

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Arib en van Heteren over de traumazorg. (2040509200)

1

Is het waar dat de samenwerking en de regio-indeling voor traumazorg nog altijd tot onduidelijkheid leiden? Zo ja, kunt u aangeven in hoeverre door de aanbieders van traumazorg inspanningen zijn geleverd, teneinde de doelstellingen die destijds door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst-Eilers zijn uitgevaardigd, te verwezenlijken? In hoeverre heeft het evaluatieonderzoek in 2001/2002 van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de sector aangezet tot het verbeteren van de samenwerking en het werkproces in de traumazorg? 1)

1

Neen. De samenwerking van regionale ziekenhuizen en het traumacentrum binnen een traumaregio, leidt niet tot operationele onduidelijkheden. Ook de regio-indeling voor de traumazorg is voor de partijen in de reguliere traumazorg helder afgekaderd. Alle traumacentra hebben een regionaal netwerk voor traumazorg zo goed als gerealiseerd en bijna alle ziekenhuizen zijn naar hun level ingedeeld. Dat betekent dat regionaal afspraken zijn gemaakt over de behandeling van traumapatiënten aan de hand van de level-indeling. In dit netwerk zitten naast alle ziekenhuizen in de traumaregio en de regionale ambulancevoorzieningen (RAV) ook andere ketenpartners zoals huisartsen. In veel regio's zijn deze afspraken in convenanten vastgelegd.

Traumacentra registreren, ieder voor zich, de zorg aan traumapatiënten en het merendeel van de regionale ziekenhuizen registreert ook. Na het evaluatieonderzoek in 2001/2002 is de Landelijke Vereniging van Traumacentra (LvTC) opgericht. Deze vereniging heeft hard gewerkt aan de ontwikkeling van gezamenlijke zorg- en inzetprotocollen en aan de landelijke traumaregistratie. Dat heeft geresulteerd in landelijke inzetcriteria voor de MMT's en start van landelijke registratie later dit jaar.

2

Hoe oordeelt u over de conclusie van het CVZ dat het ronduit verbijsterend is dat er nog altijd onduidelijkheid bestaat over de traumaregio's? Kunt u aangeven waarom er nog altijd afwijkingen bestaan tussen de grenzen van de traumazorgregio en die van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)? Wat gaat u ondernemen om op korte termijn deze congruentieproblemen op te lossen?

2

Deze conclusie van het CVZ deel ik niet. Er bestaat voor de betreffende ziekenhuizen geen onduidelijkheid over de indeling van de traumaregio's. In de beleidsvisie traumazorg is aangegeven dat de traumaregio's zich langs de lijn van de GHOR regio's moeten organiseren (dat kent een bestuurlijke en operationele kant). De buitengrenzen van de traumaregio's zijn ook al grotendeels territoriaal congruent aan die van de GHOR-regio's. Incidenteel bestaan er kleine afwijkingen die over het algemeen geografisch bepaald zijn. Deze indeling heeft wel tot gevolg dat de ene traumaregio meer GHOR-regio's binnen de traumaregiogrenzen heeft dan de andere. Ik zie dan geen reden om op dit punt actie te ondernemen.

3

Kunt u aangeven waarom het op dit moment ontbreekt aan overeenstemming over de vorm en inhoud van de criteria voor de inzet van traumaheli's en Mobiele Medische Teams (MMT's), en waarom een aantal traumacentra op dit moment niet beschikt over een grondgebonden MMT? Heeft dit negatieve consequenties voor de inzet van traumahelikopters en MMT's? Is het waar dat met name in de grensregio's zich problemen voordoen voor wat betreft de criteria voor de inzet van traumaheli's en MMT's? Wat gaat u ondernemen om deze problemen zo spoedig mogelijk te verhelpen?

3

De inzet van grondgebonden MMT's blijft problematisch. Daarvoor zijn twee belangrijke redenen aan te wijzen.

- Niet alle 10 grondgebonden MMT's zijn op structurele basis beschikbaar. Enkele traumacentra, Traumacentrum Noord-West Nederland, Traumacentrum Brabant en Trauma regio Oost, stellen geen grondgebonden MMT beschikbaar omdat men de kosten daarvan niet uit het reguliere zorgbudget wil halen. Men vindt de opleiding voor MMT-leden te duur en hun vaardigheden worden te weinig onderhouden door het gering aantal inzetten. Met deze centra hebben recent gesprekken plaatsgevonden en is er naar oplossingen gezocht voor de inzet van hun grondgebonden MMT's.
- De meldkamercentralist bepaalt uiteindelijk aan de hand van de binnenkomende melding of een MMT ingezet wordt, daar gaan de traumacentra niet zelf over. De meldkamers zetten het MMT echter minder vaak in dan regionaal protocollair is vastgelegd. Dit probleem wordt wellicht teruggedrongen nu de LvTC een landelijk protocol heeft ontwikkeld waarlangs grondgebonden en helikopter MMT's ingezet moeten worden. Dit protocol wordt nu geïmplementeerd. Concreet betekent dit dat dagelijks tussen 07:00 uur en 19:00 uur, vier helikopter MMT's paraat staan om binnen 2 minuten te vertrekken naar de plaats van het incident.

Volledigheidshalve. Per dag (gedurende de daglicht periode) worden de traumahelikopters samen, 6 tot 10 keer ingezet. Daarbij zijn wel de zogenaamde "cancels" meegerekend. De helikopter stijgt dan op aan de hand van een melding, maar de vlucht wordt afgebroken doordat de ambulance ter plaatse van het incident, de inzet van het MMT niet (meer) nodig vindt.

De grondgebonden MMT's worden ingezet buiten de periode dat de helikopter MMT's paraat zijn. De grondgebonden MMT's worden samen ongeveer 10 keer per maand ingezet. In de grensregio's bestaan geen problemen om grondgebonden of helikopter MMT's in te zetten. Vaak wordt van buitenlandse helikopters gebruikt gemaakt omdat sommige grensregio's buiten het vliegbereik van de Nederlandse traumahelikopters liggen.

4

Waardoor worden de verschillen verklaard tussen de traumacentra voor wat betreft het doorrekenen van financiële middelen? Bent u bereid er bij de traumacentra, op aan te dringen of desnoods dwingend op te leggen om richtlijnen op te stellen voor de financiële doorrekening, opdat niet alleen meer inzicht ontstaat in de financiële afwikkeling maar ook de diverse traumacentra op kwaliteit en doelmatigheid kunnen worden beoordeeld?

4

Alle traumacentra hebben mij de afgelopen maanden een overzicht gepresenteerd van de wijze waarop de financiële middelen voor de speciale taken als traumacentrum zijn ingezet. Aan deze overzichten is niet af te leiden hoe het staat met de kwaliteit en doelmatigheid van de ingezette middelen. In de nieuwe beleidsvisie traumazorg, die ik later dit jaar naar uw Kamer stuur, zal een degelijke financiële verantwoording deel uitmaken van de gewenste verslaglegging.

5

Hoe verklaart u dat de traumacentra zo weinig aandacht besteden aan de patiënt en het primaire zorgproces? Wat gaat u doen om de traumacentra ertoe te bewegen de interne werkprocessen spoedig zo te organiseren, dat de patiënt en de primaire zorgtaak voorop komen te staan? Kunt u hierbij aangeven welke doelstellingen en welk tijdspad u gaat hanteren, en op welke wijze door u wordt samengewerkt?

5

Een groot deel van de extra taken die een ziekenhuis als traumacentrum heeft, liggen op het logistiek/organisatorisch vlak. Door speciale protocollen en afspraken met ketenpartners binnen de regio's zorgen de regionale ziekenhuizen en traumacentra ervoor dat ernstige traumaslachtoffers zo snel mogelijk van adequate hulp voorzien worden. De werkprocessen en werkruimtes zijn daarvoor aangepast. Er zit wel variatie in deze protocollen, werkprocessen en –ruimtes gericht op een optimale aansluiting daarvan naar de specifieke situatie in de betreffende regio, waarbij in alle gevallen de primaire zorgtaken centraal staan. Deze bevinding uit het CVZ onderzoek kan ik dan ook in het geheel niet duiden.

6

Hoe verklaart u dat vijf jaar na de ministeriële aanwijzing nog altijd geen sprake is van een landelijk dekkend traumaregistratiesysteem? Op welke wijze gaat u op korte termijn gevolg geven aan de doelstelling om te komen tot een landelijk dekkend registratiesysteem?

6

Na het aanwijzen van de traumacentra in 1999 zijn alle individuele traumacentra in meer en mindere mate begonnen met een eigen traumaregistratiesysteem op te zetten. Als gevolg van geringe samenwerking tussen de centra, gebeurde dat op verschillende wijze. Zowel de dataset als de registratiemethode varieerde. Sinds een paar jaar is er overeenstemming over de te registreren dataset. Alle traumacentra hanteren nu de zogenaamde "Major Trauma Outcome Study +" (MTOS<sup>+</sup>). Dat is een standaardset met parameters. De registratie van deze parameters van een traumapatiënt volgt het proces van binnenkomst tot ontslag uit het ziekenhuis. Naast de traumacentra registreren ook de regionale ziekenhuizen hun traumapatiënten. De regionale ziekenhuizen leveren hun data aan bij het traumacentrum en deze coördineert de opname van de data in de landelijke database. De LvTC heeft aangegeven dat het doorgeven van de regionale gegevens aan de landelijke database binnen afzienbare tijd van start gaat. Zowel technische als organisatorische redenen liggen ten grondslag aan de late start. Daarover ben ik wel teleurgesteld. Juist de informatie uit de landelijke traumaregistratie is belangrijk om mijn beleidsdoelen voor de traumazorg te kunnen toetsen.

7

Op welke wijze tracht u op korte termijn inzicht te creëren in de opvangcapaciteit van traumaslachtoffers in ziekenhuizen?

7

De opvangcapaciteit van traumaslachtoffers is vaak regionaal bekend en wordt als dat nodig is, meerdere male per dag gecommuniceerd met de Regionale Ambulancevoorziening. Alle traumacentra (level-1 ziekenhuizen) en veel level-2 ziekenhuizen hebben een of meerdere "traumakamers". Dat zijn behandelkamer die speciaal zijn ingericht voor de opvang en eerste behandeling van ernstige traumaslachtoffers. Inzicht in de opvangcapaciteit staat los van de traumaregistratie.

1) 'Voorbij het gouden uur' – Evaluatie beleidsvisie traumazorg 2004' dat op 24 februari a.s. zal worden aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Persbericht van 21 februari 2005 op [http://www.cvz.nl/resources/pb2501\\_traumazorg\\_tcm13-11461.pdf](http://www.cvz.nl/resources/pb2501_traumazorg_tcm13-11461.pdf)

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van de leden Koşer Kaya (D66) en Cornielje (VVD), ingezonden 22 februari 2005, (vraagnummer 2040509060).