Traumacentrum
Zuidwest-Nederland

2021

Traumacentrum Zuidwest-Nederland

JAARVERSLAG

EVEN VOORSTELLEN

Mogen we jullie voorstellen aan het prachtig mooie team van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland! Een team dat afgelopen jaren heeft laten zien mooie resultaten neer te kunnen zetten met en voor de regio. Een bevlogen team, een gezellig team en bovenal een team wat goed om kan gaan met soms moeilijke omstandigheden.

Het team van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland kenmerkt zich door de hoge betrokkenheid en de onderlinge steun tijdens moeilijke tijden. Eenieder is in staat om steeds het beste in zichzelf en in anderen naar boven te halen en om voor de regio klaar te staan als het ertoe doet. Met trots blijven we verbinden, optimaliseren en vernieuwen!

Samen bouwen we komende jaren met dit fijne team door aan nog meer innovaties, een stevige koers van het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen), relevante projecten en onderzoek ter verbetering van de patiëntprocessen. Voor de ontwikkeling van iedere individuele medewerker blijven we vanzelfsprekend ruimte maken.

Als leidinggevenden van dit team kunnen wij (Dennis en Nienke) alleen maar ontzettend trots zijn op ieder individu met al zijn kwaliteiten!

Wie is wie
Voor een uitgebreidere kennismaking en voor een overzicht van alle collega's: **www.traumacentrumzwn.nl/medewerkers**

Fleur Adriaanse
Niels van der Boor
Roos Cats
Sara D'haene
Jan van Ditshuizen
Yente Dubbeldam
Carien Eijkman
Madelon Eissens
Hiske Ernst
Marjolein Fijn van Draat
Roel Geene
Nadine Haddo
Dennis den Hartog
Tessa den Hartog
Tobias Hensen
Eline van der Hoek
Iris Hoekjen
Sonja Hoekstein
Nienke Huijbregts
Ellen Jordaan
Iris Keessen
Kirsten Kirschner
Suzanne Klomp
Marion van Kooten
Emma Kuppens
Julia Lens
Ilse de Looff
Tessa Luikens
Alexandre Maraffa
Chrisje van Mol
Jolanda Mulder
Almina Mustafi c
Connie Nieuwenhuizen
Monique Oosterom
Jaap-Frank Ponstein
Marrit Rietkerk
Gerda Rodenburg
Maurits Roos
Wouter van der Spek
Daphne van Velzen
Pien Vingerling
Tea van Voorden
Janet Vos
Erna de Waart
Laurence Walhout
Nathan Waller
Laura Weijers
Marieke Wiebes

INHOUDSOPGAVE

Even voorstellen 2
Voorwoord 4
CORONA **5**
Inleiding | Corona 6
Vaccinatietraject 7
Rotterdamse ziekenhuizen ondersteunen VVT met personeel 8
Wat als aanpassingen in de zorgverlening onvoldoende blijken om de kwaliteit van zorg te waarborgen? 9
Fase 3 in de COVID-19-pandemie gevat in een infographic 10
Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding 12
Het was weer een zeer druk jaar voor het LCPS en het RCPS 13
PROJECTEN, PILOTS EN ONTWIKKELINGEN **14**
Digitale gegevensuitwisseling 15
Programma Zorgcoördinatie 16
Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) 20
COVID-19 dashboard Zuidwest-Nederland 21
Regionaal opschalingsplan kindergeneeskunde 22
Nieuwe aanpak voor aangifte tegen agressie en geweld in de zorg 23
ROAZ Regie Centrum (RRC) 24
IP & ABR ZORGNETWERK **25**
Vanuit het IP & ABR Zorgnetwerk 26
OPGESCHAALDE ZORG **27**
OTO-programma in 2021: doorontwikkeling OTO-activiteiten 28
TRAUMAZORG **29**
Datamanagement en onderzoeken 30
Rapportage traumazorg in Zuidwest-Nederland ten tijde van een pandemie 32
Landelijke Traumaregistratie (LTR) 33
Project Polytraumapatiënt 34
MOBIEL MEDISCH TEAM **35**
Het Mobiel Medisch Team (MMT) 36
Instagram account MMT 38
Gezamenlijk op weg naar een Luchthavenbesluit 38
Albert Visser neemt afscheid van het MMT 39
Voortraject prehospitale inzet ECMO door Mobiel Medisch Team 41
ORGANISATIE **42**
Vooruitblik 2022 43
Colofon 44

VOORWOORD

2021 was wederom een bewogen jaar. De coronaperikelen beheersten een groot deel van onze werkzaamheden, maar tegelijkertijd was er ook ruimte voor reguliere werkzaamheden en innovatieve projecten. Meer over onze coronawerkzaamheden leest u vanaf pagina 5.

Heel bewust hebben we in 2021 gekozen om de reguliere werkzaamheden en projecten doorgang te laten vinden. Dit betekent continu balanceren en overleggen met de regio wat we samen kunnen vormgeven en intern nadenken welke mensen we kunnen inzetten. Een behoorlijke uitdaging in drukke tijden! Het bouwen aan de toekomst door middel van innovatieve projecten is en blijft nodig, ook in moeilijke omstandigheden. Daarom zijn we ook extra trots op de resultaten die we hier samen met de regio in hebben bereikt.

Het programma Zorgcoördinatie heeft prachtige resultaten geboekt met o.a. de implementatie van het dashboard LPZ Geboortezorg en verdere uitrol en evaluatie van LPZ Spoed. Daarnaast is de pilot Zorgcoördinatiecentrum in Rotterdam-Rijnmond zo goed als afgerond en gaan we door. Lees meer hierover op pagina 16. Het thema zorgcoördinatie wordt zowel in landelijk als regionaal verband in de komende jaren verder uitgewerkt.

Het informatiemanagementproces is verder geprofessionaliseerd en geautomatiseerd en dit leidt tot een prachtig wekelijks dashboard over de stand van zaken in de keten rond COVID-19. In 2022 gaan we samen met de partners op deze ingeslagen weg door.

Partners uit de acutezorgketen hebben verder gewerkt aan de implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Er zijn belangrijke stappen gezet om de kwaliteit voor patiënten in de keten in onderlinge afstemming verder te verbeteren. Een proces wat continu aandacht krijgt en waarin het belangrijk is om te verbinden en zo nodig te vernieuwen.

Het onderzoek dat we vormgeven op basis van de traumaregistratie heeft enkele mooie publicaties opgeleverd. En het project Polytrauma, waarin we in regioverband met traumachirurgen en ambulancediensten kijken naar verdere verbetering van de zorg voor polytraumapatiënten, heeft de eerst fase van analyse afgerond. Op naar verdere uitrol en implementatie in 2023!

Eén van de hoogtepunten van 2021 is het gaan vliegen met de ECMO (hart-long machine) door het MMT. Prehospitaal worden patiënten met een hartstilstand met ECMO behandeld wat de kans op overleving naar alle waarschijnlijkheid vergroot. Onderzoek zal de komende jaren uitwijzen wat dit betekent voor de overleving en kwaliteit van leven van deze patiënten.

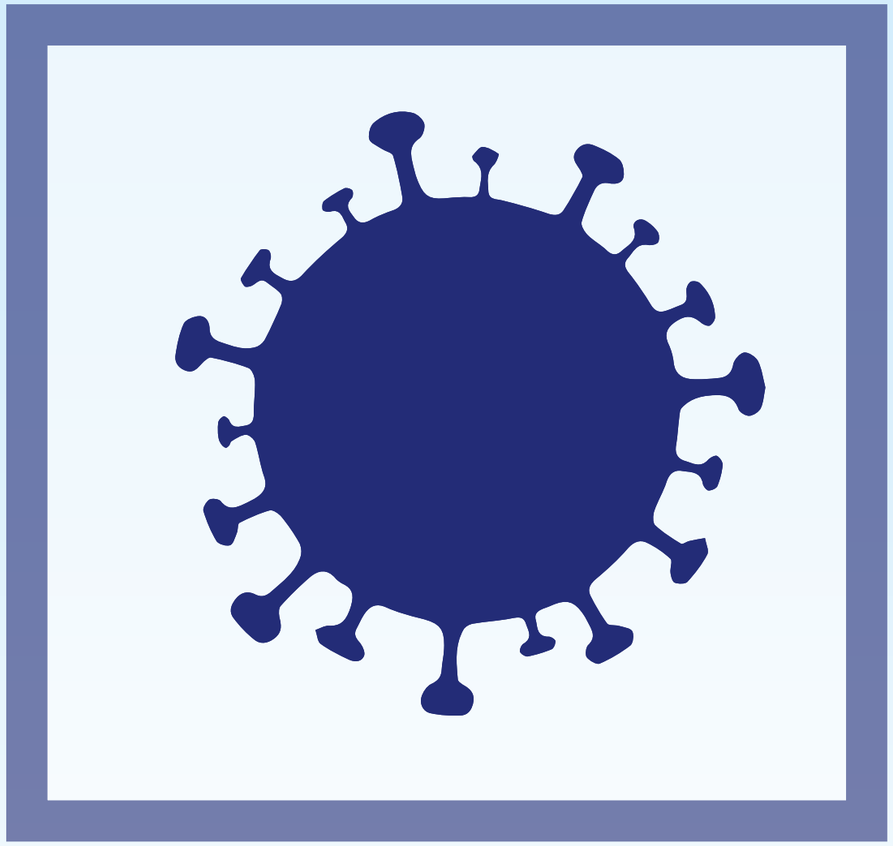
Verderop in dit jaarverslag leest u meer over onze projecten en activiteiten.
Wij wensen u veel kijk- en leesplezier!

Hartelijke groet,
Dennis den Hartog en Nienke Huijbregts

Dennis den Hartog

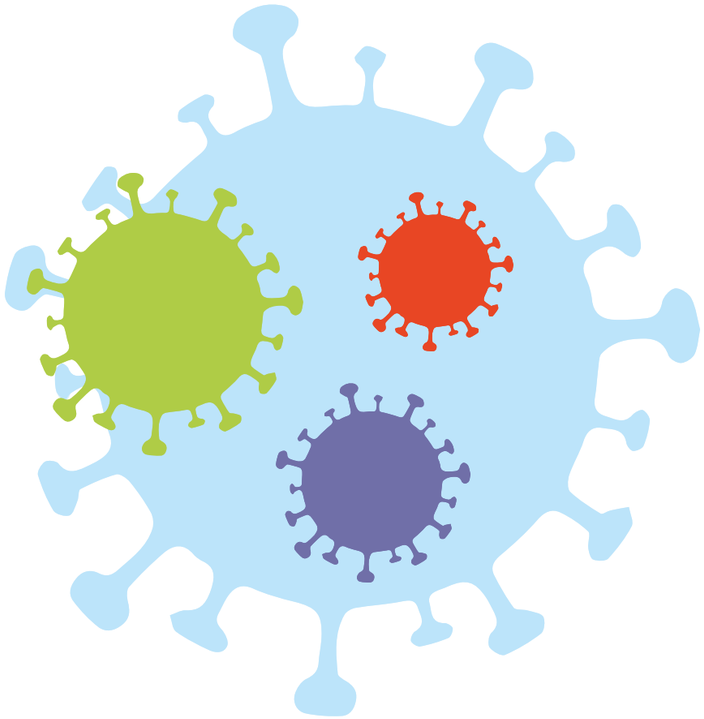
Nienke Huijbregts

CORONA



INLEIDING | CORONA

Het jaar 2021 begon veelbelovend met grote vaccinatietrajecten bij diverse ketenpartners. De coördinatie van deze trajecten liep langs de ROAZ-lijnen en vanuit het stafbureau onderhielden we nauwe contacten met VWS en RIVM. In meerdere organisaties werden uitstekende projectleiders aangesteld en binnen een mum van tijd werden duizenden medewerkers van ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen, huisartsen en ambulancediensten gevaccineerd. Dit traject gaf een positieve boost en houvast voor veel zorgmedewerkers in de eerste maanden van 2021.



Het RCPS bleef praktisch het hele jaar actief, met uitzondering van de maand juli en een ruime week in oktober, om patiënten zo nodig te verplaatsen en de druk in onze regio gelijkmatig te verdelen. In totaal is het RCPS 46 weken open geweest en zijn er bijna 1.300 patiënten verplaatst. Een knappe prestatie waarvoor wij als team veel hulp hebben gehad van diverse afdelingen in het Erasmus MC en een geweldige studentenpool.

Het jaar 2021 stond ook in het teken van het op- en afschalen van capaciteit in de keten. Meermaals zijn IC- en klinische bedden in de ziekenhuizen opgeschaald en ook de COVID-capaciteit in de VVT bewoog mee met de vraag. Bij iedere opschaling komt de reguliere zorg verder in het gedrang en doet het pijn dat andere patiënten niet geholpen kunnen worden. Keer op keer moet zorg worden uitgesteld of zelfs worden verschraald. Dit doet iedere zorgverlener pijn. Door onderling overleg tussen artsen hebben we getracht de kritiek planbare zorg zo veel mogelijk doorgang te laten vinden. Praktisch en pragmatisch zoeken we naar oplossingen en kijken we wat er mogelijk is om daarmee de zorg, zo goed en kwaad als dat gaat, toegankelijk te houden.

Op strategisch, tactisch en operationeel niveau is met ondersteuning van het stafbureau ROAZ veelvuldig overlegd over het beeld, de knelpunten en uitdagingen. Ook zijn adviezen tot stand gekomen en besluiten genomen om de zorgcontinuïteit te borgen. De samenwerking met het IP & ABR Zorgnetwerk Zuidwest-Nederland en aansluiting bij het overleg van de artsen-microbioloog was daarbij zeer waardevol. Ook komende jaren zetten we ons als stafbureau van het ROAZ samen met de ketenpartners vol in om de zorgcontinuïteit in onze mooie regio optimaal te borgen.

In 2021 hebben we ons in ketenverband voorbereid op een mogelijke Fase 3, crisiszorg. Door samenwerking met de GHOR-bureaus hebben we op subregionaal en ROAZ-regionaal niveau plannen gemaakt ter voorkoming van en voorbereiding op Fase 3. Een intensief traject met moeilijke onderwerpen en scenario's waar je liever niet aan wilt denken maar waar je toch op moet voorbereiden. De plannen zijn o.a. door VWS, IGJ en NZa bekeken en positief beoordeeld. Met de adviezen en best practices van diverse partijen gaan we verder aan de slag ter voorbereiding op het najaar.

We zijn ontzettend trots op alle werkzaamheden die we samen met ketenpartners hebben verzet in dit jaar dat wederom voor een groot deel werd beheerst door COVID. We hopen allemaal dat de balans volgend jaar anders is, maar we hebben ook bewezen dat als het nodig is we er staan; met elkaar en voor elkaar!

VACCINATIETRAJECT

Interview Joan Verweij en Sjors van Lieshout

In de eerste maand van 2021 kwam het goede nieuws dat de vaccinaties tegen het coronavirus beschikbaar kwamen voor zorgpersoneel in Nederland. Daarop volgden een aantal hectische maanden waar in een zo'n kort mogelijke tijd en op een veilige manier de vaccinaties onder de medewerkers werden verdeeld. Samen met Joan Verweij, organisatieadviseur Erasmus MC, en Sjors van Lieshout, medisch manager Medisch specialistische zorg & voorzitter Crisisbureau Admiraal de Ruijter Ziekenhuis, bespraken we het vaccinatietraject in ziekenhuizen in vogelvlucht.

We deden het allemaal met de middelen en capaciteit die we hadden. En in het ene ziekenhuis heeft het een andere vorm gekregen dan in een ander ziekenhuis. Maar in feite hebben we allemaal hetzelfde gedaan: medewerkers, collega's, zo snel mogelijk beschermen tegen het coronavirus.

Joan Verweij

Het begin van het traject

In de eerste fase was er slechts een beperkt aantal vaccins beschikbaar, waardoor niet organisatiebreed alle medewerkers van de ziekenhuizen gevaccineerd konden worden. Het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en het RIVM bepaalden de verdeling van vaccinaties op landelijk niveau, waarbij de vaccinaties als eerste beschikbaar werden gesteld voor medewerkers in de directe COVID-patiëntenzorg in de ziekenhuizen.

Positieve geluiden in de eerste fase

"Wat ik vooral heb gemerkt in het begin, is dat iedereen blij was dat er een vaccin was. We hebben veel medewerkers gehad die zonder vaccinatie in de COVID-zorg werkten. Zij zagen natuurlijk ook wat er met die patiënten gebeurde," vertelt Sjors van Lieshout. "Veel medewerkers waren bezorgd en de komst van het vaccin gaf veiligheid" vult Joan Verweij aan. De bescherming middels het vaccin zagen we terug in de hoge opkomst die in de eerste fase werd gerealiseerd. Ook huisartsen en medewerkers van ambulancediensten zijn door een drietal ziekenhuizen in regio Zuidwest-Nederland in deze eerste fase gevaccineerd.

Volgende fases

Toen er meer vaccins beschikbaar kwamen ontstond er ruimte om de eerste groep uit te breiden. Zo kwamen vlak daarna ook medewerkers in de schoonmaak of logistiek en medewerkers op andere afdelingen aan de beurt. Voor velen lijkt het vaccinatietraject in ziekenhuizen maar één proces. Maar niets is minder waar, achter de schermen werden meerdere processen doorlopen. Van ontvangst van de vaccins en de uitvoering van vaccinatie tot registratie. En ook de procedures voor de ambulancedienst waren weer anders dan voor een risicopatiënt.

Verschillend met hetzelfde resultaat

Ook waren er in de uitvoering van het vaccinatietraject grote verschillen tussen ziekenhuizen. Dat lag aan verschillende factoren zoals de beschikbare ruimte, de grootte en complexiteit van het ziekenhuis en de regio. Zo speelde bijvoorbeeld mee of een ziekenhuis met meerdere GGD'en en huisartsencoöperaties te maken had, of niet.

"We deden het allemaal met de middelen en capaciteit die we hadden. En in het ene ziekenhuis heeft het een andere vorm gekregen dan in een ander ziekenhuis. Maar in feite hebben we allemaal hetzelfde gedaan: medewerkers, collega's, zo snel mogelijk beschermen tegen het coronavirus."

Sjors van Lieshout

ROTTERDAMSE ZIEKENHUIZEN ONDERSTEUNEN VVT MET PERSONEEL

Doorstroom in de keten en kwaliteit van de zorg verzekerd

Ziekenhuizen, revalidatielocaties en verpleeghuizen in de regio Rotterdam-Rijnmond hebben de handen ineen geslagen om met de uitleen van zorgpersoneel de doorstroom van patiënten in de zorgketen te verbeteren. Vanwege het toegenomen aantal besmettingen onder medewerkers ontstond er een tekort aan personeel binnen de Geriatrische Revalidatie Zorg in de regio en liepen de wachtlijsten op. Ziekenhuizen stellen nu verpleegkundigen beschikbaar aan de VVT-sector (Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorgorganisaties). Door deze snelle samenwerking is de opnamecapaciteit vergroot en de wachtlijst verkort.

Personeel inzetten daar waar dat het meest effect heeft

Het komt niet vaak voor dat ziekenhuizen met personeel de VVT ondersteunen om zo met elkaar de keten te versterken en continuïteit van zorg in de regio te kunnen waarborgen. Vanuit het ROAZ is gekeken waar de impact van de inzet van het extra zorgpersoneel vanuit de ziekenhuizen het grootst is en is besloten om dit te centraliseren binnen één locatie van Laurens. Erasmus MC, Maasstad Ziekenhuis, Franciscus Gasthuis & Vlietland en IJsselland ziekenhuis hebben naar rato zorgpersoneel, dat niet ingezet kon worden voor COVID-zorg in hun organisatie, geleverd. Op die manier wordt personeel daar ingezet in de keten waar ze het meest effect hebben.

“Dit biedt perspectief,” zegt Hans Stravers, directeur Kortdurende zorg Laurens. “In twee weken is de gevraagde hoeveelheid aan personeel geleverd door de ziekenhuizen. Het is mooi om te zien dat vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de doorstroom in de keten en kwaliteit van zorg deze beweging is ontstaan”, aldus Hans.

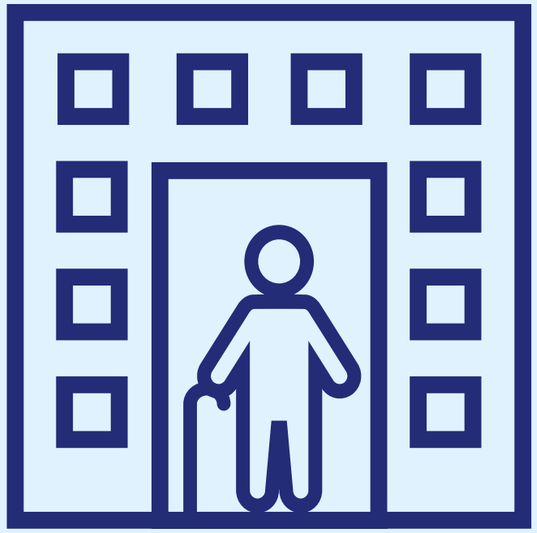
Naast het versterken van de keten wordt de actie ook als testcase gezien. Conny Nieuwenhuizen, stafbureau ROAZ vertelt, “Het uitlenen van personeel naar een andere organisatie of branche is vaak een drempel voor zowel de organisatie als voor de zorgmedewerker zelf. Tegelijkertijd biedt het kansen voor de zorgmedewerker om zich te ontwikkelen door eens op een andere plek in de keten te werken en ervaring op te doen. We volgen deze uitleen dan ook op de voet en monitoren de resultaten. Het biedt wellicht een mooi perspectief voor de toekomst.”

Nog beter kennis uitwisselen en kwaliteit van zorg verbeteren

“Bij Laurens kan ik mijn eigen expertise inzetten in het aangaan en onderhouden van behandel- relaties en het bieden van psychische ondersteuning aan post COVID-19 patiënten,” zegt Maaike Rekker, verpleegkundige Erasmus MC. “Ik werk bij Laurens op de afdeling orthopedie waar ik meer leer over specialistische verpleeg-kundige zorg zoals wondzorg en het gebruik van tilliften. Op deze manier kunnen we beter kennis uitwisselen en leren van elkaar om de kwaliteit van zorg nog meer te verbeteren. Daar draag ik graag aan bij en had deze ervaring niet willen missen”, aldus Maaike.

Extra handen aan het bed

“Extra handen aan het bed zijn op dit moment het belangrijkst,” zegt Myrna Petter, ook verpleegkundige bij het Erasmus MC. “De druk ligt met name op de ochtend, omdat mensen hulp nodig hebben bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Ik vind het een geweldig idee om zorgpersoneel van andere locaties te betrekken waar het op dat moment nodig is. Daarnaast leer ik weer meer over de gevolgen van de ziekte en de intensieve nazorg die mensen nodig hebben”, aldus Myrna.



BEKIJK HIER DE VIDEO

WAT ALS AANPASSINGEN IN DE ZORGVERLENING ONVOLDOENDE BLIJKEN OM DE KWALITEIT VAN ZORG TE WAARBORGEN?

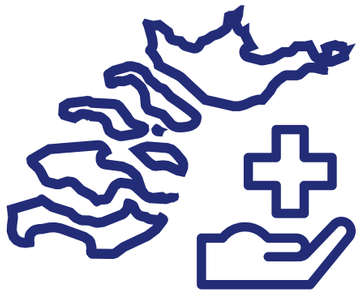
Pandemiescenario's laten thans zien dat met de opkomst en verspreiding van nieuwe virusvarianten de druk op de zorg nog verder kan oplopen. Er dient rekening gehouden te worden met een scenario waarin de vraag naar zorg het aanbod van zorg, ondanks alle genomen maatregelen, overschrijdt. Voorbereiding op de fase van crisiszorg is dus noodzakelijk. In opdracht van het LNAZ maakte daarom iedere regio een noodscenarioplan.

Voorbereiding op crisiszorg

Er is sprake van crisiszorg als er landelijk onvoldoende capaciteit beschikbaar is om patiënten op de gebruikelijke wijze en conform de professionele standaard, zoals we gewend zijn in de zorg, te behandelen en te verzorgen. In deze fase zal er dus sprake zijn van verlies van kwaliteit van zorg, ten opzichte van de situatie die onder normale omstandigheden minimaal vereist wordt. Alle ketenpartners in de ROAZ-regio Zuidwest-Nederland bereiden zich hier gezamenlijk op voor. Er worden afspraken gemaakt op landelijk, ROAZ- en op veiligheidsregio-niveau.

Per veiligheidsregio is een plan gemaakt met de ketenpartners. De drie GHOR-bureaus en het stafbureau ROAZ begeleiden het proces op het niveau van de verschillende veiligheidsregio's (Zeeland, Zuid-Holland Zuid en Rotterdam-Rijnmond) om te komen tot planvorming voor crisiszorg. Een kernteam met afgevaardigden uit verschillende zorgsectoren werkt daarnaast aan een overkoepelend plan met verwijzingen naar de plannen per veiligheidsregio voor voorbereiding op crisiszorg ten tijde van de COVID-19-pandemie. Het kernteam gaat na waar nog nadere afspraken moeten worden gemaakt voor een integrale aanpak in de regio. Een dergelijk plan is nooit geheel af, maar wordt voortdurend bijgesteld wanneer maatregelen worden aangepast.

GHOR



FASE 3 IN DE COVID-19-PANDEMIE GEVAT IN EEN INFOGRAPHIC

Wat houdt Fase 3 in, wie kondigt het af en hoe ziet de regionale planvorming, afstemming en besluitvorming eruit? Daarom hebben we een infographic voor de zorgketen van Zuidwest-Nederland samengesteld. De informatie is opgedeeld in een aantal stappen, zodat het duidelijk en overzichtelijk is.

De infographic is bedoeld voor ketenpartners van het ROAZ ZWN, de ketenpartners van het Regionaal Overleg Niet-Acute Zorg (RONAZ) Zuid-Holland Zuid en Rotterdam-Rijnmond en het Beleidsteam Zorg Zeeland en geeft uitleg hoe de besluitvorming op regionaal niveau is georganiseerd tijdens Fase 3. In Fase 3 is er sprake van crisiszorg.

Van Fase 3 is sprake als alle capaciteit volledig is benut, COVID-zorg maximaal opgeschaald en reguliere zorg afgeschaald is en de samenwerking tussen zorgaanbieders ketenbreed volledig en maximaal is benut. Er zijn op dat moment geen lokale of regionale oplossingen meer mogelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen.

Voorbereiden

Het aantal coronapatiënten op de IC's schommelde nogal in 2021. Er waren periodes waarbij de IC's nagenoeg vol lagen en de ziekenhuizen door het LNAZ gevraagd werd het aantal IC-bedden uit te breiden van 1450 naar 1550 bedden vanwege een tekort aan capaciteit.
En ook in de kliniek groeide het aantal patiënten. Plannen maken voor een bijna onvoorstelbare situatie is daarom essentieel.

CRISISZORG (FASE 3) IN DE ZORGKETEN VAN ZUIDWEST-NEDERLAND (ZWN)

Hoe gaan we in onze zorgregio van opgeschaalde zorg naar crisiszorg?

Deze infographic is bedoeld voor ketenpartners van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) ZWN en de ketenpartners van het Regionaal Overleg Niet-Acute Zorg RONAZ Zuid-Holland Zuid en Rotterdam-Rijnmond en het Beleidsteam Zorg Zeeland en geeft uitleg hoe de besluitvorming op regionaal niveau is georganiseerd tijdens Fase 3. In Fase 3 is er sprake van crisiszorg. De besluitvorming op landelijk niveau wordt uitgelegd in het stappenplan 'Opschaling van Fase 2 naar Fase 3' van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LPCS).

Stappenplan 'Opschaling van Fase 2 naar Fase 3'

DRIE FASES VAN ZORGVERLENING

In **Fase 1** is er sprake van reguliere zorgverlening (met een eventuele piekbelasting in een enkele zorginstelling) zonder bedreiging van de zorgcontinuïteit.

In **Fase 2** is de druk op meerdere zorginstellingen in de regio's hoog, vindt in oplopende mate afschaling van reguliere zorg plaats en zijn (boven)regionale coördinatie en organisatie-overstijgende maatregelen nodig om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.

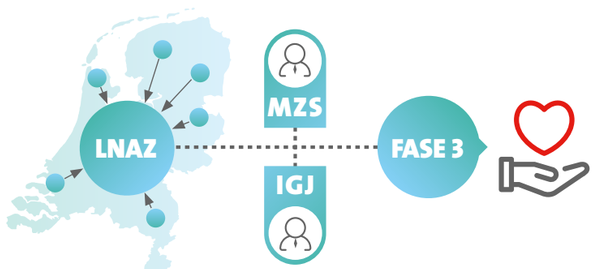
Van **Fase 3** is sprake als alle capaciteit volledig is benut, COVID-zorg maximaal opgeschaald en reguliere zorg afgeschaald is en de samenwerking tussen zorgaanbieders zorgbreed volledig en maximaal is benut. Er zijn op dat moment geen lokale of regionale oplossingen meer mogelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen.

Wat houdt Fase 3 precies in?

In tegenstelling tot fases 1 en 2 is crisiszorg populatiegericht. Dit betekent dat er zorg verleend wordt vanuit het uitgangspunt **'doing the best for the most'**.
In een dergelijke situatie zal dus sprake zijn van verlies van kwaliteit van zorg, ten opzichte van de situatie die onder normale omstandigheden minimaal vereist wordt.

Afkondiging Fase 3

Fase 3 kan alleen landelijk afgekondigd worden door de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) en gebeurt pas als alle opties in Fase 2 benut zijn. Hierin kunnen verschillende variabelen bepalend zijn, zoals de bezetting van IC-bedden of de bezetting van opschaalde bedden-capaciteit buiten het ziekenhuis. De voorzitter van het ROAZ bekijkt namens de zorginstellingen of alle opties in Fase 2 benut zijn. Vervolgens informeert het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de minister MZS en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij Fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. De LNAZ-voorzitter zal landelijk gevoed worden door een joint coalition overleg dat fungeert als klankbord. Het joint coalition overleg kan het LNAZ gevraagd en ongevraagd van advies voorzien. Het joint coalition overleg bestaat naast de LNAZ-voorzitter uit één deskundige vanuit de NVZ, NFU, VVT, V&VN, AZN, huisartsen, FMS, GGZ, VGN en GGD-GHOR. Een vertegenwoordiger vanuit de patiëntenorganisaties zal aansluiten als waarnemer.



Regionale planvorming Fase 3

Elke ROAZ regio heeft een regionaal sector-overschrijdend plan gemaakt voor Fase 3. Dit regioplan gaat over de zorgcontinuïteit, organisatie en coördinatie van (crisis)zorg en geeft een overzicht van maatregelen die zorgaanbieders en zorgsectoren afzonderlijk, maar ook gezamenlijk kunnen nemen tijdens stagnatie in de zorgketen op schaal van de GGD/GHOR-regio of op schaal van de ROAZ-regio. Zorgaanbieders en zorg-sectoren gezamenlijk doen er binnen de crisisstructuur alles aan om de meest aangedane schakel van de keten maximaal te ontlasten.

Vervolg

FASE 3 IN DE COVID-19-PANDEMIE GEVAT IN EEN INFOGRAPHIC

CRISISZORG (FASE 3) IN DE ZORGKETEN VAN ZUIDWEST-NEDERLAND (ZWN)

Hoe gaan we in onze zorgregio van opgeschaalde zorg naar crisiszorg?

FASE 3

Regionale afstemming en besluitvorming in Fase 3

De belangrijkste punten op een rij:

1 In Fase 3 ligt - net als in fase 1 en 2 - het primaat van de coördinatie en besluitvorming over de zorg in de ROAZ-regio.*

* Zie tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in Fase 3 van de COVID-19-pandemie' pagina 3 punt 1

2 De drie Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) zijn toegevoegd aan het Strategisch Team ROAZ ZWN (ST ROAZ) om de verbinding met het openbaar bestuur, de niet-acute zorg en zorg voor kwetsbare doelgroepen vanuit de GGD/GHOR-regio optimaal te borgen.

3 Monitoring van de situatie op sectoraal, GGD/GHOR-regio en ROAZ-regioniveau om gezamenlijk een eenduidig beeld te vormen van de situatie.

4 Wanneer zich knelpunten voordoen, worden deze gesignaleerd in de diverse tactische en operationele overleggen per GGD/GHOR-regio.

5 Het Tactisch Team ROAZ (TT ROAZ) monitort samen met het stafbureau van het ROAZ op basis van de input per sector en per GGD/GHOR-regio de situatie, adviseert het ST ROAZ over strategische beslissingen en stuurt op de uitvoering van gezamenlijke en regionale (operationeel-tactische) maatregelen in samenwerking met de overleggen per GGD/GHOR-regio.

6 Het ST ROAZ beoordeelt de situatie op basis van het beeld dat gevormd wordt door het TT ROAZ, aangevuld door beeldvorming door de leden van het ST per sector, de overleggen per GGD/GHOR-regio en het landelijke beeld.

7 Het ST ROAZ bekijkt op basis van het beeld of maatregelen op ROAZ-niveau noodzakelijk zijn. Voor maatregelen voor een specifieke sector geeft het ST ROAZ het mandaat aan de betreffende sector zonder gevolgen voor de andere sectoren. Voor zorgketen overstijgende maatregelen wordt afgewogen of deze op ROAZ-niveau of op GGD/GHOR-regio niveau kunnen worden genomen. Praktische uitvoerbaarheid van de maatregel op het juiste niveau is daarbij het uitgangspunt.

8 Wanneer de zorg binnen één van de sectoren vertegenwoordigd in het Strategisch Team ROAZ niet meer kan worden opgevangen, dient hiervan de voorzitter ROAZ en de betreffende DPG te worden geïnformeerd.

Communicatie

Fase 3 heeft grote gevolgen voor de gehele samenleving omdat zorgprofessionals moeten kiezen wie, waar en wanneer zorg krijgt. Zorgvuldige communicatie over de keuzes en de implicatie voor individuele mensen is tijdens deze fase essentieel. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft samen met de betrokken partijen in de zorg een communicatie-aanpak en een kernboodschap over de ernst van de situatie ontwikkeld. Ook zijn er afspraken gemaakt over de rollen en verantwoordelijkheden in de communicatie op landelijk, regionaal en lokaal niveau zowel in de voorbereidende fase als in Fase 3. Er worden diverse communicatiemiddelen ontwikkeld voor zowel zorgverleners als patiënten, cliënten en algemeen publiek. Ook de patiënten- en cliëntenorganisaties en de GGD GHOR NL worden hierbij betrokken.

FASE 3 — WIE — WAAR — WANNEER

Meer informatie

- Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19-pandemie.
- Tijdelijk verdiepend beleidskader 'Continuïteit en kwaliteit van zorg in Fase 3 van de COVID-19-pandemie'
- Stappenplan 'Opschaling van Fase 2 naar Fase 3'
- Stappenplan 'Afschaling van Fase 3 naar Fase 2'

Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met ROAZ Zuidwest-Nederland of het GHOR-bureau in uw regio.

Document opgesteld in samenwerking met:
ROAZ ZWN, GHOR Zuid-Holland Zuid, Rotterdam-Rijnmond en Zeeland

ROAZ Zuidwest-Nederland · GHOR Rotterdam - Rijnmond · GHOR Zuid-Holland Zuid · GHOR Zeeland

REGIONAAL COÖRDINATIECENTRUM PATIËNTEN SPREIDING

Interview Leonie Verheul

Hoe geven we COVID-patiënten zo snel mogelijk de zorg die ze nodig hebben? Hoe zorgen we ervoor dat de druk in de ziekenhuizen in de regio eerlijk gespreid wordt? En hoe ga je tijdens zo'n periode efficiënt te werk en bereid je je voor op een volgende golf? Met het jaar beginnend midden in de tweede coronagolf maakte het team Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS) een vliegende start. Samen met Leonie Verheul, Manager Operations International Patiënt Center, nemen we een kijkje achter de schermen.

Leonie Verheul

Meebewegen met golven

Of het nu rustig of druk is, de coronacijfers worden continu gevolgd en bewaakt door het RCPS. Zo legt Leonie Verheul uit: "We bewegen als het ware mee met de golven. Zo'n coronagolf komt namelijk niet zomaar. Door het bijhouden van de cijfers zie je een nieuwe golf aankomen en dan weet je dat je moet opschalen. Niet alleen in capaciteit die we nodig hebben voor het regelen van de verspreiding, maar ook in het aantal uren dat we bereikbaar zijn." En dat gaat natuurlijk ook andersom zo. "Als de cijfers het toelaten dan schalen we af of gaan we in waakvlamstand, zoals afgelopen zomer."

Regionale en landelijke samenwerking

Het is geen geheim dat regio Zuidwest-Nederland altijd erg druk is ten opzichte van andere regio's. Ook in 2021, waardoor er vaak naar de landelijke beschikbaarheid werd gekeken om coronapatiënten buiten de regio te verplaatsen. Dit gaat in samenwerking met het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). "Zodra wij in het systeem een vinkje geven, is het een landelijke coronapatiënt. Op deze manier wordt niet alleen de druk op regionale basis zo eerlijk mogelijk verspreid, maar door heel Nederland. En dat is wenselijk, want je wilt niet lokaal het OK-programma afschalen, terwijl dezelfde operatie van een patiënt in een andere regio wel doorgaat. Dan is de toegang tot zorg niet eerlijk verdeeld," aldus Leonie Verheul.

Inzoomen op 2021

Ten opzichte van 2020 zijn er een aantal veranderingen ingevoerd. "In de eerste maanden van 2021 was het enorm druk. Tijdens die coronagolf hebben we veel geleerd. Deze kennis hebben we meegenomen om in de rustige(re) periodes van 2021 het proces efficiënter in te richten. En dat is goed gelukt," vertelt Leonie Verheul. Vooral de automatisering van data met betrekking tot aantallen patiënten in ieder ziekenhuis heeft veel opgeleverd. Het RCPS heeft realtime regionaal inzicht in de aantallen COVID-patiënten en beschikbare capaciteiten van de ziekenhuizen.

Zo hebben regionale ziekenhuizen snel een beeld of er plek is in de regio of dat een patiënt landelijk overgeplaatst moet worden. Zonder dat regionale ziekenhuizen het aantal vrije en bezette bedden en nieuw binnenkomende patiënten handmatig hoeven te tellen en in te voeren.

> *"In de eerste maanden van 2021 was het enorm druk. Tijdens die coronagolf hebben we veel geleerd. Deze kennis hebben we meegenomen om in de rustige(re) periodes van 2021 het proces efficiënter in te richten. En dat is goed gelukt,"*

Introductie van de 'coördinator light'

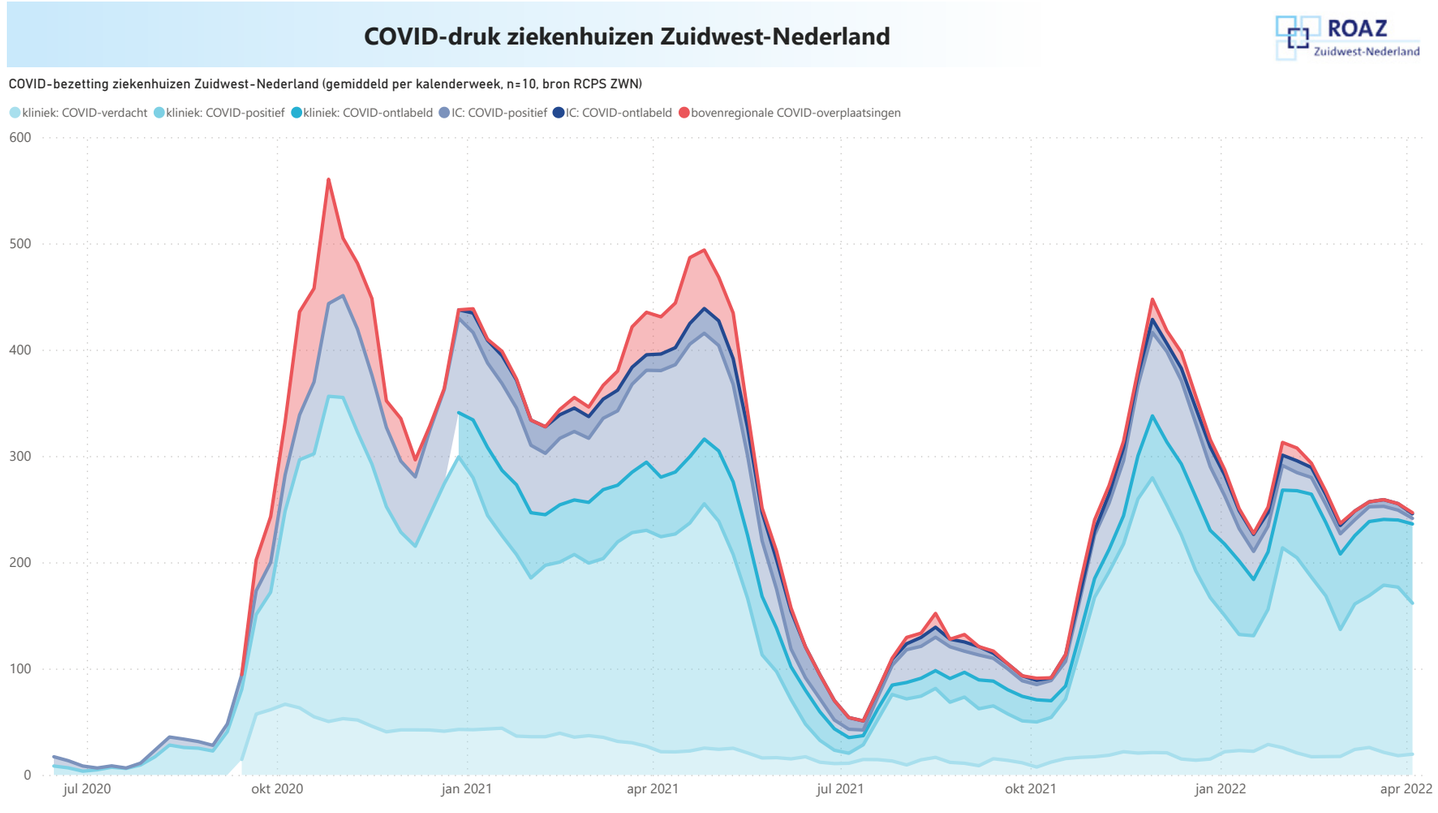
Ook is er een verandering in personeel doorgevoerd. In 2020 voerde een wisselend team van artsen uit het Erasmus MC de werkzaamheden van RCPS uit. Bijna iedereen deed 'een keer' een dienst. En daarom moesten er steeds nieuwe mensen wennen en ingewerkt worden. "In 2021 zijn we met een vast team van studenten gaan werken, die zich inzetten voor het regionaal verdelen van patiënten. Zij zijn onze 'coördinatoren light' en nemen meerdere taken op zich die eerst bij de coördinator lagen. Hierdoor is de rol van coördinator verschoven naar het totale overzicht bewaken, fungeren als aanspreekpunt en escaleren bij problemen.

Met een nauw samenwerkend team, een efficiënt systeem en de dosis opgedane ervaring van de laatste jaren, ligt er een goede basis in het RCPS Zuidwest-Nederland voor nu en in de toekomst.

HET WAS WEER EEN ZEER DRUK JAAR VOOR HET LCPS EN HET RCPS

Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding

In 2021 heeft het RCPS Zuidwest-Nederland 797 klinische patiënten verplaatst, waarvan 365 binnen de regio en 432 bovenregionaal. Naast de klinische overplaatsingen zijn er door het RCPS Zuidwest-Nederland 468 IC-patiënten verplaatst, waarvan 314 binnen de regio en 154 bovenregionaal. Het RCPS Zuidwest-Nederland heeft ook patiënten overgenomen, van zowel binnen als buiten de regio. Er zijn in totaal 330 IC-overnames en 352 klinische overnames geweest.



Door de coronapandemie staan ziekenhuisbezetting en -personeel enorm onder druk. Dit komt door de grote instroom van COVID-patiënten, bovenop de reguliere patiënten. Tijdens de coronacrisis spreidt het LCPS (Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding) patiënten tussen de 11 ROAZ-regio's waardoor de werklast van de COVID-zorg zo effectief mogelijk over Nederland verdeeld wordt. Het RCPS zorgt ervoor dat het aantal opgenomen coronapatiënten op de IC en in de kliniek evenredig wordt verdeeld binnen de regio Zuidwest-Nederland.

Om deze evenredige verdeling te bereiken, werken we met een verdeelsleutel. Deze geeft procentueel aan hoeveel bedden een regio heeft en hoeveel COVID-patiënten deze daarom voor zijn rekening neemt. Dit wordt elke ochtend per regio berekend, op basis van het aantal patiënten met COVID en de ziekenhuisbezetting. Als we volgens deze verdeling spreiden, houden alle ziekenhuizen ruimte voor de non-COVID zorg.

Het LCPS werkt voor het vervoer van patiënten samen met Ambulancezorg Nederland. Hierbij worden alle mogelijke middelen ingezet, zoals reguliere ambulances, Mobiele Intensive Care Units (MICU's) en ambulancebussen. Maar ook de Lifeliner (traumahelikopter) kan worden ingezet voor overplaatsingen! De prioriteit is om patiënten op een zo veilig en effectief mogelijke manier te verspreiden. Aan de hand hiervan wordt het meest geschikte vervoersmiddel ingezet.

Het RCPS en het LCPS zijn er niet alleen voor COVID-patiënten, maar ook voor noodsituaties. Op 16 juli 2021 werd het ziekenhuis VieCuri Medisch Centrum in Venlo volledig ontruimd vanwege de hoogwaterstand in de naastgelegen Maas. Het LCPS heeft de spreiding van patiënten van het Limburgse VieCuri gecoördineerd. In totaal zijn er 240 patiënten in een recordtijd verplaatst naar andere ziekenhuizen. Het RCPS Zuidwest-Nederland heeft hier ook bij geholpen door patiënten over te nemen vanuit Limburg.

PROJECTEN, PILOTS EN ONTWIKKELINGEN

DIGITALE GEGEVENSUITWISSELING

Interview Kitty Garnier, Alexandra van Rossum en Ankie Kuiper

Vanuit de regio zijn er in 2021 mooie stappen gezet in het verbeteren van de digitale gegevensuitwisseling tussen Ambulance Rotterdam-Rijnmond en de Spoedeisende hulpen (SEH) van het IJsselland Ziekenhuis, Erasmus MC en het Maasstad Ziekenhuis. Kitty Garnier, leidinggevende SEH van het IJsselland Ziekenhuis, Alexandra van Rossum, verpleegkundige SEH & HIX-coördinator van het IJsselland Ziekenhuis en Ankie Kuiper, projectleider Traumacentrum Zuidwest-Nederland, vertellen hier meer over.

Vernieuwende informatieoverdracht

Waar voorheen ritformulieren van ambulancediensten in een apart systeem op de SEH binnen kwamen, brengt de vernieuwde digitale vooraankondiging daar verandering in. “Vroeger moesten de ritformulieren nog geprint en gescand worden. Dat was erg foutgevoelig,” vertelt Kitty. Het automatiseren en efficiënter inrichten van de ritformulieren zorgt ervoor dat de SEH’s nog beter voorbereid zijn op de komst van een (kritieke) patiënt. “We hebben echt geprobeerd om via de acute zorgverwijzing de ambulanceformulieren inzichtelijker te maken voor de verpleegkundige op de SEH. Zo weten de collega’s wat voor patiënt er komt, in welke setting en wat de ernst is van de situatie. Maar bijvoorbeeld ook welke medicatie de patiënt krijgt en welke metingen er worden gedaan,” zegt Kitty. “Daardoor heb je een betere communicatie en kunnen we op de SEH’s beter voorbereid ter werk gaan. Omdat je op de hoogte bent van wat er in de ambulance gebeurt hoef je achteraf niet meer te zoeken naar de ritformulieren,” vult Alexandra aan.

> *We hebben het koploper-project op een goede manier afgesloten en hebben goed van elkaar kunnen leren. De verbeterpunten die tijdens de testperiode naar voren kwamen zijn meegenomen naar de uitrol van het vervolg.*

In de praktijk

In oktober 2021 is Ambulance Rotterdam-Rijnmond samen met het IJsselland Ziekenhuis, Erasmus MC en Maasstad Ziekenhuis gestart met het testen van de nieuwe manier van gegevensuitwisseling in de praktijk. Op de werkvloer was dat voor iedereen wennen. Voordat er met het systeem gewerkt kon worden, moest iedereen eerst bekend zijn met het systeem. Ook was het belangrijk dat collega’s de voordelen van het systeem inzagen. Ankie, Kitty en Alexandra zijn trots op de resultaten: “We hebben het koploper-project op een goede manier afgesloten en hebben goed van elkaar kunnen leren. De verbeterpunten die tijdens de testperiode naar voren kwamen zijn meegenomen naar de uitrol van het vervolg.”

Uitrol naar andere regio’s

De ambitie is om de vernieuwde gegevensuitwisseling uit te rollen naar alle ambulancediensten en ziekenhuizen in de regio. Zo vertelt Ankie: “Alleen al in onze eigen regio hebben we drie verschillende koploper-projecten met drie verschillende ambulancesystemen, die allemaal met de systemen van de SEH’s moeten praten. Daarbij rijden verschillende ambulancediensten naar één SEH. We hebben daarom gezegd: we willen regiobrede werkafspraken zodat je weet hoe we met elkaar communiceren, onafhankelijk van in welke (sub)regio je zit. Dat is regionaal goed aangepakt in het koploperproject en wordt nu regiobreed uitgerold.”

Wat we nu zien is dat ziekenhuizen van elkaar leren. Zo heeft het eerste koploperproject Rotterdam-Rijnmond in een kleiner groepje geleerd, maar worden deze lessen nu regionaal verspreid. Volgens Kitty is het ook écht belangrijk dat ziekenhuizen van elkaar leren tijdens het implementeren van het programma. “Informeer hoe het bij andere ziekenhuizen is gegaan en haal de lessen op. En laat dat ook op afdelingsniveau zien. Laat iemand die het systeem gaat realiseren, de HIX-coördinator, contact opnemen met een HIX-coördinator die het al op de werkvloer heeft geïmplementeerd. Op elke niveau kom je andere (verbeter)punten tegen.”

Landelijke uitrol

Landelijk wordt de uitrol van de vernieuwde gegevensuitwisseling tussen de ambulancediensten en SEH’s gestimuleerd door het programma Met spoed beschikbaar. Maar ook de regio kijkt hoe er overschrijdend kennis uitgewisseld kan worden. “We delen kennis over het inrichten van het werkproces, maar ook qua techniek,” vertelt Ankie. “Ziekenhuizen helpen elkaar ook onderling, zodat we het uiteindelijk helemaal landelijk kunnen trekken.”

Kitty Garnier

Alexandra van Rossum

Ankie Kuiper

PROGRAMMA ZORGCOÖRDINATIE

Interview Iris Keessen

Nederland vergrijst in rap tempo. Tel daar bij op dat er meerdere ziekten niet langer dodelijk zijn maar chronisch en je ziet het aankomen: een enorme zorgvraag. Zo groot zelfs, dat als we niet iets in ons zorgsysteem veranderen al in 2030 één op de drie (!) Nederlanders in de zorg aan de slag zou moeten. Dat dit geen realistisch vooruitzicht is moge duidelijk zijn, maar hoe lossen we dit probleem dan wél op? In 2019 pakte Iris Keessen deze handschoen voor een deel op en stond aan de wieg van het Programma Zorgcöordinatie. Een programma dat één van de mogelijke oplossingen zou kunnen zijn om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden en van goede kwaliteit. Hoe staat het er nu met dit programma voor?

"Als ik terugkijk op het afgelopen jaar, dan ben ik vooral trots op de enorme stap die we hebben gemaakt in de digitale gegevensuitwisseling. Want dat is nu eenmaal een absolute randvoorwaarde om in de acute zorg domeinoverstijgend te kunnen werken. Toewerken naar juiste informatie op de juiste plek is hierbij essentieel. Dit dossier kent echter wel diverse uitdagingen. Want als je bijvoorbeeld gegevens uit gaat wisselen vanuit de huisartsenpost naar de meldkamer ambulancezorg, waar in het dossier moeten die gegevens dan terechtkomen en wat doe je met die gegevens? Als je aan zo'n project begint weet je: In het verleden is door de ketenpartners al geprobeerd om dit project zelf van de grond te krijgen, maar het is dan toch gestrand door allerlei legitieme redenen. Waarom het nu dan wel lukt om het van de grond te krijgen? We hebben vanuit het ROAZ een toegewijde en gedreven projectleider met kennis van zaken op dit project gezet. De ketenpartners en leveranciers zijn meer dan gecommitteerd en steken hier dan ook hun tijd en energie in. Daarnaast kon het landelijk programma *Met spoed beschikbaar* net die extra versnelling brengen, zodat, samen met alle betrokkenen die voor dit project noodzakelijk zijn, dit kon gaan vliegen.

Het mooie is dat als zo'n project goed loopt dit op een gegeven moment als een soort olievlek gaat werken. Dat was in het afgelopen jaar goed zichtbaar. Je begint heel klein, je boekt vooruitgang en dat brengt vervolgens bij alle betrokkenen zo'n enorm enthousiasme teweeg! Wat dan weer helpt en versnelt bij het verder uitrollen. Je loopt dan wel weer tegen extra uitdagingen aan in het budget en de beperkte capaciteit.

Maar het vliegwiel naar toekomstbestendige acute zorg is wel op gang gebracht. Zo hebben we in 2021 in alle drie de subregio's een project op dit gebied opgestart en inmiddels zijn het er al vijf!"

Niet alleen de uitwisseling van digitale gegevens is op de kaart komen te staan.

"Als we iets tijdens de COVID-tijd hebben gezien is het dat inzicht hebben in de beschikbare capaciteit ontzettend belangrijk is. Nu die pieken achter de rug zijn, zie je dat we nu de tijd en ruimte hebben om dit in de acutezorgketen breder vorm te geven. Niet alleen voor COVID-plekken, maar ook voor reguliere klinische bedden of voor specifieke doelgroepen zoals de geboortezorg. Zodat een verloskundige in een thuissituatie dan ook direct weet 'waar kan ik met mijn bevallende vrouw heen, waar is een bed beschikbaar voor een pasgeborene?'.

Zo zijn we binnen het programma dus ook met dit dossier aan de slag gegaan. En ook hier zag je direct weer die enorme passie en energie ontstaan: de projectleider op dit dossier heeft samen met alle betrokken uit de geboortezorg vol enthousiasme de gezamenlijke schouders er onder gezet. Wat uiteindelijk ook weer aanstekelijk bleek te werken toen iemand opperde dat de geboortezorg eigenlijk wel echt heel erg nauw samen hangt met de kindergeneeskunde. Er wordt soms gebruik gemaakt van dezelfde capaciteiten. Zou het dan niet heel mooi zijn als we ook dat in zouden kunnen regelen...?

En dat klopt natuurlijk ook. Je gaat dan toch denken hoe gaaf het wel niet zou zijn als we dat ook voor de kindergeneeskunde kunnen realiseren? En voor je het weet zit je jezelf al weer af te vragen waar halen we de mankracht en het budget vandaan om ook dit project van start te kunnen laten gaan om het vliegwiel draaiende te houden!

Bij de start van het programma in 2019 was de vraag: we gaan experimenteren en kijken of zorgcoördinatie een oplossing zou kunnen zijn. Na 3 jaar is inmiddels 80% van de stakeholders ervan doordrongen dat zorgcoördinatie gewoon een belangrijk deel van de oplossing is. Dat schept hoop voor de toekomst!"

De drie subregio's aan het woord. Hoe denken zij erover?
Zes korte vragen aan subregio Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Holland Zuid en Zeeland.

PROGRAMMA ZORGCOÖRDINATIE

Rotterdam-Rijnmond | *Interview Arie Wijten/Bernd van der Hulst*

- **Waarom vind je het belangrijk om domeinoverstijgend met diverse ketenpartners samen te werken in de acutezorgketen?**
  Het is voor de patiënten die (sub)acute zorg nodig hebben niet altijd duidelijk waar zij het beste met de zorgvraag terecht kunnen. Is dit door contact te leggen met de huisarts/huisartsenpost of via 112? Zeker waar de zorgvragen wat ingewikkelder zijn en zich bevinden op het grensgebied van diverse disciplines, leidt dit niet altijd tot de beste op de patiënt afgestemde zorg op de juiste plek en op het juiste tijdstip. Daarnaast maakt de druk op de acutezorgketen het noodzakelijk dat er zo efficiënt mogelijk gebruik wordt gemaakt van de beschikbare capaciteit, uiteraard passend bij de zorgvraag.

- **Wat levert deze samenwerking in jullie regio op? Wat werkt wel en wat werkt minder goed?**
  We leren elkaars werkwijze beter kennen. Dit maakt dat we processen beter op elkaar kunnen afstemmen en daardoor sneller schakelen. Dit leidt ook weer tot nieuwe uitdagingen, want een nauwere samenwerking houdt in dat je idealiter ook gebruik zou willen maken van gezamenlijke triage en ICT-systemen waarin uitwisseling van patiëntgegevens ook gefaciliteerd wordt. Zo ver zijn we nog niet.

- **Wat levert het op (kan het opleveren) voor de patiënt?**
  In directe zin is de samenwerking van de betrokken partners in het zorgcoördinatiecentrum voor de patiënt niet zichtbaar. Deze heeft geen zicht op onderliggende structuren en afspraken. Het draagt echter wel bij aan het nog beter invulling geven aan de best passende zorg voor de patiënt. Hoog complexer en/of meer acuut als het moet, laag complexer en/of minder acuut als het kan.

- **Welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk om zorgcoördinatie goed vorm te geven met elkaar?**
  Commitment van de betrokken partijen in de acutezorgketen om gezamenlijk voor deze ontwikkeling te gaan. Want hoewel iedereen de principes en uitgangspunten van zorgcoördinatie onderschrijft, is de uitwerking complex en de praktijk weerbarstig. Het is een proces van lange adem, van trial and error wat alleen lukt als we er met z'n allen voor gaan. Daarnaast is het ook van belang dat verschuivingen in zorginzet, bijvoorbeeld door de inzet van teams in de acute thuiszorg, gefinancierd worden en verschillen in financieringsstromen deze ontwikkelingen niet vertragen.

- **Wat is de stip op de horizon voor jouw subregio ten aanzien van zorgcoördinatie in de acutezorgketen?**
  Die is nog best lastig omdat we nu ook nog te maken hebben met bestaande structuren die de mogelijkheden beperken. Uiteindelijk hoop ik dat we toewerken naar een model waarbij we meer multidisciplinair en meer patiëntgericht naar de zorgvraag van de patiënt kunnen kijken. Dit zal noodzakelijk blijken om te bouwen aan toekomstbestendige zorg.

- **Waar ben je trots op als je terugblikt op het afgelopen jaar?**
  De betrokkenheid en de bevlogenheid van iedereen die een bijdrage heeft geleverd en nog steeds levert aan de pilot en het besef dat we dit echt in gezamenlijkheid moeten en kunnen doen. Het ZCC is een juiste stap in de richting naar de juiste zorg op de juiste plek. We hebben met elkaar al veel bereikt. Belangrijk is iedereen hierbij aangehaakt te houden en door te zetten.

PROGRAMMA ZORGCOÖRDINATIE

Zuid-Holland Zuid | *Interview Hans Janssen/Jaap-Frank Ponstein*

- **Waarom vind je het belangrijk om domeinoverstijgend met diverse ketenpartners samen te werken in de acutezorgketen?**
  Samenwerken wordt ook in Zuid-Holland Zuid gezien als een belangrijk middel om de acute zorg toegankelijk en efficiënt te houden. Partijen zijn om deze reden met elkaar in gesprek over zorgcoördinatie. De belangrijkste vraag voor de leden van de stuurgroep is welk probleem wij hiermee specifiek willen oplossen in de regio Zuid-Holland Zuid. De RIVAS-groep en Huisarts en Zorg werken in de regio Gorinchem al meerdere jaren goed samen. Drechtdokters en andere zorgpartijen werken in de regio Dordrecht goed samen. In de regio is er bereidheid om intensief samen te werken om gezamenlijk knelpunten op te lossen. Bij het bestrijden van de COVID-19-pandemie is er intensief samengewerkt met de regio Rotterdam-Rijnmond om het ROAZ Regie Centrum (RRC) bovenregionaal in te richten, om zorgprofessionals in de regio van een actueel informatiebeeld te kunnen voorzien en om te ondersteunen teneinde de toegankelijkheid van de acute zorg te waarborgen.

- **Wat levert deze samenwerking jullie regio op? Wat werkt wel en wat werkt minder goed?**
  Samenwerken zorgt voor korte lijnen en goede informatie-uitwisseling. Daar worden zorgprofessionals blij van. Het gaat hierbij in Zuid-Holland Zuid veel om lokale initiatieven tussen twee of soms meerdere zorginstellingen die samenwerking bevorderen en onderdeel zijn van zorgcoördinatie. De urgentie om dit om te zetten in een zorgcoördinatiecentrum is er nog niet in voldoende mate bij alle betrokken zorginstellingen. De centrale vraag hierbij is: welk probleem kan je hiermee eigenlijk oplossen? Daar komt bij dat vooralsnog geen financiële middelen beschikbaar zijn om zorgcoördinatie effectief en enthousiast op te pakken.

- **Wat levert het op (kan het opleveren) voor de patiënt?**
  Zorgcoördinatie zou moeten bijdragen aan een overzichtelijk en toegankelijk palet aan mogelijkheden om als patiënt gebruik te maken van de acute zorg voorzieningen. Hiermee kan verspilling van zorg gereduceerd worden en krijgt iedere patiënt de best mogelijke match met de aangewezen zorgprofessional.

- **Welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk om zorgcoördinatie goed vorm te geven met elkaar?**
  Om het netwerk van zorgcoördinatie verder te versterken is er duidelijkheid nodig over onder meer de governance, bekostiging en schaal waarop zorgcoördinatie in de regio vorm gaat krijgen. De visie op zorgcoördinatie moet zowel landelijk (VWS) als regionaal (Zuid-Holland Zuid) op elkaar aansluiten. Er is regionale keuzevrijheid nodig om regionaal maatwerk te kunnen leveren en er moet een goede balans gevonden worden tussen samenwerken in de regio Zuid-Holland Zuid en de ROAZ-schaal. Concentratie van zorg is niet voor alle zorgpartijen direct een werkend perspectief en al helemaal niet als er geen zicht is op de financiering ervan.

- **Wat is de stip op de horizon voor jouw subregio ten aanzien van zorgcoördinatie in de acute zorgketen?**
  De stip op de horizon is dat zorgpartijen in Zuid-Holland Zuid op basis van een regionale visie en voldoende invulling van de randvoorwaarden willen komen tot zorgcoördinatie. Dit zal gradueel tot stand komen. Zorgpartijen in de regio Dordrecht en de regio Gorinchem gaan in hun eigen subregio steeds meer samenwerken en van hieruit is er steeds meer mogelijk op de schaal van de regio Zuid-Holland Zuid.

- **Waar ben je trots op als je terugblikt op het afgelopen jaar?**
  Dat partijen - ondanks de verschillende visies - met elkaar in gesprek blijven en zo zorgcoördinatie als een relevant middel omarmen om tot verdere samenwerking te komen.

- **Welke elementen vanuit het landelijke neem je specifiek mee naar de regio ten aanzien van zorgcoördinatie?**
  Met het gegeven dat het ministerie van VWS kiest voor concentratie van acute zorg en zorgcoördinatie maakt dat we in de regio nieuwe impulsen krijgen om zorgcoördinatie verder vorm te geven. Zorgcoördinatie wordt steeds meer van alle zorgpartijen in de acute zorg en dat is een positieve ontwikkeling. Er zijn daarentegen wel meer richtinggevende uitspraken nodig van VWS en ZN om ook daadwerkelijk tot effectuering van zorgcoördinatie over te gaan. Dat geldt ook voor de financiële middelen. Er is goede hoop dat landelijke koepels hier in 2022 voldoende duidelijkheid over krijgen.

PROGRAMMA ZORGCOÖRDINATIE

Zeeland | *Interview Gerco Blok/Joost Koemans*

- **Waarom vind je het belangrijk om domeinoverstijgend met diverse ketenpartners samen te werken in de acutezorgketen?**
  Als de zorg niet anders georganiseerd wordt, stevent Zeeland af op een zorgkloof. Door de stijgende zorgvraag en de afname van het aantal beschikbare professionals zou het medewerkerstekort, bij ongewijzigd beleid, oplopen tot 7.400 in 2030. Deze problematiek raakt ook de acute zorg. Door integraal, vanuit de vier principes de acute zorg opnieuw vorm te geven, kunnen knelpunten worden weggenomen. Dat gebeurt in hechte samenwerking. De acutezorgaanbieders nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid. Knelpunten in de ene schakel zijn vaak alleen op te lossen of te voorkomen door andere schakels.

- **Wat levert deze samenwerking jullie regio op? Wat werkt wel en wat werkt minder goed?**
  Alleen door samen te werken in een integrale acutezorgketen, kan de regio de toegankelijkheid van de acute zorg borgen. Organisatie-overstijgend denken en doen vergt bewustwording en veranderprocessen.

- **Wat levert het op (kan het opleveren) voor de patiënt?**
  Een toegankelijke acutezorgketen, waar de patiënt die acute zorg nodig heeft meteen op de juiste plek geholpen wordt en weer zo snel mogelijk uit kan stromen, bij voorkeur naar huis. Door brede triage, digitaal ondersteund, kan snel samen met de patiënt bepaald worden of zijn probleem acuut is of dat het met zelfzorg dan wel reguliere dagzorg is op te lossen. Indien acuut zorg nodig, kan dankzij de brede triage worden vastgesteld wat de juiste vorm van spoedzorg is voor de patiënt.

- **Welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk om zorgcoördinatie goed vorm te geven met elkaar?**
  - Integraal denken, organisatieoverstijgend en buiten de traditionele kaders (out of the box).
  - Alignment en eigenaarschap voor de veranderopgave op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Alle niveaus betrekken.
  - Capaciteit vrijmaken en ondersteuning organiseren.

- **Wat is de stip op de horizon voor jouw subregio ten aanzien van zorgcoördinatie in de acutezorgketen?**
  Een Zeeuws Coördinatiecentrum Acute Zorg is het contactpunt (telefonisch via één nummer en digitaal) voor inwoners en toeristen die (vinden dat zij) een niet-levensbedreigende acute zorgvraag hebben. Spoed vs. spoedig. Voor (vermeende) levensbedreigende spoed kunnen inwoners 112 bellen. Het ZCAZ bestaat uit ervaren triagisten o.l.v. een regie-arts. Zij kunnen tijdens hun werk ruggespraak (consultatie) houden met een psychiater/psychiatrisch verpleegkundige, wijkverpleegkundige, SEH-arts of centralist op de meldkamer ambulancedienst. Het ZCAZ kan daardoor in de volle breedte van het zorgspectrum triëren. Het ZCAZ buigt zoveel mogelijk zorgvragen om naar zelfzorg of reguliere (dag) zorg. Mensen die wel acuut zorg nodig hebben worden direct naar de juiste plek met de zorgverleners geleid: de ambulance (via de meldkamer ambulancedienst), de SEH, de HAP, de crisisdienst GGZ, de praktijkondersteuner huisarts, GGZ of de wijkverpleegkundige. Om optimaal te kunnen coördineren, heeft het ZCAZ actueel inzicht in de beschikbare capaciteit bij de diverse schakels in de acutezorgketen. Het ZCAZ is operationeel in de avonden, nachten en weekenden. Indien gewenst zou het ZCAZ 24/7 operationeel kunnen zijn en dan ook de bereikbaarheid van ketenpartners (zoals bijvoorbeeld huisartsenpraktijken) kunnen overnemen. Van belang is dat het ZCAZ inzicht heeft in behandelwensen/wilsverklaringen van (oudere) inwoners, opdat ongewenste inzet en behandeling worden voorkomen. Het ZCAZ heeft een directe verbinding met het Zeeuws Coördinatiepunt Care. Het ZCAZ kan gebruik maken van digitale middelen om menskracht te besparen. Een uniform digitaal triagesysteem is een eerste instrument. Daarnaast valt te denken aan digitale voortriage, digitale spoedmelding van het ZCAZ aan de MKA, beeldcommunicatie met zorgvragers en zorgprofessionals ter plekke (smart glasses) en in de toekomst AI-ondersteunde triage.

- **Waar ben je trots op als je terugblikt op het afgelopen jaar?**
  Een multidisciplinaire denktank van professionals uit organisaties die acute zorg leveren heeft een ontwerp op hoofdlijnen gemaakt en dat als advies voorgelegd aan het bestuurlijk overleg acute zorg Zeeland. Het ontwerp is gebaseerd op vier principes:
  - Voorkomen van spoed
  - Ombuigen van spoed
  - Acute zorg meteen op de juiste plek
  - Snelle uitstroom uit de acutezorgketen

  Het ontwerp omvat diverse bouwstenen waaronder een Zeeuws Coördinatie Centrum Acute Zorg.

LANDELIJK PLATFORM ZORGCOÖRDINATIE (LPZ)

Interview Arie Franx en Hiske Ernst

In 2021 werd een mooie mijlpaal bereikt: de lancering van een dashboard voor de acute geboortezorg. Een dashboard waarbij in één oogopslag duidelijk wordt in welke ziekenhuizen welk soort bedden nog beschikbaar zijn. Een langgekoesterde wens die nu volop in de belangstelling staat bij de andere regio's. Arie Franx, hoogleraar verloskunde, en Hiske Ernst, projectleider voor de ontwikkeling van het dashboard, kijken terug op een veelbewogen jaar én naar de toekomstplannen voor verdere ontwikkeling.

> *Dit dashboard wordt een landelijk instrument, daar ben ik heilig van overtuigd. En het gaat ons ook op andere manieren heel erg helpen. Want dit is een blijvertje.*

Arie Franx

Hiske Ernst

"Eigenlijk," steekt Hiske van wal, "is er bij verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen al jaren de grote wens voor realtime informatie. Informatie waarbij je direct kan zien in welke ziekenhuizen welke verschillende soorten bedden voor de acute geboortezorg beschikbaar zijn. Zodat bijvoorbeeld een verloskundige die direct een ziekenhuisbed nodig heeft, niet eerst een rondje hoeft te bellen waar plaats is, maar gericht kan werken. Zij heeft tenslotte in haar werk ook het comfort nodig dat ze weet dat als er een probleem ontstaat, er een back up is en waar die is. Zodat de zwangere en haar kind goed en snel geholpen kunnen worden met de juiste zorg. Toen in maart 2020 de COVID-pandemie uitbrak werd het ontbreken van zo'n systeem ineens heel zichtbaar. De ziekenhuizen in Brabant, de regio naast ons en eerste brandhaard van de pandemie, moesten hun zorg al snel afschalen en belden of we patiënten over konden nemen. We hadden direct door: dit moet op een andere manier georganiseerd worden dan losse lukraak belletjes over en weer. Ook voor onszelf, dat wij zelf inzicht hebben in onze eigen capaciteit en dat we binnen de eigen regio weten waar patiënten naar toe gebracht kunnen worden."

Arie beaamt dit. "Punt is dat geboortezorg acute zorg is. We kampten al jaren met dit probleem van gebrek aan centraal inzicht in capaciteit. En we deden er eerlijk gezegd weinig aan om het op te lossen, behalve de pleisters plakken om het toch weer voor elkaar te krijgen. COVID heeft het systeem nog verder onder druk gezet. Enerzijds omdat ook wij als afdeling onze verpleegkundigen en artsen uit moesten lenen aan de COVID-zalen of de IC. Anderzijds wisten we in het begin ook niet welke extra risico's COVID met zich meebracht voor zwangere vrouwen of de baby's. Dan kies je voor zekerheid en was er dus een extra grote 2e en 3e lijns-zorgvraag."

Hiske: "Het probleem was dus meer dan duidelijk. Het was heel fijn dat het ROAZ echt lef toonde en in de oplossing wilde investeren. En hier ook voorloper in wilde zijn. Toen Arie eenmaal de bestuurlijke opdracht met bijbehorende financiën binnen had, konden we aan de slag. Het hechte netwerk dat al in de eerste COVID-maanden was ontstaan, konden we ook nu inzetten om dit voor elkaar te krijgen."

"Klopt," vult Arie aan, "je ziet dat partijen in tijden van crisis ook heel makkelijk over hun eigen belang heen kunnen stappen en gaan werken vanuit een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid om de klus te klaren. Dat vind ik heel bijzonder in deze regio, dat heb ik niet eerder zo gezien. En zonder zou dit ook niet zo snel gelukt zijn."

In september 2021 werd het dashboard gelanceerd, met lovende woorden van de gebruikers. Dat smaakt naar meer, dus hoe zien jullie de toekomst?

Arie: "We dromen zeker van bepaalde uitbreidingen. Je zou eigenlijk de gehele geboortezorgvraag in kaart willen brengen zodat je ook vooruit kan kijken. Dan wordt het echt een capaciteits-managementinstrument."

"Met die dromen zijn we zeker bezig!" geeft ook Hiske aan. "Want de mogelijkheden om het systeem uit te breiden zijn er. Het huidige dashboard kan laten zien wanneer er geen bedden meer zijn, of op dreigen te raken, maar we weten eigenlijk niet of er daadwerkelijk een probleem is. Als een ziekenhuis op rood staat, zijn er mogelijk geen patiënten die op dat moment daar ondergebracht moeten worden of misschien juist wel. Wat we dus eigenlijk willen weten, is of er wel patiënten zijn die er niet terechtkonden en nu in het tweede, derde of zelfs vierde ziekenhuis terecht kwamen. Want dan krijg je de zorgvraag goed inzichtelijk en weet je wanneer en waar het gebeurt. Als we die info ook kunnen verzamelen, dan heb je inzicht in de aanbodzijde, de vraagzijde en krijg je beter inzicht in wat de toekomst gaat brengen. Dan kun je echt spreken over capaciteitsmanagement en op basis daarvan goede plannen maken om de geboortezorg beschikbaar en toekomstbestendig te maken."

Arie tot besluit: "Dit dashboard wordt een landelijk instrument, daar ben ik heilig van overtuigd. En het gaat ons ook op andere manieren heel erg helpen. Want dit is een blijvertje. Het is er gewoon. En als alle ziekenhuizen er regio-overstijgend op aangesloten zijn, is het een enorme asset! Voor alle zorgverleners, maar vooral ook voor de zwangeren!"

COVID-19 DASHBOARD ZUIDWEST-NEDERLAND

Het COVID-19 dashboard Zuidwest-Nederland is niet meer weg te denken bij het Traumacentrum Zuidwest-Nederland. Al meer dan 1,5 jaar wordt wekelijks een dashboard opgeleverd en verspreid. Naast een wekelijks beeld voor de gehele regio Zuidwest-Nederland presenteren we een beeld voor de drie subregio's Zeeland, Zuid-Holland Zuid en Rotterdam-Rijnmond.

In 2020 stond de ontwikkeling van het dashboard centraal. Samen met ongeveer 30 ketenpartners in zo'n 9 branches zijn indicatoren opgesteld over de in-, door- en uitstroom in de acutezorgketen. Het dashboard geeft inzicht in de patiëntenstroom in de (acute)zorgketen gerelateerd aan COVID-19.

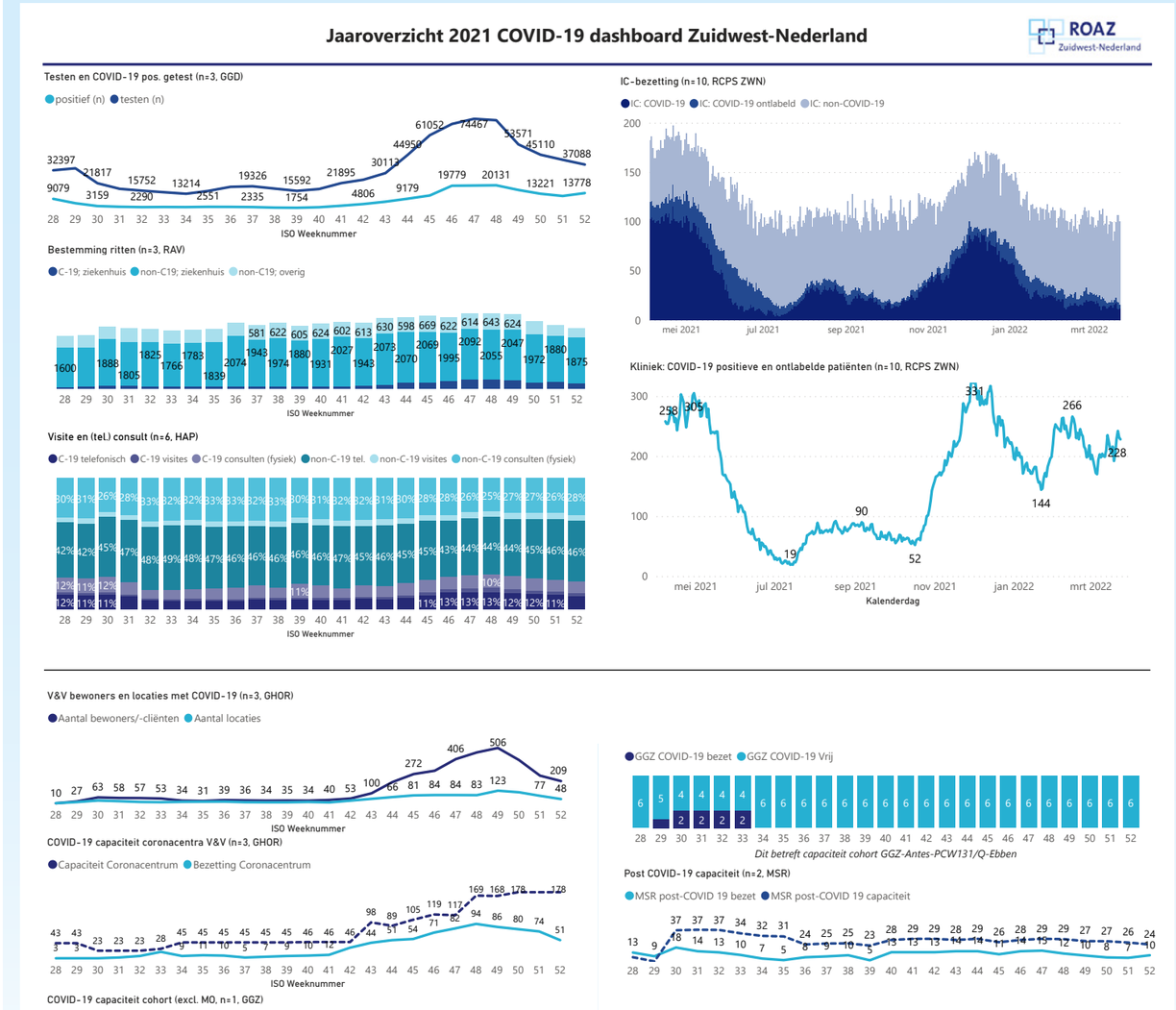
Doorontwikkeling

In 2021 stond de automatisering van het dashboard centraal. We hebben zoveel mogelijk handelingen geautomatiseerd waardoor het dashboard eenvoudiger en sneller te realiseren is. Ketenpartners leveren data aan middels een online tool. Vervolgens wordt een datacheck gedaan waarbij wordt gekeken of alle data binnen is en of er bijzonderheden te zien zijn die eventueel nog geverifieerd moeten worden bij degenen die data aanleveren. Na de datacheck komt alle data terecht in een BI-tool waarmee we de ontvangen data visualiseren en een trend laten zien van de voorgaande 4 weken.

Voor de doorontwikkeling van het dashboard en voor aansluiting bij de behoefte van de regio zijn enkele gebruikerssessies georganiseerd en is een evaluatie uitgezet onder alle ontvangers van het dashboard. Het dashboard wordt met een 8 gewaardeerd en wordt gebruikt bij verschillende overleggen op zowel subregionaal als regionaal niveau. Een beeld van de huidige COVID-19 situatie in één oogopslag wordt zeer gewaardeerd in de veelheid aan informatie die beschikbaar is. Uit de gebruikerssessies kwam onder andere naar voren dat de monitoring van de acutepatiëntenstroom vastgehouden moet worden, ook als COVID-19 geen prominente rol meer heeft.

Vooruitblik 2022

In 2022 zal met name stilgestaan worden bij de duurzaamheid van het dashboard. Het dashboard is zo opgezet, dat ook op een andere ziekte ingezoomd kan worden. Wij hopen daarmee ook na COVID-19 een bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid en zorgcontinuïteit van de acutezorgketen.



REGIONAAL OPSCHALINGSPLAN KINDERGENEESKUNDE

Door een enorme inzet van alle betrokkenen is in de winterperiode 2020-2021 een regionaal opschalingsplan voor de kindergeneeskunde opgesteld. Het uitgangspunt is het gezamenlijk afvangen van de RS-ziektegolf in het winterseizoen en de mogelijke schaarste in personele capaciteit. Om zo te allen tijde veilige acute kindergeneeskundige zorg te kunnen waarborgen.

Hoe zijn we gezamenlijk tot een regionale aanpak gekomen?

In het op- en vaststellen van een opschalingsplan zit veel voorbereiding: het maken van een taakverdeling, het opzetten van werkgroepjes en het verrichten van verkenningen. Vandaar dat de expertisegroep acute kindergeneeskunde, bestaande uit kinderartsen uit de regio, wekelijks bij elkaar is gekomen. Tijdens de sessies is de actuele situatie in de ziekenhuizen besproken en is stap voor stap gewerkt aan het opzetten van het plan.

Scenariosessie ter voorbereiding op mogelijke risico's voor de kindergeneeskunde

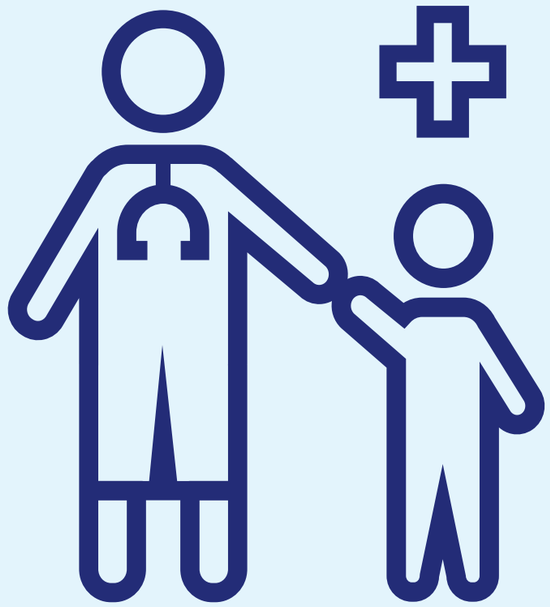
Het project ging van start met een scenariosessie waarin de mogelijke risico's voor de kindergeneeskunde in kaart gebracht werden. Je wilt namelijk voorbereid zijn op dat wat de grootste impact heeft op de zorgcontinuïteit. Vervolgens zijn maatregelen doorgenomen om structureel en in crisistijd de zorgvraag te beperken en/of het zorgaanbod te versterken. De maatregelen zijn gespecificeerd voor de kindergeneeskunde en er is nagedacht hoe fasegewijs intern (1 ziekenhuis), in buddyverband (2 a 3 ziekenhuizen) en regionaal opgeschaald kan worden.

Tal van vragen

Wat doe je eerst? Wanneer wordt overgegaan naar een volgende fase? Wie nemen daar besluiten over? Hoe weet je elkaar snel te vinden? Vragen waar ook interne partners, het crisisbeleidsteam van het ziekenhuis en externe ketenpartners van de kindergeneeskunde bij betrokken zijn. Vandaar dat bijvoorbeeld met de ambulancediensten in de regio een samenwerking is geëxploreerd om interklinisch vervoer in tijden van krapte te borgen. En zo is met de huisartsen een richtlijn opgesteld om een selectie van indicaties voor verwijzingen te verduidelijken.

Flexibiliteit – nut en noodzaak

De uitkomsten van de verkenningen zijn op papier gezet. De opschalingsplannen zijn onder de aandacht gebracht bij de betrokkenen en afgestemd op operationele plannen van bijvoorbeeld de acute geboortezorg. Zo zijn we dichter bij het vaststellen van de plannen en een afronding van het project gekomen. Gedurende het project is gebleken dat een alternatieve route soms een betere optie kan zijn en flexibiliteit dus benodigd is. Gelukkig kan de expertisegroep hier ontzettend goed mee omgaan! Flexibiliteit is ook nodig met betrekking tot de opschalingsplannen zelf. Geen scenario is hetzelfde en vraagt om andere maatregelen. Vandaar dat de plannen actueel en telkens tegen het licht gehouden worden, passend bij de situatie. Tevens is elkaar leren kennen, een vertrouwensband creëren en gezamenlijk afspraken afstemmen net zo belangrijk gebleken als het uiteindelijke product. We hopen uiteraard dat de scenario's nooit werkelijkheid worden. Maar mocht de veilige acute kindergeneeskunde in gevaar komen, dan weet de regio door deze exercitie elkaar snel te vinden om passende maatregelen te nemen!



NIEUWE AANPAK VOOR AANGIFTE TEGEN AGRESSIE EN GEWELD IN DE ZORG

Telefonisch aangifte doen tijdens de COVID-crisis

Aangifte doen is één van de belangrijke stappen om agressie aan te pakken én te voorkomen. Alleen dan kunnen de veroorzakers strafrechtelijk worden aangepakt. Want we accepteren natuurlijk géén geweld of agressie tegen onze medewerkers! We zien dat agressie toeneemt en er lang niet altijd een effectieve reactie op komt en aangifte achterwege blijft. Waar ligt dat nou aan?

Huidige manier van aangifte onder de loep

Door een samenwerkingsverband met het Openbaar Ministerie Rotterdam, politie-eenheid Rotterdam en diverse zorginstellingen zijn we met elkaar tot de conclusie gekomen dat er een aantal drempels ervaren wordt in de respons op agressie-incidenten. Met deze drempels in het achterhoofd hebben we in deze pilot onder andere een werkwijze ontwikkeld om snel(ler) en efficiënt aangifte te kunnen doen bij agressie-incidenten. Hiermee geven we het signaal af dat we agressie tegen onze zorgcollega's onacceptabel vinden én (onder)steunen we hen in het kunnen doen van aangifte.

Nieuwe laagdrempelige werkwijze voor het doen van aangifte tijdens COVID-19

Met de werkgroep agressie en aangifte zijn we daarom aan de slag gegaan om een meer laagdrempelige werkwijze te ontwikkelen en daarmee hopelijk de aangiftebereidheid te verhogen en de aangifte zelf sneller te laten verlopen. En dat is gelukt! Er is een pilot gestart in de regio Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid die het mogelijk maakt om op korte termijn op een snelle manier telefonisch aangifte te doen.
Waarbij het slachtoffer goede ondersteuning krijgt van een collega in de rol van kwaliteitsmedewerker.
Dit alles met het uitgangspunt dat we agressie natuurlijk willen voorkomen. Maar áls het gebeurt, we door nieuwe laagdrempelige manier van aangifte doen, herhaling willen voorkomen. Deze werkwijze geldt in eerste instantie tijdens de corona-crisis. Na evaluatie kan de pilot mogelijk een meer permanent karakter krijgen.

Informatie voor de doelgroep

Vanuit de werkgroep verzorgen we briefings voor de kwaliteitsmedewerkers van instellingen en zorgverlener-samenwerkingsverbanden die hierin willen participeren. Ook is er een duidelijk handboek beschikbaar zodat de kwaliteitsmedewerkers weten hoe ze collega's, die in aanraking komen met ernstige agressie, in het aangifteproces kunnen ondersteunen. Daarnaast hebben we voorlichtingsmateriaal in de vorm van posters gemaakt en ook een beslisboom voor kwaliteitsmedewerkers en leidinggevenden.

Bijvangst

Naast vlot en laagdrempelig aangifte kunnen doen, wat enorm belangrijk is voor het stellen van grenzen én het verwerken van incidenten, zien we nog meer pluspunten. Zo komt samenwerking tussen zorginstellingen en de politie nog beter van de grond, komt ook de optie van het doen van melding bij de politie duidelijker naar voren bij zorginstellingen en kunnen we sparren over vragen zoals aangifte doen tegen jeugdigen en zorgbehoevenden.

WE ACCEPTEREN GEEN AGRESSIE EN GEWELD VAN PATIËNTEN OF BEZOEKERS!

BIJ EEN ACUTE SITUATIE BEL 112!

WE DOEN ALTIJD AANGIFTE BIJ GEWELD TEGEN ONZE MEDEWERKERS

AANGIFTE TIJDENS COVID MET ONDERSTEUNING EN KAN TELEFONISCH

NAZORG NA EEN INCIDENT IS BELANGRIJK

ROAZ
Zuidwest-Nederland

In vervolg op de in mei gelanceerde pilotaanpak voor aangifte tegen agressie en geweld in de zorg tijdens corona, zijn er ook vijf korte films uitgebracht. Deze film zijn gemaakt in opdracht van het ROAZ Zuidwest-Nederland om de gesprekken over hoe om te gaan met agressie in de zorg te stimuleren. De films zijn verspreid binnen zorginstellingen in de regio voor intern gebruik.

ROAZ REGIE CENTRUM (RRC)

Aanleiding ROAZ Regie Centrum

Op 26 november 2021 kondigde toenmalig minister van VWS Hugo de Jonge Fase 2d af van het landelijke Opschalingsplan COVID-19. De continuïteit van zorg stond toen in onze regio flink onder druk. Om zoveel mogelijk zorg door te kunnen laten gaan, werd gewerkt aan een optimale instroom richting de acute zorg en doorstroom van patiënten vanuit de ziekenhuizen naar huis, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingstehuizen. Alle maatregelen samen hadden tot doel zo goed mogelijk voorbereid te zijn op Fase 3 of nog beter: Fase 3 te voorkomen.

Onderdeel van deze maatregelen was het operationaliseren van het ROAZ Regie Centrum (RRC, voorheen ZCCP) voor zorgprofessionals. Met als doel keten breed regionaal inzicht, overzicht (bij te verwachten problemen beeld delen en nadenken over regionale oplossingen) en regionale coördinatie op instroom bij verder oplopende tekorten en problemen. Het RRC is een paraplu over bestaande informatie- en coördinatieknooppunten heen.

Wat hebben we bereikt?

Op 6 december 2021 is de pilot RRC gestart en geconcretiseerd naar werkprocessen.
Het kernteam bestond uit een vertegenwoordiging vanuit de ziekenhuizen, de huisartsen/HAP's, VVT, de MKA/RAV, de GHOR en het stafbureau ROAZ.

Het volgende is gerealiseerd:

- Inwerken van operationeel leiders en informatiemanagers
- Het dagelijks delen van een regionaal sfeerbeeld via de Siilo-app
- Telefonische bereikbaarheid voor zorgprofessionals voor het adresseren van knelpunten
- Het signaleren en bespreken van deze knelpunten bij ketenpartners op tactisch en strategisch niveau
- Een verdere uitwerking van een mogelijke rol RRC in een Fase 3, zoals het uitwerken van een multidisciplinair medisch team

Het ROAZ Regie Centrum (RRC) is in waakvlamstand

Omdat de druk op de keten afnam, is het RRC begin februari 2022 in waakvlamstand gegaan. Bij toenemende druk en ervaren van knelpunten in de acute zorgketen is het RRC binnen enkele dagen weer te openen en operationeel. Er is een grote groep zorgprofessionals ingewerkt om ten tijde van een nieuwe piek qua drukte direct ondersteuning te kunnen gaan bieden. Vanuit het stafbureau ROAZ wordt regie gevoerd op eventueel operationaliseren van het RRC op basis van signalen vanuit operationeel, tactisch en strategisch niveau.

Door het uitblijven van een Fase 3 (code zwart) en piekdrukte na de startdatum van het RRC is de beoogde functie van het RRC nog niet echt in de praktijk beproefd. Wel staat er nu een werkwijze waar we in een crisissituatie snel op terug kunnen vallen.

Dank aan de keten

Bij deze bedanken we graag iedereen die op enig manier een bijdrage heeft geleverd aan het RRC. Het is knap dat in een zeer korte tijdspanne een ketenoverstijgend centrum is opgezet. Dank voor deze samenwerking en de compassie om de zorg in de keten goed te organiseren.

APPGROEP RRC – DAGELIJKSE UPDATES OVER DE DRUKTE IN DE KETEN

Via Siilo, een veilige messenger app voor zorgverleners, verschaft de appgroep RRC aan aangemelde zorgprofessionals zoals huisartsen, ambulancepersoneel en andere zorgprofessionals een regionaal beeld (Zuid-Holland Zuid en Rotterdam-Rijnmond). Afhankelijk van de situatie in de regio ontvangen deelnemers dagelijks of in een andere frequentie een kort overzicht waar de knelpunten zijn, zodat iedereen een gedeeld beeld heeft en er breder regionaal nagedacht wordt over oplossingen in hier en nu. De RRC-appgroep in Siilo blijft bestaan, ook als het RRC in waakvlamstand is. Het advies is de appgroep niet te verlaten of te verwijderen. Zo kan de communicatie snel hervat worden indien nodig.

ROAZ Regie Centrum (RRC)

https://app.siilo.com/qr/1fae4c14

Dagelijkse updates over de drukte in de keten

AANTAL OPERATIONEEL LEIDERS:	AANTAL INFORMATIE MANAGERS:	DEELNEMERS APPGROEP RRC:
15	9	215

Met de oprichting van het RRC is ruimschoots gebruik gemaakt van de kennis binnen de GHOR-bureaus. Met diverse bestaande partijen (verwijshulp, RCPS, HAP's en Meldkamer) is een samenwerkingsvorm ontstaan die zorgde voor dagelijkse overzichten van patiëntenstromen. Door de kennis en ervaring die we in de regio hebben konden we makkelijk schakelen en dat resulteerde in korte tijd tot een informatieknooppunt met een goede verankering in de regio RR en ZHZ. Een pioniersrol waar we trots op kunnen zijn. In de korte tijd dat het RRC actief was is er geen situatie geweest waarin de rol van het RRC ook daadwerkelijk moest worden benut. Vaststaat dat het RRC zeker in een behoefte kan voorzien (met name voor de verwijzers) als het erop aankomt.

Ben de Haan, Beleidsadviseur GHOR ZHZ

IP & ABR ZORGNETWERK

IP & ABR ZORGNETWERK
Zuidwest-Nederland

VANUIT HET IP & ABR ZORGNETWERK

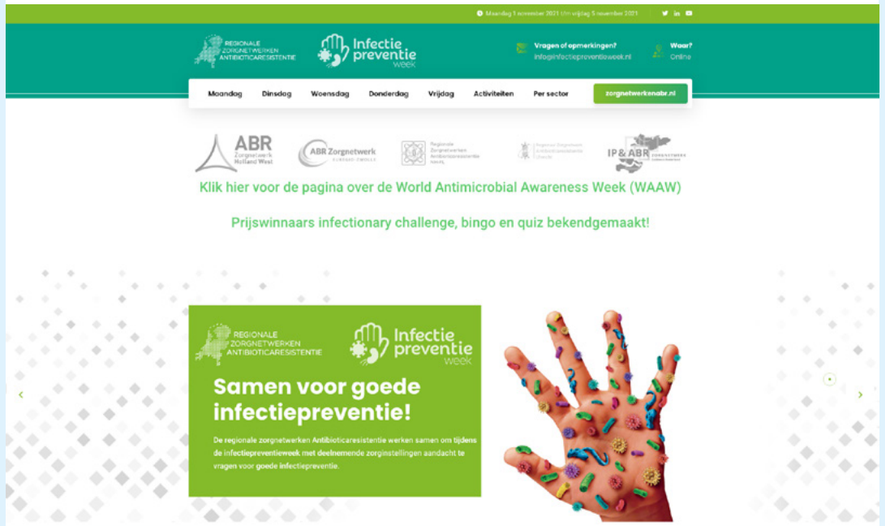
Ondanks de aanhoudende drukte van veel zorgprofessionals rond COVID-19 heeft het overgrote deel van de activiteiten van het IP & ABR Zorgnetwerk doorgang kunnen vinden zoals gepland. Begin van dit jaar is de subsidieaanvraag geschreven voor de huidige subsidieperiode (mei 2021 tot en met april 2023). Deze aanvraag is goedgekeurd door VWS en RIVM en in mei is gestart met de uitvoering ervan.

Voor het eerst is er regionaal aandacht besteed aan de internationale dag van de handhygiëne op 5 mei. Regionale ketenpartners kregen de mogelijkheid een fysiek startpakket te bestellen met materialen om het belang van goede handhygiëne onder de aandacht te brengen. Ook waren er digitale middelen beschikbaar via een actiepagina op de website van het Zorgnetwerk. Er is goed gebruik gemaakt van dit aanbod. Onder aanvoering van onze regio is op eenzelfde wijze, maar dan landelijk, aandacht gegeven aan de week van de infectiepreventie. Deze week is georganiseerd in de eerste week van november. Samen met de andere deelnemende zorgnetwerken is geïnvesteerd in een landelijke website: www.infectiepreventieweek.nl

Ook is gestart met een aantal nieuwe projecten zoals bijvoorbeeld het goed gebruik van handschoenen. Een ketenbreed project waarbij zowel gewerkt wordt aan het verbeteren van de kwaliteit op het gebied van handhygiëne, als het voorkomen van onnodige kosten en het mede hierdoor bijdragen aan duurzaamheidsdoelstellingen van de deelnemende organisaties. Een tweede voorbeeld van een project dat van start is gegaan is het SABEL-project. Vier huisartsdocenten zijn gestart met het geven van farmacotherapeutische overleggen in de regio waarbij met behulp van spiegeldata wordt gekeken naar het voorschrijfgedrag op het gebied van antibiotica.

Binnen de regio is in 2021 verder gewerkt aan het leggen van de nodige dwarsverbanden tussen de agenda's van het Strategische Team (ST) en Bestuurlijk Overleg Ziekenhuizen van het ROAZ en de inhoudelijke expertise binnen het IP & ABR Zorgnetwerk. Zo hebben de regionale artsen-microbioloog regelmatig geadviseerd over de geldende infectiepreventiemaatregelen bij opschaling en afschaling van de landelijke maatregelen. Ook is in december, mede op verzoek van het ST ROAZ, een goed bekeken gezamenlijk webinar georganiseerd over de omikron-variant van SARS-CoV-2.

www.infectiepreventieweek.nl



TERUGKIJKEN RODIN WEBINAR COVID-19 OMIKRONVARIANT | IP & ABR ZORGNETWERK ZUIDWEST-NEDERLAND (ABRZORGNETWERKZWN.NL)

OPGESCHAALDE ZORG

OTO-PROGRAMMA IN 2021:
Doorontwikkeling OTO-activiteiten

Het opleiden van professionals in de zorg heeft in de afgelopen twee jaar door COVID-19 onder druk gestaan. Dat in het bijzonder voor opleidingen, trainingen en oefeningen (OTO) op het gebied van crisisbeheersing en opgeschaalde zorg. Teams hadden te maken met hoge werkdruk, onderbezetting en veel in- en uitstroom. Het was voor veel ketenpartners alle hens aan dek waardoor er weinig ruimte was om te investeren in de voorbereiding op het leveren van zorg onder bijzondere omstandigheden. Bijna alle oefeningen zijn geannuleerd. Wel is binnen een aantal instellingen ruimte gevonden voor opleiden van (operationele) crisiscoördinatoren en ondersteuners van het Crisis BeleidsTeam (CBT). Trainingen die plaatsvonden waren gericht op het trainen van zowel het CBT als het operationeel team, waaronder basistrainingen crisismanagement voor bestuurders, training crisiscommunicatie en log- en plottrainingen.

Tegelijkertijd heeft de samenleving een enorme sprong gemaakt als het gaat om het digitaal, tijd- en plaatsonafhankelijk werken. Dit is ook te merken in de manier waarop mensen hun opleidingen volgen. E-learnings, webinars en online trainingen zijn niet meer weg te denken uit de manier waarop professionals bijblijven in hun vak. Het Traumacentrum Zuidwest-Nederland heeft op deze trends ingespeeld met het initiatief Doorontwikkelen OTO-activiteiten, oftewel het DOTO-project.

Verkenning: het maken van een ‘longlist’

De eerste fase van het project liep van juli tot en met december. In deze verkenningsfase is gesproken met ketenpartners in Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Holland Zuid en Zeeland, maar ook met partners uit andere ROAZ-regio’s en met aanbieders. Zo is een ‘longlist’ samengesteld met groepen die aandacht verdienen, onderwerpen die versterkt kunnen worden en werkvormen die gebruikt kunnen worden.

De leden van crisisteams blijken in veel organisaties nog voldoende getraind te worden via bestaande OTO-activiteiten – of hebben constant ‘geoefend’ dankzij de COVID-19 crisis. Professionals die daar verder vanaf stonden zijn nauwelijks meer opgeleid. Zoals een van de partners tijdens een interview zei: “Ik denk dat veel collega’s geen idee hebben waar ZiROP voor staat...”.

Als het om de inhoud van OTO-activiteiten gaat, dan vragen partners blijvend aandacht voor de basis, bijvoorbeeld als het gaat om het samenwerken en besluitvorming in crisisteams, scenario’s op het gebied van een pandemie, cyber, CBRN en crisiscommunicatie. Ook het thema Business Continuïteits Management (BCM) werd genoemd. Continuïteit van zorg staat mede dankzij COVID-19, meer dan ooit in de belangstelling.

Ketenpartners zijn enthousiast over de mogelijkheden van de Emergo Train System (ETS) trainingsmethodiek en zien deze OTO-activiteit graag doorontwikkeld. Aan de hightech-kant willen sommige partners de mogelijkheden van virtual reality (VR) verder verkennen, zeker als men de apparatuur al in huis heeft. Andere partners pleiten juist voor de inzet van lowtech en wijzen op het talent van collega’s die de mogelijkheden van YouTube, Instagram en TikTok benutten.

Samen richting geven: het maken van een shortlist

De wensen en ideeën uit de verkenningsfase zijn in drie interactieve digitale bijeenkomsten voorgelegd aan de ketenpartners. De longlist werd teruggebracht tot een behapbare short-list van OTO-activiteiten die concreet uitgewerkt konden worden. Zo hebben de ketenpartners de tweede fase van het DOTO-project richting gegeven:

1. **Versterken van het thema CBRN;**
2. **Doorontwikkeling van ETS inclusief de training van nieuwe instructeurs;**
3. **Ontwikkeling van een basistraining ‘Wat is opgeschaalde zorg?’;**
4. **Verkenning van een themamaand rond opgeschaalde zorg;**
5. **Uitbreiding van het aanbod in de Elektronische Leer Omgeving (ELO) van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland met o.a. een vereenvoudigd aanvraag- en verantwoordingssysteem (OTO-gelden module).**

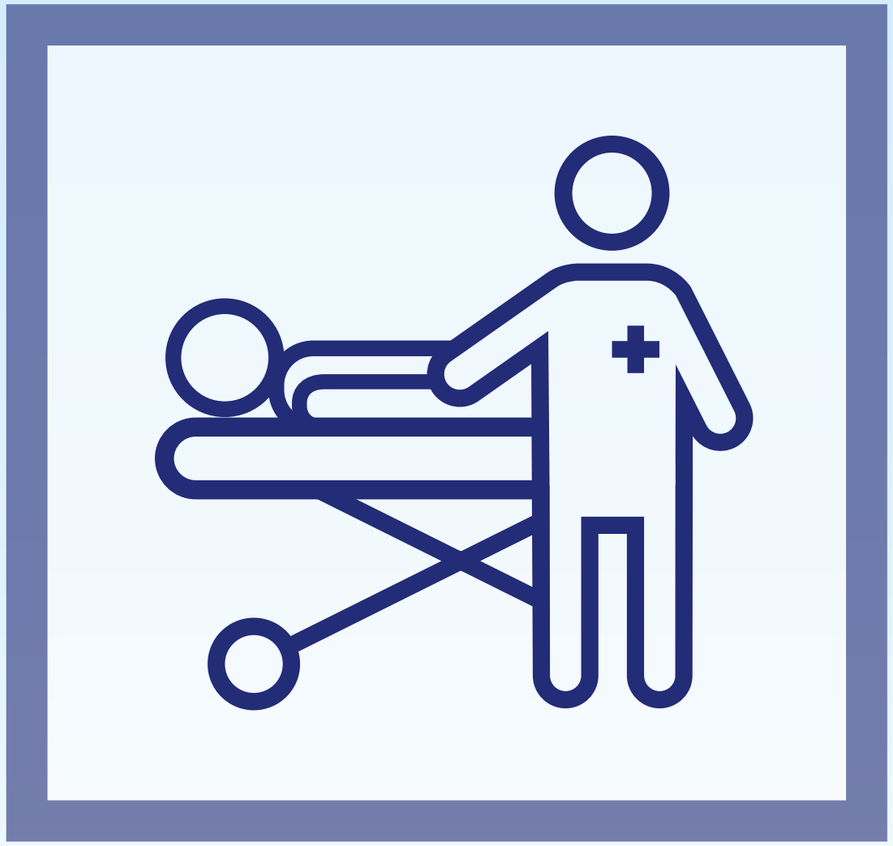
Slim gebruik maken van wat er al is

In het DOTO-project wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van wat er al is. Samen met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is gewerkt aan een overzicht van OTO-producten die ROAZ-regio’s reeds beschikbaar hebben en in de komende periode gaan ontwikkelen. Als opleidingsproducten met OTO-stimuleringsgelden uitgedacht worden, dan kunnen ze makkelijk gedeeld en kosteneffectief beschikbaar worden gesteld. Het Traumacentrum Zuidwest-Nederland heeft in 2021 de samenwerking gezocht met onder andere het NAZB, AZNNN, NAZrZ, AZO en het Defensie CBRN Centrum in Vught op diverse onderwerpen, waaronder het thema CBRN en de inrichting van de ELO’s.

Doorkijk

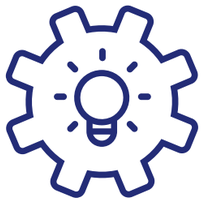
Het DOTO-project heeft ingespeeld op een duidelijke behoefte: hoe bereid je jezelf en de keten voor op het leveren van opgeschaalde zorg als er weinig ruimte is voor het uitvoeren van traditionele OTO-activiteiten? Het is zaak om de kansen die er liggen goed te benutten. Het Traumacentrum Zuidwest-Nederland ziet ernaar uit om deze uitdaging in 2022 met haar partners verder op te pakken.

TRAUMAZORG



DATAMANAGEMENT EN ONDERZOEKEN

Het afgelopen jaar hebben de medewerkers van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland voor het tweede jaar op rij een groot deel van hun tijd gefocust op de beheersorganisatie rond COVID-19. Toch zijn enkele projecten afgerond en hebben nieuwe projecten vorm gekregen. Ook in 2022 hopen we weer mooie resultaten neer te zetten!



Publicaties stafbureau

- The Relationship between Hospital Volume and In-Hospital Mortality of Severely Injured Patients in Dutch Level-1 Trauma Centers (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33920899/)
- The definition of major trauma using different revisions of the abbreviated injury scale (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34044857/)
- Identifying trauma patients with benefit from direct transportation to Level-1 trauma centers (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362302/)
- Health-related quality of life and return to work 1 year after major trauma from a network perspective (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514511/)
- Primary admission and secondary transfer of trauma patients to Dutch level I and level II trauma centers: predictors and outcomes (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34586442/)

Publicaties MMT

- Ambulance deceleration causes increased intra cranial pressure in supine position: a prospective observational prove of principle study (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34193207/)
- Correction to: Ambulance deceleration causes increased intra cranial pressure in supine position: a prospective observational proof of principle study (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332612/)
- Characteristics, management and outcome of prehospital pediatric emergencies by a Dutch HEMS (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33543366/)
- A Nationwide Retrospective Analysis of Out-of-Hospital Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation Treated by Helicopter Emergency Medical Service in the Netherlands (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34794780/)

Onderzoek waarbij gebruikt gemaakt wordt van gegevens uit de LTR Zuidwest

BRAIN-PROTECT study (LUMC)

- Association Between Prehospital Tranexamic Acid Administration and Outcomes of Severe Traumatic Brain Injury (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33284310/)
- Epidemiology, Prehospital Characteristics and Outcomes of Severe Traumatic Brain Injury in The Netherlands: The BRAIN-PROTECT Study (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960672/)

Landelijke traumaregistratie (LNAZ)

- Dutch trauma system performance: Are injured patients treated at the right place? (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34045042/)
- Evaluation of the Berlin polytrauma definition: A Dutch nationwide observational study (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33443988/)

Trauma bij kinderen (Amsterdam UMC)

- High prevalence of non-accidental trauma among deceased children presenting at Level I trauma centers in the Netherlands. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34773580/)

Trauma Triage App (UMCU en NAZL)

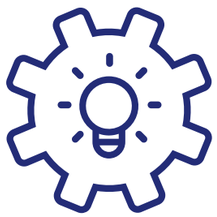
- Priority accuracy by dispatch centers and Emergency Medical Services professionals in trauma patients: a cohort study (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34019106/)
- The impact of prehospital time intervals on mortality in moderately and severely injured patients (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407005/)
- Evaluating the effect of driving distance to the nearest higher level trauma centre on undertriage: a cohort study (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593562/)

KWALITEIT VAN LEVEN NA EEN ERNSTIG ONGEVAL MET EEN REGIONALE BLIK

Traumazorg in Nederland heeft sinds de introductie van traumanetwerken mooie resultaten geboekt. Onder andere is het aantal patiënten dat een ernstig ongeval overleeft gestegen. Om in te schatten hoe de kwaliteit van leven er voor staat bij de groep multitraumapatiënten hebben we vragenlijsten uitgezet die in gaan op ervaren gezondheid en re-integratie op de werkvloer één jaar na een ernstig ongeval.

In het algemeen was de ervaren kwaliteit van leven van de respondenten lager dan de mensen om hen heen, die geen ernstig ongeval hebben gehad, namelijk de Nederlandse referentiepopulatie. Hiernaast zien we in de data hoe minder beperkingen er in het dagelijks leven worden ervaren, hoe hoger de mate van terugkeer naar het werk is geweest. De data die voor deze studie is verzameld is een mooie opmaat naar verdere vraagstukken omtrent kwaliteit van leven na een ernstig ongeval.

Dank aan alle mensen die de vragenlijsten hebben ingevuld!



OP 17 NOVEMBER 2021 HEEFT X.R.J. MOORS ZIJN PROEFSCHRIFT VERDEDIGD: ‘PREHOSPITAL CARE IN PEDIATRIC PATIENTS TREATED BY DUTCH HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICES’.

Het Rotterdamse Mobiel Medisch Team (MMT) verleent zorg aan patiënten van elke leeftijd. Tegenwoordig is 22% van alle behandelde patiënten jonger dan 18 jaar. Het MMT verleent zorg in verschillende situaties zoals bijvoorbeeld sepsis, reanimatie, falen van de ademhaling en trauma. Om in een prehospitale omgeving zorg aan kinderen te verlenen met een hoge en adequate standaard, moet de zorgverlener een hoge mate van skills en competenties bezitten. Deze zijn maar deels te behalen door het bestuderen van literatuur en/of het volgen van een cursus. Het belang van deze prehospitale ervaring wordt onderschreven in deze thesis. Om deze mate van ervaring te verkrijgen en behouden is het noodzakelijk om regelmatig daadwerkelijk prehospitaal ervaring op te doen met inzetten met ernstig zieke en/of gewonde kinderen. Er is geen empirische regel die zegt hoe veel en hoe vaak dit minimaal moet zijn om te voldoen aan deze hoge mate van bekwaamheid.

De onderzoeken die beschreven staan in deze thesis laten wel zien dat het MMT regelmatig kinderen behandelt die ernstig ziek en/of gewond zijn en dus snel deze expertise krijgt, maar tegelijkertijd ook kan onderhouden. Deze thesis beschrijft de resultaten van een aantal publicaties die onderzocht hebben of het MMT een meerwaarde heeft in de prehospitale behandeling van kinderen.

Link naar proefschrift: https://repub.eur.nl/pub/136991/

Bron: Promotie X.R.J. (Xavier) Moors | Erasmus University Rotterdam (eur.nl)

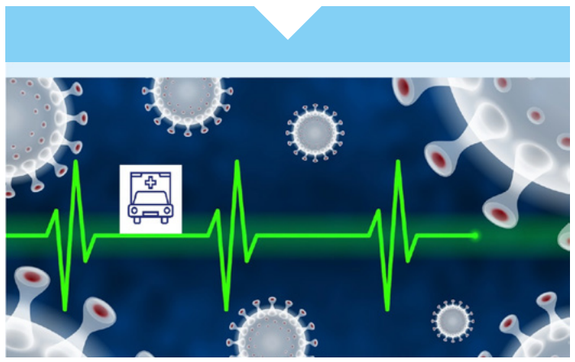
RAPPORTAGE TRAUMAZORG IN ZUIDWEST-NEDERLAND TEN TIJDE VAN EEN PANDEMIE

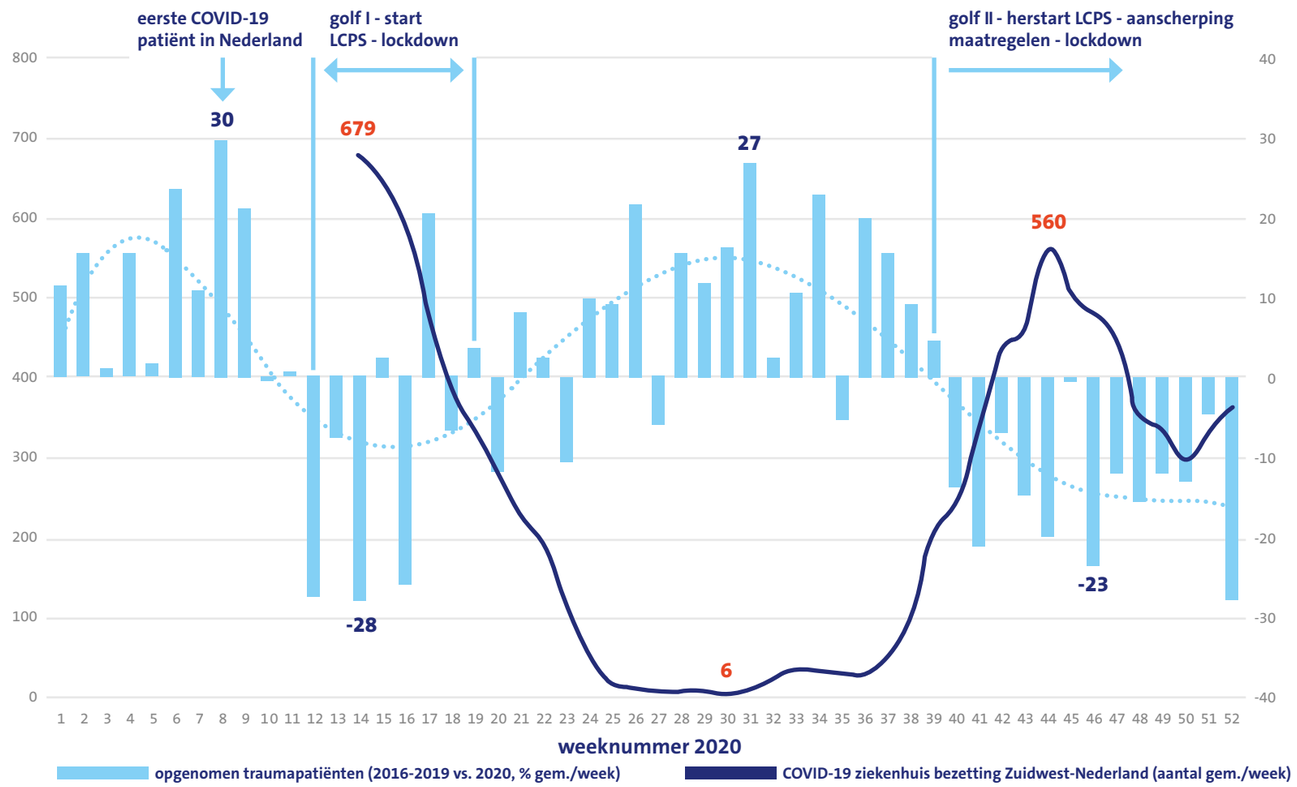
Eind 2019 werd de wereld opgeschud door de introductie van een virus. De meesten van ons kunnen zich nog scherp herinneren hoe COVID-19 zich eind februari 2020 in Nederland liet zien en nog een tijdje zou blijven...

Traumazorg heeft zich in 2020 moeten aanpassen, maar kon ook doorgang vinden, ondanks verhoogde druk prehospitaal, in ziekenhuizen en nazorgtrajecten. De gehele trauma-zorgketen heeft hiermee een enorme inspanning geleverd. Het Traumacentrum Zuidwest-Nederland is doorgegaan met één van haar basistaken: de traumaregistratie van traumaregio Zuidwest-Nederland.

In Figuur 1 ziet u hoe de COVID-19 bezetting in de zieken-huizen in traumaregio Zuidwest-Nederland zich verhoudt ten opzichte van het aantal opgenomen traumapatiënten. Duidelijk zichtbaar is een daling van opnames bij een piek in COVID-19 bezetting tijdens de eerste en tweede COVID-19-golf. In de interepidemische periode zien we een duidelijke toename in traumaregistraties.

Lees via **deze link** meer over de rapportage en de conclusie.

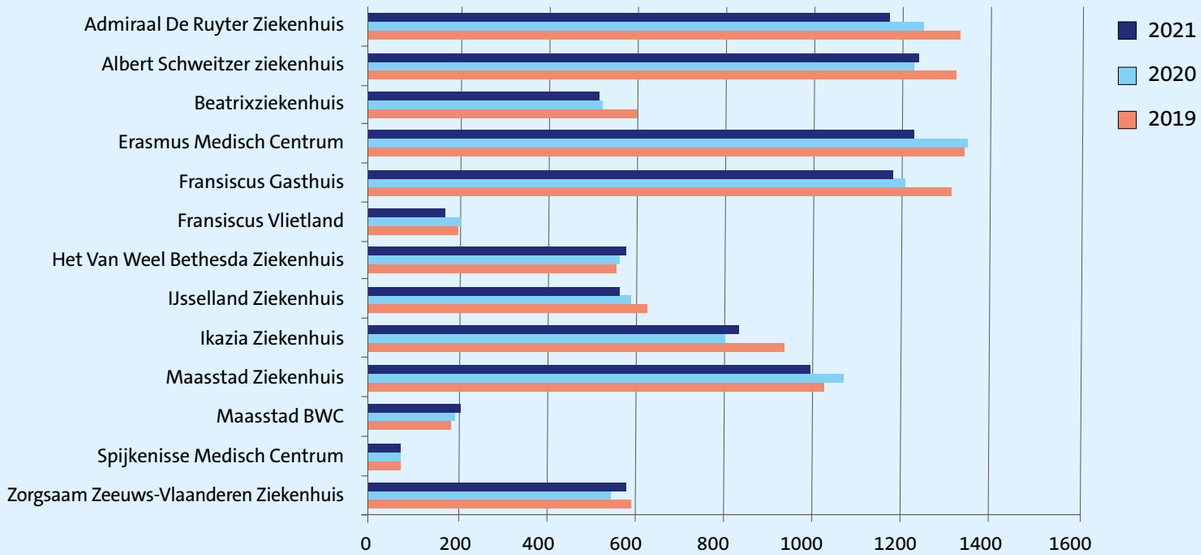




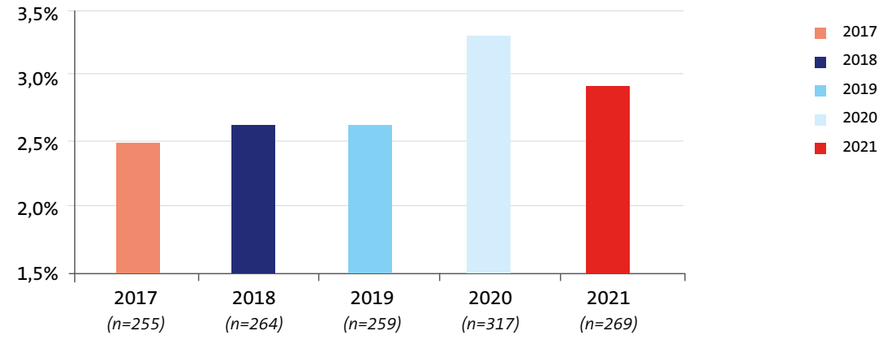
Figuur 1
De verdere analyse is opgedeeld in drie periodes: golf I tussen opening en waakvlamstand van het Landelijke Centrum Patiënten Spreiding (LCPS) van 27 maart tot en met 10 mei, de interepidemische periode tussen 11 mei en de heropening van het LCPS op 23 september, en golf II opvolgende tot het einde van het kalenderjaar. Voor verdere verdieping vindt u hier de volledige rapportage met alle tabellen en extra tekst.

LANDELIJKE TRAUMAREGISTRATIE (LTR)

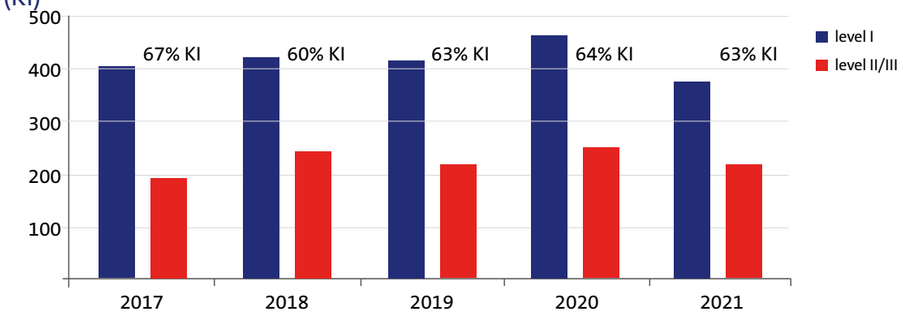
Traumaregistraties per ziekenhuis 2019 - 2021



Overlijdenspercentage 2017 -2021



Multitrauma Traumaregio Zuidwest 2017 - 2021- Absoluut en Kwaliteitsindicator (KI)



Herkomst 2021 (totaal 9.322)

- Plaats ongeval 7.000
- HAP/Huisarts 1.498
- Ziekenhuis 609
- Overig en onbekend 215

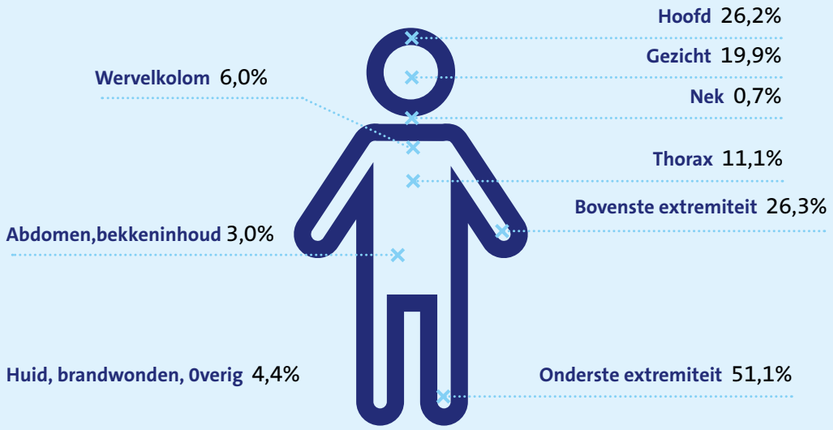
Verwijzer 2021 (totaal 9.322)

- 112 5.162
- Huisarts 3.209
- Eigen initiatief 443
- Ander ziekenhuis 368
- Overig en onbekend 150

Vervoer patiënt 2021 (totaal 9.322)

- Ambulance 6.602
- Eigen vervoer 2207
- Traumahelikopter 19
- Ambulance met MMT-inzet 435
- Overig en onbekend 59

Verdeling letsels naar lichaamsregio 2021



Wilt u meer weten over de traumaregistratie?
Neem dan contact op met één van onze datamanagers.

PROJECT POLYTRAUMAPATIËNT

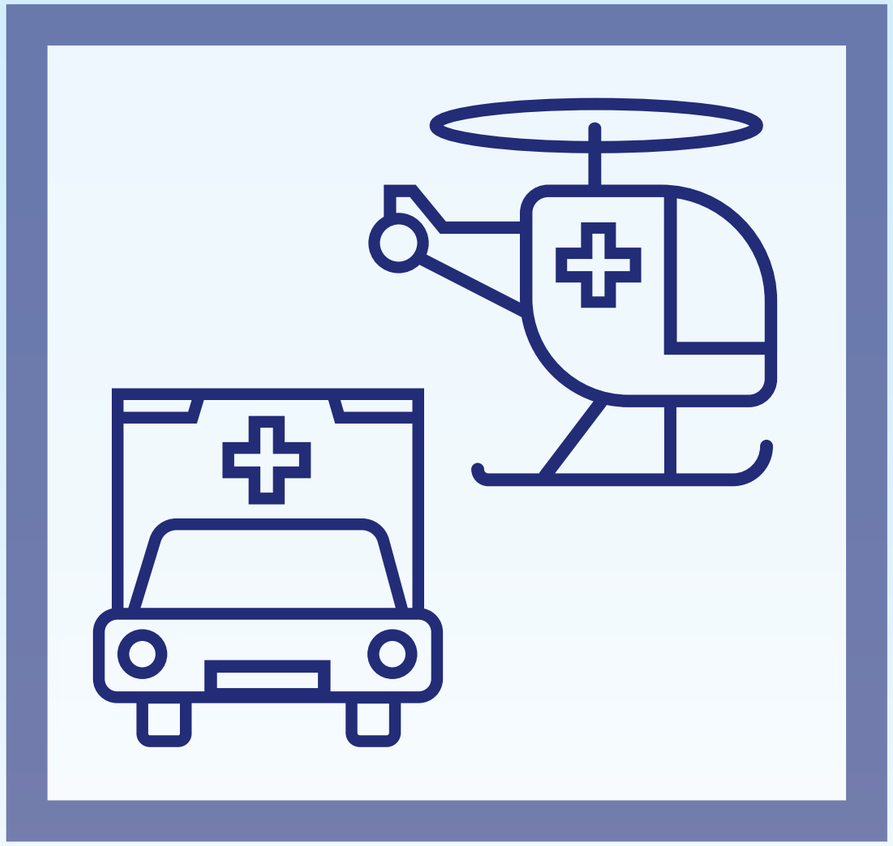
De concentratie van polytraumapatiënten in het Level1 ziekenhuis van de regio voldoet ook in regio Zuidwest-Nederland niet aan de norm van 90%. Om deze norm van Zorginstituut Nederland te halen is gestart met een werkgroep met vertegenwoordiging van traumachirurgen uit alle regioziekenhuizen, waarbij later ook de vertegenwoordiger uit het DB ROAZ en directeur van de RAVZHZ is aangesloten. Tineke Moerman is door het TCZWN aangesteld als projectleider.

In samenwerking met traumaregio Utrecht, en in bijzonder met collega traumachirurg Mark van Heijl, is onderzoek gedaan naar de triage van traumapatiënten in onze regio.

De analyse van prehospitale- en LTR-data en de introductie van een rekenkundig model geïntegreerd in een app, heeft er toe geleid dat in theorie terugdringen van ondertriage haalbaar is gebleken. Samen met de traumachirurgen en de RAV wordt nu onderzocht hoe een pilotfase, waarbij het triagemodel in onze regio gebruikt gaat worden, kan worden geïmplementeerd.

Daarnaast is er aandacht voor eventuele overtriage en de consequenties voor de traumazorg in onze hele regio. In 2022 hopen we de pilotfase af te ronden en streven we naar een concentratie van 80% polytraumapatiënten in het Level1 ziekenhuis aan het einde van het jaar.

MOBIEL MEDISCH TEAM

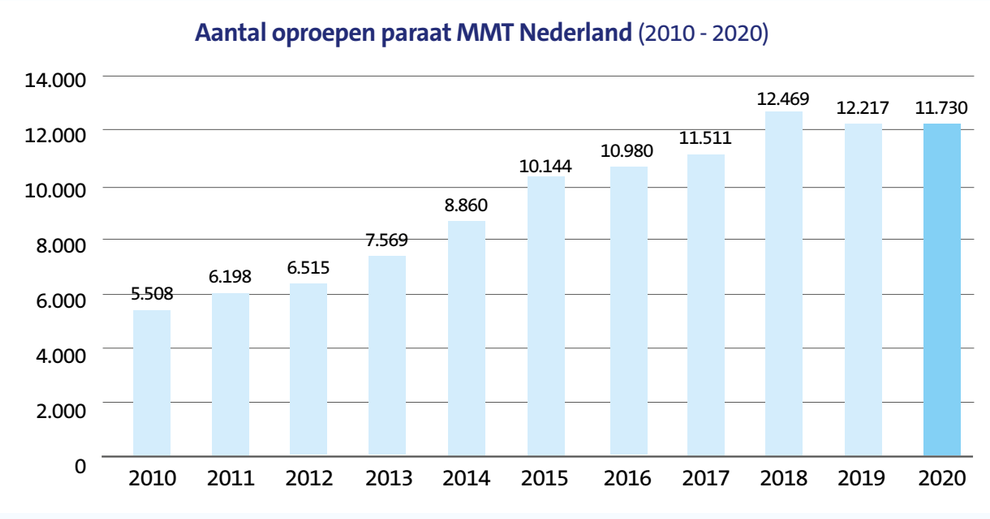


HET MOBIEL MEDISCH TEAM (MMT)

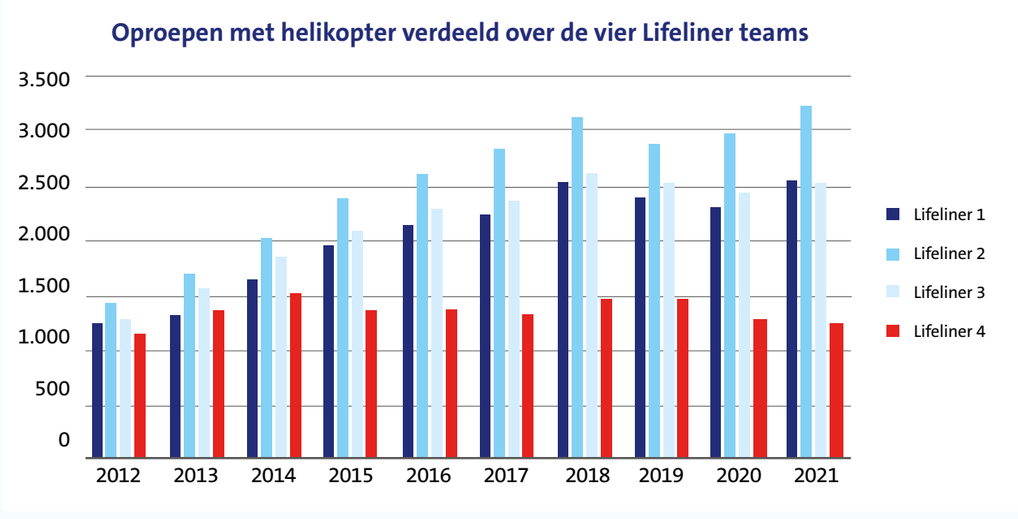
In 2021 was COVID-19 ook nog steeds aan de orde voor het MMT. Maar met een jaar ervaring achter de rug, was het ermee omgaan weer iets gemakkelijker geworden. Het handhaven van de strenge regels hebben ervoor gezorgd dat de uitval beperkt is gebleven. 2021 stond voor het MMT in het teken van de implementatie van de ECMO (start januari 2022) maar ook de vorming van het Landelijk Netwerk van MMT-zorg. Door dit netwerk wordt de samenwerking tussen de vier MMT's met een helikopter in Nederland versterkt. Verder werkte het MMT nauw samen met de politie in het participatietraject rondom een nieuw luchthavenbesluit op Rotterdam The Hague Airport. Goede afspraken in het Luchthavenbesluit zijn essentieel voor de twee organisaties om het maatschappelijk verkeer in onze regio in de lucht te houden en zo hun taak zo goed mogelijk uit te voeren. In 2021 is dat in ieder geval goed gelukt, zo laat ook het onderstaande overzicht zien.

Landelijke oproepgegevens

Er zijn vier MMT's die met een helikopter of een voertuig zorgen voor een dekkend netwerk van zorg in Nederland. De totale cijfers van de vier teams lopen een jaar achter en dus hier de trend tot en met 2020. Het aantal oproepen stijgt sinds 2010. Vanaf 2019 is een daling te zien van het aantal oproepen landelijk. Deze daling zet in 2020 door.



Figuur 1: landelijk oproepen 2010 – 2020 van de vier MMT's met de helikopter en het voertuig



Figuur 2: oproepen 2012-2021 van de vier Lifeliners (exclusief de oproepen van het voertuig)

Over 2021 zijn wel al de totale oproepen van de helikopters bekend (dus de oproepen van het voertuig ontbreken).

Inzetten met de helikopter	Amsterdam (Lifeliner 1)	Rotterdam (Lifeliner 2)	Nijmegen (Lifeliner 3)	Groningen (Lifeliner 4)	Totaal
2021	2.522	3.173	2.464	1.202	9.361

Tabel 1: Oproepen 2021 van de vier Lifeliners (exclusief de oproepen van het voertuig)

Rotterdam Lifeliner 2

Wanneer we inzoomen op de gegevens van het MMT van Rotterdam (Lifeliner 2) zien we dat in tegenstelling tot de landelijke aantallen, de oproepen voor de Lifeliner 2 met de helikopter en het voertuig wel zijn gestegen. Ook in 2021 lijkt COVID-19 geen invloed te hebben op het aantal oproepen van het MMT.

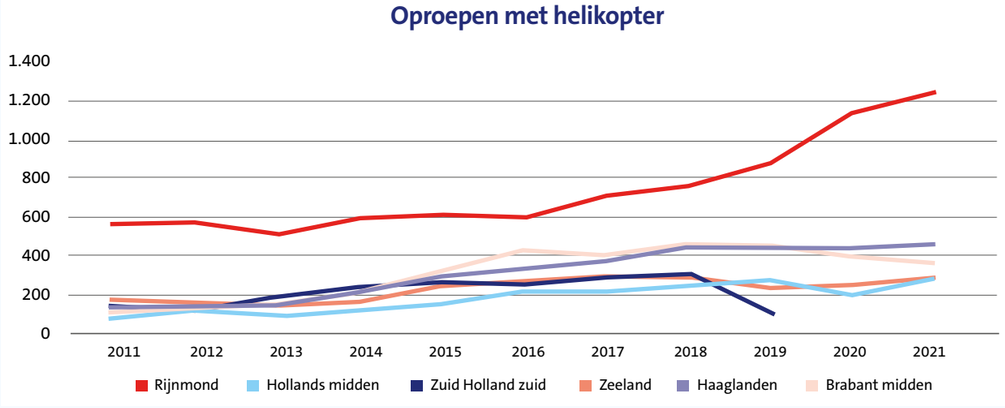
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Helikopter	2.348	2.552	2.752	3.091	2.849	3.051	3.350
MMT-voertuig	717	764	932	998	1.052	979	1.150
Totaal	**3.065**	**3.316**	**3.684**	**4.089**	**3.901**	**4.030**	**4.500**

Tabel 2: Aantal oproepen MMT Rotterdam 2015 - 2021

Een inzet is als daadwerkelijk ter plaatse door het team hulp is verleend en het aantal inzetten van het team wordt berekend door van het aantal oproepen de cancels af te trekken. Er zijn verschillende oorzaken waardoor voortijdig een oproep wordt gecanceld. Een daarvan is bijvoorbeeld als het slachtoffer is overleden voordat het MMT is gearriveerd. In onderstaande tabel 3 staan het aantal oproepen, inzetten en cancels voor 2021, uitgesplitst naar het gebruikte voertuig.

	oproep	inzet	cancel	cancel%
Helikopter	3.350	1.554	1796	52%
MMT-voertuig	1.150	552	598	52%
Totaal	**4.500**	**2.106**	**2.394**	**53%**

Tabel 3: Inzetten en cancels met de helikopter en voertuig, 2021



Figuur 3: oproepen 2010 -2021 van de Lifeliner 2 uitgesplitst naar meldkamer

In **Figuur 3** is de trend te zien van het aantal oproepen per meldkamer. Opgemerkt dient te worden dat vanaf 2019 de oproepen van de meldkamer Zuid-Holland Zuid(ZHZ) zijn samengevoegd met de oproepen van de meldkamer Rotterdam Rijnmond (RR).

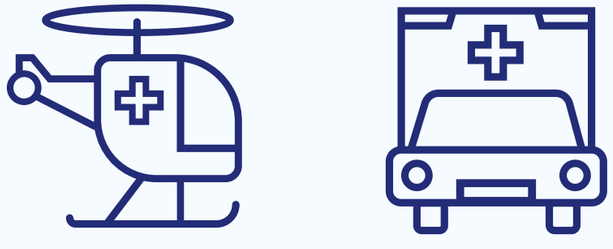
In 2021 waren 2405 oproepen bij een ernstig trauma. 2098 maal werd het team opgeroepen voor een levensbedreigende situatie waar geen trauma aan ten grondslag lag. De verhouding trauma - non-trauma bij de oproepen is 53% versus 47%. Als we kijken naar de daadwerkelijke inzetten (dus minus de cancels) zijn 54% van de inzetten in het kader van een trauma (1166 versus 940). Het team heeft 621 intubaties gedaan waarvan 62 bij kinderen van 16 jaar of jonger. Verder is er bij 436 patiënten gereanimeerd en daarvan waren 54 kinderen 16 jaar of jonger.

Ronde langs ketenpartners

Het MMT werkt op straat altijd samen met andere hulpdiensten. In 2021 heeft een vertegenwoordiging van het team opnieuw een ronde gemaakt langs een aantal van deze ketenpartners. Onderwerpen van gesprek waren de samenwerking in het algemeen, nieuwe ontwikkelingen en het melden van incidenten of klachten. Ondanks COVID-19 zijn deze gesprekken via MS Teams uiteindelijk wel doorgegaan.

Landelijk Netwerk MMT-Zorg (LNMZ)

De vier MMT's in Nederland werken al vele jaren samen binnen het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ). In 2021 hebben de vier teams gewerkt aan de formalisatie van het versterken van die samenwerking. Hiertoe is het Landelijk Netwerk MMT-Zorg ontstaan. Binnen dit netwerk zijn meerdere gremia opgericht die werken aan gezamenlijk inhoudelijk beleid en de uitvoering ervan. Dit leidt tot betere en efficiëntere MMT-zorg voor de patiënt.



INSTAGRAM ACCOUNT MMT

Vanuit de Helikopter - Mobiel Medische Teams (H-MMT), ook bekend als de Lifeliners of traumahelikopter is in januari 2021 een Instagram account aangemaakt om het algemene publiek en ketenpartners te informeren over het werk van de Lifeliners in het algemeen. Het is een informatief account en gericht op leuke en interessante weetjes rondom de H-MMT's in Nederland. Inmiddels heeft het account 3.897 volgers.

Het Instragram account is hier te vinden
https://www.instagram.com/dutch_lifeliners_official/

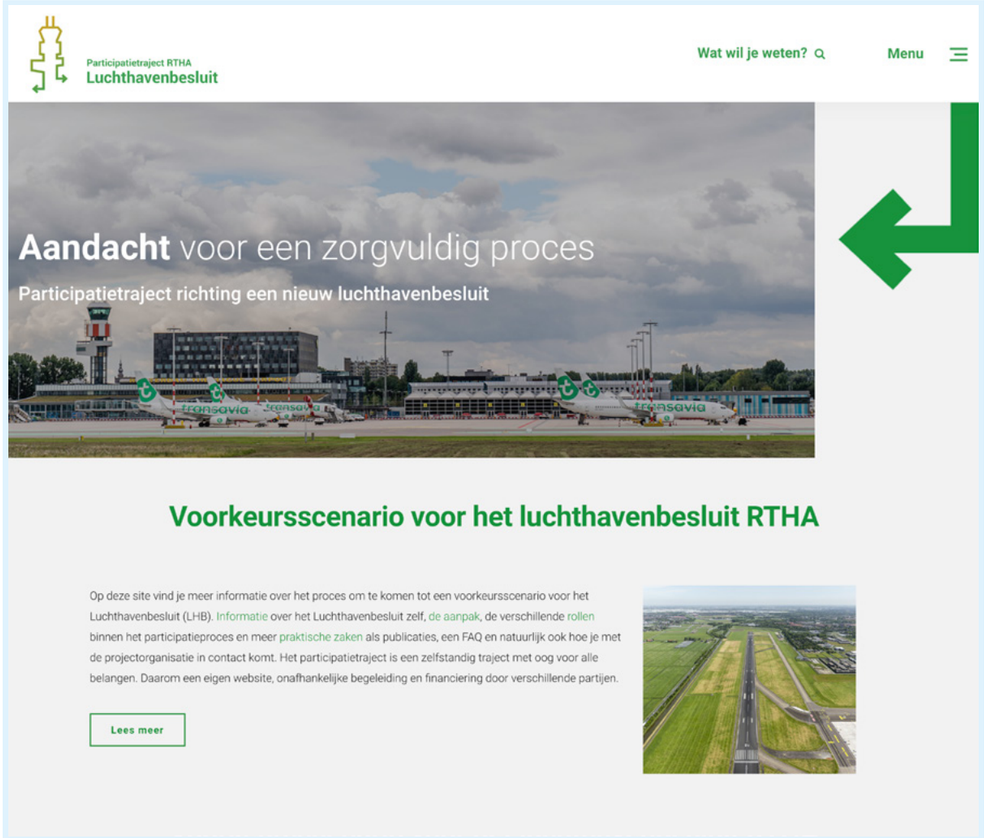
GEZAMENLIJK OP WEG NAAR EEN LUCHTHAVENBESLUIT

De standplaats van het MMT is Rotterdam The Hague Airport (RTHA). Op dit moment functioneert RTHA op basis van een omzettingsregeling. Deze moet worden vervangen door een nieuw Luchthavenbesluit (LHB). RTHA dient bij het bevoegd gezag (het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat) een voorkeursscenario in voor dit nieuwe LHB. Een LHB is een wettelijke vergunning, noodzakelijk voor de luchthavenexploitatie. In het besluit staan onder andere bepalingen over de openingstijden van de luchthaven, de omvang van het vliegverkeer en de normering voor geluidsbelasting.

RTHA is eind 2020 een participatietraject gestart om met alle belanghebbenden van RTHA een voorkeursscenario op te stellen. Het MMT participeert samen met de politie in dit traject en zo wordt zorggedragen voor een goede borging van het maatschappelijk verkeer op RTHA. Na een kennismakingsronde is in 2021 gestart met de fase van Joint Fact Finding, wat heeft geresulteerd in een rapport. Dit rapport diende als bron van informatie voor de volgende fase waarin gezamenlijk wordt toegewerkt naar een voorkeurscenario waarin de belangen van alle partijen terugkomen. Het traject wordt in 2022 voortgezet.

Voor het participatietraject is een eigen website ontworpen: www.luchthavenbesluit.nl.

Op de website leest u alle informatie over het traject, het laatste nieuws, relevante documenten en veel gestelde vragen.



ALBERT VISSER NEEMT AFSCHEID VAN HET MMT

Na jarenlange trouwe dienst en veel spannende, bijzondere momenten bij het Mobiel Medisch Team (MMT) stapte Albert vanaf augustus 2021 weer fulltime als verpleegkundige op de ambulance. Hij blikt terug op zijn carrière en hoogste hoogtepunten bij het MMT. Wat is hem bijgebleven? Wat betekenen zijn collega's voor hem? Hoe ervaart hij de ontwikkelingen binnen het MMT? Fasten your seat belts voor Albert's carrière in vogelvlucht.

"Ik woon op een eiland en we houden hier soms teamfeestjes. Ik hoop dat ze blijven komen!"

Vlieg-minded

In het voorjaar van 1997 kreeg Albert de kans om zich als verpleegkundige bij het Mobiel Medisch Team (MMT) te voegen. En die liet hij niet aan zich voorbijgaan. "In 1997 werd ik gevraagd voor die functie. Toen was het nog helemaal nieuw voor Rotterdam en het begon als een project. De ambulancediensten in de regio konden verpleegkundigen aandragen en ik werd met 5 anderen geselecteerd. We werden vliegtechnisch opgeleid op vliegveld Teuge. Zaten we daar ineens als verpleegkundigen samen in een klasje met Fokker 50-piloten. Zo werden we vlieg-minded gemaakt. Daar kregen we les over meteo, luchtvaartcommunicatie en alle instrumenten."

Een spannende tijd voor Albert, maar de vliegende start van zijn nieuwe carrière liet nog even op zich wachten. "De bedoeling was dat we eerst stage zouden lopen, zodat we niet voor het eerst in een helikopter stapten als je dienst had. Ik zou stagelopen in Duitsland. Ik heb er drie nachten en drie dagen gezeten, maar niet één inzet gehad. Uitzonderlijk was dat, want degene na mij had er 15. Ter compensatie mocht ik twee dagen meelopen in Amsterdam. Eerste dag? Geen inzet. Tweede dag? Eentje. Ik had welgeteld één inzet gehad voordat ik geacht werd om de helikopter naar zijn bestemming te navigeren", vertelt hij. Destijds heel spannend, maar nu kan hij erom lachen.

Navigeren met ANWB-fietskaarten

Destijds was vliegen low tech, vertelt hij. Dat maakte het extra moeilijk. "Het was toen echt nog pionieren met een tweedehands helikopter. De navigatie ging op fietskaarten van de ANWB. We trokken een streep op de kaart van waar we waren naar waar we heen moesten. Die maten we op met een gradenboog en dan vertelden we de piloot dat hij bijvoorbeeld 55 graden moest vliegen, ongeveer 30 kilometer. Tijdens de vlucht volgde je die lijn met je vingers om te kijken of je nog in de goede lijn vloog. En dan moesten we ook nog de exacte locatie bepalen en rekening houden met de bebouwing. Op basis daarvan bepaalden we een landingsplek. Lastig, want je moet altijd rekening houden met de windrichting en obstakels bij in- en uitvliegen. Maar als je dat vaak doet, gaat het steeds makkelijker."

En als je er vanaf moment één bij bent, zoals Albert, volg je alle ontwikkelingen van het MMT op de voet. “We begonnen met niets en kijk nu wat er staat. De ontwikkelingen zijn gigantisch hard gegaan. We vliegen nu met een supermoderne helikopter met alles erop en eraan. Om het ons makkelijker te maken. Zo hebben we nu 24-uurs-dekking vanaf 2011, met nachtkijkers. Pure winst.”

“Een aantal missies blijven me voor altijd bij”

In al die jaren maakte Albert heel wat mee. “Het was een hele mooie tijd. En ik heb mijn partner er ontmoet, ook niet onbelangrijk. Een aantal missies zullen me altijd bijblijven, zoals de crash van Turkish Airlines. Na drie kwartier waren wij ter plaatse en zagen we een groot vliegtuig in de wei liggen. Wij zijn toen naar binnen getild door de brandweer. De passagiers waren allemaal op eigen kracht het vliegtuig uitgeklommen via de vleugel. Alleen in de businessclass en cockpit waren nog mensen. De mensen die nog in leven waren, hebben we eruit gehaald. Degene die levend uit het vliegtuig kwamen, hebben het allemaal overleefd. Zeer uitzonderlijk. Iedereen kon snel bij dichtstbijzijnde ziekenhuizen terecht. Een andere mijlpaal was een keizersnede na een ongeluk op de snelweg. Dat was de eerste keer dat dat prehospitaal werd gedaan in Nederland.
Dat zijn inzetten die je nooit vergeet.”

Hoe verwerk je zulke heftige inzetten? “De volgende dag ga ik dan een stuk hardlopen, dat helpt mij. En het ligt ook heel erg aan je eigen gesteldheid op dat moment. Zit je bijvoorbeeld in een relatiecrisis en je hebt je derde kind-reanimatie die dag, dan tikt dat harder door dan wanneer je in een stabiele situatie zit. Wij zijn ook maar mensen en het kan soms teveel worden.”

Formule 1 in de geneeskunde

Zijn carrière bij het MMT zou niet hetzelfde zijn geweest zonder zijn collega’s, waar hij met lof over praat. “De band is super goed, we hebben een klein team en zijn goed op elkaar ingespeeld. Je leert elkaar heel goed kennen als je zo lang met elkaar optrekt in zulke heftige situaties. We praten ook altijd na iedere inzet met elkaar. Dan kijk je elkaar even in de ogen en merk je of het goed gaat met je collega’s. Alles loopt heel soepel, als een echt team. Soms zien de buitenstaanders niet wie de arts is en wie de verpleegkundige. We kunnen een groot gedeelte van de taken van elkaar overnemen, dat gaat altijd prima. Je kunt het zien als de formule 1 van de autosport. Snel, dynamisch, met helikopter en je maakt aan de lopende band de meest complexe ingrepen mee. Dus je móet ook wel goed op elkaar ingespeeld zijn.”

Voor Albert gaat ‘uit het oog uit het hart’ niet op: “Ik woon op een eiland en we houden hier soms teamfeestjes. Ik hoop dat ze blijven komen!”

MMT als innovatielab

Ook al stopt hij bij het MMT, hij hoopt dat alle ontwikkelingen voor complexe ingrepen blijven doorgaan. “Het MMT is dé plek waar innovaties getest worden, een soort innovatielab. Zo is het gebruik van botnaalden prehospitaal begonnen. Dat is een alternatief voor het infuus, waarmee we vloeistoffen of medicijnen kunnen toedienen via het bot. Nu is het gemeengoed geworden op de ambulance. Het gebruik van prehospitale echografie voor het snel stellen van diagnoses is ook zòn voorbeeld. Ik hoop dat die innovaties in de toekomst blijven komen vanuit het MMT.

Een andere grote ontwikkeling is het gebruik van de prehospitale ECMO, een hart-longmachine. “We gaan jonge mensen met een hartstilstand op straat al aansluiten aan een hart-longmachine. Een hele complexe handeling waarbij we twee enorme canules in de patiënt brengen, eentje in een grote ader en eentje in de aorta. Daarmee kunnen we de hele ademhaling overnemen, tot de oorzaak duidelijk is en het behandeld kan worden. Dat is heel bijzonder. Ik ga dat dus niet meer meemaken bij het MMT, maar het is dé ontwikkeling in ons vakgebied.”

Met beide benen op de grond

Na een hele lange tijd met nachtdiensten kwam ik op een punt dat ik van mezelf de conclusie moest trekken om weer de ambulance in te gaan. In zijn ogen absoluut niet minder saai: “Het is minder dynamisch, maar je hebt wel leuke gesprekken met de patiënt, omdat ze vaak minder gewond zijn dan die ik met het MMT tref. Het blijft mooi werk. Soms komen mensen je ook bedanken en vertelt diegene hoe geweldig het is ‘dat ie het nog doet’. Dat zijn vaak kinderen die willen weten wie ze geholpen heeft.” Wel zal het even wennen worden voor zijn thuisfront. “Ik had vaak nachtdiensten. Dan blijft je relatie goed”, grapt hij. “Je werkt wel langs elkaar heen. Dat wordt nu makkelijker.”

De overgang naar fulltime ambulanceverpleegkundige heeft ook vakinhoudelijk voordelen. “Door mijn ervaring met ernstig gewonden op dagelijkse basis, kan ik goed inschatten of er iets ernstigs aan de hand is. Aan kleine dingen kan ik veel aflezen.” Ondanks zijn vele vlieguren is hij met beide benen op de grond blijven staan: “Als je maar lang genoeg iets doet, krijg je vanzelf ervaring. Dat is niet iets om jezelf voor op de borst te kloppen.” Vakmantaal.

We wensen Albert veel succes op de ambulance!

VOORTRAJECT PREHOSPITALE INZET ECMO DOOR MOBIEL MEDISCH TEAM

Interview Dinis Reis Miranda

Sinds begin dit jaar is het Mobiel Medisch Team (MMT) van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland uitgerust met een mobiele hart-longmachine, de ECMO. Anesthesioloog-intensivist en MMT-arts Dinis Reis Miranda kijkt terug op het voortraject.

Dinis Reis Miranda

Het idee om alle MMT's in Nederland uit te rusten met ECMO ontstond al in 2018. De inzet van ECMO bij ernstig hartfalen had zich op de IC inmiddels al bewezen. Zo kwam Dinis Reis Miranda op het idee om deze techniek in te zetten bij ernstig hartfalen buiten het ziekenhuis: "Het MMT landt gemiddeld elf minuten na de 112 melding. Daarmee kun je dus enorme tijdwinst boeken. Je brengt het ziekenhuis naar de patiënt, in plaats van dat de patiënt eerst naar het ziekenhuis vervoerd moet worden."

Trainen en voorlichten

Reis Miranda stapte met het idee naar de toenmalige manager van het MMT. "Het begon allemaal in 2018 met een kopje koffie met Els van der Wallen. Samen hebben we een financieringsplan en een goed protocol geschreven."

Begin 2021 was er akkoord van de Medisch Ethische Commissie en kwam na twee jaar de financiering vanuit de Nederlandse Zorgautoriteit rond. "Daar was ik wel heel trots op," lacht hij. De volgende stap was het ontwikkelen van trainingen. Die waren zeer intensief. "Trainen moest in kleine teams van drie artsen en drie verpleegkundigen. Ieder team werd tweeënhalve dag geschoold. En daarna gedurende een half jaar een wekelijkse herhalingstraining."

Ook moesten alle ambulanceregio's meegenomen worden. Dat kostte meer moeite dan verwacht: "Het was vooral onbekendheid. We hebben heel veel filmpjes gemaakt om uit te leggen wat we doen; voor de collega's van de ambulance, voor de brandweer, voor de politie. Vanaf het moment dat je ECMO inzet ben je met twee verschillende teams met verschillende protocollen bezig. Ambulancepersoneel moet weten wat wij gaan doen, zodat zij kunnen inschatten in welke fase de behandeling is."

Uniek in de wereld

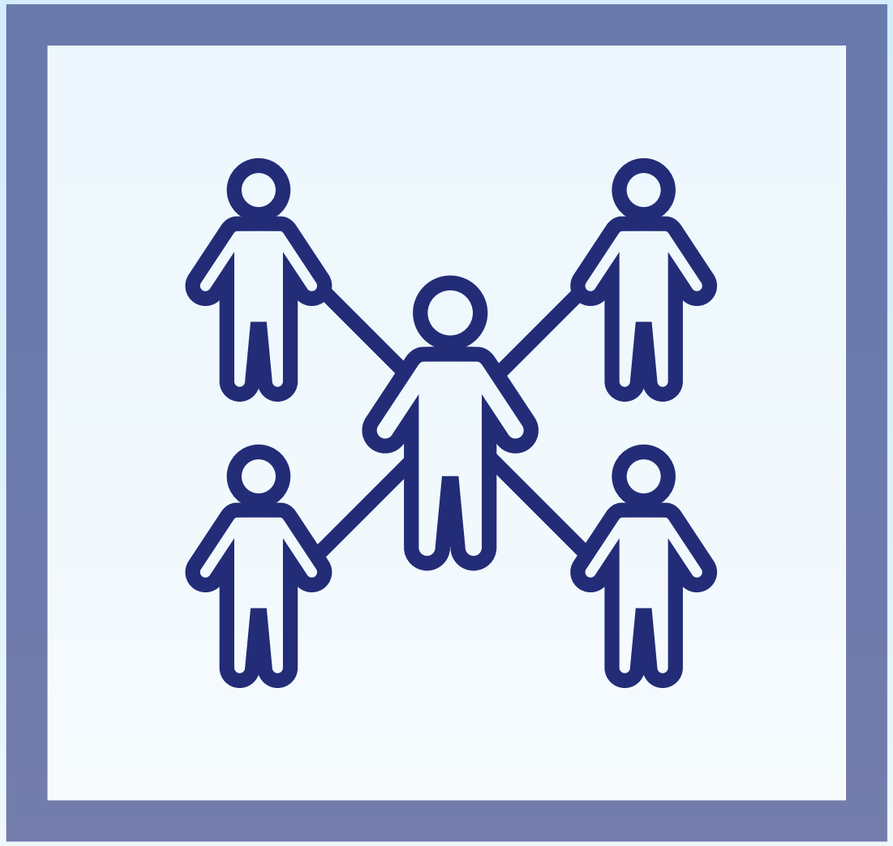
Het komende anderhalf jaar worden ook de andere helikopter-MMT's getraind. Daarmee is Nederland het eerste land dat een landelijk dekkend netwerk heeft. "In andere steden in Europa wordt ook al met ECMO gewerkt door traumateams, maar wij zijn de eerste in de wereld die ECMO ook standaard in de helikopter heeft.

Wij hoeven niet eerst een ECMO-specialist op te halen in het ziekenhuis, maar vertrekken meteen. Daarmee winnen we tijd." Door de inzet van ECMO wordt een stuk zeer gespecialiseerde ziekenhuiszorg naar buiten gebracht. "Dit is wel een grote stap verder in onze reanimatiezorg."

Teamwerk

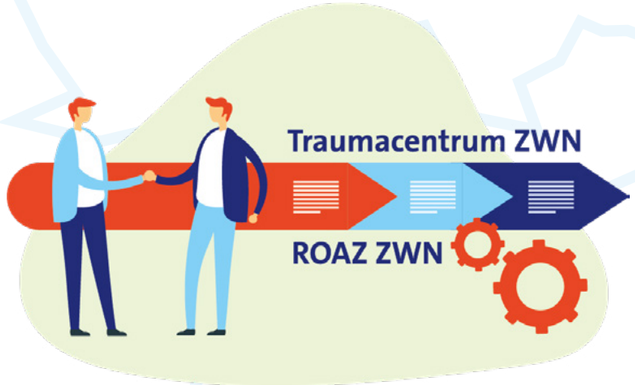
Terugkijkend is Dinis Reis Miranda vooral erg trots op zijn team: "Samen met MMT-artsen Xavier Moors en Iscander Maissan en de MMT-verpleegkundigen Jeroen de Smit, Maaike van Eeden en Christiaan Beekers hebben we heel veel werk verzet. Het schrijven van protocollen, het maken films en trainingen, zonder hen was het niet gelukt. Sommigen van hen hebben dagen van hun vrije tijd erin gestopt". En met succes: "Het was natuurlijk wel spannend, want we wisten niet zeker of het ons zou lukken om mensen echt zo te trainen dat ze zich vertrouwd voelen met ECMO. Daarom was het wel heel bijzonder dat de eerste patiënt die we aansloten op ECMO wakker werd in zijn eigen huiskamer. Hoe mooi is dat!"

ORGANISATIE



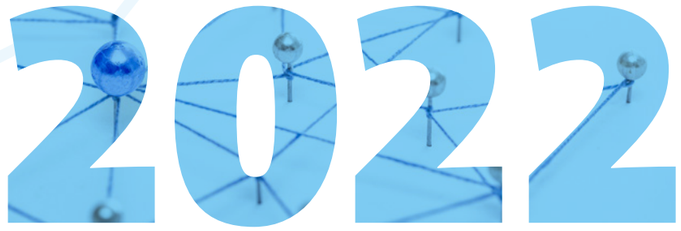
VOORUITBLIK 2022

Wat gaat 2022 ons brengen? Dat is de ‘million dollar question’. Er wordt in diverse vakbladen geschreven over de houdbaarheid van de acute zorg. Bijna iedere week zijn er wel artikelen over toekomstbestendige acute zorg te vinden. Diverse partijen hebben daarbij ieder een eigen mening en tegelijkertijd onderschrijft iedereen het belang van goede ketensamenwerking.



In juni komt VWS met een brief over toekomstbestendige acute zorg. Daarin worden de lijnen voor de toekomst verder uitgezet. Een aantal lijnen worden als je door de oogharen ernaar kijkt al steeds scherper. Data moet de basis vormen voor discussies over kwaliteit en inrichting van acute zorg en zorgcoördinatie wordt waarschijnlijk meer structureel vormgegeven.

In dit licht gaan ook een aantal projecten en programma’s van het stafbureau ROAZ in volle vaart verder. We zetten vervolgstappen met de regio om zorgcoördinatie verder vorm te geven. De randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn, zoals capaciteitsinzicht en digitale gegeven-uitwisseling, krijgen steeds verder vorm. Het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) staat voor de spoedzorg, kliniek en geboortezorg. Een verdere uitrol naar andere vormen van zorg zoals de kindergeneeskunde en de VVT en GGZ word verkend.



Verder streven we met de regio ernaar om een stevige koers voor de komende jaren voor het ROAZ neer te zetten. In april zijn daarvoor een aantal sessies met bestuurders gepland om aan de hand van thema’s de koers te bepalen. Daarbij maken we concreet wat we komende jaren met elkaar willen bereiken om de acute zorg in onze regio toegankelijk te houden.

Het personeelsvraagstuk zal daarbij steeds prominenter worden. Vanuit het stafbureau ROAZ werken we daarom samen met partners als deRotterdamseZorg, de Zeeuwse Zorgcoalitie en partners in de regio Drechtsteden en Gorinchem. Door als netwerkbureau de verbinding te zoeken met andere netwerkbureaus kunnen we samen meer betekenen voor de regio, ieder vanuit zijn of haar eigen expertise.

De regio wil uiteraard de kwaliteit van de acute zorg goed houden en steeds verder verbeteren. We kijken uit naar de resultaten van de prehospitale triagepilot van de neurologie die tracht de behandeling van patiënten met een CVA steeds verder te verbeteren ongeacht waar je woont. De traumachirurgen van de regio werken samen met ketenpartijen aan het realiseren van de 90% concentratie van de multitraumapatiënten volgens de indicator multitraumazorg. In 2022 is de doelstelling om een eerste stap te zetten en 80% te realiseren. Ook de eerste resultaten van de ECMO-studie van het MMT volgen dit jaar. Door studie en onderzoek verbeteren we continu de kwaliteit van zorg.

In 2022 verbreden we qua crisisbeheersing ons gezichtsveld en stellen ons de vraag hoe de zorg voor te bereiden op een volgende crisis, die ongetwijfeld weer van een andere aard is. Daarnaast zetten we in op het inhalen van trainingen en oefeningen die in de afgelopen jaren door COVID grotendeels zijn afgezegd. Verder zal de crisisorganisatie van het ROAZ met o.a. het RCPS zo nodig weer geactiveerd worden. Of dat nodig gaat zijn? Niemand weet het. Wij zijn er in ieder geval klaar voor!

Traumacentrum Zuidwest-Nederland

Colofon

Samenstelling
Suzanne Klomp

Eindredactie
Nienke Huijbregts en Suzanne Klomp

Bijdragen van
Gerco Blok, Jan van Ditshuizen, Paul Engel, Ben de Haan, Dennis den Hartog, Tessa den Hartog, Nienke Huijbregts, Bernd van der Hulst, Hans Janssen, Iris Keessen, Kirsten Kirschner, Suzanne Klomp, Joost Koemans, Marion van Kooten, Jaap-Frank Ponstein, Gerda Rodenburg, Daphne van Velzen, Janet Vos, Els van der Wallen, Arie Wijten

Interviews
USG Marketing & Communications
Hiske Ernst, Arie Franx, Kitty Garnier, Iris Keessen, Ankie Kuiper, Sjors van Lieshout, Dinis Reis Miranda, Alexandra van Rossum, Leonie Verheul, Joan Verweij, Albert Visser

Vormgeving
The Creative Hub | Canon

Reacties kunt u richten aan:

Traumacentrum Zuidwest-Nederland
Erasmus MC, gebouw Ba-0
Dr. Molewaterplein 40
3015 GD Rotterdam

Tel.: 010 - 703 50 34
E-mail: stafbureau.tczwn@erasmusmc.nl