

Kaders Proeftuinen Acute Ouderenzorg

De kaders voor proeftuinen acute ouderenzorg zijn opgesteld in overleg met zorgverzekeraars, gebaseerd op bestaande documentatie over de WijkKliniek¹. Het document is bedoeld om nieuwe aanvragen te beoordelen.

1. Doel

Geneeskundige behandeling in een activerende omgeving voor verzekerden met zowel geriatrische als MSZ-problematiek en daarmee voorkomen dat ze in een ziekenhuis terecht komen en zo kort mogelijk in een instelling verblijven.

De beoogde subdoelen en effecten zijn geformuleerd volgens de 'quadruple aim':

- Verbeteren ervaren zorgkwaliteit: Passende zorg in acute fase van medische aandoening, in een prettige, op de doelgroep aangepaste omgeving, dichtbij huis. Beter voorbereid en hersteld naar huis, met de juiste nazorg.
- Verbeteren gezondheid van de populatie (kwetsbare ouderen): Het bieden van betere passende zorg voor ouderen met een acute zorgvraag. Dit resulteert in functiebehoud, minder symptoomlast en het voorkomen van onnodige en onwenselijke (her)opnames in het ziekenhuis.
- Verlagen van de zorgkosten: Minder instroom SEH en ziekenhuis, lagere trajectkosten, minder heropnames, minder doorstroom naar GRZ/ELV, efficiënter werken in de hele keten.
- Verbeterde beleving van de zorgverlener: Een nieuw ontwikkelperspectief bieden voor o.a. de SO, VS/PA en verpleegkundigen door medisch specialistische zorg met zorg gericht op functiebehoud te combineren. Het verbeteren van samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, medisch specialisten, huisartsen, SO's, VS/PA, en breder tussen ziekenhuizen en ouderenzorgorganisaties; integratie tussen cure en care.

2. Doelgroep (in- en exclusiecriteria)

- Er is een (semi)acuut probleem én geriatrische problematiek waarvoor 24/7 medisch specialistische zorg en monitoring nodig is.
- De instroom is via een SEH.
- De verzekerde is hemodynamisch stabiel.
- De verzekerde is gebaat bij vroege revalidatie en activering om functionele achteruitgang te voorkomen zodat terugkeer naar huis mogelijk is.
- De verzekerde is gebaat bij een prikkelarme omgeving.
- De diagnostiek is rond wat betreft de diagnoses en er is een duidelijk behandelplan.
- De behandeling is laag tot medium complex vanuit ziekenhuisperspectief; vanuit het perspectief VVT is het hoog complexe zorg.
- De (medische) monitoring is laag intensief.
- Eventuele risico's leiden tot behandelconsequenties die uitvoerbaar zijn in de zorginstelling.
- Opname van mensen met bepaalde symptomen/ziektebeelden (dwalen, COVID, influenza) hangt af van de (isolatie)mogelijkheden van het gebouw.
- Cliënten met een delier/gedragsproblematiek die een MSZ-indicatie hebben, moeten kunnen worden opgenomen. Het alternatief zou immers een ziekenhuisopname zijn en dat is nóg minder wenselijk voor deze doelgroep.

¹ De naam WijkKliniek wordt niet als passend gezien, beter is het om te spreken over een geriatrische behandelkliniek of een regiokliniek.

Gewaakt moet worden voor aanpassingen voor verschillende doelgroepen, bijv. obesitas.

3. Afbakening andere zorgsoorten

	Proeftuin acute ouderenzorg	ELV	GRZ	MSZ - geriatricie
(Sub)acute vraag	Ja		Ja	Ja
Zorg geleverd door VVT instelling	Ja	Ja	Ja	
Eerstelijnszorg		Ja	Ja	
Medisch specialistische zorg	Ja			Ja
Ziekenhuisindicatie	Ja			Ja
Rustige omgeving, stimulans beweging	Ja	Ja	Ja	
Bewaking 24/7 vitale functies	ja			Ja
Regiebehandelaar	Medisch specialist + SO	SO	SO	Medisch specialist

4. Inhoudelijke uitgangspunten

- Er dient sprake te zijn van medisch specialistische zorg.
- De medisch specialist en de specialist ouderengeneeskunde zijn beiden betrokken als behandelaar. Ze zijn gelijkwaardig aan elkaar (wat niet een gelijke verdeling in ureninzet betekent), het betreft zowel een MSZ- als een revalidatiezorgvraag. Regionaal zijn samenwerkingsafspraken en een verantwoordelijkheidsverdeling nodig; betrokken zorgverleners bepalen onderling wie regiebehandelaar is. Inzet van de specialisten op consultbasis of één maal per week aanwezig zijn bij een MDO volstaat niet.
- De proeftuin is onderdeel van de acute zorgketen. De SEH is nodig voor diagnostiek. Een proeftuin kan dus niet verbonden zijn aan een ziekenhuis dat geen SEH-zorg meer levert. Het bestaan van goede afspraken binnen de eerste lijn met betrekking tot spoedzorg is een voorwaarde.

Kerncomponenten proeftuinen acute ouderenzorg

Doelgroep	Ouderen met een combinatie van geriatrische en acute medische problematiek, waarvoor ziekenhuiszorg geïndiceerd is De oudere heeft laag complexe medisch specialistische zorg nodig die veilig kan worden geboden
Zorg gericht op functioneren & terugkeer naar huis	Geriatrisch assessment Advanced Care Planning Betrokkenheid mantelzorg Kwaliteit van leven, functioneren en terugkeer naar huis staan centraal tijdens de behandeling

	Behandeling door een gemixt team van professionals, inclusief medisch specialisten (integratie cure & care), waarbij SO en medisch specialisten afspraken hebben omtrent regiebehandelaarschap
Integrale zorg: transmuraal en dichtbij	24/7 bewaking van vitale functies Begeleid ontslag naar huis Warme overdracht Betrokkenheid van en samenwerking met de huisarts, wijkzorg en eventuele andere zorgprofessionals die bij de patiënt betrokken zijn
Vertrouwde omgeving: preventie delier & herstelgericht	Prettige omgeving, betrokkenheid mantelzorger(s), eenpersoonskamer en rooming-in mogelijk Fysieke omgeving gericht op preventie delier Herstelgericht klimaat

5. Bekostiging

- Op dit moment is de beleidsregel innovatie van kracht (t/m mei 2023). Omdat het nog te vroeg is voor structurele bekostiging, wordt deze verlengd voor een tweede periode. De gezamenlijk vastgestelde set KPI's wordt hieraan toegevoegd.
- Er is meer data nodig om te kunnen concluderen of de proeftuinen succesvol zijn.
- De vraag die nog niet beantwoord kan worden, is wat een minimale omvang is om personeel efficiënt in te kunnen zetten. Het is dure zorg, verschil met ziekenhuisopname wordt al kleiner, dus van belang om te kijken of het gerechtvaardigd is deze zorg te betalen. Voor de proeftuinen zal op basis van de business case een inschatting moeten worden gemaakt van het aantal patiënten². Naast doelmatigheid is het van belang dat er voldoende volume is om het vertrouwen op te bouwen dat patiënten terecht kunnen en dat er voldoende ervaring is met de doelgroep.
- Om te voorkomen dat er extra zorg bijkomt terwijl er nergens iets van af gaat, is het nodig om te onderzoeken hoe geld uit de ziekenhuizen kan worden verplaatst. Dit is des te relevanter gezien het risico van een aanzuigende werking van dit soort initiatieven.
- De vraag die nog open staat, is of dit via de MSZ-bekostiging moet lopen of anders.
- In hoeverre dit een impactvolle transformatie is zoals in het IZA wordt genoemd, is lastig te bepalen. In de tweede helft van 2023 wordt een overleg gepland om dit aan de hand van het beoordelingskader transformatiegelden te bespreken. Indien nodig wordt hierover in de werkgroep Transformatie en Regie van gedachten gewisseld.

6. Eisen aan de organisatie

- De regio kan bepalen wat een goede locatie is, maar een voorwaarde is een korte afstand tot het ziekenhuis (ivm inzet medisch specialist en korte lijnen met huisarts, apotheek, thuiszorg).
- In de zorginstelling is de benodigde expertise voor de behandeling aanwezig.
- Vanwege een bepaalde omvang die nodig is om het rendabel te maken, is het van belang te bekijken of het haalbaar is om ook buiten het stedelijke gebied proeftuinen te starten.
- Indien er een proeftuin wordt opgestart vanuit GRZ-locaties of bredere herstelklinieken, dient goed te worden geborgd dat er daadwerkelijk sprake is van acute ouderenzorg inclusief alle

² Om het aantal bedden te bepalen voor de WijkKliniek van Cordaan is een inschatting van het aantal potentiële patiënten gemaakt (75+'ers in adherentiegebied met een opname in het nabijgelegen ziekenhuis) en een business case opgesteld (waarin kosten voor personeel en materieel zijn afgezet tegen de opbrengsten van de WijkKliniek: dagtarief * bedden * bezettingsgraad; uitgaande van een gemiddeld aantal (8) ligdagen per opname).

MSZ-componenten die hierbij van belang zijn.