Vragen CDA-fractie

1
Deze beleidsvisie schetst de positie van de tien traumacentra binnen de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). De traumacentra hebben een speciale rol toebedacht gekregen in de keten acute zorg. Over de acute zorg heeft het CVZ op 17 augustus 2005 een rapport uitgebracht waarop de minister op 4 april jl. een reactie heeft gegeven. Hierin stelt de minister nu nog geen oordeel te willen geven over de "functiegerichte bekostiging en sturing" van de acute zorg. Ook is de minister geen voorstander van de introductie van een landelijk programma van eisen voor een eenduidige toegang en regie, voorzien van kwaliteitseisen (kamerstuk 29 247, nr. 36, blz. 3).
Maar in de nu voorliggende beleidsvisie Traumazorg wordt de regie van de acute zorg bij de traumacentra neergelegd, ofwel "op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) neemt het traumacentrum het initiatief voor het regionale overleg acute zorgketen". Wat is nu de precieze verdeling van rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen traumacentra en regionale ziekenhuizen, dit mede in het licht van de brief van 4 april jl.? Traumacentra moeten verantwoording afleggen in het jaarverslag over de gemaakte afspraken, maar tegelijkertijd draagt het traumacentrum geen verantwoordelijkheid voor activiteiten bij andere instellingen. Het is derhalve onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Kan de minister een en ander toelichten?

1
In de beleidsvisie traumazorg is de initiatiefrol voor het regionale overleg acute zorgketen bij de ziekenhuizen met een trauma-erkenning belegd vanwege hun kennis en ervaring met het organiseren en inrichten van het regionale traumazorgnetwerk en de (trauma)registratie. Er is breed draagvlak om deze rol uit te breiden tot de hele acute zorgketen. Een en ander is in de beleidsregels ex WTZi vastgelegd. Daarbij heeft het traumacentrum ook een signalerende functie naar de overheid als er witte vlekken in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg in de regio dreigen te ontstaan. Het overleg zal zich in eerste instantie richten op de aanbieders van acute zorg. In sommige regio's zien we dat regionale patiënten en cliënten organisaties en de regionaal dominante verzekeraar ook actief betrokken zijn. Het blijft de verantwoordelijkheid van elke individuele (acute)zorgaanbieder kwalitatief verantwoorde zorg te leveren en daarover met de lokaal betrokken partijen concrete afspraken over te maken.
Er is bewust gekozen om dit overleg vooralsnog niet met een landelijke blauwdruk of programma van eisen te confronteren. Dit jaar zal vooral agenderend zijn. We verwachten dat het feitelijke regionale overleg in 2007 in heel het land operationeel zal zijn. Elke regio moet in staat zijn op basis van de lokale en regionale omstandigheden eigen keuzes te maken. De door het CVZ nog uit te brengen nadere studie over de functionele bekostiging en het programma van eisen ten aanzien van de eenduidige toegang tot acute zorg zal daarbij zeker behulpzaam zijn.

2
De algemene en academische ziekenhuizen moeten goed voorbereid zijn op de zogenaamde "opgeschaalde inzet" bij grote ongevallen en rampen, daarom moet er geoefend worden.
Kan inzicht worden gegeven in de noodzakelijke frequentie van deze oefeningen? Welke financiële middelen zijn hiervoor uitgetrokken? Komen de kosten van de noodzakelijke oefeningen ten laste van VWS of BZK of beiden?

2
Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor hun voorbereiding op het leveren van zorg bij rampen en ongevallen. Dit is in de WTZi vastgelegd. De kosten voor deze voorbereiding inclusief de oefeningen hebben betrekking op de reguliere bedrijfsvoering van deze instellingen en dienen te worden verdisconteerd via het premiestelsel in de zorg.

Eind 2005 is het referentiekader ziekenhuisrampenopvangplannen vastgesteld. Het referentiekader geeft alle aspecten die voor een goede voorbereiding van belang zijn. ZonMW voert voor de

implementatie een kwaliteitsverbeterprogramma uit in het kader van Rampenopvang Ziekenhuizen. Voor dit programma is €2,5 miljoen beschikbaar voor 2006 en 2007. Het programma heeft als doel dat ziekenhuizen eind 2007 hun rol en taak bij rampen en ongevallen geborgd hebben in het kwaliteitssysteem. Hiermee wordt een standaard gezet, dat ook voor de IGZ bruikbaar is.

Multidisciplinaire oefeningen van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) met onder andere politie en brandweer vallen onder de verantwoordelijkheid van het nieuwe regionale veiligheidsbestuur. Vanuit BZK wordt hiervoor een financiële bijdrage geleverd via het Besluit brede doeluitkering bestrijding rampen en zware ongevallen (Bdur). De verantwoordelijkheid die gemeenten hebben voor de GHOR komt tot uitdrukking in de inwonerbijdrage aan de GHOR.

3
Kan nog eens helder worden gemaakt waarom de traumacentra de regiefunctie over de totale acute zorg dienen te verkrijgen? Waarom is niet gekozen voor bijvoorbeeld de ziekenhuissector als regionale regisseur en worden de traumacentra conform de WBMV niet gezien als een “op te schalen” functie evenals dit het geval is bij de GHOR-inzet?

3
De traumazorgketen is de keten waarin de snelle toegeleiding naar de meest geëigende en gespecialiseerde zorgverlening geregeld is. Hierbinnen is sprake van 3 niveaus van toegeleiding, afhankelijk van de ernst van de aandoening. De ziekenhuizen met trauma-erkenning vervullen ook een rol in de GHOR-opschaling en maken daarover met de betrokken RGF-en sluitende werkafspraken. Het lijkt niet doelmatig dit op een regionaal kleinere schaal te gaan organiseren. Met deze schaalgrootte wordt zo ook een goede aansluiting gevonden met de RAV-regio’s en de GGD regio-indeling.

4
Volgens berichten is de kans groot dat het ministerie van Defensie de SAR-eenheid (helikopters) van de vliegbasis Leeuwarden overbrengt naar het vliegveld De Kooij in Noord-Holland. Deze SAR-helikopters zijn onmisbaar voor o.a. de hulpverlening op de Waddeneilanden. Op welke wijze kan worden gegarandeerd dat deze verplaatsing van Friesland naar Noord-Holland niet ten koste gaat van de kwaliteit van de medische zorg op de Waddeneilanden?

4
Ik verwijs naar mijn antwoord van 30 mei 2006 kenmerk DBO-CB-U-2688113.

Vragen PvdA-fractie

5
In hoeverre is de minister betrokken bij het overleg tussen de acute eerstelijnsgezondheidszorg, de ambulancezorg, de eerste hulp in ziekenhuizen, de traumazorg, de zorg verleend door mobiele medische teams (MMT’s) en de zorg bij grootschalige hulpverlening en crises? Indien de minister niet wordt betrokken bij het overleg, hoe meent hij dan in een vroeg stadium op de hoogte te zijn van mogelijke wantoestanden?

5
Met de koepels van alle betrokken partijen wordt regelmatig bestuurlijk overleg gevoerd. Daarnaast organiseert het ministerie van VWS, samen met de Landelijke Vereniging van Traumacentra (LvTC) en de Raad voor RGF-en dit najaar een 10-tal regiorondes om met de potentiële deelnemers aan het acute zorgketen overleg visie, knelpunten en concrete voornemens te delen. De onderzoeksbureaus NIVEL en Prismant voeren in opdracht van resp. VWS en de IGZ momenteel pilotstudies uit naar een benchmark acute zorgketen. De bevindingen worden medio 2007 bekend gemaakt. De

traumaregistratie is eind dit jaar landelijk dekkend en vormt de basis voor onderlinge vergelijking en externe verantwoording.

6
Door middel van welke maatregelen zal het proces van registratie, bewerking, vergelijkbaarheid, interne terugkoppeling en externe maatschappelijke verantwoording worden voortgezet? Wanneer denkt de minister wel uitspraken te kunnen doen over de veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van traumazorg?

6
Met de LvTC zijn concrete afspraken gemaakt over de kwaliteit en landelijke dekking van de traumaregistratie. Ik ga er van uit dat eind van dit jaar een sluitende landelijke traumaregistratie van vrijwel alle ziekenhuizen tot stand is gekomen en dat de LvTC hier in haar jaarverslag ook verantwoording over zal afleggen.

7
Hoe zal worden gestimuleerd dat alle aangesloten ziekenhuizen per regio zullen meewerken teneinde een landelijke traumaregistratie te bewerkstelligen? Wat zijn de consequenties indien de traumacentra hun afspraken hieromtrent niet naleven?

7
Er is een duidelijke versnelling waar te nemen in de mate waarin de ziekenhuizen traumadata aanleveren. Ook de kwaliteit van de data neemt toe. De LvTC en de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie NVT hebben hun ambities op dit vlak ook duidelijk beschreven. Door de meer frequente en inhoudelijk meer adequate terugkoppeling van gegevens zal ook sneller duidelijk worden welke ziekenhuizen achter blijven of welke traumaregio's het minder (of juist beter) doen. Dit biedt voldoende mogelijkheden om tot concrete verbeterafspraken te komen. Als ultimum remedium kan ik de aanwijzing als traumacentrum intrekken. Op voorhand zie ik daar geen reden toe.

8
Wat vindt de minister van de stelling dat in levensbedreigende situaties de eerste professionele zorg moet kunnen worden geleverd binnen acht minuten? Is de minister bereid om hiertoe maatregelen te treffen? Zo ja, welke?

8
In 2004 en 2005 heb ik in totaal €30 miljoen structureel extra middelen voor de ambulancesector uitgetrokken. Tot op heden is daarvan €20,8 miljoen geïnvesteerd. Het blijkt in de praktijk niet eenvoudig om het zeer gespecialiseerde ambulancepersoneel te werven.
In samenwerking met de ambulancesector, verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het RIVM uitgerekend hoeveel het kost 95% van de Nederlanders binnen 15 minuten ambulancezorg kan krijgen. Op basis daarvan heb ik €30 miljoen extra ter beschikking gesteld. Het is nu aan de sector om voor deze extra investering verbeteringen te laten zien. Een aanrijtijd binnen 8 minuten zou een exponentiële groei van de middelen betekenen en vermindering van werkzaamheden voor het aanwezige personeel, wat hun vaardigheden niet ten goede komt.

9
Hoe kan meer eenheid worden gecreëerd bij de traumacentra in de manier waarop protocollen en criteria voor de inzet van mobiele medische teams worden toegepast? Hoe zal de toepassing van protocollen en standaarden worden gestimuleerd?

9
Ik zie vooralsnog geen aanleiding te veronderstellen dat de huidige criteria op basis waarvan besloten wordt tot de inzet van mobiele medische teams, regionaal dusdanig anders worden toegepast dat dit leidt tot onverklaarbaar grote verschillen in inzet. De traumacentra hebben over deze inzet afspraken gemaakt met de regionale meldkamers ambulancezorg.

10
Wat zal er door de centra worden ondernomen om de samenwerking over de optimale werkwijze te bevorderen?

10
De traumacentra worden aangesproken op 3 rollen. De kenniscentrum-functie wordt ingevuld met thema-avonden en met opleidingen en trainingen en oefeningen, en met onderzoek. De regiovorming krijgt bestuurlijk vorm met convenanten tussen de ziekenhuizen, met de veiligheidsregio's en in periodiek bestuurlijk overleg. De traumaregistratie tenslotte wordt onder sturing van het traumacentrum uitgevoerd. Ten aanzien van het opzetten van het bredere acute zorgketen overleg lopen in diverse regio's al goede initiatieven.

11
Aan de hand van welke criteria wordt bepaald of de 24-uurs beschikbaarheid van het helikopter-MMT bij een centrum in Nederland structureel zal worden uitgebreid?

11
Ik ontvang binnenkort nader informatie over de opzet van het wetenschappelijke evaluatieonderzoek dat gelijk met de pilot nachtheli verricht wordt. De uiteindelijke beslissing over al dan niet uitbreiding van de helikopterinzet zal, naast de uitkomsten van dit onderzoek, mede gebaseerd worden op kostenoverwegingen.

12
Worden de afspraken tussen de traumacentra en de ziekenhuizen in hun regio volgens de minister goed nageleefd? Kan de minister aangeven hoe vaak de juiste patiënt niet tijdig op de juiste plaats is?

12
Mijn algemene indruk is dat de urgentiebepaling en het naar het juiste centrum sturen van ongevalpatiënten naar behoren functioneert. De afspraken over de trauma-levelindeling per ziekenhuis zijn regionaal bekend en vormen de basis voor het handelen. De vraag over het niet tijdig op de juiste plaats van bestemming komen, kan niet in zijn algemeenheid beantwoord worden.

13
Wanneer zullen de objectieve landelijke criteria voor een level-indeling tot stand zijn gebracht?

14
De levelindeling voor traumazorg is landelijk en op objectieve inhoudelijke gronden tot stand gebracht. Met het in kaart brengen van de capaciteit en kwaliteit van de hoofdprocessen op de spoedeisende eerste hulp afdelingen is nog geen begin gemaakt. De materie is complexer en meer omvattend, bijvoorbeeld vanwege de relatie met de IC-levelindeling. Het gaat hier om een ingewikkelder vraagstuk waar meer tijd voor nodig is. Ik verwacht kort na de zomer met partijen hier een start mee te kunnen maken, maar kan nu nog niet aangeven wanneer het gereed zal zijn.

14
Wanneer komt er duidelijkheid op welke wijze een overzicht van de verschillende behandelmogelijkheden van de spoedeisende hulpafdelingen tot stand kan komen? Wanneer verwacht de minister dat dit in kaart is gebracht?

14
Zie antwoord op vraag 13.

15
Welke sancties zal de minister opleggen indien de traumacentra zich niet houden aan hun externe verantwoording conform het jaardocument maatschappelijke verantwoording?

15
Zie antwoord op vraag 7.

16
Hoe luiden de criteria waarop een aanvraag voor een traumacentrum wordt behandeld? Kan de minister aangeven wat de voor- en nadelen zijn van het aanwijzen van een 11e traumacentra in Nederland?

16
Op basis van de beleidsvisie traumazorg van 12 oktober 1998 konden ziekenhuizen die als TC ex. artikel 8 van de WBMV wilden worden aangewezen, bij de Minister een verzoek indienen. Daarbij golden criteria waaraan men moest voldoen en de eis een plan van aanpak in te dienen. Een van de criteria betrof de verplichte beschikbaarheid van de functie bijzondere neurochirurgie. Er waren toen 13 ziekenhuizen die daaraan voldeden (17 als de bilocatie van die ziekenhuizen werd meegeteld). Verder golden spreidingscriteria en een voorkeur voor academische setting. Na beoordeling van de ingediende plannen zijn op 3 mei 1999 een zevental ziekenhuizen aangewezen en een drietal tijdelijk. Deze laatste drie kregen later hun definitieve aanwijzing nadat zij hun plannen beter hadden onderbouwd.
In Amsterdam heeft het VUMC (dat is aangewezen als traumacentrum) met het AMC afspraken gemaakt over de dagelijkse traumazorg. De in te dienen aanvraag tot aanwijzing van het AMC als 11e traumacentrum vindt vooral zijn grondslag in de extra functie van het initiëren van het acute zorg keten overleg. De huidige regio-indeling ondersteunt deze keuze.

17
Op welke wijze is de minister voornemens om te bevorderen dat er tussen de Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF'en) en de traumacentra sluitende werkafspraken worden gemaakt? Kan de minister aangeven waaruit deze sluitende werkafspraken zullen bestaan?

17
De RGF maakt namens het regionale GHOR of veiligheidsbestuur sluitende afspraken voor de invulling van de verantwoordelijkheid van dat bestuur voor de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Deze afspraken omvatten de voorbereidingen op het niveau van instellingen zoals vastgelegd in het referentiekader voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP) en een afgestemde frequentie en schaal waarin een en ander geoefend wordt in regionaal of multidisciplinair verband.

In de WTZi is opgenomen dat de RGF-en deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen. Dit overleg is het platform waar in aanwezigheid van alle betrokken zorginstellingen afspraken gemaakt worden over de reguliere acute zorg en de opgeschaalde zorg in die regio.
Er bestaat geen eenduidig model voor de samenwerking binnen de acute zorgketen. Wel wordt er door goede samenwerking binnen de koepels (LVTC en de Raad van RGF-en) gestimuleerd dat er uitwisseling plaats vindt van de ervaringen binnen de verschillende regio's. Via de ronde die vanuit VWS gemaakt wordt door het land (zie het antwoord op vraag 5) stelt de minister zich op de hoogte van de voortgang.

18
Hoe vaak vindt er nu een voorbereiding plaats ten aanzien van het oefenen met een "opgeschaalde inzet" door algemene en academische ziekenhuizen?

18
Gegevens over de frequentie zijn niet beschikbaar. Parallel aan het genoemde ZonMW programma heb ik het NIVEL opdracht gegeven een benchmark te ontwikkelen. Deze benchmark kan vanaf 2007 in het regionaal acute zorgoverleg gebruikt worden om de mate van voorbereiding van instellingen op regionaal niveau inzichtelijk te maken.
De IGZ doet in 2007 een vervolgonderzoek op haar eerdere rapportage uit 2004.

19
Wat houdt een "redelijke termijn" in waarbinnen zal worden bekeken of traumacentra op basis van zelfregulering invulling weten te geven aan het gewenste resultaat?

19
De beleidsvisie bestrijkt de periode 2006-2010. Ik ga er van uit dat binnen deze termijn de gestelde doelen ten aanzien van het functioneren van het regionale acute zorg keten netwerk en het verkrijgen van inzicht in de prestaties en verbeteringen hierin, behaald kunnen worden. Het is aan de regio's om hun ambities te verwoorden en hun doelen zo concreet en meetbaar mogelijk te beschrijven, zo veel mogelijk op een voor de patiënt merkbaar resultaat.

20
Waarom is de ontwikkeling van het spoeddossier niet opgenomen in de beleidsvisie Traumazorg? Kan de minister aangeven wanneer het spoeddossier overal in Nederland voor traumazorg beschikbaar is?

20
Het spoeddossier is als dusdanig niet omschreven. Als hiermee wordt gedoeld op het waarneemdossier huisartsen, dan is dit volledig in de plannen van NICTIZ opgenomen. Landelijk wordt gewerkt aan het elektronische patiëntendossier (EPD). In mijn brief van 23 mei over Voortgang ICT in de zorg (TK 2005-2006, 27529, nr.23) heb ik u over de stand van zaken geïnformeerd ter voorbereiding van het Algemeen Overleg over ICT in de zorg op 31 mei. Gewerkt wordt aan de implementatie van de basisinfrastructuur en de eerste twee toepassingen, het elektronische medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH). Deze toepassingen worden begin 2007 landelijk uitgerold.
Deze informatie is ook van groot belang in de spoedeisende hulpverlening. Het EMD is bij landelijke uitrol ook door artsen in instellingen te raadplegen. Voor de overige informatie is met de beroepsgroepen overeenstemming bereikt over welke gegevens precies beschikbaar moeten komen en is een autorisatierichtlijn voorbereid. Momenteel wordt een implementatieplan opgesteld. Daaruit zal blijken op welke termijn invoering in de spoedeisende hulpverlening haalbaar is.
Overigens wordt op regionaal niveau momenteel geëxperimenteerd met inzage in en overdracht van patiëntengegevens in de spoedeisende hulpverlening.

21
Op welke wijze wordt uitvoering gegeven aan de motie Arib over de acht minuten aanrijtijd voor ambulances?

21
Zie antwoord op vraag 8.

Vragen VVD-fractie

22
Een van de opdrachten uit de beleidsvisie 1998 was de traumaregistratie. De minister concludeert in zijn brief dat het opzetten van en het werken met de landelijke traumaregistratie beter kan. Ook het CVZ trekt deze conclusie. Een goede registratie is, zo benadrukt de minister in zijn brief, een absolute voorwaarde voor het ontwikkelen van uniforme kwaliteitscriteria. Het streven is dat eind 2007 alle ziekenhuizen aangesloten zijn op de landelijke traumaregistratie. Niet alle regionale- en algemene ziekenhuizen doen namelijk al mee. Zij hebben volgens de minister meer tijd nodig. Hoe is de minister tot deze deadline gekomen? Kan dit sneller? Hoe is deze deadline te rijmen met de uitspraak van de minister in zijn conclusie dat de 'vrijblijvendheid om niet te presteren voorbij is'?

22
De LvTC en de NVT geven aan dat eind dit jaar een nagenoeg landelijke dekking gerealiseerd zal zijn. Momenteel wordt de testfase uitgevoerd voor het landelijk elektronisch aanleveren van de data. Het is hun voornemen de resultaten in november te kunnen presenteren. Ik ga er van uit dat deze toezegging gestand gedaan wordt. Alle centra en ook de aanleverende ziekenhuizen zijn goed doordrongen van de noodzaak deze cijfers beschikbaar te krijgen en op basis daarvan verbeteringen te kunnen doorvoeren en zich naar derden te verantwoorden. Ook al is het algemene gevoel dat het sneller had gekund, ervaring met andere registraties (kanker, ziekenhuisinfecties) leert dat dergelijke processen blijkbaar zoveel tijd kosten.

23
De minister geeft in de beleidsvisie aan dat hij het belangrijk vindt 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 volgens de minister niets aan. Heldere afspraken zijn nodig over de aansturing van de traumazorgketen in deze situaties. Op welke wijze zal de minister bevorderen dat er tussen de Regionaal Geneeskundig Functionaris en de traumacentra sluitende werkafspraken worden gemaakt?

23
(zie het antwoord op vraag 17).

24
De minister constateert in de beleidsvisie tot zijn spijt 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. De minister constateert dat het huidige systeem te veel vrijheden en onvoldoende borging biedt. Het zorgniveau is hiermee afhankelijk van de regio waar men woont. Hoewel dit los staat van traumazorg geeft de minister aan werk te gaan maken van deze onduidelijke situatie. Op welke manier gaat de minister hier werk van maken? Kan de minister de uitgangspunten die hij hierbij gaat hanteren nader duiden?

24

Ik wil in samenwerking met de Minister van BZK en de betrokken koepelorganisaties meer richting geven aan de invulling van de GHOR taak. Dit past in de lijn die we eerder hebben ingezet naar aanleiding van het advies van de Raad voor het Openbaar Bestuur en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg uit 2004. Verschillende projecten zijn gestart op het gebied van vakbekwaamheid, kennisborging, de ontwikkeling van een regionale benchmark en de ziekenhuisrampenopvangplannen en deze dragen bij aan de gewenste kwaliteitsverbetering.

In deze periode waarin de veiligheidsregio's vorm krijgen vind ik helderheid over de relatie tussen de bestuurlijke verantwoordelijkheden voor de hulpverlening en de operationele organisatie van de opgeschaalde geneeskundige zorg belangrijk. Uitgangspunten die ik daarbij hanteer zijn het opschalen van de hulpverlening vanuit de dagelijkse zorg, heldere afspraken tussen de traumacentra en de RGF-en en de territoriale congruentie van de GGD-en met de veiligheidsregio's. Waar nodig zullen we dit borgen in wetgeving zowel in de bestuurlijke als de sectorale wetgeving.

25
De voorstellen van de minister bieden goede kansen voor verbetering van de samenwerking, samenhang en efficiëntie in het traumazorgnetwerk, waarin verschillende actoren een belangrijke rol spelen. De rol van de zorgverzekeraar komt in de beleidsvisie Traumazorg niet aan de orde. Waarom niet? Heeft de zorgverzekeraar hierin niet een belangrijke regietaak?

25
De beleidsvisie traumazorg gaat over het functioneren van de traumacentra en over hun rol ten aanzien van het organiseren van het acute zorg keten overleg. Over de acute zorg is een aparte beleidsvisie verschenen (CZ/EZ-2419249, 10 oktober 2003). Daarin is de rol van de zorgverzekeraar nadrukkelijk wel benoemd. Ik ga er van uit dat in het acute zorg keten overleg regionale P/C-organisaties en de verzekeraar actief betrokken worden.

Gelijkluidende vraag CDA-fractie en PvdA-fractie

26.
Kan de minister aangeven op welke termijn voldoende borging van het zorgniveau bij crises en rampen in alle regio's is gerealiseerd?

26
Nee, dat kan ik niet. De eerste reden daarvoor is het ontbreken van een helder kader waaraan de voorbereiding moet voldoen. Er kunnen zo grote verschillen zijn in de mate van voorbereid zijn op een chemische ramp of bijvoorbeeld een overstroming. De benchmark die het NIVEL daarvoor ontwikkelt, wordt dit najaar in twee regio's getoetst. Ook kan ik nu geen termijn geven omdat de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij de veiligheidsbesturen ligt. Over het niveau van voorbereiding zijn geen afspraken gemaakt.

Gelijkluidende vragen CDA-fractie, PvdA-fractie, VVD-fractie en D66-fractie

27
Betreffen de afspraken over registratie tussen het ministerie van VWS en de tien traumacentra alleen de traumacentra of zowel de traumacentra als de regionale ziekenhuizen? Had deze opdracht in het laatste geval dan niet in de WTZi opgenomen moeten zijn? Worden regionale ziekenhuizen of hun landelijke koepels betrokken bij het registratiesysteem? Zo ja, op welke wijze?

27
Het betreft afspraken over de registratie van de gehele traumazorg. Dit bevat daarom gegevens over de hele keten, van de perifere ziekenhuizen, maar ook van bijvoorbeeld de meldkamers en ambulancediensten. De WTZi bevat algemene eisen ten aanzien van transparantie. De

traumaregistratie beoogt ook de onderlinge prestatieverschillen en verbetermogelijkheden in kaart te brengen. De LvTC organiseert dit en stemt dit via haar bestuursleden met NVZ en NFU af.

28
Klopt het dat de koepels van de bij de level-indeling voor traumazorg of spoedeisende hulp betrokken ziekenhuizen niet bij de ontwikkeling van de indelingen worden betrokken? Zo ja, is dat wenselijk gezien het feit dat het bestuur van een ziekenhuis (eind)verantwoordelijk is voor capaciteit, kwaliteit en functies 'in huis'?
Is de minister bereid om de koepels er alsnog bij te betrekken? (PvdA-fractie)

28
De level-indeling van de traumazorg is op basis van objectieve criteria en inhoudelijke overwegingen tot stand gekomen en biedt een goed kader om te besluiten in welk ziekenhuis de ongevalpatiënt het best of het snelst behandeld kan worden. Voor de level-indeling acute zorg, of wel de spoedeisende hulp en de relatie met de IC-afdeling, stelt de WTZi voor een ketenoverleg acute zorg in te stellen. De beleidsvisie WTZi geeft het ketenoverleg acute zorg de taak om de verschillende behandelmogelijkheden (level-indeling) en de acute behandelcapaciteiten in de regio transparant te maken. Voor het volbrengen van deze taak is het nodig alle relevante zorgaanbieders te betrekken bij het ketenoverleg. Ik zal ervoor zorgdragen dat de koepels van de betrokken ziekenhuizen hierin ook vertegenwoordigd zijn.

29
Heeft de doelstelling voor het te ontwikkelen kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem uitsluitend betrekking op de mobiele medische teams of ook op andere functies van de traumacentra, respectievelijk de keten van acute zorg? In hoeverre wordt daarbij aansluiting gezocht bij bestaande kwaliteitssystemen en/of het bij de ziekenhuizen in ontwikkeling zijnde veiligheidsmanagementsysteem? Zo ja, op welke manier? Zo neen, waarom niet?

29
Uiteindelijk gaat het om een kwaliteitssysteem dat de hele acute zorg keten omvat. Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) zal zich vooral op de meest risicovolle schakels van deze keten richten om hier op basis van metingen en risicoanalyses grip op te krijgen en verbeteringen tot stand te kunnen brengen. Bij het tot stand brengen van een VMS wordt zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de bestaande systemen. In het huidige programma patiëntveiligheid van ZonMW en de activiteiten van de NVZ en de OMS is hiertoe contact gelegd met de NIAZ en de Stichting HKZ, wier systemen hierop gebaseerd zijn.

Gelijkluidende vraag PvdA-fractie, VVD-fractie en D66-fractie

30.
De beleidsvisie schetst de positie van traumacentra binnen de WBMV. Het lijkt erop dat deze positie ten aanzien van acute zorg en de rol van traumacentra niet eensluidend is met de WTZi, bijvoorbeeld ten aanzien van de initiatiefrol vanuit de WTZi en de verantwoordelijkheids- en coördinatierol vanuit de WBMV. Hoe verhouden deze rollen zich tot elkaar? Wat is de precieze verdeling van rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen traumacentra en regionale ziekenhuizen?

30
Zie antwoord op vraag 1.