



# Deel 1. Beschrijving van de WijkKliniek

In dit document zijn de belangrijkste onderwerpen opgenomen als input voor het opstellen van het projectplan WijkKliniek, passend bij fase 1 t/m 3 van de handreiking.

## Inhoud

1. Aanleiding, knelpuntanalyse en de opgave in de regio.....	2
2. Doelstelling van de wijkkliniek .....	5
3. Relatie wijkkliniek met andere initiatieven .....	6
4. De doelgroep .....	7
5. Kerncomponenten wijkkliniek.....	9
6. Kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de zorg .....	11

## 1. Aanleiding, knelpuntanalyse en de opgave in de regio

**Beschrijf de aanleiding voor de ontwikkeling van de WijkKliniek, obv een knelpuntanalyse in de regio en eerdere ontwikkelingen**

Voorbeelden:

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden/>

[https://www.regiobeeld.nl/basisbeeldiza?utm\\_source=website\\_jzojp&utm\\_medium=Referral&utm\\_campaign=IZA](https://www.regiobeeld.nl/basisbeeldiza?utm_source=website_jzojp&utm_medium=Referral&utm_campaign=IZA)

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/visie-en-beleid/zorg-dichterbij/kernregios/regiobeelden>

<https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/regiobeelden>

<https://www.menzis.nl/over-menzis/publicaties/zorg-zorgverzekering/2020/06/08/regiobeeld-geeft-afttrap-voor-toekomstgerichte-zorg-in-twente>

<https://www.menzis.nl/over-menzis/zorg-voor-mens-en-maatschappij/zorg-voor-de-regio/zorg-voor-noord>

<https://www.proscoop.nl/nieuws/meer-zicht-op-ouderenzorg-in-drenthe-met-een-regiobeeld/>

**Beschrijf wat in voorgaande jaren al is opgezet en ontwikkeld en welke knelpunten hiermee al zijn opgelost.**

**Beschrijf vervolgens wat er nodig is in de regio in de huidige situatie, op basis van de (demografische) ontwikkelingen en de knelpunten/ambities mbt *acute ouderenzorg* in de regio. Onderbouw dit zo veel mogelijk met data:**

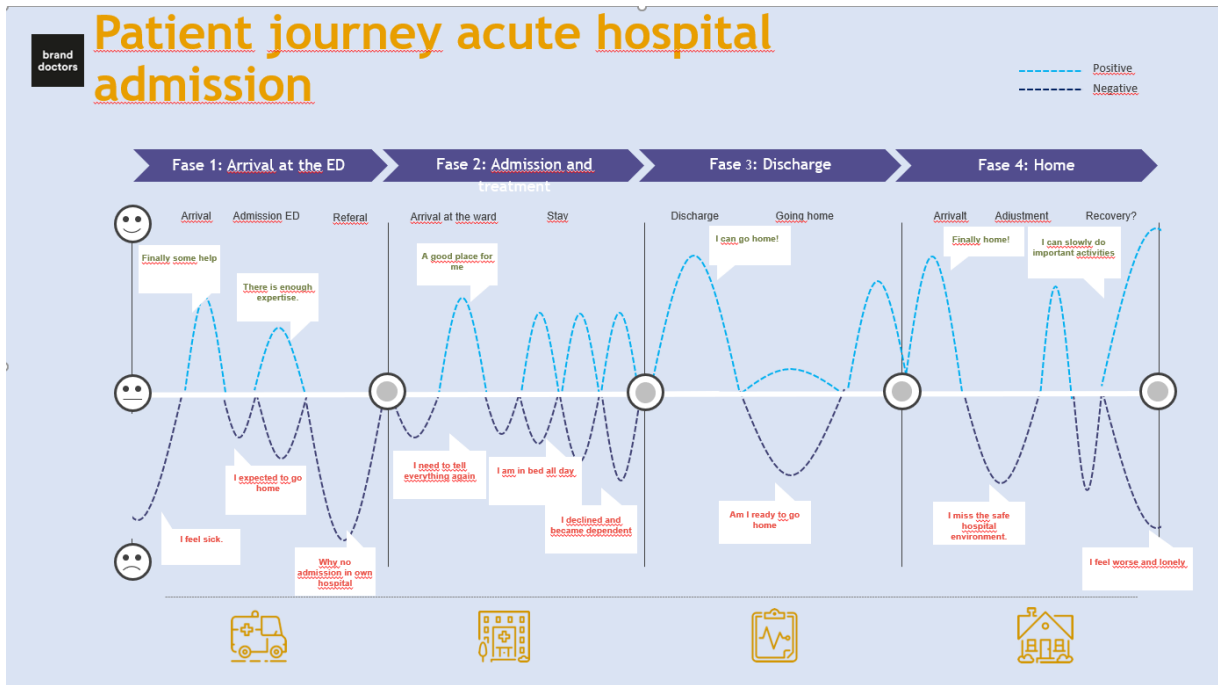
Demografische ontwikkelingen;

- Hoeveel ouderen (70+, 80+) wonen er in de regio?
- Data mbt vergrijzing; hoeveel toename in aantal ouderen in de regio? Wat zijn ontwikkelingen mbt zorgvraag bij deze ouderen (hoeveel WLZ, hoeveel ouderen wonen thuis, maken wel/niet gebruik van thuiszorg)
- Hoe zijn ontwikkelingen mbt vraag naar huisartsenzorg, wijkverpleegkundigezorg en ziekenhuiszorg in de regio?

Acute-/ziekenhuiszorg voor ouderen

- Hoeveel ouderen (70+) worden in de regio jaarlijks gezien op de SEH?
- Hoeveel van deze ouderen gaan na SEH bezoek naar huis, naar ELV/GRZ/observatie, opname in ziekenhuis?
- Hoeveel ziekenhuisopnames van ouderen zijn er per jaar in de regio?
- Wat zijn de grootste diagnosegroepen van deze ouderen?
- Is bekend hoeveel % van deze ouderen geriatrische problemen heeft bij opname (VMS screeningslijst) en tijdens opname? Bijv hoeveel ouderen hebben bij opname een delier (risico op vallen, fysieke beperkingen, ondervoeding), wat is de incidentie delier tijdens opname.
- Hoeveel heropnames zijn er van ouderen in hetzelfde ziekenhuis (binnen 1 mnd en 3 mnd)? (Specifieker van diagnose-DBCproducten van beoogde patienten in WijkKliniek)?
- Hoeveel ouderen stromen vanuit het ziekenhuis door naar ELV, GRZ, WLZ? En naar huis; met/zonder thuiszorg?
- Is er sprake van doorstroomproblematiek, druk op SEH/HAP etc? Bij welke groepen patienten is er sprake van doorstroomproblematiek? (bijv vooral WLZ wachtenden, of GRZ/ELV, duale problematiek, patienten met specifieke diagnoses)

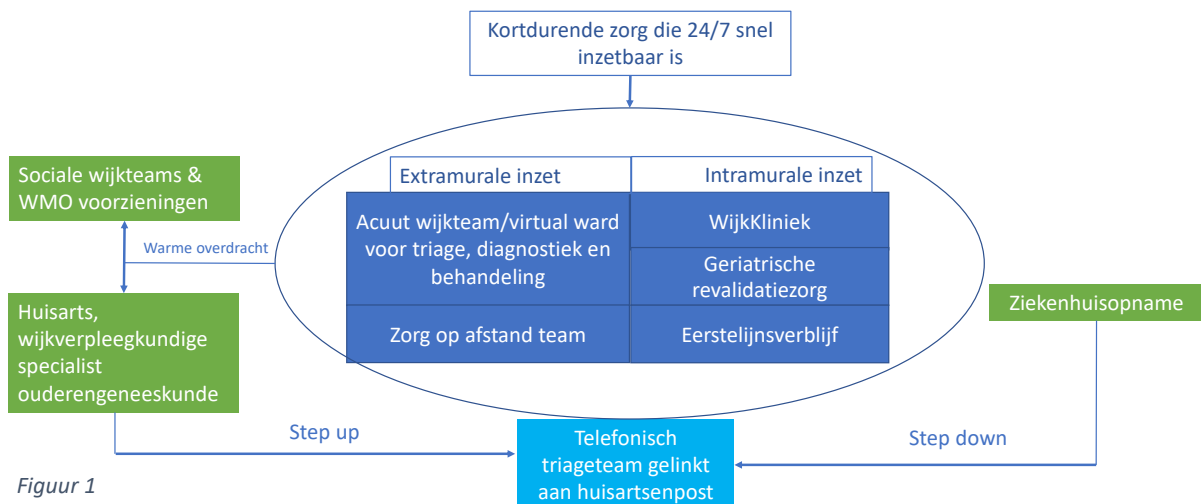
Ook kwalitatieve data, zoals patiëntenervingen kunnen bijdragen aan het regiobeeld. Voorafgaand aan de ontwikkeling van de WijkKliniek in Amsterdam zijn de patiëntervaringen in kaart gebracht van ouderen die in het ziekenhuis werden opgenomen. Op basis hiervan is een patient journey gemaakt.



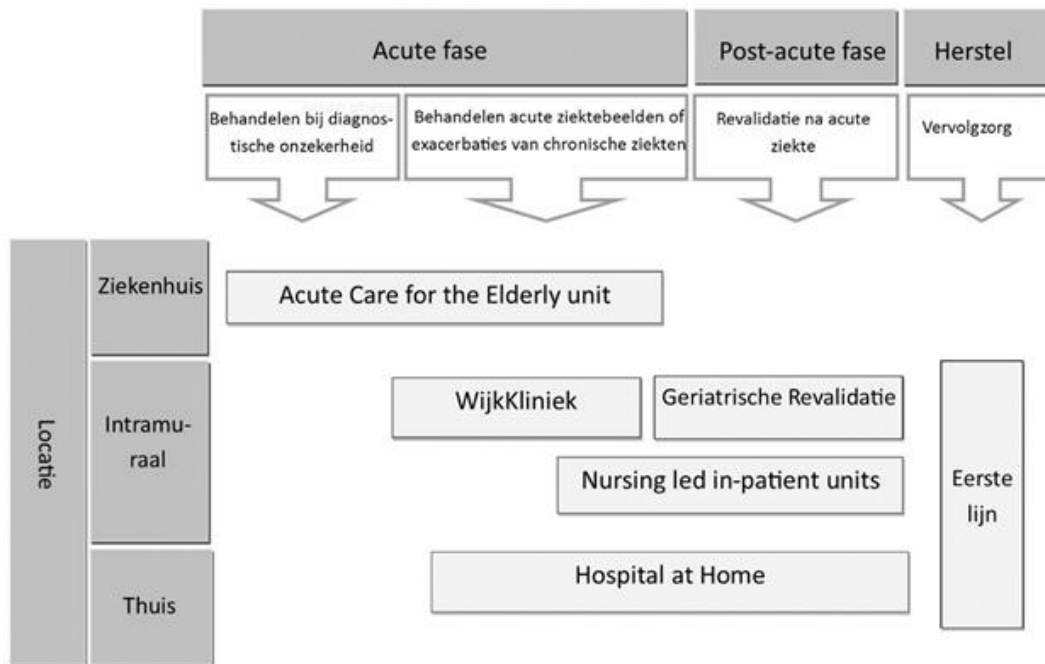
**Beschrijf op welke wijze de WijkKliniek een oplossing kan bieden voor de knelpunten en opgave in de regio m.b.t. de (acute) zorg voor ouderen**

- Wat is de meerwaarde van de WijkKliniek voor de regio: Wat is uniek aan de WijkKliniek t.o.v eerdere initiatieven en vernieuwingen in de regio? Hoe zien jullie de samenhang tussen de WijkKliniek en andere initiatieven die bijdragen aan het oplossen van de (toekomstige) knelpunten/ontwikkelstappen richting integrale (acute) ouderenzorg in de regio?

De WijkKliniek in Amsterdam heeft de visie op acute ouderenzorg in de regio geformuleerd in onderstaande [figuur 1](#).



*Figuur 1 beschrijft de toekomst van de kortdurende zorg zodat er een 24/7 model in de eerstelijns ontstaat. De kortdurende zorg en ondersteuning moet verder ontwikkeld worden. Extramuraal zodat in de thuissituatie zorg tijdelijk geïntensiveerd kan worden, maar ook intramuraal moet complexere ziekenhuiszorg in de wijk geboden kunnen worden. De kortdurende zorg is ondersteunend aan de zorg die de huisarts en wijkverpleegkundige biedt, wordt tijdelijk ingezet en weer overgedragen als acute probleem voldoende behandeld is (uit BM Buurman, huisarts & wetenschap, artikel gepubliceerd november 2019)*



Figuur 2

*In figuur 2 is uitgewerkt hoe de WijkKliniek is gepositioneerd in zowel fase als setting (figuur afkomstig uit [Marthe Ribbink et al. Two European Examples of Acute Geriatric Units Located Outside of a General Hospital for Older Adults With Exacerbated Chronic Conditions JAMDA 2021](#)).*

Zie ook [NVKG leidraad Zorgpad Kwetsbare ouderen](#).

### De vier belangrijkste redenen voor de ontwikkeling van de WijkKliniek EH in Adam ZO:

- Beter passende zorg voor ouderen met een acute zorgvraag**, waarvoor in het bestaande zorgaanbod geen optimaal aanbod is. We focussen volledig op wat voor ouderen belangrijk is: namelijk tijdens en na acute gezondheidsproblemen, en na opname weer goed begeleid thuis hun leven oppakken. Door de innovatie met de zorgverleners in de wijk op te bouwen, werken we hier actief aan. Bij een normale ziekenhuisopname ligt de focus op behandeling van de ziekte. We geloven erin dat voor kwetsbare ouderen de acute zorg zo dicht mogelijk in de thuissituatie geboden moet worden zodat er contact blijft met hun naaste omgeving en bekende zorgverleners zoals de huisarts.
- Eerste stap in het veilig verplaatsen van acute medisch specialistische zorg naar 'de wijk'**. Het is een innovatie waarbij de medisch specialistische zorg (ziekenhuisbehandeling) naar de wijk verplaatst

wordt en waarmee we de capaciteit en infrastructuur voor acute ouderenzorg in de wijk opbouwen. Dit is nodig om een 24/7 zorgsysteem in de wijk/eerste lijn op te bouwen. De zorg onderscheidt zich hiermee van zorgvormen zoals het eerstelijns verblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ), die ingezet worden bij zorgproblemen of om te herstellen na een acute fase in het ziekenhuis.

**3. Verminderen van de druk op de SEH.** Het verminderen van de druk op de SEH kan alleen door alternatieven te ontwikkelen, waarbij niet iedere oudere meer op de SEH gezien hoeft te worden. Daarnaast kan de WijkKliniek helpen om uitplaatsingsproblemen op de SEH weg te nemen. Ook focussen we op goede ondersteuning en begeleiding na ontslag uit de WijkKliniek, waardoor het aantal heropnames zal dalen.

**4. Een extra impuls om hbo-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de acute ouderenzorg.** Het aantrekken van hbo-opgeleide verpleegkundigen, die op het snijvlak van het ziekenhuis en wijk willen werken, is een vierde belangrijk doel.

## 2. Doelstelling van de WijkKliniek

### Beschrijf de doelstelling van de WijkKliniek op de 'quadruple aim'

- Wat levert de WijkKliniek (mogelijk) op; voor de patient, voor de zorgverleners, voor de samenwerking in het regionale netwerk en economisch gezien?

De WijkKliniek biedt medisch specialistische zorg voor ouderen in een VVT (verpleging, verzorging, thuiszorg)-instelling. In de wijkkliniek wordt zodoende eerstelijns- en tweedelijnszorg /cure en care geïntegreerd/gecombineerd.

De visie van de WijkKliniek is dat de (acute) zorg voor ouderen vanuit de wijk/regio met alle ketenpartners in de eerste lijn (zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en apotheek) moet worden opgebouwd. De WijkKliniek is een nieuw zorgconcept dat hierop aansluit en de mogelijkheid biedt om ziekenhuiszorg in de eerste lijn te organiseren.

Aangezien ouderen in het ziekenhuis vooral behandeling krijgen voor hun medische problemen is er beperkte expertise in of aandacht voor de stappen die nodig zijn voor een optimale terugkeer naar huis. De ouderen die in de WijkKliniek terechtkomen krijgen medisch specialistische zorg in de acute fase en gelijktijdig wordt gewerkt aan stabilisatie en functiebehoud (door vroege revalidatie) en herstel, met als doel zo goed begeleid mogelijk te terug te keren naar huis en het leven op te pakken. Daarbij vindt er tijdens en na de opname afstemming plaats met de mantelzorgers en de eigen zorgverleners, zoals de huisarts, zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is.

**De overall doelstelling** hiervan is: ouderen langer veilig thuis laten wonen met betere kwaliteit van leven.

### (Sub)doelstellingen op de quadruple aim:

1. **Kwaliteit van zorg:** Het bieden van betere passende zorg voor ouderen met een acute zorgvraag, waardoor functiebehoud, minder symptoomlast en het voorkomen van onnodige ziekenhuis(her)opnames.
2. **Zorgkosten:** Minder instroom SEH/ziekenhuis, lagere trajectkosten: minder heropnames, minder doorstroom naar GRZ en ELV na opname in WijkKliniek, efficiënter werken in de hele keten.
3. **Patiënttevredenheid:** Passende zorg in acute fase van medische aandoening, in een prettige, op de doelgroep aangepaste omgeving, dicht bij huis. Beter voorbereid en beter hersteld naar huis met juiste nazorg.
4. **Tevredenheid van de zorgverlener:** Nieuw ontwikkelperspectief voor oa specialist ouderengeneeskunde, VS en verpleegkundigen, door acute zorg met zorg gericht op functiebehoud te combineren. Verbeteren van samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, medisch specialisten, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, VS, en breder tussen ziekenhuizen en ouderenzorgorganisaties, integratie tussen cure en care.



Figuur 3

### 3. Relatie WijkKliniek met andere initiatieven

**Beschrijf hoe de WijkKliniek zich verhoudt tot andere initiatieven die bijdragen aan integrale acute ouderenzorg in de regio**

Voor het verkrijgen van financiering voor de zorg in de WijkKliniek is het van belang om duidelijk te beschrijven wat precies wordt verstaan onder de zorg/behandeling die in de WijkKliniek (al dan niet binnen dit bredere regionale centrum) wordt geboden en voor welke doelgroep innovatiefinanciering wordt aangevraagd. Werk in het projectplan daarom nader uit om welke doelgroepen het gaat in het regionale centrum en hoe de financiering er per doelgroep uit ziet (bijv. ook voor hoeveel patiënten

financiering met dagtarief ELV, of met DBC GRZ). Beschrijf specifiek de doelgroep waarvoor een WijkKliniek ontwikkeld wordt en innovatiefinanciering nodig is vanuit de beleidsregel innovatie.

Ook is van belang dat er duidelijke afspraken worden gemaakt over de triage voor de verschillende zorgvormen in het regionale centrum; maak vooral een duidelijk onderscheid tussen de indicatie voor ELV en WijkKliniek. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat oudere patiënten opgenomen worden in de WijkKliniek (of in het regionale centrum op de afdeling/ met een label WijkKliniek) terwijl met ELV kan worden volstaan.

#### 4. De doelgroep

##### **Beschrijf de doelgroep; de patiënten die in de regionale WijkKliniek worden opgenomen**

In de beleidsregel innovatie is de doelgroep/geïndiceerde cliëntenpopulatie als volgt beschreven: “patiënten met een acuut medisch specialistisch somatisch probleem en geriatrische problematiek, die kortdurend 24/7 observatie en medisch specialistische zorg nodig hebben”.

In de WijkKliniek worden dus ouderen opgenomen met een combinatie van geriatrische- en medische problematiek, waarvoor - in de huidige situatie - een ziekenhuisopname geïndiceerd is.

##### **Doelgroep WijkKliniek (in- en exclusiecriteria uit ZN Kaders Proeftuinen Acute Ouderenzorg 2023)**

- 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.

## Afbakening andere zorgsoorten (uit ZN Kaders Proeftuinen Acute Ouderenzorg 2023)

	Proeftuin acute ouderenzorg	ELV	GRZ	MSZ - geriatric
(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

In [dit artikel van Marthe Ribbink](#) en collega's zijn de kenmerken beschreven van een cohort van 200 patiënten die zorg ontvingen in de WijkKliniek in Amsterdam.

### 3. Geïndiceerde cliëntenpopulatie

Patiënten met een acuut medisch specialistisch somatisch probleem en geriatriche problematiek die kortdurend 24/7 observatie en medisch specialistische zorg nodig hebben, komen in aanmerking voor opname in de wijkkliniek.

#### Indicatie/triage:

Door huisarts of op SEH-arts. --> hiervoor is een triageprotocol afgesproken. We hebben dit triageprotocol als een aparte pdf bijlage opgenomen.

Mensen met de volgende zorgvraag kunnen worden opgenomen:

- Cardiologie (decompensatio Cordis, endocarditis)
- Longziekte (Pneumonie of exacerbatie COPD)
- Interne geneeskunde/infectieziekten (urinezweg infectie, urosepsis)
- Neurologie (neurologische observatie, bijvoorbeeld na val)
- Chirurgie (pijnstilling na val)
- Interne geneeskunde (ontregeling diabetes, dehydratie, elektrolytstoornissen)

In combinatie met geriatriche problematiek zoals:

- Geheugenproblemen
- Valproblemen
- Functionele beperkingen

#### Wat is het niet?

De wijkkliniek is niet bedoeld voor patiënten die na ziekenhuisopname behoefte hebben aan een nazorg faciliteit. Deze patiënten kunnen terecht in andere vormen van tijdelijk verblijf zoals het eerstelijnsverblijf of Geriatriche revalidatie zorg.

De wijkkliniek is ook niet bedoeld voor patiënten met monodisciplinaire problematiek zonder geriatriche problematiek of patiënten met complexe problematiek waarvoor continue monitoring nodig is of Intensive Care zorg ingezet moet worden, of patiënten die geopereerd moeten worden.

#### Zoals:

Patiënten met:

- Neurologie: een herseninfarct, die specifieke neurologische zorg nodig hebben (complexe problematiek, intensieve monitoring)
- Longziekte: alleen met COPD die met telemonitoring in de thuis situatie de acute crises kunnen gaan voorkomen (bv met 'COPD in beeld') in een netwerk met specialistische verpleegkundige longziekte en contact met de longarts (monodisciplinaire problematiek).
- Cardiologie: alleen atrium fibrilleren, die met geprotocolleerde zorg over gedragen kunnen worden aan de huisarts (monodisciplinaire problematiek).
- Traumatologie: heupfractuur, waarvoor operatie nodig is. Deze groep gaat na operatie naar Geriatriche Revalidatiezorg (operatie nodig)
- Patiënten met reden voor tertiaire zorg (post-transplantatiepatiënten)

*Tekst uit beleidsregel innovatie WijkKliniek*

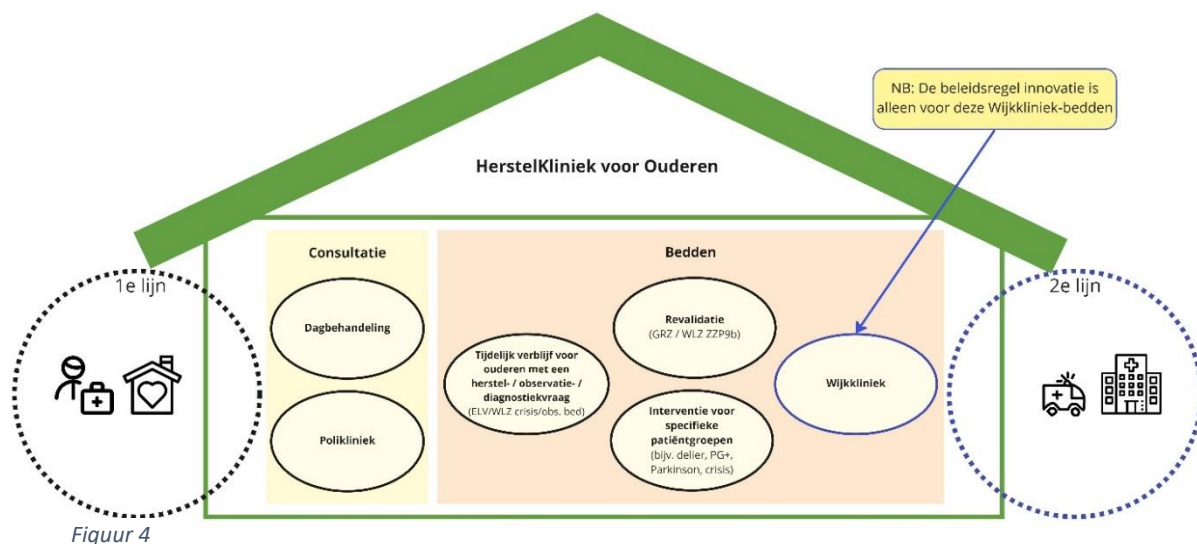


## 5. Kerncomponenten WijkKliniek

### Beschrijf hoe de regionale wijkkliniek voldoet aan de kerncomponenten van de WijkKliniek

Anders dan de eerste WijkKliniek in Amsterdam, ontwikkelen meerdere proeftuinen de WijkKliniek vanuit een locatie voor geriatrische revalidatie of een bredere 'HerstelKliniek' of 'Regionale Expertisekliniek voor Ouderen'. In deze klinieken wordt geriatrische revalidatie (GRZ) geboden in combinatie met ELV en/of kortdurende interventiebedden voor specifieke patiëntgroepen (zoals geriatrische interventiezorg e/o crisis) en/of tijdelijk verblijf voor ouderen met een herstel-, observatie- of diagnostiekvraag. Ook zijn er proeftuinen die dagbehandeling, consultatie van de SO of een ambulante geriatrieteam in de eerste lijn of dagbehandeling bieden vanuit zo'n locatie.

Aan het zorgaanbod van een geriatrische revalidatieafdeling of van dergelijke 'HerstelKliniek' worden WijkKliniek -bedden toegevoegd. Hiermee wordt het aanbod uitgebreid met laag complexe medisch specialistische (ziekenhuisverplaatste) zorg voor ouderen met een combinatie van geriatrische en acute medische problematiek. Dit is uiteraard een mooie ontwikkeling die aansluit bij de visie op integrale zorg voor ouderen – dicht bij huis/ integratie van cure en care. Ook vanuit bedrijfsmatig oogpunt kan dit voordelen bieden (bijv. m.b.t. personele inzet, beschikbare middelen zoals een oefenzaal, herstelgerichte omgeving).



Figuur 4

Er wordt vastgehouden aan de generieke kerncomponenten zodat helder blijft wanneer we van een wijkkliniek (of WijkKliniek-bedden) spreken en wanneer niet.

### De kerncomponenten

Het zorgproces en de behandeling in de WijkKliniek in Amsterdam zijn gebaseerd op wat we weten vanuit wetenschappelijke literatuur over de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen (oa Ellis et al. 2011, Lum et al. 2015, Brown et al. 2014, [Martinez-Velilla 2018](#)). Het gaat om bestaande interventies, die ook in Nederlandse richtlijnen zijn voorgeschreven, maar niet altijd (volledig) geïmplementeerd of geoptimaliseerd zijn in de zorg voor ouderen in het ziekenhuis. Een prikkelarme omgeving met lagere geluidsniveaus is bijvoorbeeld lastiger te bereiken als een patiënt op een meerpersoonskamer wordt opgenomen, op een drukke afdeling en waar meer personeel is. Zie ook [Richtlijndatabase, startpagina -Delier bij volwassenen en ouderen](#) en [Startpagina - Comprehensive geriatric assessment \(CGA\) - Richtlijn - Richtlijndatabase](#), en de [NVKG Leidraad Zorgpad Kwetsbare Ouderen](#).

We beschouwen de volgende componenten als cruciaal in het zorgproces in een WijkKliniek:

<b>Kerncomponenten proeftuinen acute ouderenzorg (uit ZN Kaders Proeftuinen Acute Ouderenzorg 2023)</b>	
<b>Doelgroep</b>	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
<b>Zorg gericht op functioneren &amp; terugkeer naar huis</b>	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
<b>Integrale zorg: transmuraal en dichtbij</b>	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
<b>Vertrouwde omgeving: preventie delier &amp; herstelgericht</b>	Prettige omgeving, betrokkenheid mantelzorg(er)s, eenpersoonskamer en rooming-in mogelijk Fysieke omgeving gericht op preventie delier Herstelgericht klimaat

**De zorgverzekeraars, onder auspiciën van ZN, hebben een beoordelingskader opgesteld voor de WijkKliniek:**

#### **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 inzet 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 WijkKliniek 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.

#### **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 een WijkKliniek te starten.
- Indien er een WijkKliniek wordt opgestart vanuit GRZ-locaties of bredere herstelklinieken, dient goed te worden geborgd dat er daadwerkelijk sprake is van acute ouderenzorg inclusief alle MSZ-componenten die hierbij van belang zijn.

## 6. Kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de zorg

### **Beschrijf hoe de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de zorg worden geborgd in de WijkKliniek**

In de WijkKliniek wordt (laag complexe) medisch specialistische zorg geboden aan patiënten 'buiten de muren van het ziekenhuis'. Deze zorg moet uiteraard kwalitatief goed en veilig zijn. Het is daarom van belang om van te voren de mogelijke risico's goed te inventariseren, bijv. met een [prospectieve risico inventarisatie](#).

**Het kwaliteitskader van waaruit gewerkt wordt in de WijkKliniek:** In de WijkKliniek in Amsterdam wordt gewerkt vanuit het [kwaliteitskader verpleeghuiszorg](#). Er bestaat geen apart kwaliteitskader voor tijdelijk verblijf (ELV/GRZ); maar [een kwaliteitsstandaard voor geriatrische revalidatie is in de maak](#). De WijkKliniek EH heeft een complicatieregistratie/ incidentmeldingssysteem, waarbij incidenten periodiek worden besproken in het team om van te leren en te verbeteren. Daarnaast neemt de WijkKliniek deel aan de kwaliteitsvisitaties van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie ([NVKG](#)) en worden de [VMS-criteria gevolgd](#) (zie voor meer informatie [het businessplan](#)). De IGJ heeft in september 2022 een inspectiebezoek aan de WijkKliniek gebracht en heeft hiervoor het toetsingskader particuliere klinieken gebruikt <https://toezichtdocumenten.igi.nl/>.

**Hoe de medische verantwoordelijkheid in de WijkKliniek geborgd is:** Het gaat (op dit moment - mogelijk verandert dit inzicht in komende jaren) om medisch specialistische zorg. De meeste proeftuinen kennen de SO de rol van regiebehandelaar toe. Dit komt voort uit het feit dat de WijkKliniek niet als losstaande locatie wordt opgezet, maar als uitbereiding van de huidige GRZ-locatie of expertisekliniek. De SO werkzaam binnen de GRZ heeft uiteraard al veel ervaring in het multidisciplinair, herstelgericht behandelen, waarbij het functioneren van de oudere centraal staat. Ook hebben de meeste SO's en verpleegkundige teams in de proeftuinen al enige ervaring met ziekenhuisverplaatste zorg (AB-IV, ontwateren, VAC-pompen etc.). De medisch specialistische expertise, die benodigd is voor het bieden van WijkKliniek -zorg, is hierdoor al deels in het team aanwezig en wordt door de inzet van een klinisch geriater en/of andere medisch specialisten als medebehandelaar aangevuld. Ook in Amsterdam vindt een doorontwikkeling plaats; nu is de klinisch geriater regiebehandelaar - en superviseert VS's, PA's, fellows ouderengeneeskunde en basisartsen die werkzaam zijn in de WijkKliniek, maar we zien dat de VS/PA steeds meer de rol krijgt als regiebehandelaar en de klinisch geriater de rol als medebehandelaar. Daarnaast worden de proeftuinen ook gestimuleerd om de VS/PA een grotere rol toe te kennen in de WijkKliniek (net zoals in Amsterdam).

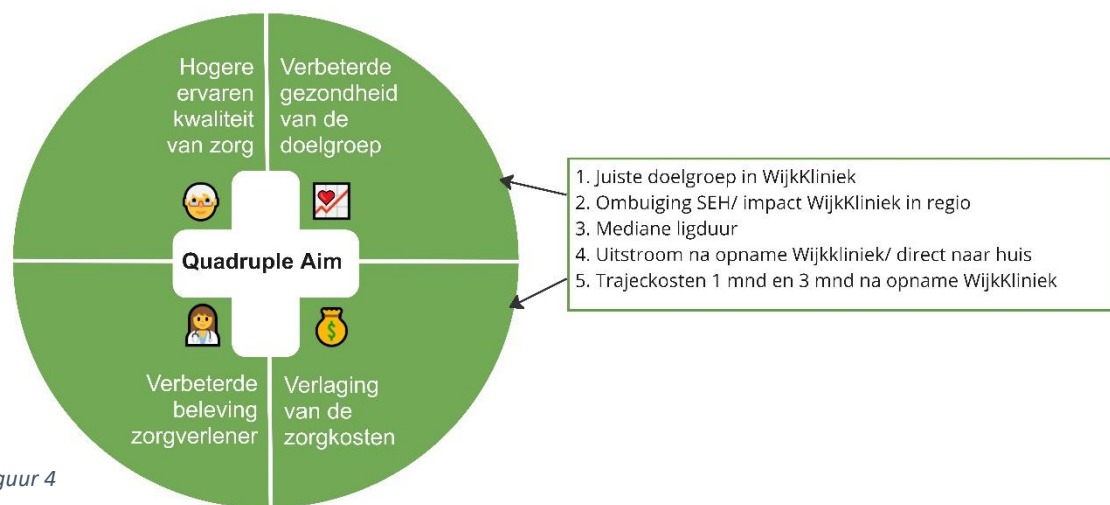
Gezien deze taakherschikking en zorgverschuiving moeten er duidelijke afspraken worden gemaakt over de medische verantwoordelijkheidsverdeling. Deze worden door de proeftuinen WijkKliniek vastgelegd volgens de herziende [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling in de Zorg bij Samenwerking](#) (KNMG 2022). Hierbij wordt zorggedragen voor 24/7 veilige zorg in de WijkKliniek, waarbij ook de medische specialistische expertise gewaarborgd is. De landelijke projectgroep is de juridische kaders omtrent zorgverschuiving verder aan het verhelderen; dit geldt niet alleen voor de taken die herschikt worden van de medisch specialist (klinisch geriater) naar de SO, maar ook over de taakverschuiving naar de VS/PA. Een handleiding hiervoor is in ontwikkeling.

## Welke KPI's worden gemonitord om aan te tonen dat de medische zorg in de WijkKliniek veilig is en de afgesproken doelstellingen bereikt worden?

We hebben de volgende afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over de KPI's: Bij het opstellen van de KPI's voor de proeftuinen WijkKliniek zijn we uitgegaan van de quadruple aim doelstellingen van de WijkKliniek. Vervolgens is een vertaalslag gemaakt van de KPI's zoals die waren geformuleerd voor de WijkKliniek van Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis in de (verlengde) beleidsregel innovatie naar de KPI's voor de proeftuinen. Om de set KPI's zo compact mogelijk te houden zijn hierbij alleen de KPI's geselecteerd die bijdragen aan het beantwoorden van de vraag 'of de proeftuinen succesvol zijn' (we hebben met de zorgverzekeraars afgesproken dat we het onderzoek dat naar de WijkKliniek in Amsterdam is gedaan niet gaan overdoen).

De set KPI's die we hebben afgesproken is daarmee een minimale set van KPI's, die in alle proeftuinen WijkKliniek op een eenduidige manier worden geregistreerd en gemonitord. De nadruk ligt op het kwadrant 'verlaging van de zorgkosten'. Deze set wordt opgenomen in de tweede verlenging beleidsregel innovatie van Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis (na 31 mei 2023). Proeftuinen zijn uiteraard vrij om daarnaast meer KPI's (of andere informatie) te monitoren op de andere kwadranten, bijvoorbeeld ten behoeve van eigen kwaliteitsverbetering (leren en verbeteren obv data).

De geselecteerde KPI's voor de proeftuinen richten zich op de doelstellingen: Verbeteren gezondheid van de doelgroep en Verlagen van de zorgkosten:



Figuur 4