



Deel 2. Uitwerking van de processen en het businessplan van de wijkkliniek

In dit document zijn de belangrijkste onderwerpen opgenomen als input voor het opstellen van het businessplan wijkkliniek, passend bij fase 4 van de handreiking

Inhoud

1. Samenwerkingsvorm en governance	2
2. Geschatte aantal patiënten/bedden in de wijkkliniek	2
3. Fysieke omgeving van de wijkkliniek.....	3
4. Samenstelling team & formatie van zorgverleners.....	4
5. Uitwerking van de verschillende processen	6
Verwijzing naar de wijkkliniek	6
Opname in de wijkkliniek	7
Ambulancevervoer naar de wijkkliniek.....	7
Intakegesprek bij de wijkkliniek.....	7
Dagelijkse zorgprocessen in de wijkkliniek.....	8
Diagnostiek & behandelmogelijkheden.....	10
Medicatie in de wijkkliniek.....	10
Materialen in de wijkkliniek	11
EPD in de wijkkliniek.....	11
Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) in de wijkkliniek.....	11
Kwaliteitskader in de wijkkliniek.....	11
6. Financiering	12
7. KPI's en data-driven werken.....	13
8. Referenties	14

1. Samenwerkingsvorm en governance

Beschrijf de juridische vorm van de samenwerking tussen de organisaties in de wijkkliniek en de 'corporate governance' van de wijkkliniek

De eerste fase voor de oriëntatie met betrekking tot de samenwerking op onderdelen met een andere partij bestaat uit de keuze voor een bepaalde samenwerkingsvorm. De vorm kent ruwweg drie 'archetypes' met elk eigen kenmerken: een samenwerkingsovereenkomst, een VOF-overeenkomst, of een Joint Venture.

In de wijkkliniek in Amsterdam is gekozen voor een overdracht van de zorg aan Cordaan, met contractuele afspraken tussen Amsterdam UMC en Cordaan. Het Amsterdam UMC, locatie AMC en Cordaan hebben hiervoor een samenwerkingscontract afgesloten, waarin (onder andere) is geregeld:

- Dat medisch specialisten van Amsterdam UMC de zorg blijven leveren
- Dat Amsterdam UMC de medische eindverantwoordelijkheid neemt
- Hoe de 'toegang' tot deze zorg ten behoeve van opleiding, onderwijs en onderzoek zeker is gesteld
- Of en hoe de naam van Amsterdam UMC door Cordaan mag worden gebruikt
- Onder welke voorwaarden en met welke consequenties het contract mag worden opgezegd

Contractering gebeurt door Cordaan en de financiële verantwoordelijkheid ligt in het samenwerkingsmodel in eerste instantie bij Cordaan. In de eerste jaren hebben Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis alle drie bijgedragen aan de investeringskosten.

2. Geschatte aantal patiënten/bedden in de wijkkliniek

Beschrijf hoeveel patiënten er naar verwachting (uiteindelijk) opgenomen gaan worden in de wijkkliniek en hoeveel bedden hiervoor nodig zijn; wat is de verwachte impact van de wijkkliniek in de regio

Het aantal benodigde bedden in de WijkKliniek in Amsterdam is oorspronkelijk als volgt berekend:

- Aantal 65+ in de regio (Amsterdam ZO, het adherentiegebied is later uitgebreid)
- Risico op ziekenhuisopname; 65-79 jaar = 25% per jaar, 80+ = 33% per jaar
- Inschatting hoeveel van deze ouderen opgenomen zouden kunnen worden in de wijkkliniek i.p.v. in ziekenhuis. In Amsterdam lag deze schatting destijds op 50%
- Verwachte ligduur in wijkkliniek; in Amsterdam is de gemiddelde opnameduur in de wijkkliniek 8 dagen
- Er is gerekend met een bedbezetting van 85%

Het is ook mogelijk om op basis van het huidige aantal ziekenhuisopnames van de diagnosecodes die men in de wijkkliniek wil gaan opnemen een berekening maken. Dus bijv. het aantal 70+/80+ dat in het ziekenhuis opgenomen wordt met gecompliceerde urineweginfectie, ontregelde diabetes, dehydratie, of milde elektrolytstoornissen en positief scoort op de [VMS-screeningsbundel Kwetsbare Ouderen](#).

Een aantal proeftuinen hebben een Excel sheet met deze diagnosecodes gebruikt om de potentieel benodigde bedden te berekenen. Deze berekening blijkt lager uit te komen dan als er in de praktijk wordt geteld hoeveel patiënten in aanmerking komen voor de wijkkliniek (bijv. de SEH arts/medisch

specialist houdt een periode bij hoeveel patiënten op de SEH naar de wijkkliniek zouden kunnen op basis van afgesproken criteria).

Houd bij het berekenen van het aantal benodigde bedden ook rekening met andere initiatieven in de regio die (potentieel) bijdragen aan het voorkomen van vermijdbare/onwenselijke ziekenhuisopnames van ouderen.

Je kunt natuurlijk met een beperkte groep patiënten beginnen in de wijkkliniek en het aantal bedden stapsgewijs uitbreiden. De wijkkliniek in Amsterdam startte met 16 bedden; het aantal bedden is later uitgebreid naar 23 bedden.

3. Fysieke omgeving van de wijkkliniek

Beschrijf in welke locatie de wijkkliniek wordt gelokaliseerd en hoe de locatie/omgeving aangepast is op de zorgbehoeften van de doelgroep en de kwaliteitseisen van een wijkkliniek.

Zie de beschrijving van de kwaliteitseisen van de wijkkliniek op deze website (de kerncomponenten). Zie ook het filmpje om een indruk te krijgen van de fysieke omgeving van de WijkKliniek in Amsterdam via [deze link](#).

De Wijkkliniek is gelokaliseerd in Eben Haëzer, een verpleeghuis van Cordaan in Amsterdam Zuidoost. Alle patiënten hebben een eigen ruime kamer, met eigen douche en toilet en met rooming-in mogelijkheden. De afdeling is gericht op het voorkomen of beperken van een delier en nodigt uit tot bewegen. Het gaat om twee afdelingen, met in totaal 23 bedden.

Naast de WijkKliniek wordt in Eben Haëzer ook langdurige verpleeghuiszorg geboden (o.a. complexe somatiek en psychogeriatric, daarnaast is er een intramurale GGZ afdeling). Oorspronkelijk werd ook eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatie (GR) geboden in Eben Haëzer, en was het de bedoeling om naast de wijkkliniek ook dagbehandeling te gaan bieden. Door concentratie van de GR biedt Eben Haëzer geen GR of ELV meer. Andere proeftuinen ontwikkelen hun wijkkliniekbedden juist vanuit een GR- afdeling of een bredere herstelkliniek/expertisecentrum tijdelijk verblijf voor ouderen (zie projectplan deel 1).

4. Samenstelling team & formatie van zorgverleners

Beschrijf wie er in de wijkkliniek gaan werken en hoe hierbij wordt samengewerkt tussen de zorgverleners uit ziekenhuis, VVT en eerste lijn

De meeste proeftuinen kennen de specialist ouderengeneeskunde (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 GR-locatie of herstel-/expertisekliniek. De SO werkzaam binnen de GR 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/internist ouderen 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 geriater de rol als medebehandelaar.

Teamsamenstelling in de wijkkliniek Amsterdam

In de wijkkliniek in Amsterdam is dagelijks een klinisch geriater (KG) of internist ouderengeneeskunde (IOG) aanwezig. Zij superviseren VS/PA's, de fellow ouderengeneeskunde of de basisarts die werkzaam zijn in de wijkkliniek. Er wordt elke dag visite gelopen en eenmaal per week is er een multidisciplinair overleg gepland (MDO). De SO is op dit moment niet werkzaam in de wijkkliniek in Amsterdam, wel is er laagdrempelig overleg tussen de SO werkzaam in de eerstelijns en de KG of IOG van de wijkkliniek, bijvoorbeeld over het overplaatsen van patiënten van en naar de wijkkliniek.

In de weekenden liepen in de eerste periode de KG/IOG visite in de wijkkliniek. Tegenwoordig is er in de weekenden overdag een basisarts of VS/PA die visite loopt en dan overleg heeft met de dienstdoende KG/IOG. De KG/IOG coördineert ook in het weekend de opnames.

In avonden en nachten hebben de KG/IOG achter-wachtdienst. Zij kunnen direct worden gebeld door de verpleegkundige van de wijkkliniek. De arts-assistenten interne geneeskunde beoordelen patiënten op de SEH van Amsterdam UMC locatie AMC en overleggen met de dienstdoende achterwacht KG/IOG over geriatrische patiënten op de SEH en evt. opname in de wijkkliniek. Vanuit andere ziekenhuizen in Amsterdam overlegt de KG/IOG of SEH-arts van betreffend ziekenhuis met de KG/IOG van Amsterdam UMC als deze een patiënt wil opnemen in de wijkkliniek. Een opname in de wijkkliniek is 24/7 mogelijk, ook in de weekenden.

De uitgangspunten voor de medische zorg in de wijkkliniek zijn:

- Diagnostiek meer afwegen en vertrouwen op klinisch blik
- Meer aandacht voor behandelwensen
- Niet de zorg overnemen, maar mensen zelf stimuleren
- Verantwoordelijkheid nemen voor uitkomsten en verder kijken dan de achterdeur
- Nauwe samenwerking met huisarts en andere zorgprofessionals in de eerstelijns en wijkverpleging

Het verpleegkundig team bestaat uit hbo- en mbo-verpleegkundigen, zowel met een achtergrond in het ziekenhuis als voormalig wijkverpleegkundigen/verpleegkundigen vanuit langdurige zorg (verpleeghuis). In de wijkkliniek in Amsterdam is ervoor gekozen om het team uit 30% hbo-v opgeleide verpleegkundigen te laten bestaan. Daarnaast werd de combinatie van verpleegkundigen met werkervaring in het ziekenhuis, de VVT en andere eerstelijns zorg als waardevol ervaren; in de

wijkkliniek komen ouderenzorg en ziekenhuiszorg immers samen. Het is van belang om het aandeel ziekenhuisverpleegkundigen af te stemmen op de zorg die geleverd gaat worden. Niet alle verpleegkundigen hebben ervaring met het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen, zoals het plaatsen van een infuus of het afnemen van bloed, het geven van zuurstof of IV-medicatie. Scholing van het gehele team op voorbehouden en verpleegtechnische handelingen is dus belangrijk. De verpleegkundigen met een achtergrond in het ziekenhuis kunnen daarbij een rol hebben in het begeleiden en coachen van collega's die nog niet bekwaam zijn in het uitvoeren van deze handelingen.

Daarnaast zijn er fysiotherapeuten werkzaam in de wijkkliniek: patiënten krijgen op indicatie een tot twee keer per dag fysiotherapie. De formatie in een wijkkliniek (uitgaande van 23 bedden) kan er als volgt uitzien (zie tabel 1):

Tabel 1: Formatieplan WijkKliniek Amsterdam 2024

Formatieplan	FTE
Verzorgenden	-
CT Wijkverpleegkundige (790) (HBO)	10,0
Verpleegkundigen (MBO)	13,9
Helpenden	6,1
Diëtist + Ergotherapeut	0,7
Fysiotherapeuten	2,8
Fysiotherapeuten, zaterdag	0,3
Basisarts	1,9
Verpleegkundig specialist	2,8
VS in opleiding	0,9
Geriatr tbv opleiden VS io	0,2
Geriatr	2,1
Uitzendkracht	-
Administratie/secretarieel	1,4
Totaal aantal FTE:	43,1

Één verpleegkundige per 4 patiënten in de dagdienst, 1 verpleegkundige per 6 patiënten in de avonddienst, 1 verpleegkundige per 12 patiënten in de avonddienst.

5. Uitwerking van de verschillende processen

Werk de verschillende processen en benodigde infrastructuur voor de wijkkliniek verder uit

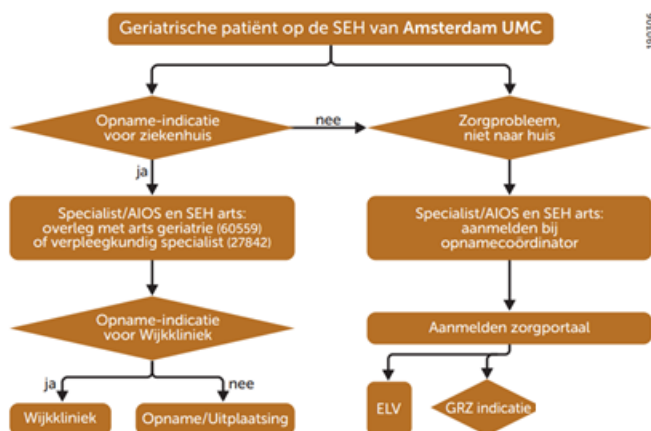
Verwijzing naar de wijkkliniek

De verwijzing naar de WijkKliniek in Amsterdam loopt via de SEH, dus de patiënt wordt eerst gezien op de SEH van Amsterdam UMC-locatie AMC, waar diagnostiek wordt verricht en een behandelplan wordt opgesteld. Voor de triage en het opnameproces in de wijkkliniek in Amsterdam is een zakkaartje gemaakt, bedoeld voor artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de SEH (zie figuur 1).



Criteria voor de Wijkkliniek

- 65 jaar of ouder
- Acuut medisch probleem:
 - Interne: UWI, onregelde DM, dehydratie, elektrolytstoornis
 - Cardiologie: hartfalen
 - Longziekte: pneumonie, exacerbatie COPD
 - Neurologie: neurologische observatie na bijv. val
 - Chirurgie: pijnstilling en mobilisatie na val zonder operatie
- Hemodynamisch stabiel
- Eén of meer geriatrische problemen:
 - Delier
 - Dementie
 - Verhoogd valrisico
 - Verminderde zelfredzaamheid
- 24/7 medisch specialistische zorg en observatie nodig



Figuur 1: Zakkaartje opname wijkkliniek

Opname in de wijkkliniek

Voordat een patiënt kan worden opgenomen in de WijkKliniek moet er een diagnose en behandelplan zijn voor de acute medische-specialistisch zorgvraag. Vervolgens is opname 24/7 mogelijk. Er wordt daarbij altijd met de dienstdoende KG/IOG overlegd, die 24/7 te bereiken is voor de SEH's. Omdat patiënten telefonisch worden besproken, komt het een enkele keer voor dat er gewacht wordt met overplaatsing tot de dagdienst aanwezig is (bijvoorbeeld bij twijfel over of de patiënt een geschikte kandidaat is, of als de patiënt onrustig of nog niet geheel stabiel is). In Amsterdam wordt van de voor opname gescreende patiënten (waarover werd gebeld of welke de KG/IOG gezien heeft op de SEH) ongeveer 50% opgenomen in de wijkkliniek. Niet elke beoordeling door de KG/IOG op de SEH leidt dus tot een daadwerkelijke opname in de wijkkliniek.

Uit de implementatiestudie bij de wijkkliniek in Amsterdam bleek dat het aantal daadwerkelijke verwijzingen afhangt van:

- Het aantal oudere patiënten met medisch specialistisch gezien laag-complexe problemen dat verwezen wordt naar de SEH voordat de wijkkliniek er was
- De aanwezigheid van een 'ambassadeur' voor de wijkkliniek op de SEH, dus bijvoorbeeld een KG/IOG of VS/PA geriatrie-SEH
- De aanwezigheid van andere projecten/afdelingen die uitstroom vanaf de SEH faciliteren: zelfs als er geen of nauwelijks overlap is met de doelpopulatie maken deze extra opties het onoverzichtelijker/ingewikkelder voor de behandelaren op de SEH om de patiënt naar de juiste plek te verwijzen.
- 'Awareness' bij andere specialisten en de mate van vertrouwen in en kennis van de wijkkliniek

De aanwezigheid van een KG/IOG/geriatrieteam op de SEH heeft geleid tot een duidelijke verbetering van de zorg voor ouderen op de SEH van Amsterdam UMC – locatie AMC. Zie ook het voorbeeld van Tergooi MC hoe de geriatrische acute zorg vorm kan krijgen op de SEH – [handboek implementatie van Geriatric Emergency Medicine](#). In steeds meer ziekenhuizen is er geriatrische expertise op de SEH aanwezig.

Ambulancevervoer naar de wijkkliniek

Het ambulancevervoer naar de wijkkliniek wordt geregeld door het ziekenhuis. In het enkele geval van terugplaatsing vanuit de wijkkliniek naar het ziekenhuis, regelt de wijkkliniek via de RAV het vervoer.

Het vervoer tussen ziekenhuizen wordt volgens 'interklinisch vervoer' onderling afgerekend tussen ziekenhuizen, maar het vervoer tussen het ziekenhuis en een VVT instelling valt hier officieel niet onder; hierover moeten daarom afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar. Het ambulancevervoer naar de wijkkliniek is budget gefinancierd; het Zilveren Kruis sluit hiermee zoveel mogelijk aan bij de reguliere financiering zonder aanpassingen.

Intakegesprek bij de wijkkliniek

In de wijkkliniek staan de behandeling van het acuut medisch-specialistisch probleem én de geriatrische problematiek vanaf het eerste moment centraal. Een [comprehensive geriatrisch assessment \(CGA\)](#) wordt al deels afgenomen op de SEH en wordt afgerond in de wijkkliniek. Verder wordt de VMS screening uitgevoerd of aangevuld als dat nog niet (volledig) is gedaan op de SEH.

De verpleegkundige vult ook bij opname in de wijkkliniek de screeningsbundel in met daarin o.a. een screening op decubitus, ondervoeding, delier en de medicatieverificatie door de behandelaar. Daarnaast wordt bij opname de huisarts gebeld voor nadere informatie over de medische situatie en het functioneren thuis. Ook wordt de wijkverpleegkundige z.s.m. na opname gebeld om te informeren over de thuissituatie. Op basis van al deze informatie wordt een inschatting gemaakt óf en wanneer

de patiënt naar huis kan. De voortgang m.b.t. tot deze inschatting wordt tijdens de visite en de MDO bepaald en zo nodig bijgestuurd.

De behandelaar in de wijkkliniek van Amsterdam (VS/PA/basisarts) stelt dagelijks het medisch beleid op in overleg met de KG/IOG. De behandeldoelen op functioneel een sociaal gebied worden vervolgens vastgelegd en gemonitord.

Dagelijkse zorgprocessen in de wijkkliniek

De patiënt en mantelzorger(s) worden nauw betrokken bij het algehele zorgproces; niet alleen bij het intake-, tussentijds en ontslaggesprek, maar ook overdag wordt de patiënt dagelijks tijdens de visite gezien door de behandelaar. Veelal is familie ook overdag op patiëntenkamer aanwezig, zodat zij bijgepraat kunnen worden door behandelaar. Eenmaal per week is er een multidisciplinair overleg (MDO). Tijdens dit MDO sluit de KG/IOG aan, de VS/PA/basisarts, de fysiotherapeut en het [geriatrisch team van Cordaan](#). In een 1 uur durend MDO worden maximaal 4 patiënten besproken, waarover de grootste vragen/onzekerheden bestaan m.b.t. het vervolgbeleid en waarvoor input uit meerdere disciplines nodig is. Hierbij wordt de voortgang m.b.t. de behandeldoelen op functioneel en sociaal gebied besproken. Voor een voorbeeld zorgpad, zie tabel 2.

Tabel 2: Zorgpad wijkkliniek

Aanmelding: dag 0		
Triage	Presentatie oudere op SEH passend in doelgroep. De medisch specialist (KG/IOG) wordt geïnformeerd en betrokken.	SEH verpleegkundige (VPK SEH)/ VS/PA SEH
	Triage	MS (KG/IOG)
	Contact met regiebehandelaar wijkkliniek (SO/VS/PA): inderdaad passend in doelgroep en is er een wijkkliniek-bed beschikbaar?	MS (KG/IOG) + SO
Voorbereiding opname	Telefonische afstemming en medische overdracht (o.a. medicatie)	MS (KG/IOG) + SO
	Patiëntbrief informatie wijkkliniek	VPK SEH/ VS/PA SEH
	Dossier aanmaken EPD wijkkliniek, dossier ZKH invoegen.	MS (KG/IOG)
	Gegevens verzamelen, inplannen en coördinatie wanneer verplaatsing naar - en opname in - de wijkkliniek	Zorgbemiddeling + MS (KG/IOG) + SO/VS/PA/basisarts
	Kamer en materialen gereed	Verpleging & Verzorging (V&V) wijkkliniek
Opname: dag 1		
Binnenkomst	Rondleiding en toewijzing kamer, uitleg wijkkliniek + vragen patiënt	V&V wijkkliniek
		V&V wijkkliniek
	Ondertekenen zorgovereenkomst en eventuele andere contracten	V&V wijkkliniek
	MDO's (1+2) inplannen	

Intake	Multidisciplinaire intake op dag van opname - CGA - Medisch beleid, behandelbeperking, ACP - Lichamelijk onderzoek, klinimetrie - Medicatie(beoordeling) - Bespreken doel opname - Inventarisatie zorgvraag - Opstellen concept behandelplan	SO/VS/PA/basisarts/paramedici/andere disciplines op indicatie
	Huisarts informeren/ informatie opvragen	SO/VS/PA/basisarts
	Evt. thuiszorgorganisatie informeren/informatie opvragen en voorlopige ontslagdatum (VOD) bespreken	V&V wijkkliniek
	Aanmaken zorgtraject, invoer VOD, behandeluren per week en evt. financiering openen	SO/VS/PA/basisarts
Behandeling: dag 1-6		
Multidisciplinaire behandeling	(medisch specialistisch laag complexe) acute medisch specialistische behandeling + klinische observatie en monitoring	SO/VS/PA/basisarts/ MS (KG/IOG)
	'Vroege' revalidatie en herstel Mantelzorger en netwerk betrekken	SO/VS/PA/paramedici/andere disciplines op indicatie
Visite lopen	Gezamenlijke visite	SO/VS/PA + MS (KG/IOG) evt. telefonisch of videobellen
1e MDO	Evaluatie van o.a. klinimetrie, VOD, ontslag-bestemming, behandelplan, behandelinzet per discipline, evt. beoordeling ambulant traject, woninginventarisatie.	Betrokken behandelaren: SO/VS/PA/basisarts/MS (KG/IOG)/paramedici/ andere disciplines op indicatie
	Nabespreking 1 ^e MDO met patiënt en mantelzorg	SO/VS/PA/basisarts
	Aanvraag thuiszorg indien cliënt eerder nog geen thuiszorg ontving	V&V en bemiddelingsbureau
Telefonische afstemming	SO + MS (KG/IOG) stemmen telefonisch af bij bijzonderheden	SO + MS (KG/IOG)
Ontslag: dag 6 t/m 8		
2^e MDO	Vaststellen van de definitieve ontslagdatum, ontslagbestemming, evt. start revalidatie (thuis), ambulant/eerstelijns vervolgzorg, behandelinzet per discipline	Betrokken behandelaren: SO/VS/PA/basisarts/MS (KG/IOG)/paramedici/ andere disciplines op indicatie
Vorbereiding op ontslag	Multidisciplinaire voorbereiding op ontslag	SO/VS/PA/basisarts
	Ontslaggesprek (patiënt/mantelzorg) + ontslagbrief Contact huisarts / toekomstig hoofbehandelaar / wijkverpleegkundige	SO/VS/PA/basisarts SO/VS/PA/basisarts

Diagnostiek & behandelmogelijkheden

Diagnostische mogelijkheden in de wijkkliniek zijn beperkter dan de mogelijkheden in een ziekenhuis. Om toch de juiste medische zorg in de wijkkliniek te bieden wordt er gebruik gemaakt van de volgende faciliteiten in de WijkKliniek in Amsterdam:

- Bloedonderzoek; grotendeels middels een extern laboratorium. Verpleegkundigen van de wijkkliniek zijn zelf getraind om lab te prikken. Er wordt ook gebruik gemaakt van apparaten om glucose en INR te meten middels vingerprik. Daarnaast beschikt de afdeling over een POCT (point of care testing), waarbij aan bed een bloedgas en elektrolyten kunnen worden bepaald. Deze methode vergt wel ervaring van verpleegkundigen en artsen. Voor de wijkkliniek in Amsterdam is het lab 24/7 beschikbaar via Atalmedial; met dit lab zijn aparte afspraken gemaakt zodat de bepalingen met spoed gebeuren en de uitslagen binnen een dag bekend zijn. Aangezien Atalmedial niet alle bepalingen uitvoert (denk aan bloedkweken en medicatiespiegels); gebeuren deze onderzoeken in het lab van het ziekenhuis waar de patiënt vandaan komt.
- Alle bedden zijn voorzien van een Early Sense. Een techniek waarbij een plank onder de matras enkele vitale waarden van de patiënt kan monitoren: de pols, ademhaling en het verlaten van het bed door de patiënt. Ook beschikt de afdeling over bewegingssensoren. De toepassing van e-Health in de wijkkliniek kan mogelijk worden uitgebreid – ter bespreking met de proeftuinen.
- De afdeling is voorzien van een ECG-apparaat en een bladderscan.
- Radiologie: eenmaal per week wordt er gebruik gemaakt van een externe röntgendienst, die op de afdeling verschillende röntgenopnames kunnen maken zoals een X-thorax. Idealiter zou hier 2 keer per week gebruik van worden gemaakt.

Aan behandelmogelijkheden beschikt de WijkKliniek in Amsterdam over het volgende:

- Intraveneuze medicatie toediening. Alle verpleegkundigen zijn getraind een infuus te prikken.
- Zuurstoftoediening middels zuurstofflessen en zuurstofconcentratoren; max. 15 liter zuurstof per patiënt = 2 zuurstofflessen. (Een andere optie zou uit de muur kunnen zijn, waarmee je meer liters kan toedienen.)

Idealiter is er ook een oefenzaal op of nabij de afdeling, zoals bij veel GR-locaties het geval is. In de wijkkliniek in Amsterdam is er een oefenzaal op de begaande grond van het Eben Haëzer complex (op de woonzorgafdeling); om hier gebruik van te maken, gaan de patiënten met de fysio met de lift naar beneden. Verder is er op de begaande grond ook een restaurant/ruimte waar de wijkkliniek patiënten gezamenlijk kunnen eten en verblijven. Op basis van interviews met patiënten weten we dat ongeveer de helft van de patiënten meer contact zou willen met andere patiënten, de andere helft vond het juist fijn om zelf op de kamer te eten, bijvoorbeeld met partner of een naaste.

Medicatie in de wijkkliniek

De medicatieverificatie wordt in Amsterdam bij opname door de regiebehandelaar (VS/PA/basisarts) gedaan met behulp van het LSP. De regiebehandelaar stemt de medicatie(-veranderingen) af met de apotheker en zet dit in YSIS. Als de medicatieverificatie is voltooid, verandert de regiebehandelaar de medicatie in YSIS en vervolgens deelt de verpleegkundige de medicatie uit volgens het beleid in YSIS.

Medicatie in de wijkkliniek in Amsterdam wordt geleverd door een instellingsapothek. Medicatie wordt eenmaal daags geleverd en er wordt met Baxterrollen gewerkt. Het nieuwe streven (2022) is om naar een levering van 2x daags over te gaan. Er is tevens een medicatievoorraad aanwezig op de afdeling.

Materialen in de wijkkliniek

Om een indicatie te geven van materialen die in de wijkkliniek worden gebruikt, hebben we de grotere materialen op een rijtje gezet:

- Infuuspompen
- Zuurstof concentratoren
- Prikkar
- Reanimatietas/kar
- Lift (actief & passief)
- Rolstoelen en rollators (handig als er een rolstoeldepot + ergotherapeut is, zodat er snel een rolstoel op maat beschikbaar is)
- Daarnaast zijn er kleinere materialen op voorraad, zoals incontinentiemateriaal, verband, katheters e.d. (een lijst hiervan is beschikbaar op aanvraag).

EPD in de wijkkliniek

In Amsterdam gebruikt men het EPD die de VVT-organisatie, Cordaan, ook gebruikt: YSIS. Uit de procesevaluatie blijkt dat YSIS niet altijd geschikt is voor de acute setting, voor het voorschrijven van IV-medicatie en voor het registreren van vochtbalansen. Daarnaast gebruikt het Amsterdam UMC een ander EPD (EPIC) dat niet direct gekoppeld is met YSIS, waardoor het direct delen van informatie onmogelijk is. Wel heeft het vaste personeel (VS/PA/ basisartsen/verpleegkundig team/paramedici) toegang tot zowel EPIC als YSIS zodat informatie kan worden overgezet. De dienstdoende zet bij opname het medisch dossier over van EPIC naar YSIS en voert de medicatie ook in YSIS in. Verder is een eigen medisch secretariaat een belangrijke sleutel in de organisatie van de wijkkliniek; zij nemen veel van de administratieve lasten op zich.

Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) in de wijkkliniek

Aangezien de WijkKliniek in Amsterdam een open afdeling is met een gevaarlijk trappenhuis, worden er geen patiënten met dwaalgedrag opgenomen. Wanneer een patiënt toch – bijv. ten gevolge van een delier - dwaalverdrag vertoont en zichzelf daarmee in gevaar brengt, wordt er overwogen om VBM's in te zetten. Als een VMB wordt ingezet, worden de protocollen van Cordaan gevolgd (voldoen aan [Wet Zorg en Dwang](#)). Over het algemeen hoeven er weinig VBM's worden toegepast, met uitzondering van: Early Sense bedden, optiscans en incidenteel gebruik van een tentbed. Het gebruik van VBM's wordt dagelijks genoteerd en geëvalueerd in het medisch en verpleegkundig dossier.

Kwaliteitskader in de wijkkliniek

Voor de wijkkliniek is het moeilijk om een passend kwaliteitskader aan te houden: [het kwaliteitskader VVT](#) is eigenlijk niet geschikt omdat je ziekenhuiszorg biedt; en het kwaliteitskader medisch specialistische zorg is moeilijk te borgen omdat processen/systemen daar niet op ingericht zijn. Recent is een [toetsingskader Geriatrische Revalidatie](#) zorg ontwikkeld dat (deels) gebruikt kan worden.

In de wijkkliniek in Amsterdam is sinds 2018 het kwaliteitskader verpleeghuiszorg aangehouden; deze is eigenlijk gericht op de langdurige zorg en niet op vormen van tijdelijk verblijf. Dit kwaliteitskader heeft zes thema's benoemd die belangrijk zijn voor de veiligheid van cliënten: decubitus, advance care planning, medicatieveiligheid, gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking, continentie en aandacht voor eten en drinken. Op deze thema's zijn vervolgens door Verenso en V&VN indicatoren ontwikkeld, zie ook het [handboek indicatoren verpleeghuiszorg](#). De zorgprofessionals van de wijkkliniek melden incidenten en verbazingen, die vervolgens structureel in het team worden besproken; daarbij voldoen men aan het kwaliteitskader van de VVT.

De VS/PA's van de wijkkliniek in Amsterdam maken de protocollen zelf, gebaseerd op het kwaliteitskader van de verpleeghuiszorg, en vullen deze aan met wat zij belangrijk vinden. Daarnaast wordt de wijkkliniek gevisiteerd door de NVKG en worden [de VMS-criteria](#) gevolgd. Dat laatste is lastig: YSIS is niet geschikt om deze criteria te monitoren en handmatig monitoren komt de veiligheid niet ten goede.

De IGJ heeft in september 2022 een inspectiebezoek gebracht aan de wijkkliniek en hiervoor het toetsingskader particuliere instellingen gebruikt. Het [rapport](#) is terug te vinden op de website van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

6. Financiering

Bereken de benodigde initiële kosten en het dagtarief voor de zorg in de regionale wijkkliniek en maak afspraken met de preferente zorgverzekeraar(s) over het volume en dagtarief en evt. vergoeding van de initiële kosten (transformatiegeld)

Op dit moment, en tot 31 december 2025, wordt de zorg in de WijkKliniek in Amsterdam bekostigd vanuit de [Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten](#). Er is hiervoor een Overeenkomst Innovatie opgesteld in 2018. In deze Overeenkomst Innovatie zijn afspraken gemaakt over het tarief en volume en de doelstellingen en bijhorende KPI's voor de wijkkliniek als nieuw zorgconcept. Andere zorgorganisaties en zorgverzekeraars kunnen aansluiten bij deze Overeenkomst Innovatie d.m.v. een [aansluitersovereenkomst](#). In principe nemen zij dan de Overeenkomst Innovatie ongewijzigd over met uitzondering van de afspraken over tarief en volume. Omdat het niet haalbaar is voor de proeftuinen om alle KPI's te monitoren vanuit eigen registratiedata (in de wijkkliniek in Amsterdam was een arts-onderzoeker fulltime bezig met monitoring en evaluatie van uitkomst- en procesindicatoren), is er een beperktere gezamenlijke set KPI's vastgesteld voor de proeftuinen (zie deel 1 hoofdstuk 6).

Vanaf 2026 wordt de bekostiging voor een wijkkliniek ('laag complexe medisch specialistische zorg') opgenomen in de [nieuwe modulaire bekostiging voor het tijdelijk verblijf](#) (revalidatie en herstellzorg) voor ouderen.

7. KPI's en data-driven werken

Werk de doelstelling(en) van de wijkkliniek uit in meetbare resultaten/KPI's.

Maak tevens een 'meetplan' om, aan de hand van de continue monitoring van zelf gekozen uitkomst- en/of proces- indicatoren een verbetercyclus op te zetten in de wijkkliniek

Zie voor de uitwerking van de KPI's hoofdstuk 6 van deel 1 (Beschrijving wijkkliniek) en deze website. 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. Regio's zijn uiteraard vrij om meer KPI's (of andere informatie) te monitoren op de andere kwadranten, bijvoorbeeld ten behoeve van eigen kwaliteitsverbetering (leren en verbeteren obv data).

8. Referenties

VMS-screeningsbundel Kwetsbare Ouderen.

- Cordaan (z.d.). *De WijkKliniek in beeld*. <https://siteforms.cordaan.nl/locatie/de-wijkkliniek>
- Tergooi MC (z.d.). *Handboek Geriatric Emergency Medicine*. <https://www.tergooi.nl/gem/#:~:text=Dit%20handboek%20is%20voor%20zorgprofessionals,dit%20het%20algemeen%20toepasbaar%20is.>
- Federatie Medisch Specialisten (2021). Comprehensive geriatric assessment (CGA). https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/comprehensive_geriatric_assessment_cga/startpagina-comprehensive_geriatric_assessment_cga.html
- Cordaan (z.d.). *Welke zorgprofessionals zijn betrokken?*. <https://www.cordaan.nl/algemeen/over-cordaan/wijkkliniek/welke-zorgprofessionals-zijn-betrokken/>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019). *Toetsingskader wet zorg en dwang*. https://vng.nl/sites/default/files/2019-12/toetsingskader-wet-zorg-en-dwang_igj_december-2019.pdf#:~:text=In%20dit%20toetsingskader%20beschrijft%20de%20inspectie%20wat%20zij,staat%20in%20het%20toetsingskader%20een%20uitgebreide%20set%20normen.
- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg (2021). <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf>
- ActiZ (2021). *Kwaliteitsstandaard geriatrische revalidatie in de maak*. <https://www.actiz.nl/kwaliteitsstandaard-geriatrische-revalidatie-de-maak>
- ActiZ, Verenso, V&VN, Zorgthuisnl (2021). *Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg*. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/handboek-indicatoren-verpleeghuiszorg-verslagjaar-2021.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2023). *De WijkKliniek Cordaan Amsterdam*. <https://toezichtdocumenten.igj.nl/link/publicatie?publ=8ab2208d-6001-4c47-a4b3-32dda453fb66>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289778_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit (2023). *Format Aansluitersovereenkomst*. https://a.storyblok.com/f/257483/x/88d7b69115/format_aansluitersovereenkomst.pdf