

APPENDICES

- A Interview guide
- B The Military Medical Chain as support to the tactical operation
- C Flow models per module
- D Idea generation

A: Interview guide

Since all interviewees where Dutch, the interview guide is in Dutch.

Doel

Het krijgen van inzicht in de verschillende functies/taken van de verschillende functionarissen binnen de R2B, de interacties met elkaar en de (medische) communicatie waar zij onderdeel van uit maken.

Voordat ik überhaupt begon met interviews had ik in de mailwisseling al duidelijk gemaakt dat ik op zoek was naar eerlijke verhalen. Dus niet de verhalen die de gaten verbloemen of de verhalen waarin dingen worden goedgepraat of afgedaan als ja dat kan niet anders. Eerlijke verhalen waarin men vertelt of het reilen en zeilen binnen een (in mijn geval) R2B. Waar gaat het goed, waar gaat het mis, wat kan er beter en wat zou je willen?

Structuur

1 Introductie

Introduceren van mezelf, het project, user-centered design en de discover-fase van het project waarin ik nu zit.

Deze korte introductie diende vooral om men mee te nemen in mijn proces en te laten begrijpen wat ik doe. Zo kunnen ze gericht vertellen, wat relevantere informatie oplevert zonder de context achterwege of buiten beschouwing te laten.

2 Het werk/de werkzaamheden

Overzicht van het werk (hoofdtak) en de werkzaamheden die daaraan bijdragen. Welke verantwoordelijkheden heeft iemand en welke taken voert iemand uit? Met wie wordt hierin (nauw) samengewerkt?

Hierin was ik vooral op zoek naar een stukje voorbereiding voor de uitgebreidere taakanalyse met de relevante actoren binnen mijn focusgebied (die nog moet plaatsvinden). Uit de taakanalyse en de samenhang van de taken van verschillende functionarissen/rollen komt al een stuk informatiebehoefte naar voren, zo kan heel snel duidelijk worden: X bezit informatie op moment T1 en Y heeft deze informatie nodig op moment T2, soms gaat dit via (onnodige) tussenpersonen. Of Y heeft informatie nodig op T2 die X zou kunnen ophalen op T1.

3 De fysieke en mentale omgeving

Hoe is de fysieke (werk)omgeving (de ruimte, spullen die er staan, medical equipment, etc.)? Hoe is de mentale (werk)omgeving (e.g. geluid, stress, etc.)? Hoe beïnvloedt de fysieke omgeving de mentale omgeving?

Een proces is natuurlijk niet alleen afhankelijk van hoe het systeem is bedacht, maar ook afhankelijk van de omgeving (fysiek en mentaal). De reden dat ik hier op in ben gegaan was om erachter te komen hoe dit de boel beïnvloedt. Kan men elkaar wel verstaan als het loodgehalte hoog is? Zo niet, dan is verbale communicatie niet de oplossing (kort door de bocht gezegd).

4 Communicatie en informatie

Wie communiceren er en wat wordt er gecommuniceerd in jouw directe omgeving? Wie communiceert er naar jou en naar wie communiceer jij? Wat is het doel van deze communicatie? Welke informatie wordt hierbij overgedragen? Welke informatie zou jij nodig hebben om het werk nog beter te kunnen uitvoeren? Wanneer zou je deze informatie willen hebben? Wat is hierin (met het oog op hoofdtak 1) de bare minimum aan informatie die je nodig hebt? Welke uitgaande informatie communiceer jij en naar wie? Wat is het doel van deze informatiestroom?

Dit was mijn focuspunt: het in kaart brengen van de huidige communicatie en de daarbij behorende informatiestromen. Nu merkte ik al snel dat men sprak vanuit de ervaring in hoofdtak 2 missies (de peace support operations) waardoor ik de laag ‘wat in hoofdtak 1’ heb toegevoegd, dus het nadenken over de bare minimum/het hoogstnoodzakelijke.

5 Frustratie

Wat gaat er goed en waarom gaat dit goed? Waar is ruimte voor verbetering en waarom moet dit beter? Wat mis je? Wat levert frustraties op? Als je zelf iets zou mogen veranderen, wat zou je dan aanpakken en hoe zou je dat doen? Waarom zou je dat zo doen?

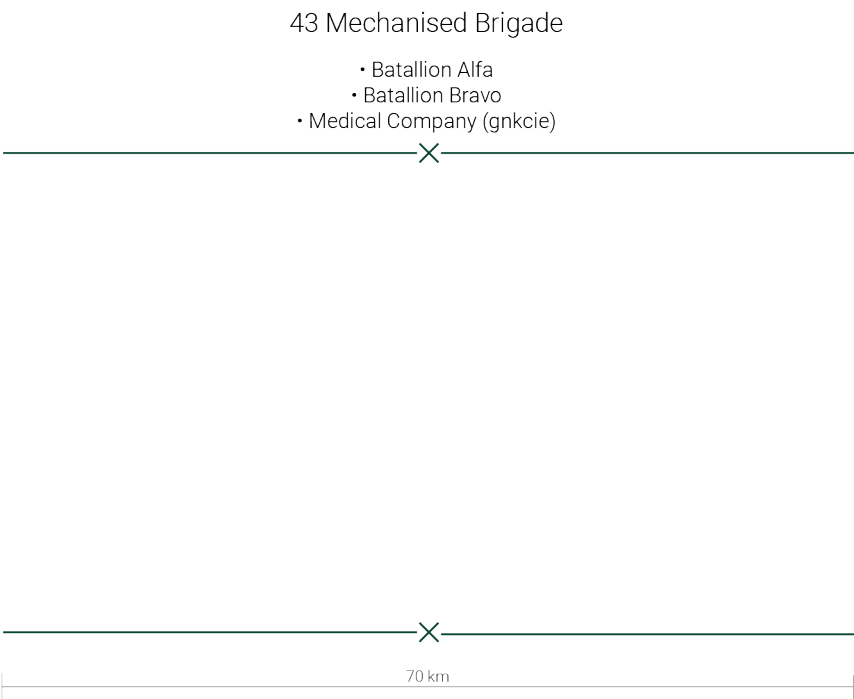
Eerlijke verhalen. Er is altijd overal ruimte voor verbetering. Maar waar zit nu de meeste frustratie? Wat moet er echt anders (need to have) en wat zou fijn zijn (nice to have)?

6 Needs and values (nog even een andere term voor verzinnen)

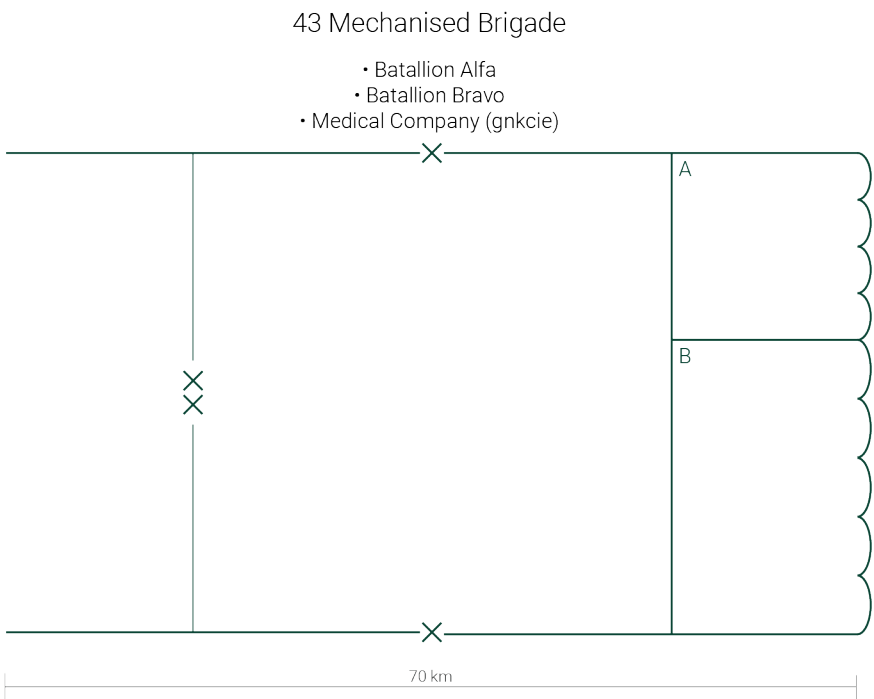
Wat heb je nodig? Wat zijn belangrijke kernfactoren om je werk goed te kunnen uitvoeren?

Aansluitend bij wat men daadwerkelijk als ‘van essentieel belang’ ziet en wat men ‘nice to have’ vindt. Maar ook wat men naast de uitgesproken informatiebehoefte nog meer nodig heeft. Om een voorbeeld te geven: duidelijkheid kan één van die kernwaardes zijn, daar kan goede communicatie een onderdeel van zijn, net als goede afspraken, heldere protocollen, duidelijke randvoorwaarden, etc.

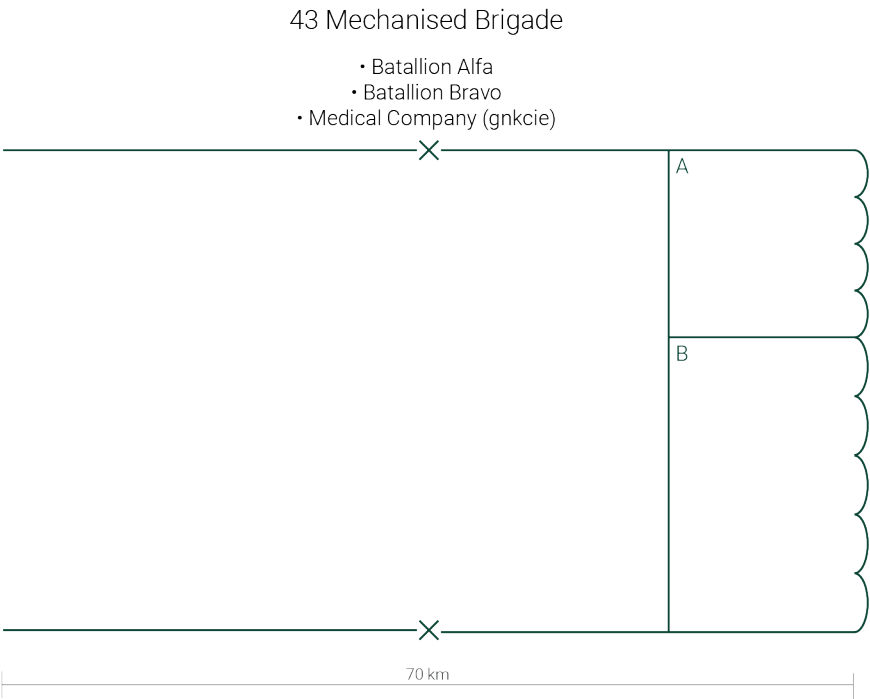
B: The Military Medical Chain as support to the tactical operation



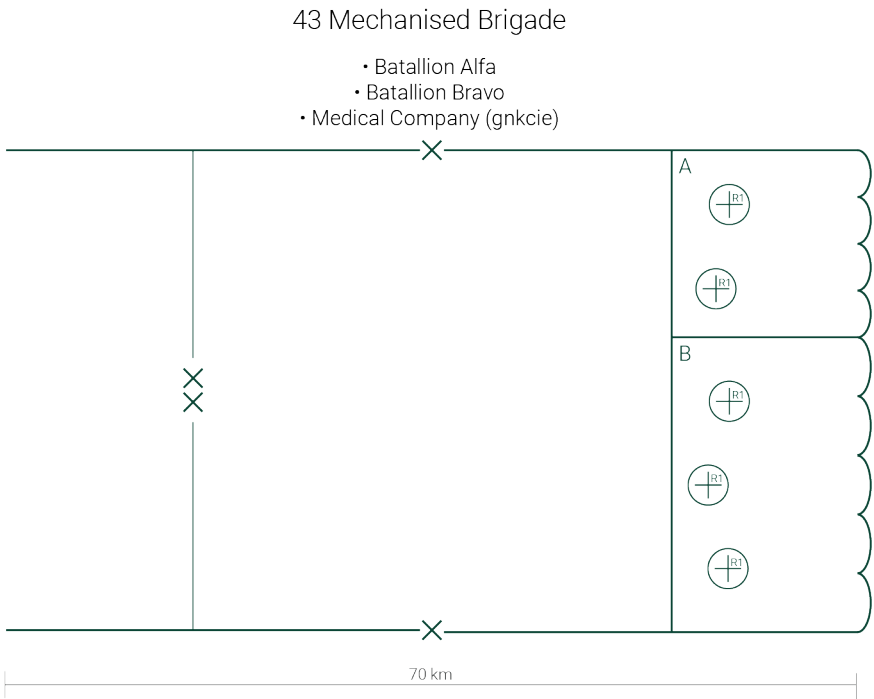
This is the battalion area, the distance it covers is more or less 70 km. The 43 Mechanised Brigade consists of a battalion Alfa and a battalion Bravo



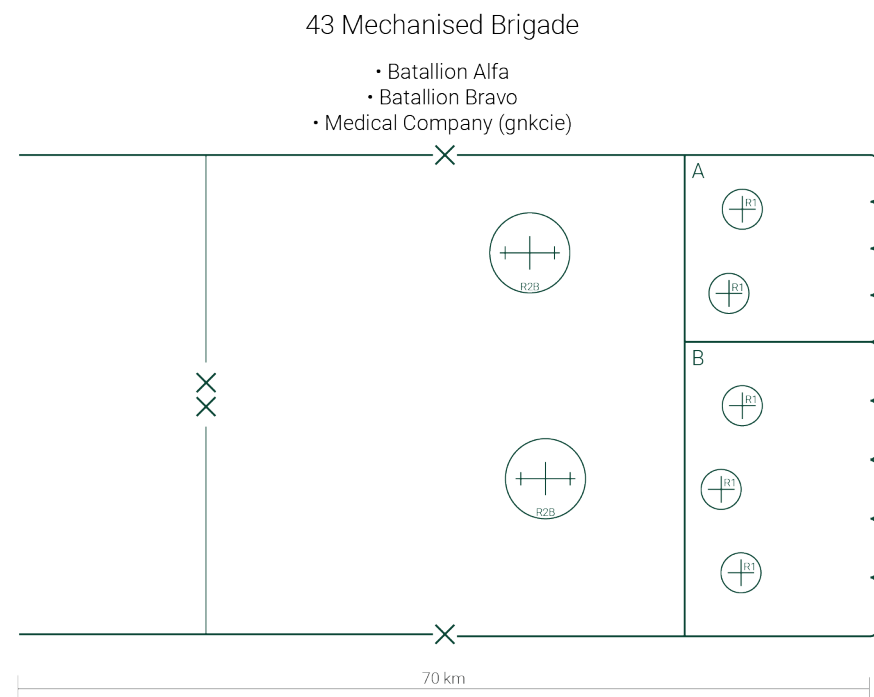
At the back of the battalion area is the brigade area



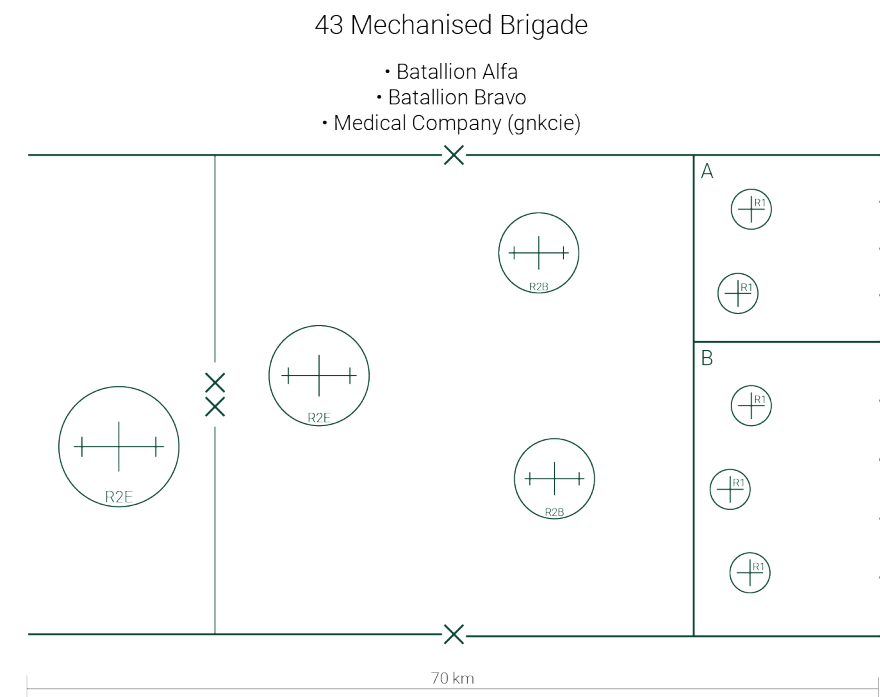
Both battalions cover a part of the frontline



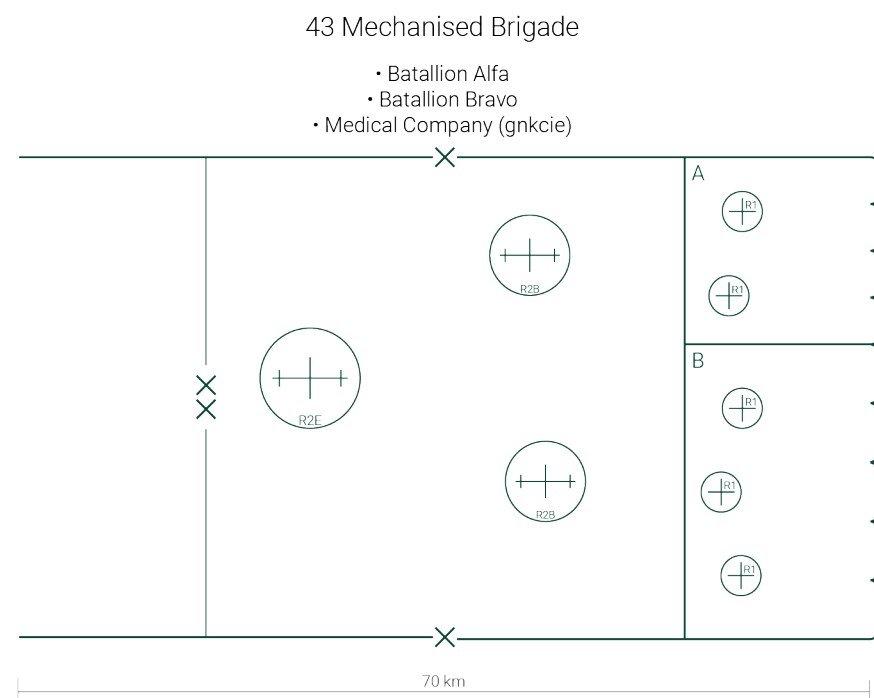
The battalion develops a tactical plan and based on the loss expectation they develop a medical plan. Part of the medical plan is to put Role 1 facilities close to the frontline



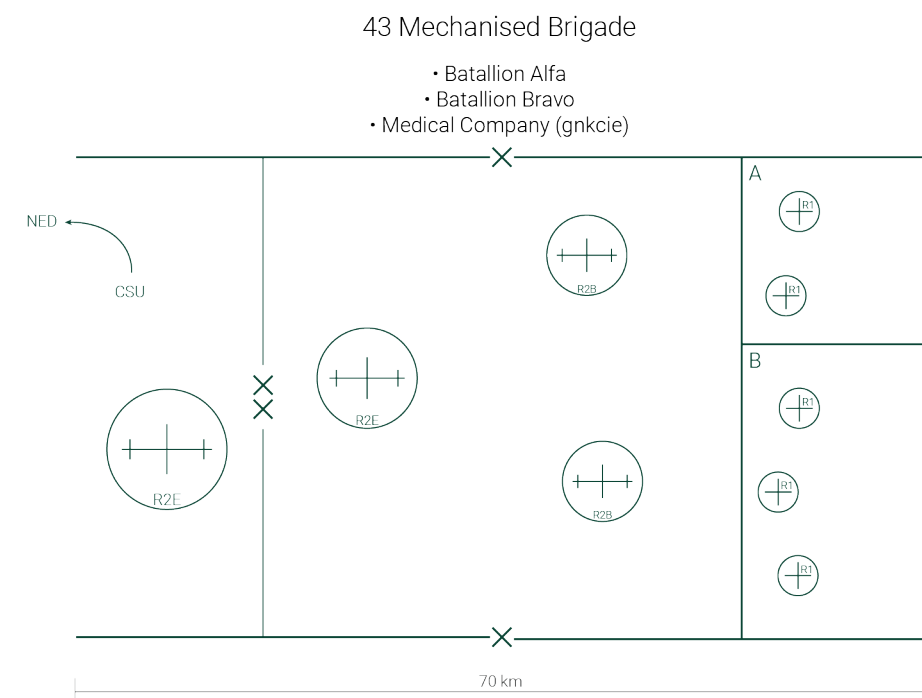
At approximately one hour behind the Role 1 facilities, Role 2 Basic facilities are located. Since the capacity of a Role 2 Basic is higher than the capacity from a Role 1, multiple Roles 1 can transport to the same Role 2 Basic



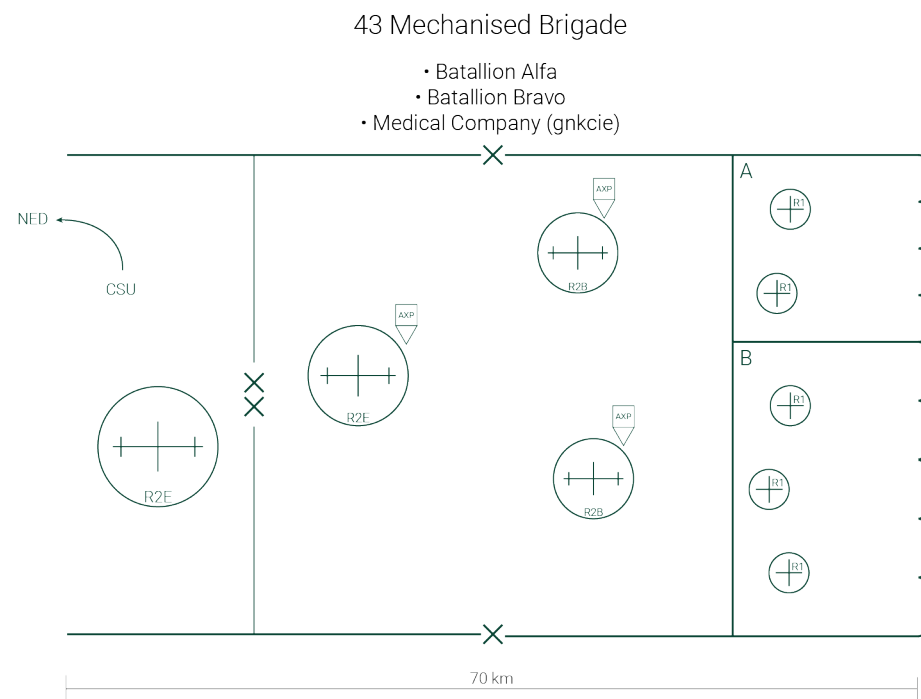
In the brigade area, there is a bigger Role 2 Enhanced, two times the capacity of a small Role 2 Enhanced.



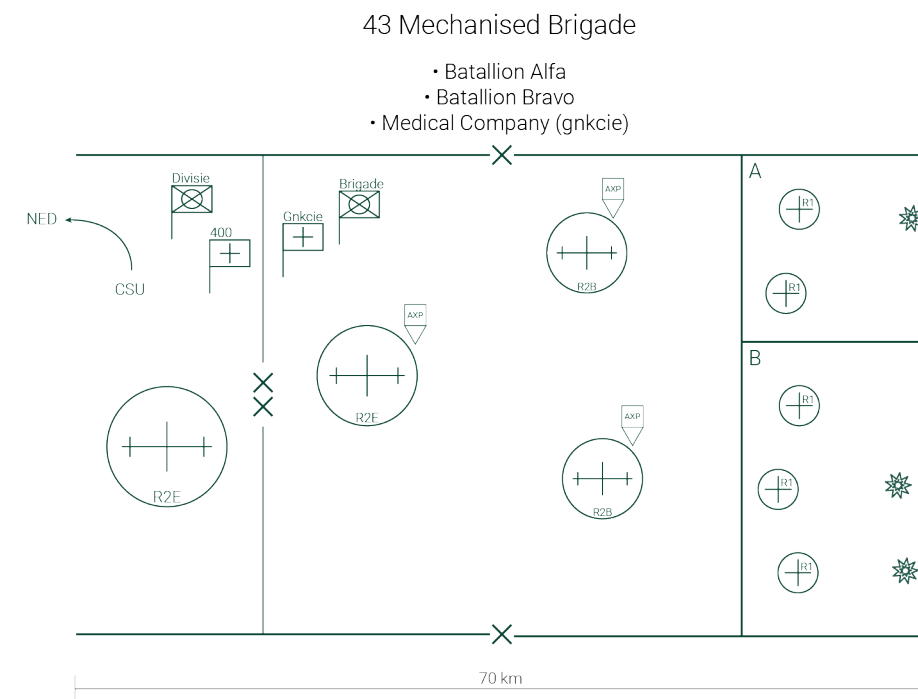
At approximately three to four hours behind the Role 2 Basics, there is a small Role 2 Enhanced. A small Role 2 Enhanced has got more or less the capacity of 2 times a Role 2 Basic. Multiple Role 2 Basics can transport to the same Role 2 Enhanced



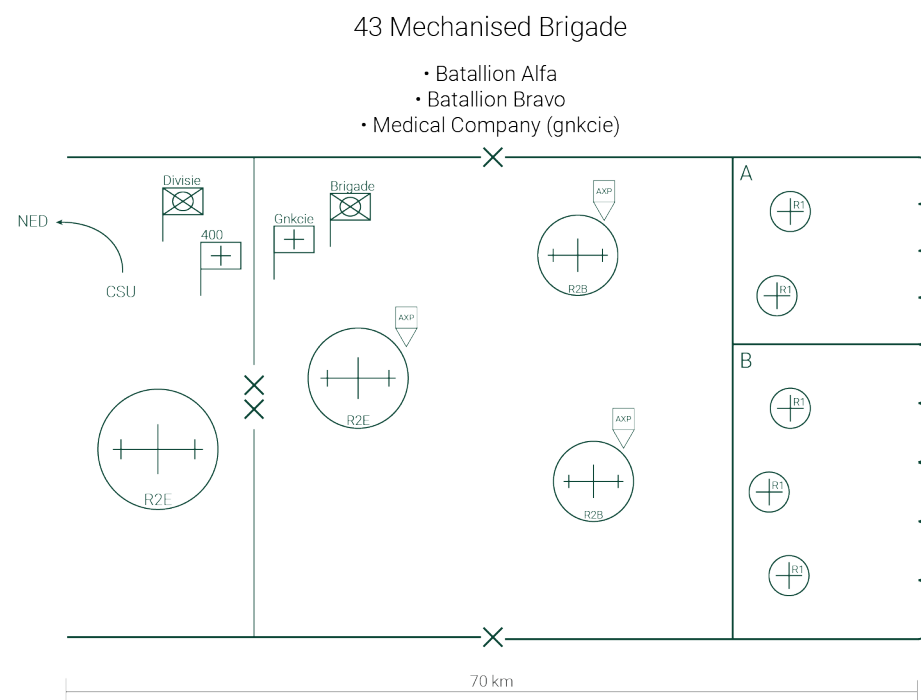
From the Role 2 Enhanced, treated casualties will be staged at the CSU: Casualty Staging Unit. This is before they will be transported back to the Netherlands



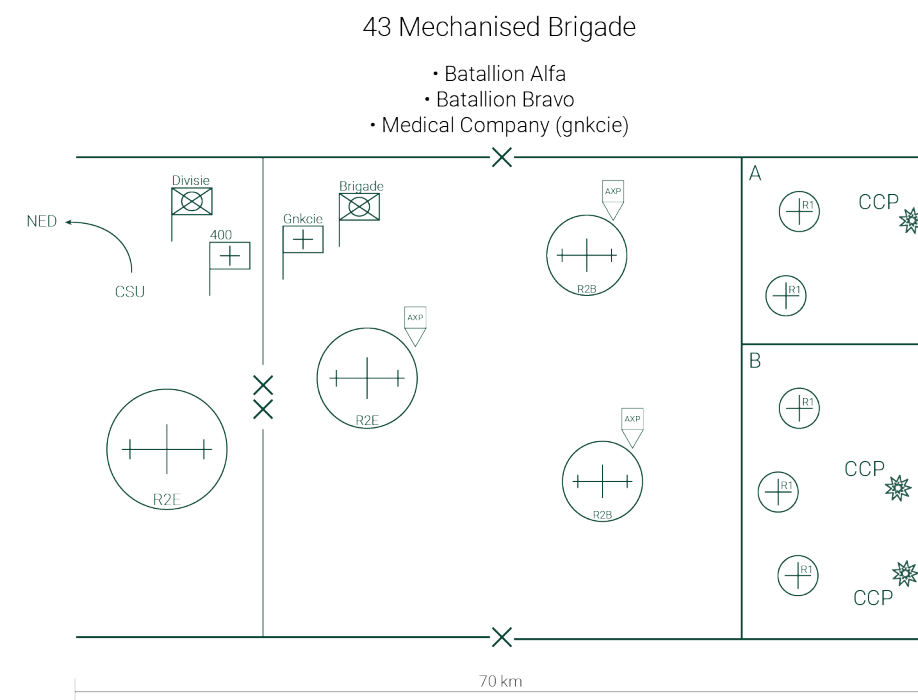
Every Role 2 Basic and small Role 2 Enhanced feature a Ambulance Exchange Point (AXP)



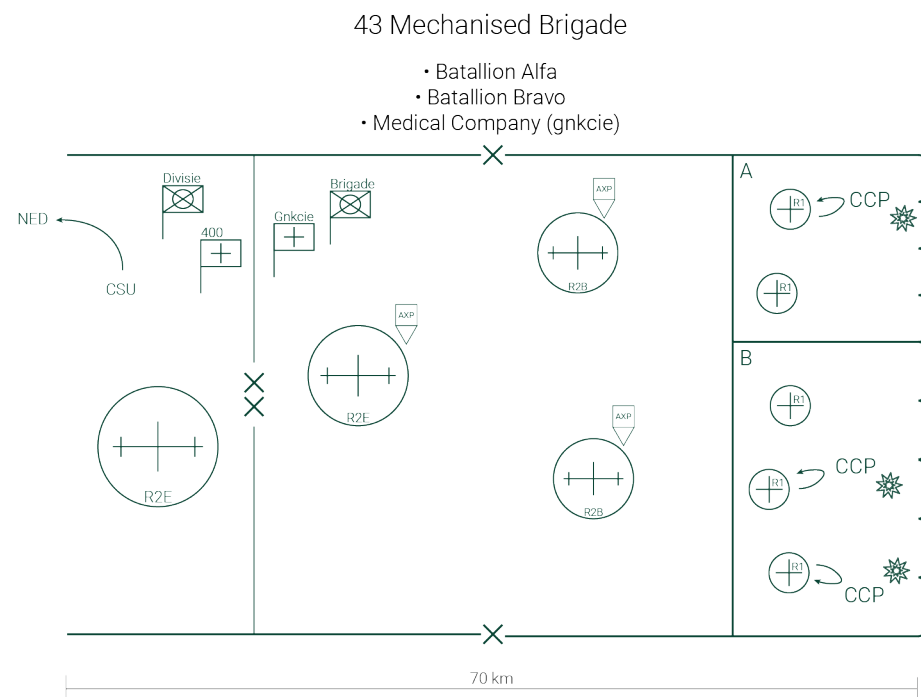
Where there is war, wounded fall. The place where they fall is called the Point of Injury



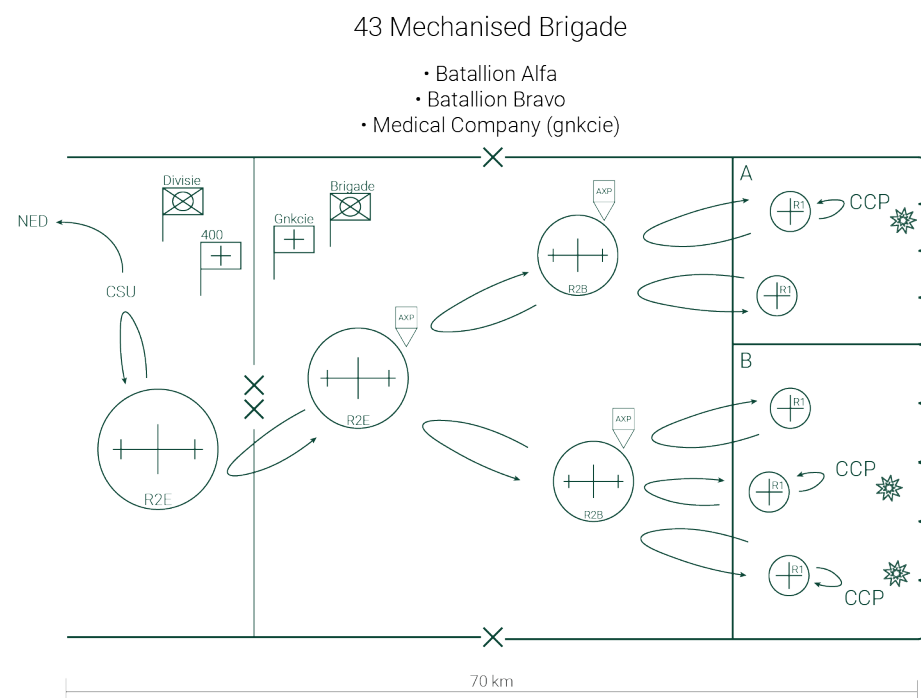
The different facilities fall under the command from either the 43 Mechanised Brigade (Role 1, Role 2 Basic and small Role 2 Enhanced), or under the command from the 400 Medical Battalion (Role 2 Enhanced). However, the 400 Medical Battalion does lend their Role 2 Enhanced and Role 2 Basic capacity to the brigade.



From the Point of Injury, casualties are collected at the Casualty Collecting Point (CCP)

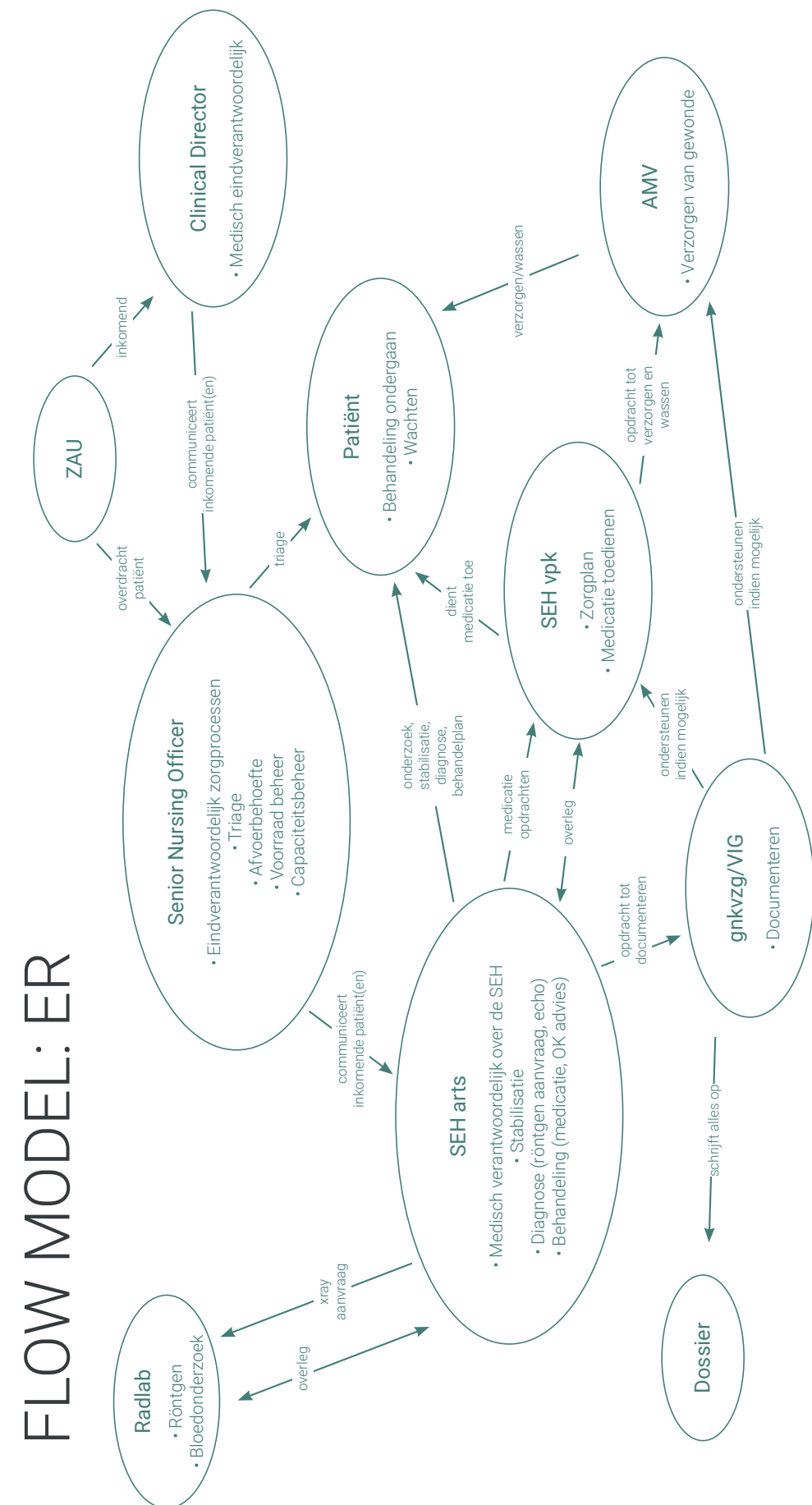


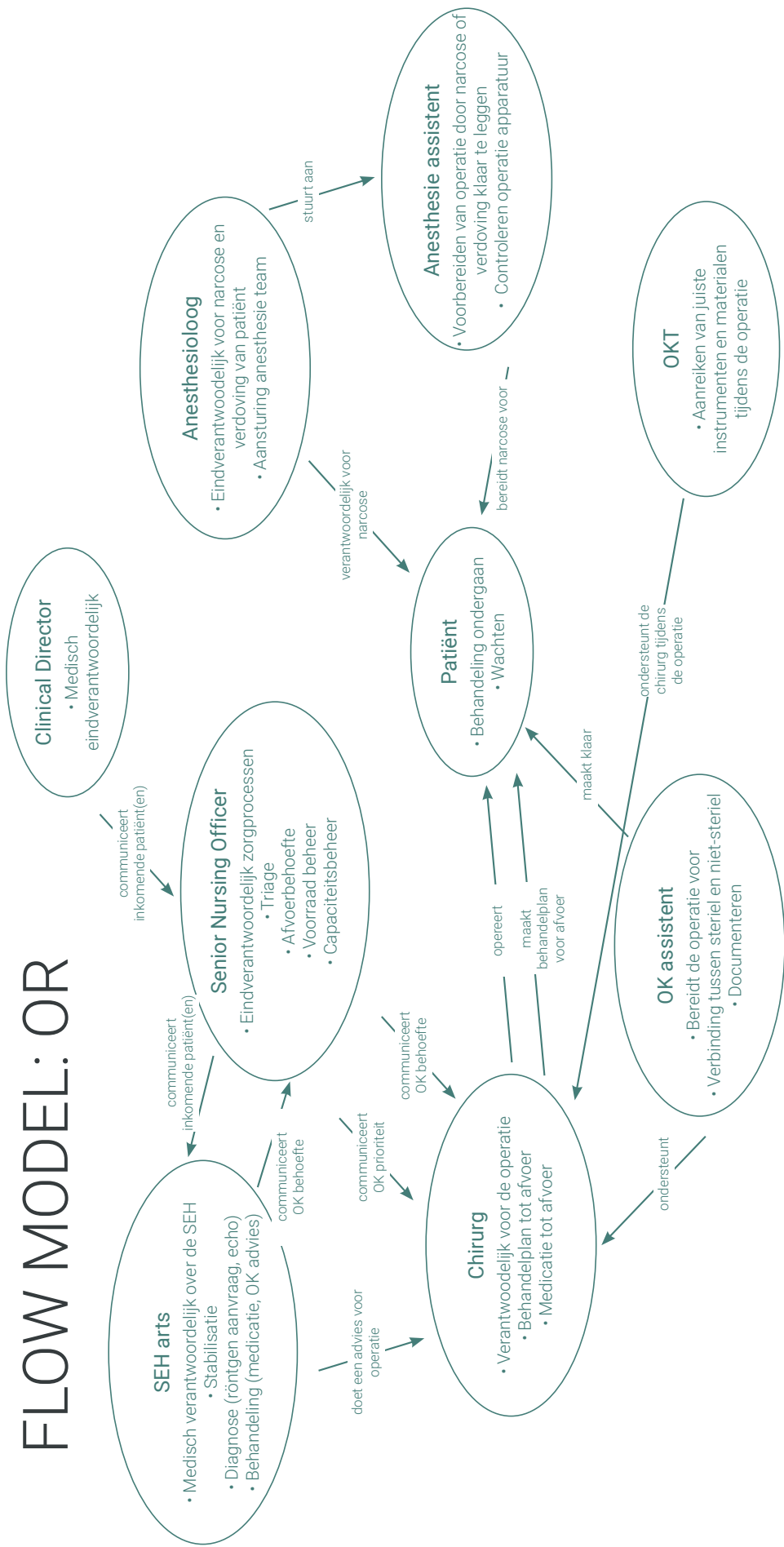
At the Casualty Collecting Point (CCP), casualties are being picked up by a BOXER (armoured ambulance) coming from the Role 1



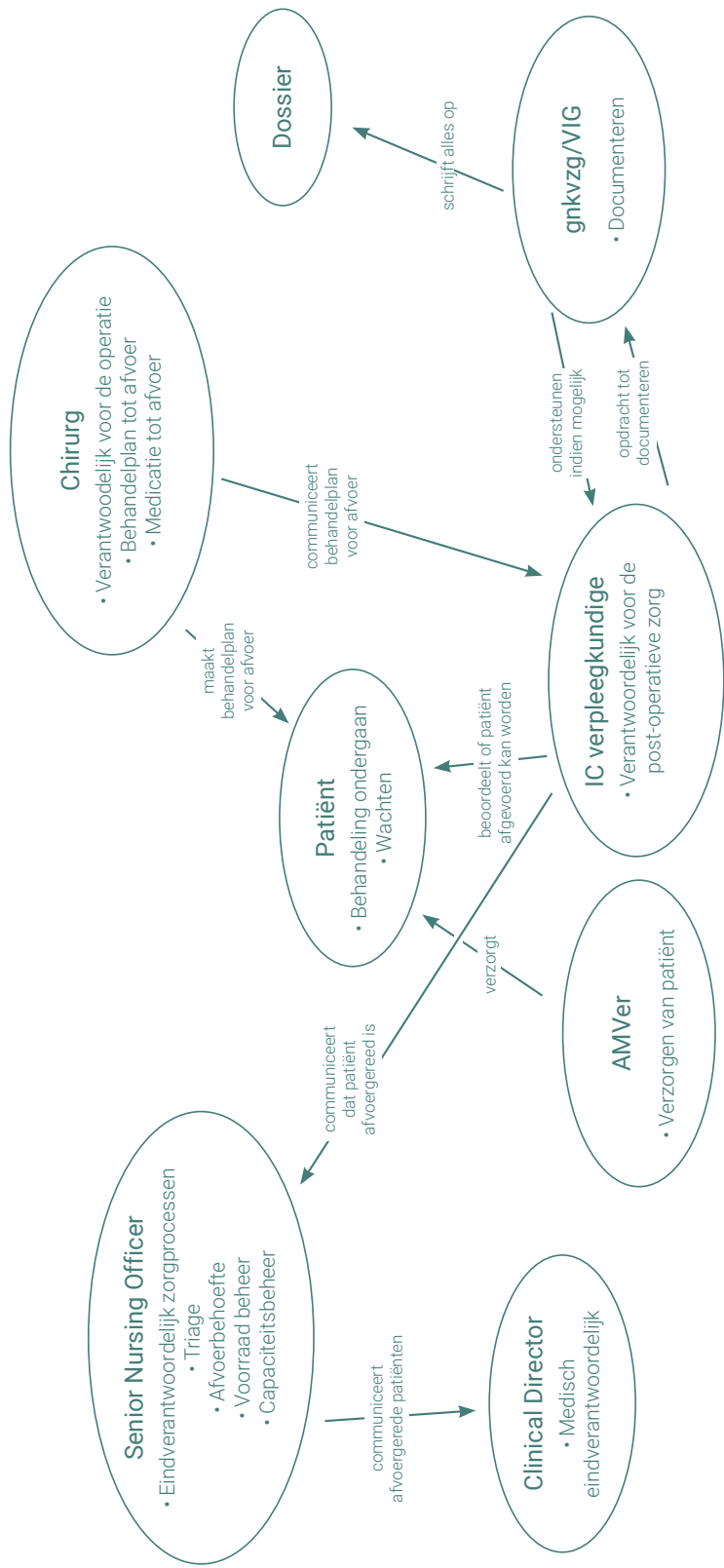
From the Role 1 further up the chain, transport is done via ZAU's (ambulances). These ZAU's drive pre-set loops between two facilities. This is all documented in the medical plan

C: Flow models per module





FLOW MODEL: POST OP AND HOLDING

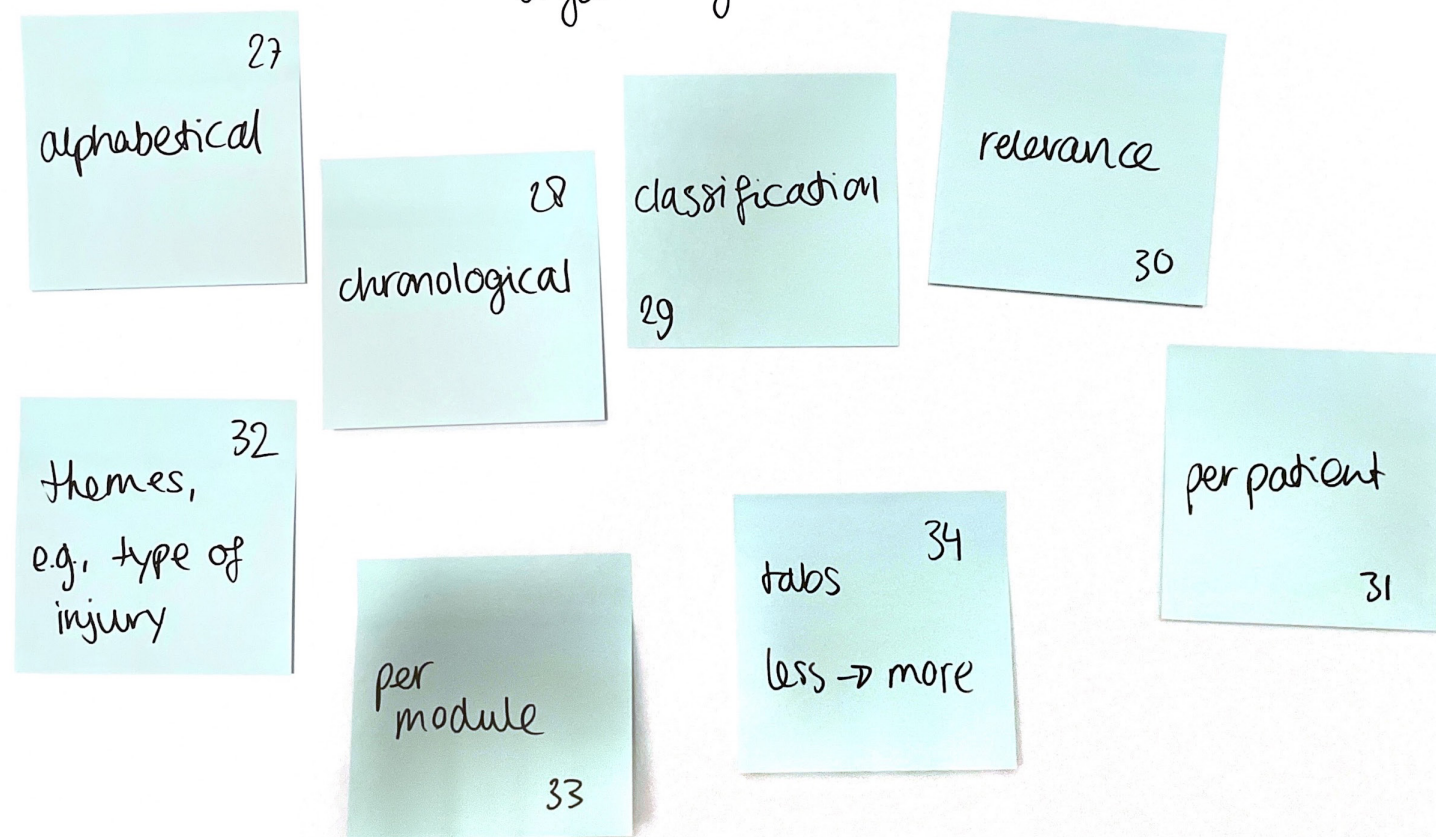


D: Idea generation

collecting data



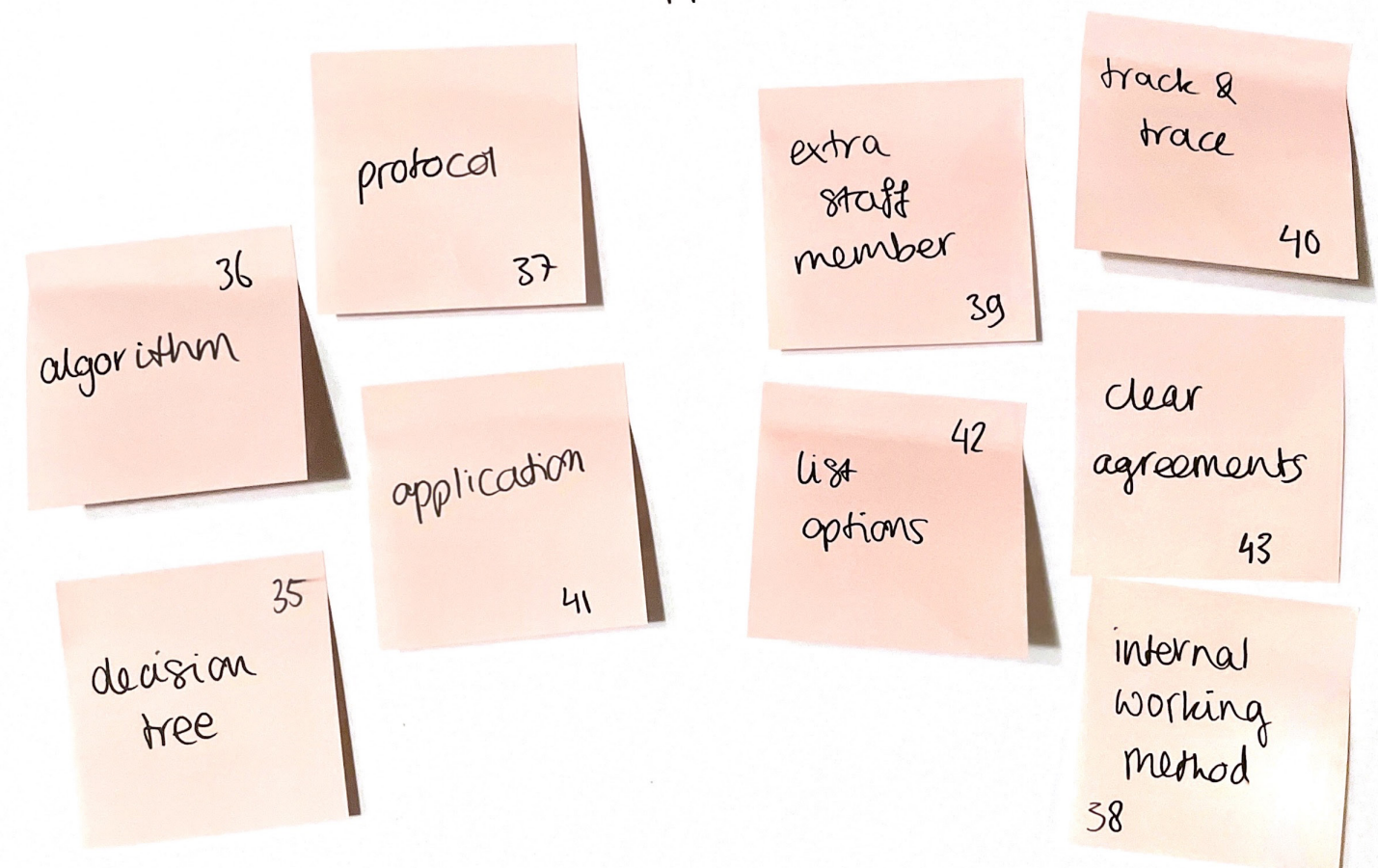
organizing data



providing data



support



DEVELOPING DECISION SUPPORT
FOR DUTCH MILITARY MEDICAL STAFF
TO ALLOCATE CASUALTIES IN A COMBAT CONTEXT