

Regierol voor ROAZ in regionale s

In het hele land neemt de druk op de acute zorg toe. Er zijn veel initiatieven om dit te beteugelen – en op sommige plekken stabiliseert de druk inderdaad – maar het blijft een taai probleem. Dat ligt aan de instroom, doorstroom én uitstroom van de acute zorg. Ketenoptimalisatie is dus noodzakelijk. De acute zorg in Nederland is verdeeld in elf regio's met elk een overkoepelend overleg: het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg). Minister Bruno Bruins van Medische Zaken wil dat de ROAZ'en meer de 'lead' nemen in de acute zorgketen. Maar hoe moeten ze die rol invullen?

“Meer deelnemers en betere besluitvorming”, zegt Bas Leerink. Hij is voorzitter van de raad van bestuur van ziekenhuis Medisch Spectrum Twente (MST), bestuurder bij ROAZ Acute Zorg Euregio en lid van het dagelijks bestuur van het LNAZ (Landelijk Netwerk Acute Zorg), de overkoepelende organisatie van de elf ROAZ'en. De taken van een ROAZ vloeien voort uit de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), die wordt vervangen door de Wet Toelating Zorgaanbieders (WTZa). Dus is ook het overleg in de acute zorg toe aan herijking. “Het belang van regie wordt steeds groter”, zegt Leerink. “Daarom is het zaak om nog veel meer partijen in het ROAZ te betrekken. Ik denk vooral aan vertegenwoordigers van organisaties in de ouderenzorg.”

Een van de belangrijkste oorzaken van de druk is dat er steeds meer kwetsbare ouderen op de SEH komen. De extramuralisering van de zorg heeft de afgelopen jaren voor dertig procent meer spoedopnames onder ouderen gezorgd, zo blijkt uit onderzoek, en er zijn geen tekenen dat de stroom gaat afnemen. Een belangrijk punt is het organiseren van vervolgzorg, bijvoorbeeld door bedden in een eerstelijnsverblijf of door de inzet van wijkverpleegkundigen of transferverpleegkundigen die zorgen dat ouderen na een bezoek aan de SEH of HAP de juiste zorg thuis krijgen. Zo kunnen heropnames worden voorkomen.

Investering

Daarnaast pleit Bas Leerink ervoor om in sommige gevallen verloskundigen en apotheken te betrekken in het ROAZ. Maar levert zo'n breed spectrum aan disciplines niet een onwerkbaar overleg op? “Daarom moeten we het verdelen in domeinen van acute zorg”, zegt Leerink. “Denk bijvoorbeeld aan thema's als beroerte, hartfalen, GGZ of verloskunde. Dan komen expertteams samen die zijn toegespitst op zo'n domein.” Binnen het ROAZ wordt al veel met zulke groepen gewerkt. Bas Leerink wijst bijvoorbeeld op het belang van de Expertgroep CVA. “Het bleek dat het in Twente lang duerde voordat patiënten met een beroerte de juiste acute zorg kregen, terwijl

verschilt per regio. Soms is het een directeur of medisch directeur van een HAP. Soms is het iemand uit een huisartsenkring. Regionale samenwerking vraagt investeringen – ook van de patiënt trouwens – maar het levert veel op. Denk bijvoorbeeld aan het uitwisselen van gegevens. Het zou mooi zijn als vanuit de ambulance een ECG meteen in het elektronisch patiëntendossier kan worden ingevoerd. Of dat verpleegkundigen andersom al in het EPD kunnen kijken.” Ook zou het mooi zijn als zorgprofessionals inzage hebben in drukte en capaciteit van SEH's, HAP's, ziekenhuizen en eerstelijnsverblijven. “Daar vallen nog wel slagen te maken”, zegt Leerink.

“Regionale samenwerking vraagt investeringen, maar levert veel op”

behandeling binnen vier uur cruciaal is. Daarom is vanuit het ROAZ scholing ontwikkeld op gebied van vroegherkenning.”

De eerste lijn wordt daar nauw bij betrokken, vervolgt Leerink. “Huisartsen moeten nadenken hoe ze zich laten vertegenwoordigen in een ROAZ. Dat

Afstemming

Spoedzorg vraagt ook om afstemming, propageert het LNAZ, want met zoveel betrokken partijen wordt het een ingewikkelde puzzel. Een beslissing bij de ene partij in de keten kan weer invloed hebben op de werkdruk ergens anders. De minister wil dat het regionaal over-

amenwerking acute zorg



Het belang van regie in de acute zorgketen wordt steeds groter, daarom is het zaak meer partijen in het ROAZ te betrekken.

leg dat coördineert. De 'doorzettingsmacht' of beslisbevoegdheid van een ROAZ is daarbij een punt van discussie. Bas Leerink: "Soms is het ingewikkeld om een besluit te nemen. Wat doe je als partijen er samen niet uitkomen?" Eerder dit jaar pleitte het LNAZ voor een beslissende rol van het ROAZ, maar zover wil het ministerie niet gaan. Een 'baas' aanstellen in de regio is geen oplossing, aldus VWS. Minister Bruins en het LNAZ pleiten voor een grotere rol van de zorgverzekeraars. "Een manier zou zijn dat een vertegenwoordiger van de grootste zorgverzekeraar in de regio bij het overleg aanwezig is", zegt Leerink. "En dat zorgverzekeraars hun inkoopbeleid acute zorg veel meer met het ROAZ bespreken."

Er zijn al wel flinke stappen gemaakt. Onder leiding van het LNAZ hebben de ROAZ-regio's uitgewerkt hoe partijen willen samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Dat is in januari 2018 vastgelegd in het landelijk Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Daarin staan onder andere kwaliteitsafspraken over bereikbaarheid, beschikbaarheid, kosten en scholing van personeel. Het document is bijvoorbeeld te downloaden vanaf de site van ROAZ Acute Zorg Euregio. Maar het kwaliteitskader is nog niet van kracht. Het wordt nog afgestemd met de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en het Zorginstituut. En op verzoek van ziekenhuizen en zorgverzekeraars

wordt een business impact analyse gemaakt. Bas Leerink verwacht dat het kwaliteitskader dit jaar wel deels wordt geïmplementeerd. Het richt zich nu op de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, mobiele medische teams en de acute ziekenhuiszorg. Het is de bedoeling dat in een volgende versie van het kwaliteitskader ook alle andere partijen die betrokken zijn bij acute zorg worden meegenomen. <<

Tekst: Leendert Douma

Foto: Thinkstock