

Visie regionale ouderenkliniek

21 oktober 2025

Doel van deze notitie

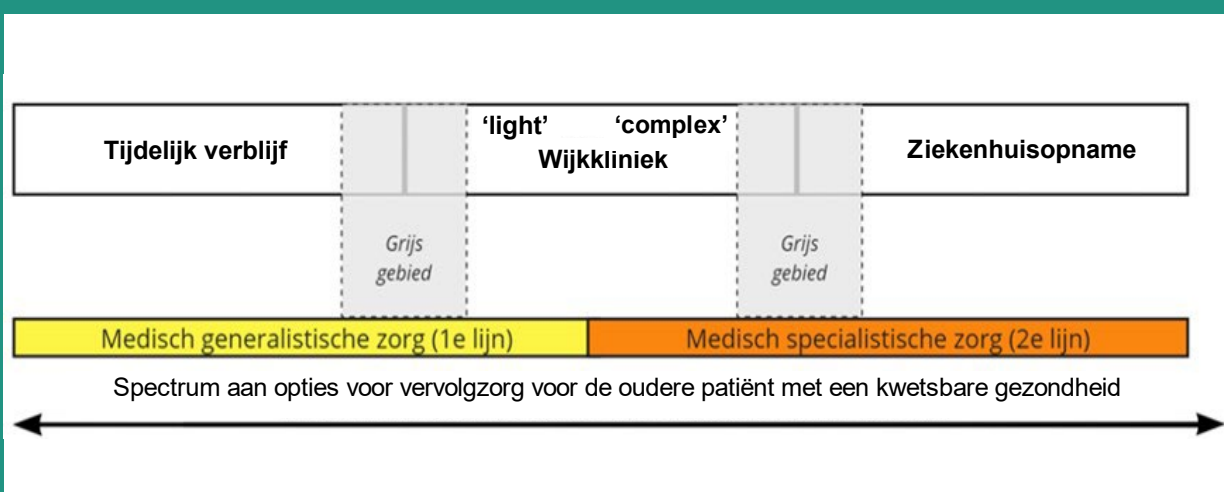
Het doel van deze notitie is het schetsen van een gezamenlijk beeld vanuit zorgverzekeraarsperspectief over de organisatievorm en positionering van de toekomstige regionale ouderenkliniek ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf. Dit doen we vanuit een korte opzet van een visie die nadere concrete uitwerking vraagt op termijn. De notitie is als volgt opgebouwd:

- Definitie van de wijkkliniek vanuit het leernetwerk en vanuit zorgverzekeraars;
- Positionering van de toekomstige regionale ouderenkliniek ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf;
- Randvoorwaarden van de regionale ouderenkliniek;
- Doorkijk naar bekostiging van de regionale ouderenkliniek vanaf 2026.

Definitie van de wijkkliniek vanuit het leernetwerk acute ouderenzorg

“Het experiment wijkkliniek is gestart om een groep patiënten met een medisch specialistische zorgvraag (combinatie van acute met geriatrie problematiek) op te nemen in een herstel- en revalidatiegerichte setting teneinde het voorkomen van ziekenhuisopname. Afgelopen jaren zijn er diverse varianten van deze wijkkliniek ontstaan die verschillend georganiseerd zijn en daardoor ook andere patiënten opnemen. Uit de diverse huidige proeftuinen en de evaluatie daarvan vormen we steeds beter een beeld van hoe een wijkkliniek eruit zou moeten zien en wat werkt.

Het leernetwerk acute ouderenzorg geeft aan dat nieuwe proeftuinen starten met ‘light patiënten’ en langzaam doorgroeien naar de complexere patiëntgroepen..”



Definitie van de regionale ouderenkliniek vanuit zorgverzekeraars

De zorg zoals in een wijkkliniek geboden wordt betreft geneeskundige behandeling in een herstelgerichte en activerende omgeving voor patiënten met zowel geriatrische- als MSZ-problematiek. Met een dergelijk concept wordt ziekenhuisopname voorkomen en gestreefd naar een zo kort mogelijk verblijf in een instelling, gericht op terugkeer naar huis. Parallel aan de ziekenhuiszorg wordt vanaf dag 1 herstel, activatie en revalidatie gestimuleerd.

De naam wijkkliniek is echter geen juiste naamgeving omdat dit impliceert dat je in iedere wijk een wijkkliniek zou willen. We gaan daarom uit van een regionale ouderenkliniek. Dit omdat we leren uit de proeftuinen dat een minimaal regionaal volume nodig is om de benodigde expertise efficiënt in te zetten en het personeel bevoegd en bekwaam te houden.

Uitgangspunten regionale ouderenkliniek

1. Kwetsbare ouderen met acute problematiek en een MSZ-vraag, die behoefte hebben aan een bij de doelgroep passende, herstelgerichte, reactiverende omgeving. We willen stimuleren dat ziekenhuiszorg voor kwetsbare patiënten die niet thuis kan, in een herstel- en revalidatiegerichte setting¹ wordt geleverd met een generalistische insteek.
2. Zorgaanbieders revalidatie en herstelzorg nemen in de toekomst complexere patiënten op waarbij ook vormen van (voormalige) ziekenhuiszorg mogelijk is. Deze beweging willen we stimuleren.
3. We streven naar een wisselwerking tussen ziekenhuis en VVT-instelling rond kennisuitwisseling en het voorkomen van onnodige opnames in het ziekenhuis.
4. We willen een prikkel hebben voor ziekenhuizen om patiënten vanuit SEH door te laten stromen naar een VVT-instelling.
5. De zorg in de regionale ouderenkliniek moet doelmatig zijn en bijdragen aan het langer thuis wonen van patiënten.

¹ Kwaliteit van leven, functioneren en een veilige terugkeer naar huis staan centraal tijdens behandeling. Er wordt tijdens de opname al snel gestart met revalidatie en bewegingsgerichte zorg. Daarbij is er aandacht voor preventie op het gebied van kwetsbaarheid, zoals vallen, delier, ondervoeding en decubitus.

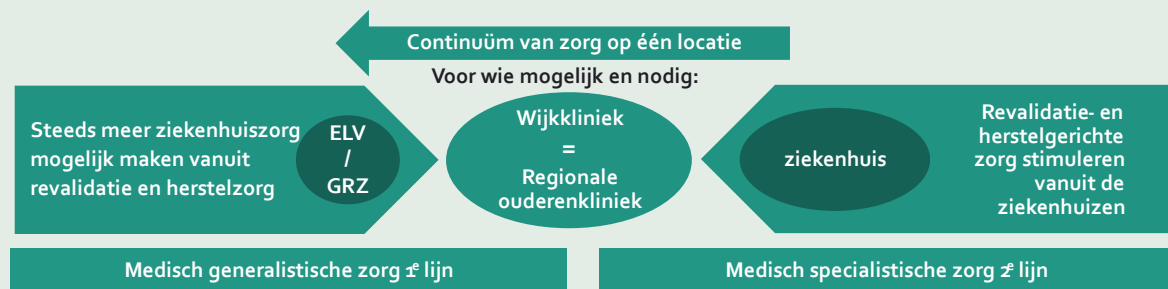
Positionering van de regionale ouderenkliniek ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf: een toekomstvisie

Het clusteren van complexe zorg voor diverse patiëntgroepen draagt bij aan doelmatige inzet van schaars personeel en het borgen van de juiste expertise. Voor de positionering van zorg, zoals geleverd wordt binnen de regionale ouderenkliniek, is het ook van belang een geclusterde positionering uit te werken.

Waar willen we in 2035 staan?

We creëren een continuüm van zorg van tijdelijk verblijf tot aan het ziekenhuis. In elke ROAZregio is in 2035 het continuüm beschikbaar. Verdeeld over de ROAZregio is op enkele ziekenhuislocaties met SEH ook een regionale ouderen en herstelkliniek.

De VVT is hier in de regio en biedt samen met het ziekenhuis zorg waar het nodig is. Er wordt continu kennis uitgewisseld en interdisciplinair geschoold. Bij steeds meer patiënten is de hulp van het ziekenhuis niet meer nodig, of alleen op afroep. Bij de meest complexe patiënten is de geriater of internist ouderengeneeskundige dagelijks betrokken als medebehandelaar.



Hoe ziet de regionale ouderenkliniek eruit?

Regionale randvoorwaarden

- Er wordt pas een regionale ouderenkliniek gestart als proactieve zorgplanning in een regio goed is ingebed, zodat er voor opname duidelijk is wat de wensen en perspectieven van de patiënt zijn.
- Er zijn regionale afspraken gemaakt gericht op samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn.
- De regionale ouderenkliniek is onderdeel van het volledige zorgaanbod in de regio gericht op kwetsbare ouderen.
- De regionale ouderenkliniek is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie in de regio.
- Er is vanuit het ziekenhuis aantoonbaar vraag naar deze vorm van zorg en binnen het adherentiegebied is nog geen regionale ouderenkliniek (zie ook 'omvang' onder *Organisatie van de regionale ouderenkliniek*).
- Er moet opnamecapaciteit zijn voor ELV en GRZ-bedden in de ANW.

Organisatie van de regionale ouderenkliniek

Aan de hand van inzichten vanuit de evaluatie stellen we de volgende kaders voor de regionale ouderenkliniek:

- Geïntegreerd zorgconcept VVT-MSZ. De regionale ouderenkliniek is onderdeel van een zorgcontinuüm van VVT tot en met ziekenhuiszorg. De zorg wordt aangeboden in een geïntegreerde afdeling waar minimaal ook ELV en/of GRZ wordt geboden.
- De afdeling is gepositioneerd in de directe nabijheid van een SEH, waarbij geen ambulancevervoer nodig is voor de verplaatsing van de patiënt. Hierdoor wordt er een soepele overgang voor de patiënt naar de locatie van de regionale ouderenkliniek gecreëerd.
- Het streven is dat huisartsen en huisartsenposten bij verwijzing naar een SEH meewegen dat een patiënt mogelijk in aanmerking komt voor de regionale ouderenkliniek en daarbij naar de juiste SEH verwijzen die gekoppeld is aan de regionale ouderenkliniek.
- Er worden alleen patiënten ingestuurd vanaf een SEH. Een regionale ouderenkliniek bevindt zich op een locatie waar een SEH is, die minimaal 14 uur per dag, 7 dagen per week open is. In de regio worden verwijzingsafspraken gemaakt zodat een patiënt, die getrieerd is als passend voor de regionale ouderenkliniek, naar die SEH wordt ingestuurd. Uitgangspunt is daarmee dat de regionale ouderenkliniek minimaal ca 60-80% patiënten van de SEH op eigen locatie helpt. Dit zodat de patiënt zo min mogelijk hoeft te verplaatsen.
- In het ziekenhuis en zo nodig op de SEH is een klinisch geriater en/of internist ouderengeneeskundige werkzaam.
- Er is in de ouderenkliniek een mogelijkheid voor complexere, hoogfrequentere en snellere diagnostiek: dagelijks lab, ECG, beeldvormend onderzoek.
- Opname moet minimaal mogelijk zijn van 07:00 – 23:00 uur, 7 dagen per week. Bij voorkeur is deze locatie ook aangewezen als de regionale locatie die op ELV in de ANW-uren opneemt.
- Er zijn regionale afspraken binnen het ROAZ met alle huisartsen en ambulancediensten uit het adherentiegebied;
- Er zijn regionale afspraken met de coördinatiefunctie(s);
- Omvang: minimale opname van 300 patiënten op jaarbasis op basis van een adherentiegebied van 300.000 inwoners. Naarmate het adherentiegebied groter is, kan meer opnamecapaciteit wenselijk zijn.
- Het is (naast gerichte triage) nodig dat regionale ouderenklinieken actief aansturen op een kortdurend intern zorgproces gericht op terugkeer naar huis. Vanaf dag 1 wordt voorgesorteerd op wat er nodig is na de opname. We verwachten o.b.v. geleerde lessen dat de zorg met MSZ-component maximaal 14 dagen duurt.
- Wanneer MSZ-zorg niet meer nodig is, maar verblijf nog noodzakelijk, wordt het vervolg van de zorg vanuit de ELV, GRZ of Wlz V&V geleverd.
- De regionale ouderenkliniek zorgt voor een efficiënte inrichting van overhead, uitwisselbaarheid personeel en een efficiënte bereikbaarheidsdienst en nachtdienst.

Personeelsbezetting

- De specialist ouderengeneeskundige is medisch eindverantwoordelijk en regiebehandelaar;
- De klinisch geriater of internist ouderengeneeskundige is medebehandelaar². Afhankelijk van de patiënt wordt door de SO in meer of mindere mate de KG of IOG betrokken, eventueel met ruggenspraak van andere medisch specialist op indicatie.
- De betrokkenheid van de medebehandelaar vindt in ieder geval plaats door fysiek beoordelen van de patiënt, betrokkenheid van de KG/ IOG of ander passend specialisme bij het MDO en overleg/ consultatie bij ontslag van de regionale ouderenkliniek. Daarnaast is er dagelijks de mogelijkheid voor overleg en kan de specialist fysiek aanwezig zijn op de afdeling.
- 24/7 verpleegkundig personeel van minimaal niveau 4 is aanwezig voor de medisch complexe zorg van de doelgroep;
- Het zorgpersoneel is getraind op o.a. klinisch redeneren, monitoring van vitale functies en technische vaardigheden gericht zoals intraveneuze toediening, om de zorg in een regionale ouderenkliniek te kunnen bieden
- Het team (SO en verplegend personeel) is bevoegd en bekwaam voor uitvoering en interpretatie van de basisdiagnostiek zoals hierboven beschreven (ECG, lab en urine, röntgen/ POCUS);
- Fysiotherapeuten en ergotherapeuten worden gezien als noodzakelijke vaste teamleden, andere paramedici zoals logopedisten en diëtisten, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werker en psychologen zouden op consultbasis het team kunnen versterken.

Doelgroep van de wijkkliniek

- Er is sprake van een kwetsbare, oudere patiënt die een acute medische aandoening heeft;
- Er vindt triage plaats op de SEH, waarbij de beoordeling is dat de patiënt hemodynamisch stabiel is;
- De patiënten hebben een medisch specialistische zorgvraag (combinatie van acute met geriatrische problematiek) die opgenomen kunnen worden in een herstel- en revalidatiegerichte setting teneinde het voorkomen van ziekenhuisopname;
- De patiënt heeft 24/7 monitoring nodig;
- De patiënt is gebaat bij een prikkelarme omgeving;
- De diagnostiek is afgerond wat betreft de acute diagnoses;
- Er is een duidelijk behandelplan;
- Indien uit de medische beoordeling of overdracht huisarts blijkt dat een patiënt zich in de palliatief terminale fase bevindt is opname op de wijkkliniek niet van toepassing;
- De inschatting is dat patiënten die maximaal 14 dagen medisch-specialistische zorg nodig hebben kunnen worden opgenomen op de regionale ouderenkliniek;
- Patiënten kunnen na korte opname op de wijkkliniek weer naar huis. Hier wordt in de regionale ouderenkliniek proactief op aangestuurd;
- Patiënten die na opname in de regionale ouderenkliniek zorg vanuit de Wlz nodig hebben (nieuw of bestaande Wlz-cliënt) kunnen opgenomen worden op de regionale ouderenkliniek.

² 31 maart 2025.Recente ontwikkelingen leernetwerk acute ouderenzorg - proeftuinen wijkkliniek

Ontwikkeling van de regionale ouderenkliniek

Binnen reguliere ELV en GRZ zien we steeds meer mogelijkheden om complexere zorg te bieden aan patiënten. Deze zorg verschuift van het ziekenhuis naar de ELV en GRZ. Om deze ontwikkeling verder te stimuleren start er op termijn een experiment modulaire bekostiging. Deze bekostiging moet de doorstroom in de keten en passende zorginzet verder stimuleren.

Vervolg huidige proeftuinen en verdere opschaling

- Met de huidige proeftuinen wordt door de preferente zorgverzekeraar besproken op welke wijze zij nu al voldoen. Als zij niet voldoen, wordt het concept aangepast of wordt de doelgroep beperkt tot patiënten die vanuit tijdelijk verblijf/revalidatie kunnen worden geholpen. In het laatste geval vindt bekostiging plaats via ELV en GRZ en wordt via die weg ziekenhuis-verplaatste zorg gestimuleerd.
- Daar waar randvoorwaarden regionaal goed zijn ingevuld is er de mogelijkheid nieuwe proeftuinen te starten vanaf 2026, passend bij de nieuwe kaders. De preferente zorgverzekeraar meldt dit volgens de bestaande werkwijze bij de ZN werkgroep.
- Zorgverzekeraars beogen in deze fase op 10 plekken het continuüm VVT tot en met MSZ voor ouderen in te richten.
- De 10 proeftuinen zitten verspreid over het land.
- 1 of 2 verzekeraars voeren de oriënterende gesprekken met een potentiële regionale ouderenkliniek.
- Er wordt gefaseerd opgeschaald: uiterlijk 1 mei 2026 wordt opnieuw geëvalueerd wat de resultaten van de wijkkliniekgzorg zijn conform de KPI's van het leernetwerk en of verdere opschaling passend is. Hierbij vindt ook een data-analyse plaats op basis van de declaratiedata van zorgverzekeraars.