

## Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010

### 1. Inleiding

In het Hoofdlijnenakkoord van dit Kabinet werd geconstateerd dat de centrale aanbodsturing van de zorgsector is vastgelopen en dat zo snel als verantwoord is de overgang naar gereguleerde marktwerking moet plaatsvinden zodat de wensen van de zorgvragers beter aan bod komen. Aanbieders, patiënten en financiers/verzekeraars kunnen in het sinds 1 januari van dit jaar geldende zorgstelsel dan ook met meer ruimte en verantwoordelijkheid met elkaar afspraken maken over de te leveren en contracteren zorg. De overheid blijft de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid bewaken. Tegen de achtergrond van bovenstaande hoofdlijnen van beleid heeft u de beleidsvisie liberalisering electieve zorg<sup>1</sup> en de beleidsvisie over de toekomstbestendige eerstelijnszorg<sup>2</sup> ontvangen.

Waar mogelijk en gewenst worden zorgmarkten geliberaliseerd of worden doelmatigheidsprikkels ingebouwd. De aanspraken in de Zorgverzekeringswet, het prijsbeleid en de beleidsregels van het CTG blijven het kader vormen voor de bekostiging van de acute zorg. De wet toelating zorginstellingen (WTZi) biedt de noodzakelijke garanties voor de beschikbaarheid van acute zorg. Overwegend betreft het hier een deelmarkt waar de randvoorwaarden die de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid moeten borgen, veel strakker zijn geformuleerd<sup>3</sup> en waar we over het geheel genomen geen concurrentie "op de markt" willen toestaan. Op basis van de WTZi zijn de traumacentra verplicht een niet vrijblijvend overleg tot stand te brengen tussen de acute eerstelijnsgezondheidszorg, de ambulancezorg, de eerste hulp in ziekenhuizen, de traumazorg, de zorg verleend door de mobiele medische teams en de zorg bij grootschalige hulpverlening en crises. Dit overleg heeft een signalerende functie naar de overheid als er onverhoopt lacunes in de beschikbaarheid dreigen te ontstaan. In het electieve gedeelte van de traumazorgketen, zoals de revalidatie, is een verdergaande liberalisering mogelijk dan in de acute zorg.

In het verlengde van de beleidslijn acute zorg ontvangt u bijgaand de nieuwe beleidsvisie 'Traumazorg 2006-2010', die de visie van 1998 vervangt<sup>4</sup>. Deze beleidsvisie vindt zijn grondslag in artikel 8 van de Wet op de bijzondere medische

---

<sup>1</sup> beleidsvisie electieve zorg, CSZ/IZ/2526374, 21-10-2004

<sup>2</sup> "de toekomstbestendige eerstelijnszorg", CZ/EZ-2431353, 22-11-2003

<sup>3</sup> beleidsvisie acute zorg, CZ/EZ-2419249, 10-10-2003

<sup>4</sup> beleidsvisie traumazorg, CSZ/ZT-98165335, 06-10-1998

verrichtingen. De traumacentra ontlenen hun functie immers aan toestemming op basis van deze wet.

Deze visie is tot stand gekomen op basis van de evaluatie en aanbevelingen in het CVZ-rapport "Voorbij het gouden uur"<sup>5</sup> en op basis van veldraadplegingen.

Ik ga in deze beleidsvisie achtereenvolgens in op de resultaten en effecten van de beleidsvisie 1998 en ik schets de agenda voor de komende jaren.

## 2. Traumazorg?

Traumazorg is zorg aan mensen die het slachtoffer zijn van een ongeval. Een trauma is het lichamelijke letsel van een ongevalslachtoffer. Dat letsel kan in ernst variëren van minimaal tot zeer ernstig.

Traumazorg is in de regel ketenzorg en de kwaliteit hiervan wordt bepaald door de zwakste schakel. De samenwerking binnen de keten begint op de plaats van het ongeval en eindigt bij de laatste behandeling van de revalidatiearts. Een landelijk goed samenhangende traumazorgketen moet leiden tot een daling van het aantal dodelijke slachtoffers, tot een vermindering van blijvende restinvaliditeit en tot betere kwaliteit van traumazorg in het algemeen. Voor een kleine groep patiënten met ernstige traumata leidt het concentreren van de noodzakelijke multidisciplinaire zorg in daarvoor uitgeruste ziekenhuizen tot aanzienlijke gezondheidswinst. In Nederland zijn nu tien ziekenhuizen aangewezen als traumacentrum. Zie bijlage 1.

## 3. Doelstelling beleidsvisie 1998 en behaalde resultaten.

De beleidsvisie 1998 benadrukte vooral dat traumazorg moest worden beschouwd als ketenzorg. De toen voorgestelde acties dienden vooral dat doel. De traumacentra hebben dan ook in dat kader de volgende "opdrachten" opgepakt.

### 1. Opzet van een landelijk traumazorgnetwerk.

Dit is volledig gerealiseerd. Alle traumacentra (zie bijlage 1) hebben concrete afspraken gemaakt met de ziekenhuizen in hun regio om het traumaslachtoffer binnen de vereiste tijd op de juiste plaats te krijgen. Het traumazorgnetwerk is zoveel als mogelijk congruent aan de GHOR-regio's. Voor de grensgebieden zijn concrete afspraken gemaakt.

### 2. Opzet van een landelijke traumaregistratie.

Dit proces vergt een wat langere adem. Alle traumacentra registreren. Landelijke bewerking en terugkoppeling van deze gegevens vordert gestaag. Dit landelijke traumaregistratiesysteem is voorjaar 2006 gereed. De volgende stap, dat ook de per regio binnen het traumazorgnetwerk aangesloten ziekenhuizen meedoen, is in sommige regio's al ver gevorderd, maar nog niet landelijk dekkend.

Ik ben met het CVZ van mening dat zuiver op grond van de nu geregistreerde gegevens nog niet in volle omvang uitspraken zijn te doen over de veiligheid,

---

<sup>5</sup> De evaluatie is onder de titel "Voorbij 'het gouden uur' – Evaluatie beleidsvisie traumazorg 2004" gepubliceerd door het College voor Zorgverzekeringen als circulaire nummer 25024858, nr. 212.

effectiviteit en doelmatigheid van de traumazorg. Het proces van registratie, bewerking, vergelijkbaarheid, interne terugkoppeling en externe (maatschappelijke) verantwoording zal in volle omvang door moeten zetten. We zien een vergelijkbare ontwikkeling in andere sectoren van de zorg.

3. Adequate opvang van multi-traumapatiënten.

Elk traumacentrum voldoet aan de eisen, die gesteld worden om ongevalpatiënten in het algemeen en multi-traumapatiënten in het bijzonder, adequaat op te vangen en te behandelen. De daartoe noodzakelijk aanwezige specialismen en voorzieningen zijn 24 uur per dag beschikbaar.

4. Inzet mobiele medische teams.

Het beleid ten aanzien van de grondgebonden mobiele medische teams verdient bijstelling. In de beleidsvisie traumazorg van 1998 is opgenomen dat alle centra een mobiel medisch team dienen te hebben. De ervaring heeft geleerd dat een dergelijk team alleen meerwaarde heeft als het aanvullend kan werken aan de reguliere ambulancezorg en het team binnen circa 30 minuten ter plaatse kan zijn. In overleg met de landelijke vereniging voor traumacentra (LvTC) is besloten onderscheid te maken tussen parate en niet parate mobiele medische teams. Voor de inzet van parate en niet parate teams onder grootschalige incidenten en rampen behoeft mijn beleid geen bijstelling. In die omstandigheden leveren alle traumacentra uit hun bestaande personeelsbestand een bezetting voor het mobiele medische team. Zij worden opgeroepen op basis van het rampenopvangplan van het ziekenhuis. Dit MMT-team maakt onderdeel uit van de geneeskundige combinatie dat verder bestaat uit een ambulanceteam en een snelle medische groep ter medische assistentie (SIGMA). Na alarmering zijn deze combinaties in de regel binnen 1 uur operationeel.

Het CVZ wijst er op dat de traumacentra meer eenheid moeten creëren in de manier waarop protocollen en criteria voor de inzet van mobiele medische teams worden toegepast. Het CVZ stelt verder dat traumacentra meer zouden kunnen samenwerken en sneller van elkaars best-practices zouden moeten leren. De samenwerking tussen de centra over de optimale werkwijze - zowel medisch-inhoudelijk als organisatorisch - is maar deels tot stand gekomen. Ik heb bij betrokken partijen voor beide aspecten extra aandacht gevraagd.

5. Helikoptercentra.

Vier centra zijn aangewezen als helikoptercentrum. Deze centra bieden met hun mobiel medisch team overdag hoog kwalitatieve zorg in aanvulling op de ambulancezorg. Voor de overige uren hebben zij een grondgebonden team paraat. Via samenwerking in grensregio's met Belgische en Duitse partners kan ook hier aan de gestelde veldnormen worden voldaan. In 2006 zal bij één centrum voorlopig uitbreiding plaatsvinden naar 24-uurs beschikbaarheid van het helikopter-MMT. (brief CZ/EZ-2651760). Gelijktijdig vindt een evaluatieonderzoek plaats over de inzet van deze teams. Ik verwacht de resultaten hiervan in 2007.

Samenvattend vind ik dat in vijf jaar een stevige keten van goede traumazorg voor Nederland is opgezet. Er blijven altijd verbeterpunten. De vrijblijvendheid ten aanzien van de kwaliteit van de uitvoering en het bestaan van grote onderlinge verschillen in prestaties is echter ongewenst. De centra zijn het hiermee eens. In het bijzonder is verbetering mogelijk door een betere onderlinge samenwerking, toepassing van standaarden en protocollen en door het in volle omvang invoeren van en werken met het landelijke traumaregistratiesysteem.

#### 4. Taken en ontwikkelingen traumacentra 2006 – 2010.

De traumazorg in Nederland komt in een volgende fase, waarin hogere eisen worden gesteld aan de organisatie, het professioneel presteren, de doelmatigheid van de zorg en de maatschappelijke verantwoording over de resultaten. Dit vereist een professionele wijze van (samen)werken. Traumacentra krijgen specifiek de opdracht meer en beter samen te werken. De LvTC neemt het initiatief in dit professionaliseringsproces.

Zoals gemeld, valt er de komende jaren nog het nodige te doen om de keten van traumazorg in Nederland verder te versterken. Deels betreft dat het verbeteren van bestaande activiteiten, deels het oppakken van nieuwe taken.

Dat levert de volgende uitdagingen op:

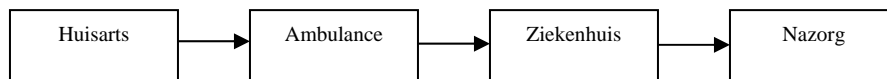
- Op basis van de WTZi neemt het traumacentrum het initiatief voor het regionale overleg acute zorgketen (4.1).
- Het opzetten van een mobiel medisch team per helikopter voor de nacht. Dit gaat gepaard met gelijktijdig onderzoek naar de inzet van deze nachtelijke helikopter. De onderzoeksresultaten bepalen de toekomst van het project (4.2).
- Uitbreiden van het landelijke traumaregistratiesysteem in de regio; alle ziekenhuizen binnen de desbetreffende regio moeten hieraan deelnemen (4.3).
- De levelindeling betreffende toedeling van traumapatiënten completeren; dat betekent dat alle centra hieraan moeten deelnemen (4.4).
- Een kwaliteitssysteem opzetten (4.5).
- Financiële verantwoording afleggen over het jaarlijkse budget (inkomsten en uitgaven) in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (4.6).

#### 4.1 Acute Zorg en WTZi

De beleidsvisie 'Traumazorg 2006-2010' borduurt voort op de beleidsvisie 'Acute zorg' van oktober 2003 en de aanpassing van de beleidsvisie en beleidsregels acute zorg van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)<sup>6</sup>.

##### *Traumazorg een bijzondere vorm van acute zorg*

Een scala aan hulpverleners en instanties is betrokken bij de acute zorg: huisartsen en huisartsenposten, verloskundige hulpverleners, centrale ambulance posten (CPA)/regionale ambulancediensten (RAV's), spoedeisende eerste hulp (SEH) - afdelingen van ziekenhuizen en traumacentra met hun mobiele medische teams.



*"keten van de acute zorg"*

Goede acute zorgverlening vraagt om goed functioneren van de afzonderlijke schakels en goede afstemming tussen de schakels. De kwaliteit van de acute zorgverlening hangt vooral af van een goede afstemming tussen de schakels van die keten. De beleidsvisie uit 1998 gaf de traumacentra de opdracht een geheel Nederland omvattend traumazorgnetwerk op te zetten. Dit is er nu. Alle traumacentra hebben (concrete) afspraken met de ziekenhuizen in hun regio om de juiste patiënt (tijdig) op de juiste plaats te krijgen.

De ervaringen met de traumazorg geven aan dat het goed mogelijk is om op basis van zorginhoudelijke criteria regionaal afspraken te maken over een goede patiëntenstroom. Zorgen dat de patiënt met zijn specifieke acute aandoening in het juiste ziekenhuis komt en de beste behandeling te krijgt. Dit basisprincipe is leidend geweest voor de beleidsregels acute zorg.

In deze beleidsregels heb ik aangegeven dat het traumacentrum deze regionale netwerkrol ook moet gaan vervullen voor de gehele acute zorg. De WTZi, die op 1 januari 2006 in werking is getreden, verplicht de traumacentra dit regionaal overleg acute zorgketen te initiëren. De acute zorg in Nederland moet een soepel werkend netwerk worden dat 7 x 24 uur beschikbaar is. Daarnaast zal dit regionaal acute ketenoverleg nog intensiever gaan samenwerken met de 25 veiligheidsregio's. Dit gaat alle zorgaanbieders in de keten aan: huisartsen, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, meldkamers, GGZ-instellingen, ziekenhuizen en traumacentra. In dit netwerk moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over patiëntenopvang. Eenmaal gemaakte afspraken zijn niet vrijblijvend en op basis van de WTZi afdwingbaar.

De WTZi wijst het traumacentrum aan als initiatiefnemer om partijen in de keten periodiek rond de tafel te brengen. Het traumacentrum meldt (de uitkomsten van)

<sup>6</sup> Aanpassing beleidsvisie en beleidsregels WTZi, MC/MO-2645519, 23-12-2005.

dit overleg jaarlijks in een jaarverslag. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst met dit jaarverslag of kwaliteitsafspraken goed worden nageleefd.

#### 4.2. Mobiele medische teams

Elk traumacentrum moet beschikken over een mobiel medisch team (MMT). Dit team bestaat meestal uit een arts en een verpleegkundige die beiden relevante ervaring op het gebied van de preklinische spoedeisende hulpverlening moeten hebben.

Vier centra beschikken daarnaast over een helikoptervervoorziening. Dit netwerk dekt geheel Nederland. De helikopters in Nederland zijn na vier jaar geheel ingeburgerd en leveren een eigen bijdrage aan de acute zorg. Zoals eerder gemeld<sup>7</sup> wordt in 2006 in Nederland gestart met nachtelijke inzet van een helikopter. Eén van de huidige helikopters wordt 's nachts op een centrale plaats in Nederland gestationeerd om zo het grootste gedeelte van Nederland te kunnen steunen in het leveren van verantwoorde zorg. Op basis van een evaluatiestudie wordt het resultaat gemeten. Najaar 2007 moet uit het eindrapport blijken of deze voorziening voldoende toegevoegde waarde heeft.

#### 4.3. Registratie

Een van de opdrachten uit de beleidsvisie 1998 is de traumaregistratie. Het landelijke registratiesysteem is een verplichte kerntaak van een traumacentrum. Dit systeem zorgt voor inzicht in patiëntenstromen en resultaten in de traumazorg zodat nog beter verantwoorde zorg kan worden verleend.

Het opzetten van en werken met de landelijke traumaregistratie kan beter. Het CVZ wijst daar in de evaluatie van de beleidsvisie ook op. Niet alle regionale- en algemene ziekenhuizen doen thans mee, zij hebben meer tijd nodig. De centra zijn het onderling wel eens over de minimale dataset waarmee ze gaan werken (de MTOS+ dataset).

Goede registratie is een absolute voorwaarde voor het ontwikkelen van uniforme kwaliteitscriteria. Centra kunnen door onderlinge vergelijking van hun prestaties sneller verbeterprocessen invoeren om een effectieve en doelmatige organisatie na te streven. In overleg met de 10 traumacentra is afgesproken dat zij dit voor 1 juli 2006 goed geregeld hebben. Het streven is dat eind 2007 alle ziekenhuizen zijn aangesloten op de landelijke traumaregistratie.

#### 4.4 (Level-indeling) Indeling niveau van zorg

Ik heb aan de landelijke vereniging voor traumacentra (LvTC) gevraagd om in samenspraak met de landelijke vereniging voor traumatologie te komen tot objectieve landelijke criteria voor een levelindeling van de ziekenhuizen op het terrein van de traumatologie. Op deze wijze ontstaat een landelijk beeld over de verschillende behandel mogelijkheden en capaciteit in de regio.

---

<sup>7</sup> Extra inzet parate MMT's, CZ/EZ-2651760, 19-01-2006.

Verder wordt momenteel onderzocht op welke wijze in aansluiting hierop een vergelijkbaar overzicht van spoedeisende hulpafdelingen tot stand kan komen. Dit vergroot het inzicht in capaciteit en behandelmogelijkheden en zal bijdragen om de patiënt, die acute- of traumazorg nodig heeft, snel en adequaat op de juiste plaats de juiste zorg te kunnen bieden.

#### 4.5 Kwaliteitssysteem

Het werk van een traumacentrum kan in meerdere functies beschreven worden. Naast beschrijving van het primaire proces (de daadwerkelijke zorg die verleend wordt aan de (multi-)traumapatiënten), betreft dit verder de ondersteunende processen om deze zorg ook goed te kunnen blijven leveren (het netwerk, de levelindeling, werkafspraken, registratie, opleiding, etc.). Een aparte functie is die van het mobiele medische team. Ik heb de traumacentra gevraagd in nauw overleg met de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie een dekkend kwaliteitssysteem te ontwikkelen. Een van de elementen hiervan is de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem. Ik heb u hierover in mijn brief "kwaliteit van zorg – hoog op de agenda"<sup>8</sup> bericht. In deze brief beschrijf ik mijn beleid ten aanzien van meetbaarheid van kwaliteit, normering voor veiligheid, naleving en handhaving. Ik ga er vanuit dat een dergelijk systeem eind 2007 is gerealiseerd.

#### 4.6. Maatschappelijke verantwoording

De traumacentra worden bekostigd via de beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio). Zij leggen hierover verantwoording af in een jaarverslag. De centra geven op verzoek van VWS aanvullende informatie over de financiën. Ik ga er van uit dat de traumacentra hun externe verantwoording voor het jaar 2006 inrichten conform het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, zoals dat voor de cure- en de caresector is vastgesteld.

### 5. Traumacentra: kwaliteit, aantal en spreiding.

Nederland kent momenteel 10 traumacentra. Hiermee is landelijk een doelmatige verdeling en spreiding tot stand gebracht, waarmee adequaat traumazorg geboden kan worden. In Amsterdam werken VUMC en AMC samen. In de praktijk betekent dit dat een verdeling tot stand is gekomen, waarbij VUMC de regio ten westen en noorden van Amsterdam bedient en AMC de oostelijke en noordoostelijke regio. Beide locaties voldoen aan de in de praktijk gegroeide norm van minimaal 1,2 miljoen inwoners als ondergrens voor de omvang van een doelmatig te bestrijken verzorgingsgebied. Er ligt een verzoek tot aanwijzing van het AMC als 11<sup>e</sup> traumacentrum. Ik zal op basis van een met relevante data goed onderbouwde

---

<sup>8</sup> brief van 10 februari 2006 - MC-2653714

aanvraag en duidelijke afspraken over de verdeling in de regio dit jaar een besluit nemen over de aanwijzing van het AMC als zelfstandig traumacentrum.

## 6. Traumazorg en Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

De traumazorgketen vormt een belangrijke pijler voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De traumacentra zijn bij een crisis of een ramp evenals in de dagelijkse situatie verantwoordelijk voor kwalitatief goede traumazorg en een goed functionerende traumazorgketen. De keten moet zich hierop voorbereiden in samenspraak met de openbare gezondheidszorg. De afspraken uit het ketenoverleg acute zorg over de reguliere spoedeisende hulpverlening moeten getoetst worden op de toepasbaarheid in opgeschaalde situaties. Zo wordt gewerkt aan een éénduidig systeem voor de traumazorg dat bij een calamiteit op kan schalen vanuit bestaande routines.

Bij een crisis of een ramp heeft het openbaar bestuur de leiding/opperbevel over de hulpverleningsactiviteiten. De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) wordt in die situatie als verlengde van het openbaar bestuur belast met de operationele coördinatie van de geneeskundige hulpverlening. Tevens is de RGF belast met de aansluiting van de geneeskundige hulpverlening op de andere hulp- en betrokken gemeentelijke diensten. Deze verantwoordelijkheid overlapt de reguliere verantwoordelijkheid van de traumacentra. Heldere afspraken zijn nodig over de aansturing van de traumazorgketen in deze situaties. Ik vind het belangrijk dat traumacentra ook bij een crisis of een ramp verantwoordelijk blijven voor de traumazorg. Het feit dat het opperbevel in deze situaties bij het openbaar bestuur ligt verandert hier niets aan. Alleen zo kan opgeschaald worden vanuit bestaande routines. Ik zal bevorderen dat er tussen de RGF'en en de traumacentra sluitende werkafspraken worden gemaakt.

Het is belangrijk dat de traumazorg bij calamiteiten een goede verbinding heeft met de openbare gezondheidszorg. Enerzijds voor de afstemming tussen de traumazorg en de brede coördinatie van de geneeskundige hulpverlening, anderzijds voor specifieke taken in het publieke domein zoals nazorg aan slachtoffers. Helaas moet ik constateren dat de regionale crisisbeheersing op het terrein van volksgezondheid op dit moment niet éénduidig is. Er zijn regionaal grote verschillen in organisatorische invulling en bestuurlijk draagvlak van de GHOR taak. Zo is er grote variatie in de inwonersbijdrage tussen regio's. De door het kabinet gewenste territoriale congruentie van de GGD-en met de veiligheidsregio's is een langdurig proces waarvan het eindpunt nog niet in zicht is. Met respect voor alle regionale en organisatorische afwegingen constateer ik dat het huidige systeem veel vrijheden en onvoldoende borging biedt. Het zorgniveau is hiermee afhankelijk van de regio waar men woont.



Alhoewel dit los staat van de traumazorg meld ik u hier dat ik werk ga maken van deze onduidelijke situatie. Ik hanteer daarbij de volgende uitgangspunten: Het bestuur van de GHOR is in de visie van de minister van Binnenlandse Zaken als in mijn visie een integraal onderdeel van het veiligheidsbestuur c.q. de veiligheidsregio. De GHOR is wat betreft de uitvoering ook een onderdeel van de openbare gezondheidszorg. Deze openbare gezondheidszorg (GGD) moet vervolgens met het niet openbaar bestuurde deel van de gezondheidszorg zich verbinden om in de uitvoering tot één keten van zorg te komen voor de patiënten en burgers die het aangaat. Als minister van Volksgezondheid wil ik bij calamiteiten in de gezondheidszorg en volksgezondheid, en de voorbereidingen daarop, een beroep kunnen doen op de regionale openbare gezondheidsdiensten. Deze uitgangspunten zijn in lijn met de wijzigingen die ik in gang heb gezet rond grootschalige infectieziekten. Daar waar het crisismanagement niet enkel de gezondheidszorg/volksgezondheid betreft, en/of opschaling noodzakelijk is, treedt de bestaande interdepartementale crisisstructuur in werking. En op regionaal niveau zal in deze gevallen dan de veiligheidsregio bestuurlijk aan zet zijn. Deze uitgangspunten geven ook helderheid voor de relatie tussen het veiligheidsbestuur en de gezondheidszorg/volksgezondheid. Het opnemen van de voorbereiding in het reguliere sturingsmechanisme van de gezondheidszorg en volksgezondheid zal een belangrijke bijdrage leveren aan de beleidsdoelstelling van de veiligheidsregio's.

Naast deze opmerkingen over het systeem van de traumazorg en de openbare gezondheidszorg is het belangrijk dat zorginstellingen zich voorbereiden. Algemene en academische ziekenhuizen moeten goed voorbereid zijn op 'opgeschaalde inzet' en daarom moet er geoefend worden met deze bijzondere vorm van medische hulpverlening. Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de RGF over hun inzetmogelijkheden bij 'opgeschaalde hulpverlening'. De Regionaal Geneeskundig Functionaris legt de afspraken met elk ziekenhuis in een contract vast. Deze worden dan weer bestuurlijk geaccordeerd in het bestuur van de GHOR in de veiligheidsregio. De afspraken gaan over de voorbereidingen zoals die staan in het referentiekader Ziekenhuisrampenopvangplan (Zirop). Het referentiekader Zirop is in november 2005 door de NFU en de NVZ bestuurlijk vastgesteld.

Elk traumacentrum moet naast de reguliere traumazorg bij 'opschaling' een mobiel medisch team kunnen leveren. Dit team is onderdeel van de geneeskundige combinatie. Samen met mijn collega van Binnenlandse Zaken heb ik hier afspraken over gemaakt. Veelal is inzet binnen 1 uur mogelijk.

## 7. Wet Bijzondere Medische Verrichtingen

De traumacentra ontlenen hun functie aan een aanwijzing op basis van artikel 8 van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Er is geen aanleiding dit op korte tot middellange termijn aan te passen. Niettemin zijn, zoals hiervoor beschreven, meerdere verbeteractiviteiten gewenst. Ik heb daarbij ook een termijn van realisatie

aangegeven. Ik ga er van uit dat de traumacentra op basis van zelfregulering hier invulling aan weten te geven. Pas als blijkt dat dit niet binnen redelijke termijn tot het gewenste resultaat leidt, zal ik meer sturend optreden. In de eerder genoemde kwaliteitsbrief staat mijn beleid op dit punt beschreven.

## 8. Conclusie

Deze nieuwe beleidsvisie houdt geen grote veranderingen in. Het bouwt voort op wat de afgelopen jaren is bereikt. De beleidsvisie 1998 heeft hiermee aan zijn primaire doelstelling, het meer ketengericht organiseren van de traumazorg, voldaan. Het pad voor de komende jaren is gericht op een verdere verbetering van in gang gezette activiteiten (o.a. registratie) en incorporeert een aantal zorgbrede ontwikkelingen, zoals standaardisatie van werkprocessen, transparantie en vergelijkbaarheid van prestaties, maatschappelijke verantwoording, het werken volgens een toetsbaar kwaliteitssysteem en (nog meer) het werken in ketens van zorg. De vrijblijvendheid om niet te presteren is voorbij. Ik verwacht dat partijen onderling elkaar scherp zullen houden op dit punt. Ik zal zonodig, op voordracht van de IGZ, passende maatregelen nemen. Vrijblijvendheid is geen beeld dat past bij de traumazorg in ons land.

Deze nieuwe beleidsvisie wordt op grond van de wet in 2011 opnieuw tegen het licht gehouden.

**Afkortingen:**

CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GNK	Geneeskundige combinatie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LBTC	Landelijk Beraad Traumacentra
LvTC	Landelijke Vereniging voor Traumacentra
MMT	Mobiel Medisch Team
MTOS+	Major Trauma Outcome Study
NvT	Nederlandse Vereniging voor Traumatologie
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
SEH	Spoedeisende hulpafdeling
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen

**Overzicht traumacentra in Nederland:**

1. VU Medisch Centrum/Academisch Medisch Centrum Amsterdam \*  
(Noord-West Nederland)
2. Erasmus Medisch Centrum Rotterdam \*  
(Zuid-West Nederland)
3. Sint Elisabeth Ziekenhuis Tilburg  
(Brabant)
4. Universitair Medisch Centrum Utrecht  
(Midden-Nederland)
5. Universitair Medisch Centrum Sint Radboud Nijmegen \*  
(Oost-Nederland)
6. Universitair Medisch Centrum Maastricht  
(Limburg)
7. Universitair Medisch Centrum Groningen \*  
(Groningen)
8. Isala Klinieken Zwolle  
(Midden-Noord Nederland)
9. Leids Universitair Medisch Centrum  
(West-Nederland)
10. Medisch Spectrum Enschede  
(Euregio)

\* inclusief helikopter-MMT