

Kaders Proeftuinen Acute Ouderenzorg

Versie juli 2024

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 opname in het ziekenhuis na SEH bezoek
- Verlaging van de zorgkosten: Minder opnames in het ziekenhuis en minder opnames op de grz/elv na opname in de wijkkliniek, 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 voor medisch specialistische diagnostiek.
- De verzekerde voldoet aan de criteria zoals omschreven in de handreiking triage².
- 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.

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

² Handreiking triage wijkkliniek versus opname in ziekenhuis of tijdelijk verblijf, Amsterdam Umc versie maart 2024

- 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.

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

3. Afbakening andere zorgsoorten

	Proeftuin acute ouderenzorg	ELV	GRZ	MSZ - geriatrie
(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. Hebben beide de mogelijkheid om de patiënt fysiek te beoordelen, na opname in de wijkkliniek.*
- *Regionaal zijn samenwerkingsafspraken tussen minimaal VVT en MSZ met daarin afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling; 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.
- Korte ligduur met een mediaan van 8 dagen.
- De wijkkliniek heeft de benodigde apparatuur voor de monitoring van vitale functies gerelateerd aan de doelgroep.

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 monitoring 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 huidige experimentprestatie loopt af op 31 mei 2025. Op dit moment lopen de gesprekken over toevoegen van deze vorm zorg aan het experiment Modulaire bekostiging.
- De gezamenlijk vastgestelde set KPI's blijft de basis voor de wijkkliniek.
- Er is meer data nodig om te kunnen concluderen of de proeftuinen succesvol zijn.
- Om afspraken te kunnen maken over het tarief delen de proeftuinen het Format berekening dagtarief wijkkliniek met alle verzekeraars.

- 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 patiënten**³.
- 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.
- Er worden afspraken gemaakt met de MSZ over de substitutie van zorg naar de wijkkliniek.

6. Eisen aan de organisatie

- Uit het regiobeeld/ regioplan blijkt dat er behoefte is aan een wijkkliniek. De keuze voor de wijkkliniek wordt in afstemming met de betrokken zorgverzekeraar(s) gemaakt.
- Een voorwaarde voor de locatie van een wijkkliniek is dat de afstand tot het ziekenhuis geen belemmering vormt voor de aanwezigheid van de medisch specialist indien noodzakelijk. Daarnaast dient de afstand met huisarts, apotheek, thuiszorg organisaties passend te zijn.
- In de zorginstelling is de benodigde expertise voor de behandeling aanwezig.

³ 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) wat volgt uit het roaz plan/ beeld waaruit voldoende urgentie blijkt voor de wijkkliniek. 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).