

Werkafspraken en kaders

Regionaal Overleg Acute Zorg
regio Zwolle



Colofon

Werkafspraken en kaders ROAZ
Netwerk Acute Zorg regio Zwolle
Postbus 10400
8000 GK Zwolle
t (038) 424 52 70
info@netwerkacuteczorg.nl

juni 2014

inhoud

Voorwoord	5
1 Regionaal overleg acute zorg	7
1.1 Wettelijk kader	7
1.2 Opdracht en doelstelling	7
1.3 Regio Zwolle	8
1.4 ROAZ Zwolle	8
2 Voorbereiding op rampen en crises	11
2.1 Wettelijk kader	11
2.2 Rollen betrokken partijen	11
2.3 Het regionaal steunpunt OTO	12
2.4 OTO beleidscyclus en verantwoording	14
Reglementen en procedures	17
Huishoudelijk reglement ROAZ	19
Huishoudelijk reglement voorbereidingscommissie	23
Procedure wijziging acute zorgaanbod	25
Procedure OTO-stimuleringsgelden	29
Procedure facturering OTO-stimuleringsgelden	31
Formulieren	33
Melding wijziging acute zorgaanbod	35
Aanvraagformulier OTO-stimuleringsgelden	37
Periodieke rapportage OTO-stimuleringsgelden	41
Bijlagen	45
Bijlage 1: beleidsvisie WTZi	47
Bijlage 2: beleidsregels WTZi	50
Bijlage 3: WTZi en ROAZ	53



Voorwoord

Beste ROAZ-leden,

Sinds 2007 vindt in de regio Zwolle het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) plaats. Vier maal per jaar komen bestuurders, dan wel gemandateerde afgevaardigden van ambulancezorg, GGZ-instellingen, GGD/GHOR, huisartsenzorg, verloskundigen en ziekenhuizen uit de regio bijeen om afspraken te maken over acute zorg in de regio. Ook zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zijn hierbij betrokken. Netwerk Acute Zorg regio Zwolle initieert, faciliteert en regisseert dit overleg.

In 2013 hebben we het functioneren van dit ROAZ met alle deelnemers geëvalueerd aan de hand van een websurvey en interviews. Dit leverde inhoudelijke en praktische verbeterpunten op die we hebben vormgegeven in de ROAZ route 2013. Om op koers te blijven hebben we het wettelijk kader waarbinnen het ROAZ opereert en de met elkaar afgesproken reglementen en procedures in dit boekje gebundeld.

De komende jaren verandert het acute zorglandschap verder. Onder druk van scherpere kwaliteitseisen en kostenefficiëntie moeten locaties, profielen, reistijden en functies wijzigen. Om de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek van bestemming te krijgen, willen we graag blijven werken aan soepele schakelmomenten door goede samenwerking, innovatie en onderzoek.

U bent hierin een onmisbare partner. Signaleert u verbeteringen op het domein van kwaliteit, samenwerking, bereikbaarheid of doelmatigheid in de keten van acute zorg? Legt u dan de verbinding naar het ROAZ of de voorbereidingscommissie ROAZ om deze verbeteringen te realiseren.

Robbin Thieme Groen, voorzitter ROAZ Zwolle

1 Regionaal overleg acute zorg

1.1 Wettelijk kader

Op 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden. Deze wet beoogt dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk worden voor hun infrastructuur en (investerings)beslissingen. Met de invoering hiervan is er een stap gemaakt van centrale aanbodsturing richting gereguleerde marktwerking. De consequenties van de WTZi voor acute zorg staan beschreven in de acute zorg paragraaf. Deze paragraaf heeft onderlinge afstemming tussen de verschillende aanbieders van acute zorg tot doel.

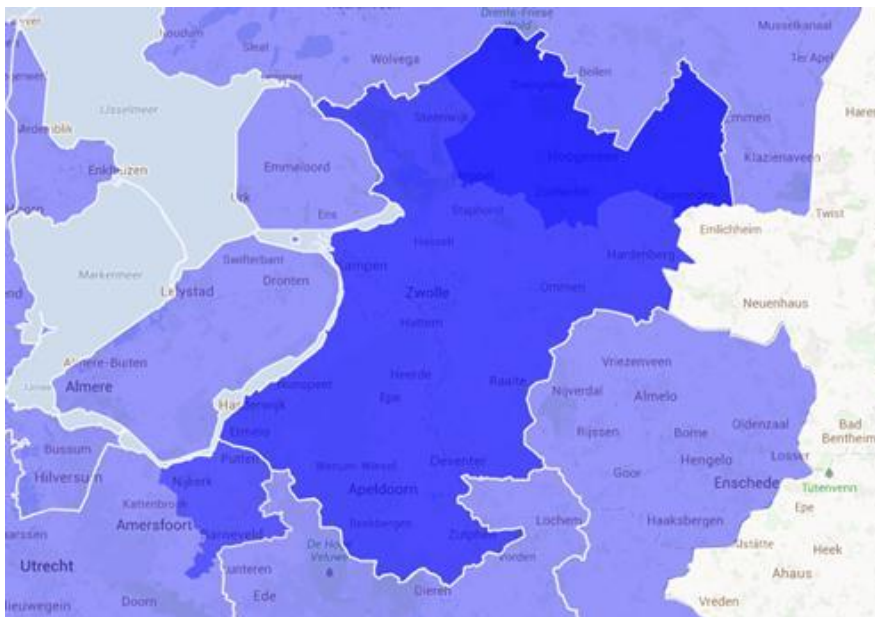
De aanbieders van acute zorg hebben de opdracht gekregen om in een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) afspraken te maken over (een betere) samenwerking. Het doel van dit overleg is om ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft hiermee de verantwoordelijkheid voor spreiding en toegankelijkheid van acute zorg nadrukkelijk bij veldpartijen belegd. Initiators van dit regionaal overleg zijn de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum. Als regionaal traumacentrum is Isala daarom aangewezen als initiator voor dit overleg. Isala vervult sinds 2007 de functies van voorzitter en coördinator ROAZ onder de vlag van het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle. In de bijlagen is meer informatie opgenomen over de achtergrond van het ROAZ.

1.2 Opdracht en doelstelling

In Nederland zijn de netwerken voor acute zorg actief in elf regio's, allen lid van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Zij werken vanuit dezelfde opdracht in wisselende structuren en in elkaar dikwijls overlappende samenwerkingsverbanden. De kern van deze regionale samenwerking is de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats door het maken van afspraken over (betere) samenwerking tussen ketenpartners.

1.3 Regio Zwolle

De ROAZ regio Zwolle (zie figuur 1) omvat de gebieden rondom Harderwijk, Apeldoorn, Deventer, Zutphen, Zwolle, Meppel en Hardenberg en grenst aan de werkgebieden van Netwerk Acute Zorg Euregio, Acute Zorgregio Oost, Midden Nederland / Utrecht, Traumanet AMC en Acute Zorg Netwerk Noord Nederland.



Figuur 1: Regio Zwolle (Hoogeveen eo horen per 2014 bij Acute Zorg Netwerk Noord Nederland)

1.4 ROAZ Zwolle

Het ROAZ Zwolle bestaat uit de volgende onderdelen (zie figuur 2):

ROAZ

Deelnemers: bestuurders dan wel door het bestuur gemandateerde afgevaardigden van aanbieders van acute zorg in de regio Zwolle.

Doel: komen tot regiobrede, beleidsvormende, voorbereidende en ondersteunende bestuurlijke beslissingen die bijdragen aan het stimuleren en bewaken van de kwaliteit en 24/7 toegankelijkheid van acute zorg.

Vorbereidingscommissie

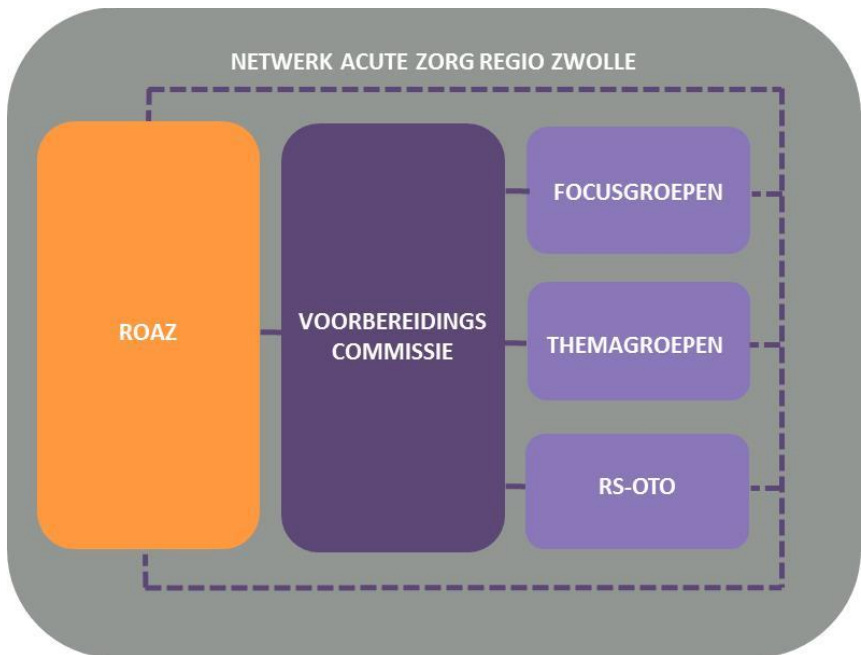
Deelnemers: één vertegenwoordiger per type aanbieder van acute zorg in de regio Zwolle.

Doel: voorbereiding van het ROAZ. De commissie is de verbindende schakel tussen het ROAZ waar bestuurlijke thema's worden besproken en de focus- en themagroepen die meer zorginhoudelijk van aard zijn.

Focusgroepen / themagroepen

Deelnemers: professionals van aanbieders van acute zorg in de regio Zwolle.

Doel: signaleren en implementeren van verbeterpunten in de keten van acute zorg, gericht op een specifieke patiëntengroep dan wel specifiek thema.



Figuur 2: Onderdelen ROAZ Zwolle

Regionaal Steunpunt Opleiden-Trainen-Oefenen (OTO)

Deelnemers: regionale OTO-coördinator en vertegenwoordigers van de GHOR IJsselland en GHOR Noord en Oost Gelderland.

Doel: het ondersteunen van de zorginstellingen in de ROAZ-regio Zwolle bij het ontwikkelen en uitvoeren van hun OTO-beleid ter voorbereiding op rampen en crises binnen de daarvoor gestelde financiële kaders.

Netwerk Acute Zorg regio Zwolle

Het ziekenhuis met de erkenning traumacentrum heeft als taak om voor acute zorg regio het ROAZ te initiëren en te coördineren. Het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle vervult deze taak voor de regio.



2 Voorbereiding op rampen en crises

Alle informatie in dit hoofdstuk is ontleend aan het door het ROAZ vastgestelde 'meerjaren OTO beleidsplan RS OTO 2012 – 2015' op 14 november 2011.

2.1 Wettelijk kader

Sinds 2008 zijn er door het ministerie van VWS structureel OTO-stimuleringsgelden beschikbaar gesteld voor het opleiden, trainen en oefenen van zorginstellingen om er voor te zorgen dat zij zich beter voorbereiden op rampen en crises. Om deze gelden regionaal goed weg te zetten, hebben het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle en de betrokken GHOR-en uit de veiligheidsregio's IJsselland en Noord en Oost Gelderland in opdracht van het ROAZ gezamenlijk een Regionaal Steunpunt OTO (RS OTO) gerealiseerd voor alle zorginstellingen in de ROAZ-regio Zwolle.

2.2 Rollen betrokken partijen

ROAZ

Iedere zorginstelling is op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de WTZi zelf verantwoordelijk voor de voorbereiding op rampen en crises. Naast het hebben van een eigen verantwoordelijkheid hebben zorgaanbieders afspraken met de GHOR van de veiligheidsregio over de voorbereiding op rampen en crises. Ketenpartners die deelnemen aan het ROAZ hebben met elkaar de verantwoordelijkheid om op overstijgend regionaal niveau een meerjaren OTO-beleidsplan en daarvan afgeleide OTO-jaarplannen te maken.

GHOR

De GHOR is verantwoordelijk voor geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in hun veiligheidsregio, waarbij de zorgcontinuïteit gewaarborgd is. Zij doet dit door afspraken te maken met instellingen als bedoeld in de WTZi, zorgaanbieders als bedoeld in de Wet BIG en regionale ambulancediensten en gezondheidsdiensten over hun voorbereiding op en inzet bij zware ongevallen, rampen en crisissituaties. De Wet Veiligheidsregio's schrijft voor dat de afspraken met de instellingen en diensten worden opgenomen in het regionale crisisplan.



Daarin is ook de uitkomst van de risicoanalyse en -inventarisatie opgenomen volgens de leidraad Maatramp¹. De (zorg)instellingen en diensten moeten deze afspraken verder uitwerken in hun eigen plannen. De daaruit voortkomende OTO-activiteiten vormen een basis voor het meerjaren OTO-beleidsplan en de OTO-jaarplannen van de GHOR, maar ook voor die van het RS OTO. Duidelijke afspraken over de verbinding van het niet openbare bestuurd deel van de gezondheidszorg (ziekenhuizen, huisartsen, GGZ, etc.) en de verbinding met de openbare (publieke) gezondheidszorg (GGD) zorgen er voor dat er één keten van zorg tot stand komt. De directeur publieke gezondheid koppelt hierover terug aan het veiligheidsbestuur.

Netwerk Acute Zorg regio Zwolle

Het ROAZ is verantwoordelijk voor het maken van een meerjaren OTO-beleidsplan en daarvan afgeleide OTO jaarplannen op overstijgend regionaal niveau en doet dit met behulp van het RS OTO. Het Netwerk Acute Zorg regio Zwolle voert de regie en is tevens budgetverantwoordelijk voor de geormerkte gelden.

2.3 Het regionaal steunpunt OTO

Ketenpartners die deelnemen aan het ROAZ hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor planning en uitvoering van OTO-activiteiten, gebaseerd op hun individuele verantwoordelijkheid om goed voorbereid te zijn op rampen en crises volgens vigerend beleid. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt ingevuld door een ondersteuningsconstructie: het RS OTO. Dit steunpunt handelt met mandaat van het ROAZ en legt achteraf verantwoording in het ROAZ af d.m.v. rapportages. Het RS OTO bewaakt de algehele voortgang van het OTO beleid en bestaat uit een vertegenwoordiging van het netwerk acute zorg en de GHOR van de betrokken veiligheidsregio's. Op de volgende pagina staan de visie en doelstellingen van het RS OTO benoemd.

¹ De leidraad Maatramp is vervangen door de handreiking Regionaal Risicoprofiel.



VISIE

- Aanbieders van acute zorg vormen samen de keten van geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
- De basis is een sterke crisisorganisatie in elke organisatie
- Regionale samenwerking tussen ketenpartners in de zorg en veiligheidsregio's is essentieel
- Voorbereiding d.m.v. OTO is onderdeel van het eigen kwaliteitsbeleid van een zorginstelling en is geborgd in een kwaliteitsmanagementsysteem
- OTO moet voldoen aan bestaande en nog te ontwikkelen landelijke kwaliteitskaders: minimale eisen
- De resultaten van OTO moeten meetbaar zijn
- Samenwerking op het gebied van beleid en uitvoering bevordert uniformiteit

DOELSTELLINGEN

- Versterken en onderhouden van specifieke kennis en vaardigheden van individuele functionarissen die een sleutelpositie bekleden bij de opvang en behandeling van patiënten bij grootschalige ongevallen en rampen
- Adviseren van organisaties en individuele functionarissen over de mate van voorbereiding en optreden bij grootschalige ongevallen en rampen
- Ervoor zorgden dat, in afstemming met de veiligheidsregio, activiteiten van separate zorginstellingen bij grootschalige ongevallen en rampen zo optimaal mogelijk op elkaar aansluiten



2.4 OTO beleidscyclus en verantwoording

Verantwoording vindt jaarlijks plaats in het ROAZ van de acute zorg netwerken en is onderdeel van de plan-do-check-act cyclus. Op de volgende pagina staan de stappen schematisch weergegeven.

Periodiek opstellen van een meerjaren OTO-beleidsplan, met ieder jaar een daarop gebaseerd OTO-jaarplan met goedgekeurde OTO-activiteiten.

PLAN

DO

Het ondersteunen van de ketenpartners bij de uitvoering van deze goedgekeurde OTO-activiteiten en het bewaken van de voortgang.

CHECK

Door middel van evaluatie-systematieken en monitoringsystemen controleren of doelen behaald worden.

ACT

Op basis van de uitkomsten van deze controle tussendoor aanpassen van het OTO-beleid of meenemen als aandachtspunten voor het OTO-beleid van het volgende jaar.



Reglementen en procedures



Huishoudelijk reglement ROAZ

1. Taakverdeling

- 1.1. Het ziekenhuis dat formeel is aangewezen als regionaal traumacentrum heeft de verantwoordelijkheid om een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) te initiëren, faciliteren en regisseren.
- 1.2. De voorzitter van het ROAZ is het lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis aangewezen als traumacentrum dan wel het hoofd van Netwerk Acute Zorg regio Zwolle (vice-voorzitter).
- 1.3. Leden van het ROAZ nemen deel aan het overleg door het uitwisselen van kennis en het nemen van besluiten in het kader van de acute zorg.
- 1.4. Netwerk Acute Zorg regio Zwolle draagt zorg voor al hetgeen nodig is in het belang van een vlot verloop van het ROAZ.

2. Vertegenwoordiging

- 2.1. Leden van het ROAZ zijn bestuurders dan wel door het bestuur gemandateerde afgevaardigden van aanbieders van acute zorg in de regio Zwolle.
- 2.2. De leden van het ROAZ zorgen voor gemandateerde vervanging in geval van verhindering.
- 2.3. Wanneer deelname niet mogelijk is, dienen zorginstellingen dit voorafgaand aan het ROAZ te melden bij het secretariaat van Netwerk Acute Zorg regio Zwolle.
- 2.4. Wanneer de bestuurder dan wel de door het bestuur gemandateerde afgevaardigde geen lid van het ROAZ meer kan of wenst te zijn, dient dit inclusief benoeming van de vervangende persoon, kenbaar te worden gemaakt bij het secretariaat van Netwerk Acute Zorg regio Zwolle.

3. Besluitvorming

- 3.1. Het ROAZ heeft de intentie tot regiobrede, beleidsvormende, voorbereidende en ondersteunende bestuurlijke beslissingen te komen, die bijdragen aan het stimuleren en bewaken van de kwaliteit en 24/7



toegankelijkheid van acute zorg, zoals vermeld in de beleidsvisie, beleidsregels WTZi en notitie WTZi en ROAZ (bijlagen).

- 3.2. Besluitvorming vindt plaats onder alle aanwezige stemgerechtigden op basis van meerderheid van stemmen. Per partner kan één vertegenwoordiger één stem uitbrengen.
- 3.3. Stemgerechtigd zijn de leden zoals vermeld onder 2.1. Deelnemers in de rol van toehoorder, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, zijn niet stemgerechtigd.
- 3.4. Bij afwezigheid is het mogelijk voorafgaand aan het ROAZ het standpunt van de partner schriftelijk kenbaar te maken via het secretariaat van Netwerk Acute Zorg regio Zwolle, zodat deze in de besluitvorming meegeteld kan worden.

4. Doelen

4.1. De doelen van het ROAZ zijn:

- In kaart brengen van het acute zorgaanbod in de regio
- Inzicht verschaffen in en het oplossen van witte vlekken in bereikbaarheid
- Afstemmen van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg
- Een goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen.

4.2. Om het tweede doel te ondersteunen, is de 'procedure wijziging acute zorgaanbod' ontwikkeld.

5. Agenda

- 5.1. De agenda wordt opgesteld naar aanleiding van de in punt 4 genoemde doelen.
- 5.2. De voorbereidingscommissie bepaalt welke onderwerpen rijp zijn voor bespreking of besluitvorming.
- 5.3. Individuele leden van het ROAZ kunnen onderwerpen aandragen bij de voorbereidingscommissie.
- 5.4. Bij een wijziging in het acute zorgaanbod van een zorginstelling dient de aanbieder van acute zorg de voorbereidingscommissie op de hoogte te brengen volgens de 'procedure wijziging acute zorgaanbod' waarna het punt geagendeerd wordt op het eerstvolgend ROAZ.



- 5.5. Agendapunten kunnen tot uiterlijk 2 weken voorafgaand aan het ROAZ aangedragen worden bij de voorbereidingscommissie.
- 5.6. Onderwerpen waarvan tijdige agendering niet mogelijk is, maar waarvan ten gevolge van de spoedeisendheid geen uitstel mogelijk is, kunnen onder opgave van redenen worden aangemeld bij de voorbereidingscommissie.
- 5.7. Netwerk Acute Zorg regio Zwolle draagt er zorg voor dat de agenda na overleg met de voorbereidingscommissie en voorzitter van het ROAZ met de daarbij behorende stukken minimaal 1 week voorafgaand aan het ROAZ per e-mail bij de leden wordt bezorgd.

6. Deelneming derden

- 6.1. De voorbereidingscommissie van het ROAZ kan beslissen een andere partij of deskundige voor een overleg uit te nodigen.

7. Vergaderdata

- 7.1. Uiterlijk 31 december van het lopend jaar worden de data en tijden van ROAZ in het volgend jaar vastgesteld.
- 7.2. Er vindt, verspreid over het jaar, ten minste vier maal een ROAZ plaats, of zo vaak als de voorzitter noodzakelijk acht.
- 7.3. Op gezamenlijk verzoek van drie of meer leden kan binnen de termijn van 4 weken een extra ROAZ plaatsvinden.

8. Locatie

- 8.1. Het ROAZ vindt in principe plaats op locatie van Netwerk Acute Zorg regio Zwolle.

9. Verslaglegging

- 9.1. Netwerk Acute Zorg regio Zwolle is verantwoordelijk voor de verslaglegging van het ROAZ.
- 9.2. Ieder lid van het ROAZ tekent bij binnenkomst een presentielijst, die wordt toegevoegd aan het verslag van de vergadering.
- 9.3. Een verslag van het ROAZ bevat ten minste:



- de naam, functie en organisatie van personen die aanwezig zijn geweest
 - een korte weergave van de besproken zaken en beslissingen waartoe het overleg heeft geleid
 - datum, tijd en locatie van het volgende overleg.
- 9.4. Het verslag en de presentaties van het overleg worden binnen 3 weken na het ROAZ per e-mail aan de leden verzonden.
- 9.5. Het verslag wordt in het eerstvolgend ROAZ vastgesteld.

10. Slotbepaling

10.1. Dit huishoudelijk reglement treedt in werking d.d. 19 september 2013.

10.2. Een keer per twee jaar wordt het huishoudelijk reglement herzien.

10.3. Dit reglement wordt aangehaald als het 'huishoudelijk reglement ROAZ'.



Huishoudelijk reglement voorbereidingscommissie

1. Doel

- 1.1 De voorbereidingscommissie heeft de voorbereiding van het ROAZ tot doel. De commissie is de verbindende schakel tussen het ROAZ waar bestuurlijke thema's worden besproken en de focus- en themagroepen die meer zorginhoudelijk van aard zijn.

2. Opdracht

- 2.1 De voorbereidingscommissie staat ten dienste van de focusgroepen en het ROAZ.
- 2.2 Een lid van de voorbereidingscommissie is verantwoordelijk voor het aandragen van inhoudelijke onderwerpen die bijdragen aan discussie omtrent kwaliteit, bereikbaarheid en mogelijke verbetering van de acute zorg in de regio Zwolle.
- 2.3 De commissie bespreekt welke onderwerpen rijp zijn voor bespreking of besluitvorming in het ROAZ en bereidt vergaderingen van het ROAZ en de focusgroepen voor.
- 2.4 De voorbereidingscommissie is betrokken bij onderzoekstrajecten die door het ROAZ of de focusgroepen worden uitgezet.
- 2.5 Om bovenstaande uit te voeren is inhoudelijke visie, het leveren van input aan discussies en een streven naar kwaliteitsverbetering vereist.

3. Besluitvorming

- 3.1 De voorbereidingscommissie besluit over de onderwerpen die op de agenda van het ROAZ worden geplaatst.

4. Samenstelling en benoeming

- 4.1 De leden van de voorbereidingscommissie worden benoemd door het ROAZ.
- 4.2 De leden worden voor een termijn van 2 jaar aangesteld, waarna 1 keer herbenoeming mogelijk is.



- 4.3 In de commissie is plaats voor maximaal één vertegenwoordiger per type ketenpartner, waarbij de volgende partners vertegenwoordigd dienen te zijn:
- Ambulancezorg en meldkamer
 - GGz
 - GHOR
 - Huisartsenzorg
 - Verloskundige zorg
 - Ziekenhuis
- 4.4 De voorbereidingscommissie wordt geïnitieerd, gefaciliteerd en geregistreerd vanuit Netwerk Acute Zorg regio Zwolle.

5. Vergaderdata en locatie

- 5.1 De voorbereidingscommissie komt tenminste 4 keer per jaar bijeen ca. 3 weken voorafgaand aan het ROAZ.
- 5.2 De bijeenkomsten vinden plaats op locatie van Netwerk Acute Zorg regio Zwolle.

6. Slotbepaling

- 6.1 Het reglement treedt in werking d.d. 19 september 2013.
- 6.2 Een keer per twee jaar wordt de het reglement herzien.
- 6.3 Dit document wordt aangehaald als het 'huishoudelijk reglement voorbereidingscommissie'.

Procedure wijziging acute zorgaanbod

1. Achtergrond

Het doel van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is het optimaliseren van de afstemming tussen de aanbieders van acute zorg om te zorgen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt.

Om dit te bereiken dient het ROAZ aandacht te besteden aan de volgende subdoelstellingen:

- Acute zorgaanbod in de regio in kaart brengen
- *Inzicht in en oplossen van witte vlekken in bereikbaarheid*
- Afstemming van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg
- Goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen

Een witte vlek in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verwijst naar de situatie waarin landelijke 'veldnormen' niet worden gehaald. Dit betreft veldnormen zoals onder andere geformuleerd in de Tijdelijke wet ambulancezorg (TWaz) en de WTZi. Daarnaast kunnen partners in het ROAZ aanvullende afspraken maken ten aanzien van beschikbaarheid en bereikbaarheid. Een witte vlek ontstaat ook wanneer deze afspraken niet worden gehaald.

Om witte vlekken tijdig te signaleren en op te lossen dienen zorginstellingen *voorgenomen wijzigingen in het acute zorgaanbod* tijdig kenbaar te maken aan het ROAZ. Hiermee kan aan de doelstelling van continuïteit en bereikbaarheid, volgens de daarvoor geldende normen en afspraken, worden voldaan.

In deze procedure is de rolverdeling uiteengezet van de betreffende zorginstellingen en die van het ROAZ die in deze situatie gehanteerd moet worden.

2. Rol zorgaanbieder(s): signaleren/melden, oplossen knelpunten

Het inrichten van faciliteiten of functies aanpalend aan de acute zorg is de eigen verantwoordelijkheid van de individuele zorginstelling of ketenpartner. Dit geldt ook voor het aanbrengen van wijzigingen in functies ten aanzien van een acute zorgvraag of -voorziening, zoals het verplaatsen of stoppen van activiteiten van (specifieke vormen van) acute zorg en het bundelen van zorg op één locatie.

In ROAZ-verband bestaat in aanvulling hierop een *gezamenlijke verantwoordelijkheid* voor de spreiding van acute zorg in de regio om continuïteit en bereikbaarheid binnen de daarvoor geldende normen te garanderen. De zorginstelling heeft hierdoor een tweede verantwoordelijkheid: het ROAZ tijdig in kennis stellen van wanneer en hoe het acute zorgaanbod van de instelling wijzigt en wat de (eventuele) gevolgen hiervan zullen zijn voor omliggende partners.

De zorginstelling doet dit door, voorafgaand aan de wijziging, het formulier 'Melding Wijziging Acute Zorgaanbod' volledig in te vullen en aan de voorbereidingscommissie van het ROAZ te sturen. De voorbereidingscommissie agendeert de wijziging vervolgens voor het bespreken daarvan in het eerstvolgende ROAZ.

Op basis van toelichting en bespreking in het ROAZ worden met de meldende instelling afspraken gemaakt over het oplossen van eventuele knelpunten.

3. Rol ROAZ: toetsen voorgenomen wijziging en signaleren knelpunten

Het ROAZ biedt de borging van regionale spreiding van het acute zorgaanbod en afspraken welke in dit kader dienen te worden gemaakt. Het ROAZ doet dit door het procedureel en inhoudelijk toetsen van de voorgenomen wijziging.

Procedureel:

- Is het ROAZ op de hoogte gesteld middels het volledig ingevulde formulier 'Melding Wijziging Acute Zorgaanbod'?
- Is de melding van de voorgenomen wijziging tijdig genoeg gedaan om het ROAZ gelegenheid te geven te toetsen en regionale spreiding te borgen?

Inhoudelijk:

- Is het gevolg van de wijziging in kaart gebracht en te overzien?
- Is beschreven welke potentiële effecten kunnen optreden voor andere partners?
- Zijn of lijken witte vlekken (te) ontstaan en is hiervoor een oplossing beschreven?
- Zijn door de wijziging nieuwe afspraken nodig met betrekking tot spreiding of borging van het acute zorgaanbod in de regio en is hierin voorzien?

Het ROAZ gaat na of het voorstel tot wijziging voldoende voorziet in het voorkomen en/of oplossen van witte vlekken in spreiding en borging van het acute zorgaanbod. De landelijke acute zorgkaart dient hierbij als hulpmiddel om te zien of en waar er witte vlekken ontstaan. Indien het voorstel voldoet, zal het ROAZ aangeven geen belemmeringen te zien in de uitvoering ervan. Wanneer het voorstel niet voldoet, zal het ROAZ de betreffende zorginstelling(en) voorzien van suggesties om het voorstel waar mogelijk aan te scherpen zodat regionale afstemming wordt geborgd.

Indien de betrokken zorginstelling(en) geen oplossing voor een witte vlek ziet, dan kan het ROAZ besluiten dit knelpunt, in gezamenlijkheid met de betrokken zorgverzekeraars, bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) neer te leggen.

De minister kan er dan voor kiezen om door middel van bestuursdwang de betrokken zorginstelling(en) er toe te dwingen de acute zorg te borgen. In het uiterste geval kan hierbij de toelating van de betreffende zorginstelling worden ingetrokken. De minister kan hierbij echter niet eisen dat een zorgorganisatie meer zorg gaat leveren dan van oudsher het geval was.

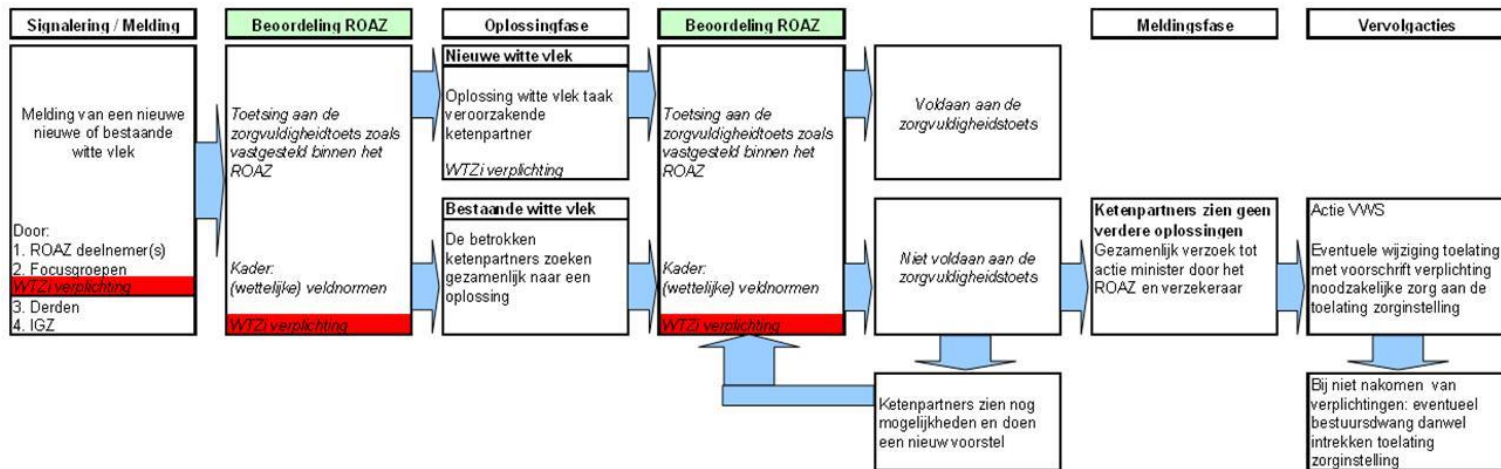
Zie voor de chronologische volgorde het stroomschema op de volgende pagina.

4. Slotbepaling

Deze procedure treedt in werking d.d. 19 september 2013. Een keer per twee jaar wordt de procedure herzien. Dit document wordt aangehaald als 'procedure wijziging acute zorgaanbod'.



Stroomschema ROAZ beoordeling wijziging acute zorgaanbod



ROAZ-leden worden verzocht om in de meldingsfase ook de DPG van wijzigingen in het acute zorgaanbod in kennis te stellen. Dit vanwege de liasonfunctie van de DPG richting het openbaar bestuur.

Procedure OTO-stimuleringsgelden

Stap	Handelingen	Coördinerende bepalingen		
		Wanneer	Door wie	Opmerkingen
1.	Opstellen meerjaren beleidsplan OTO	Apr - Jul	RS OTO	Gereed 5 maanden voor start kalenderjaar ingang nieuwe cyclus
	Opstellen OTO-jaarplan zorginstelling	Sept - Okt	Aanvrager	Gereed 3 maanden voor start OTO-uitvoeringsjaar
	Indienen aanvraag	Sept - Okt	Aanvrager	Indienen 3 maanden voor start OTO-uitvoeringsjaar m.b.v. format
	Opstellen OTO-jaarplan ROAZ	Okt - Nov	RS OTO	Gereed 2 maanden voor start OTO-uitvoeringsjaar
2. Toetsing	Inhoudelijke toets OTO-jaarplannen	Sept - Nov	RS OTO	Criteria uit het convenant zijn leidend
3. Vaststelling	Vaststelling meerjaren beleidsplan OTO	Aug - Sept	ROAZ	In de eerste bijeenkomst van het ROAZ na de zomervakantie wordt het vastgesteld
	Vaststelling OTO-jaarplan ROAZ	Nov - Dec	ROAZ	In de laatste ROAZ bijeenkomst van het kalenderjaar wordt het vastgesteld

	Handelingen	Coördinerende bepalingen		
Stap	OTO-jaarplan aanvraag	Wanneer	Door wie	Opmerkingen
4. Uitvoering	Afstemming met leverancier OTO-activiteiten	Doorlopend	Aanvrager	Suggestie: hanteer de inkoopvoorwaarden gezondheidszorg
	Zorginstelling betaalt factuur aan leverancier en factureert door aan het RS OTO	Doorlopend	Aanvrager	Geleverde dienst moet overeenkomen met inhoud OTO-jaarplan. Hanteer opgestelde regels t.a.v. facturering
	Beoordeling facturen zorginstelling aan de hand van het OTO-jaarplan		Voorzitter RS OTO	Voorzitter RS OTO doet dit namens het RS OTO, wat gemandateerd is door het ROAZ
	Uitkering OTO-stimuleringsgelden	Doorlopend	NAZZ	Uitkering verloopt via NAZZ / Isala
5. Rapportage	1 ^e periodieke rapportage	Mei	Aanvrager	Rapporteren aan RS OTO m.b.v. format
	2e periodieke rapportage	Nov	Aanvrager	Rapporteren aan RS OTO m.b.v. format
	Verantwoording in jaardocument Maatschappelijke Verantwoording	Feb - Mei	Aanvrager	Zie bepalingen in relevante wetgeving: art. 33 Wvr & art. 16 WTZi
	Eindverantwoording OTO-stimuleringsgelden over boekjaar	Jan - Apr	RS OTO	Zowel financieel als inhoudelijk
	Vaststelling in het ROAZ	Mei- Jun	ROAZ	Gereed voor de zomervakantie

Procedure facturering OTO-stimuleringsgelden

Stap	Handelingen	Coördinerende bepalingen		
	Facturering	Wanneer	Door wie	Opmerkingen
1. Uitvoering	Aanvrager voert OTO-activiteiten uit conform ingediende aanvraag en daarbij behorend OTO-jaarplan	Doorlopend	Aanvrager	OTO-activiteiten dienen uitgevoerd te worden binnen het betreffende kalenderjaar
2. Facturering	Aanvrager betaalt factuur zelf uit aan leverancier	Doorlopend	Aanvrager	Indien van toepassing verrekend de aanvrager zelf kosten aan van overige participerende instellingen
	Aanvrager stuurt een aan de 'toekenningsbrief' gerelateerde gespecificeerde (verzamel)factuur, met betalingsbewijs en omschrijving geleverde diensten, aan het RS OTO	Doorlopend	Aanvrager	<p>Factuuradres:</p> <p><i>Isala</i> <i>t.a.v. Regionaal Steunpunt OTO</i> <i>(kostenplaats 3213)</i> <i>Postbus 40103</i> <i>8004 DC Zwolle</i></p> <p>Facturen dienen uiterlijk 31 januari van het daaropvolgende kalenderjaar binnen te zijn op het factuuradres. Facturen die nadien binnenkomen worden <u>niet</u> meer uitbetaald!</p>

Stap	Handelingen	Coördinerende bepalingen		
	Facturering	Wanneer	Door wie	Opmerkingen
	Bij correcte aanlevering beoordeelt de voorzitter van het RS OTO de factuur aan de hand van het OTO-jaarplan	Doorlopend	Voorzitter RS OTO	Indien de besteding conform de ingediende aanvraag en het daarbij behorende OTO-jaarplan is verlopen, worden de OTO-stimuleringsgelden uitbetaald aan de organisatie
3. Rapportage	Aanvrager geeft in de periodieke rapportages (mei en november) aan welke facturen er zijn gestuurd in de betreffende periode	Mei - Nov	Aanvrager	Rapporteren aan RS OTO m.b.v. format
	De aanvrager legt jaarlijks financiële verantwoording af aan het Ministerie van VWS over de inzet en voorbereiding op rampen en crisis (inclusief OTO) via het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording	Feb - Mei	Aanvrager	Zie bepalingen in relevante wetgeving: art. 33 Wvr & art 16 Wtzi
	Het RS OTO maakt in het eerste kwartaal van het daaropvolgende kalenderjaar een financiële eindrapportage OTO-stimuleringsgelden over het betreffende kalenderjaar	Jan - Mrt	RS OTO	Deze eindrapportage is tevens de definitieve afsluiting van het betreffende (financiële) boekjaar

Formulieren

Alle formulieren zijn te downloaden via www.netwerkacuteczorg.nl



Melding wijziging acute zorgaanbod

Datum:

1. Gegevens zorginstelling

Naam organisatie:

Adres:

Postcode:

Plaatsnaam:

2. Persoonsgegevens

Naam:

Titel:

Functie:

Telefoonnummer:

E-mail:

3. Wijziging in acute zorgaanbod

A. Kruis de voorgenomen verandering in uw acute zorgaanbod aan (meerdere opties mogelijk)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> intensivering samenwerking / fusie | |
| <input type="checkbox"/> uitbreiding aanbod | <input type="checkbox"/> versmalling aanbod |
| <input type="checkbox"/> sluiting locatie | <input type="checkbox"/> verplaatsing locatie |



- B. Benoem de huidige en toekomstige situatie
- C. Datum van voorgenomen uitvoering
- D. Beschrijf welke effecten de voorgenomen wijziging heeft op de acute zorgketen
- E. Denkt u dat er effecten merkbaar zullen zijn voor andere partners? Zo ja, welke effecten verwacht u voor welke partners?
- F. Welk onderzoek heeft u gedaan om de verwachte effecten te staven?
- G. Zijn er maatregelen nodig naar aanleiding van bovengenoemde verwachte effecten en heeft u hierover gecommuniceerd met betrokken ketenpartners?
- H. Aanvullende informatie en/of toelichting:

Stuur het volledig ingevulde formulier naar: Netwerk Acute Zorg regio Zwolle, t.a.v. voorbereidingscommissie ROAZ, Postbus 10 400, 8000 GK Zwolle. Of e-mail het naar: info@netwerkacutezorg.nl o.v.v. 'Melding wijziging acute zorgaanbod'.

Aanvraagformulier OTO-stimuleringsgelden

In te vullen door zorginstelling (hierna te noemen organisatie) die de OTO-stimuleringsgelden heeft ingezet. Formulier verkrijgbaar via het Regionaal Steunpunt OTO van de ROAZ regio Zwolle. Twee maal inleveren; 1 maal elektronisch, 1 maal het ondertekend origineel.

I. Gegevens van de aanvrager

Naam organisatie	
WTZi nummer	
Contactpersoon (inhoudelijk)	
Telefoon	
Mobiele telefoon	
E-mail	
Contactpersoon (financieel)	
Telefoon	
Mobiele telefoon	
E-mail	
Bankgegevens	
t.a.v.	

Overige betrokken organisaties (per organisatie graag aangeven)	
Naam organisatie	
Contactpersoon	
Telefoon	
Mobiele telefoon	
E-mail	



II. Omvang aanvraag OTO-stimuleringsgelden

Bedrag (eventuele BTW apart vermelden)		
€		
BTW	ja / nee	€

III. (Project)activiteiten OTO)

OTO-activiteiten	<i>-jaartal-</i>			
	Kw. 1	Kw. 2	Kw. 3	Kw. 4

(graag aankruisen binnen welk kwartaal een activiteit plaatsvindt)

IV. Financiële gegevens

1. Kosten OTO-activiteiten (declareerbaar)	
Activiteit	Euro
Totaal	

2. Kosten OTO-activiteiten (niet declareerbaar)	
Activiteit	Euro
Totaal	

VI. Voorwaarden voor aanvraag en inzet OTO-stimuleringsgelden

Rapportageplicht

- De organisatie stelt het Regionale Steunpunt OTO periodiek op de hoogte van de voortgang van de OTO-activiteiten, zowel inhoudelijk als financieel.
Rapportagemomenten:
 - Voor 1 augustus (over de periode 1 januari - 30 juni);
 - Voor 1 december (over de periode 1 juni - 31 december).
- De organisatie houdt zelf een financiële rapportage bij.
- **De organisatie is zelf verantwoordelijk voor de inzet van de OTO-stimuleringsgelden conform de inhoud en bestedingscriteria weergegeven in het 'Convenant inzake OTO' van 16 oktober 2008.**
- De organisatie legt jaarlijks verantwoording van de inzet van de OTO-stimuleringsgelden af aan VWS via jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Uitkering stimuleringsgelden

OTO-stimuleringsgelden zullen worden uitgekeerd aan de organisatie na ontvangst en toetsing van een factuur met onderliggende stukken.

Wijzigingen

Wijzigingen met betrekking tot de OTO-activiteiten, zowel inhoudelijk, financieel als de looptijd, dienen door de organisatie schriftelijk aan het Regionaal Steunpunt OTO ter beoordeling te worden voorgelegd.

Het Regionaal Steunpunt OTO stelt de organisatie schriftelijk op de hoogte van het besluit omtrent de voorgestelde wijziging.

Administratief

De organisatie is verplicht een deugdelijke OTO-activiteitenadministratie te voeren. De OTO-activiteitenadministratie, alsmede bewijsstukken inzake betalingen en inkomsten, dienen tot uiterlijk eind *-jaartal-* te worden bewaard. Vertegenwoordigers van controlerende instanties die in dit kader daartoe bevoegd zijn, dienen toegang te hebben tot de administratie.

Aanbesteding

Bij de inzet van de middelen is zorginstelling zelf verantwoordelijk dat voldaan wordt aan de van toepassing zijnde wettelijke regelgeving op het gebied van aanbesteding.

VII. Ondertekening door aanvrager OTO-stimuleringsgelden:

(plaats)

(dag - maand - jaar)

(handtekening)

Insturen naar

U kunt uw rapportage sturen naar het Regionaal Steunpunt OTO van de ROAZ Zwolle. Het adres is:

Netwerk Acute Zorg regio Zwolle
Regionaal Steunpunt OTO
t.a.v. Wim Heupers
Postbus 10400
8000 GK Zwolle

De digitale versie kunt u sturen naar: w.heupers@isala.nl

Periodieke rapportage OTO-stimuleringsgelden

In te vullen door zorginstelling (hierna te noemen organisatie) die de OTO-stimuleringsgelden heeft ingezet. Formulier verkrijgbaar via het Regionaal Steunpunt OTO van de ROAZ regio Zwolle. Twee maal inleveren; 1 maal elektronisch, 1 maal het ondertekend origineel.

I. Gegevens van de ketenpartner

Naam organisatie	
WTZi nummer	
Contactpersoon (inhoudelijk)	
Telefoon	
Mobiele telefoon	
E-mail	
Contactpersoon (financieel)	
Telefoon	
Mobiele telefoon	
E-mail	

Overige betrokken organisaties (per organisatie graag aangeven)	
Naam organisatie	
Contactpersoon	
Telefoon	
Mobiele telefoon	
E-mail	



II. Rapportageperiode

- jaartal-	
jan t/m juni	
juli t/m dec	

(Graag aankruisen om welke periode het gaat)

III. Status van de in deze periode geplande OTO-activiteiten

1. Uitgevoerde OTO-activiteiten	Uitvoering gereed	Loopt nog
	ja / nee	ja / nee
	ja / nee	ja / nee
	ja / nee	ja / nee

2. Niet uitgevoerde OTO-activiteiten	Reden waarom deze niet is uitgevoerd

IV. Financiële verantwoording

1. Gefactureerd in deze periode (per factuur en in hele euro)
€
€

2. Restant budget (in hele euro)

€

VI. Ondertekening door aanvrager OTO-stimuleringsgelden:

(plaats)

(dag - maand - jaar)

(handtekening)

Insturen naar

U kunt uw rapportage sturen naar het Regionaal Steunpunt OTO van de ROAZ Zwolle. Het adres is:

Netwerk Acute Zorg regio Zwolle
Regionaal Steunpunt OTO
t.a.v.: Wim Heupers
Postbus 10400
8000 GK Zwolle

De digitale versie kunt u sturen naar: w.heupers@isala.nl



Bijlagen

Bijlage 1: beleidsvisie WTZi

Bron: Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi)

Versie 3 juni 2005, kamerstuk 6 juni 2005, www.rijksoverheid.nl

Acute zorg

Acute zorg doet zich voor bij een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. Er is dan sprake van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is van groot belang dat deze zorg voor een ieder binnen redelijke tijd toegankelijk is. De toegankelijkheid van de acute zorg is op dit moment goed geborgd. In mijn brief van 26 september 2003 (TK 27 295, nr. 56), heb ik aangegeven dat volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 98,8% van de bevolking binnen 45 minuten (15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabiliseren en 25 minuten rijtijd) per ambulance een ziekenhuis met Spoedeisende Hulp (SEH) kan bereiken.

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Ik heb in mijn beleidsvisie acute zorg (TK 29247, nr.1, 10 oktober 2003) aangegeven de ketenbenadering in de organisatie van de spoedeisende hulpverlening centraal te willen stellen, om de acute zorg ook in de toekomst goed toegankelijk te houden. Uitgangspunt is de 'veldnorm': patiënten die acute zorg nodig hebben moeten binnen een kwartier door een ambulance bereikt worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Bij huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Het referentiekader "Spreiding en bereikbaarheid", waarover ik u op 3 mei 2004 (TK 29 247, nr.13) heb geïnformeerd, heeft in kaart gebracht hoeveel ambulancestandplaatsen nodig zijn om 95% van de bevolking binnen een kwartier door een ambulance te laten bereiken. In aansluiting moet hierop een werkend systeem zijn (7x24 uur beschikbaar) dat op voorhand aangeeft naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan of moet worden.



Elke regio moet, op initiatief van het betreffende traumacentrum, hiervoor een passende oplossing zoeken. Er zijn 25 regio's voor acute zorg die samenwerken met 10 traumacentra. Alle zorgaanbieders in de keten worden hierbij betrokken: huisartsen, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, ggz-instellingen, ziekenhuizen en traumacentra. Dit geeft een beeld van de verschillende behandelmogelijkheden en -capaciteiten in de regio, een zogenaamde level-indeling. Deze level-indeling maakt voor alle ketenpartners transparant wie welk level zorg aan kan bieden. De traumacentra bepalen objectieve landelijke criteria voor deze level-indeling; één van de levels betreft in ieder geval de ziekenhuisvorm waarmee acute basiszorg kan worden geleverd. Zorgverzekeraars gebruiken deze levelindeling om acute zorg in te kopen.

De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. In de beleidsregels WTZi wordt opgenomen dat basis-ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en ggz-instellingen dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg, en de in dat overleg gemaakte afspraken dienen na te komen. Het kan zijn dat in het ketenoverleg acute zorg wordt vastgesteld dat in de regio behoefte is aan bepaalde vormen van acute zorg, en de verzekeraar niet in staat is die zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden. In dat geval kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat de instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt op een bepaalde locatie. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH op een bepaalde locatie. De wet biedt bij het overtreden van de in de toelating gestelde voorwaarden de mogelijkheid van bestuursdwang en, in het uiterste geval, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een ultimatum remedium dat alleen in uitzonderlijke gevallen dient te worden gebruikt.



Opgeschaalde hulpverlening

De afspraken die gemaakt worden in het ketenoverleg acute zorg betreffen de reguliere spoedeisende hulpverlening. Maar ook over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt.

Van opgeschaalde hulpverlening is sprake wanneer zich tegelijkertijd meer patiënten/slachtoffers aandienen in het ziekenhuis dan waar de normale ziekenhuisbezetting op gebaseerd is. De voorbereiding van algemene en academische ziekenhuizen op opgeschaalde inzet is van groot belang bij deze bijzondere vorm van medische hulpverlening. Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig Functionaris over hun inzetmogelijkheden bij opgeschaalde hulpverlening. De Regionaal Geneeskundig Functionaris sluit met elk ziekenhuis een contract waarin de afspraken vastgelegd zijn. De afspraken omvatten de voorbereidingen zoals vastgelegd in een actueel plan voor “ziekenhuis in bijzondere omstandigheden” en een afgestemde frequentie en schaal waarin een en ander geoefend wordt.

Acute psychiatrie

De acute psychiatrie is een speciale vorm van acute zorg. Acute psychiatrie kan namelijk zowel op vrijwillige basis als gedwongen plaatsvinden, op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Bij een crisisopname op grond van de Wet Bopz, dient in een eerste opname te worden voorzien op een zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van de hulpvrager. Een Bopz-patiënt kan alleen opgenomen worden -gezien de gestelde veiligheidseisen aan het gebouw, voor patiënt en personeel wanneer de aanbieder van zorg daarvoor een aanwijzing in het kader van de Wet Bopz heeft. Binnen de keten van acute geestelijke gezondheidszorg worden afspraken gemaakt over voldoende plaatsen in de regio.



Bijlage 2: beleidsregels WTZi

Bron: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 september 2009, nr. DLZ/SFI-2941423, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi), Staatscourant 2009, nr 14401 28 september 2009

Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop de instelling invulling heeft gegeven aan de in het overleg gemaakte afspraken. De afspraken in het regionale overleg acute zorgketen moeten ertoe leiden dat deelnemers aan het overleg alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt.

Toelichting

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen, binnen de door de overheid gestelde kaders, zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening wordt uitgegaan van een ketenbenadering. Allereerst is er de 'veldnorm' voor ambulancezorg die aangeeft dat patiënten die acute zorg nodig hebben, binnen een kwartier door een ambulance bereikt moeten kunnen worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Op huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Voorts is er in het kader van de WTZi het regionale overleg acute zorgketen. Dat dient er voor te zorgen dat er aansluitend een werkend systeem is (7x24 uur) waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de patiënt



vervoerd kan c.q. moet worden. Daarbij moet per regio, op initiatief van het traumacentrum, een passende oplossing worden gezocht. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. Deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een SEH-afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt. Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden. Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen en dienen de in dat overleg gemaakte afspraken na te komen. Als een instelling met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet voldoet aan de bereikbaarheidsnorm, kan aan de bestaande toelating van de instelling het voorschrift worden verbonden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis op een bepaalde locatie. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating verbonden voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een laatste redmiddel dat, vooral op een dringend, gezamenlijk verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum (als initiatiefnemer van het regionale overleg acute zorgketen) kan worden gebruikt.

Vorbereiding op opgeschaalde hulpverlening

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen bereiden zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voor op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor dient de zorginstelling over een Rampen Opvang Plan te beschikken. De instelling legt dit Rampen Opvang Plan over bij de aanvraag van een toelating. Het Rampen Opvang Plan dient regelmatig te worden bijgesteld op grond van ervaringen uit trainingen en oefeningen.



De zorginstelling doet in de jaarverantwoording jaarlijks verslag over de wijze waarop de instelling hier invulling aan heeft gegeven. De zorginstelling stemt haar werkwijze af met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) van de veiligheidsregio waarin de instelling is gelegen. De gemaakte afspraken zullen worden opgenomen in een regionaal crisisplan, dat door het bestuur van de veiligheidsregio wordt vastgesteld.

Toelichting

Het leveren van verantwoorde zorg betreft ook het zorgaanbod in geval van zware ongevallen, bij crises en rampen, zogenaamde opgeschaalde situaties. De bedoelde instellingen dienen zich hierop voor te bereiden aan de hand van een Rampen Opvang Plan. De Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP) kan hiertoe behulpzaam zijn. Opleiden, trainen en oefenen zijn onderwerpen die onlosmakelijk zijn verbonden aan een kwalitatief goed plan. Uit elke training en oefening zal blijken dat er punten zijn waarop verbetering mogelijk is, hetgeen zal moeten leiden tot bijstellingen van het plan.



Bijlage 3: WTZi en ROAZ

Bron: Wet Toelating Zorginstellingen en regionaal overleg acute zorgketen
(definitieve versie voor bestuurlijk overleg van 15 september 2005)

www.rijksoverheid.nl

Doel van het regionaal overleg acute zorgketen binnen de WTZi

Het wetsvoorstel WTZi is aanleiding geweest om te komen tot een ‘regionaal overleg acute zorgketen’. In dit overleg komen alle aanbieders van acute zorg bij elkaar met als doel een regionaal dekkend systeem, met optimale onderlinge afstemming van de verschillende zorgaanbieders zodat de patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt. Het regionale overleg maakt duidelijk dat de veldpartijen primair aan zet zijn om de afstemming tussen de verschillende aanbieders uit de acute zorgketen goed te regelen. Pas in het uiterste geval geeft het de minister de mogelijkheid tot ingrijpen.

.....

Acute zorgketen

Hoewel de definitie van acute zorg breed is, is de invalshoek van de WTZi gericht op de onderlinge afstemming van de verschillende aanbieders van acute zorg: de onderlinge aansluiting van afzonderlijke schakels in de keten van acute zorg. Dit betreft dus maar een klein deel van de totale acute zorg. Immers, het grootste deel van de spoedvragen kan beantwoord worden binnen de muren van één enkele instelling (meestal een eerstelijnszorginstelling) en heeft ook geen gevolgen voor een andere aanbieder uit de keten.

De voorliggende notitie richt zich op die zorg waarbij meer dan één aanbieder van acute zorg betrokken is (direct of indirect) en waar dus sprake is van ketenzorg. De acute zorgketen start bij de acute hulpvraag van een persoon en eindigt op de plek waar die hulpvraag adequaat kan worden beantwoord. Een acute zorgvraag kan meer of minder complex zijn hetgeen impliceert dat niet al



deze patiënten uiteindelijk op een afdeling spoedeisende hulp (SEH) terechtkomen.

.....

Alle aanbieders van acute zorg die betrokken zijn bij de acute zorgketen nemen deel aan het regionale overleg. Dit betreft: huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, de crisisfunctie in GGZ instellingen, en ziekenhuizen (inclusief de instellingen die als traumacentra zijn aangewezen). Het regionale overleg zal volgens veiligheidsregio grenzen plaatsvinden. Om te voorkomen dat de instellingen die als traumacentra zijn aangewezen meerdere regionale overleggen tegelijkertijd voeren, voegen zij de veiligheidsregio's die tot hun gebied horen samen tot één regionaal overleg acute zorgketen. Op deze wijze worden de veiligheidsregio grenzen aangehouden die van belang zijn voor de regionale ambulancevoorzieningen en de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Er zal hierbij zoveel mogelijk worden voortgebouwd op reeds bestaande goed werkende overlegstructuren.

Procesafspraken voor het regionale overleg

Het regionaal overleg acute zorgketen heeft als doel om aanbieders van acute zorg met elkaar te laten overleggen hoe patiënten worden doorverwezen, wie in staat is welke zorg te leveren en hoe een beperking van het aanbod door de ene aanbieder kan worden opgevangen door de ander aanbieders. Met andere woorden: hoe komt de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats? Dit proces wordt als volgt vormgegeven:

1. Ziekenhuizen die ook traumacentrum zijn starten een regionaal overleg acute zorgketen. Daarbij moet worden bedacht, dat ziekenhuizen die wat betreft de opvang van traumapatiënten samenwerken, voor andere patiëntgroepen wellicht in een ander samenwerkingsverband acteren en afspraken maken. Het kiezen van de indeling volgens traumacentra heeft een praktische reden; hier bestaat al een vorm van overleg over de acute zorg voor een specifieke groep patiënten. De daarbij bereikte geografie is echter geenszins bedoeld definitief te zijn als het zou komen tot regionale, meer directieve vormen van sturing van



patiënten die acute zorg behoeven. De traumacentra hebben in het regionale overleg vooral een initiërende rol.

2. Dit regionale overleg brengt het acute zorgaanbod in de regio in beeld. Zoals hiervoor is beschreven, wordt er om praktische redenen gestart met de keten die de acute zorg doorloopt die op de SEH terechtkomt. Daarbij wordt voorzien in overlap met andere regio's zoals onder 1 beschreven. Voorts wordt de analyse in relatie gebracht met afspraken met huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen en GGZ-instellingen. Vragen die hierbij onder meer aan de orde kunnen komen zijn: Welke acute zorgvragen komen bij welke zorgaanbieders binnen? Welke zorg wordt er geleverd? Wat zijn de actuele behandelcapaciteiten van iedere zorgaanbieder? Wat zijn de vervolgroutes? Van te voren wordt per regio gedefinieerd wat daarbij in elk geval zichtbaar moet worden. In de praktijk zal dit vaak betekenen dat impliciete afspraken expliciet gemaakt worden en (indien nodig) bediscussieerd worden in het regionale overleg. In de meeste regio's is overigens veel van wat in deze notitie staat al vanzelfsprekend. Vervolgens wordt deze analyse uitgebreid naar de acute zorg die niet op de SEH-afdeling terechtkomt, zoals de patiënt die ter plekke door de ambulancedienst geholpen kan worden.

3. Als een aanbieder uit de acute zorgketen wil stoppen met het leveren van acute zorg dient deze zorgaanbieder dit te melden in het regionale overleg. Het regionale overleg bekijkt vervolgens of er een regio ontstaat waar de acute zorg onvoldoende gewaarborgd is ('witte vlek'). Heldere bereikbaarheidsnormen zijn hiervoor noodzakelijk. Het regionale overleg zoekt, in samenspraak met de betrokken zorgverzekeraars, naar oplossingen. Lukt dit niet, dan dient de zorgaanbieder het leveren van de acute zorg voort te zetten. Indien niet tot een oplossing wordt gekomen, heeft het ketenoverleg de taak een signaal af te geven aan de minister. De minister kan in het uiterste geval de zorgaanbieder via de WTzi dwingen noodzakelijk acute zorg op de betreffende locatie te blijven aanbieden. Dit geldt voor alle zorgaanbieders uit de acute keten. Op termijn zal de bekostigingssystematiek een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van witte vlekken. Het ligt immers voor de hand dat de partij die bepaalt welke instellingen bekostiging ontvangen, een rol heeft bij het voorkomen van witte vlekken.

.....



Elementen die richtinggevend kunnen zijn om in het regionaal overleg acute zorgketen te spreken over bereikbaarheid en/of de kwaliteit te optimaliseren zijn:

1. Kwantiteit. Om hoeveel patiënten met een bepaald type zorgvraag (specialisme en/of patiëntencategorie) gaat het;
2. De mate van complexiteit (denk bijvoorbeeld aan mate van levensbedreigendheid of irreversibele schade aan gezondheid). In welke mate zijn de patiënten aangewezen op acute zorg die slechts door een (enkele) zorgaanbieder kan worden geboden;
3. Verbeterpotentieel. Is bij de betrokken zorgaanbieder(s) ruimte voor snelle en aanzienlijke verbetering? Het regionale overleg is een platform om succesvolle projecten breed uit te rollen bij de betrokken aanbieders van acute zorg. Op deze manier kunnen projecten sneller de projectfase overstijgen en ingebed worden in de reguliere bedrijfsvoering.

.....

Verdere uitgangspunten

Er geldt geen aparte juridische status voor dit overleg. Het is een vergadering van de ketenpartners acute zorg. De ketenpartners blijven individueel verantwoordelijk voor hun eigen zorgaanbod. Hoewel het initiatief voor dit overleg bij de instellingen die als traumacentra zijn aangewezen ligt, helpen de overige ketenpartners de traumacentra hierbij als dat nodig is. In geval partijen uit het ketenoverleg niet tot overeenstemming kunnen komen staat het partijen vrij zich rechtstreeks tot de minister te wenden. De directies van de individuele instellingen zijn ervoor verantwoordelijk dat een vertegenwoordiger van de eigen instelling de bijeenkomsten bijwoont en daarvoor bestuurlijk mandaat heeft. Solistisch praktiserende huisartsen bepalen zelf op welke wijze zij zich laten vertegenwoordigen. De betrokken zorgverzekeraars worden geïnformeerd over de uitkomsten van het ketenoverleg acute zorg. Daarnaast worden zorgverzekeraars door het ketenoverleg ingeschakeld op het moment dat een vermoeden bestaat dat er een witte vlek ontstaat.



De marktleider en de regiovertegenwoordiger in de betreffende regio kunnen op die manier actief meedenken over mogelijke oplossingen.

Het juridisch instrumentarium voor het regionaal overleg acute zorgketen bestaat uit de WTZi, de WBMV, de WAZ en de Kwaliteitswet. In de WTZi staat op hoofdlijnen beschreven hoe het regionaal overleg acute zorgketen functioneert en welke taken de individuele deelnemers daarbij hebben. De WTZi biedt de minister ook het instrumentarium om in te grijpen als het regionale overleg niet tot goede resultaten komt. In de beleidsvisie traumazorg in het kader van de WBMV wordt de taakverbreding van de traumacentra opgenomen. Naast de rol die de traumacentra voor de traumazorg hebben, worden de traumacentra immers initiator voor het regionale overleg dat over de gehele acute zorgketen gaat (en niet alleen traumazorg). In de WAZ wordt voor de regionale ambulancevoorzieningen opgenomen welke taken zij in het kader van het regionale overleg hebben. Deze taak is identiek aan de taken voor de overige ketenpartners, zoals beschreven in de WTZi. Al deze wetten zorgen ervoor dat voor veldpartijen duidelijk is wat er van hen verwacht wordt, en het geeft de minister een instrumentarium om in te grijpen. Daarnaast blijft de Kwaliteitswet natuurlijk van kracht, op basis waarvan de IGZ ingrijpt als de kwaliteit van de ketenzorg in het geding is.

.....

De afspraken die gemaakt worden in het regionaal overleg acute zorgketen betreffen de reguliere spoedeisende hulpverlening. Maar ook over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt. Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig functionaris (RGF) over hun inzetmogelijkheden bij opgeschaalde hulpverlening. De RGF heeft met het regionaal overleg acute zorgketen een structuur om afspraken te maken met alle aanbieders van acute zorg. De RGF zou betrokken kunnen worden bij het regionaal overleg acute zorgketen als agendalid. Uiteindelijk blijft de RGF verantwoordelijk voor de organisatie van de GHOR en de hulpverleningsprocessen binnen de veiligheidsregio. De instellingen zelf blijven verantwoordelijk om goed voorbereid te zijn op rampen. De aanpak van een ramp is immers niets anders dan opgeschaalde reguliere zorg.

