef 3, Te abstract 3, Geen expertise 3

- overstroming

GGD Onvoldoende expertise 6
RAV Gewondenspreiding 5
SEH Slecht te oefenen 5, Geen ervaring 5
CC Niet te oefenen 2

Ter vergelijking:

GHOR Geen specifieke middelen 5

- pandemie

GGD Onvoldoende expertise 7
RAV Communicatie 2, Paraatheid (personeel ook ziek) 2
SEH Paraatheid (personeel ook ziek) 10, Slecht te oefenen 5
CC Geen ramp, andere dynamiek: oefenen heeft geen zin 8, Onvoldoende expertise 2

Ter vergelijking:

GHOR Onvoldoende expertise 3

Maar een beperkte groep respondenten (ca. 15-20%) noemde specifieke ramptype - gebonden problemen bij oefenen.

d. Welke knelpunten worden ervaren op het terrein van de informatie-uitwisseling tussen de verschillende oefenpartijen?

Als laatste groep knelpunten bij oefenen werden die over de informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden geïnventariseerd.

GGD Te veel vanuit eigen discipline 3, Weten te weinig van elkaar 3, Communicatie altijd probleem 2, Discipline ontbreekt 2
RAV Gaat altijd wel iets technisch mis 6, Communicatie 4, Systemen sluiten niet aan 4, Onvoldoende ondersteuning 3, Geen problemen, gaat goed 6
SEH Gebrek aan communicatie 7, Problemen met overdracht 5, Uitval systemen 4, Gebrek aan kennis 4, Geen C2000 in ziekenhuis 3, Te weinig ondersteuning 3, Geen problemen 7
CC Gebrek aan communicatie 9, Wie waar verantwoordelijk voor? 6, (Zelf-)discipline ontbreekt 7, Te weinig ervaring 10, Geen duidelijke afspraken 3

Ter vergelijking:

GHOR Ieders systemen sluiten niet op elkaar aan 14, Meer uniformering nodig 5, Digitale systemen niet toereikend 4, Wie is waar verantwoordelijk voor? 4

De genoemde knelpunten betreffen vooral de communicatie, de aansluiting van systemen en de onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is. Men ging nauwelijks in op informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden.

3.5.22 (Regionale) verbeterinitiatieven

Tenslotte werd gevraagd naar eventuele initiatieven die in de regio werden genomen om deze knelpunten op te lossen.

- GGD Op bestuursniveau vaker overleg (platform zorg)
 - Verbeteren proactie en preventie GGD
 - Verbetering verhouding GHOR – GGD
 - Verbeteren draaiboeken ‘outbreak’
 - Fusies van GGD -en
 - Entameren monodisciplinaire oefeningen
 - Geen regionale initiatieven (N=10)
- RAV Meer overleg en afspraken in- en extern
 - Zoektocht naar best - practice
 - Procedures aangescherpt
 - Meer geoefend
 - Geen regionale initiatieven (N=5)
- SEH Regelmatiger overleg met GHOR
 - Technische verbeteringen (portofoon, plotkamer)
 - Regionaal overleg met ketenpartners
 - Geen regionale initiatieven (N=12)
- CC Regelmatiger overleg met GHOR
 - Verbeterde samenwerking met GHOR
 - Standaard sitraps gemaakt en geoefend
 - Bespreking knelpunten in regionaal overleg
 - Meerjarig OTO beleidsplan ontwikkeld
 - Uitwisselen van ZiROPs met andere ziekenhuizen
 - Verbetering digitale communicatie met meldkamers
 - Meer geoefend
 - Ontwikkeling communicatie protocollen
 - Meedoen aan ZonMw – projecten
 - Geen regionale initiatieven (N=35)

Ter vergelijking:

- GHOR Betere afstemming binnen keten
 - Meer table - top oefeningen en e - learning
 - Opzetten OTO beleidsplan met ketenpartners
 - Uitbreiding afdeling OTO
 - Verdubbeling bijdrage per inwoner voor GHOR
 - Kopen/invoeren van applicaties/systemen
 - Opzetten multidisciplinaire OTO kalender
 - Opzetten specifieke oefeningen (pandemie, overstroming)
 - Geen regionale initiatieven (N=9)

Van alle 192 respondenten gaf 37% aan dat er in de regio geen initiatieven waren om knelpunten op te lossen. Andersom geformuleerd waren die initiatieven er wel bij tweederde van de instellingen. Het gaat vaak om meer overleg, meer oefenen, ontwikkelen van plannen en technische verbeteringen.

3.6 Interviews met hoofden Traumacentrum

De hoofden van de traumacentra zijn niet bevroegd aan de hand van de uitgebreide vragenlijst waarmee de andere deelnemers aan de Quick scan zijn geïnterviewd. Er werd hen gevraagd weer te geven wat de rol is die de traumacentra innemen ten aanzien van de reguliere, acute zorg in het algemeen en de opgeschaalde zorg in het bijzonder.

3.6.1 Overleg

De traumacentra hebben in veel gevallen het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) opgestart. Daarin worden met name medisch - inhoudelijke aspecten van de acute traumazorg besproken; in de meeste gevallen komt opgeschaalde zorg in het ROAZ nog niet aan de orde. Naast traumacentra en ziekenhuizen zijn in wisselende mate ook andere acute zorgketenpartners vertegenwoordigd in het ROAZ (huisartsen, huisartsenposten, RAV's), en ook het GHOR - bureau is in de meeste gevallen aanwezig. Het ROAZ heeft in veel gevallen geleid tot een betere afstemming tussen de aanbieders van acute zorg in de acute zorgketen en bij voorbeeld ook ten aanzien van de inhoud en totstandkoming van de ZiROP's.

Naast het ROAZ vindt, in lagere frequentie, overleg plaats tussen traumacentra, GHOR, GGD en RAV. Hierin komt opgeschaalde zorg wel aan de orde en worden OTO en het OTO - beleid besproken.

Er zijn inmiddels ook een aantal GHOR-regio overstijgende initiatieven ontstaan. De traumacentra van Zwolle, Nijmegen en Enschede hebben het ZEN -initiatief gestart, waarin deze drie centra met 22 ziekenhuizen en de vijf betreffende GHOR-regio's, tot één uniform beleid willen komen over o.a. traumaregistratie, ZiROP en OTO.

Alle Brabantse ziekenhuizen, traumacentrum Tilburg en de drie GHOR-regio's hebben de ZiROPs op elkaar afgestemd en zullen deze in een tweejaarlijkse cyclus blijven actualiseren en ontwikkelen.

Er vindt ook met enige regelmaat euregionaal overleg plaats in de regio's die het aangaat. In oefeningen wordt de euregio daarentegen weer minder meegenomen dan volgens de hoofden traumacentrum noodzakelijk zou zijn.

3.6.2 Opleiden, trainen en oefenen

De traumacentra participeren in mono- en multidisciplinaire oefeningen, die meestal worden geïnitieerd door het GHOR - bureau. De traumacentra zijn soms wel, soms niet betrokken bij de organisatie ervan.

Opleiden en trainen wordt in de meeste gevallen door alle zorgketenpartners zelf geregeld, waarover niet structureel wordt afgestemd met de traumacentra. Dit laatste kan overigens gaan veranderen, doordat de ZiROPs en oefeningen in een regio steeds vaker en beter met elkaar worden afgestemd: de stap naar afstemmen met opleiden is dan kleiner. Het traumacentrum Zwolle is bijvoorbeeld al begonnen met het ondersteunen van de 22 ziekenhuizen uit het ZEN - initiatief door het aanbieden en begeleiden van een e-learning programma met betrekking tot OTO. In het algemeen is de GHOR de coördinator voor wat betreft het opleiden en trainen.

Voor de meeste traumacentra ligt de nadruk bij het oefenen en opleiden van de zorginstellingen op flitsrampen. Men is zich wel bewust van het feit dat er bij OTO ook aandacht aan NBC - rampen en pandemieën moet worden besteed. Sommige centra nemen dit mee in hun initiatieven, anderen vinden dit minder tot de taken behoren. Voor wat betreft de

infectieziekten is men vrij unaniem van opvatting dat het een taak van de GGD betreft. Overstromingen vindt men ofwel niet van toepassing op het eigen gebied, ofwel medisch gezien geen relevante aangelegenheid, daar wordt dus ook geen initiatief op genomen. De Leidraad Maatrap, of de Leidraad Operationele Prestaties wordt niet als uitgangspunt voor het oefenen van de zorginstellingen genomen en de Euregio wordt, volgens een aantal traumacentra waar dit speelt, nog te weinig in het OTO - traject meegenomen. Een aantal hoofden van traumacentra gaf aan dat het oefenen, zoals het op dit moment georganiseerd wordt, een te weinig realistisch karakter heeft en dientengevolge onvoldoende nut heeft. Dit heeft ook te maken met het feit dat vrijwel alle traumacentra vinden dat reguliere traumazorg de basis vormt voor de opgeschaalde zorg. En aangezien de reguliere zorg volgens hen op continue dagelijks basis wordt 'beoefend', is er weinig aanleiding om dit aspect verder te beoefenen. Men is zich er daarbij wel van bewust dat de logistieke-, organisatorische- en aansturingaspecten wel degelijk anders zijn dan in de reguliere situatie en dat deze aspecten dus wel geoefend moeten worden. OTO kan een bijdrage leveren om de coördinerende en verbindende laag te smeden die tussen reguliere en opgeschaalde zorg noodzakelijk is.

3.6.3 Normering

Alle traumacentra zijn voorstander van een landelijke normering voor het oefenen. Men vindt in meerderheid dat het dan met name om prestatie-indicatoren zou moeten gaan. Als winstpunt van normering noemt men de grotere transparantie die het kan opleveren, waardoor alle partijen beter (van elkaar) weten wat hen te doen staat, met als uiteindelijk resultaat meer oefenen met een betere kwaliteit. Overigens pleit men voor realistisch oefenen en vindt een aantal traumacentra dat de normering vooral de minimum grens aan moet geven.

3.6.4 Knelpunten

De moeizame afstemming en het enthousiasmeren van de verschillende deelnemers aan het oefenen worden als de belangrijkste knelpunten gezien. Hierbij kan het om de afstemming met zusterinstellingen gaan, die nog te weinig 'awareness' hebben, maar ook om het enthousiasmeren van de eigen specialisten, voor wie het oefenen een 'neventaak' is waar ze moeilijk voor te porren zijn. Ook geeft een aantal traumacentra aan dat de GHOR moeite heeft om de regierol over het voetlicht te krijgen, en dat de GHOR het te druk heeft waardoor versnippering van de (OTO-) activiteiten op zou treden. Ook geven enkele hoofden aan dat OTO onvoldoende SMART geformuleerd is, wat tot onduidelijkheid en chaos leidt. De genoemde knelpunten liggen vooral buiten de traumacentra zelf. Geen van de hoofden traumacentrum ervaart, als het om OTO gaat, zelf knelpunten op capacitair of logistiek terrein.

Over de verdeling van de in de MvT van de WVR aangekondigde gelden voor OTO bestond een minder éénduidig beeld dan over de bovenstaande onderwerpen meestal het geval was. Eén aspect werd echter wel door vrijwel alle traumacentra genoemd: gebruik het geld om de processen te verbeteren. Over de wijze waarop de processen dan verbeterd zouden moeten worden, waren verschillende visies:

- besteedt het geld aan ketenoefeningen, zowel mono- als multidisciplinair. Betrek daarbij alle zorgketenpartners. Richt je dus op de inhoud, en gebruik het geld om alle ramptypen te dekken;

- het ketennetwerk moet versterkt worden, evenals de communicatie tussen partijen;
- gebruik het geld om de ZiROP's en een goede OTO - structuur te ontwikkelen en te borgen;
- zorg dat het geld ten goede komt aan een uniform OTO - beleid, dat daarmee tevens tot een betere samenwerking en tot betere processen zal leiden. Volgens sommige hoofden is het daarbij van belang dat traumacentrum en GHOR op basis van consensus en gelijkwaardigheid samen optrekken. De pre-hospitale kennis van de GHOR en de kennis over de traumazorg van het traumacentrum kunnen dan synergetisch werken. Bovendien is er dan al een relatie voor het geval zich een echte ramp voordoet.

3.7 Gesprekken met vertegenwoordigers koepel- en brancheorganisaties

Tussen half december 2007 en half januari 2008 werden gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van zeven koepel- of brancheorganisaties. Tijdens deze gesprekken kwam niet zozeer de stand van zaken OTO aan bod, maar meer de plannen voor de toekomst die er – t.a.v. OTO – bestaan en de plaats van de deel uitmakende instellingen in de keten van de opgeschaalde zorg. De gesprekken worden hier kort samengevat.

In principe hebben de zorgstellingen een eigen verantwoordelijkheid om goed geprepareerd te zijn op rampen, crises en zware ongevallen. Daarbij is echter ondersteuning gewenst en ook een referentiekader. De koepel- en brancheorganisaties vinden prestatie-indicatoren noodzakelijk, indien nodig voorafgegaan door een fase waarin zelfevaluatie het maximaal haalbare is. Vaststelling door alle partijen van het minimaal te behalen niveau is noodzakelijk. Die indicatoren moeten dan uit het veld zelf komen op het niveau van individuele functies (en pas later op niveau van instelling en systeem) en een transparant karakter hebben, maar ook dan nog blijft het 'lopen over een slap koord tussen weerstand en een gewenste formalisering'. Die weerstand bestaat vooral uit het virtuele karakter van rampen; productie draaien, werken met DBC's is dagelijks veel belangrijker en het stilleggen van een OK veel te duur. Bovendien bestaat een groot vertrouwen in de eigen improvisatievermogens: bij de laatste Nederlandse rampen waren er immers aan de 'cure'- kant nauwelijks problemen. Ook bij normering blijft een probleem dat GHOR en RAV/MKA veel vaker zijn opgeleid, meer oefenen en met elkaar overleggen. De ziekenhuizen hebben een flinke duw in de rug gekregen door de ontwikkeling van het format ZiROP - en de introductie van actiekaarten - en het erop volgende ZonMw project (ook al wordt enige malen vermeld dat het verbeterprogramma van ZonMw te bureaucratisch is verlopen). Er is vooral een betere samenwerking tussen ziekenhuizen onderling, ook al gaat het daarbij vaak om 'enthousiaste' individuen en niet zozeer om de instellingen in zijn algemeenheid.

GGD, huisartsen en de GGz zijn momenteel nog niet ver, hoewel voor alle partijen op – minstens - bestuurlijk niveau contact is ontstaan met de GHOR – bureaus. GGD en huisartsen hebben nu een duidelijker positie bij de preparatie van grieppandemieën en andere infectieziekten dan bij andere typen rampen.

Bij de GGD wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen rampen, zware ongevallen en crises enerzijds en incidenten anderzijds. Hoewel het niet tot de wettelijke taken behoort, hebben met name functionarissen van de jeugd gezondheidszorg (JGZ) een taak bij onder

anderen familiedrama's: ernstige incidenten zonder opschaling (PSHI: Psychosociale Hulp bij Incidenten).

Het programma Vakbekwaamheid binnen de GHOR, gecoördineerd door het NIFV en geïnitieerd door de ministeries van BZK en VWS, richt zich in eerste instantie op de GHOR-functies die tot de verantwoordelijkheid van de veiligheidsregio's/GHOR-regio behoren (de operationele functies Directeur GHOR, HS/GHOR, Commandant van Dienst Geneeskundig, Officier van Dienst Geneeskundig, Hoofd Gewondennest, hoofd Actiecentrum GHOR, Operationeel medewerker actiecentrum en Coördinator gewondenvervoer). Voor deze functies zijn/worden normen ontwikkeld voor opleiden, trainen en oefenen die worden vastgelegd in kwalificatiedossiers en -profielen. In het verlengde van dit project wordt een voorzet gemaakt voor soortgelijke kwalificatieprofielen voor intramurale functies die als essentieel gelden bij de opvang van slachtoffers van een ramp (zie bijlage 2.C). Deze profielen sluiten aan op de dagelijkse, reguliere zorg.

Eén van de koepels vindt dat de normering in de witte kolom directiever moet worden aangepakt: jaarlijkse OTO - activiteiten moeten worden vastgelegd in een convenant en worden afgestemd met de zorgverzekeraars. Wordt niet voldaan aan de overeengekomen activiteiten dan komt de vergunning in het geding. In de WVR is overigens al aangegeven dat de voorzitter van het bestuur van de veiligheidsregio in voorkomende gevallen een schriftelijke aanwijzing kan geven als een instelling in gebreke blijft. Een andere organisatie pleit ervoor om OTO en de bijbehorende competentie profielen als eis op te nemen in de toelatingsovereenkomst tussen raden van bestuur van ziekenhuizen en de maatschappen van medisch specialisten.

De meeste partijen zijn het erover eens dat de diversiteit binnen de witte kolom een reëel probleem is en dat coördinatie/regie vaak ontbreekt, mede omdat men 'elkaars taal niet spreekt'. Bovendien is men in de witte kolom niet gewend aan directieve sturing van buitenaf (de bevelstructuur), die bij een ramp wordt gehanteerd en dus ook tijdens het oefenen in de preparatie.

De kloof tussen GHOR en zorginstellingen is vooral voor de ziekenhuizen verkleind, maar nog steeds aanwezig. In toenemende mate is de GHOR betrokken bij het opzetten van specifieke oefeningen voor de ziekenhuizen, denkt mee over de ontwikkeling van ZiROPs en is betrokken bij ETS oefeningen. De GHOR wil graag investeren in sleutelfiguren in de instellingen: bij het ontwikkelen van een kwalificatiedossier is het uitgangspunt dat het competentieprofiel van een functionaris belangrijker is dan de instelling waaruit hij/zij komt. Daarnaast zou de GHOR relaties aan kunnen gaan met koepel- en brancheorganisaties, eerder dan met alle individuele zorginstellingen.

Binnen ziekenhuizen is er de laatste jaren, aangezwengeld door de ontwikkelingen rond het ZiROP meer 'awareness' bij crisiscoördinatoren, maar minder nog bij de raden van bestuur. Bij de medisch specialisten bestaat nog steeds het idee dat opgeschaalde zorg niet verschilt van de reguliere. Daarom is het noodzakelijk het deel bovenop de reguliere zorg te beschrijven en te oefenen.

De traumacentra zijn, vanuit de hen in de WTZi opgelegde taak de acute zorg aan het vormgeven. Het regionale overleg acute zorg (ROAZ) is in de ene regio succesvoller geïmplementeerd dan in de andere; aan bemoeienis met de opgeschaalde zorg is men nog nauwelijks toe. De idee leeft dat de brancheorganisatie van de traumacentra zich zal moeten professionaliseren om het uitvoeren van de WTZi taken aan te kunnen. De

brancheorganisatie van de traumacentra ziet voor haar centra een coördinerende rol en geen bestuurlijke. Ten aanzien van OTO wordt een inspanningsverplichting gezien en geen resultaatverplichting ('het ROAZ dient om expertise te ontwikkelen en niet om te controleren').

GGD-en zijn niet gewend om op te schalen. De relaties tussen GGD en GHOR en RAV zijn niet altijd duidelijk. Bij oefeningen worden GGD-en – net als ziekenhuizen – regelmatig overgeslagen ('met grote oefeningen, zoals Voyager, als dieptepunt').

Een aparte positie wordt ingenomen door het Nederlandse Rode Kruis (NRK). Er wordt hier wat uitgebreider op ingegaan omdat NRK en SIGMA geen onderdeel uitmaakten van de Quick scan. Op regionaal niveau is er een goede samenwerking tussen GHOR - bureaus en NRK, maar slechts in 2 van de 23 gevallen heeft dit geresulteerd in overeenkomsten waarin OTO – afspraken werden vastgelegd (m.a.w. een gunstige praktijk die niet formeel is vastgelegd). Er zijn grote verschillen tussen de regio's, m.n. in financiële middelen die wel of (meestal) niet worden geoormerkt voor oefenen door geneeskundige eenheden van de NRK. De NRK ziet zelf in dat zij als organisatie jarenlang te volgend aan GHOR en RAV is geweest en zich teveel dienstbaar opstelde. Er bestaat een behoefte om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen. De NRK is de enige organisatie waar iedereen voor opgeschaalde zorg werd opgeleid, omdat het een verplichting is (HOC – opleiding); om de twee jaar volgt een profcheck. Niet iedereen kan jaarlijks meedoen aan multidisciplinaire oefeningen; NRK wordt regelmatig niet opgeroepen. In het algemeen voelt NRK zich regelmatig gepasseerd, zoals ook blijkt bij keuringen voor personeel van de geneeskundige eenheden (of ze worden niet gekeurd, of het gebeurt niet uniform) en het niet verstrekken van vaccinaties tegen hepatitis B (waarom ambulancepersoneel wel?).

Aan de vertegenwoordigers van de koepels en de branches werd tenslotte gevraagd hoe zij denken over de inzet van de in de MvT van de WVR aangekondigde gelden voor OTO. Bij een aantal koepels/branches bestaat onduidelijkheid hoe voor het OTO – traject vorm gegeven gaat worden aan de samenwerking tussen traumacentra, veiligheidsbestuur en directeuren GHOR, waarbij vooral de functionaliteit van de laatstgenoemde, ten aanzien van besteding van de gelden, onduidelijk is.

Over de inzet van de gelden bestaan meerdere inzichten, maar de basis is toch steeds dat men vindt dat het moet leiden tot kwaliteitsverbetering, bij voorbeeld door in te zetten op het zgn. kwalificatiedossier (competentieprofielen voor alle functionarissen) en op (prestatie-)indicatoren voor de individuele functies. Het is duidelijk dat de ziekenhuizen achterlopen in het OTO - traject en daardoor vooral zullen profiteren van de gelden.

Volgens enige koepels/branches draagt dat het risico in zich van de 'remmende voor-sprong' voor de GHOR – bureaus. Op deze bureaus met kleine staven wordt immers steeds meer beroep gedaan, zowel binnen als buiten de witte kolom. Als enige partij zonder eigen kolom, met een toenemende werkdruk dienen ook voor hen extra fondsen aanbeoordeld te worden.

De gelden kunnen "over de schutting worden geworpen", maar dat lijkt de meeste gesprekspartners onverstandig. Aanbeveling zou kunnen verdienen om de gelden eerst te reserveren en pas na realisatie te besteden.

3.8 Impressie ingestuurde plannen

Zoals in Hoofdstuk 2 beschreven, ontvingen wij van meerdere instellingen een opleidings- en/of oefenplan. Gezien de gebleken diversiteit en kwaliteit van de documenten moesten wij afzien van een degelijke analyse. Korthedshalve daarom een korte impressie.

De ingestuurde documenten bevatten plannen voor trainingen en oefeningen, soms inclusief datum en locatie, maar meestal als doel voor de planperiode, zonder precieze invulling.

Deze plannen wijzen er op dat de intentie bij veel veldpartijen aanwezig is om intensiever te gaan oefenen. Tegelijkertijd blijkt het in de praktijken nog altijd complex en lastig te zijn multidisciplinaire oefeningen van de grond te krijgen. Oefeningen moeten tegelijkertijd realistisch zijn én niet te veel de dagelijkse reguliere zorg verstoren. Er moet extra capaciteit worden ingezet (bijvoorbeeld personeel en ambulances). Daarnaast is het soms moeilijk om alle relevante partijen te laten meedoen. Er wordt dan ook vaak gekozen voor 'virtuele' oefeningen.

Duidelijk is dat het voorbereiden op rampen bij sommige veldpartijen meer leeft dan bij anderen. In de documenten komen bijvoorbeeld huisartsen en GGZ nauwelijks ter sprake, terwijl de ambulancevoorziening en de ziekenhuizen vaak worden genoemd.

Ook de mate waarin functionarissen zijn opgeleid voor hun taak tijdens een ramp varieert sterk. De basismodule GHOR is een algemene basis voor iedere functionaris met een specifieke GHOR – taak binnen zorginstellingen. Maar lang niet alle deze functionarissen hebben deze cursus daadwerkelijk gevolgd. Verder vragen verschillende functies om verschillende opleidingen en in een aantal gevallen zijn deze opleidingen nog niet voor handen. De functie waarvoor opleiding het best is gewaarborgd is die van de leden van de SIGMA - teams. Zij kunnen immers alleen lid worden van de SIGMA-groep als ze hun opleidings- en trainingstraject hebben afgerond.

4 Conclusies & beschouwing

Paragraaf 4.1. is vooral bedoeld voor de lezer die zich niet door hoofdstuk 3 wil worstelen. De conclusies worden per vraagstelling (zie paragraaf 1.3) gepresenteerd. Paragraaf 4.2 presenteert een aantal aanbevelingen die zijn gebaseerd op de uitkomsten van de Quick scan.

4.1 Conclusies

De doelstelling van deze Quick scan was de stand van zaken vast te leggen ten aanzien van het opleiden, trainen en oefenen door zorginstellingen die onderdeel zijn van de zorgketen voor opgeschaalde geneeskundige zorg ter voorbereiding op rampen, crises en zware ongevallen. De bedoelde zorginstellingen waren: de GGD, het traumacentrum, (de afdeling Spoedeisende hulp van) het ziekenhuis, huisartsenposten en de ambulancedienst (op verzoek van de opdrachtgevers bleef de GGz buiten deze scan). Ter vergelijking werden ook de hoofden GHOR – bureau bevraagd. Wij zijn erin geslaagd binnen een maand 211 functionarissen van deze instellingen en hun koepel- of brancheorganisaties minstens 30 minuten te spreken. Alleen bij de huisartsenposten bleef de respons onder de maat: de gegevens daarvan zijn daarom verder niet meegenomen, omdat het ons niet gewent leek bij de meerderheid van de vragen 0% te moeten aangeven.

In paragraaf 1.3 werd de bovenstaande doelstelling uitgesplitst in een elftal deelvraagstellingen die wij hieronder successievelijk langslopen teneinde de stand van zaken op te nemen.

Daarbij is van belang om de toon van het antwoord op de vraag tevoren te bepalen. Het is voor een onderzoeker mogelijk om te concluderen dat bij voorbeeld 30% van de ziekenhuizen geen oefenplan blijkt te hebben; hij kan echter vanzelfsprekend ook schrijven dat 70% van de ziekenhuizen (wel) zo'n plan heeft. In beide gevallen heeft hij gelijk.

Dit onderzoek vond plaats in een relatief 'norm-loos' veld: men is nu redelijk doordrongen van de noodzaak zich voor te moeten bereiden op rampen, maar het gaat nog weinig uniform, om maar weinig enthousiaste individuen en om een (groot) gebrek aan geld, regie en (gelijkwaardige) communicatie. Zo'n veld is niet geholpen met het zoveelste rapport dat een negatief beeld schetst (de 30% niet). Nu er uiteindelijk geld wordt gereserveerd voor opleiden, trainen en oefenen en er al geld werd gereserveerd voor verbetering van de informatievoorziening en voor kwalificatieprofielen, hoopt dit rapport een bijdrage te leveren aan constructiever ontwikkelingen (de 70% wel). Dit met inachtneming van de wetenschappelijke zorgvuldigheid en objectiviteit.

Opleiden

Deelvraag 1. Zijn er opleidingsplannen (door wie opgesteld, door wie vastgesteld en worden ze geëvalueerd)?

- Meerjaren beleidsplannen OTO zijn nog geen gemeengoed. Operationele jaarplannen OTO komen bij de RAV/MKA vaker voor dan meerjaren beleidsplannen, bij de ziekenhuizen juist minder vaak.
- De plannen worden opgesteld door speciale OTO – functionarissen van de instellingen, vaak in samenwerking met functionarissen van de GHOR – bureaus. In de ziekenhuizen worden de plannen opgesteld door meerdere functionarissen: crisiscoördinatoren, beheerders ZiROP, managers zorg, hoofden facilitaire dienst (deze zijn verantwoordelijk voor het Bedrijfsnoodplan voor interne rampen), beleidsmedewerkers en OTO – functionarissen GHOR.
- Op bestuurlijk niveau worden plannen meestal vastgesteld door directie/raad van bestuur. In enkele gevallen stelt het veiligheidsbestuur van de regio de plannen vast. De plannen worden uit eigen middelen gefinancierd en/of door GHOR – bureau en veiligheidsbestuur.
- Bij de GGD worden vooral de artsen infectiebestrijding opgeleid en in de ziekenhuizen een amalgaam van functionarissen (crisiscoördinatoren, CBT – leden, SEH artsen en verpleegkundigen, triagisten, beheerders ZiROP en IC/OK artsen en verpleegkundigen). De meerderheid van de respondenten uit SEH en ziekenhuis volgde de H-MIMS (65%) en een minderheid de basismodule GHOR (20%).
- Nog niet in de helft van de gevallen wordt een opleidingsplan geëvalueerd aan de hand van tevoren opgestelde doelstellingen: Rond 70% van de RAV/MKA's en SEH's evalueert het opleidingsplan, terwijl voor ziekenhuizen en GGD-en dit percentage rond 25% ligt. Lang niet in alle instellingen wordt een registratie op individueel niveau bijgehouden van de gevolgde cursussen en opleidingen: gemiddeld 70% van de instellingen heeft zo'n voorziening.

Deelvraag 2. In welke ramptypen wordt opgeleid en in welke GHOR – processen?

- Bij de GHOR worden de vier ramptypen (flitsramp, NBC – ramp, overstroming en griep пандemie) in de helft van de gevallen in de opleidingen gedekt. Voor de vier groepen zorginstellingen liggen deze percentages tussen 4-26%. NBC – rampen hebben of een lage prioriteit, of er is geen expertise in de instelling. Ondanks de berichtgeving over gevolgen van de klimaatverandering wordt er niet specifiek opgeleid voor overstromingen. Men heeft vaak het idee dat in zijn/haar regio een verminderd risico bestaat. Artsen geven aan dat een overstroming geen specifieke medische gevolgen heeft. Buiten de GGD-en wordt op dit moment ook voor griep пандemieën nauwelijks opgeleid. Men beschouwt пандemieën als een afwijkend type ramp, met een andere (tragere) dynamiek.
- GGD-en hebben in 56% van de gevallen specifieke opleidingen voor het GHOR – proces POG en in 24% voor het GHOR – proces PSHOR (Psychosociale nazorg na rampen). Bij een minderheid van de instellingen werden over deze processen regionale afspraken gemaakt.

Deelvraag 3. Met welke opleidingsinitiatieven van de GHOR is men bekend?

Ruim 80% van alle respondenten is bekend met opleidingsinitiatieven van de GHOR. Daarbij gaat het voor GGD en RAV/MKA vooral om cursussen en opleidingen georganiseerd door NIBRA/NIFV en GHOR – bureau. In de ambulancezorg zijn ook Trimension en E-semble vaak gevolgd. Ziekenhuis – functionarissen volgen H-MIMS en opleidingen van het GHOR – bureau.

Deelvraag 4. Worden er (regionale) afspraken gemaakt over opleiden?

Alle RAV/MKA's overleggen regionaal over opleidingsplannen en hoofden SEH en crisiscoördinatoren in 70% van de gevallen; GGD-en blijven ver achter. Er wordt regionaal overlegd met traumacentra (ca. 65%), met GHOR – bureau (85%), met zusterinstellingen (56%) en met andere ketenpartners (40%). Bij een regionaal overleg worden ook afspraken gemaakt: RAV/MKA en ziekenhuis – functionarissen gemiddeld ieder 78%.

Deelvraag 5. Welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van opleiding en informatievoorziening?

Meer dan de helft van de respondenten van RAV/MKA ervaart knelpunten en ongeveer een derde van die van GGD-en en ziekenhuizen. Het gaat daarbij vooral om geldgebrek en tekort aan capaciteit.

Oefenen

Door ruim 90% van de instellingen wordt daadwerkelijk geoefend. Voor een grote meerderheid van de oefeningen worden doelen geformuleerd. Deze doelen worden meestal geformuleerd door OTO – functionarissen en in de ziekenhuizen door GHOR OTO – functionarissen, crisiscoördinatoren en beheerders van het ZiROP. Het oefenplan wordt intern bekend gemaakt via e-mail, intranet, nieuwsbrief of bij regulier overleg. Naar buiten toe via regionaal, regulier overleg. Een kwart van de ziekenhuizen verspreid geen oefenplan buiten de eigen deuren.

Deelvraag 1. Welke interne oefeningen vinden er per jaar plaats en hoe vaak en wat is de inhoud van de oefeningen?

Voorals in de ziekenhuizen wordt intern geoefend (85%), bij RAV/MKA ligt dit percentage op 68 en bij de GGD rond 45. Hierbij gaat het zowel om table-top als om real life als om alarmeringsoefeningen. Bij interne oefeningen worden zowel individuele functionarissen (vooral RAV/MKA), als afdelingen (vooral ziekenhuis) als systemen (RAV/MKA en SEH) geoefend. De frequentie van deze oefeningen varieert jaarlijks van 1-3 (GGD en ziekenhuis) tot 5 (RAV/MKA).

De verantwoordelijkheid voor interne oefeningen ligt bij GGD en RAV/MKA bij de onderscheiden directies en bij ROC's. Voor de ziekenhuizen geldt dat meerdere functionarissen verantwoordelijk kunnen zijn. De initiatiefnemer van een interne oefening is steeds een OTO – functionaris (in ziekenhuizen crisiscoördinator of beheerder ZiROP).

Deelvraag 2. Welke monodisciplinaire oefeningen vinden er per jaar plaats, met wie en hoe vaak en wat is de inhoud van de oefeningen?

Tachtig procent van RAV/MKA en iets boven de 50% van GGD en ziekenhuizen doen mee aan regionale monodisciplinaire oefeningen. Er wordt monodisciplinair geoefend onder regie van de GHOR (87%) , soms samen met de eigen instelling (13%). Het gaat hier vaker dan bij interne oefeningen om real life oefeningen en het gaat zowel om het oefenen van individuen (vooral RAV/MKA), afdelingen (m.n. ziekenhuis) als systemen (RAV/MKA en SEH). De gemiddelde oefenfrequentie verschilt weinig van die van interne oefeningen, zij het in de ziekenhuizen minder monodisciplinaire dan interne oefeningen per jaar (1-2).

De verantwoordelijkheid en het initiatief voor een monodisciplinaire oefening ligt steeds bij RGF/Hoofd GHOR – bureau, vaak na overleg met ROC of crisiscoördinator.

Deelvraag 3. Wordt er multidisciplinair geoefend en hoe vaak?

Alle RAV/MKA's doen mee aan multidisciplinaire oefeningen, gemiddeld 5 per jaar, waarbij vooral individuele functionarissen worden geoefend en in mindere mate afdelingen. Rond 40% van de ziekenhuizen doet mee aan dit soort oefeningen, 1-2 maal per jaar en oefent dan zowel individuen als afdelingen. Verantwoordelijkheid en initiatief voor deze oefeningen ligt bij het GHOR – bureau, het veiligheidsbestuur, de brandweer en/of een multidisciplinair OTO –team.

Met slechts enige oefeningen per jaar (alle types) denkt bijna 70% van de ziekenhuis – functionarissen een voldoende capacitaire bijdrage te leveren aan oefeningen. Ter vergelijking: de GHOR – bureaus zijn hier met 60% bescheidener, terwijl er iedere derde werkdag een oefening is.

De **laatste** oefening waaraan men meedeed was voor RAV/MKA in alle gevallen korter dan 3 maanden geleden, waarbij de oefening vooral mono- en multidisciplinair van aard was. In een meerderheid van de gevallen ging het om een real life oefening. Ook de **aanstaande** oefening stond in overgrote meerderheid binnen drie maanden gepland, van het type mono- en multidisciplinair bij RAV/MKA. Het zou daarbij zowel om table-top als real life oefeningen gaan.

Ongeveer de helft van de ziekenhuizen deed minder dan drie maanden geleden een **laatste** oefening, terwijl het voor ca. 40% langer dan zes maanden geleden was en voor de helft ervan langer dan een jaar geleden. De nadruk lag op interne oefeningen van beide types table-top en real life. Ook de **aanstaande** oefeningen waren soms ver weg gepland: bij de SEH 22% niet in de komende zes maanden en bij het ziekenhuis 21%, terwijl bij de laatste groep 31% geen oefening gepland had staan. In meerderheid zou het om interne oefeningen gaan, van het type table-top.

De tijdsduur tussen de laatste oefening en de aanstaande is voor ziekenhuizen en SEH's dermate lang dat het de bij de deelvragen 1-3 gepresenteerde gemiddelden, van het aantal oefeningen per jaar, nuanceert.

Deelvraag 4. Op welke ramptypen en welke GHOR – processen bereid men zich met oefeningen voor?

Het antwoord op de vraag op welke ramptypen men zich voorbereid is eenvoudig te geven: GGD-en bereiden zich voor op een griep пандemie en de andere instellingen op

een flitsramp, m.n. voor griep-pandemieën en overstromingen wordt niet specifiek geoefend. Op detailniveau blijkt er in de ziekenhuizen niet geoefend te worden met het decontaminatie protocol.

Zoals eerder bij de opleidingen gesignaleerd, geldt ook voor oefenen dat er relatief weinig aandacht wordt besteed aan de GHOR – processen POG en PSHOR: aan POG - oefeningen doet ca. 50% van de GGD-en en aan PSH – oefeningen ca. 30% (in feite worden PSH oefeningen uitbesteed aan de GGz). Er worden ook weinig regionale afspraken over gemaakt.

Deelvraag 5. Worden er (regionale) afspraken gemaakt over het oefenen?

Er worden regelmatig afspraken met anderen gemaakt over oefenen; het minst door de SEH (55%). Door RAV/MKA worden geen afspraken gemaakt met de traumacentra, maar wel door de helft van de ziekenhuizen. In grote meerderheid maken GGD, ziekenhuizen en RAV/MKA afspraken over oefenen met de RGF en het GHOR – bureau. Meer dan de andere instellingen maken ziekenhuizen afspraken met zusterinstellingen, zeer waarschijnlijk onder invloed van het ZonMw verbeterprogramma.

Alle GHOR – bureaus maken overigens afspraken met de ketenpartners van de witte kolom en met de blauwe, rode en groene kolom.

Ook werd gevraagd of er procedures bestaan voor operationele informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden. Met uitzondering van de GGD waren de percentages positief antwoord hier hoog, ca. 75%. Als vervolgens wordt gevraagd of die procedures worden geoefend zakt het gemiddelde percentage naar ca. 60.

Deelvraag 6. Worden de oefeningen geëvalueerd en op welk niveau?

Een grote meerderheid van de oefeningen wordt geëvalueerd (van 72% bij GGD tot 100% bij GHOR – bureau). Die evaluaties worden in meerderheid uitgevoerd door interne en externe waarnemers/observatoren, door de deelnemers zelf en door de GHOR – bureaus. Minder vaak wordt het functioneren op individuele basis geëvalueerd (van 38% bij de SEH tot 85% bij RAV/MKA). Wel gaf men vaak aan dat er plannen bestonden om dit te gaan doen. Vergeleken met dezelfde vraag over opleiden wordt voor het oefenen iets beter bijgehouden wie welke oefening deed. Op grond van de evaluaties worden in 80 a 90% van de gevallen aanpassingen aangebracht in het oefenplan, in de gebruikte procedures en/of de gemaakte afspraken.

Deelvraag 7. Welke knelpunten worden ervaren ten aanzien van oefenen en informatievoorziening en welke verbeterinitiatieven zijn (in de regio) in gang gezet?

- De meest genoemde knelpunten voor oefenen waren geldgebrek, tekort aan capaciteit, gebrek aan draagvlak en/of besef van urgentie, tijdgebrek en communicatieproblemen (intern – vooral in de ziekenhuizen - en extern). Ter vergelijking werd door de GHOR – bureaus nog genoemd dat men zelf ambitieuzer was dan de rest van de keten en dat men vaak dezelfde mensen tegenkwam.
- Er werd nagevraagd of er bij bepaalde oefeningen specifieke knelpunten werden ervaren. Daarbij werden door de ziekenhuis – functionarissen vooral knelpunten bij interne oefeningen genoemd en door de RAV/MKA vooral bij multidisciplinaire oefeningen. Specifiek per ramptype werden weinig extra knelpunten genoemd. De

- meest opvallende: oefeningen voor de flitsramp zijn te weinig realistisch en overstromingen en griepandemieën zijn moeilijk te oefenen.
- Als knelpunten op het terrein van de informatievoorziening tussen oefenpartijen werden vooral genoemd: de slechte aansluiting tussen de systemen, gebrekkige communicatie, onduidelijkheid wie wanneer waarvoor verantwoordelijk is en het ontbreken van (zelf-)discipline. Ter voorbereiding op informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden bleek vooral het gewondenspreidingsplan te worden geoefend. Dat gold minder voor oefenen met het slachtoffervolgsysteem, leidraad CRIB en uitval van communicatiemiddelen.
 - Als vervolg op eerder onderzoek van het NIVEL (zie bijlage 2.B) werd de respondenten gevraagd of normering voor het oefenen gewenst werd gevonden. Een meerderheid van ca. 85% vond normering gewenst. Belangrijke argumenten hiervoor waren vooral dat er minder vrijblijvendheid en meer uniformiteit zou zijn en dat de oefeningen getoetst zouden kunnen worden. Een eerste, minimale stap zou kunnen zijn dat er een ondergrens wordt gesteld aan een aantal activiteiten rondom oefenen. De enkele tegenstanders van normering wilden niet in een keurslijf werken en/of vonden de regionale (risico-)verschillen te groot.
 - Verbeterpunten (in de regio) werden volop genoemd als antwoord op de betreffende vraag. Het gaat vaak om meer en beter overleg, meer oefenen, ontwikkelen van plannen en technische verbeteringen.

4.2 Beschouwing en aanbevelingen

Wij zien de hoge respons bij deze Quick scan als een teken van ‘awareness’ met betrekking tot (de noodzaak van) opleiden, trainen en oefenen. De scan had bewustwording ook duidelijk als meta – doel. Er zijn positieve ontwikkelingen die op vooruitgang wijzen, zoals het format ZiROP, het begeleidende ZonMw – project, de actiekaart, de nieuwe gewondenkaart, het gewondenspreidingsplan, aandacht voor de kwaliteit van informatievoorziening en de kwalificatieprofielen die momenteel worden ontwikkeld. Daar komt bij dat op het moment van bevragen relatief veel instellingen aangaven juist gereed te zijn met planvorming, waarbij implementatie voorzien werd in het jaar 2008: als de Quick scan volgend jaar wordt herhaald zal het beeld nadrukkelijk beter zijn.

Eén van de redenen dat wij de resultaten zo uitgebreid (bijna letterlijk) hebben gepresenteerd, is dat de lezer – vanuit het eigen referentiekader – ook zelf de stand van zaken op kan maken. Daarbij zal duidelijk zijn geworden dat er nog inspanningen noodzakelijk zijn. Wij zullen hieronder per sector en per aandachtsgebied een aantal aanbevelingen doen die voortkomen uit de scan, maar wij willen er vooral voor pleiten dat deze rapportage op landelijk en op regionaal niveau zal worden gebruikt om de eigen stand van zaken te bepalen in een veld met zowel veel positieve ontwikkelingen als een aantal nog bestaande knelpunten.

De ambulancezorg

Sterk

RAV's en MKA's blijken verder geprofessionaliseerd te zijn en 'verzakelijkt' (zelf verantwoordelijk voor OTO) vergeleken met de situatie in 2005 (zie bijlage 2.B). Veel RAVs zijn inmiddels gecertificeerd.

Aandacht

Voor de RAV's geldt vooral dat opleiding en oefening nog niet voor iedere functionaris optimaal is; dit lijkt echter een haalbaar doel. Er dient gewaakt te worden voor oefenmoeheid en de communicatie met GHOR - bureaus blijft een punt van aandacht. Op detailniveau viel het op dat er door RAV/MKA relatief weinig (toegespitst) wordt geoefend met het slachtoffersvolgsysteem en met uitval van communicatiemogelijkheden.

De traumacentra

Sterk

De traumacentra geven de in de WTZi opgelegde taak voortvarend vorm door een regionaal overleg acute zorg te implementeren, waardoor een betere afstemming en communicatie tussen de ziekenhuizen in de regio plaats kan vinden, vooralsnog echter vooral voor de reguliere acute zorg. Er zijn veelbelovende ontwikkelingen, zoals het ZEN – initiatief (Zwolle, Enschede en Nijmegen) en ook in traumaregio Brabant (Tilburg), met een beleid voor traumaregistratie, ZiROP en OTO.

Aandacht

In het traject OTO hebben de traumacentra een beperkte status; men is vooral gericht op de medisch inhoudelijke aspecten van de traumazorg. Waar men de opgeschaalde zorg rechtstreeks aan laat sluiten op de reguliere, staat het in het ROAZ op de agenda. Met de praktische kant van OTO hebben de centra niets van doen. In het algemeen is er, buiten de ziekenhuizen, maar beperkt contact met de ketenpartners. Samenwerking en communicatie met RGF/directeur GHOR en met het veiligheidsbestuur verdienen aandacht; men spreekt momenteel niet geheel elkaars taal.

De ziekenhuizen

Sterk

Er is een duidelijk toegenomen urgentiebesef in de ziekenhuizen, aangejaagd door de ontwikkelingen rond het format ZiROP en enthousiaste beheerders ZiROP, crisiscoördinatoren (die – vergeleken met 2005 – nu nagenoeg overal aangewezen zijn) en de hoofden SEH (zie voor andere ontwikkelingen de inleidende zinnen van deze paragraaf).

Aandacht

Er wordt in de ziekenhuizen nog weinig opgeleid, hoewel het aantal functionarissen dat H-MIMS volgde de afgelopen jaren is gestegen. Er wordt vergeleken met bij voorbeeld de ambulancezorg, weinig daadwerkelijk geoefend, hoe invoelbaar de redenen daarvoor ook zijn (reguliere zorg gaat 24 uur per dag door; er is te weinig geld). Hoewel er geen strikte norm is om een uitspraak te doen over 'weinig' of 'te weinig' oefenen, is het beeld dat het vooral om interne oefeningen gaat van het type table top voor het type flitsramp. Een inventarisatie van de tijdsinterval tussen de laatste en de eerstvolgende oefening leverde voor de ziekenhuizen gemiddeld een periode op die duidde op 1 of 2 oefeningen per jaar.

Er dient derhalve meer geïnvesteerd te worden in functiegebonden opleidingstrajecten. Sleutelfunctionarissen, zoals crisiscoördinatoren, beheerders Zirop en hoofden SEH dienen in de gelegenheid gesteld te worden cursussen en opleidingen te volgen, aan oefeningen deel te nemen en er moet worden zorggedragen voor emolumenten zoals accrediteringspunten.

De status van deze sleutelfunctionarissen in hun organisatie blijkt te verschillen tussen de instellingen: het is problematisch dat deze functionarissen uit wisselende reguliere posities afkomstig zijn, met een wisselend gezag in de (preparatie op) opgeschaalde zorg als resultaat. In de scan viel op dat er soms grote verschillen bestaan tussen antwoorden van de hoofden van de SEH (bijna altijd 'positiever') en die van de crisiscoördinatoren. Deels kan dit te maken hebben met de wijze van bevraging (zie hoofdstuk 2), maar het kan ook een weerspiegeling zijn van de verscheidenheid aan competenties en functies van de crisiscoördinatoren. De laatstgenoemde functionarissen blijken overigens jaarlijks meer oefeningen in de ziekenhuizen te zien dan de hoofden SEH. Binnen de ziekenhuizen dient (in vervolg op de ontwikkeling van kwalificatieprofielen) meer aandacht besteed te worden aan onderlinge communicatie en aan afstemming van de taken van verschillende functionarissen.

Oefenen is ook een afspiegeling van de fase waarin een ziekenhuis verkeert: in een primaire fase is het opleiden van enige individuen en het intern oefenen op afdelingsniveau het hoogst haalbare. Er zou dan ook iets voor te zeggen zijn dat ziekenhuizen voorlopig alleen intern en monodisciplinair oefenen. Daarbij bestaat er overigens weinig zicht op kwaliteit van deze interne oefeningen (bleef buiten deze scan). Evaluatierapporten dienen ter kennis te worden gebracht van het GHOR – bureau.

Voor ziekenhuisfunctionarissen in het bijzonder is het GHOR - jargon een punt van zorg: er is weinig standaardisering en uniformering in taalgebruik en afkortingen. Dit vervreemdt klinici en verpleegkundigen onnodig van de inhoud.

De GGD

Sterk

Bij de GGD-en bestaat een duidelijke taak bij de voorbereiding van grieppandemieën.

Aandacht

Bij de GGD-en is het voornaamste knelpunt dat er niet genoeg wordt geoefend en dat het eigene van de GGD in de opgeschaalde zorg nauwelijks zichtbaar is. Zoals uit deze scan blijkt, wordt er vrijwel uitsluitend geoefend door mensen in de organisatie met GHOR – taken. Het veelvuldig oefenen door deze sleutelfunctionarissen wordt gemakkelijk verward met het (weinig) oefenen van de GGD als eigen organisatie. Uit de Quick scan bleek een grote verwarring tussen GGD- en GHOR – taken; het ontwikkelen van een duidelijk profiel heeft dan ook hoge prioriteit. Gezien de verschillende settings waarin GGD-en zijn georganiseerd (al dan niet in één organisatie met GHOR en/of RAV) zou overwogen kunnen worden GHOR en GGD (wederom) in één territoriaal congruente organisatie onder te brengen.

De opgeschaalde zorg staat niet als apart punt op de GGD begroting. Er is wel communicatie met de GHOR – bureaus, maar niet of nauwelijks met andere ketenpartners.

De GHOR – bureaus

De GHOR – bureaus werden ter vergelijking met de zorginstellingen in deze Quick scan betrokken. Deze scan bevestigt de regie – functie van de GHOR – bureaus. Dat zij het primaat hebben voor mono- en multidisciplinaire OTO wordt door alle partijen gedragen. Bovendien overzien de bureaus het veld en hebben zij contact met alle partijen in de keten en erbuiten (m.n. de andere kolommen). Zowel de GGD-en, de ziekenhuizen als de RAV's geven aan dat de GHOR hen ondersteunt bij oefen- en opleidingstrajecten en er ook vaak de initiator voor is. Oefenen is dan ook 'core business' en dat geldt nog sterker waar de GHOR dicht(er) bij de brandweer zit: dan is de oefen - expertise nog groter.

Voor de GHOR – bureaus bestaat een gevaar van versnippering: het gaat om kleine staven, er is gebrek aan geld en materiaal en er is een toenemende druk op betrokkenheid bij OTO – activiteiten binnen en buiten de witte kolom. Communicatie is een belangrijk aandachtspunt. Er wordt, wederzijds, een kloof gevoeld tussen RGF/GHOR – bureau en de zorginstellingen. De GHOR – bureaus zouden gebaat zijn bij een management informatiesysteem; zo'n systeem zou het inzetten van verbetertrajecten kunnen faciliteren.

Normering

In het algemeen zijn er uiteenlopende visies over wat OTO is en zou moeten zijn en waarop men zich in de toekomst moet richten. Er is geen gemeenschappelijk referentiekader, weinig uniformiteit, systemen sluiten niet op elkaar aan en er is te weinig transparantie. Ook zijn er geen sancties als niet duidelijk is waaraan men moet voldoen. Normering kan daarbij een oplossing zijn, met name door duidelijk te maken wat minimaal gehaald moet worden. Het is niet eenvoudig om, uitsluitend met een rapport over de stand van zaken OTO in de hand, aanbevelingen te doen over aandachtspunten als normering. Een punt als normering kan o.i. het best in het veld zelf geoperationaliseerd worden, al dan niet begeleid door deskundigen, en dient niet top-down te worden opgelegd. Er is op dit moment te weinig duidelijkheid of bij voorbeeld twee maal monodisciplinair oefenen per jaar voor een van de sectoren voldoende, te weinig (of zelfs teveel) is. Er bestaat in het veld een duidelijke behoefte aan prestatie indicatoren. Daarbij is ook van belang wie de regiefunctie heeft bij het OTO - traject. Op dit moment lijkt dat pre-hospitaal, hospitaal en bestuurlijk toch vooral het GHOR - bureau. Er ontbreekt echter gezag en er zijn problemen met onderlinge communicatie.

Informatievoorziening

Vanuit het G-BIV initiatief van het ministerie van BZK (zie paragraaf 1.1) was van belang ook op te nemen hoe de stand van zaken is met de voorbereiding op operationele informatie – uitwisseling tijdens opgeschaalde omstandigheden. Het programma G-BIV beoogt immers dat de GHOR en haar partners ook tijdens opgeschaalde omstandigheden op een betrouwbare en voorspelbare wijze onderling informatie uitwisselen. Dit past binnen het gedachtegoed van de WVR, waarin (artikel 9) informatievoorziening wordt omschreven als 'het geheel aan mensen, middelen en systemen ten behoeve van het beschikbaar maken van informatie'.

Bij de interviews van de Quick scan bleek herhaaldelijk dat men begrippen als 'informatie – uitwisseling' en 'informatievoorziening' gemakkelijk verward met het meer algemene 'communicatie', waarvan bekend is dat het een knelpunt is bij grootschalige

oefeningen. Wij hebben dan ook de indruk dat de paar vragen over informatie – uitwisseling zodanig zijn opgevat en dat het beeld op dit moment nog minder rooskleurig is; ook zijn er niet in alle gevallen afspraken tussen de ketenpartners. Oefenen met het gewondenspreidingsplan vindt het meest plaats. Het aantal maal dat werd aangegeven dat er geoefend werd met uitgevallen communicatiemiddelen ligt onder de maat, zeker ook gezien de reële kans op zo'n uitval bij terroristische aanslagen en flitsrampen.

Specialisatie

In de scan was voornamelijk aandacht voor het GHOR – proces Spoedeisende Medische Hulpverlening. De vragen over de twee andere processen (POG en PSHOR) geven een minder florissant beeld: er is nauwelijks aandacht voor, hoewel we GGz – initiatieven om PSH te oefenen gemist kunnen hebben (over deze initiatieven werd echter in interviews en enquêtes niet spontaan gerept). De POG is vooral voor GGD-en en huisartsenposten relevant; zij bereiden zich ook voor op griepdemonstraties, waar weinig te oefenen is en wat een potentiële ramp is met een afwijkende dynamiek. PSHOR moet dan een specialisatie zijn voor GGD, GGz en huisartsen (en zal vooral de nazorg betreffen). SMH is dan het terrein van de ziekenhuizen en de ambulancezorg. Het is een onbeantwoorde vraag of dergelijke specialisaties ook gevolgen moeten hebben voor het traject OTO; het lijkt ons een minder relevante investering dat ziekenhuis – functionarissen POG en PSH oefenen, of een GGD – functionaris SMH. Dit onderscheid geldt ook voor typen rampen: een ambulancechauffeur hoeft zich niet (of minder) voor te bereiden op een griepdemonstratie en een huisarts (minder of) niet op een NBC – ramp.

Er moet kortom worden nagegaan of specialisatie per sector en per functionaris aangewezen is en wie er dan coördineert.

Geormerkte gelden

De in de MvT bij de WVR toegezegde structureel geormerkte gelden voor OTO zijn een positief signaal. Naar wij aannemen zal de overheid de regie houden op de besteding van deze gelden. Het is niet op voorhand duidelijk dat een van de ketenpartners het primaat kan hebben bij het beheer van de gelden: bij de gesprekken bleek dat men vooral aangaf wie dat beheer niet moet krijgen. Bij verschillende koepel- en brancheorganisaties bestaan verschillende ideeën over de inzet van deze gelden en over wanneer en aan wie ze zullen worden gegund (zie paragraaf 3.7), waarbij de sleutelwoorden vooral waren: verbeter de kwaliteit en de processen.

Wij menen dat het verstandig is de besteding van deze gelden te monitoren, o.a. door een doorlopende effectstudie. Er dient duidelijk gemaakt te worden of het Nederlandse Rode Kruis (en in feite ook de GHOR – bureaus) op gebruik van de gelden kunnen inzetten. Tenslotte dient er oog te zijn voor de onderlinge faseverschillen tussen de ketenpartners van de witte kolom met betrekking tot bewustwording en planvorming. De gelden kunnen derhalve per sector niet op één wijze worden ingezet.

Bijlage 1: Afkortingenlijst

AZN	Ambulancezorg Nederland
BDUR	Besluit Doeluitkering bestrijding van Rampen en zware ongevallen
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken & Koninkrijksrelaties
C2000	Radionetwerk voor openbare orde en veiligheid (politie, brandweer, ambulance & marechaussee)
CBT	Crisis Beleidsteam
CRIB	Centraal Registratie en Informatie Bureau
ETS	Emergo Train System
G-BIV	Geneeskundige Bestuurlijke Informatievoorziening
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (eerste G wordt ook gebruikt voor Gemeentelijke of Gewestelijke)
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HS-GHOR	Hoofd Sectie GHOR
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LvTC	Landelijke vereniging van Traumacentra
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
MvT	Memorie van Toelichting
NBC - ramp	Ramp van type Nucleair, Biologisch, Chemisch (ook voorafgegaan door R van Radiologisch)
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NIBRA	Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding
NIFV	Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NRK	Nederlandse Rode Kruis
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCR	Opleidingen Crisisbeheersing en Rampenbestrijding
OK	Operatie Kamer
OKC	Opleidings- en Kenniscentrum GHOR
OTO	Opleiden, Trainen, Oefenen (ter voorbereiding op rampen)
POG	Preventieve Openbare Gezondheidszorg (GHOR – proces)
PSHOR	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR – proces)
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RGF	Regionaal Geneeskundig Functionaris
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
ROC	Regionaal Opleidingscoördinator
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp (afdeling van ziekenhuis)
SIGMA	Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie
SMH	Spoedeisende Medische Hulpverlening (GHOR – proces)
SOSA	Stichting Opleidingen Scholingen Ambulancehulpverlening
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WVR	Wet op de Veiligheidsregio's
ZiROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Bijlage 2: Eerder onderzoek over opleiden, trainen en oefenen

A. Lacunes in opleiding (NIBRA)

In opdracht van de Raad van RGF-en maakten onderzoekers van het NIBRA (2005) een verkenning naar de lacunes in de opleiding voor operationele GHOR – functies. De belangrijkste aanbevelingen waren:

a. Kom op korte termijn met duidelijkheid over rol en positie van de operationele GHOR functies

Het werd nu tijd genoemd de bestaande functies te accepteren en te zien als rollen en het accent te leggen op het verder afronden van de functiebeschrijvingen en het maken van nieuwe competentieprofielen gebaseerd op de aangewezen rol.

Enige specifieke aanbevelingen:

- Ontwikkel een nieuw samenhangend systeem van competenties. Kom tot clustering en ordening van reeds ontwikkelde competenties.
- Kom met een uitwerking en creëer draagvlak om operationele GHOR functies niet als functies te zien, maar als rollen tijdens grootschalig optreden die door diverse functionarissen uitgevoerd kunnen worden, mits men voldoet aan de vooraf aangegeven eisen en nieuwe competenties.

b. Kom op termijn met een plan van aanpak voor de clustering van de opleidingen en oefensystemen aansluitend op de nieuwe samenhangende competenties

- Zorg voor de uitwerking van het samenhangend kader van competenties en werk daarbij samen met betrokken koepelorganisaties en sleutelfiguren uit het veld.
- Zorg voor benoemen en vaststellen van eindtermen en de zorg voor een kwaliteitssysteem.
- Werk met een certificeringssysteem voor de deelnemers: opleidingspakketten en het onderhoud van competenties en vaardigheden door regelmatig te oefenen.
- Werk met een certificering van opleidingen en een keurmerk voor de aanbieders.
- Maak afspraken met het netwerk van opleidingsinstituten en leg de taakverdeling onderling helder vast.
- Voer periodiek overleg over mogelijke opleidingslacunes en de financiering van de ontwikkelkosten voor de diverse specifieke opleidingen; deels door ministeries.

c. Kom op korte termijn met een uitwerking van de aangegeven opleidingslacunes voor de reguliere zorgfuncties (slechts een beperkt aantal aanbevelingen hier overgenomen)

Basisleerstof

- Organiseer een jaarlijkse cyclus van casuïstiek besprekingen en zorg voor de toegankelijkheid van bijbehorende instrumenten of tools voor reguliere zorgfuncties.

Funciespecifieke opleidingen

- Maak afspraken met SOSA over de uitbreiding en financiering van het aandeel van de functiespecifieke opleidingen.

Monodisciplinaire teamspecifieke opleidingen

- Bevorder dat de crisisbeleidsteams van alle opvangziekenhuizen vaardigheid opbouwen in crisismanagement door een jaarlijkse training. Bevorder ook de vaardigheden van de managers van ziekenhuisafdelingen door het stimuleren van een jaarlijkse ZiROP training.

Oefenen

- Stimuleer de ontwikkeling van oefenscenario's en het promoten van ETS onder een ruime doelgroep.
- Stimuleer scenario-ontwikkeling om virtueel oefenen meer toepasbaar te krijgen voor de GHOR-sector.
- Ga na of er mogelijkheden zijn om een skills-lab voor centralisten te realiseren.

Er zijn sindsdien zeker initiatieven ontplooid, maar deze aanbevelingen zijn ook eind 2007 nog grotendeels geldig.

Bovens HFM, Lettinga G, Uffink TJA. Hulpverlening bij grootschalig optreden door specifieke scholing een stap verder, deel 1: korte verkenning naar de opleidingslacunes voor operationele GHOR functies. Arnhem: NIBRA, 2005

B. Zelfevaluatie – instrumenten (NIVEL)

In opdracht van het ministerie van VWS interviewden onderzoekers van het NIVEL in de herfst van 2005 134 zorgverleners van twee GHOR-regio's (personeel Meldkamer en Ambulancezorg, SEH artsen en verpleegkundigen en SIGMA – leden)(2006, 2007). Driekwart van hen (74%) voelde zich goed voorbereid op een transportongeval en 62% op een ontploffing. Bij andere ramptypen zakten deze percentages snel: 46% bij een overstroming, 23% bij een chemische ramp, 21% bij een griep пандemie en 3% bij een nucleaire ramp (tabel 1).

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

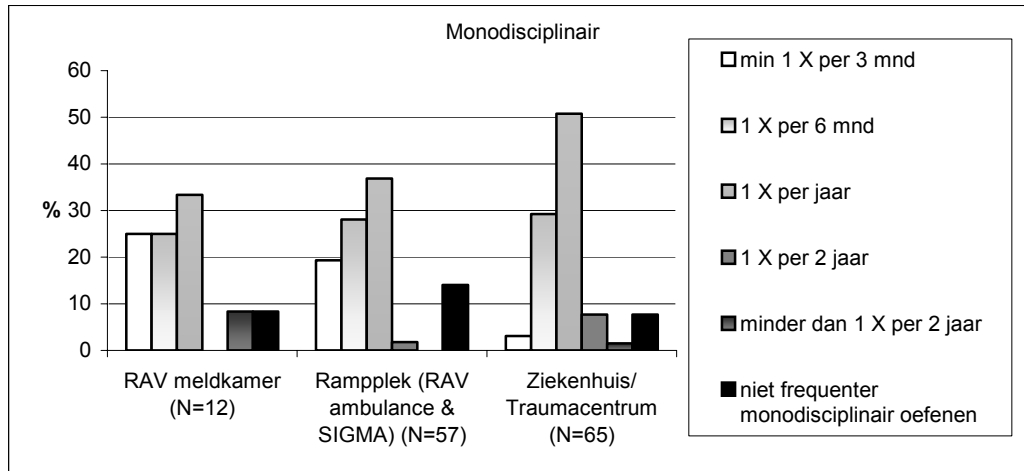
Tabel 1. Mate waarin de diverse groepen spoedeisende medische zorgverleners zich (in 2005) voorbereid voelden op verschillende ramptypen weergegeven in percentages

	Goed	Minder goed	Slecht
Transportongeval	74	20	6
Ontploffing	62	19	19
Overstroming	46	27	28
Chemisch	23	40	37
Griep пандemie	21	40	39
Nucleair	3	17	80

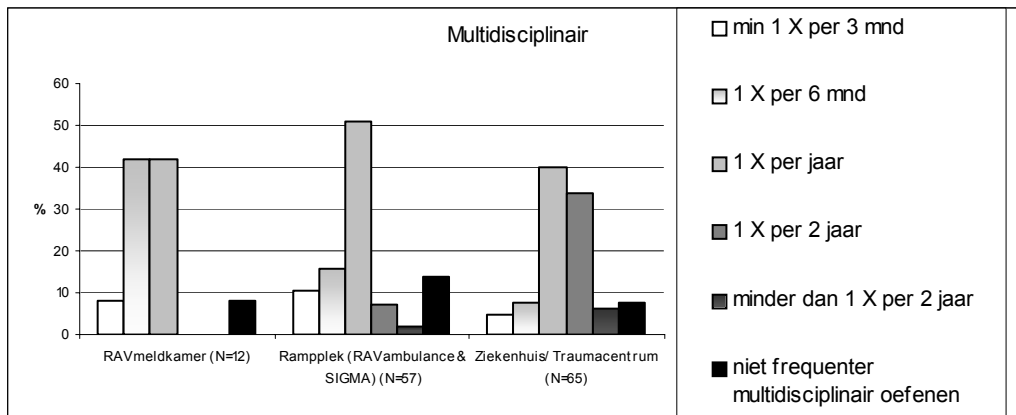
Gericht opleiden en oefenen is van belang om een zekere mate van routine op te bouwen in het verlenen van zorg onder bijzondere, grootschalige omstandigheden. De dagelijkse werkzaamheden bieden hiervoor te weinig mogelijkheden.

Dat meer oefenen zal leiden tot een betere voorbereiding werd door 91% van de respondenten beaamd. Over de optimale oefenfrequentie liepen de meningen uiteen, zowel voor de mono- als voor de multidisciplinaire variant (figuur 1 en 2).

Figuur 1. Gewenste monodisciplinaire oefenfrequentie



Figuur 2. Gewenste multidisciplinaire oefenfrequentie



Aan de hand van bovenstaande resultaten werd geconcludeerd dat de meerderheid van de zorgverleners behoefte had aan frequent oefenen (minimaal één keer per jaar). Dit gold zowel voor mono- als voor multidisciplinaire oefeningen.

Op de open vraag welke oefenonderdelen extra aandacht behoeften werd met een zekere mate van overeenstemming geantwoord (schema 1).

Schema 1. Oefenonderdelen die extra aandacht behoeven

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

De zorgverleners noemden bij de telefonische interviews verschillende onderdelen die momenteel nog niet zo goed verlopen en verbetering behoeven. Op de open vraag van welke maatregel de grootste kwaliteitsverbetering te verwachten is, werd uitgebreid maar tevens divers geantwoord. Naast meer en specifiekere oefenen werden communicatie aspecten hierbij frequent genoemd (schema 2).

Schema 2. Top 5 van mogelijke kwaliteitsverbeteringen

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

- Spijkers KFJ, van den Bosch JE, IJzermans CJ. Zelfevaluatie van de voorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening; op weg naar een Benchmark. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Spijkers KFJ, Slotje P, IJzermans CJ. Zelfevaluatie van de preparatie op Spoedeisende Medische Zorgverlening bij grootschalige incidenten en rampen; eindrapport over de ontwikkeling en praktijktest van zelfevaluatie – instrumenten voor ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorg en SIGMA. Utrecht: NIVEL, 2007.

C. Project Initiatie Document – Erratum

Project Vakbekwaamheid binnen de GHOR, 2006

Aanleiding

In oktober 2005 is het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR gestart. De doelstellingen van dit project zijn beschreven in het Project Initiatiedocument (PID). Het PID is geaccordeerd door de stuurgroep van het project en vormt de leidraad voor de binnen het project te ontwikkelen activiteiten.

De activiteiten van het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR zijn erop gericht om op termijn te komen tot een integraal en geborgd systeem van opleidingen, trainingen en oefeningen voor de medewerkers uit de witte kolom die een rol hebben in de geneeskundige hulpverlening in bijzondere omstandigheden.

Uitgangspunt hierbij is dat tegemoet wordt gekomen aan de wensen uit het veld, met inachtneming van datgene wat reeds op dit gebied is ontwikkeld.

Vanuit de strategiebijeenkomst van 30 mei jl, georganiseerd om draagvlak te creëren voor het verder uitwerken van de rollen naar competenties en normering, is nu een vervolgstap gezet om, samen met de betrokkenen uit het veld, te komen tot concrete producten.

Hierbij is echter gebleken dat voor een aantal van de 31 benoemde Plato-functies nog geen duidelijkheid is met betrekking tot de algemene context, zoals taakstelling, verantwoordelijkheden, bevoegdheden, etc. en dat sommige van de benoemde Plato-functies nog aan verandering onderhevig zijn.

Daarnaast is gebleken dat het project niet is los te zien van een aantal lopende initiatieven op dit gebied, zoals bijvoorbeeld het OKC-initiatief, ontwikkelingen binnen de NBBE, opleiding OvDG, GAGS, enz. Vanuit het project worden diverse inspanningen geleverd om deze trajecten te begeleiden en te borgen binnen de GHOR Academie.

Door bovengenoemde punten loopt het projectmanagement tegen de vraag aan wat 'binnen' en wat 'buiten' het bereik van het project valt. Er is behoefte aan nadere helderheid over verantwoordelijkheid in deze. In dit Erratum worden deze items aan de orde gebracht en wordt een oplossingsrichting voorgesteld. In deze zin kan dit Erratum dan ook worden beschouwd als een nuancering op het Project Initiatie Document.

Reikwijdte van het project met betrekking tot de “GHOR-functies”

In de in het PID beschreven opdracht van het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR wordt op diverse plaatsen gesproken over de “GHOR-functies” (tegenwoordig aangeduid als GHOR-rollen). Hiermee wordt bedoeld op (in ieder geval) de 31 PLATO-functies:

1. Ambulancechauffeur (Ambuch)
2. Ambulanceverpleegkundige (Ambu-vpk)
3. Arts Mobiel Medisch Team (MMT-arts)
4. Coördinator Gewondenvervoer (CGV)
5. Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G)
6. Centralist Centrale Post Ambulancevervoer (CPA-centralist)
7. Crisiscoördinator
8. Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS)
9. Hoofd Actiecentrum GHOR (HAc-GHOR)
10. Hoofd Centrale Post Ambulancevervoer (HCPA)
11. Hoofd Gewondennest (HGN)
12. Hoofd Sectie GHOR (HS-GHOR)
13. Huisarts
14. Leider Kernteam Psychosociale Hulpverlening (Leider Kernteam PSH)
15. Leider Psychosociaal Opvangteam

16. Liaison Geneeskundig Nationaal Coördinatiecentrum (LS-GNK NCC)
17. Liaison Geneeskundig Provinciaal Coördinatiecentrum (LS-GNK PCC)
18. Lid Kernteam Psychosociale Hulpverlening (Lid Kernteam PSH)
19. Loodspostfunctionaris (LPF)
20. Medewerker Psychosociaal Opvangteam
21. Medisch specialist
22. Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG)
23. Operationeel Medewerker Actiecentrum GHOR (OMAc-GHOR)
24. Regiocoördinator Rampenhulpverlening NRK (RCR)
25. Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF)
26. SIGMA-chauffeur
27. SIGMA-leider
28. SIGMA-lid
29. Spoedeisende Hulp arts (SEH-arts)
30. Spoedeisende Hulp verpleegkundige (SEH-vpk)
31. Verpleegkundige Mobiel Medisch Team (MMT-vpk)

Inmiddels is gebleken dat voor een aantal van deze rollen eerst duidelijkheid moet worden geschapen over de context (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden), vóórdát binnen het project Vakbekwaamheid kan worden gestart met het opstellen van competenties en normen. Bovendien is een aantal van deze rollen nog aan verandering onderhevig waardoor consequenties voor de rollen nog niet duidelijk zijn. Het betreft de volgende 10 rollen:

- GAGS (8). Hiervan is nog niet duidelijk hoe deze zich verhoudt tot de functie Medisch Milieukundige (MMK) van de GGD. Bovendien is vanuit de regio Rotterdam-Rijnmond reeds een initiatief gestart voor een opleiding GAGS. De pilot hiervan is gestart en de momenteel worden de mogelijkheden gezien dit initiatief te borgen in de GHOR Academie.
- Huisarts (13). Over de rol van de huisartsen en huisartsenposten binnen de GHOR zijn nog geen landelijke afspraken gemaakt.
- Leider en Lid Kernteam PSH (14 en 18), alsmede Leider en Medewerker Psychosociaal Opvangteam (15 en 20). De (wettelijke) verantwoordelijkheden omtrent de PSHOR zijn landelijk onvoldoende duidelijk. Geen van de betrokken instellingen is momenteel verplicht om zich voor te bereiden op grootschalig optreden. Voor de GGZ-instellingen is een dergelijke verplichting wel voorzien in het concept wetsvoorstel op de veiligheidsregio's. Voor Algemeen Maatschappelijk Werk is echter in de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, art. 1, lid 1, onderdeel g, sub 1) expliciet opgenomen dat deze zich niet hoeven voor te bereiden op de psychosociale hulp bij rampen. Daarentegen is "het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg" wel recent aan de gemeenten opgedragen in de herziene Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv, art. 2, lid 2, onderdeel f). Aangezien de gemeenten de taken uit de Wcpv doorgaans opdragen aan de GGD, ontstaat een dubbele en wellicht strijdige regiefunctie op de PSHOR: die van de GHOR en die van de GGD. Los hiervan staat ook de samenstelling van de opvangteams nog ter discussie.
- Regiocoördinator Rampenhulpverlening (RCR) van het Rode Kruis (24). De rol van de RCR (binnen het actiecentrum GHOR) bij een inzet van de Geneeskundige Combinatie is landelijk en regionaal nog onvoldoende uitgewerkt.
- SIGMA-chauffeur, SIGMA-leider en SIGMA-lid (26, 27 en 28). De SIGMA's van het Rode Kruis opereren momenteel, samen met ambuteams van de RAV en het MMT

van het traumacentrum, binnen de samenhang van de Geneeskundig Combinatie. De huidige werkwijze van de Geneeskundige Combinatie en de organisatie van de SIGMA's staan evenwel ter discussie. Alvorens de competenties en normen voor de SIGMA's kunnen worden opgesteld, zal derhalve eerst overeenstemming moeten worden bereikt over het hernieuwde concept van de Geneeskundige Combinatie.

Het creëren van duidelijkheid met betrekking tot de algehele context van deze rollen behoort niet tot de oorspronkelijke opdracht van het project Vakbekwaamheid, maar is een verantwoordelijkheid van de Raad van RGF-en in samenwerking met de relevante koepelorganisaties van de ketenpartners. Het projectmanagement heeft derhalve per brief formeel aan de Raad van RGF-en verzocht om de gewenste duidelijkheid te creëren en, wanneer dit niet binnen afzienbare tijd haalbaar blijkt te zijn, in overleg te treden met het projectmanagement over de consequenties die dit heeft voor (de realisatie van) het project. Voor het project betekent dit, dat de competenties en normen voor die rollen moet worden getemporiseerd tot nadat de Raad van RGF-en de context van de rollen met de relevante koepelorganisaties is overeengekomen.

Wat resteert zijn 21 GHOR-rollen. Op 5 september 2006 is met de betrokken ketenpartners besproken waar de behoefte ligt om, onder regie van het project Vakbekwaamheid en in samenwerking met de betrokken ketenpartners, de rollen nader uit te werken in competenties en normen. Hierbij speelt ook de discussie over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de GHOR en de reguliere zorg een rol.

In het concept wetsvoorstel op de veiligheidsregio's wordt onderscheid gemaakt tussen de voorbereidingsplicht door de reguliere zorg (art. 23) en de "GHOR-functionarissen die door het bestuur van de veiligheidsregio zijn aangesteld" (art. 26):

- Voor negen functionarissen is het ons inziens zondermeer duidelijk dat deze door de veiligheidregio zullen worden aangesteld, te weten die functies die specifiek zijn bedoeld voor de (multidisciplinaire) coördinatie van de grootschalige hulpverlening en dus niet behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van de reguliere zorg (RGF, Hoofd Sectie GHOR, Hoofd Actiecentrum GHOR, Operationeel Medewerker Actiecentrum GHOR, Liaison Geneeskundig NCC/PCC), alsmede de functies in het kader van aanvullende voorzieningen voor grootschalig optreden (SIGMA-leider, SIGMA-lid, SIGMA-chauffeur). Deze rollen worden dan ook (primair) geworven uit het GHOR-bureau (en het Rode Kruis, dat geen reguliere zorginstelling is).
- Voor tien andere rollen is zondermeer duidelijk dat deze onder de eigen verantwoordelijkheid van de reguliere zorg vallen (artikel 23), te weten de functionarissen die gewoonweg hun dagelijkse rol voortzetten maar dan onder bijzondere omstandigheden (ambulancechauffeur en ambulance-verpleegkundige, MMT-arts en MMT-verpleegkundige, CPA-centralist en Hoofd CPA, SEH-arts en SEH-verpleegkundige en medisch specialist), alsmede de specifiek coördinerende rollen binnen de zorgketen (crisiscoördinator).
- Wat resteert zijn twaalf rollen die alleen zijn bedoeld voor grootschalig optreden, maar waarover vooralsnog niet duidelijk is afgesproken of deze behoren tot de voorbereidingsplicht van de reguliere zorg (artikel 23) of tot de specifieke GHOR-functionarissen die door de veiligheidsregio worden aangesteld (artikel 26). Het gaat dan om de rollen Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G), Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G), Hoofd Gewondennest (HGN), Coördinator Gewondenvervoer (CGV), Loodspostfunctionaris (LPF) en de eerder genoemde rollen Leider en Lid Kernteam Psychosociale Hulpverlening, Leider en Medewerker Psychosociaal Opvangteam, huisarts en GAGS.

Voorstel tot specificering

Gelet op alle bovenstaande ontwikkelingen vraagt de nadere uitwerking van het project om een fasering in de aanpak zoals oorspronkelijk beschreven in het PID.

Het projectmanagement verzoekt daarom de stuurgroep bij deze de uitwerking van de competenties en normen voor de verschillende rollen als volgt te faseren.

✘ GHOR-rollen waarvan de context duidelijk is (*Categorie 1*)

In eerste instantie zal het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR zich richten op de rollen die tot de verantwoordelijkheid van de GHOR-behoren of daar mogelijk toe behoren, uitgezonderd die waarvan de context nog niet duidelijk is. Het gaat dan om de volgende functies:

- Coördinator Gewondenvervoer (CGV)
- Commandant van Dienst Geneeskundig (CvD-G)
- Hoofd Actiecentrum GHOR (HAc-GHOR)
- Hoofd Gewondennest (HGN)
- Hoofd Sectie GHOR (HS-GHOR)
- Liaison Geneeskundig Nationaal Coördinatiecentrum (LS-GNK NCC)
- Liaison Geneeskundig Provinciaal Coördinatiecentrum (LS-GNK PCC)
- Loodspostfunctionaris (LPF)
- Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG)
- Operationeel Medewerker Actiecentrum GHOR (OMAc-GHOR)
- Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF)

Voor deze rollen worden competenties en normen ontwikkeld volgens de daarvoor in het PID beschreven tijdsplanning. Vanaf januari 2007 wordt voor deze rollen een vertaalslag gemaakt naar een concreet opleidingsaanbod.

✘ GHOR rollen onder de verantwoordelijkheid van de reguliere zorg (*Categorie 2*)

Er is een aantal GHOR rollen dat onder de verantwoordelijkheid van de reguliere zorg valt, maar waar mogelijk bij de ontwikkeling van competenties en normering de samenwerking met het project Vakbekwaamheid is gewenst.

Het betreft hier de volgende rollen:

- Ambulancechauffeur (Ambuch)
- Ambulanceverpleegkundige (Ambu-vpk)
- Arts Mobiel Medisch Team (MMT-arts)
- Centralist Centrale Post Ambulancevervoer (CPA-centralist)
- Crisiscoördinator
- Hoofd Centrale Post Ambulancevervoer (HCPA)
- Medisch Specialist
- Spoedeisende Hulp arts (SEH-arts)
- Spoedeisende Hulp verpleegkundige (SEH-vpk)
- Verpleegkundige Mobiel Medisch Team (MMT-vpk)

Voor deze rollen wordt door het project Vakbekwaamheid binnen de GHOR, in overleg met de betrokken ketenpartners (waarvan de eerste discussiebijeenkomst plaatsvindt op 5 september 2006), geïnventariseerd voor welke rollen de betrokkenheid cq. regie van het project Vakbekwaamheid gewenst is, en voor welke rollen de reguliere zorg zelf competenties en normen wenst te ontwikkelen.

Voor de rollen waarbij de ketenpartner aangeeft voor het ontwikkelen van competenties en normering betrokkenheid van het project te wensen, worden de competenties en normering ontwikkeld volgens de daarvoor in het PID beschreven tijdsplanning. Vanaf januari 2007 wordt voor deze rollen, in samenwerking met de betrokken partners, een vertaalslag gemaakt naar een concreet opleidingsaanbod.

✘ GHOR rollen waarvoor de context nog moet worden uitgewerkt of die aan verandering onderhevig zijn (*Categorie 3*)

Er is een aantal rollen waarvoor de algehele context nog verder moet worden uitgewerkt, ofwel de rol is op dit moment aan verandering onderhevig. Alvorens het project Vakbekwaamheid kan overgaan tot het concreet uitwerken van competenties en normering is de Raad van RGF-en gevraagd voor deze rollen binnen afzienbare tijd de gewenste duidelijkheid te creëren.

Het betreft hier de volgende functies:

- GAGS
- Huisarts
- Leider Kernteam PSH
- Lid Kernteam PSH
- Leider Psychosociaal Opvangteam
- Lid Psychosociaal Opvangteam
- Regiocoördinator Rampenhulpverlening (RCR) van het Rode Kruis
- SIGMA-chauffeur
- SIGMA-leider
- SIGMA-lid

Voor wat betreft deze rollen wordt eerst duidelijkheid vanuit de Raad van RGF-en afge wacht. Wanneer deze duidelijkheid er is, worden voor deze rollen binnen het project Vakbekwaamheid competenties en normeringen ontwikkeld. Deze worden vervolgens uitgewerkt in een concreet opleidingsaanbod. De planning hiervan is afhankelijk van de Raad van RGF-en. Op het moment dat duidelijkheid wordt verschaft wordt een tijdsplanning opgemaakt.

Met betrekking tot de GAGS wordt echter opgemerkt dat op dit moment een pilot loopt mbt een GAGS opleiding. Los van de verantwoordelijkheidsdiscussie wordt vanuit het project Vakbekwaamheid wel geprobeerd deze opleiding na de pilotfase te borgen.

✘ Eventueel nieuwe GHOR rollen (*Categorie 4*)

Tot slot zijn er ook nog rollen die niet in het PLATO-rapport zijn opgenomen. Het betreft enerzijds rollen binnen de reguliere zorg, zoals de rollen van de GGD omtrent infectieziektebestrijding en de technische hygiënezorg en specifieke rollen die in het leven worden geroepen bij een influenzapandemie (of andere grootschalige infectieziekten), zoals de leiding en bemensing van zorgmeldpunten, telefoonposten, noodverpleging, triagecommissies en de rollen van de thuiszorg, verpleeghuizen en apothekers.

Anderzijds betreft het mogelijke aanvullende specifieke GHOR-rollen, zoals voorraadbeheerder, verbindingsofficier, veiligheidscoördinator en GHOR-liaison in het ziekenhuis. De mogelijke extra rollen binnen de reguliere zorg worden in een later stadium opgepakt, als het systeem van vakbekwaamheid voor de andere rollen reeds staat. De mogelijke extra specifieke GHOR-rollen worden reeds in dit stadium meegenomen in de lopende discussies.

