

# Regionaal implementatieplan Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO:

*De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises*



Isala klinieken

.....●●●●●●●●●●  
Netwerk Acute Zorg  
Zwolle

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Doelen Implementatieplan</b>	<b>4</b>
<b>3. Stappenplan</b>	<b>4</b>
<b>3.1 Resultaten: Wat willen we bereiken?</b>	<b>4</b>
<b>3.2 Plannen en sturen: Hoe krijgen we het voor elkaar?</b>	<b>5</b>
<b>3.3 Ontwerpen en inrichten: Hoe geven we het vorm?</b>	<b>6</b>
<b>3.4 Communiceren: Hoe betrekken we iedereen?</b>	<b>8</b>
<b>3.5 Borgen in opleiden, trainen en oefenen</b>	<b>9</b>
<b>3.6 Afsluiten en evalueren: Wat levert het op?</b>	<b>9</b>
<b>4. Verantwoordelijkheden</b>	<b>9</b>
<b>5. Kosten</b>	<b>10</b>
<b>6. BIJLAGE: Lijst van deelnemende zorginstellingen</b>	

## 1. Inleiding

In de periode mei tot december 2012 heeft de landelijke werkgroep OTO Kwaliteit en Effectmeting in opdracht van de OTO Stuurgroep gewerkt aan de totstandkoming van het 'Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO: De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises'.

In 2010 heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de mate waarin de kwaliteit van voorbereiding op rampen en crises is veranderd door de inzet van de OTO-stimuleringsmiddelen. Een terugkerend thema naar aanleiding van de analyse was de behoefte aan normering, uniformiteit en indicatoren die aangeven wat van ketenpartners wordt verwacht. VWS heeft in haar brief van 13 juni 2012 in reactie op het Landelijk Jaarplan OTO 2012 ook aandacht gevraagd voor meer uniforme, financiële en inhoudelijke verantwoording. Met het beleidskader en het kwaliteitskader wordt tegemoet gekomen aan de aanbevelingen van het NIVEL en de wensen van IGZ en VWS. Beide kaders worden door VWS beschouwd als aanvulling op het OTO convenant uit 2008.

Dit kwaliteitskader geeft de minimumnormen weer, waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op rampen en crises.

Het kwaliteitskader is bedoeld voor de zorgsector, zodat zorginstellingen zich aantoonbaar kunnen voorbereiden op rampen en crises. Het is dus de bedoeling dat de zorgsector ook daadwerkelijk gaat werken met het kwaliteitskader. Daarvoor is het noodzakelijk om het kwaliteitskader breed te implementeren. Dit regionaal implementatieplan ligt in zijn huidige vorm voor u.

Het voorstel voor implementatie is middels een stappenplan beschreven. De belangrijkste acties met daaraan gekoppeld het eigenaarschap en tijdsindicatie rondom de regionale uitvoering zijn opgenomen in een tabel. Daarnaast is een globaal kostenoverzicht opgenomen waarin onderscheidt wordt gemaakt tussen landelijke en regionale kosten.

Het regionaal implementatieplan is geschreven door de steunpunten OTO van de netwerken acute zorg Zwolle en Euregio. De GHOR 'en Twente, IJsselland en Noord Oost Gelderland hebben input geleverd vanuit een adviserende rol.

## 2. Doelen implementatie

In het kwaliteitskader staan concrete prestaties en normen die bijdragen aan een aantoonbare voorbereiding op rampen en crisis door de zorgsector. Duidelijke prestaties en realistische normen die zijn bedoeld om te komen tot een uniforme, professionele en aantoonbare voorbereiding. De instrumenten om te toetsen – aan te tonen – zijn ook onderdeel van het kwaliteitskader.

Met het implementeren van het kwaliteitskader staan de volgende doelen centraal:

- **De zorgsector werkt eind 2014 in de voorbereiding op rampen en crises conform de normen in het kwaliteitskader en maakt daarbij gebruik van het kwaliteitsmodel, zoals uitgewerkt in het kader.**
- **Het aantoonbaar maken van de voorbereiding door het jaarlijks invullen van de zelfevaluatie.**
- **Het aantoonbaar maken van de voorbereiding door het toepassen van het visitatie-instrument.**
- **Het verkrijgen van commitment - landelijk en regionaal - voor uniforme, professionele, aantoonbare voorbereiding op rampen en crises door de zorgsector.**

## 3. Stappenplan

Dit stappenplan is overgenomen uit het landelijk format implementatieplan en helpt bij de invoering van het kwaliteitskader.

Belangrijke vragen in het implementatietraject zijn:

- 3.1 **Resultaten:** Wat willen we bereiken?
- 3.2 **Plannen en sturen:** Hoe krijgen we het voor elkaar?
- 3.3 **Ontwerpen en inrichten:** Hoe geven we het vorm?
- 3.4 **Communiceren:** Hoe betrekken we iedereen?
- 3.5 **Borgen in opleiden, trainen en oefenen:** Hoe leren we er mee omgaan?
- 3.6 **Afsluiten en evalueren:** Wat levert het op?

### 3.1 **Resultaten:** Wat willen we bereiken?

Aantoonbare voorbereiding op rampen en crises door de zorginstellingen in beide regio's. Dit wordt bereikt door te voldoen aan de minimale ondergrens die benoemd is in het kwaliteitskader.

In het 3<sup>e</sup> kwartaal van 2013 starten de ziekenhuizen en GGD-en met het zelfevaluatie-instrument (te vinden op het OTO-portaal) en wordt de regionale poule van visiteurs opgeleid, bestaande uit een voorzitter, externe deskundige en de OTO-coördinator van de regio. Gedurende 2013 wordt er tevens aansluiting gezocht met de overige zorginstellingen, te weten de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsen.

De belangrijkste doelen in 2013 zijn:

- Zelfevaluaties uitgevoerd, te beginnen met ziekenhuizen en GGD-en en daarna ambulancediensten en huisartsen<sup>1</sup>;
- Visitatieplan akkoord en regionale visiteurs zijn aangewezen en opgeleid. Externe deskundigen zijn al opgeleid volgens landelijk traject;
- Commitment bij de zorginstellingen.

De belangrijkste doelen in 2014 zijn:

- Start visitatie te beginnen met ziekenhuizen en GGD-en en daarna uitbereiding met ambulancevoorzieningen en huisartsen;
- Toepassing van het kwaliteitsmodel uit het kwaliteitskader.

### 3.2 **Plannen en sturen:** Hoe krijgen we het voor elkaar?

Omdat het kwaliteitskader een groot project is dat invloed heeft op veel regionale en landelijke OTO-activiteiten is een gedegen implementatietraject van belang.

De implementatie van het kwaliteitskader kent vier fases<sup>2</sup>:

1. Voorbereiding
2. Invoering
3. Uitvoering
4. Evaluatie

De eerste stap binnen de voorbereidingsfase is commitment vanuit het bestuurlijk ROAZ. Wanneer het ROAZ zich committeert aan het kwaliteitskader en dit regionaal implementatieplan kan overgegaan worden op de volgende acties binnen deze fase.

Een belangrijke actie is het opzetten van een werkgroep implementatie kwaliteitskader na akkoord van het ROAZ. Deze werkgroep is belast met de specifieke uitvoering van het implementatieplan. De coördinator OTO Netwerk Acute Zorg is de voorzitter van de werkgroep. De werkgroep bestaat uit de OTO-coördinatoren van de netwerken acute zorg van de regio's en afgevaardigden van de betrokken GHOR'en. Naar inzicht van de werkgroep kan deze uitgebreid worden met deelnemers vanuit de ziekenhuizen en GGD-en.

Het is van belang gedurende alle fases van het traject rekening te houden met een aantal belangrijke randvoorwaarden:

- Draagvlak binnen het ROAZ;  
Zonder draagvlak, geen succes! De aanjager (*De Coördinator OTO Netwerk Acute Zorg en voorzitter van de werkgroep*) moet zorgen voor draagvlak binnen het ROAZ.
- Tijdsinvestering en middelen;  
Het implementeren van het kwaliteitskader kost tijd. Het invoeren vraagt in elk geval inzet van mensen en het ontwikkelen of beschikbaar stellen van materiaal, zoals informatiemateriaal. Ook dient er regionaal een opleidingsbudget beschikbaar te worden gesteld voor de visiteurs. De externe deskundigen worden landelijk opgeleid ten laste van een landelijk budget voor de implementatie 2013.
- Communicatiestructuur;

<sup>1</sup> Huisartsenposten, huisartsenkringen en huisartsengroepen.

<sup>2</sup> Deze fases worden in de tabel op pagina 5 uitgewerkt.

De communicatie van de implementatie van het kwaliteitskader verloopt via bestaande en/of nieuwe communicatiemiddelen, zoals nieuwsbrieven, websites en/of overlegvormen.

Gedurende de implementatie wordt de voortgang steeds geagendeerd op de daarvoor bedoelde overleggen. Bijstellingen blijven mogelijk. De uitkomsten van de zelfevaluatie en de aanbevelingen uit de kwaliteitsvisitatie bieden hiervoor informatie, zowel op instellingsniveau als op het niveau van het ROAZ. De evaluatiefase kan hierdoor als dynamisch proces worden gezien.

### **3.3 *Ontwerpen en inrichten:*** Hoe geven we het vorm?

Zowel op regionaal- en landelijk niveau zullen verschillende acties plaats moeten vinden die zorgen voor een goede inbedding van het kwaliteitskader binnen de beide netwerkregio's. Deze acties zijn vastgelegd in hierna volgende tabellen (regionaal en landelijk) en zijn gekoppeld aan een tijdpad. Daarnaast is opgenomen welke entiteit verantwoordelijk is voor deze uit te voeren actie.

## Implementatie op regionaal niveau:










Stappen/fasen	Onderwerp	Acties	Wie	Wanneer	Afgerond
<b>Stap 1: voorbereidings- fase</b>	1. Afspraken in ROAZ verband over kader	a. Commitment ROAZ implementatie kwaliteitskader en opzet regionaal project.	ROAZ	Juni 2013	
		b. Benoemen eigenaar kwaliteitskader binnen ROAZ.	ROAZ	Juni 2013	
		c. Formeren werkgroep Impl. Kwaliteitskader	ROAZ	Juni 2013	
		d. Benoemen aanjager binnen ROAZ	ROAZ	Juni 2013	
		e. Benoemen acties, zodat ziekenhuizen en GGD-en eind 2014 voldoen aan de normen.	Werkgroep	Continu	
		f. Invulling geven aan wens dat alle ziekenhuizen en GGD-en eind 2013 de zelfevaluatie hebben ingevuld.	RS-OTO	Augustus 2013	
		g. Afspraken over hoe uitkomsten uit zelfevaluaties te bespreken in ROAZ.	ROAZ	Juni 2013	
		h. Vormgeven visitatiecommissie, bestaande uit voorzitter, coördinator en externe deskundige.	Werkgroep	April 2013	V
		i. Afspraken over hoe om te gaan met aanbevelingen uit kwaliteitsvisitaties	ROAZ	Juni 2013	
		j. Afspraken over monitoring voortgang van de implementatie	ROAZ	Juni 2013	
		k. Vaststellen communicatiestructuur van de implementatie	Werkgroep	Juni 2013	
	2. Toekomstige ontwikkelingen	a. Meenemen huisartsenzorg en ambulancezorg in de regionale implementatie van het kwaliteitskader	Werkgroep	Tweede helft 2013	
<b>Stap 2: invoeringsfase</b>	1. Doelgroep implementatie	a. Inzichtelijk krijgen van de doelgroep.	Werkgroep	April 2013	V
		b. Bevorderen van kennis over het kwaliteitskader bij de doelgroep, bijv. dmv voorlichtingsbijeenkomst of een nieuwsbrief.			
	2. Werkwijze	a. Afspraken maken over de werkwijze en vastleggen van afspraken in een regionaal implementatieplan	Werkgroep	April 2013	V
	3. Communicatie	a. Communiceren van de invoering.	Werkgroep	Continu	
<b>Stap 3: Uitvoeringsfase</b>	1. Regionaal plan van aanpak	a. Uitvoering geven aan regionaal implementatieplan (verder in te vullen door Netwerken Acute Zorg)	Werkgroep	Juni 2013	

## Implementatie op landelijk niveau:

Stappen/fasen	Wat	Acties	Wie	Wanneer	Afgerond
<b>Stap 1:</b> voorbereidingsfase	1. Actualiseren OTO-Toolkit	a. Digitale versie van de zelfevaluatie, de OTO Kaarten en de wegwijzer Effectief oefenen toevoegen aan OTO-Toolkit.	OTO-platform	Continu	
		b. Gedurende de implementatie wordt bekeken of actualisatie van de OTO Toolkit nodig en wenselijk is.	OTO-platform	Continu	
	2. Toekomstige ontwikkelingen Kwaliteitskader en OTO-Toolkit	a. Kwaliteitskader afstemmen op de huisartsenzorg en ambulancezorg.	Landelijke werkgroep	Eerste half jaar 2013	
<b>Stap 2:</b> invoeringsfase					
<b>Stap 3:</b> Uitvoeringsfase					

### 3.4 *Communiceren*: Hoe betrekken we iedereen?

Om iedereen te betrekken bij de implementatie en de uitvoering van het kwaliteitskader is het van groot belang dat duidelijke communicatie plaatsvindt via verschillende kanalen en overlegvormen. De volgende aandachtspunten zijn o.a. van belang:

-  Informatiebijeenkomst voor direct betrokkenen (ZiROP-, GROP-beheerders) waarbij borging op management- en operationeel niveau centraal staat;
-  Afhankelijk van de wens van de direct betrokkenen worden aanvullende bijeenkomsten georganiseerd;
-  Inzetten van social-media, websites en nieuwsbrieven;
-  Vast agendapunt in het bestuurlijk ROAZ (OTO) met daarin een terugkoppeling stand van zaken en mogelijke besluitvorming;
-  Vast agendapunt in de ROAZ Agendacommissie met daarin een korte terugkoppeling stand van zaken;
-  Vast agendapunt in het OTO-steunpunt;
-  Volgen van landelijke ontwikkelingen en deze onder de aandacht brengen bij betrokkenen;
-  Aansluiting zoeken bij OTO-gerelateerde projecten en overleggen;
-  Borging in bestaande planvorming (jaarplannen, meerjarenbeleidsplan).

Communicatie zal zoveel mogelijk uniform aan landelijke initiatieven uitgevoerd worden. Daarnaast is in nauw overleg tussen het Netwerk Acute Zorg Zwolle en het Netwerk Acute Zorg Euregio.



### 3.5 **Borgen in opleiden, trainen en oefenen:** Hoe leren we er mee omgaan?

Door het uitvoeren van de zelfevaluatie wordt in kaart gebracht op welke onderdelen er niet voldaan is aan de gestelde ondergrens (zgn. witte vlekken). De witte vlekken vormen de input voor de jaarplannen van ketenpartners in 2014 en de jaren hierop volgend. De jaarplannen bevatten alle OTO-activiteiten over een jaar.

Het Kwaliteitskader is tevens het beleidsinstrument dat het OTO-steunpunt gebruikt bij het beoordeling van aanvragen. Dit betekent ook dat de uitkomsten van de zelfevaluaties (2013) en visitaties (2014) van regionale ketenpartners als input zullen dienen voor aanvragen en daaruit voortkomende jaarplannen. De inzet van OTO-stimuleringsgelden kan zodoende gebruikt worden om gevonden witte vlekken aan te pakken om zodoende op een later visitatie/zelfevaluatie moment wel te voldoen aan de gestelde ondergrens genoemd in het kwaliteitskader.

Door het kader als vast agendapunt op te nemen binnen verschillende overlegvormen en werkgroepen wordt continu aandacht voor het onderwerp gevraagd en afstemming gezocht met lopende en nieuw te starten projecten. Daarnaast wordt het actief werken met het kwaliteitskader opgenomen in de verschillende regionale en individuele jaar- en beleidsplannen.

In het meerjaren OTO-beleidsplan 2012-2015 en het Regionaal OTO jaarplan 2013 is het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO reeds benoemd.

### 3.6 **Afsluiten en evalueren:** Wat levert het op?

Ziekenhuizen en GGD-en, huisartsen en ambulancediensten voldoen eind 2014 aan de ondergrens die gesteld is in het kwaliteitskader betreffende de voorbereiding op rampen en crises. Hiermee wordt voldaan aan de nadrukkelijke wens vanuit het ministerie van VWS en IGZ te voorzien in en voldoen aan een meetbare ondergrens voor de voorbereiding op rampen en crises.

## 4. **Verantwoordelijkheden**

**ROAZ:** Wanneer het ROAZ besluit zich te binden aan het implementatieplan wordt zij daarmee eigenaar. Het ROAZ kan vervolgens de 'Werkgroep Implementatie Kwaliteitskader' aanwijzen als proceseigenaar en belasten met de uitvoering van het kwaliteitsplan. De werkgroep zal invulling geven aan het vervolgtraject (bv. visitatieplan/kwaliteitsplan, begroting etc.).




**OTO-Steunpunt: De Coördinator OTO Netwerk Acute Zorg is tevens voorzitter van de werkgroep en heeft een aanjagersrol.** De aanjagersrol is geen toetsende maar een stimulerende en voorwaardenscheppende rol. De zorginstellingen zelf blijven verantwoordelijk voor de zelfevaluatie en de visitatie. Het OTO-steunpunt beoordeelt de aanvragen over de implementatie van het kwaliteitskader en rapporteert over de voortgang van de goedgekeurde aanvragen. Het OTO steunpunt bewaakt of de wijze van implementatie van het kwaliteitskader past binnen het OTO beleid en uitvoering. De werkgroep implementatie kwaliteitskader voert dit implementatieplan uit. Zij bereid de voorstellen inhoudelijk voor.

**GHOR:** De GHOR'en hebben als deelnemer van het ROAZ, RS-OTO en de werkgroep een adviserende rol in het geheel. Daarnaast zit de GHOR als medebestuurder aan tafel in het

ROAZ. Door de aanwezigheid van de GHOR wordt voorkomen dat eventuele doublures vanuit het kwaliteitskader richting GHOR werkzaamheden of andere lopende trajecten of verantwoordelijkheden van derden voorkomen.

## 5. Kosten

Voor 2013 wordt geadviseerd regionaal een reservering van €10.000,- op te nemen voor de implementatie van het kwaliteitskader. Hiermee worden de volgende zaken gedekt:

-  Onkosten (voor de op te leiden visiteurs of instellingen);
-  Informatievoorziening richting zorginstellingen en betrokken partijen (middels nieuwsbrieven, informatiebijeenkomsten, etc.);
-  Ondersteuningskosten.

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg neemt in 2013 de opleidingskosten voor de visiteurs voor haar rekening.

In 2014 dient een reservering voor de implementatie en deels de uitvoering van het kwaliteitskader in het OTO-jaarplan te worden opgenomen. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van de uitkomsten en bevindingen van de werkgroep, deze zullen naar verwachting eind 2013 bekend zijn.

## **BIJLAGE: Deelnemende zorginstellingen**

Lijst van deelnemende zorginstellingen binnen het Netwerk Acute Zorg Zwolle:

- Ziekenhuis St Jansdal
- Gelre Ziekenhuizen (locatie Apeldoorn en Zutphen)
- Deventer Ziekenhuis
- Röpcke Zweers Ziekenhuis, Saxenburgh Groep
- Diaconessenhuis, Zorgcombinatie Noorderboog
- Ziekenhuis Bethesda
- Isala klinieken
- GGD IJsselland
- RAV IJsselland
- Connexion AmbulanceZorg Noord en Oost Gelderland
- SDH IJssel-Vecht/Flevoland
- Centrale Huisartsenpost Salland
- Regionale Huisartsenpost Apeldoorn
- Regionale Huisartsenpost Zutphen
- Huisartsenpost Noord West Veluwe
- Huisartsenkring Zwolle/Flevoland
- Huisartsenkring Gelre-IJssel
- Dimence
- GGnet, regio Apeldoorn en Zutphen
- GGz Centraal
- GHOR IJsselland
- GHOR VNOG
- GHOR Drenthe

Lijst van deelnemende zorginstellingen binnen het Netwerk Acute Zorg Euregio:

- Medisch Spectrum Twente
- Ziekenhuisgroep Twente
- Streekziekenhuis Koningin Beatrix
- GGD Twente
- Ambulance Oost
- Connexion Ambulancezorg
- Huisartsenpost Oost Achterhoek
- Huisartsenpost Hengelo
- Centrale Huisartsen Post Almelo
- LHV Kring Twente
- GGnet, regio Winterswijk
- GHOR Twente
- GHOR VNOG