

Stand van Zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen – 2008

Aangeboden door Landelijke Vereniging voor Traumacentra

April 2009

ROAZ in 2008 - Managementsamenvatting

De WTZi verplicht alle aanbieders van acute zorg om in het regionale overleg acute zorgketen (ROAZ) afspraken te maken over een betere samenwerking. In 2007 is door de 10 traumaregio's (sinds 1 januari 2008 11 regio's) een start gemaakt met de invoering van het ROAZ. Waar in 2007 het accent vooral nog lag op het bouwen van het netwerk, zijn in 2008 vitale stappen gezet binnen de ROAZ-en: de relaties met de ketenpartners in het ROAZ is verstevigd, de focusgroepen zijn op veel plaatsen gestart en daarmee is de aandacht komen te liggen bij de kern van het ROAZ: de inhoud en werking van de zorgketens; tenslotte is in 2008 ook het OTO-traject een onderdeel geworden van het ROAZ.

Deze rapportage focust zich zowel op de structurele als inhoudelijke ontwikkelingen die in 2008 hebben plaatsgevonden.

Vertegenwoordiging zorgaanbieders in ROAZ steeds beter

Belangrijke conclusie is dat in alle 11 regio's het Regionaal Overleg Acute Zorgketen aanwezig en operationeel is. In 2008 is de samenwerking met de ketenpartners verstevigd. De vertegenwoordiging van ziekenhuizen en ambulancezorg in het ROAZ is onveranderd goed (100%). De huisartsen, GGZ-instellingen en de verloskundigen zijn niet in alle ROAZ-en direct vertegenwoordigd (allen in 82% van de regio's). Soms heeft dit te maken met de beperkte wens tot betrokkenheid. In andere gevallen wordt dit veroorzaakt door beperkte overlap met andere ketens (verloskundigen en psychiaters). In dit laatste geval is gekozen voor een structuur van het informeren van deze partijen. In 70% van de gesprekken is aangegeven dat huisartsen via de Kringen lastig bereikbaar zijn en niet voldoende participeren of zelfs medewerking aan overleg hebben opgeschort.

Niet in alle regio's focusgroepen aanwezig voor de 5 ketens¹

De regio's bevinden zich met hun focusgroepen in verschillende fasen van onderzoek en implementatie. In 7 van de 11 regio's zijn alle 5 focusgroepen (soms onder andere naamgeving dan focusgroep) actief. In drie regio's dienen deze groepen, bestaand uit medisch professionals, nog te starten.

De focusgroepen die reeds gestart zijn bevinden zich in een verschillend stadium, uiteenlopend van startfase tot in kaart brengen van keten en bijbehorende problematiek, en van het definiëren van verbeterpunten tot de implementatie van de verbetervoorstellen. Doel voor alle regio's is om voor de zomer van alle gestarte regio's een rapportage per focusgroep gereed te hebben die aanleiding geeft tot implementatie van de verbeterpunten.

Nog geen benoeming nieuwe focusgroepen

Bij 80% van de ROAZ-en is de voorkeur uitgesproken om nog geen uitbreiding te laten plaatsvinden naar nieuwe focusgroepen. De meeste regio's hechten meer waarde aan het stroomlijnen en optimaliseren van het werkproces rond de huidige focusgroepen goed te stroomlijnen, zodat bij nieuwe focusgroepen het proces vanaf de start helder is.

Binding in ROAZ verstevigen

Gebleken is dat de ROAZ-en behoefte hebben aan een goede definitie van procedures en verantwoordelijkheden in het geval van signalering van witte vlekken in het aanbod van acute zorg. De LVTC doet hiertoe, in afstemming met haar leden, voor de zomer een voorstel aan VWS.

Signalering witte vlekken

De eerste signalering van mogelijke witte vlekken dit jaar ontstonden bij een mogelijke fusie en een sluiting van de OK's. Hier hebben de betreffende ROAZ-en een actieve rol vervuld om te bezien of er daadwerkelijk sprake was van witte vlek, of om toegang tot acute zorg te bevorderen. Naar aanleiding hiervan wordt door de LVTC

¹ Het betreft de acute zorgketens voor CVA, Myocardinfarct, Psychose, Obstetrie en Heuptrauma's.

voor de zomer van 2008 een procedure voorgesteld die een ROAZ kan hanteren bij signaleren mogelijke witte vlekken.

Daarnaast is het bereik van de MMT's in de nacht door één ROAZ gesignaleerd als niet optimaal. Inmiddels wordt met het verzoek tot verschuiving van een van de MMT-standplaatsen het bereik van de Nederlandse bevolking beoogd te verbeteren.

Tenslotte worden IC-capaciteit en verkeersdrukte genoemd als toekomstige aandachtspunten bij het adequaat leveren van acute zorg. De betekenis van deze gesignaleerde verkeersdrukte is reeds meegenomen in het RIVM briefrapport Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008.

Nog geen regionale protocollen acute aandoeningen

Het komende jaar zal meer gekeken worden naar de protocollen binnen het ROAZ. Hierbij is het voor het ROAZ het uitgangspunt om goede definities vast te leggen van hetgeen in protocollen hoort te staan en welke informatie noodzakelijk is bij de overdracht van patiënten. Invulling van verder behandelprotocol blijft voor ROAZ verantwoordelijkheid van de individuele instelling. Slechts in twee regio's wordt gestreefd naar regionale protocollen.

Aansluiting landelijk proces voor meten kwaliteit zorgketens

Binnen de LvTC en ook met VWS en IGZ is afgesproken dat afgestemd wordt met de landelijke initiatieven die zijn gericht op de eenduidigheid in beschrijving van processen en meetwaarden van acute zorgketens. Voorwaarde voor de LvTC hierbij is dat dit aansluit bij de reeds opgedane kennis en ervaring van professionals, en eenvoudig hanteerbaar is binnen instellingen en/of ROAZ.

OTO traject gestart

Inmiddels is met de stimuleringsgelden invulling gegeven aan het OTO-project binnen het ROAZ. Met de huidige projectstructuur en het platform voor kennisontwikkeling maakt dit project een goede start. De jaarplannen 2009 zullen in april gereed zijn. Het project kan worden gezien als nieuwe stimulans voor het ROAZ.

Oprichten platform ROAZ-coördinatoren in 2009

Binnen de LvTC zal in 2009 een platform worden opgericht voor de ROAZ-coördinatoren om ervaring en kennis te delen. Dit voorziet in de behoefte om kennis en informatie over het optimaliseren van acute zorgketens te delen en een betere vergelijkbaarheid van ketens te bevorderen.

Structurele uitwisseling kennis en informatie met koepels vanaf 2009

In 2009 zal de LvTC met de betrokken koepels als NVZ, NFU, AZN, VHN, LHV en GHOR-NL² naar een vorm worden gezocht om de informatie over het ROAZ zo goed mogelijk uit te wisselen met als doel dat er meer steun en activiteiten ontstaan voor het ROAZ.

² Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), AmbulanceZorg Nederland (AZN), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR NL)

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
1. Aanleiding	5
2. Doel en deelnemers Regionaal Overleg Acute Zorgketen	6
3. Ontwikkelingen in opbouw ROAZ in 2008	7
3.a Start Regionaal Overleg Acute Zorgketen per regio	7
3.b Samenstelling Regionaal Overleg Acute Zorgketen	7
3.c De 5 acute zorgketens in het ROAZ	8
3.d Projectstructuur in de regio's	9
4. Uitkomsten inventarisatie ROAZ 2008	11
4.a Witte vlekken in het ROAZ	11
4.b Welke punten zijn per focusgroep naar voren gekomen	11
<i>Algemene verbeterpunten in de keten van acute zorg</i>	11
<i>CVA</i>	12
<i>Myocardinfarct</i>	12
<i>Acute Obstetrie</i>	13
<i>Acute Psychiatrie</i>	13
<i>Heuptrauma's</i>	13
4.c Op welke wijze wordt binnen het ROAAZ aandacht gegeven aan de uniformiteit van protocollen en informatie overdracht	14
4.d De vierde taak binnen de WTZi: OTO binnen het ROAZ	14
5. Conclusie	16
6. ROAZ in 2009	18
Bijlagen	
. Opzet interviewronde	19

1. Aanleiding

Op 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden. De WTZi beoogt onder andere met de beleidsregels acute zorg verdere onderlinge afstemming tussen de verschillende aanbieders van acute zorg, zoals ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen en huisartsen. Deze aanbieders van acute zorg hebben de opdracht gekregen om in een regionaal overleg afspraken te maken over (een betere) samenwerking. VWS legt hiermee de verantwoordelijkheid voor spreiding en toegankelijkheid van acute zorg nadrukkelijk bij veldpartijen. Initiators van dit regionaal overleg zijn de ziekenhuizen met een erkenning voor traumazorg (op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen, WBMV).

Om consistentie in het land te bereiken bij de invulling en vormgeving van deze overleggen hebben de koepels van academische (NFU) en algemene (NVZ) ziekenhuizen de Landelijke Vereniging voor Traumacentra (LvTC) verzocht initiatief te nemen om een structuur voor dit onderwerp aan te reiken, en te fungeren als informatienetwerk en liaison namens de elf regio's/ziekenhuizen naar het Ministerie van VWS, zorgverzekeraars en andere organisaties, zoals Ambulancezorg Nederland, GHOR, etc.

In 2007 zijn de regio's gestart met het opstellen van dit overleg. In 2007 is gekeken hoe ver de verschillende ROAZ-en waren ontwikkeld. De belangrijkste conclusies waren toen:

- Eind 2007 was in alle regio's het Regionaal Overleg Acute Zorgketen gestart;
- Ziekenhuizen en de ambulancezorg uit de regio zijn altijd vertegenwoordigd. In de meeste gevallen zijn ook de huisartsen, GGZ-instellingen en de Verloskundigen vertegenwoordigd.
- Het overleg wordt in bijna alle gevallen voorgezeten door een lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, waar de erkenning traumazorg aan verstrekt is.
- Operationeel is in alle regio's een coördinator van het ROAZ benoemd, veelal verbonden aan het traumacentrum. Deze persoon vormt de liaison tussen werkgroepen, voorbereidingsgroep en het ketenpartners van het ROAZ.
- In 9 van de 11 regio's heeft men focusgroepen, ingericht om de 5 aandoeningen (CVA, myocardinfarct, obstetrie, heuptrauma's en acute psychiatrie) in kaart te brengen. Deze groepen bestaan uit medische professionals van de verschillende zorgaanbieders. In 2 regio's heeft men ervoor gekozen om eerst ervaren knelpunten in de organisatie van de acute zorg op te pakken alvorens focusgroepen in te richten.
- Voor de opdracht om ondersteuning te bieden aan een goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen voorziet men in het ROAZ een rol voor en samenwerking met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) in 2008.

De Minister beschouwde in zijn brief aan de Tweede kamer deze ROAZ-rapportage als een eerste overzicht van de stand van zaken van het ROAZ. Hij gaf aan dat de start met een voorzichtig optimisme beoordeeld kon worden, zeker wanneer het complexe proces en de kennismaking met de vele nieuwe partners op dit terrein in ogenschouw werden genomen.

De Minister heeft aan de Tweede Kamer aangegeven dat hij hen jaarlijks zou informeren over de stand van zaken van het ROAZ en ook wat de inhoudelijke uitkomsten zouden zijn uit de overleggen.

Om inzicht in de vooruitgang te bieden, niet alleen aan de Kamer, maar ook aan de ROAZ-en zelf is voor 2008 opnieuw een rapportage opgesteld waarin de ontwikkeling van het ROAZ wordt bekeken. Deze rapportage is opgesteld op basis van interviews met de bestuurlijk verantwoordelijken en/of ROAZ-coördinatoren van de 11 traumaregio's in Nederland. De rapportage schenkt aandacht aan de opbouw van de regionale overleggen, de inhoudelijke uitkomsten (zover deze reeds aanwezig zijn), de ontwikkelingen op het terrein van Opleiden, Trainen en Oefenen op het gebied van voorbereiding op rampen. Tenslotte wordt een voorstel gedaan hoe dit onderwerp beter verankerd kan worden bij de zorgaanbieders.

2. Doel en deelnemers Regionaal Overleg Acute Zorgketen

Het oorspronkelijke doel van het ROAZ is het optimaliseren van de afstemming tussen de aanbieders van acute zorg om het belangrijkste doel te bereiken:

Zorgen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt.

Hiertoe dient het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, volgens de Wtzi, de volgende vragen te beantwoorden:

1. Afstemming van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg
2. In kaart brengen acute zorgaanbod in de regio
 - Wie levert welke zorg?
 - Inzicht in de behandelcapaciteit van iedere zorgaanbieder
 - Welke expliciete en impliciete afspraken zijn al aanwezig voor aansluiting acute zorg
3. Inzicht en oplossen van witte vlekken in bereikbaarheid
4. Hulp voor goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen

In de Wtzi worden de volgende partijen aangemerkt als aanbieders van acute zorg en daarmee als deelnemers aan het overleg acute zorgketen:

- Huisartsen en huisartsenposten
- Regionale ambulancevoorzieningen
- Ziekenhuizen
- GGZ-instellingen met crisisfunctie
- Verloskundigen

Daarnaast is het van belang dat gezien de opdracht aan het regionaal overleg ook de RGF als deelnemer bij het regionaal overleg acute zorgketen betrokken is.

3. Ontwikkelingen in opbouw ROAZ in 2008

3a. Start Regionaal Overleg Acute Zorgketen per regio.

Eind 2007 is in alle regio's het regionaal overleg gestart. In 2008 is iedereen opnieuw bij elkaar geweest. De aantallen per regio verschillen. Amsterdam kent per 1 januari 2008 twee traumaregio's. Een waar de erkenning ligt bij het VUMC en de nieuwe erkenning voor het AMC.

Is in uw regio het ROAZ in 2008 bijeen geweest en hoe vaak?

Gron*	Zwolle	Enschede	Nijmegen	Maastricht	Tilburg	Utrecht	R'dam	Leiden/ Den Haag	A'dam VUMC	A'dam AMC
Ja	ja	ja	ja	ja	Ja	ja	ja	ja	ja	ja
4	4	3	2	3	2	1	2	1	3	2

*Groningen heeft gezien de omvang van de regio het overleg verdeeld over de drie provincies met ieder een eigen ROAZ.

3b. Samenstelling Regionaal Overleg Acute Zorgketen

In de samenstelling van het ROAZ is in de regio's niets veranderd. Binnen het ROAZ blijft een focus op de zorgaanbieders zoals deze in de wet zijn omschreven. In alle gevallen gaat het om een bestuurlijke vertegenwoordiging met mandaat in het regionaal overleg.

De ROAZ-en geven aan dat de omvang van het ROAZ op dit moment al aanzienlijk is om op correcte en actieve wijze met elkaar te kunnen communiceren. Het verdient vanuit de ROAZ-en de voorkeur om eerst met de huidige samenstelling een goede werkwijze te ontwikkelen die aansluit op de kerntaken. In een later stadium kan dan beoordeeld worden in welke mate andere zorgaanbieders uitgenodigd dienen te worden voor het overleg. Een aantal ROAZ-en kiest ervoor om wel verschillende stakeholders op reguliere wijze te informeren.

Wat is de samenstelling van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen en is de RGF vertegenwoordigd?

	Gron*	Zwolle	Ensche	Nijmeg*	Maastr	Tilburg*	Utrecht	R'dam	Leiden/ Den Haag	VUMC	AMC*
Ziekenhuizen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ambulancezorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Huisartsen	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Info	Ja
Huisartsenposten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Info	Ja
GGZ-inst.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Info	
Verloskundigen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Info	
GHOR/RGF	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
GGD	Ja ¹	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
Provincie	Ja ⁴										
Zorgverzekeraars	Ja					Info		Info			Ja
Revalidatiecentra						Ja					
Thuiszorg	Ja ²					Ja					
Apotheken	Ja ³			Ja			Ja				
Rode Kruis			Ja								

* Traumaregio Noord kent een indeling in 3 separate ROAZ-en analoog aan de provincie-indeling (Groningen, Friesland, Drenthe).

1. In Friesland en Groningen betreft dit een combinatie van GHOR/GGD

2. In Groningen en Drenthe

3/4. In Groningen.

** Bij het AMC zijn verloskundigen wel vertegenwoordigd in focusgroep. Huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, GGD, zorgverzekeraars, thuiszorg en apothekers uit veiligheidsregio Gooi- en vechtstreek hebben een gezamenlijk vertegenwoordiger in het ROAZ.

In het VUMC is in eerste instantie bij de samenstelling van het ROAZ en de werkgroepen gekozen voor vertegenwoordiging door Ziekenhuizen en Ambulancezorg. De andere partijen worden geïnformeerd en aansluiting op het ROAZ is in een volgende fase voorzien.

In veel regio's is aangegeven dat het met name als lastig werd ervaren om huisartsen goed vertegenwoordigd te krijgen in het regionaal overleg. Hierbij gaat het niet om de directeuren van de Huisartsenposten. Die zijn goed bereikbaar en zeer bereid tot participatie. Het blijkt ingewikkelder om de huisartsen van de Kringen goed vertegenwoordigd te krijgen. Hierbij is de vertegenwoordiging wisselend en zijn op enkele plekken discussies over vergoeding. Binnen de ROAZ-en is hier geen financiële ruimte voor beschikbaar. Het uitgangspunt van VWS is dat deelnemen aan het ROAZ een onderdeel is van verantwoorde zorg. Deelnemers ontvangen geen vergoeding hiervoor.

3c. De 5 acute zorgketens in het ROAZ

De 5 zorgketens die in de ROAZ-en in kaart gebracht dienen te worden zijn de volgende:

zorgketens in het ROAZ	
<input type="radio"/>	Myocardinfarct
<input type="radio"/>	CVA
<input type="radio"/>	Acute Obstetrie
<input type="radio"/>	Acute Psychiatrie
<input type="radio"/>	Acute heuptrauma's

In de meeste regio's zijn de focusgroepen gestart. Vorig jaar waren een aantal regio's die wat achter liepen in de opbouw van het ROAZ zoals Nijmegen en AMC en in mindere mate Tilburg en Utrecht. Deze achterstand wordt nog steeds gezien in de opbouw van de focusgroepen.

Welke focusgroepen zijn in uw regio reeds gestart

	Gron	Zwolle	Ensche	Nijmegen ⁴	Maastr	Tilburg	Utrecht	R'dam	Leiden/ Den Haag	VUM C	AMC
Myocardinfarct	Ja	Ja	Ja		Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	
CVA	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Acute Obstetrie	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Acute Psychiatrie	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	
Acute Heuptrauma's	Ja	Ja	Ja		Ja		ja	Ja	Ja	Ja	Ja ⁵
OTO	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Overig	Ja ¹	Ja	Ja	Ja ³		Ja ²					Ja ⁶

- Groningen: samenwerking eerste lijn; taskforce farmacie; werkgroep bereikbaarheid acute zorg Groningen, Focusgroep 'Acuut Kwetsbare oudere' (ism verpleeghuisartsen, thuiszorg, huisartsen en geriatrie).
Friesland: Toegang en Triage
Drenthe: schaarste op de arbeidsmarkt; Omgang capaciteitsproblemen; Samenwerking met Thuiszorg; bereikbaarheid en kwaliteit van zorg
- focusgroep IC
- Focusgroep ICT
- Focusgroepen nog niet bijeen geweest, maar knelpunten inventarisatie ter voorbereiding voor eerste bijeenkomsten gereed.
- Focusgroep Heuptrauma's wordt meegenomen in het reeds bestaande traumatologienetwerk.
- Focusgroep ICT en focusgroep vaatchirurgie

Niet alleen is er een verschil tussen de vorming van de focusgroepen, maar ook in inhoud van de rapportages. Uit de interviews kan opgemaakt worden dat in de regio's waar een pragmatische werkwijze is gekozen en waar een bestuurlijk en professioneel draagvlak bestaat voor het ROAZ, de rapportages het snelst tot stand komen.

Het verschil van de rapportages wordt veroorzaakt door het proces dat wordt doorlopen. Op veel plaatsen wordt onderscheid gemaakt tussen de fasen van het inventariseren van knelpunten, het definiëren van de verbeterpunten en het implementeren. Op een enkele plaats wordt de focusgroep beëindigd na de inventarisatie. Om die reden is in het onderstaand overzicht aangegeven wat de actuele stand van zaken is van de rapportages van de regio's.

Het advies is dat tussen de verschillende ROAZ-en meer naar een vergelijkbaarheid van stappen in het proces van een focusgroep dient te worden gestreefd. Waarbij al dan niet gebruik gemaakt kan worden van ijkpunten/indicatoren die door de beroepsgroepen zijn vastgesteld.

Welke status kent de rapportage van de focusgroep? (Verkennen (V), definiëren verbeterpunten (D), Implementatie (I), Follow-up (F))

	Gron	Zwolle	Enschede	Nijmeg*	Maastr	Tilburg	Utrecht	R'dam	Leiden/ Den Haag	VUMC	AMC
Myocardinfarct	D	V	I		D	V	V	D	D	D	**
CVA	D	V	I		D	V	V	D	D	D	V
Acute Obstetrie	V	V	I		D	D		I	D	D	D
Acute	V	V	I		D	V		D	D	D	
Psychiatrie											
Acute	V	V	I		D	V	V	I	D	D	V
Heuptrauma's											
Overig	V.D.I.	I	D	V		Ja*					V

* Per 30 juni 2009 is voor Nijmegen gepland te starten met fase van Implementatie verbeterpunten

** in cardiologienetwerk

3 d. Projectstructuur in de regio's

De projectstructuur binnen de regio's is het afgelopen jaar ongewijzigd gebleven.

Overall is een specifieke coördinator benoemd. In 7 van de 11 regio's is deze persoon gekoppeld aan het Traumacentrum. Voor deze coördinatiefunctie wordt een vergoeding ontvangen van VWS. Echter gezien de uitbreiding van taken, ook rondom het OTO-project, ontstaat behoefte aan meer capaciteit ten behoeve van de uitvoering van deze coördinerende taken.

In 8 van de 11 regio's zit een bestuurder van het ziekenhuis met de erkenning voor traumazorg het ROAZ voor. Op enkele plekken (AMC, UMCU, AZM) is gekozen om het ROAZ dicht bij de professional te houden en ook een medicus voorzitter te maken van het ROAZ. Hierbij is het van belang dat het bestuur goed geïnformeerd blijft over de voortgang en dat goed gekeken wordt of de stakeholders van het ROAZ voldoende noodzaak voelen om te participeren. Daarnaast dient de communicatie met de andere betrokken specialismen op duidelijke wijze gestalte gegeven te worden, zodat de multidisciplinariteit van het onderwerp wordt bewaard.

Inrichting projectstructuur ROAZ

	Gron	Zwolle	Ensche	Nijmeg	Maastr	Tilburg	Utrecht	R'dam	Leiden/ Den Haag	A'dam VUMC	A'dam AMC
Voorzitter ROAZ bestuurder zh?	Ja*	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	nee	Ja	Ja	Ja	Nee
Coördinator bij TC Bestuurlijke vertegenwoordiging in ROAZ?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	ja	Nee
Vorbereidingsgroep aanwezig?	Nee	Ja	Ja	Ja	nee	nee	Ja	Ja	Ja	Ja	nee
• Samenstelling ext				Ja				Ja			
• Samenstelling int?	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	
Voorzitter focusgr	Med prof	Med prof	Coord ROAZ	Med prof	Coord ROAZ	Med prof	Med prof	Coord ROAZ of med prof.	Was extern adviseur	Med prof.	Med prof

* In Groningen is een bestuurder voorzitter van het ROAZ, in Friesland en Drente is de manager Traumacentrum voorzitter.

4. Uitkomsten inventarisatie ROAZ 2008

4.a Witte Vlekken in het ROAZ?

Het doel van het ROAZ is ervoor zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Voor de bereikbaarheid van acute zorg zijn inmiddels al verschillende veldnormen ontwikkeld. Het ROAZ heeft als taak het acute zorgaanbod in de regio in kaart te brengen en oplossingen te bedenken wanneer blijkt dat niet aan deze gewenste normen wordt voldaan. Binnen het ROAZ wordt dan gesproken over 'gaten' in de bereikbaarheid, ook bekend als witte vlekken in de bereikbaarheid.

In 2008 is drie keer de dreiging van een witte vlek aan de orde geweest ten aanzien van de bereikbaarheid van een bepaalde vorm van acute zorg voor patiënten. Dit betreft drie incidenten die wat wat uitzonderlijke situaties betreffen. In het ROAZ wordt verder aan de hand van de rapportages van de focusgroepen bekeken of er witte vlekken zijn in het reguliere acute zorgaanbod. In de huidige rapportages is hier nog geen melding van een witte vlek gedaan. Ten eerste is dit het geval in ROAZ Euregio. Aan de orde is geweest dat bij de uitbreiding van de parate MMT's naar de nachtsituatie de regio Twente nog in gelijke mate bereikt wordt als andere delen van Nederland. Overdag wordt de regio goed bediend uit de aangrenzende regio in Duitsland. Deze helikopter vliegt echter nog niet gedurende de nachtelijke uren, zoals de helikopters in Nederland vanaf 2010 wel zullen doen. Vanuit de Euregio is dan ook de wens om de huidige standplaatsen van de helikopters nogmaals te bezien, zodat wellicht tot een betere spreiding gekomen kan worden.

Ten tweede heeft het ROAZ van het AMC te maken gehad met een witte vlek die ontstond naar aanleiding van de casus met de sluiting van de OK's van de IJsselmeerziekenhuizen. Hierdoor ontstond een witte vlek in de regio ten aanzien van de beschikbaarheid van reguliere spoedeisende hulp in de regio. Ziekenhuizen en Ambulancezorg sprongen adequaat in om acute patiënten naar andere ziekenhuizen te verplaatsen.

Ook in ROAZ ZWN heeft men te maken gehad met de dreiging van een witte vlek. Hier lag de oorzaak meer binnen de regio dan in Twente. In deze ROAZ was er sprake van een fusie van twee ziekenhuizen. Door verandering van de lokatie van enkele specialismen is gekeken of de patiënten nog voldoende toegang hadden tot acute zorg. In de ROAZ is na onderzoek geconstateerd dat dit het geval is.

Binnen het ROAZ ZWN heeft men hierover gesproken, en ook is een procedure opgesteld die doorlopen kan worden door een ROAZ als zich mogelijk een witte vlek voordoet. Deze procedure is er met name op gericht om met elkaar vast te stellen of er wel/niet een witte vlek ontstaat en wat een eventueel actieplan kan zijn dat vastgesteld wordt in het ROAZ. Binnen de LvTC is deze procedure positief ontvangen en deze zal worden aangeboden aan VWS.

Andere algemene problemen ten aanzien van de bereikbaarheid van acute zorg die geconstateerd worden ten aanzien van toegang van acute zorg voor patiënten hebben meer te maken met de capaciteit en de infrastructuur.

Enkele ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij zich met regelmaat inspannen voor het zo optimaal mogelijk gebruiken van de IC-capaciteit om zo de juiste patiënten op het correcte IC-bed te krijgen. Een goede communicatie met andere ziekenhuizen en de Ambulancezorg is hierbij van groot belang.

Door veel ROAZ-en is waardering uitgesproken voor de ambulances die zich bij de grote verkeersdrukte op de Nederlandse wegen steeds vaker voor een uitdaging geplaatst zien om binnen de gestelde norm bij het ziekenhuis te arriveren voor het overdragen van de patiënt. In de toekomst zal hier aandacht voor blijven bestaan binnen het ROAZ..

4b. Welke punten zijn per focusgroep naar voren gekomen?

Algemene verbeterpunten in de keten van acute zorg.

Bij het in kaart brengen van de acute zorgketens is een aantal ketenoverstijgende problemen gesignaleerd. Dit betreft ten eerste de toenemende verkeersdrukte op de Nederlandse snelwegen. Een aantal ziekenhuizen die

veel verkeersknooppunten kennen zoals Utrecht, Amsterdam en Tilburg, hebben aangegeven dat verkeersstremmingen meer gaan leiden tot een grotere druk op de aanrijdtijden van de ambulances. Er worden grote inspanningen geleverd om de patiënt op tijd, en binnen de afgesproken tijd, bij een ziekenhuis af te leveren. De betekenis van deze gesignaleerde verkeersdrukte is meegenomen in het RIVM briefrapport Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2008

Ten tweede speelt een goede benutting van de IC-capaciteit een grote rol bij het afleveren van een patiënt op de juiste plek. De doorstroom naar en tussen IC-bedden en Medium Care-bedden is van belang bij het behandelen van de acute patiënt. Om de beperkte capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten is dit inmiddels één van de thema's in enkele ROAZ-en en focusgroepen. Hier worden afspraken gemaakt over een goede beschikbaarheid van toegang tot acute zorg.

Tenslotte is ook geconstateerd dat communicatie een essentieel onderdeel is van het goed functioneren van een keten. Je ketenpartner kennen, afspraken over verwijz- en ontslagbeleid en behandel protocollen zijn dan ook voor elke keten van belang om met elkaar vast te stellen als vertrekpunt voor de optimalisering van een keten. Het organiseren van het ROAZ en de samenstelling van de focusgroepen leidt hierbij al tot verbetering van de communicatie en de informatie-uitwisseling. In een enkel ROAZ worden hiervoor ook speciale communicatie-trainingen gepland.

Hieronder worden per focusgroep verbeterpunten genoemd die in enkele ROAZ-en zijn gesignaleerd. Tevens zijn de oplossingsrichtingen geformuleerd zoals deze bij enkele focusgroepen naar voren zijn gekomen.

CVA

1. Bewustwording en deskundigheid: Het valt op dat patiënten en hun naasten bij een CVA vaak onvoldoende de symptomen herkennen en te laat de huisarts of 112 inschakelt. Zo gaat veel tijd verloren. Daarom is het niet alleen voor hulpdiensten, maar vooral voor de patiënt van belang dat een goede bewustwording ontstaat voor de noodzakelijke snelheid waarmee een behandeling voor een CVA ingezet moet worden. Oplossing hiervoor kan zijn: (landelijke) publieksvoorlichting, maar ook training van pre-hospitale hulpverleners en afspraken met Huisartsenposten in geval van verdenking van een beroerte.
2. Door-to-needle time: op verschillende plaatsen in de keten van een CVA kunnen optimaliseringen in het proces worden gerealiseerd (zowel pre-hospitaal en hospitaal), zodat de patiënt sneller de juiste behandeling op de juiste plaats in het ziekenhuis krijgt. Hier zijn training en goede protocollisering van essentieel belang.
3. Capaciteit: in verband met onvoldoende afspraken met verpleeghuizen over opvang van CVA patiënten voor revalidatie. Of in verband met onvoldoende capaciteit van specifieke verpleeghuisbedden is de doorstroom van de patiënten onvoldoende en kan dit opvangcapaciteit voor nieuwe patiënten beperken. Hiervoor dienen betere afspraken gemaakt te worden met instanties die betrokken zijn bij revalidatie.

Myocardinfarct

1. Bewustwording: Voor hulpdiensten, maar vooral voor patiënt is het van belang dat er een goede bewustwording ontstaat voor de noodzakelijke snelheid waarmee een behandeling voor een Myocardinfarct ingezet moet worden. Dit is mogelijk door publieksvoorlichting, maar ook door het trainen van pre-hospitale hulpverleners en afspraken met Huisartsenposten in geval van verdenking van een acuut Myocardinfarct. (zowel voor dag- als nachtsituatie)
2. Door-to-balloon time/tijds winst: op verschillende plaatsen in de keten van een Myocardinfarct kunnen optimaliseringen in het proces worden gerealiseerd (zowel pre-hospitaal en hospitaal), zodat de patiënt sneller de juiste behandeling (PCI) op de juiste plaats in het ziekenhuis krijgt. Hier zijn training en goede protocollisering van essentieel belang.

Acute Obstetrie

1. Capaciteitsproblemen: Over het algemeen zijn verloskundigen positief over de samenwerking met ambulancediensten en regionale ziekenhuizen. Wel wordt op enkele plaatsen gesignaleerd dat ziekenhuizen onderling tot een betere afstemming zouden kunnen komen indien er sprake is van capaciteitsproblemen. Op andere plaatsen is geconstateerd dat de afspraken over de aansluiting van het werkveld van gynaecoloog en verloskundige verbeterd kunnen worden.
2. Aanwezigheid multidisciplinaire deskundigheid: Epiduraal anesthesie kan alleen door een anesthesioloog verricht worden, een gynaecoloog mag deze handeling niet uitvoeren. Niet in alle ziekenhuizen echter zijn 's nachts anesthesiologen op lokatie aanwezig. In een dergelijk geval wordt in ROAZ-en opgemerkt dat het dan van belang is dat in de protocollen wordt benoemd hoe snel een anesthesioloog aanwezig dient te zijn in het ziekenhuis of dat wordt benoemd welke alternatieve vormen van pijnbestrijding aanwezig dienen te zijn. Een gesuggereerd alternatief is bijvoorbeeld om een PCA-pomp te hanteren. Ook dienen patiënten goed voorgelicht te worden over deze alternatieve mogelijkheden, zodat zij hiermee bekend zijn op het moment van de bevalling.
3. Ketenregistratie: Binnen enkele focusgroepen wordt aanbevolen dat betrokken zorgverleners aansluiten bij de landelijke Perinatale Registratie en prestatie-indicatoren verder te ontwikkelen te registreren en te vergelijken.

Acute Psychiatrie

1. Tijdigheid: De opkomst van de crisisdienst, met name van psychiaters en politie, is in sommige gevallen langer dan gewenst. Afspraken en normen ten aanzien van de opkomsttijd en bereikbaarheid van de crisisdienst dienen goed vastgesteld en bekend te worden.
2. Ketenregistratie: Informatie over de patiënt is niet altijd voor de hulpverleners toegankelijk. Eenduidige registratie en toegankelijk van deze informatie in de keten kan bijdragen aan een efficiënte behandeling en het inzichtelijk maken van aanbod en capaciteit in de keten.
3. Deskundigheid: huisartsen, verpleegkundigen op een SEH en politie komen niet dagelijks in aanraking met acute psychiatrische patiënten. Om de opvang en behandeling van deze acute patiënten goed samen te kunnen verzorgen kunnen scholing en procesafspraken tussen gemeente, politie en zorgaanbieders ondersteuning bieden voor een adequate opvang.

Heuptrauma's

1. Tijdigheid: Binnen ziekenhuizen is het gewenst dat een patiënt met een heupfractuur binnen één kalenderdag geopereerd. Volgens de professie draagt dit bij aan een goed herstel van de patiënt. Om in de keten van heuptrauma's de noodzaak hiervan te onderstrepen en te sturen op deze gewenste uitkomst dienen de protocollen ten aanzien van heuptrauma's hierop ingericht te worden..
2. Capaciteit revalidatieperiode. Het tekort aan verpleeghuisbedden leidt tot een knelpunt in de doorstroom van de patiënten uit de ziekenhuizen. Hierdoor verblijven patiënten nodeloos lang in ziekenhuizen en krijgen geen optimale revalidatie. Afspraken met verpleeghuizen en revalidatiecentra en aanpassing van protocollen kunnen bijdragen aan een optimalere ketenzorg.

4c. Op welke wijze wordt binnen het ROAZ aandacht gegeven aan de uniformiteit van protocollen en informatieoverdracht?

Uit de interviews is gebleken dat er vooral behoefte is aan het gezamenlijk benoemen van de verschillende stappen in het zorgproces en dan met name de wijze waarop de overdracht van een patiënt van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder wordt vormgegeven. Hierbij willen de ROAZ-en zoveel mogelijk aansluiten bij de standaarden die hiervoor ontwikkeld zijn binnen de beroepsgroep.

Standaardprotocollen die voor iedere keten gelijk moeten zijn tot achter de voordeur van een aanbieder worden op dit moment niet overwogen. De professionele wijze waarop de zorg wordt geboden in een instelling is verantwoordelijkheid van de betreffende zorgaanbieder.

In een aantal ROAZ-en wordt wel een mogelijke rol gezien voor de indicatoren die je bij een dergelijk proces kunt gebruiken. Op die wijze kan de vergelijking van de werking tussen gelijksoortige ketens verbeterd worden en kan dit kennisuitwisseling bevorderen. Ook hier geldt dat de ROAZ-en niet opnieuw het wiel ten aanzien van de indicatoren willen uitvinden. Er bestaat grote waardering voor hetgeen binnen de beroepsgroepen is ontwikkeld en de behoefte is om daar geleidelijk bij aan te sluiten. Deze ontwikkeling heeft dit jaar niet de prioriteit gehad binnen de LvTC. Deels is dit veroorzaakt door de focus die mensen hebben gehad op de ontwikkelingen in hun eigen ROAZ. Deels door de hoeveelheid ontwikkelingen die landelijk hebben gespeeld ten aanzien van indicatoren van acute zorg. Zowel met VWS als met de IGZ is inmiddels afgesproken dat de ROAZ-en verder gaan met het bijeen brengen van bestaande indicatoren en dat er een goede informatie-uitwisseling plaatsvindt met de lopende projecten als Zichtbare Zorg over dit onderwerp.

4d. De vierde taak binnen de WTZi: OTO binnen het ROAZ.

In 2007 was vooral nog aandacht voor de eerste drie opdrachten voor het ROAZ zoals gedefinieerd in de WTZi. (zie pag. 5). Hoewel de GHOR op de meeste plaatsen al wel aanwezig was in het ROAZ was nog geen ruimte gemaakt voor de vierde taak: 'Hulp voor goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen'.

Inmiddels is door de Minister van VWS vanaf 2008 structureel budget beschikbaar gesteld ter stimulering van het Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) van de zorgsector ter betere voorbereiding op rampen en crises. Het betreft een macrobedrag van structureel €10 miljoen per jaar.

In 2008 werd eenmalig €1 miljoen van het macrobedrag van €10 miljoen gereserveerd voor de huisartsenkoepels en GHOR-NL en €1 miljoen voor GGD-NL en GHOR-NL.

Het resterende bedrag van €8 miljoen is in 2008 gelijkelijk via de ziekenhuizen met de erkenning traumacentrum over de ROAZ-en verdeeld. In 2009 en de daarop volgende jaren wordt het totale macrobedrag van €10 miljoen gelijkelijk verdeeld over deze organisaties. De bestedingsdoeleinden van het jaarlijks bedrag is vastgelegd in het 'Convenant inzake OTO' dat is getekend door de koepels van de ROAZ-partners op 16 oktober 2008.

Het ROAZ speelt hierbij een centrale rol. De ziekenhuizen met erkenning traumacentrum, maken samen met de ROAZ-ketenpartners binnen hun regio een risico-analyse, een meerjaren OTO-beleidsplan en OTO-jaarplannen op grond waarvan de OTO-stimuleringsgelden in betreffende regio worden ingezet. Dit om samen beter voorbereid te zijn op rampen en crises.

Tussen de betrokken (convenant) partijen is landelijk afgesproken om bij de inzet van de OTO-stimuleringsgelden van meet af aan te streven naar eenduidigheid, regionale flexibiliteit en de mogelijkheid tot informatie- en kennisuitwisseling tussen de verschillende regio's. Concreet betekent dit dat een structuur gedefinieerd en geïmplementeerd moet worden voor:

1. Het ontwikkelen van landelijke formats/tools ter ondersteuning van de regionale coördinatoren;
2. Het verzamelen en uitwisselen van informatie over de voortgang in de 11 ROAZ-regio's;
3. Het bieden van een adviserende ondersteuning naar de ROAZ-regio's;
4. Het initiëren van overleg tussen de regionale coördinatoren;

5. Het leggen en onderhouden van relaties met externe actoren (mensen, organisaties, programma's, projecten) die landelijke betrokkenheid hebben op het gebied van OTO;
6. Het stimuleren van ontwikkelingen op OTO-gebied.

Een projectleider heeft via de LvTC de opdracht om op pragmatische wijze inhoudelijk en qua structuur vorm te geven aan de verbinding tussen de regio's. Maandelijks wordt een OTO-bijeenkomst georganiseerd door de projectleider met de 11 ROAZ OTO-Coördinatoren vanuit de regio's.

Centraal bij deze bijeenkomst staan de inhoudelijke aspecten rondom:

- o Regionaal Plan van Aanpak, Risico analyse, Meerjaren beleidsplan en Jaarplannen;
- o De uitvoering van betreffende plannen;
- o Het uitwisselen van best practices en ervaringen;
- o De voortgang per regio;
- o De borging van afspraken, ervaringen en formats;

Het is de bedoeling dat per april de risico-analyses per regio zijn uitgevoerd en de Jaarplannen voor 2009 zijn vastgesteld in het ROAZ. Eind 2009 zal ook het Meerjaren Beleidsplan OTO gereed dienen te zijn voor besluitvorming in het ROAZ.

Het voordeel van de aanpak is dat coördinatoren een platform hebben gekregen waar ervaringen uitgewisseld kunnen worden en een kader is ontwikkeld door de groep, waardoor de aanpak niet veel verschilt tussen de regio's.

De GHOR is in dit project een constructieve partner gebleken, die graag de kennis en kunde die zij op dit terrein hebben ontwikkeld de afgelopen jaren, deelt met de coördinatoren.

In de meeste regio's is dan ook binnen het ROAZ een aparte groep opgesteld waarin de coördinator van het OTO samen met de collega's van de GHOR-regio's participeert en de bovengenoemde opdrachten voorbereidt voor het ROAZ.

5. Conclusie

Samenwerking tussen Ketenpartners in ROAZ versterkt

In 2007 zijn de regionale overleggen gevestigd in de 11 (toen nog 10) traumaregio's. In 2008 is deze samenwerking tussen de ketenpartners versterkt en zijn betrokken zorgaanbieders nog meer betrokken bij de activiteiten die onder het ROAZ worden uitgevoerd. De vordering van de uitvoering van de taken loopt in verschillende regio's nog wel uiteen.

In alle ROAZ-en zijn in ieder geval alle ziekenhuizen en de ambulancezorg uit de regio vertegenwoordigd. In de meeste gevallen ook de huisartsen, GGZ-instellingen en de verloskundigen. Huisartsenvertegenwoordiging vanuit de Kring wordt als moeizaam beschouwd en in enkele regio's hebben de huisartsen medewerking aan het overleg zelfs opgeschort. Dit leidt tot een beperking bij het in kaart brengen van de werking van de acute zorgketens in het ROAZ. In 2009 wordt hiervoor specifieke aandacht gevraagd.

In de regionale projectstructuren heeft dit jaar weinig verandering plaatsgevonden. Nog steeds is in 8 van de 11 ROAZ-en een lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis met erkenning traumacentrum voorzitter van het regionaal overleg. In 2008 is in alle regio's een coördinator voor het ROAZ benoemd. In 7 van de 11 regio's is deze coördinator verbonden aan het Traumacentrum. Sinds eind 2008 is ook binnen het ROAZ een coördinator voor het OTO-project benoemd. In enkele gevallen is dit dezelfde persoon als de ROAZ-coördinator.

Focusgroepen ROAZ in verschillende fasen

In 7 van de 11 regio's zijn alle 5 focusgroepen (soms onder andere naamgeving dan focusgroep) actief. Deze bestaat in alle gevallen uit vertegenwoordiging van de medisch professionals of operationeel managers van de verschillende partners in het ROAZ. De focusgroepen bevinden zich in een verschillend stadium, uiteenlopend van startfase tot in kaart brengen van keten en bijbehorende problematiek, het definiëren van verbeterpunten tot de implementatie van de verbetervoorstellen.

De regio's hebben aangegeven dat voor de zomer per focusgroep een rapportage gereed is die aanleiding geeft tot implementatie van de verbeterpunten.

Bij 80% van de ROAZ-en is aangegeven uitbreiding naar nieuwe focusgroepen op dit moment niet verstandig wordt geacht, maar op zijn vroegst in 2010 mogelijk is. Binnen de meeste regio's wordt nu vooral waarde gehecht aan stroomlijnen van het proces rond de huidige focusgroepen. Op die manier kan beter geleerd worden van de huidige aanpak en kan deze ervaring toegepast worden bij de uitbreiding. Uitbreiding is voor een aantal regio's lastig en kan tot onbeheersbaarheid van het project leiden.

Signalering van witte vlekken bij OK-sluiting en fusie van ziekenhuizen

De eerste signalering van mogelijke witte vlekken binnen het ROAZ ontstonden bij een mogelijke fusie van ziekenhuizen en een sluiting van de OK's. Hier hebben de betreffende ROAZ-en een actieve rol vervuld om te bezien of er daadwerkelijk sprake was van witte vlek, of om toegang tot acute zorg te bevorderen. Naar aanleiding hiervan is een voorstel gedaan voor een procedure die een ROAZ kan hanteren bij signaleren mogelijke witte vlekken.

Daarnaast is het bereik van de MMT's in de nacht door een ROAZ gesignaleerd als niet optimaal. Inmiddels wordt met het verzoek tot verschuiving van een van de MMT-standplaatsen het bereik van de Nederlandse bevolking beoogd te verbeteren.

Hoewel andere witte vlekken op dit moment niet zijn gesignaleerd bestaat er behoefte aan een goed instrumentarium voor een ROAZ om te kunnen acteren bij een witte vlek en beter inzicht te krijgen in de gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een eerste suggestie hiervoor is in een stappenplan gedaan. De LvTC zal dit stappenplan aanbieden aan VWS.

Andere knelpunten in de toegang tot zorg zijn meer gericht op infrastructuur als de beperkte IC-capaciteit in ziekenhuizen en de toegang tot ziekenhuizen gedurende spitsuren op de weg.

Eenvoud en voorkomen van doublures bij ontwikkeling indicatoren als uitgangspunt

Protocollen en informatie-overdracht staan nog niet prominent op de agenda's van de ROAZ-en. In de toekomst wordt hier wel het nut van in gezien. Hierbij gaat het voor de zorgaanbieders met name om goede definities van hetgeen in protocollen hoort te staan en welke informatie noodzakelijk is bij de overdracht van patiënten. Invulling van verder behandelprotocol blijft de verantwoordelijkheid van de individuele instelling.

Met VWS en IGZ is afgesproken dat afgestemd wordt met de landelijke initiatieven die zijn gericht op de eenduidigheid in beschrijving van processen en meetwaarden van acute zorgketens. Voorwaarde voor de LvTC is dat dit aansluit bij de reeds opgedane kennis en ervaring van professionals en eenvoudig hanteerbaar is binnen instellingen en/of ROAZ.

OTO-traject goed van start in 2008

Inmiddels is met de stimuleringsgelden invulling gegeven aan het OTO-project binnen het ROAZ. Met de huidige projectstructuur en platform voor kennisontwikkeling maakt dit project een goede start. De jaarplannen 2009 zullen in april gereed zijn. Het project kan worden gezien als nieuwe stimulans voor het ROAZ.

Capaciteit voor ondersteuning ROAZ en OTO

Vanuit de Traumacentra is nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de ondersteuning van de activiteiten ten behoeve van het ROAZ en het OTO-project. Beide projecten vragen een grote inspanning van de ziekenhuizen met erkenning traumacentra. De huidig beschikbare ruimte die door het Ministerie van VWS hiervoor beschikbaar is gesteld, is op dit moment niet toereikend.

6. ROAZ in 2009

Uitwisseling kennis en ervaring

De inventarisatieronde ten behoeve van deze rapportage heeft geleid tot het duidelijk uitspreken van de wens om meer van de andere regio's te leren en kennis te delen. Bij de kennisuitwisseling wordt door de ROAZ-coördinatoren ook verwezen naar de uitwisseling van info die men bij elkaar vindt in de OTO-projectgroep. De behoefte bestaat om meer contact te leggen tussen de ROAZ-coördinatoren.

Binnen de LvTC zal in 2009 een platform worden opgericht voor de ROAZ-coördinatoren om ervaring en kennis te delen. Dit zal starten met een minisymposium aan het eind van het voorjaar rond de verschillende onderwerpen die binnen het ROAZ spelen op zowel inhoud als organisatie.

Uitwisseling kennis en informatie met koepels

In de ROAZ-en wordt aangegeven dat niet alle partners in het overleg geïnformeerd worden door hun achterban over het bestaan van ROAZ en OTO. Dit kan lastig zijn met het betrekken van de inbreng van deze zorgaanbieders in het overleg. Via de LvTC zal met de betrokken koepels als NVZ, NFU, AZN, VHN, LHV en GHOR-NL naar een vorm worden gezocht om de informatie zo goed mogelijk uit te wisselen met als doel dat er meer steun ontstaat voor het ROAZ.

Vergelijkbaarheid rapportages

Bij de ontwikkeling van verdere vergelijkbaarheid van de data in de rapportages zal het uitgangspunt gehanteerd blijven dat we aansluiten bij de professionele standaarden. De LvTC zal op actieve wijze de IGZ en VWS van deze ontwikkelingen op de hoogte stellen en participeren met deze achtergrond in landelijke ontwikkelingen.

OTO

Het OTO-traject is goed gestart in 2008 en zal worden gecontinueerd in 2009. In 2008 blijft het ROAZ een goede plaats om gezamenlijke plannen te ontwikkelen waarin de zorgaanbieders binnen de regio's op adequate wijze voorbereiden op rampen. Nauwe afstemming met de GHOR zal hierin gecontinueerd worden.

Inbedding ROAZ in Landelijke Vereniging voor Traumacentra

De ontwikkeling van het ROAZ heeft gezorgd voor een verbreding van de taken van de Landelijke Vereniging voor Traumacentra (LvTC). De Vereniging vindt het van belang dat de coördinerende taken van de 11 ziekenhuizen met traumacentra worden verstevigd op landelijk niveau. Om die reden wordt de Vereniging de komende maanden ingericht om die taak beter uit te kunnen voeren. Hierbij wordt binnen de Vereniging ondersteuning georganiseerd voor het platform van ROAZ-coördinatoren, maar ook voor een structurele overlegvorm met de koepels van de ketenpartners die betrokken zijn in het ROAZ. Tevens wordt de inhoudelijke input van de professionals aan het ROAZ op praktische wijze vormgegeven. Met deze verandering zal de LvTC het karakter van een Vereniging behouden. Zij blijft functioneren als een projectorganisatie die gericht is op ondersteuning van de leden en zal zich richten op de verdere ontwikkeling van het ROAZ en de versteviging van het netwerk met ketenpartners, hoofdzakelijk op regionaal, maar ook op landelijk niveau.

Bijlage 1 Opzet interviewronde

Om inzicht te krijgen in de mate waarin regio's in 2008 verder gevorderd zijn met de opbouw van het regionaal overleg is in elke regio een interview gehouden met de bestuurlijk en/of operationeel verantwoordelijke voor het regionaal overleg. Hierbij is aandacht besteed aan de opbouw van het ROAZ, maar ook aan de eerste inhoudelijke uitkomsten:

Structuur

1. Is in uw regio het ROAZ gestart?
2. Hoe vaak bent u inmiddels bijeen geweest?
3. In welke samenstelling
4. Is de GHOR ook vertegenwoordigd?
5. Hoe is de projectstructuur ingericht?
6. Is er een goedgekeurd plan van aanpak in de regio?
7. Besteedt u in uw project aandacht aan alle opdrachten zoals geformuleerd in de Wtzi?
8. Welke van vijf gedefinieerde aandoeeningen en projecten worden in uw regio opgepakt?
9. Welke kwalitatieve en kwantitatieve uitkomsten moeten we in fase 2 leveren aan VWS?
10. Op welk moment heeft u een eerste rapportage gereed?

Inhoud

1. Zijn er nu of in de nabije toekomst witte vlekken te verwachten in de regio? Op welke wijze wordt hier binnen het ROAZ aandacht aan geschonken?
2. Welke afspraken zijn per focusgroep gemaakt?
3. Welke punten zijn per focusgroep naar voren gekomen?
4. Op welke wijze wordt binnen het ROAZ aandacht gegeven aan de uniformiteit van protocollen?
5. Op welke wijze worden afspraken gemaakt over de informatie overdracht tussen zorgaanbieders
6. Op welke wijze wordt aandacht besteed aan Geneeskundige hulp bij rampen en ongelukken binnen het ROAZ

Het verslag is ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewden en vormt de input voor deze notitie.

Naar aanleiding van de interviewronde is gebleken dat behoefte bestaat binnen de regio's om te leren van ervaringen van de andere regio's. Tevens zijn de regio's meer open gaan staan voor het vergelijkbaar maken van de zorgketens. Hier wordt in de rapportage aandacht aan besteed.