

- Een wijkkliniek kan ook in de avonden, nachten en weekenden patiënten opnemen.
- In een wijkkliniek is (mede daarom) 24h verpleegkundige dekking noodzakelijk. Het verpleegkundig team bestaat uit een mix van verzorgenden, helpenden en verpleegkundigen (niveau 3, 4, 5, 6), waarbij het zwaartepunt bij verpleegkundigen ligt.
- Alle verpleegkundigen in een wijkkliniek zijn geschoold in het klinisch redeneren en in het verrichten van verpleegtechnische handelingen.
- In een wijkkliniek is de regisseurrol van een verpleegkundige belangrijk. Deze rol kan alleen door een verpleegkundige worden uitgevoerd die HBO-geschoold is (of een vergelijkbaar niveau heeft obv ervaring).
- Nieuwe patiënten worden binnen 24 uur door een (dienstdoende) regiebehandelaar¹ gezien. (ervan uitgaande dat de patiënt op de SEH of spoedpoli oid al gezien is door een arts, de diagnostiek voor de acute aandoening verricht is en de patiënt een behandelplan heeft bij opname in een wijkkliniek -zie opnamecriteria handreiking triage).
- De regiebehandelaar betreft zo snel mogelijk vanaf de opname een fysiotherapeut, ergotherapeut en/of diëtist of andere paramedici in de behandeling. Dit gebeurt op basis van de behoefte en de met de patiënt afgestemde behandeldoelstellingen - dus de (intensiteit van) de inzet van de paramedische disciplines verschilt per patiënt.
- De zorg voor de minder complexe wijkkliniek-patiënten ('wijkkliniek-light') beschouwen wij als (in ontwikkeling zijnde) substitutie van ziekenhuiszorg naar het tijdelijk verblijf². Voor deze patiënten is daarom medische behandeling nodig van een regiebehandelaar vanuit de eerstelijns met de juiste competenties, bijvoorbeeld een SO-kaderarts GRZ, huisarts-kaderarts ouderen, of een VS/PA. De regiebehandelaar betreft zo nodig een medisch specialist voor consultatie of medebehandeling. Dit kan een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde zijn, maar ook een andere medisch specialist, afhankelijk van de vraag.
- Voor complexere wijkkliniekpatiënten is de (mede)behandeling van een medisch specialist met expertise op gebied van acute geriatrische problematiek, dus een internist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater (mede- of regie)behandelaar vereist. De intensiteit van deze (mede-)behandeling door de internist ouderengeneeskunde/klinische geriater hangt af van de complexiteit.³
- In een wijkkliniek dient er laagdrempelig toegang te zijn tot beeldvormig en eenvoudige diagnostiek (X-foto en/of echo pocus, cito-lab, bladder scan ed). Bij een te klein aantal patiënten is het niet rendabel om te investeren in deze beeldvorming en apparaten en processen voor deze diagnostiek (en is het ook moeilijk om het team bekwaam te houden in uitvoering van verpleegtechnische handelingen zoals infuustherapie). Dit leidt dan tot onnodig veel transport naar het ziekenhuis. Geschat wordt dat een minimum van 12 patiënten nodig is in een

¹ T.a.v. het begrip regiebehandelaar en medebehandelaar hanteren we de aandachtspunten zoals beschreven in de herziene Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG juni 2022.

² Voor een verdere toelichting op dit punt verwijzen we naar de memo 'Voorstel voor vervolg met de wijkkliniek' van 29 oktober jl.

³ Voor een verdere toelichting op dit punt verwijzen we naar de memo 'Voorstel voor vervolg met de wijkkliniek' van 29 oktober jl.

wijkkliniek, in de uiteindelijke situatie (tijdens de implementatiefase kan met minder bedden worden gestart)⁴.

- Medicatiekosten, en kosten voor bijv. infuuspompen, katheterzakken ed voor patiënten in een wijkkliniek zijn (doorgaans veel) hoger dan voor cliënten die op ELV/GRZ worden opgenomen (want het gaat om verplaatste ziekenhuiszorg met een hoge turnover). Ook moet er een vast medicatievoorraad aanwezig zijn op de afdeling. Deze kosten zouden moeten worden opgenomen in de kostprijs voor een wijkkliniek.

⁴ Precies aantal nog nader te bepalen iom financieel deskundigen