



WijkKliniek, met zicht op thuis.

Nieuw zorgconcept biedt ziekenhuisbehandeling én herstel in de eigen wijk voor kwetsbare ouderen in de acute fase.

In juli 2018 is in Amsterdam Zuidoost in de locatie Eben Haëzer de WijkKliniek geopend. De WijkKliniek is het resultaat van een innovatieve samenwerking tussen Cordaan, het Academisch Medisch Centrum (AMC) en Zilveren Kruis. De WijkKliniek is een nieuw zorgconcept voor ouderen die normaal gesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen. Denk aan ernstige benauwdheid, hoge koorts, onregelde diabetes. Daar waar deze ouderen in het ziekenhuis vooral behandeling krijgen voor hun medische problemen is er beperkte expertise in de stappen die nodig zijn voor een optimale terugkeer naar huis. In de WijkKliniek, een zorgafdeling, is er zowel acute medische zorg, als goede ondersteuning en begeleiding (geriatrie, revalidatie-) om zo fit mogelijk weer naar huis te kunnen. Daarbij vindt er tijdens en na de opname intensief afstemming plaats met de mantelzorgers en de eigen zorgverleners, zoals de huisarts, zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is. Dit voorkomt nieuwe acute gezondheidsproblemen, haalt de druk af van de dichtslibbende SEH's én helpt ouderen weer op de been.

Door deze unieke samenwerking tussen AMC, Cordaan en Zilveren Kruis wordt acute zorg voor ouderen, welke tot nu toe alleen in ziekenhuizen kan worden verleend, ook aangeboden in de eigen wijk. Ouderen die acuut ziek worden en medisch specialistische zorg en verpleging nodig hebben kunnen vanaf de SEH opgenomen worden in de WijkKliniek. Het bijzondere aan deze aanpak is dat tijdens de acute fase de focus niet alleen op de medisch specialistische zorg en behandeling ligt, maar juist ook op functiebehoud en herstel. Centraal staat wat voor ouderen met een acute zorgvraag belangrijk is: zicht op goed begeleid thuis hun leven weer kunnen oppakken. De verwachting is dat met deze aanpak de kans op heropname of functieverlies verkleind wordt en zo de druk op de spoedzorg vermindert.

Zorg voor ouderen vanuit de wijk opgebouwd met alle ketenpartners

De visie van de WijkKliniek is dat de (acute) zorg voor ouderen vanuit de wijk met alle ketenpartners (zoals huisartsen, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde en apotheek) moet worden opgebouwd. In de WijkKliniek brengen we deze samenwerking nog een stap verder. We maken niet alleen gebruik van de kennis en mogelijkheden van de verschillende ketenpartners, maar we hebben een nieuw zorgconcept gecreëerd waarin het beste van verschillende disciplines wordt samengebracht. In de WijkKliniek krijgen ouderen met een acute zorgvraag medisch specialistische zorg en gelijktijdig wordt er in de acute fase gewerkt aan terugkeer naar huis. Het team in de WijkKliniek is hierop ingericht. Onder auspiciën van een Klinisch Geriater (AMC) en in nauwe samenwerking met verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten en zorgmedewerkers (Cordaan), wordt hier samen met de cliënt en zijn netwerk aan gewerkt. De verblijfsduur is maximaal 14 dagen.

Over grenzen heen

Het nieuwe zorgconcept WijkKliniek brengt het beste van verschillende partners samen. Daarmee is het niet te passen in de bestaande bekostigingsstructuur. Om die reden hebben de betrokken partijen gezamenlijk gezocht naar nieuwe mogelijkheden om deze zorg te kunnen bieden en financieren. Voor de WijkKliniek is een beleidsregel innovatie bij de Nederlandse Zorgautoriteit aangevraagd. Daarmee krijgt de WijkKliniek een innovatiestatus. Het concept WijkKliniek is onderwerp van studie. Zo wordt de effectiviteit van de WijkKliniek gemeten aan de hand van patiëntrelevante uitkomsten en zorgkosten.

Vier belangrijkste redenen voor deze innovatie:

1. 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 huisarts.

2. 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 op te bouwen. De zorg onderscheidt zich hiermee van innovaties als het eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg, 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. In de WijkKliniek streven we uiteindelijk naar direct opnemen van patiënten op indicatie van de huisarts zonder tussenkomst van de SEH. Daarnaast focussen we op goede begeleiding na ontslag uit de WijkKliniek, waardoor aantal heropnames zal dalen.

4. Een extra impuls om hbo-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de acute ouderenzorg.

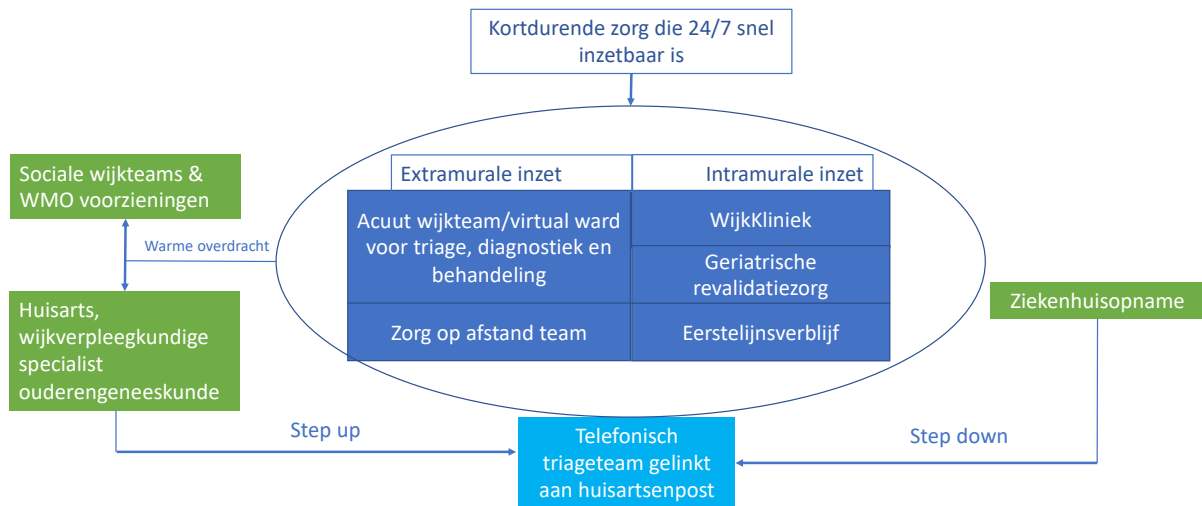
Het aantrekken van hbo-opgeleide verpleegkundigen, die op het snijvlak van het ziekenhuis en wijk willen werken, is belangrijk doel. We zien nu al dat de WijkKliniek een andere groep verpleegkundigen aantrekt dan die nu in de ouderenzorg werkzaam zijn.

Toekomstvisie op acute ouderenzorg

In de komende 10 jaar zal het aantal 80-plussers met 75% toenemen. Deze groep ouderen is vaak in de laatste jaren van het leven en wordt in die fase vaker acuut in het ziekenhuis opgenomen. Deze acute zorgvragen kunnen onderverdeeld worden in echte medische problemen, heropnames na een eerdere ziekenhuisopname, een ontregeling thuis door complexe zorgvraag of overbelasting van de mantelzorg, een palliatieve zorgbehoefte die niet onderkend is, of een combinatie van bovenstaande. Een deel van deze zorgvragen kan voorkomen worden door betere preventieve zorg (denk aan proactieve screening in de huisartsenpraktijk), een deel van deze acute zorg zou in de eerstelijns geboden moeten worden en voor een deel van de zorgvragen zullen ouderen in het ziekenhuis opgenomen blijven worden.

Wij voorzien dat in de komende 5-10 jaar substitutie gaat plaatsvinden van de ziekenhuiszorg naar de eerstelijns. De grenzen tussen medisch-specialistische zorg en generalistische zorg zullen daarbij vervagen en netwerkvorming tussen gemeente, eerstelijns en ziekenhuis is essentieel. Over 5-10 jaar is de acute zorg voor ouderen vanuit de eerstelijns opgebouwd en draagt daarmee bij aan het verminderen van acute zorgvragen die leiden tot een ziekenhuisopname. Om de acute zorg vanuit de eerstelijns te kunnen bieden is het de komende jaren nodig om capaciteit op te bouwen van artsen

en verpleegkundigen en sociale wijkteams die deze zorg kunnen bieden. Dit vraagt onder andere opleiden om deze zorg te kunnen bieden, aanpassing van de wet- en regelgeving en andere bekostiging.



Figuur 1 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)

Q&A

1 DeWijkKliniek: wat en voor wie

Wat is de wijkkliniek

Ouderen met een acute zorgvraag, bijvoorbeeld longontsteking of onregelde diabetes, komen via de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in het ziekenhuis terecht. In het ziekenhuis ligt de focus op het bieden van medisch specialistische zorg, en minder op de terugkeer naar huis. Ouderen krijgen te maken met fysieke achteruitgang en de kans op een heropname is aanwezig. Met de komst van de WijkKliniek is het mogelijk dat deze ouderen na melding op de SEH van het AMC, VuMC of OLVG worden doorverwezen naar de WijkKliniek. In de toekomst zullen ook huisartsen rechtstreeks naar de WijkKliniek verwijzen.

De ouderen die in de WijkKliniek terechtkomen krijgen medisch specialistische zorg in de acute fase en gelijktijdig wordt gewerkt aan functiebehoud en herstel met als doel zo goed begeleid mogelijk te terug te keren naar huis en het leven op te pakken.

Voor wie is de WijkKliniek bedoeld?

De patiënten die in de WijkKliniek worden opgenomen hebben veel voorkomende diagnoses, zoals decompensatie cordis, exacerbatie van COPD of een pneumonie. De juiste medische zorg kan in de WijkKliniek worden geboden. Denk bijvoorbeeld aan het starten van intraveneuze medicatie zoals diuretica bij decompensatio cordis of antibiotica bij een pneumonie en het toedienen van zuurstof bij exacerbatie van COPD. Patiënten wonen in Amsterdam Zuidoost en omstreken.

Hoeveel plekken telt de WijkKliniek?

De WijkKliniek heeft plek voor 23 patiënten.

Waar is de WijkKliniek

De WijkKliniek is ondergebracht in Eben Haëzer in Amsterdam Zuidoost, een locatie van Cordaan. Eben Haëzer is recent verbouwd tot een integraal zorgcentrum waar allerlei vormen van kortdurende zorg voor ouderen geleverd worden. Naast de WijkKliniek is er ruimte voor eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en zorg voor patiënten die langdurig beademd moeten worden. De WijkKliniek bestaat uit 23 bedden waar medisch-specialistische zorg wordt geboden. Alle patiënten hebben een eigen appartement met eigen sanitair met rooming-in mogelijkheden.

Waarom nú de WijkKliniek

Het aantal 65-plussers zal de komende jaren exponentieel stijgen: van 3 miljoen nu, naar 4,7 miljoen in 2040. Hierbij wordt de grootste groei gezien bij 80-plussers: van 0,7 miljoen naar 2 miljoen. De vraag is hoe we de (acute) zorg voor ouderen in de toekomst organiseren en hoe we de capaciteit opbouwen om deze zorg dicht bij huis te geven. Een zeer relevante vraag omdat door de vergrijzing de absolute vraag naar medisch-specialistische zorg zal toenemen, terwijl het aantal ziekenhuisbedden afneemt. Nu al is de capaciteit voor de acute zorg voor ouderen beperkt, waardoor er de afgelopen jaren verschillende noodkreten zijn geweest van SEH's die steeds vaker volstromen en een opnamestop moeten inlassen.

Praktijkvoorbeeld, zonder WijkKliniek

Mw. Pieters is 92 jaar, ze heeft cognitieve problemen en loopt slecht. Ze woont zelfstandig en het gaat allemaal maar net. Haar dochter woont een uur bij haar vandaan. Ze krijgt een longontsteking en het innemen van medicatie gaat niet goed. 's Avonds wordt mevrouw erg benauwd en haar dochter belt 112. Mw. Pieters wordt opgenomen in het ziekenhuis. Daar krijgt mw. Pieters een

delier, waardoor ze veel op bed ligt en slecht eet. Na tien dagen wordt mevrouw naar huis ontslagen. Eenmaal thuis is ze verzwakt, kan ze moeilijk lopen, voelt ze zich onzeker en is ze extreem vermoeid. Binnen twee weken wordt ze heropgenomen met een nieuwe longontsteking.

Praktijkvoorbeeld, met WijkKliniek

Mw. Pieters is 92 jaar, ze heeft cognitieve problemen en loopt slecht. Ze woont zelfstandig en het gaat allemaal maar net. Haar dochter woont een uur bij haar vandaan. Ze krijgt een longontsteking en het innemen van medicatie gaat niet goed. 's Avonds wordt mevrouw erg benauwd en haar dochter belt 112. Mw. Pieters komt op de SEH van het AMC terecht. Naast een longontsteking ziet de SEH-arts dat er sprake is van geriatrische problematiek en zij vindt dat de WijkKliniek een goede optie is voor mevrouw. Bij aankomst in de WijkKliniek komt de geriater langs en zij start direct een antibioticakuur om de longontsteking te behandelen en zet delierpreventie in. De volgende dag neemt de senior verpleegkundige een compleet geriatrisch assessment (CGA) af bij mw. Pieters in het bijzijn van haar dochter. Er wordt uitgebreid aandacht besteed aan welke voorwaarden voldaan moet worden om de longontsteking onder controle te houden. Daarnaast is er aandacht voor haar cognitieve achteruitgang en worden verschillende interventies ingezet om een delier te voorkomen. Verder wijst de verpleegkundige hen erop dat het belangrijk is, dat zodra het kan, mw. Pieters overdag zo veel mogelijk uit bed moet komen en in beweging moet blijven om meteen aan haar herstel te werken. Er wordt ook naar de thuissituatie gekeken en er wordt een plan opgesteld om de zorg voor de dochter van mw. Pieters dragelijker te maken en ook andere vormen van zorg in te schakelen na ontslag. Na een paar dagen is mw. Pieters er gelukkig weer aardig bovenop. De fysiotherapeut is vanaf dag 1 flink aan de slag gegaan om aan herstel te werken, mw. doet mee aan de groepsactiviteiten en de verpleegkundige nodigt haar steeds uit om naar de gemeenschappelijke ruimte te komen. Mw. Pieters knapt goed op en begint weer zelfverzekerder te worden. Na tien dagen kan ze op de geplande ontslagdatum naar huis. De huisarts is vanaf het begin van de opname betrokken geweest en heeft zich ook bij het MDO aangesloten, zodat ook zij goed weet wat mw. Pieters nodig heeft na ontslag. De wijkverpleegkundige heeft tijdens de opname al kennis gemaakt met mw. Pieters en na ontslag zet zij het zorgbehandelplan voort. Tevens controleert de wijkverpleegkundige thuis goed de medicatie. Ook krijgt mw. Pieters nog een aantal revalidatiebehandelingen van de fysiotherapeut thuis, zodat ze weer volledig herstelt.

Opname in de WijkKliniek

Patiënten vanaf 65 jaar en woonachtig in omgeving Amsterdam Zuid-Oost worden direct vanaf de SEH in het AMC opgenomen in de WijkKliniek. Voordat een patiënt kan worden overgedragen en opgenomen in de WijkKliniek moet er een diagnose en behandelplan zijn voor de acute medische-specialistisch zorgvraag. Dit is nodig omdat er behalve bloedafname en ECG geen aanvullende diagnostische mogelijkheden zijn in de WijkKliniek. Patiënten met veel voorkomende aandoeningen, zoals exacerbatie COPD, longontsteking, urineweginfectie, decompensatio cordis, ontregelde diabetes e.d. komen in aanmerking voor een opname in de WijkKliniek. Een opname in de WijkKliniek vanaf de SEH kan elke dag tussen 8-23 uur. De opname verloopt via de dienstdoende klinisch geriater, die tussen 8-23 beschikbaar zijn (WijkKliniek & AMC SEH) en de maximale opnameduur is 14 dagen. De werkelijke opnameduur is nu gemiddeld 7-8 dagen.

Waarom is de WijkKliniek een aanvulling op het bestaande zorgaanbod?

Door de transitie van de langdurige zorg die in 2015 is ingegaan blijven kwetsbare ouderen langer thuis wonen en huisartsen en wijkverpleegkundigen moeten de zorg zo goed mogelijk thuis organiseren. De ziekenhuiszorg is voor ouderen niet altijd toereikend. De focus ligt tijdens het verblijf in het ziekenhuis op de behandeling in de acute fase en niet op de begeleiding naar huis. Binnen de langdurige ouderenzorg bieden producten als kortdurend eerstelijns verblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) mogelijkheden voor tijdelijk verblijf ná de acute fase. Kortom, door de veranderende zorgvraag is het aanbod en de bijbehorende landelijk bepaalde financiering niet in alle gevallen passend. De WijkKliniek maakt het mogelijk dat medisch specialistische zorg

(cure) en ondersteuning en zorg gericht op functiebehoud en herstel (care) gelijktijdig in de acute fase worden geboden.

Is de zorg die geboden wordt in de WijkKliniek net zoets als GRZ of ELV?

Nee, in de WijkKliniek wordt medisch specialistische zorg in de acute fase geboden. GRZ en ELV kan geboden worden na een acute fase. GRZ en ELV vallen onder auspiciën van een Specialist Ouderengeneeskunde, Wijkkliniek patiënten vallen onder een medisch specialist uit het ziekenhuis die in de Wijkkliniek werkzaam is; de klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde.

Kunnen patiënten er ook voor kiezen om niet naar de WijkKliniek te gaan?

Als patiënten niet willen worden opgenomen in de WijkKliniek kan er worden gekeken naar een opnameplaats in een ander ziekenhuis in de regio.

Wat is het verschil tussen de WijkKliniek en een geriatrieafdeling?

Een afdeling voor klinische geriatrie bevindt zich in een ziekenhuis, de WijkKliniek in een zorgcentrum/verpleeghuis. De afdelingen zelf hebben ongeveer dezelfde faciliteiten, waarbij er op de Klinische Geriatrieafdeling meer mogelijkheden zijn voor diagnostiek en er een mogelijkheid is voor directe opname op een Intensive Care Unit. De klinisch geriater is als medisch-specialist hoofdbehandelaar op beide plekken. Op de WijkKliniek heerst een revalidatieklimaat, is de verbinding met de eerstelijns sterker en is er extra aandacht voor de overgang naar huis toe.

Waarom is de klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar?

Voor de behandeling van acuut zieke ouderen patiënten is veel kennis vereist zowel van de algemene ouderengeneeskunde als ook medisch specialistische kennis, welke de klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde beide hebben.

Wat is het verschil tussen de WijkKliniek en een transferafdeling? (Bijvoorbeeld van het VuMC)?

Patiënten worden in de WijkKliniek tijdens de acute fase opgenomen en er wordt direct gestart met de voorbereiding op het uiteindelijke ontslag het organiseren van nazorg. Op een transferafdeling zijn patiënten al behandeld voor een medische aandoening of worden opgenomen met een zorgprobleem en wordt er op deze afdeling gewacht op een vervolgplek.

2. De WijkKliniek in relatie tot ziekenhuiszorg en langdurige ouderenzorg

Waarom is het huidige zorgaanbod niet altijd toereikend voor ouderen?

Er wordt door veel ouderen en professionals een gat ervaren tussen de zorg in de eerste en tweede lijn. Door de transitie van de langdurige zorg die in 2015 is ingegaan blijven kwetsbare ouderen langer thuis wonen en huisartsen en wijkverpleegkundigen moeten de zorg zo goed mogelijk thuis organiseren. De capaciteit en financiering zijn daarvoor niet toereikend. Zo is er een tekort aan Hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen en van het personeel dat in het eerstelijnsverblijf (ELV) of op de geriatrische revalidatieafdelingen (GRZ) werkt is 2-5% Hbo-opgeleid, terwijl we door een toename van complexiteit rond de 20% Hbo-opgeleide verpleegkundigen nodig hebben. Daarnaast zijn de huidige tarieven voor ELV en GRZ zo opgebouwd dat er geen complexere zorg in de wijk geboden kan worden.

De ziekenhuiszorg is voor veel kwetsbare ouderen ook niet toereikend. Ouderen hebben baat bij een focus op het medisch-specialistische probleem én de geriatrische problemen. Dit is lang niet in alle ziekenhuizen beschikbaar. Daarnaast is de zorg naar huis niet toereikend. Er speelt vaak onzekerheid in de periode na ontslag en mensen worden overvallen door de fysieke achteruitgang. Daarbij wachten ouderen passief af tot het weer beter zal gaan voor ze weer activiteiten ondernemen. Veel ouderen komen daardoor in een vicieuze cirkel terecht waarbij zij in- en uit het ziekenhuis gaan. Dit heeft een negatieve impact op hun functioneren en daarmee op de kwaliteit van hun leven. Voor kwetsbare ouderen is dus goede en tijdige voorbereiding op ontslag naar huis essentieel en adequate nazorg nodig gericht op herstel in functioneren.

Op welke manier draagt de WijkKliniek bij aan het terugdringen van het aantal ouderen dat de SEH bezoekt?

Op dit moment worden ouderen in de WijkKliniek opgenomen nadat de diagnose gesteld is op de SEH en bepaald is dat de patiënt voldoende medisch stabiel is om buiten de infrastructuur van het ziekenhuis behandeld te worden. Dit is nodig omdat de WijkKliniek niet over dure diagnostische infrastructuur beschikt. Verwachting is dat als geriaters en huisartsen voldoende kennis en ervaring hebben opgedaan er ook meer mogelijkheden zullen zijn om patiënten direct door de huisarts te laten verwijzen naar de WijkKliniek.

Zal het aantal ziekenhuis opnames van ouderen in het AMC door de komst van WijkKliniek afnemen?

De WijkKliniek richt zich specifiek op patiënten uit de omgeving van het AMC, de verwachting is dat er minder opnames zullen zijn in het AMC voor ouderen uit Amsterdam Zuid Oost. Dit was in 2019 ook zichtbaar. Waar in 2016 nog 44% van de ouderen die de SEH bezocht werd opgenomen, heeft er een daadwerkelijke ombuiging van zorg plaatsgevonden. In 2019 werd nog 33% van de ouderen die de SEH bezoekt opgenomen in het AMC.

3. De eerste resultaten van de WijkKliniek

Hoeveel opnames zijn er tot nu toe geweest in de WijkKliniek

Er zijn sinds de opening van de WijkKliniek bijna 600 opnames geweest van oudere patiënten met een medisch-specialistische zorgvraag.

Wordt de SEH nu ook minder belast

Waar in 2016 nog 44% van de ouderen die de SEH bezocht werd opgenomen, heeft er een daadwerkelijke ombuiging van zorg plaatsgevonden. In 2019 werd nog 33% van de ouderen die de SEH bezoekt opgenomen in het AMC. Komend jaar gaan we ook werken aan het direct opnemen in de WijkKliniek, zonder tussenkomst van de SEH.

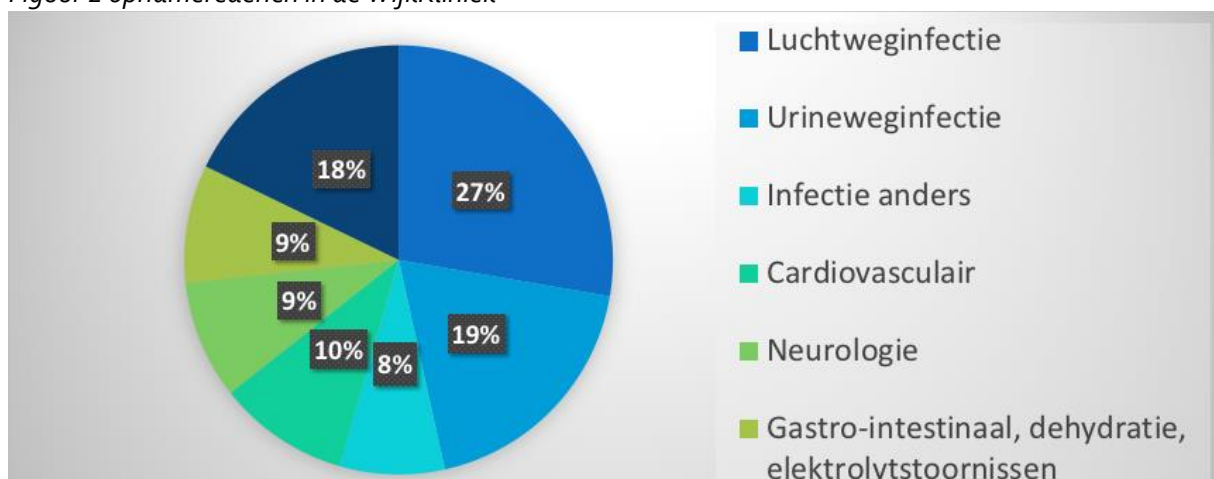
Welke patiënten komen terecht in de WijkKliniek

In tabel 1 is een overzicht te zien van de karakteristieken van de patiënten die op de WijkKliniek zijn opgenomen. In figuur 1 zijn ook de meest voorkomende opnameredenen te zien.

Tabel 1 gegevens van mensen opgenomen in de WijkKliniek. Opvallend is dat ouderen veel beperkingen hebben bij opname (ADL), veel comorbiditeit en ook vaak cognitieve problemen (MMSE)

Karakteristieken	WijkKliniek (n=212, '19)
Gemiddelde leeftijd in cohort, (SD)	~82 jaar, (8.4)
ADL (KATZ-6) bij opname, mediaan (25-75%)	3 (1-5)
Charlson Comorbidity index (SD)	2.8 (2.0)
Ziekenhuisopname < 6 maanden	61 (31%)
MMSE (Mini-Mental State Exam) (SD)	23.7 (4.7)

Figuur 2 opnameredenen in de WijkKliniek



Wat is de (warme) bedbezetting van de WijkKliniek?

Deze varieert tussen de 80-100%, afhankelijk van het moment en het aantal ontslagen dat op die dag geweest is?

Wat is de gemiddelde opnameduur?

Deze ligt nu tussen de 7 en 8 dagen. Het grootste deel van de mensen wordt daarna weer naar huis ontslagen. Er is relatief weinig inzet van ELV en GRZ bij deze groep, in totaal maakt 8% gebruik van deze vormen van vervolgzorg.

Wat is de patiënt tevredenheid?

Patiënten zijn erg tevreden over de zorg in de WijkKliniek, zij waarderen deze gemiddeld met een 8.2. Een groot deel van de patiënten had ook eerder in het ziekenhuis gelegen en zou een volgende keer graag terugkomen in de WijkKliniek, door de persoonlijke aandacht, focus op bewegen en aandacht voor de mantelzorger.

Hoeveel patiënten moesten weer terug naar het ziekenhuis

Van alle opgenomen patiënten moest 5% weer terug naar het ziekenhuis. Dit laat zien dat de WijkKliniek een veilig alternatief is voor ziekenhuiszorg, maar ook dat ongeveer 25% van de ziekenhuiszorg voor ouderen op een andere plek geboden kan worden.

4. Financiering

Op welke manier is de bekostiging van de zorg die in de WijkKliniek geboden wordt geregeld?

De zorg in de WijkKliniek wordt bekostigd uit de basisverzekering. Samen met Zilveren Kruis hebben Cordaan en AMC een innovatief zorgproduct ontwikkeld dat mag worden vergoed door zorgverzekeraars.

Wat is het tarief van de WijkKliniek dan precies?

Dit tarief wordt vergoed door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder en kan jaarlijks veranderen, het tarief ligt lager dan het standaard tarief voor ziekenhuisopname. Per juni 2019 is dit dagtarief gesteld op €450,- tot de einddatum van dit experiment op 31 december 2020.

Levert de WijkKliniek een besparing op? En zo ja welke?

De WijkKliniek levert een besparing op in de totale zorgketen rondom ouderen doordat ouderen eerder naar huis kunnen, minder snel opgenomen hoeven te worden in een Eerste Lijns Voorziening, minder thuiszorg nodig hebben en minder snel opnieuw opgenomen hoeven te worden. Momenteel wordt deze vergelijking gemaakt en naar verwachting is deze in mei 2020 klaar.

Maar is het niet zo dat je hiermee opnamecapaciteit creëert voor een groep die anders niet in het ziekenhuis was geweest? Met andere woorden: dat je hiermee de zorg juist duurder maakt?

Patiënten kunnen alleen in de WijkKliniek worden opgenomen als er een indicatie is voor ziekenhuisopname, als deze er niet is maar een patiënt heeft wel zorg nodig dan kan een opname in het ELV worden geregeld.

4. De samenwerking

Wat is er bijzonder aan de samenwerking AMC, Cordaan, Zilveren Kruis.

AMC, Cordaan en Zilveren Kruis hebben samen een nieuw zorgconcept ontwikkeld dat over de schotten van de huidige gezondheidszorg heen gaat en de behoefte van de klant centraal stelt.

Wil Cordaan of het AMC ook op andere plekken in Amsterdam een WijkKliniek beginnen?

Als het concept van de WijkKliniek aantoonbare voordelen voor alle partijen oplevert dan staan partijen open om dit initiatief ook op andere locaties uit te werken.

Heeft Zilveren Kruis als verzekeraar de ambitie om dit concept ook op andere plekken in Nederland aan te bieden?

Dit concept past binnen de visie van Zilveren Kruis dat zorg zoveel mogelijk dicht bij huis moet worden aangeboden.

5. Resultaten

Op welke manier wordt de voortgang van de WijkKliniek gemonitord en wanneer is het een succes?

Het WijkKliniek-concept wordt, onder leiding van professor Buurman, onderzocht op twee niveaus:

- 1 De effectiviteit van de WijkKliniek op patiëntrelevante uitkomsten en zorgkosten middels gecontroleerde cohortstudie. Met betrekking tot patiëntrelevante uitkomsten kijken we naar ADL functioneren, kwaliteit van leven, tevredenheid met de geleverde zorg en uitstroom naar huis. Om de kosten in kaart te brengen kijken we naast de opnameperiode ook naar het eerste half jaar na opname, waarbij we opnameduur, heropnames, verpleeghuis- GRZ en ELV-opnames, SEH, huisarts, huisartsenpostbezoeken, inzet van wijkverpleegkundige, verzorgende, huishoudelijke hulp, paramedici en mantelzorger meenemen. Om de effectiviteit van de WijkKliniek te onderzoeken worden er gegevens van zo'n 600 patiënten verzameld.
- 2 De waarde die het WijkKliniek-concept heeft voor alle stakeholders. Hierbij gaat het om het hoe, wat en waarom de zorg in de WijkKliniek toevoegde waarde heeft voor de patiëntervaringen en uitkomsten en kwaliteit van zorg. Om dit inzichtelijk te maken zullen we kwalitatief onderzoek uitvoeren voor en na de opening van de WijkKliniek bij patiënten, mantelzorgers, professionals, bestuurders en beleidsmakers. Daarnaast willen wij middels observaties vaststellen hoeveel ouderen bewegen en hoe ze gemotiveerd kunnen worden om te bewegen. Ook willen we inzichtelijk maken of de WijkKliniek een positief effect heeft op het perspectief van studenten op ouderen- en wijkzorg en inspelen op barrières en stimulerende factoren die een rol spelen bij het kiezen voor dit vakgebied.

Om de effectiviteit van de WijkKliniek gedegen te onderzoeken heeft het eerste deel van het onderzoek een langduriger karakter (24 maanden). Het onderzoek naar de waarde van de WijkKliniek is kort-cyclisch (2-3 maanden) en wordt gebruikt om het concept te kunnen bijsturen en te kunnen opschalen.

Hoe vaak gaan patiënten terug naar het AMC/VuMC en hoe gaat dit dan in zijn werk?

Patiënten worden per ambulance vervoerd naar het AMC/VuMC, dit is in ongeveer 5 % van de opnames (acuut) nodig.

Hoeveel patiënten gaan na opname in de WijkKliniek met ontslag naar huis?

Ongeveer 75-80 % gaat na de opname met ontslag naar de oorspronkelijke woonsituatie, dit is relatief een stuk hoger dan in het ELV en vergelijkbaar met ontslagpercentage naar huis na ziekenhuisopname.

Wat is de ligduur van de WijkKliniek?

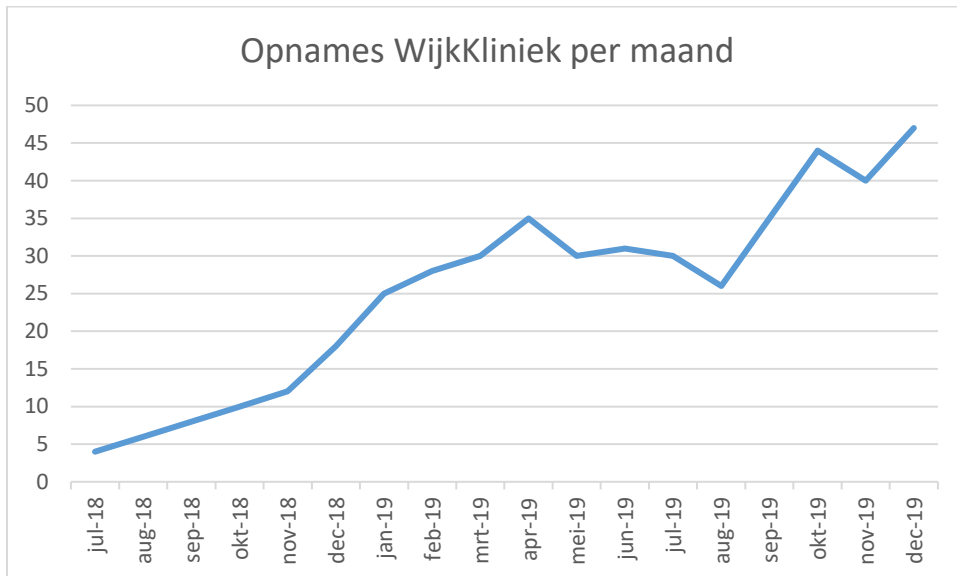
Deze bedraagt ongeveer 7 dagen met een 25-75% spreiding van 5 tot 12 dagen. Dit is vergelijkbaar met ziekenhuisopname.

Hebben jullie problemen met de doorstroming, dat er geen vrije bedden beschikbaar zijn voor nieuwe opnames?

Sinds de opening van de WijkKliniek hebben wij voldoende opnamecapaciteit gehad, doordat de ligduur relatief kort is, komen er bijna dagelijks bedden vrij voor nieuwe opnames.

Gaat dit uiteindelijk niet om een heel andere groep dan wordt opgenomen in het ziekenhuis namelijk om laag-complexe patiënten? De patiëntengroep is vergelijkbaar met de populatie die wordt opgenomen op een afdeling geriatrie, de medisch-technische behandeling die mogelijk is in de WijkKliniek is inderdaad anders dan in het ziekenhuis, sommige behandelingen kunnen niet in de

WijkKliniek worden verricht. De problematiek van patiënten is vaak wel complex en is niet alleen medisch, maar vaak ook sociaal, psychisch en functioneel. Daarom worden al deze assen, zoals zij in de geriatrie genoemd worden, in kaart gebracht door middel van het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).



Figuur 1. Aantal opnames in de WijkKliniek per maand sinds start in juli 2018