

VOORSTEL HOE VERDER MET DE WIJKKLINIEKEN

29 oktober, Susanne Smorenburg

INLEIDING - WAAROM DEZE MEMO

Naar aanleiding van de positieve resultaten van de WijkKliniek in Amsterdam, heeft het ministerie van VWS in 2021 subsidie verleend aan Amsterdam UMC voor het project 'Proeftuinen Acute Ouderenzorg: naar onderbouwing, doorontwikkeling en opschaling.' De doelstellingen van het project zijn: 1) Onderzoeken of en hoe het concept wijkkliniek schaalbaar gemaakt kan worden, door met proeftuinen met verschillende regionale context, gezamenlijk vanuit een leernetwerk, wijkklinieken te ontwikkelen in betreffende regio's, en 2) De NZa van de nodige informatie te voorzien, zodat het concept structureel bekostigd kan gaan worden. Het project is in april 2021 gestart en heeft (na verlenging in 2023) een looptijd tot 1 april 2025.

Hoewel er in het land veel animo is voor de ontwikkeling van een wijkkliniek, zijn er tot op heden slechts 5 regionale proeftuinen gecontracteerd. Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband afgesproken om eerst de uitkomsten van deze vijf gecontracteerde proeftuinen wijkkliniek af te wachten en te evalueren, voordat zij nieuwe regio's contracteren. Drie van deze vijf gecontracteerde proeftuinen zijn op dit moment in de opstartfase en hebben pas enkele patiënten opgenomen in hun wijkkliniek. Een dergelijke evaluatie is daarom op korte termijn – in de looptijd van de subsidieperiode - niet haalbaar.

De 5 gecontracteerde proeftuinen wijkkliniek hebben verschillende verschijningsvormen. Ook zien we dat er in veel regio's al langere tijd een vorm van substitutie is van ziekenhuiszorg naar het tijdelijk verblijf. Als gevolg is er verwarring en discussie ontstaan over de patiëntenpopulatie en rolverdeling van specialist ouderengeneeskunde en internist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater in een wijkkliniek. Hierdoor ontstaat het mogelijke risico dat de specialist ouderengeneeskunde 'als goedkoop alternatief' gezien gaat worden, ter vervanging van de internist ouderengeneeskunde/klinisch geriater, bij nieuwe innovatieve zorgvormen zoals de wijkkliniek. En dat de kostprijs voor een wijkkliniek te hoog of te laag wordt berekend, of dat er verkeerde conclusies worden getrokken bij het vormgeven van modulaire bekostiging voor de wijkkliniek.

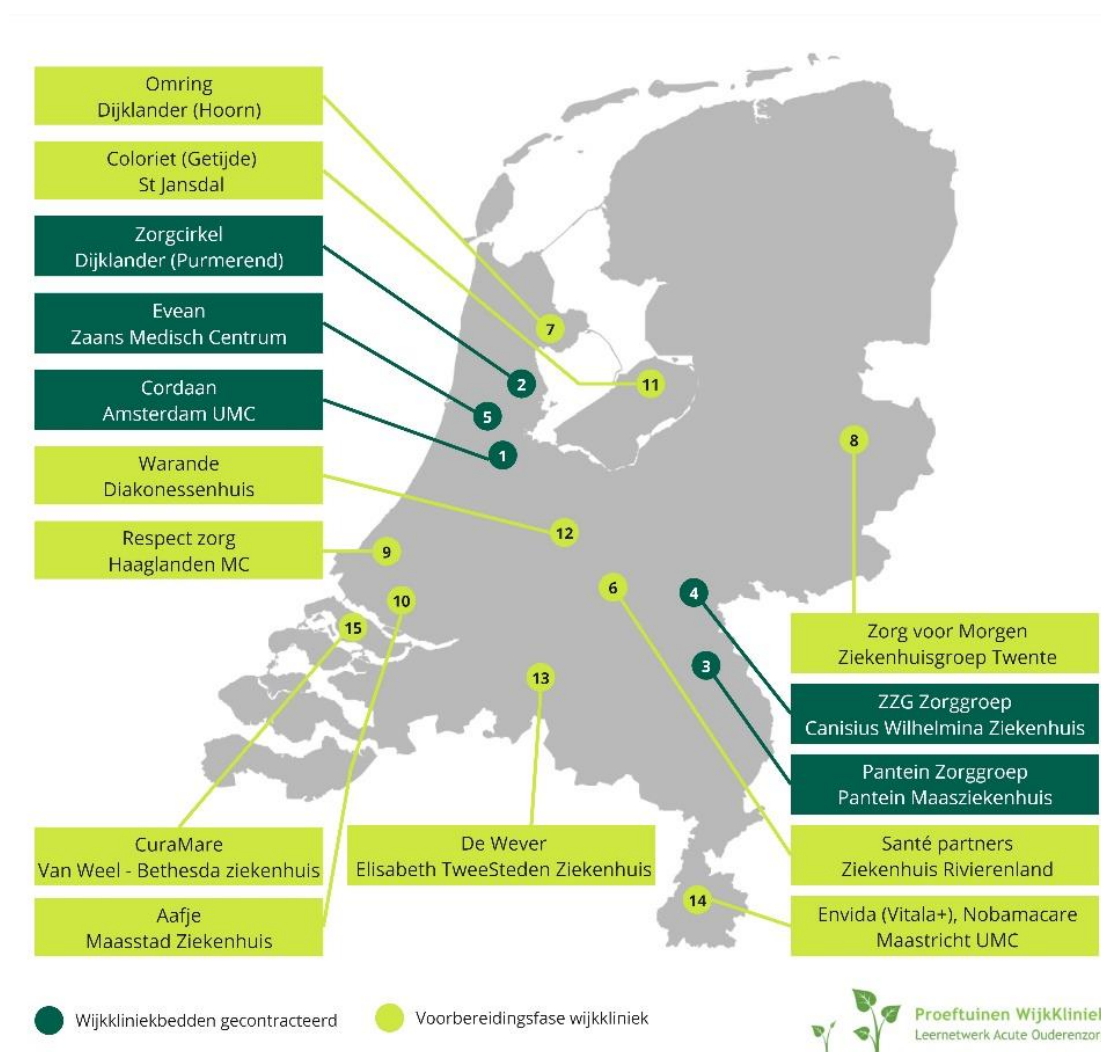
Tijdens de werkconferentie van 7 oktober jl bij de wijkkliniek (Ouderenkliniek) van de Zorgcirkel en het Dijklanderziekenhuis in Purmerend stond het thema 'de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde in de wijkkliniek' centraal. De bestuurders en projectleiders van de (gecontracteerde) proeftuinen wijkkliniek bespraken op 15 oktober jl. een voorstel om tot een korte termijnoplossing te komen van de hierboven beschreven problematiek. Hierbij zijn de inzichten die zijn opgedaan bij de werkconferentie in Purmerend meegenomen.

In deze memo beschrijven we dit voorstel. We delen dit voorstel met alle bij het leernetwerk betrokken regio's, en bespreken dit ook graag met systeempartijen en zorgverzekeraars, in de hoop en veronderstelling hiermee bij te dragen aan een goed vervolg en opschaling van de wijkklinieken, en integrale acute ouderenzorg in bredere zin.

BESCHRIJVING VAN ONTWIKKELINGEN EN HUIDIGE SITUATIE

HUIDIGE SITUATIE PROEFTUINEN/LEERNETWERK:

In 2021 zijn we met 9 proeftuinen van start gegaan (inclusief de wijkkliniek in Amsterdam). Zuyderland is in 2022 gestopt als proeftuin. In februari 2024 hebben we besloten om de contractering van een wijkkliniek los te koppelen van de mogelijkheid om als regio aan te sluiten bij het leernetwerk. Sindsdien is het leernetwerk sterkt uitgebreid. Op dit moment bestaat het leernetwerk uit 15 regionale samenwerkingsverbanden die de ambitie hebben om een wijkkliniek te ontwikkelen en hierbij graag willen leren van de ervaringen uit andere regio's. Er zijn nog steeds andere geïnteresseerde regio's die willen aansluiten.



CONTRACTERING PROEFTUINEN EN GESPREKKEN ZN/ZORGVERZEKERAARS

Sinds 2023/begin 2024 zijn er 5 regio's gecontracteerd voor de wijkkliniek. Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband afgesproken om eerst de uitkomsten van deze vijf gecontracteerde proeftuinen af te wachten en te evalueren, voordat zij nieuwe regio's contracteren. Wel horen we terug vanuit enkele regio's dat er contractafspraken worden gemaakt over een wijkkliniek met transformatiegelden, dus niet met een aansluitersovereenkomst bij de beleidsregel innovatie van Cordaan en Amsterdam UMC.

Er zijn afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over de KPI's die van belang zijn om te evalueren bij de proeftuinen wijkkliniek. Drie van deze vijf gecontracteerde proeftuinen zijn op dit moment in de opstartfase en hebben pas enkele patiënten opgenomen in hun wijkkliniek. Een dergelijke evaluatie van deze KPI's is daarom op korte termijn – in de looptijd van de subsidieperiode - niet haalbaar.

VERVOLG BEKOSTIGING WIJKKLINIEK

De beleidsregel innovatie voor de wijkkliniek is 2 keer verlengd en loopt af op 31 mei 2025. Na veelvuldig overleg met alle partijen heeft de NZa besloten om de wijkkliniek te gaan bekostigen vanuit de modulaire bekostiging van het tijdelijk verblijf. Deze nieuwe bekostiging start met een experiment in januari 2026. De NZa zal de beleidsregel innovatie van 31 mei tot 1 januari 2026 verlengen.

ZN heeft enkele regio's geselecteerd als proeftuin voor de eerste fase van het experiment modulaire bekostiging in 2026. Deze komen, met uitzondering van Pantein, niet overeen met de gecontracteerde proeftuinen wijkkliniek. Het is niet duidelijk of en hoe andere regio's gefinancierd worden voor een wijkkliniek vanaf 2026.

De NZa wil op korte termijn (november 2024) een uitvraag doen bij de 5 gecontracteerde proeftuinen om de kostprijs voor de modulaire bekostiging van de wijkkliniek te kunnen berekenen. Wij hebben bij de NZa aangegeven dat we dit te prematuur vinden. Alleen de wijkklinieken in Amsterdam en Purmerend kunnen betrouwbare gegevens aanleveren hiervoor, omdat alleen deze twee proeftuinen al langer operationeel zijn, en alleen in deze 2 proeftuinen ook de meer complexe wijkkliniekpatiënten worden opgenomen (zie case vignet studie). Er zijn meer operationele proeftuinen nodig om een betrouwbare kostprijsberekening te kunnen maken. Ook zal er inhoudelijke diversiteit en verscheidenheid blijven bestaan en is het wenselijk dat het experimenttarief vrij onderhandelbaar blijft.

NZa heeft (in een vooroverleg op 23 oktober jl samen met ZN) aangegeven dat zij voor de kostprijsberekening primair zullen kijken naar de kostprijzen van de wijkkliniek bij de proeftuinen in Amsterdam en Purmerend. Bij de andere gecontracteerde proeftuinen wil de NZa toch ook gegevens gaan ophalen, om zo een breder beeld te krijgen van de (variatie in) kostprijzen. De NZa zal een overleg organiseren met de betrokken proeftuinen, om de verschillen in tarieven te kunnen duiden.

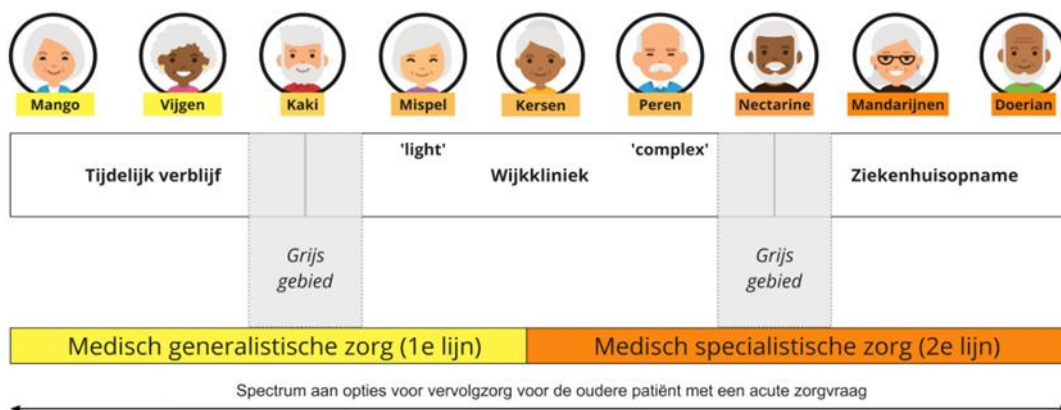
CASE VIGNET STUDIE – AFBAKENING DOELGROEP EN OPNAMECRITERIA

Zoals eerder beschreven, en hieronder in de tabel uiteengezet, zijn er verschillende verschijningsvormen van een wijkkliniek in de proeftuinen. Hierdoor ontstonden (al vanaf het begin van het project in 2021) vragen over de afbakening van de doelgroep en definitie van een wijkkliniek. Ook is er verwarring en discussie ontstaan over de rolverdeling van de specialist ouderengeneeskunde en internist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater in de wijkklinieken in de proeftuinen.

Proeftuin	Context	Wijkkliniek - locatie	Wijkkliniek – regie- & medebehandelaarschap	Fase wijkkliniek okt 2024
Cordaan/ Amsterdam UMC	Amsterdam, academisch ziekenhuis, geen geriatrieafdeling	In woonzorglocatie (2 afdelingen), nabij het ziekenhuis	VS/PA regiebehandelaar, klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde medebehandelaar (gedetacheerd)	Gestart in 2018, 23 bedden
De Zorgcirkel/ Dijklander ziekenhuis	Purmerend, Algemeen ziekenhuis, met geriatrieafdeling	Op GRZ afdeling in ziekenhuis	SO regiebehandelaar, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde medebehandelaar	Gestart in 2019, nu 4 bedden (willen naar 10 bedden)
ZZG-Zorggroep/ CWZ	Nijmegen, Topklinisch ziekenhuis, geen geriatrieafdeling	In Herstelkliniek op afstand van het ziekenhuis	SO regiebehandelaar, longarts/internist medebehandelaar (gestart obv protocollen voor specifieke patiëntgroepen; pneumonie/UWI)	Opstartfase (enkele patiënten)
Pantein Zorggroep/Maasziekenhuis	Boxmeer Algemeen ziekenhuis, met geriatrieafdeling	In Herstelkliniek nabij het ziekenhuis (plannen voor nieuwbouw)	SO regiebehandelaar, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde medebehandelaar	Opstartfase (enkele patiënten)
Evean (Recura)/ZMC	Zaandam Algemeen ziekenhuis, geen geriatrieafdeling	Op GRZ afdeling aan het ziekenhuis (Zorgboulevard)	SO regiebehandelaar Cardioloog medebehandelaar (gestart met cardiologie-patiënten)	Opstartfase (enkele patiënten)

Naast de beschrijving van de kerncomponenten van een wijkkliniek, het beoordelingskader van de zorgverzekeraars en met zorgverzekeraars afgesproken KPI's, hebben we daarom in 2023 een case vignet studie uitgevoerd, waarbij casuïstiek is opgehaald uit de verschillende proeftuinen. Deze casussen zijn vervolgens opnieuw (blind) getriageerd door de zorgprofessionals uit de proeftuinen en besproken in gezamenlijke sessies, om achterliggende beweegredenen voor de triage te bespreken.

De casuïstiek is daarna uitgelijnd op de as van tijdelijk (eerstelijns) verblijf, wijkkliniek 'light'- 'complex', ziekenhuis (zie onderstaande figuur). Op basis van deze case vignet studie hebben we de opnamecriteria voor een wijkkliniek verfijnd en een handreiking geschreven voor de triage van patiënten voor een wijkkliniek.



Door alle casuïstiek- en andere besprekingen weten we dat zorgprofessionals van (steeds meer) GRZ/ELV afdelingen, door nauwe samenwerking met het ziekenhuis, nu behandelingen en zorg bieden die voorheen alleen in het ziekenhuis werd geboden. Zij doen dit ook steeds vaker vanuit de acute fase.

Zo heeft Omring bijvoorbeeld afdelingen, in zowel Dijklanderziekenhuis als NW-ziekenhuisgroep, met ELV-HC bedden waar zij diverse verpleegtechnische handelingen bieden (zoals infuustherapie, PICC-lijnen, VAC-pompen etc.). Ook bij Recura (een GRZ-afdeling van Evean, gelokaliseerd in een Zorgboulevard aan het ziekenhuis) is het team toegerust en getraind om verpleegtechnische handelingen te bieden, en worden patiënten vaak versneld vanuit het ziekenhuis opgenomen, om z.s.m. te kunnen starten met de revalidatie. De medisch specialistische zorg wordt dan gecontinueerd onder regie van de SO, in nauwe samenwerking met de medisch specialist(en). Het gaat bijvoorbeeld om patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis wegens hartfalen, maar vroegtijdig (soms al na een dag of zelfs direct vanaf de SEH) worden overgeplaatst naar Recura om te starten met de revalidatie en aldaar verder behandeld worden met intraveneuze furosemide (inclusief lab-controles ed). Ook bij Pantein is er een al langer bestaande samenwerking tussen de SO's van de Herstelkliniek en de medisch specialisten van het ziekenhuis. En vanuit samenwerking tussen CWZ en de Herstelkliniek van ZZG-zorggroep is eerder de regionale 'SEH-keten' opgezet, met soortgelijke afspraken. Ook Getijde in Lelystad, een initiatief van Coloriet en St Jansdal ziekenhuis, is hier een goed voorbeeld van.

Er lijkt dus sprake te zijn van een vorm van substitutie van ziekenhuiszorg naar het tijdelijk verblijf. Afhankelijk van de regionale afspraken en individuele competenties van de betrokken zorgverleners gaat het (in bovenstaande figuur) om patiënten in het grijze gebied tussen tijdelijk verblijf en wijkkliniek - tot en met 'wijkkliniek-light' of zelfs 'wijkkliniek-medium' patiënten. De regio's die niet gecontracteerd zijn voor een wijkkliniek financieren deze ziekenhuis verplaatste zorg op dit moment vanuit een ELV HC of DBC GRZ (soms met aanvullende afspraken over de financiering, omdat ook de huidige, aangepaste tarieven niet toereikend zijn).

Als gevolg van deze substitutie, en omdat een aantal proeftuinen zijn gestart met 'wijkkliniekbedden' vanuit een GRZ-afdeling (of een bredere herstellkliniek/expertisecentrum tijdelijk verblijf), is er verwarring en discussie ontstaan over de patiëntenpopulatie en de rolverdeling tussen de specialist ouderengeneeskunde en internist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater in de wijkklinieken.

DATAGEDREVEN LEREN EN VERBETEREN MET GECONTRACTEERDE PROEFTUINEN EN ZORGVERZEKERAARS

In de ideale situatie krijgen alle proeftuinen de nodige tijd om zich te ontwikkelen tot - aan de regionale context aangepaste - 'volwaardige' wijkklinieken. Dat wil zeggen dat deze wijkklinieken ook de meer complexe patiënten opnemen in hun wijkkliniek en dat de zorg die geboden wordt voldoet aan alle [kerncomponenten van een wijkkliniek](#). We zouden ook graag de patiënten data van de proeftuinen willen monitoren en analyseren, om conclusies te kunnen trekken over de verschillende verschijningsvormen. Maar dit is zoals gezegd niet haalbaar in de resterende subsidieperiode.

In een poging om toch al eerste analyses te kunnen doen van de gegenereerde patientendata en van en met elkaar te leren hiervan, zijn we in juni 2024 gestart met een 'datagedreven leren & verbeteren traject' met de 5 gecontracteerde proeftuinen. Dit traject was gericht op doelgroep-monitoring, mate van toepassing van de kerncomponenten in de wijkklinieken, skillmix-bepaling en de monitoring van de met de zorgverzekeraars afgesproken KPI's. Wij hebben de zorgverzekeraars hier nauw bij betrokken; zij participeerden in de gezamenlijke sessies en namen deel aan de expertgroep.

Dit traject blijkt echter te prematuur en grotendeels niet uitvoerbaar in de resterende subsidieperiode, omdat bij 3 van de 5 proeftuinen de patiëntenstroom nog onvoldoende op gang komt, en we dus geen patiënten data/KPI's kunnen monitoren. Wij zullen in komende periode nog wel een nadere analyse doen naar de skill mix en benodigde competenties van zorgprofessionals in de wijkkliniek. Ook doen we nog een studie waarbij we beschikbare patientendata van de wijkkliniek van de Zorgcirkel/ Dijklander ziekenhuis en Cordaan/Amsterdam UMC vergelijken.

HOE NU VERDER – VOORSTEL

Zoals hierboven beschreven, is er in diverse regio's sprake van substitutie van ziekenhuiszorg naar het tijdelijk verblijf, en zien we verschillende verschijningsvormen van een wijkkliniek in de proeftuinen. Hierdoor is er verwarring en discussie ontstaan over de patiëntenpopulatie, en de rolverdeling tussen de specialist ouderengeneeskunde en internist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater in een wijkkliniek.

Tegelijkertijd zouden we graag zien dat veel meer regio's de mogelijkheid krijgen om deze integrale, acute en herstelgerichte zorg te ontwikkelen in een voor deze doelgroep passende omgeving, in een organisatievorm die passend is binnen de regionale context. Het is onnodig, niet haalbaar en niet wenselijk dat al deze regio's moeten wachten op de uitkomsten van de 5 gecontracteerde proeftuinen. Het animo voor deze ontwikkeling is immers groot, de urgentie hoog en er zullen altijd contextverschillen blijven bestaan tussen de regio's. Bovendien hebben we met het wetenschappelijk onderzoek bij de WijkKliniek in Amsterdam laten zien dat een dergelijk initiatief in belangrijke mate kan bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de acute ouderenzorg.

Om te voorkomen dat er onjuiste conclusies getrokken worden over wat een wijkkliniek wel of niet is, en ook om zoveel mogelijk regio's de mogelijkheid te bieden om snel van start te kunnen gaan met de ontwikkeling van regionale en integrale acute ouderenzorg en hierover afspraken te maken met de zorgverzekeraars, stellen we het volgende voor:

Wij willen een grens trekken tussen de (somatisch) complexere patiënten en minder complexe patiënten ('wijkkliniek-light patiënten') in een 'wijkkliniek'.

De zorg voor de wijkkliniek-light patiënten beschouwen wij als (in ontwikkeling zijnde) substitutie van ziekenhuiszorg naar het tijdelijk verblijf, zoals hierboven uiteengezet. 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.

De medische/somatisch curatieve behandeling is intensiever dan bij ELV HC/GRZ. Ook zijn er meer verpleegkundigen met een hoger deskundigheidsniveau op gebied van ziekenhuiszorg benodigd t.o.v. ELV HC/GRZ. We horen dit vanuit de bij het leernetwerk aangesloten regio's; dit zou uiteraard verder in kaart moeten en kunnen worden gebracht met informatie vanuit de proeftuinen en andere regio's die deze zorg bieden, zoals Getijde in Lelystad.

Ook voor de complexere wijkkliniek-patiënten kan een SO-kaderarts GRZ, VS/PA, of een andere eerstelijns arts met affiniteit voor de acute ouderenzorg de regiebehandelaar zijn. Maar deze zorg beschouwen we als **'outreachinge medisch specialistische zorg'**: **Voor deze complexere wijkkliniekpatiënten vinden we het noodzakelijk dat een medisch specialist met expertise op gebied van acute geriatrie problematiek, dus een internist ouderengeneeskunde/ klinisch geriater (mede- of regie)behandelaar is.** De intensiteit van deze (mede-)behandeling door de internist ouderengeneeskunde/klinische geriater hangt af van de complexiteit. Vanzelfsprekend zijn er voor deze complexere wijkkliniekgzorg ook meer verpleegkundigen met een hoger deskundigheidsniveau op gebied van ziekenhuiszorg benodigd t.o.v. ELV HC/GRZ.

Of een regio alleen minder complexe, of ook somatisch complexere patiënten gaat opnemen in een 'wijkkliniek', en waar de grens precies gelegd wordt tussen deze wijkkliniek-light en meer complexe wijkkliniekpatiënten, zal afhangen van de individuele competenties van de betrokken zorgverleners, de regionale organisatievorm van deze 'wijkkliniek' in relatie tot andere initiatieven op gebied van de acute ouderenzorg, en regionale afspraken hierover met de preferente zorgverzekeraar(s). Ook is nog ter bespreking of we 'wijkkliniek-light'-varianten nog wel 'wijkkliniek' moeten noemen, of dat we een wijkkliniek gaan afbakenen tot alleen de (somatisch) complexere patiënten. Wij bespreken dit graag met alle betrokken partijen.

Wij hopen en denken dat er door dit onderscheid ruimte geboden wordt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om op korte termijn contractafspraken te maken over passende en integrale acute ouderenzorg in de regio's, en dat we tegelijkertijd voorkómen dat de SO bij deze ontwikkeling 'als goedkoop alternatief' gezien gaat worden, ter vervanging van een internist ouderengeneeskunde/klinisch geriater.

