

SURVEY TWEEDELIJNSZORGCENTRUM

**Onderzoek naar de stand van zaken in de ontwikkeling van tweedelijnszorgcentra
in Nederland.**

Eindrapport

COMPLIANCE CONSULT, 25 MAART 2005

Annemieke van Ede

Hans Paquay

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en vraagstelling van het onderzoek	3
1.2	Onderzoeksmethodiek	3
1.3	Leeswijzer	4
2	Verkenning van het concept tweedelijns Zorgcentrum	5
2.1	Korte omschrijving van het concept	5
2.2	Ontwikkelingen in de V&V-sector	6
3	Verschillende uitwerkingen van het concept "Tweedelijnszorgcentrum"	7
3.1	Inleiding	7
3.2	Cluster 1, zoveel mogelijk extramuraliseren en deconcentreren van intramurale capaciteit naar de lokale zorginfrastructuur en een 'bovenlokale'/regionale functie voor bijzondere doelgroepen	8
3.3	Cluster 2, handhaving van de verpleeghuiscapaciteit met toevoeging van bovenregionale functies voor bijzondere doelgroepen	12
3.4	Cluster 3, het expertisecentrum als ondersteuningsorganisatie voor de geïntegreerde zorgverlening in het verzorgingsgebied van de instelling	17
3.5	Cluster 4, expertisecentrum in of in de nabijheid van het ziekenhuis (met zorg- en verblijfsfuncties)	22
4	Conclusies en aanbevelingen	27
4.1	Nawoord	30

1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING EN VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Sinds enige tijd richt het innovatieteam van Arcares zich op het thema "Tweedelijns Zorgcentrum" (verder aangeduid als TZc). Het TZc wordt gezien als een stedelijk of regionaal centrum dat opvang biedt aan doelgroepen die een zodanig intensieve en/of complexe zorgvraag hebben, dat zij niet langer meer adequaat in de thuissituatie of in aangepaste woonzorgvoorzieningen opgevangen kunnen worden. Het TZc kent drie hoofdfuncties; langdurend verblijf, kortdurend verblijf en expertisecentrum.

Het concept TZc is enkele jaren geleden door het kenniscentrum Wonen en zorg van Arcares geïntroduceerd, om aan te geven dat door organisatie van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg in de directe omgeving van de cliënt (het 'wijkgericht' werken) de positie en taakstelling van het verpleeghuis verandert. Een aantal, dat aan de slag zijn gegaan met wijkgericht werken, kwamen tot dezelfde bevindingen. Er is toen een werkgroep TZc opgericht, die als 'denktank' heeft gefunctioneerd voor verdere uitwerking van dit concept.

De ontwikkelingen in de V&V-sector gaan snel. Op tal van plaatsen vinden initiatieven plaats, die een reorganisatie van het zorgaanbod beogen. Op het vlak van beoogde doelstellingen en uitgangspunten is er veel overeenstemming, in de uitwerking in termen van doelgroepen, functies, organisatievormen, werkwijzen en gebouwconcepten is de verscheidenheid echter groot. Het aantal initiatieven waarin de benaming TZc centraal staat is echter beperkt. In zoverre dat wel het geval is, sluiten deze initiatieven niet altijd aan bij de doelstellingen en functies van het TZc, zoals dat door Arcares is omschreven. Tegelijkertijd vinden er tal van initiatieven en projecten plaats, die elementen van het TZc in zich dragen, maar niet onder die naam te boek staan. Op grond daarvan heeft het Innovatieteam besloten een Survey (quickscan) te laten uitvoeren naar de stand van zaken in de ontwikkeling van het TZc of wat daar overeenkomsten mee heeft in Nederland. In deze rapportage treft u onze bevindingen aan.

1.2 ONDERZOEKSMETHODIEK

Vanwege het grote aantal V&V-instellingen en de enorme verscheidenheid aan initiatieven en projecten hebben wij gekozen voor een gerichte selectie van instellingen c.q. initiatieven. Wij hebben eerst een globale screening uitgevoerd op basis van internetonderzoek aan de hand van een aantal zoektermen. Dit leverde slechts een beperkt aantal signaleringen op. Begrippen als Tweedelijnszorgcentrum, expertise- of kenniscentrum worden weinig gebruikt op de publieke websites van de instellingen of binnen documenten, die op de website zijn geplaatst.

Omdat het concept TZc een reorganisatie c.q. herinrichting van de zorgketen van thuiszorg tot verpleeghuis en ziekenhuis impliceert hebben wij ons in eerste instantie gericht op V&V-organisaties, waarin zowel de verzorgings- als de verpleeghuisfunctie is samengebracht. Vervolgens hebben we een verdere selectie gemaakt naar zorggroepen, waarin tevens de thuiszorg- en/of ziekenhuisfunctie aanwezig is. De instellingen zijn aan de hand van hun website en jaarverslag gescreend op visies en/of initiatieven die een herinrichting van de zorgketen en/of ontwikkeling van nieuwe functies beschrijven. Uit deze groep hebben wij weer een selectie gemaakt van instellingen, die concrete initiatieven op dat vlak aan het ontwikkelen zijn. Bijvoorbeeld ontwikkeling van een kennis- of expertisecentrum, geriatisch observatie- en adviescentrum (GOAC), ontwikkeling van gestructureerde, doelgroepspecifieke zorgprogramma's

voor reactiverings- en revalidatiepatiënten, samenwerking met observatie en screeningscentrum van het ziekenhuis of samenwerking met een revalidatiecentrum.

1.3 LEESWIJZER

Om te voorkomen dat de Survey een willekeurige opsomming en beschrijving van initiatieven wordt, hebben wij, na screenen van een groot aantal initiatieven, een ordening aangebracht in de vorm van clusters van soortgelijke initiatieven c.q. ontwikkelingsscenario's.

De door ons getraceerde initiatieven/projecten zijn in hun omschrijving, begripshantering en uitwerking enorm divers. In de samenhang met het totale veranderingsproces van de betrokken instelling krijgen deze initiatieven echter een betekenis. Ze dragen bij c.q. maken onderdeel uit van een zich langzaam vormend nieuwe zorgaanbodstructuur in het verzorgingsgebied van de betreffende organisatie. Er wordt inhoud gegeven aan de term "Tweedelijnszorgcentrum" op de volgende vier wijzen.

1. *Zoveel mogelijk extramuraliseren en deconcentreren van intramurale capaciteit naar de lokale zorginfrastructuur en een 'bovenlokale'/regionale functie voor bijzondere doelgroepen*
2. *Handhaving van de verpleeghuiscapaciteit met toevoeging van bovenregionale functies voor bijzondere doelgroepen.*
3. *Het Expertisecentrum als ondersteuningsorganisatie voor de geïntegreerde zorgverlening in het verzorgingsgebied van de instelling (zonder verblijfsfuncties).*
4. *Het Expertisecentrum in of in de nabijheid van het ziekenhuis (met zorg- en verblijfsfuncties)'.*

In hoofdstuk 3 zullen we deze vier verschillende invullingen nader bespreken.

Voor elk van deze groepen hebben we meerdere organisaties nader uitgewerkt en initiatieven op hoofdlijnen beschreven, zodat een duidelijk beeld ontstaat over het achterliggende ontwikkelingsscenario en de plaats en uitwerking van de verschillende subfuncties van het TZC binnen de beoogde nieuwe zorginfrastructuur.

2 VERKENNING VAN HET CONCEPT TWEEDELIJS ZORGCENTRUM

2.1 KORTE OMSCHRIJVING VAN HET CONCEPT

Als gevolg van de ontwikkeling van nieuwe combinaties van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg in of zo dicht mogelijk bij de thuissituatie of binnen het sociaalnetwerk van de cliënt, kunnen ouderen en andere zorgafhankelijke doelgroepen veel langer 'in de eerste lijn' blijven. Er zijn echter meer specifieke functies, die niet op wijkniveau te organiseren zijn omdat daarvoor het aantal cliënten te gering is of specifieke deskundigheid en/of voorzieningen nodig zijn. Als aanvulling en ter ondersteuning van de 'eerste lijn' is het Tweedelijnszorgcentrum bedacht. Het kenniscentrum Wonen en zorg heeft deze gedachten breed wereldkundig gemaakt door diverse publicaties daarover op haar website te publiceren. Als mogelijke functies van het Tweedelijnszorgcentrum worden onderscheiden:

- a. Expertisecentrum
- b. Kort verblijf (verpleeghotel)
- c. (Beperkte) residentiële functie

Ad a. Expertisecentrum

Het expertisecentrum bestaat uit (ambulant werkende) gespecialiseerde hulpverleners, die een ondersteunende en adviserende functie vervullen voor de eerste lijn en voor de andere functies van het Tweedelijnszorgcentrum. Deelfuncties, zoals observatie en diagnostiek, behandeling, informatie en advies, deskundigheidsbevordering en ontmoeten worden ertoe gerekend.¹

Ad b. Kort verblijf

Bieden van kortdurende verblijfsfuncties in een hotelachtige omgeving; bedoeld voor cliëntengroepen met een tijdelijke zorg- en/of behandelbehoefte. Gedacht wordt aan reactivering/-revalidatie, intensieve verzorging en verpleging na een ziekenhuisbehandeling (ook wel post-klinisch, respijtzorg of herstellzorg genoemd) of tijdelijke opvang.

Ad c Beperkte residentiële functie

Bedoeld voor doelgroep, waarvan de begeleiding, verzorging, verpleging en/of behandeling zodanig gespecialiseerde kennis vereist en/of een aangepaste verblijfssituatie vereist, dat dit niet langer meer 'op wijkniveau' geboden kan worden.

Een duidelijk organisatie- of gebouwconcept ligt aan het begrip Tweedelijnszorgcentrum niet ten grondslag. Geconstateerd wordt dat het geheel of de drie functies afzonderlijk verschillende organisatorische gedaanten kan aannemen. Bijvoorbeeld het expertisecentrum kan de vorm krijgen van een polikliniek, maar een min of meer virtueel centrum van experts die vanuit verschillende locaties opereren, is ook denkbaar. Mogelijk kunnen er binnen stedelijke gebieden meerder expertisecentra ontstaan, die zich richten op bepaalde doelgroepen c.q. specialisaties.

Hoewel in de afgelopen twee jaren pogingen zijn gedaan om het concept nadere invulling te geven door verheldering te brengen in de doelgroepen, het functieaanbod en de omvang van het verzorgingsgebied (aantal cliënten per TZc), blijkt in de praktijk dat de vormgeving van functies vaak sterk door lokale omstandigheden worden bepaald. In het rapport van het RIGO worden de volgende omstandigheden genoemd:

- demografische ontwikkelingen;

¹ RIGO, 2003, blz. 1-2

- ontwikkelingen in de eerste lijn;
- mogelijkheden van bestaand gebouw;
- concurrentie of samenwerking in de regio;
- stad of platteland².

Het ligt buiten het kader van dit onderzoek om over deze invloedsfactoren nadere uitspraken te doen. Duidelijk is wel dat het gevonden materiaal voldoende input biedt voor een nadere beschouwing op deze invloedsfactoren.

2.2 ONTWIKKELINGEN IN DE V&V-SECTOR

Als gevolg van een verandering in de opvattingen over de doelstellingen en inrichting van de ouderenzorg en daaruit voortkomend gewijzigd overheidsbeleid is de sector V&V afgelopen vijftien jaar enorm in beweging gekomen. De wijzigingen zijn globaal in een drietal ontwikkelingen te duiden:

1. Schaalvergroting. Vooral in de afgelopen jaren is een sterke toename waar te nemen in het samengaan van zorginstellingen. Zowel binnen de eigen sector ('horizontale fusie') als tussen sectoren ('verticale fusie'). Belangrijkste motieven zijn veelal het verbeteren van de efficiency en doelmatigheid van de bedrijfsvoering, verbreding van het productenaanbod en vergroting van het marktaandeel.
2. Regionalisatie en ketenzorg. Een reden voor samengaan kan ook zijn dat de verschillende aanbieders binnen een regio een verbetering van de onderlinge afstemming en samenwerking voorstaan door het inrichten van een zorgketen. Het ziekenhuis is vaak het begin of einde van de zorgketen, waardoor de samenwerking zich richt op zoveel mogelijk instellingen binnen het verzorgingsgebied van het ziekenhuis (regionalisatie).
3. Gebiedsgerichte aanpak. In andere regio's is de overtuiging gegroeid dat gestreefd moet worden naar een geïntegreerd en gedifferentieerd aanbod van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg zodicht mogelijk bij de thuissituatie van de cliënt. Om dat te kunnen bewerkstelligen is samenwerking van aanbieders op deze deelterreinen van belang en samengaan van de verschillende aanbieders binnen de zorgsector vaak een eerste vereiste (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg).

De modernisering van de AWBZ, die onder andere een functiegerichte indicering en financiering tot stand heeft gebracht, heeft bovenstaande ontwikkelingen gefaciliteerd c.q. gestimuleerd. De grote verscheidenheid in lokale verhoudingen en uitgangssituaties, overwegingen en gekozen ontwikkelingsrichtingen hebben ertoe geleid dat er in Nederland een grote diversiteit bestaat in de wijze waarop lokaal en regionaal gewerkt wordt aan zorgvernieuwing. Concepten als 'expertisecentrum' of Tweedelijnszorgcentrum zijn daarbij meer een inspiratiebron dan een 'blauwdruk' voor de wijze waarop de herinrichting van de zorg in de betreffende regio gestalte krijgt.

² RIGO, 2003 blz. 7-8

3 VERSCHILLENDE UITWERKINGEN VAN HET CONCEPT "TWEEDELIJNSZORGCENTRUM"

3.1 INLEIDING

Het concept TZc is verbonden met een ontwikkelingsproces binnen de V&V-sector, waarbij gestreefd wordt naar het bieden van een cliëntgericht aanbod op het gebied van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg, zodat hij/zij zo lang mogelijk in de eigen thuissituatie kan blijven of gebruik kan maken van een aangepaste woonvoorziening zo dicht mogelijk bij de eigen oorspronkelijke thuissituatie. Dit heeft onder andere als consequentie dat ook intensievere en complexere zorg 'in de wijk' geleverd moet worden. Om deze 'zwaardere' zorg te kunnen bieden dient de eerstelijnszorgorganisatie gebruik te kunnen maken van de expertise en behandelafaciliteiten van een multidisciplinair team ('expertisefunctie'). Daarnaast dient te worden voorzien in een adequate opvangvoorziening voor cliëntengroepen, die niet langer meer in de eigen leefomgeving opgevangen kunnen worden ('vervolgvoorziening'). Dit zijn de twee belangrijkste functies van het Tweedelijnszorgcentrum. De eerste- en tweedelijnszorgorganisatie zijn zogezegd communicerende vaten. Hoe groter het 'opvangniveau' - op het gebied van de langdurende zorg (care) - van de eerste lijn is, des te minder het TZc een aanvullende/opvangfunctie heeft voor de care. Het bieden van gespecialiseerde begeleiding en behandeling door een multidisciplinair team blijft een hoofdtaak van het TZc.

Het concept veronderstelt dat er een verschuiving zal plaatsvinden van een groot deel van de huidige populatie van het verpleeghuis (de chronische zorg) naar de eerstelijnsvoorziening in de wijk. Toch blijkt dat veel instellingen niet direct tot overheveling (en daarmee afbouw van intramurale verpleeghuisplaatsen) van capaciteit naar 'de wijk' besluiten, maar zich desondanks toeleggen op de ontwikkeling van een 'tweedelijnszorgcentrum' of 'tweedelijnszorgorganisatie' ter ondersteuning van het zorgaanbod in de wijk of in het dorp. Dat vindt bijvoorbeeld plaats in de vorm van een kennis- of expertisecentrum, speciale afdelingen voor reactivering/revalidatie, voorziening voor tijdelijke opvang, voorziening voor observatie en diagnostiek en dergelijke. Het ziet er naar uit dat er verschillende ontwikkelingsscenario's in de V&V-sector plaatsvinden, die op dezelfde visie en uitgangspunten zijn gestoeld, maar in de uitwerking (organisatorisch en ruimtelijk) anders vormgegeven worden.

We hebben in ons onderzoek een groot aantal V&V-instellingen bekeken en bevroegd op initiatieven en projecten, die betrekking hebben op 'tweedelijnsvoorzieningen'. Daarin hebben wij een grote verscheidenheid aangetroffen. Omdat deze 'tweedelijnsvoorzieningen' onderdeel uitmaken van een bestaande (of gewenste) zorginfrastructuur, hebben wij de initiatieven bekeken in de context van deze gewenste zorginfrastructuur.

De verschillende uitwerkingen van het concept TZc, zoals wij die in het onderzoek zijn tegengekomen, houden verband met de verschillende ontwikkelingsscenario's die door de organisaties worden nagestreefd. Op grond van een aantal gemeenschappelijke kenmerken hebben we de gevonden initiatieven in een viertal clusters ingedeeld. Per cluster beschrijven we de overeenkomende kenmerken en illustreren we dat aan de hand van een aantal beschrijvingen. Zover mogelijk geven we in de vorm van vereenvoudigde modellen de beoogde zorginfrastructuur weer.

3.2 CLUSTER 1, ZOVEEL MOGELIJK EXTRAMURALISEREN EN DECONCENTREREN VAN INTRAMURALE CAPACITEIT NAAR DE LOKALE ZORGINFRASTRUCTUUR EN EEN 'BOVENLOKALE/REGIONALE FUNCTIE VOOR BIJZONDERE DOELGROEPEN

In dit cluster hebben wij initiatieven van zorginstellingen samengebracht, die een geïntegreerd aanbod van wonen, zorg en dienstverlening op wijk- of dorpsniveau nastreven. Daartoe wordt op dat lokale niveau een gedifferentieerd voorzieningenstelsel opgebouwd, bestaande uit zorg-in-de-thuissituatie, geclusterde zelfstandige ouderenwoningen, kleinschalige beschermde woonvormen voor cliëntengroepen met intensieve zorg en begeleiding (veelal psychogeriatric) en opzetten van multifunctionele wijkcentra. Het aanbod wordt ontwikkeld in nauwe samenwerking met lokale partijen, zoals woningcorporatie, thuiszorg en welzijnsinstellingen.

Vanwege het beperkte aantal cliënten en ontbreken van de specialistische kennis en kunde kan niet voor alle doelgroepen op wijk- of dorpsniveau een adequaat aanbod en/of verblijfssituatie worden geboden. Daarnaast is er onvoldoende schaalgrootte om de multidisciplinaire begeleiding en behandeling (medische en paramedische functies) op wijk- of dorpsniveau aan te bieden. Daarvoor is een 'bovenwijkse' of regionale voorziening nodig, die in de zorgstructuur de functie heeft van zowel een vervolgvoorziening (voor de zwaardere zorg) als specialistisch centrum.

Belangrijkste kenmerken van dit cluster zijn:

- zo groot mogelijk zorgaanbod op wijk- of dorpsniveau door:
 - verruiming van het aanbod in de thuissituatie;
 - extramuralisering van verzorgingshuiszorg in wooncomplexen voor ouderen;
 - deconcentratie van verpleeghuiszorg in de vorm van kleinschalig (beschermd) wonen (groepswoningen);
- functies, waarvoor lokaal onvoldoende schaalgrootte of deskundigheid te organiseren is, worden bovenwijk of regionaal georganiseerd;
- verpleeghuiscapaciteit wordt zoveel mogelijk gedeconcentreerd; alleen voor bijzondere doelgroepen blijft bovenwijk of regionaal een 'verpleeghuisvoorziening' bestaan. Afhankelijk van de wijze waarop kleinschalig wonen wordt gefinancierd, betekent dit een aanzienlijke reductie c.q. omzetting van de bestaande verpleeghuiscapaciteit;
- onderscheidend kenmerk in deze groep is dat nadrukkelijk gestreefd wordt naar zoveel mogelijk extramuralisering en deconcentratie van verzorgings- en verpleeghuiscapaciteit. Het zijn de situationele omstandigheden, die bepalen in welke mate dat op dit moment gerealiseerd is.

Voorbeelden daarvan zijn;

- Zorggroep Palet, Leeuwarden
- Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden en Noord-Friesland
- SVRZ, Walcheren
- De Zorgring, Zoetermeer

Op de eerste twee zorginstellingen gaan we nader in.

Zorggroep Palet

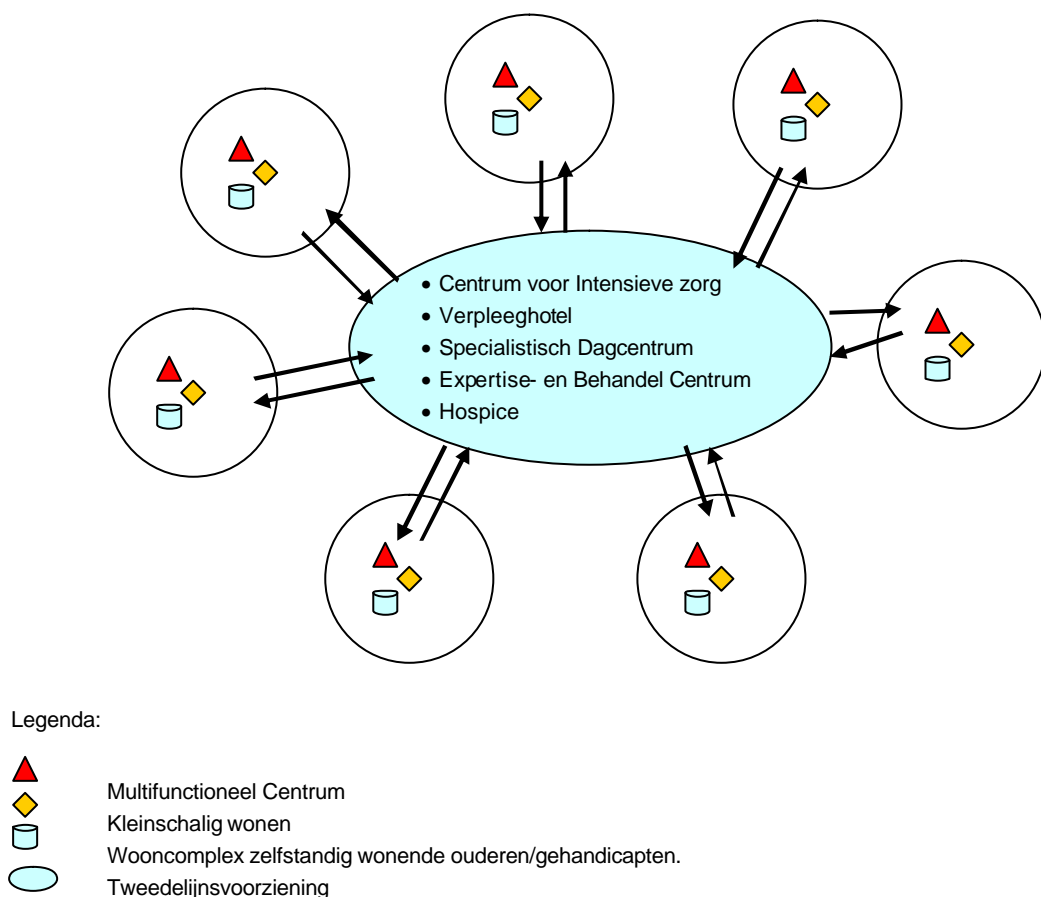
Palet verspreidt een groot deel van haar verpleeghuiscapaciteit over de verschillende verzorgingshuislocaties c.q. woonwijken binnen haar verzorgingsgebied, zodat op wijkniveau geïntegreerde zorg geleverd kan worden. Het verpleeghuis zal daartoe te zijner tijd worden afgebouwd en opgeheven. Voor de doelgroepen, die op wijkniveau niet adequaat opgevangen kunnen worden, wordt voorzien in een tweedelijnszorgorganisatie.

Deze tweedelijnszorgorganisatie bestaat uit de volgende deelfuncties.

- centrum voor intensieve zorg (CIZ);
- verpleeghotel;
- specialistisch dagcentrum;
- expertise- en behandelcentrum;
- hospice.

Voor een nadere uitwerking van deze deelfuncties, zie de projectbeschrijving van Palet in de bijlage.

De beoogde zorginfrastructuur van Palet kan als volgt in beeld worden gebracht.³



³ Net als voor alle volgende afbeeldingen geldt, dat deze afbeelding een vereenvoudigde weergave is van de feitelijke functionele relaties, die er tussen de verschillende onderdelen bestaan.

Er zijn drie functionele relaties.

1. De "tweedelijnszorgorganisatie" is een vervolgvoorziening voor de wijkzorgorganisatie c.q. wijkzorgcentra. Dat geldt zowel voor de deelfunctie 'langdurend verblijf en dagbehandeling, als voor de hospice.
2. De "tweedelijnszorgorganisatie" - onderdeel expertise- en behandelcentrum – biedt op verzoek/indicatie multidisciplinaire begeleiding en behandeling aan cliënten die nog in de wijk verblijven.
3. Ten slotte vormt de "tweedelijnszorgorganisatie" het scharnierpunt tussen de 'cure' en de 'care'. Een deel van de uitbehandelde ziekenhuispatiënten wordt opgevangen of krijgt poliklinische reactivering en revalidatie binnen de "tweedelijnszorgorganisatie" (deel verpleeghotel en specialistisch dagbehandelingscentrum) om vervolgens door te stromen naar een passende verblijfssituatie (thuis of in aangepaste woonvoorzieningen).

Interessant is dat binnen Palet de verschillende regionale functies niet vanzelfsprekend gebundeld zijn in één organisatorische eenheid en gebouw, zoals het concept 'Tweedelijnszorgcentrum' al snel als associatie oproept. Palet staat een gedifferentieerde organisatorische en bouwkundige clustering voor. Zo is de hospice een zelfstandig gevestigde voorziening. Voor de overige functies wordt gedacht aan onderscheid tussen 'tweedelijnszorgorganisatie somatiek' en een 'tweedelijnszorgorganisatie psychogeriatric'. Beiden zijn een bundeling van tweedelijnsfuncties. In het cluster 'somatiek' wordt het verpleeghotel, specialistisch dagcentrum somatiek en expertise- en behandelcentrum somatiek ondergebracht. In het cluster psychogeriatric de deelfuncties centrum voor intensieve zorg, specialistisch dagcentrum psychogeriatric en expertise- en behandelcentrum psychogeriatric. Het EBC en specialistisch dagcentrum blijven daarbij organisatorische eenheden.

Zorggroep Noorderbreedte

Zorggroep Noorderbreedte is een gefuseerde instelling voor ziekenhuiszorg en (intramurale) verzorging en verpleging. De zorggroep biedt haar zorgpakket aan vanuit (oorspronkelijk) drie ziekenhuislocaties, vier verpleeghuislocaties en zeven verzorgingshuislocaties. De meeste locaties bieden op dit moment al een gedifferentieerd aanbod van verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling als gevolg van extramuralisering en deconcentratie. Ook wordt in nabij gelegen wooncomplexen (thuiszorgvervangende) extramurale verzorging en verpleging geleverd.

De Zorggroep is voornemens het aanbod ingrijpend te herstructureren met het doel in de wijken en dorpen een geïntegreerd aanbod van wonen, welzijn, services en zorg te kunnen bieden bij voorkeur in de eigen thuissituatie van de cliënten of - als dat niet meer mogelijk is - in aangepaste woonvoorzieningen. In aansluiting daarop zullen drie van vier verpleeghuislocaties worden getransformeerd naar regionale expertisecentra. Om deze nieuwe aanbodstructuur te kunnen realiseren worden de volgende maatregelen genomen.

Op wijk- of dorpsniveau

- opzetten van multifunctionele centra met een breed aanbod van haal- en brengdiensten op het terrein van dienstverlening (services), welzijn en zorg; in combinatie met eerstelijnsvoorzieningen, zoals huisarts, thuiszorg, paramedische zorg en dergelijke;
- ontmoeting en dagbestedingsaanbod.

In de nabijheid of als onderdeel van het complex zal worden voorzien in een wooncomplex voor zelfstandig wonende ouderen en - eventueel - gehandicapten, alsmede een kleinschalige woonvoorziening voor ouderen met intensieve psychogeriatrische en/of somatische zorg.

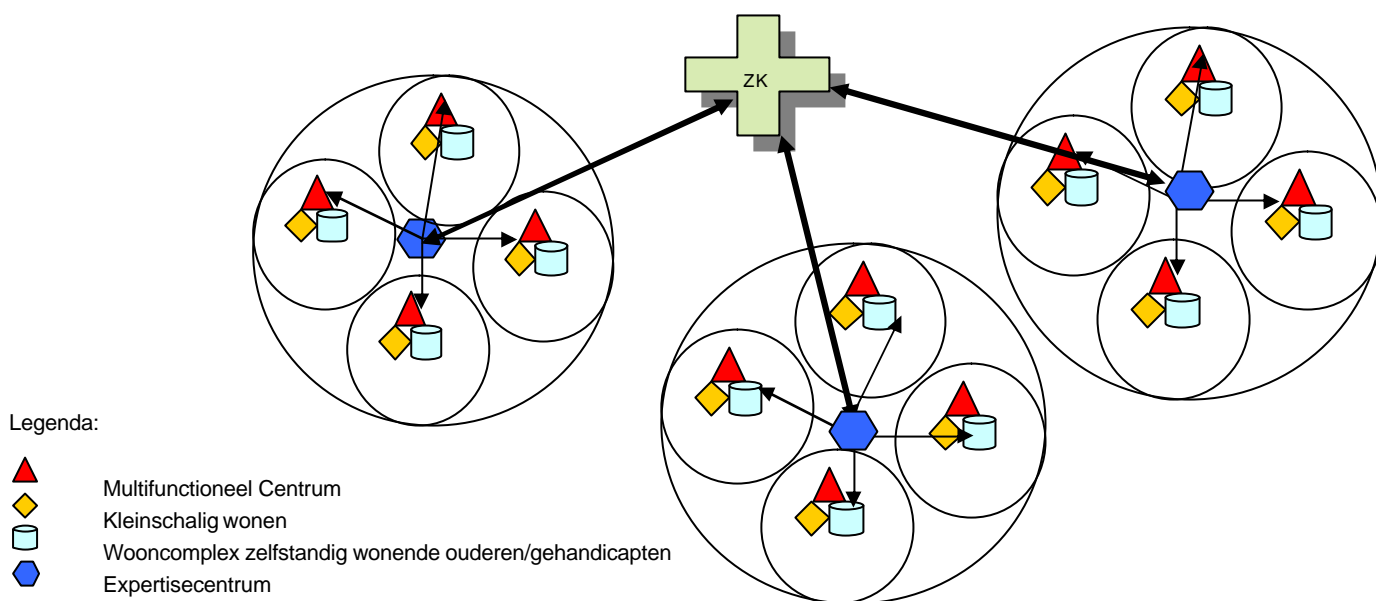
Afhankelijk van de bestaande situatie zal dit door nieuwbouw of door ombouw van een bestaande zorgvoorziening - veelal verzorgingshuis - worden bewerkstelligd. Het voornemen bestaat om binnen afzienbare tijd alle verzorgingshuiscapaciteit te extramuraliseren. De kleinschalige woonvormen worden gerealiseerd door deconcentratie van bestaande verpleeghuiscapaciteit. Locatie Nieuw-Toutenburg wordt opgeheven en gedeconcentreerd naar de verschillende MFC's in het verzorgingsgebied van de zorggroep. De andere verpleeghuislocaties zullen naar verwachting als gevolg van uitdunning iets in capaciteit afnemen. Ook deze capaciteit wordt gedeconcentreerd naar de lokale MFC's.

Op regionaal niveau

Ter ondersteuning van de lokale zorginfrastructuur zullen drie verpleeghuizen worden omgevormd tot expertisecentra. De taakstelling, functies en doelgroepen van deze 'tweedelijnsstructuur' is nog niet uitgewerkt. Gedacht wordt aan de volgende uitgangspunten:

- regionale oriëntatie, elk expertisecentrum heeft zijn eigen verzorgingsgebied en is werkzaam voor de daarin aanwezige MF-centra;
- biedt specialistische kennis op het gebied van verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling;
- biedt kortdurend verblijf voor doelgroepen, die na een ziekenhuisbehandeling nog enige tijd intensieve verzorging en verpleging, eventueel in combinatie met multidisciplinaire begeleiding en behandeling, behoeven. Ook wel regionaal verpleeghotel genoemd;
- biedt langdurend verblijf aan een beperkt aantal cliëntengroepen die zeer zware en complexe zorg behoeven.

De beoogde zorginfrastructuur kan als volgt in beeld worden gebracht:



De functies van de 'tweedelijnscentra' komen grotendeels overeen met die van zorggroep Palet.

De tweedelijnszorgcentra zijn:

- de vervolgvoorziening voor de lokale zorgstructuur (woonzorgzones) op het gebied van de langdurende zorg;
- de 'expertisecentra' voor de lokale zorgstructuur door het bieden van multidisciplinaire begeleiding en behandeling; in zover dat vanuit de eerste lijn niet geleverd kan worden. Tevens zorgen zij voor consultatie, deskundigheidsbevordering en scholing.

Nog niet uitgekristalliseerd is wat uiteindelijk de verhouding tussen de 'verpleeghuiscapaciteit' lokaal (in de vorm van kleinschalig wonen) en regionaal zal zijn. Deze afweging wordt sterk beïnvloed door bedrijfseconomische factoren en de mogelijkheden om kleinschalige woonvoorzieningen feitelijk te kunnen realiseren. (grond, financiën en procedures)

3.3 CLUSTER 2, HANDHAVING VAN DE VERPLEEGHUISCAPACITEIT MET TOEVOEGING VAN BOVENREGIONALE FUNCTIES VOOR BIJZONDERE DOELGROEPEN

Tot deze groep rekenen wij zorginstellingen, die op lokaal niveau streven naar een geïntegreerd aanbod van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg door samenwerking c.q. afstemming van het aanbod tussen de verschillende lokale aanbieders. Extramuralisering van de aanwezige verzorgings- en verpleeghuiscapaciteit is daarbij geen vanzelfsprekendheid zoals in het vorige scenario. Sommige instellingen extramuraliseren de aanwezige verzorgingshuiscapaciteit door ombouw c.q. vervanging van de verzorgingshuislocaties in wooncomplexen voor zelfstandig wonende ouderen. De verpleeghuiscapaciteit c.q. -locaties blijven gehandhaafd vanuit de gedachte dat voor doelgroepen, die niet langer meer adequaat opgevangen kunnen worden in de thuissituatie, een aangepaste woonomgeving met 24-uur beschikbaarheid van zorg noodzakelijk is. De verpleeghuislocaties voldoen aan deze vereiste.

Binnen deze groep van initiatieven vormt het concept Tweedelijnszorgcentrum vaak de aanleiding tot aanscherping van het functieprofiel van de verpleeghuizen binnen de zorgorganisatie. Afhankelijk van de lokale vraag worden nieuwe functies ontwikkeld of al langer bestaand zorgaanbod verbijzonderd door speciale afdelingen daarvoor in te richten. Wij zijn onder andere het volgende tegengekomen:

- observatie, screening en diagnostiek;
- langdurende verzorging en verpleging voor bijzondere doelgroepen (Huntington);
- afdeling voor reactivering en revalidatie voor bepaalde doelgroepen, zoals CVA e.d.

Belangrijkste kenmerken van dit cluster zijn:

- 'Aan de basis van de zorgketen' wordt samengewerkt met de thuiszorg, corporatie en welzijnsorganisaties om te komen tot een sluitend aanbod in de thussituatie van de cliënt. Bestaande verzorgingshuizen zijn vaak het vertrekpunt van deze brede, wijkgerichte aanpak. Indien geen bestaande voorzieningen aanwezig zijn, worden mogelijkheden voor de ontwikkeling van een wijksteunpunt bekeken.
- Indien mogelijk omzetting van verzorgingshuislocaties in wooncomplexen voor ouderen.
- Verpleeghuislocaties blijven gehandhaafd. Verbreding van functieaanbod wordt nagestreefd op het gebied van zowel langdurende zorg (bijzondere doelgroepen) als kortdurende zorg (reactivering/revalidatie of tijdelijke, respijtzorg).
- Verpleeghuis als vervolgvoorziening en 'expertisecentrum' voor de 'eerste lijn'.

In ons onderzoek zijn we de volgende instellingen tegengekomen, die een ontwikkelingsproces in deze zin beogen en hun verpleeghuislocatie verbijzonderen door toevoegen van nieuwe functies en expertise van het multidisciplinaire team beschikbaar te stellen aan de zorgketen. Te weten:

- ZUWE, Woerden e.o.
- Stichting KVV, Rotterdam; in het bijzonder regio Oost
- De Riethorst, Geertruidenberg
- Coloriet, Lelystad en Dronten
- Zorggroep Allevo, Goes⁴
- De Borg, Groningen⁵
- Fontis, Amsterdam

ZUWE en Stichting KVV zullen we nu nader bespreken.

ZUWE

ZUWE is een zorggroep waarin ziekenhuiszorg, verzorgings- en verpleeghuiszorg, alsmede thuiszorg is samengebracht. Zij staat een gebiedsgericht aanbod van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg voor welke is opgebouwd uit een tweetal elementen.

Eenzijds de *woonservicewijken*. In samenwerking met andere lokale aanbieders wordt een geïntegreerd aanbod van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg geboden. Zoveel mogelijk in de thussituatie of in wooncomplexen voor zelfstandig wonende ouderen. De verzorgingshuizen worden omgebouwd of vervangen door zelfstandige wooncomplexen met 24-uur zorgverlening.

⁴ Fusie van Arcus zorgcentra en Oosterschelde Thuiszorg

⁵ Fusie van verpleeghuis Coendershof en Zorgcentra Patrimonium

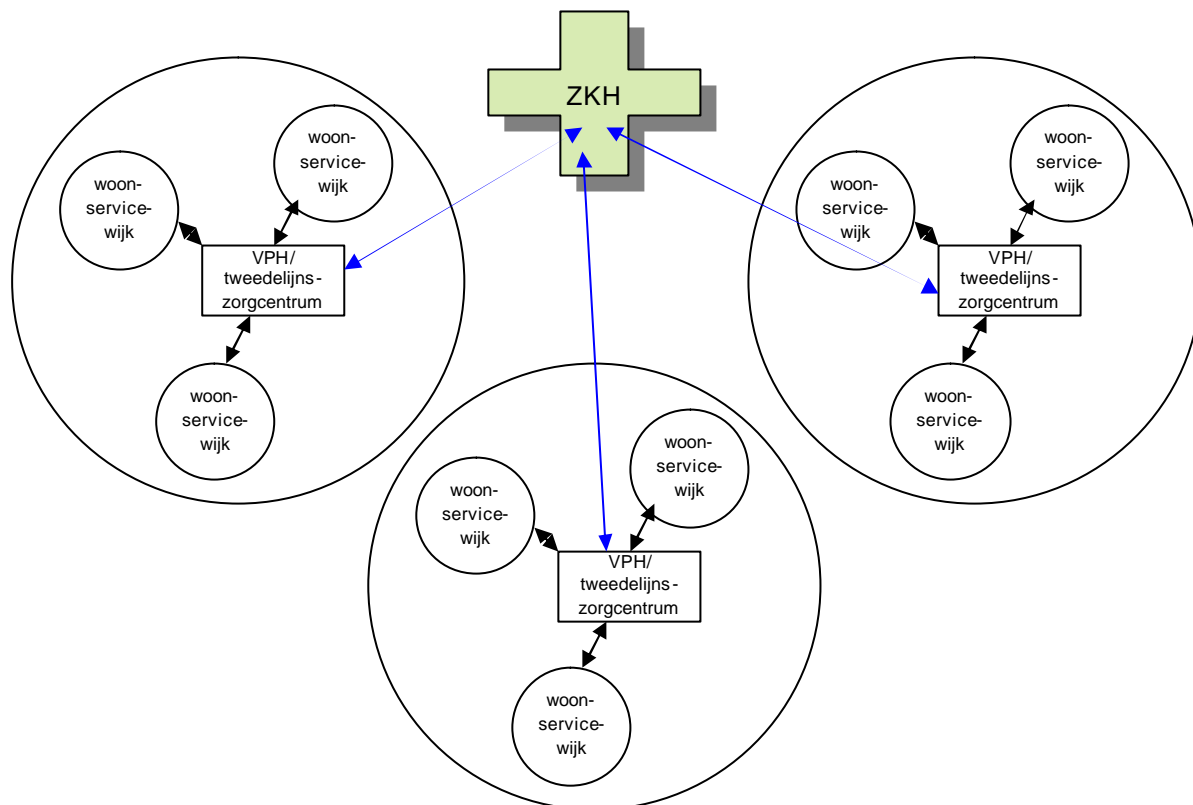
Anderzijds *regionale concentraties van verpleeghuiszorg*. In elk van de drie subregio's van de ZUWE bevindt zich een verpleeghuislocatie. De locatie biedt een vervolgvoorziening voor cliëntengroepen die niet langer meer zelfstandig kunnen wonen en intensieve (soms complexe) zorg behoeven. De locaties zijn goed over het verzorgingsgebied verspreid, waardoor een goede bereikbaarheid is gegarandeerd. Daarnaast bieden deze locaties de functie reactivering en revalidatie voor cliëntengroepen, die na een ziekenhuisbehandeling een intensief en op hun problematiek afgestemd revalidatieprogramma behoeven. Een programma voor CVA en orthopedie wordt op dit moment op alle drie de locaties aangeboden.

De drie regionale verpleeghuiscentra kunnen als tweedelijnsvoorziening worden gezien, in de zin dat zij een vervolgvoorziening zijn voor cliënten uit de woonservicewijken. Daarnaast bieden deze locaties ondersteunende functies ten behoeve van de zorgverlening in de woonservicewijken. Te weten:

- multidisciplinaire begeleiding en behandeling in de thuissituatie of in het behandelcentrum van alle cliëntengroepen vanuit de woonservicewijken;
- observatie, screening en diagnostiek ter ondersteuning van huisartsen en eerste lijn bij de bepaling van een passend zorgaanbod c.q. aansluitende zorgvoorziening;
- beschikbaar voor crisissituatie;
- consultatie, deskundigheidsbevordering en scholing van de zorgorganisatie in de woonservicewijken ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening;
- onderzoek, monitoring en methodiekontwikkeling.

ZUWE oriënteert zich nog op de vraag op welke wijze deze functies ingepast kunnen worden in de beoogde zorginfrastructuur. Men worstelt daarbij met het "centralisatie versus decentralisatie" vraagstuk. Specialisatie vraagt om centralisatie, maar belemmert mogelijk de bereikbaarheid van deze subfuncties. Alle subfuncties vanuit de drie verpleeghuislocaties aanbieden is organisatorisch nauwelijks te organiseren en leidt al snel tot 'verwatering'. Het aantal cliënten voor deze subfuncties is binnen de subregio's vaak te gering.

De structuur, die zich binnen de zorggroep ZUWE aan het ontwikkelen is, kan als volgt in beeld worden gebracht.



Elke woonservicewijk (of groepen van wijken) heeft zijn eigen vervolgvoorziening, zowel voor de chronische doelgroepen als voor cliënten die, na een ziekenhuisbehandeling, tijdelijk zorg en/of behandeling behoeven ('herstelzorg', revalidatie) voordat men weer naar de thuissituatie of een andere passende woonsituatie kan terugkeren. De verpleeghuislocatie dient derhalve te voorzien in een groot aantal zorgfuncties voor de doelgroepen uit hun eigen subregio. Elke verpleeghuislocatie heeft een samenwerkingsrelatie met het ziekenhuis Hofpoort ten behoeve van de doorstroming van uitbehandelde ziekenhuispatiënten.

KVV Regio Oost Rotterdam

De Stichting KVV te Rotterdam is een organisatie van 10 verzorgings- en verpleeghuizen. Naast intramurale zorg- en dienstverlening biedt de KVV ook extramurale zorg- en dienstverlening. De intramurale zorg- en dienstverlening bestaat uit chronische somatische, psychogeriatrische en palliatieve zorg, alsmede reactivering en revalidatie. De organisatie is in vier regio's verdeeld. De (reguliere) thuiszorg- of ziekenhuisfunctie is niet in de zorggroep vertegenwoordigd. Wel wordt in wooncomplexen (zorggarantwoningen) aanvullende of (thuiszorgvervangende) verzorging en verpleging geboden.

KVV Regio Oost (IJsselmonde) - waar deze casus om draait - bestaat uit twee woonzorgcentra en een verpleeghuis annex reactiveringscentrum. De regio staat een zorgstructuur in haar verzorgingsgebied voor waarbij het aanbod zo goed mogelijk aansluit bij de situatie en

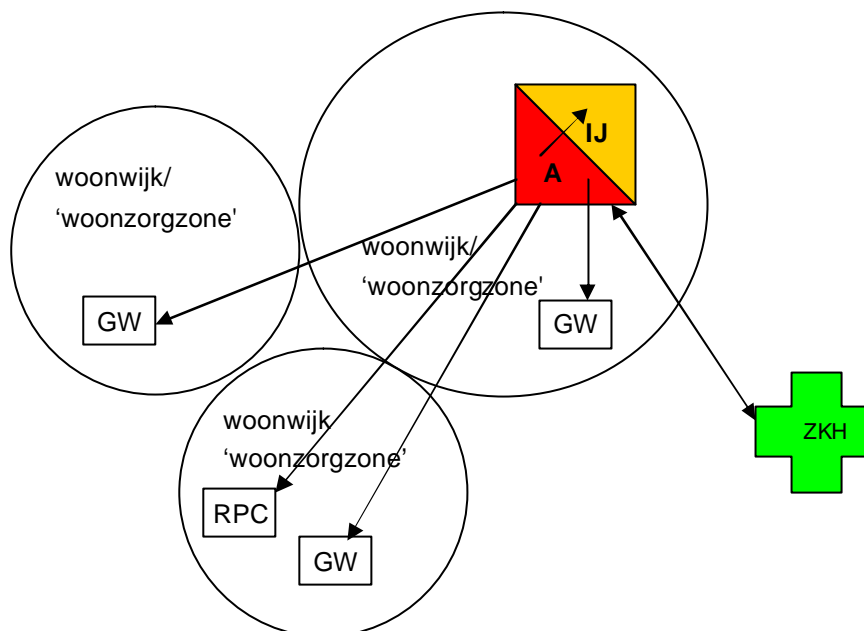
problematiek van de cliënt. Bij voorkeur in de thuissituatie (zelfstandige woningen), maar als dat niet langer meer kan in verblijfsvoorzieningen waar zo goed mogelijk recht wordt gedaan aan de mogelijkheden tot zelfzorg en zelfregie. Daarnaast wil KVV Regio Oost, in samenwerking met de andere zorgaanbieders, streven naar een sluitende zorgketen zodat een vloeiende overgang van de ene naar de andere aanbieder mogelijk is.

De verpleeghuislocatie (Antonius IJsselmonde) is functioneel verouderd en is aan vervanging toe. Voor de nieuwbouw staat Regio Oost een mengvorm van een eerste- en tweedelijnsvoorziening voor. De volgende functies zullen in de nieuwbouw worden ondergebracht:

- Voorziening voor cliënten die ongeneeslijk ziek zijn en diens naasten. Deze voorziening zal bestaan uit intramuraal verblijf, dagbehandeling, inloopcentrum en extramuraal zorg en ondersteuning. Deze voorziening wordt aangeduid als Regionaal Palliatief Centrum.
- Voorziening voor kortdurend verblijf bedoeld voor cliëntengroepen, die voor een korte periode begeleiding, verzorging, verpleging en behandeling behoeven. Een deel van deze cliëntengroep heeft na de ziekenhuisbehandeling voor een korte periode intensieve reactivering en revalidatie, waarna men kan terugkeren naar de thuissituatie of naar een passende woonvoorziening. De functie wordt aangeduid met de term 'zorghotel'.
- Intramuraal woonvoorziening voor cliëntengroepen zonder zelfregie, die niet meer tot zelfstandig wonen in staat zijn. Deze woonvoorziening zal kleinschalig worden opgezet.
- Complex met zelfstandige woningen bedoeld voor cliënten met een verzorgings- en verpleegbehoefte, die nog een bepaalde mate van zelfregie bezitten waardoor geen indicatie voor intramuraal verblijf noodzakelijk is. Zij ontlenen meerwaarde en geven voorkeur aan verblijf in de thuissituatie.
- Voorzieningencomplex. Een bundeling van voorzieningen op het gebied van welzijn, dienstverlening (services) en zorg (begeleiding en behandeling). Gedacht wordt aan:
 - Dienstverlening en welzijnsvoorziening voor zowel de zelfstandig wonende ouderen, als de intramuraal verblijvende cliëntengroepen.
 - Behandelcentrum. Werk-, spreek- en behandelruimten voor medisch, paramedisch en psychosociale disciplines. Het behandelteam werkt zowel voor cliëntengroepen, die intramuraal verblijven als op de decentrale locaties.
 - Eerstelijnsvoorzieningen, zoals spreek- en eventueel behandelruimten voor huisarts, fysiotherapie, diëtiste en dergelijke.

Een deel van de huidige verpleeghuiscapaciteit zal worden ondergebracht in decentrale voorzieningen, zoals een drietal kleinschalige woonvormen (groepswoningen) en een voorziening voor palliatieve zorg.

De beoogde voorzieningenstructuur kan als volgt in beeld worden gebracht.



Legenda:

gw: groepswonen voor pg-cliënten

rpc: regionaal palliatief centrum

AIJ: nieuwbouw locatie Antonius IJsselmonde: Eerste- (geel) en Tweedelijnsvoorziening (rood)

- 3.4 CLUSTER 3, HET EXPERTISECENTRUM ALS ONDERSTEUNINGSORGANISATIE VOOR DE GEÏNTEGREERDE ZORGVERLENING IN HET VERZORGINGSGEBIED VAN DE INSTELLING**
- In dit cluster zijn initiatieven samengebracht, die een ondersteuningsorganisatie proberen op te bouwen voor de geïntegreerde zorgverlening op lokaal niveau, die niet vanzelfsprekend fysiek of organisatorisch gekoppeld is aan een verpleeghuis.

Kenmerken van de beoogde zorginfrastructuur zijn:

- Alle initiatieven beogen een geïntegreerd zorgaanbod in de thuissituatie van de cliënt aan te bieden; zover als dat (organisatorisch) mogelijk en (sociaal en medisch) verantwoord is.
- In de zorgketen zijn vervolgvoorzieningen aanwezig. Bestaande verzorgings- en verpleeghuizen maken daar onderdeel van uit. Deconcentratie en extramuralisering van intramurale capaciteit kan aan de orde zijn, maar is vanzelfsprekend verbonden aan dit ontwikkelingsscenario.
- Door het bieden van 'nieuwe' functies, zoals multidisciplinaire trajectbegeleiding (RIVAS) of beschikbaar stellen van multidisciplinaire screening/diagnostiek, consultatie, of aanvullende begeleiding en behandeling, probeert men de cliënt zolang mogelijk in zijn/haar huidige verblijfssituatie te houden. (thuis, verzorgings- of verpleeghuis).

- De expertisefunctie wordt organisatorisch verbijzonderd en wordt niet vanzelfsprekend gekoppeld aan de regionale functie van verblijfsvoorzieningen c.q. verpleeghuizen. Anders gezegd; verblijfsfuncties maken geen onderdeel uit van het expertisecentrum.

In dit cluster zijn organisaties c.q. initiatieven samengebracht, waarbij de nadruk ligt op de verbijzondering van de 'expertisefunctie'. Belang daarvan is dat de expertisefunctie weliswaar een onderdeel is van het concept Tweedelijnszorgcentrum, maar dat het operationaliseren (uitwerken en implementeren) van de expertisefunctie niet noodzakelijkerwijs (organisatorisch of ruimtelijk) gebonden is aan andere deelfuncties van het Tweedelijnszorgcentrum.

Als voorbeelden van dit cluster hebben wij onder andere gevonden:

- Zorgketen Oosterlengte
- Zorggroep Almere
- Zorggroep Rivas

Zorgketen Oosterlengte

Zorgketen Oosterlengte is een fusieorganisatie van thuiszorg, verpleeghuis en meerdere verzorgingshuizen en woonservicecentra met als werkgebied Oost-Groningen (Winschoten).

De Zorgketen streeft naar een geïntegreerd aanbod van zorg, welzijn en dienstverlening, zodat het aanbod zo goed mogelijk aansluit bij de situatie en problematiek van de cliënt. Bij voorkeur in de eigen thuissituatie, maar als dat niet langer meer gaat of verantwoord is, zijn aangepaste woonvoorzieningen beschikbaar op een zo kort mogelijk afstand van het eigen sociale netwerk beschikbaar. Oosterlengte maakt onderscheid tussen zorg verspreid" (thuis-situatie), "zorg geconcentreerd" (in wooncomplexen van zelfstandige woningen) of "zorg op locatie" (de verzorgings- en verpleeghuizen). Beoogd wordt een ontschotting van de thuiszorg, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg door een functioneel gericht aanbod binnen een zorgketen aan te bieden. Om dat mogelijk te maken zijn een aantal veranderingen in de organisatie en aanbodstructuur van de Zorgketen doorgevoerd. Bijvoorbeeld:

- invoeren van een regionale indeling van de organisatie. De thuiszorgteams en zorgteams van de zorglocaties worden vanuit de regio aangestuurd. (decentralisatie van de thuiszorg);
- door koppeling van verpleegunits aan verzorgingshuizen is verpleeghuiszorg beschikbaar binnen de regio (decentralisatie van de lichte verpleeghuiszorg);
- het verpleeghuis Old Wolde ontwikkelt zich daardoor geleidelijk tot een regionaal centrum ten behoeve van cliënten met een intensieve, complexe somatische en/of psychogeriatrische problematiek enerzijds en voor cliëntengroepen met een reactivering- en revalidatiebehoefte anderzijds;
- oprichting van een nieuw organisatieonderdeel "expertisecentrum", waarin de volgende subfuncties onder zijn gebracht:
 - screening, observatie en diagnostiek;
 - paramedische begeleiding en behandeling;
 - medisch-verpleegkundige begeleiding en behandeling;
 - geestelijke verzorging, maatschappelijk werk en psychologie;
 - bureau kwaliteit en innovatie.

Het expertisecentrum moet zijn plaats binnen de organisatie nog zien te vinden. Aanscherping van de visie op de plaatsbepaling, organisatie en werkwijze van het expertisecentrum is nog volop in ontwikkeling.

Doelstelling van het expertisecentrum was aanvullende begeleiding, zorg en behandeling te bieden aan cliënten, zowel die in de regio als die binnen het verpleeghuis (Old Wolde) verblijven.

Begin van dit jaar heeft een heroriëntatie op het expertisecentrum plaatsgevonden, waarbij de personele omvang, de taakstelling en de organisatorische onafhankelijkheid ten opzichte van andere organisatieonderdelen opnieuw zijn bekeken. Gekozen is voor de lijn om in het primaire proces te investeren in kwaliteitsontwikkeling, zodat de - cliëntgebonden - zorgteams meer zelfstandig de benodigde zorg voor hun cliënten kunnen bieden. Verzorgenden hebben bijscholing gevolgd ten aanzien van de zorgproblematiek van hun primaire doelgroep. Er zijn nu revalidatieverzorgenden, verzorgenden met opleiding dementie, chronisch zieken en dergelijke beschikbaar. Paramedici worden gestimuleerd om op bepaalde doelgroepen te specialiseren (bijvoorbeeld NDT) en twee verpleegkundigen hebben een opleiding nurse-practitioner gevolgd.

Interessant aan dit voorbeeld is dat de Zorgketen Oosterlengte aanvankelijk pogingen heeft ondernomen de expertisefunctie te verzelfstandigen; in de vorm van een organisatorisch zelfstandig expertisecentrum. Dat bleek moeilijk te operationaliseren. Nu is gekozen voor een organisatorische samenvoeging met de verblijfsfuncties van het verpleeghuis en daarmee sluit de huidige situatie meer aan bij cluster 2.

Zorggroep Almere

Zorggroep Almere is een organisatie van gezondheidscentra, thuiszorg, woonzorgcentra en een verpleeghuis (centrum voor verpleeghuiszorg). Van oudsher is het zorgaanbod gericht op het bieden van passende zorg zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de cliënt. Door het bieden van expertise en tijdelijke begeleiding en behandeling of verblijf vanuit andere aanbieders in de keten kan worden bereikt dat cliënten niet vroegtijdig en onnodig doorschuiven in de keten. Dit beleid heeft het afgelopen jaren mogelijk gemaakt dat met een relatief gering aantal intramurale plaatsen volstaan kon worden.

Het is in Almere al jarenlang gebruikelijk dat het multidisciplinaire team van het verpleeghuis (al dan niet op afroep) beschikbaar is voor consultatie en observatie, begeleiding en behandeling elders in de zorgketen (huisartsen, thuiszorg, woonzorgvoorzieningen).

Vanwege het succes daarvan (sterke groei van vraag naar consultatie en ondersteuning in de zorgketen) dreigde de multidisciplinaire begeleiding en behandeling van verpleeghuisbewoners in het gedrang te komen. Een jaar geleden is ervoor gekozen om de behandeldienst V&V - waarin alle verpleeghuisartsen, psychologen en para/perimedici zijn ondergebracht - te verzelfstandigen in de vorm van een "Stedelijke Behandeldienst voor Verpleging en Verzorging". Daartoe zijn multidisciplinaire teams ingesteld, die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding en behandeling van cliënten van een zorgcentrum en de daarbijbehorende wijk. Deze structuur staat op dit moment weer ter discussie onder invloed van gewijzigde inzichten, veranderde financiering, veranderingen in de wetgeving (AWBZ) en toenemende concurrentie van andere aanbieders.

Daarnaast bevindt ook het verpleeghuis (Centrum voor verpleeghuiszorg 'Polderburen') zich in een veranderingsproces, waarbij zij zich geleidelijk ontwikkelt van een verblijfsvoorziening voor

ouderen met een intensieve en/of complexe somatische of psychogeriatrische problematiek naar een regionale voorziening voor bijzondere doelgroepen. Het cliëntgerichte aanbod met een gedifferentieerd aanbod van (kleinschalige) woonvoorzieningen in de wijken heeft ertoe geleid dat de gebruikelijke doelgroepen van het verpleeghuis (chronische somatiek en psychogeriatric) niet langer meer in het verpleeghuis opgenomen hoeven te worden.

De vrijkomende capaciteit (verpleeghuisbedden) worden nu bestemd voor cliëntengroepen met een bijzondere zorgproblematiek. Zoals reactivering en revalidatie (CVA, orthopedie), herstellzorg, crisisinterventie en klinische observatie/behandeling psychogeriatric, gespecialiseerde palliatieve zorg, complexe verpleegtechnische zorg en doelgroepen met complexe chronische zorg (Korsakov, gerontopsychiatric, jong-dementerenden).

Naar een stedelijk expertisecentrum

Er is nu een structuur in voorbereiding, die onderscheid maakt tussen enerzijds wijkzorgnetwerken en anderzijds een stedelijk expertisecentrum.

De zorgverlening binnen de zorgketen zal meer georganiseerd gaan worden op basis van doelgroepspecifieke zorgprogramma's. In overeenstemming met het al langer bestaande "diseasemanagement" concept. Voorgesteld wordt expertteams (ABC-teams: Advies, Behandeling en Consultatie) in te richten, die werkzaam zijn in de gehele zorgketen en erop toezien dat cliënt - gezien zijn problematiek - passende begeleiding, verzorging en behandeling ontvangen. Zij hebben een belangrijke functie in de zorgketen door het adviseren en ondersteunen van de zorgteams in de wijken en in de zorgcentra. De huisarts is de eerstverantwoordelijke behandelaar in de keten. De verpleeghuisarts/sociaal geriatric kan in voorkomende gevallen worden geconsulteerd en om advies in zake vervolgbehandeling en/of verblijfssituatie worden gevraagd.

Daarnaast neemt de groep van cliënten, die - nadat zij medisch-technisch in het ziekenhuis zijn behandeld - een kortdurende gespecialiseerde reactivering en revalidatie behoeven, sterk toe. Evenals de groep cliënten, die complexe, meervoudige problematiek hebben. Voor beide doelgroepen is een aparte voorziening nodig, waarbij samenwerking met het algemeen en psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is.

Zorggroep Almere bereidt op dit moment de bouw van een 'transferafdeling' (Flevoburen) bij het ziekenhuis (Flevoziekenhuis) voor. 'Polderburen' en 'Flevoburen' zullen gezamenlijk als stedelijke expertisecentra worden gepositioneerd met elk hun eigen aandachtsgebied.

RIVAS Zorggroep

Binnen de RIVAS Zorggroep is de ziekenhuiszorg, thuiszorg (V&V, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg) en verzorgings- en verpleeghuiszorg vertegenwoordigd. Het werkgebied omvat de regio's Alblasserwaard, Land van Heusden en Altena en Leerdam/Lingewaal. Rivas is een ketenorganisatie, waarbij alle beschikbare kennis en expertise beschikbaar is in elke fase van het zorgproces van de cliënt. Bij voorkeur in de thuissituatie, maar als dat niet langer meer gaat of verantwoord is, ook in vervolgvoorzieningen.

Binnen het werkgebied bestaan nu tien regio's, aangestuurd door een regiomanager. Tussen de regio's bestaan verschillen in het beschikbare aanbod ten aanzien van extramurale en intramurale voorzieningen. Elke cliënt krijgt, of deze zich nu thuis, in een ouderwoning, verzorgingshuis of verpleeghuis bevindt, een op de eigen situatie en problematiek afgestemd

aanbod van verblijf, begeleiding, verzorging en/of behandeling, waarin de mogelijkheden voor zelfzorg en zelfregie zo optimaal mogelijk zijn. Het verzorgingshuis en verpleeghuis blijven als voorziening voor verblijf, begeleiding, verzorging en verpleging bestaan.

Binnen de RIVAS zorggroep wordt de term 'tweedelijnszorgcentrum' of 'tweedelijnsvoorziening' niet gebruikt. Dat houdt verband met de beschikbaarheid van een grote gedifferentieerde groep van transmuraal werkende professionals (transmuraal team), die een taak hebben in de ondersteuning van de lokale zorgteams. Het zijn verpleegkundig, paramedische of medisch-psychologische specialisten, die beschikbaar zijn voor consultatie en eventueel aanvullende begeleiding en behandeling van cliënten op de plek waar de cliënt zich op dat moment bevindt. Deze 'ketenprofessionals' zijn in de hele keten werkzaam ongeacht of de cliënt zich nu thuis, in het verzorgings-, verpleeg- of ziekenhuis bevindt. Zij ondersteunen het lokale zorgteam van de verschillende zorgvoorzieningen op het moment dat de zorgzwaarte toeneemt en/of complexer wordt, waardoor de geleverde basiszorg niet meer toereikend is. Door het bieden van consultatie, aanvullende diagnostiek, of gerichte begeleiding en behandeling op de bijkomende problematiek kunnen cliënten binnen de zorgomgeving, waarin hij/zij zich op dat moment bevindt, langer verblijven en eventueel onnodige of 'verkeerde' verwijzing naar een vervolgvoorziening worden voorkomen. Omgekeerd worden ziekenhuiscliënten, die medisch-technisch uitbehandeld zijn, gescreend en begeleid bij de overplaatsing naar een passende verblijfsomgeving (thuis, verzorgingshuis of verpleeghuis).

Behalve de 'transmurale teams' is ten behoeve van deze transmurale ondersteunende structuur, tevens een Geriatriesch Onderzoek en Advies Centrum (GOAC) beschikbaar, waar cliënten tijdelijk opgenomen kunnen worden.

In overeenstemming met het concept 'tweedelijnszorgcentrum' is dat medische en paramedische professionals beschikbaar zijn voor consultatie en (aanvullende) begeleiding en behandeling voor alle cliëntengroepen binnen het verzorgingsgebied van de RIVAS. Onderscheidend is dat er geen centralisatie plaatsvindt van alle behandelaars op regionaal niveau en gehuisvest zijn in een apart gebouw met gespecialiseerde behandelruimten (veelal ter vervanging van de bestaande (behandelfaciliteiten van) verpleeghuizen). Binnen de RIVAS Zorggroep beschikken de verpleeghuizen over hun eigen medisch-/paramedisch team, die onderdeel uitmaakt van de 'basiszorg' die in het verpleeghuis geleverd moet worden. De verpleeghuisartsen werken in de hele zorgketen en zijn hiërarchisch gepositioneerd direct onder de regiomanager. Een coördinerend verpleeghuisarts draagt in vakgroepsverband zorg voor de kwaliteit en organisatie van de beroepsuitoefening.

Ter vervanging van het huidige verpleeghuis 't Nieuwe Gasthuis' wordt naast het ziekenhuis een nieuw verpleeghuis gebouwd. Naast de gebruikelijke langdurende verblijfsafdelingen zal tevens worden voorzien in een 'schakel'afdeling waar medisch-specialistisch uitbehandelde patiënten tijdelijk opgevangen kunnen worden in afwachting van een definitieve overplaatsing naar de thuissituatie of een aangepaste woonvoorziening. De functie Geriatriesch Observatie en Adviescentrum (GOAC) zal onderdeel uitmaken van deze observatie en herstelafdeling. Cliënten die niet in de eigen leefomgeving adequaat geobserveerd en gescreend kunnen worden - bijvoorbeeld omdat langerdurende gespecialiseerde onderzoeken nodig zijn - worden op de GOAC voor één of twee dagen opgenomen. Dit is een deelfunctie van het concept tweedelijnszorgcentrum, maar slechts bedoeld voor een deel van de populatie. Het merendeel wordt gescreend en gediagnosticeerd in de eigen verblijfsomgeving.

3.5 CLUSTER 4, EXPERTISECENTRUM IN OF IN DE NABIJHEID VAN HET ZIEKENHUIS (MET ZORG- EN VERBLIJFSFUNCTIES)

In deze groep zijn initiatieven samengebracht die de expertisefunctie verbijzonderen. De functie of het organisatieonderdeel dat zich richt op ontwikkeling en beschikbaar stellen van expertise vormt het scharnierpunt tussen de V&V-zorgketen en het ziekenhuis als medisch-specialistisch bedrijf.

Deze vorm is, in vergelijking met de andere drie, nog het minst uitgewerkt.

Tot deze groep behoren onder andere

- Zorggroep Pantein in Boxmeer
- Orbis medisch en zorgconcern in Sittard e.o.

Zorggroep Pantein

Pantein is een zorggroep, waarin ziekenhuiszorg, verzorging- en verpleeghuiszorg en voor één subregio de thuiszorg is verenigd. Haar verzorgingsgebied omvat de regio Land van Cuyk en Noord-Limburg. Het is een plattelandsregio met enkele grote kernen en een veelheid aan kleine kernen. In haar beleidsvisie is de bereikbaarheid van de zorg een belangrijk item.

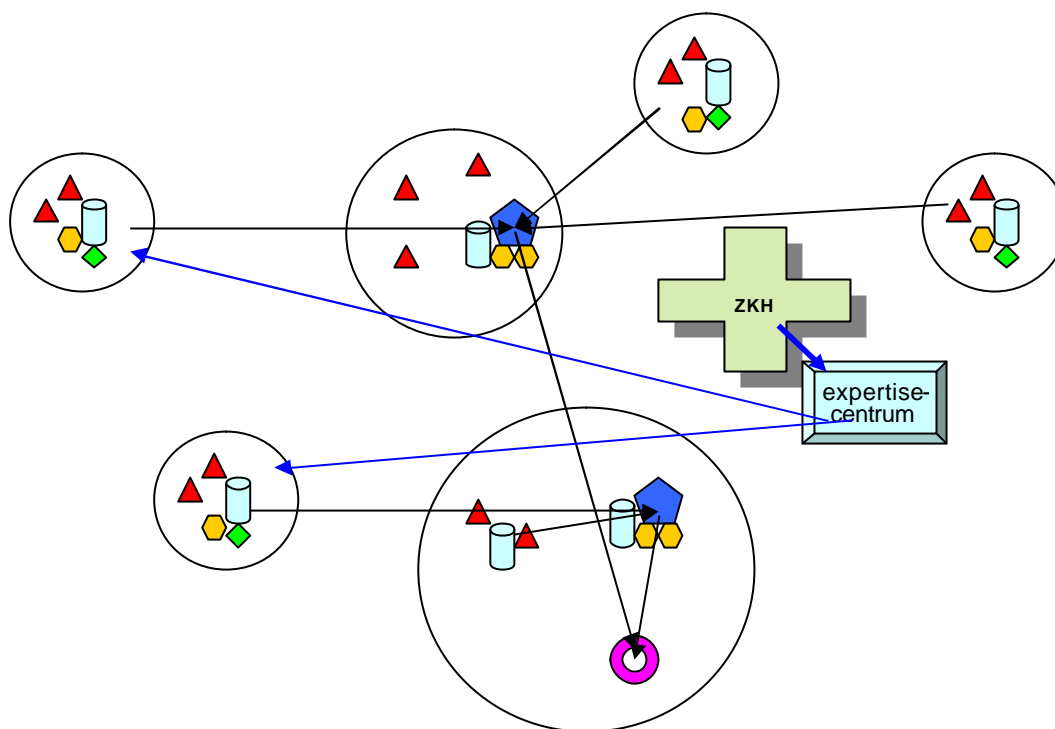
Het Ziekenhuis heeft 166 bedden. Tevens zijn 15 herstelbedden, een Zotel met 12 bedden en 24 PAAZ-bedden aanwezig. Er zijn plannen voor nieuwbouw voor het ziekenhuis in voorbereiding, waarbij tevens rekening is gehouden met een geïntegreerde GGZ-voorziening (RGC).

De V&V-sector omvat vijf locaties voor verpleeghuiszorg, zeven locaties voor verzorgingshuiszorg en elf thuiszorgsteunpunten. De divisie V&V streeft naar een toekomstige zorginfrastructuur, waarbij zoveel mogelijk zorg in de kleine kernen beschikbaar is. Bij voorkeur in de thuissituatie, maar als dat niet langer meer kan, in specifieke woonvoorzieningen. Bijvoorbeeld wooncomplexen met aangepaste woningen voor ouderen en gehandicapten, kleinschalige groepswooningen, verzorgingshuis-nieuwe-stijl of verpleeghuis-nieuwe-stijl.







Op dit moment wordt onderzocht welke mate van spreiding met deze type voorzieningen kan worden bereikt. In de kleine kernen wordt een voorzieningenaanbod beoogd met een geïntegreerd aanbod in de thuissituatie of in wooncomplexen. Kleinschalige woonvormen voor ouderen met psychogeriatrische of somatische problematiek kunnen in de kleine kernen worden gerealiseerd, als voldoende organisatorische schaalgrootte kan worden bereikt door samenwerking met de VG- of GGZ-sector. In de grotere kernen zijn op dit moment verzorgings- en/of verpleeghuislocaties aanwezig.

Deze voorzieningen krijgen een bovenlokale functie voor cliënten met gemengde problematiek (verzorgingshuis) of met zeer intensieve complexe problematiek (verpleeghuizen), waarvoor in de thuissituatie geen adequate leefomgeving en zorgaanbod kan worden geboden.

De beoogde zorginfrastructuur kan als volgt in beeld worden gebracht:



Legenda:

-  Zelfstandig wonen (met zorg)
-  Multifunctioneel Centrum
-  Kleinschalig wonen
-  Wooncomplex zelfstandig wonende ouderen/gehandicapten.
-  Verzorgingshuis
-  Verpleeghuis

In de kleine kernen wordt een zo gedifferentieerd mogelijk aanbod van wonen, welzijn, dienstverlening en zorg geboden, in zoverre dat in financieel en kwalitatief opzicht op een verantwoorde wijze is te organiseren. Voor cliëntengroepen met een intensievere en/of complexere zorgproblematiek zijn in de grotere kernen adequate (vervolg)voorzieningen beschikbaar. Deze cliëntengroepen verhuizen naar deze intramurale voorzieningen. Tenslotte is het expertisecentrum - als 'achtervangvoorziening' - beschikbaar voor cliëntengroepen, die niet adequaat opgevangen kunnen worden in de verzorgings- en verpleeghuizen, omdat sprake is van een gemengde problematiek op het vlak van VG, GGZ of medisch-specialistische zorg. Pantein heeft daarbij bijvoorbeeld psychogeriatrische ouderen met ernstige gedragsproblematiek in gedachten.

De beoogde zorginfrastructuur kan ook op de volgende wijze in beeld worden gebracht. Het algemene, voor een grote groep cliënten adequaat aanbod, wordt zo dicht mogelijk bij huis aangeboden. Naar mate de zorg intensiever en/of complexer wordt en bedoeld is voor een kleiner aantal cliëntengroepen is er een aanbod op bovenlokaal (verzorgings- of verpleeghuizen) of regionaal (expertisecentrum) niveau aanwezig.



Ten aanzien van de ziekenhuisgerelateerde zorg staat Pantein een beleid voor om op al deze niveaus ook verzorging, verpleging en multidisciplinaire begeleiding en behandeling te bieden, gericht op het zo spoedig mogelijk herstel en het bereiken van een zo hoog mogelijk niveau van zelfredzaamheid. Dit wordt vooral in gegeven door de vraag van de cliënt, die aandringt op een breed aanbod zo dicht mogelijk bij de eigen thuissituatie. Niet alleen voor de langdurende V&V, maar ook voor kortdurende reactivering en revalidatie na een ziekenhuisopname. Om daar zoveel mogelijk aan tegemoet te kunnen komen zal op lokaal niveau en binnen de verzorgings- en verpleeghuizen vormen van reactiverings- en revalidatiezorg worden geboden. Door samenwerking met eerstelijns paramedici kan in de thuissituatie de 'lichtere', vaak monodisciplinaire reactiverings- en revalidatiezorg worden geboden. Door het aanbod van reactiverings- en revalidatiepatiënten onder te verdelen in subdoelgroepen met hun onderscheidende kenmerken ten aanzien van niveau van zelfredzaamheid en intensiteit/complexiteit van reactiverings- en revalidatieprogramma kan worden bereikt dat deze subgroepen adequaat door het zorgteam van de verzorgings- en verpleeghuizen kan worden verzorgd en begeleid. Eventueel met ondersteuning van gespecialiseerde behandelaars vanuit het expertisecentrum. Welke vormen van reactiverings- en revalidatiezorg in de verzorgings- of verpleeghuizen en in het expertisecentrum aangeboden zullen gaan worden, wordt op dit moment onderzocht.

Het expertisecentrum wordt door Pantein vooral gezien als een nieuwe functie, die opereert op het snijvlak van de verschillende sectoren. Medisch specialistisch, GGZ en VG. Vandaar het voornemen om het beoogde expertisecentrum te bouwen op het terrein van het nieuwe ziekenhuis. In het expertisecentrum zullen de volgende functies worden ingebracht:

- screening, observatie en diagnostiek;
- acute opvang en palliatieve zorg van cliënten uit de regio;
- reactivering en revalidatie van cliëntengroepen afkomstig uit het ziekenhuis, die niet adequaat opgevangen, begeleid en behandeld kunnen worden elders in de zorgketen;
- centrum voor begeleiding en behandeling, waar een team van gespecialiseerde behandelaars (multidisciplinaire team) beschikbaar is voor consultatie, begeleiding/-behandeling van cliënten die elders in de zorgketen verblijven en uitvoering geven aan de genoemde screening, observatie en diagnostiekprogramma.

Op alle verzorgings- en verpleeghuislocaties zal de functie 'tijdelijke opname' ('crisis- of vakantieopname') worden aangeboden, zodat deze voorziening zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de cliënt bereikbaar is.

Orbis medisch en zorgconcern

Orbis is een zorggroep, waarin één ziekenhuis (Maaslandziekenhuis), vijf verpleeghuizen en vier verzorgingshuizen zijn verenigd. Haar werkgebied omvat de regio Westelijke Mijnstreek (Sittard, Geleen en Born). De planontwikkeling voor de nieuwbouw van het Maaslandziekenhuis zijn in volle gang. Beoogd wordt een ziekenhuis te ontwikkelen op basis van een nieuwe zorgvisie en een andere functionele structuur dan afgelopen decennia gebruikelijk was.

Op initiatief van de lokale overheid is een pilot opgestart met het doel in de regio Westelijke Mijnstreek te komen tot 'wijkgericht organiseren van de zorg'. De spil daarvan vormt het wijksteunpunt.

Vanuit het wijksteunpunt wordt een breed aanbod van welzijnsactiviteiten, dienstverlening en zorg geboden, zodat ouderen en andere ondersteuning behoevende doelgroepen de begeleiding, ondersteuning en zorgverlening kunnen krijgen, die zij nodig hebben om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Naast Orbis zijn ook de thuiszorg, welzijnswerk, woningcorporaties en gemeenten bij de ontwikkeling van de wijksteunpunten betrokken.

In welke zin Orbis bij de uitvoering van dit aanbod betrokken zal zijn en welke consequenties dat voor het aanbod van de huidige verzorgings- en verpleeghuizen zal hebben, is niet bekend.

Wel zijn er twee projecten, die in het kader van dit onderzoek van belang zijn om te noemen.

Het gaat om:

1. De nieuwbouw en nieuw functiepakket van Zorgcentrum (verpleeghuis) Invia. Dit project is in voorbereiding.
2. De realisatie van het Expertisecentrum Ouderenzorg.

Ad 1. Nieuwbouw zorgcentrum Invia

Orbis is voornemens voor het zorgcentrum Invia nieuwbouw te realiseren aansluitend aan de nieuwbouwlocatie van het Maaslandziekenhuis. Het zorgcentrum zal zich in de toekomst meer richten op revalidatie en herstel; zowel klinisch als in de vorm van dagbehandeling.

De functie "revalidatie" is bedoeld voor patiënten met een (tijdelijke) functiebeperking en bijkomende complexe somatische problematiek. Bijvoorbeeld patiënten met problematiek op het vlak van CVA, knieprothese en beenamputatie. Door het bieden van multidisciplinair aanbod van begeleiding, verzorging, verpleging en behandeling gericht op het zo goed mogelijk herstel van fysieke, cognitieve en sociale zelfredzaamheid, zodat uiteindelijk overplaatsing naar een zelfstandige woonvorm tot de mogelijkheden behoort.

De functie "herstel" is bedoeld voor cliëntengroepen, die na een ziekenhuisbehandeling een wat langere tijd voor lichamelijk herstel nodig hebben. Ook hier wordt multidisciplinaire zorg geboden, in zoverre cliënten dat nodig hebben om een zo groot mogelijke zelfredzaamheid te bereiken.

De nieuwe vestiging wordt in de nabijheid van het ziekenhuis gerealiseerd, zodat cliëntengroepen uit het ziekenhuis, die aan dit profiel voldoen, zo snel mogelijk naar het verpleeghuis kunnen worden overgeplaatst. Ketenzorgmanagement zal ervoor zorgdragen dat de door-

stroming en overdracht zo soepel mogelijk verloopt en de cliënt een op zijn/haar problematiek afgestemd aanbod zal worden aangeboden.

Ad 2. Expertisecentrum Ouderenzorg

Het expertisecentrum is een samenwerkingsverband van klinische geriatrie, neurologie, geronto-psiatrie, sociale geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde. Het centrum heeft tot doel één regionaal aanspreekpunt tot stand te brengen voor verwijzers uit de regio inzake consultatie, screening, diagnostiek en advisering met betrekking tot een passend zorgaanbod. Het centrum heeft daartoe een 'frontoffice' ingericht, waar gespecialiseerde verpleegkundige in overleg met de verwijzer een triage uitvoeren, zodat cliënten direct 'in het goede circuit' terecht komen.

In de 'backoffice' is het aanbod op het gebied van diagnostiek, behandeling en case-management georganiseerd op basis van zogenoemde zorgprogramma's. Er zijn op dit moment programma's ontwikkeld voor cognitieve stoornissen/dementie, mobiliteitsstoornissen/vallen, onbegrepen functionele achteruitgang en geronto-psiatrie.

Uitgangspunt bij de zorgprogramma's is dat de fase van screening en diagnostiek bij voorkeur op één dag plaatsvindt, zodat korte tijd daarop een integraal advies over eventuele vervolgbehandeling of een passende verblijfssituatie kan worden afgegeven aan de verwijzer. De frontoffice bewaakt de trajectvoortgang - in de diagnostiek en eventuele behandelfase - zodat de verwijzer slechts een aanspreekpunt heeft.

Het centrum is tevens beschikbaar voor vragen op het gebied van deskundigheidsbevordering en scholing.

Het expertisecentrum is een coördinatieorgaan dat het bestaande zorgaanbod op het gebied van consultatie, screening en diagnostiek van zowel het verpleeghuis als het ziekenhuis verenigt en op elkaar afstemt. De uitvoering van de activiteiten en eventuele verblijf (klinisch of poliklinisch) van de cliënt vindt echter niet in het expertisecentrum plaats, maar bij de aanbieder van het betreffende zorgprogramma.

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Conclusies

Uit ons onderzoek kunnen - met enige voorzichtigheid - de volgende conclusies worden getrokken.

- Het begrip tweedelijnszorgcentrum of tweedelijnsvoorziening wordt op verschillende wijzen geïnterpreteerd. Er is een grote overeenstemming over de deelfuncties. In veel projecten worden de deelfuncties expertise, residentiele functie bijzondere doelgroepen, kortdurende verblijf en reactivering/revalidatie als tweedelijnsvoorziening (zijnde niet 'in de wijk' aangeboden) gezien, maar ten aanzien van de organisatorische uitwerking treedt een enorme diversiteit op. Het concept 'tweedelijnszorgcentrum' wordt kennelijk meer gezien als inspiratiebron dan als 'blauwdruk' voor de herinrichting van de zorgketen. Kennelijk roept het concept nog vele vragen op dan dat het generiek toepasbaar is, onafhankelijk van verschillen in de lokale situatie.
- Het concept tweedelijnszorgcentrum staat niet op zichzelf. De wijze waarop de huidige verpleeghuisvoorzieningen worden aangepast, is sterk afhankelijk van de visie die men heeft op de inrichting van de totale zorgketen. Wordt een 'tweelaagse' (eerste lijn c.q. integraal wijkvoorzieningenstructuur versus regionaal/bovenwijks tweedelijnscentrum) of 'meerlaagse' structuur beoogd. Regionale ordening en ketenstructuur lopen hierbij door elkaar heen. In de eerste situatie is sprake van een ingrijpend transformatieproces van 'verpleeghuis' naar 'tweedelijnszorgcentrum', waarbij doelgroepen, functies, organisatiestructuur en huisvesting ingrijpend worden gewijzigd. In de tweede situatie is veelal sprake van toevoegen van een aantal subfuncties in aanvulling op de bestaande functies, organisatievormen en gebouw van het verpleeghuis.
- Uit het onderzoek komt naar voren dat keuzes met betrekking tot de inrichting van de toekomstige regionale zorginfrastructuur en de plaats en uitwerking van een 'tweedelijnszorgcentrum' daarbinnen niet alleen op ideologische (visiegebonden) overwegingen is gebaseerd, maar dat situationele factoren daar ook een zeer sterke, zo niet bepalende, invloed op hebben. Tot de situationele factoren rekenen we aspecten zoals het huidige functieaanbod van de zorginstelling, de concurrentiesituatie in de regio, de belemmerende c.q. vertragende factoren ten aanzien van de 'maakbaarheid' van een andere organisatie (cultuur, organisatieverandering, boekwaarde gebouwen, langdurende procedures, en dergelijke). Elke organisatie maakt daarbij zijn eigen keuze. De visie is vaak de aanleiding tot het beoogde veranderingsproces, terwijl de situationele factoren veelal bepalen hoe de organisatieverandering uiteindelijk zijn vorm krijgt.
- Het zijn vooral de 'fusieorganisaties' die zowel door externe (marktontwikkelingen) als interne factoren (uitvoering geven aan de nieuwe visie op zorgverlening) een proces van herinrichting van de eigen organisatie op gang hebben gebracht. Onder de (nog) zelfstandige verzorgings- en verpleeghuizen is deze ontwikkeling veel minder prominent aanwezig. Een breed zorgpakket en een aanzienlijk volume zijn kennelijk voorwaarden om een herstructureringsproces, zoals dat besloten ligt in het concept tweedelijnszorgcentrum, opgang te kunnen brengen.
- De ontwikkeling naar een geïntegreerd aanbod van wonen, welzijn, dienstverlening ('services') en zorg op lokaal niveau is nu een breed gedragen thema, waar alle - in dit onderzoek betrokken - instellingen zich op richten. Hun bijdrage en aandeel in deze ontwikkeling is echter verschillend. Soms zijn ze de initiatiefnemer, in andere situaties is de corporatie of gemeente initiatiefnemer en is de zorginstelling deelnemende partner.

Het maakt ook uit aan 'welke kant' het proces begint. Er zijn zorginstellingen, die aan het begin van de zorgketen beginnen, terwijl anderen aan de 'achterkant' beginnen ('zwaardere zorg', bijzondere doelgroepen).

- Opvallend is dat het 'wijkgericht' willen gaan werken kennelijk nog niet vanzelfsprekend inhoudt dat het merendeel van de verzorgingshuiszorg wordt geëxtramuraliseerd en een aanzienlijk deel van de verpleeghuiszorg wordt gedeconcentreerd naar kleinschalige woonvormen. De initiatieven gebundeld in cluster 2 (maar komen ook in cluster 3 en 4 voor) staan een zorginfrastructuur voor, waarin naast zoveel mogelijk thuis, ook plaats is voor verzorgings- en verpleeghuisvoorzieningen. Als onderdeel van de zorgketen chroniciteit binnen een bepaald werkgebied (zie ZUWE) of als regionale voorziening voor het gehele verzorgingsgebied (zie Pantein). Daaraan liggen zowel inhoudelijke (passende woon- en leefomgeving voor betreffende doelgroepen), organisatorische (schaalgrootte; economisch draagvlak) als pragmatische motieven ten grondslag (boekwaarde bestaande gebouwen, ontbreken van geschikte bouwlocaties).
- Veel organisatie worstelen met het dilemma concentratie (ten behoeve van specialisatie) versus deconcentratie (ten behoeve van bereikbaarheid), met name met betrekking tot de functies, waarin verblijf besloten ligt (revalidatie, kortdurende opname). Er is op dit moment een sterke overtuiging dat voorzieningen (generiek of meer specialistisch) zo dicht mogelijk bij de cliënt aangeboden moet worden. Dat weerhoudt veel zorginstellingen ervan tweedelijnsfuncties regionaal te concentreren.
- Voor de specialistische functies (consultatie, multidisciplinaire begeleiding en behandeling) geldt dat deze in toenemende mate ambulante worden georganiseerd. In toenemende mate komt de specialistische behandelaar naar de cliënt en verwijzer toe in plaats van andersom. Het bereikbaarheidscriterium is daarmee optimaal ingevuld. Toch doen zich op dit punt nog moeilijke afwegingen voor wanneer het gaat om de beschikbaarheid van specialistische behandelruimten. In welke mate moeten deze voorzieningen in het hele verzorgingsgebied op korte afstand bereikbaar zijn of is enige overbrugging middels speciaal vervoer acceptabel.
- Uit concurrentieoverwegingen kiezen zorginstellingen er vaak voor om een integraal, wijkgericht aanbod op eigen kracht te ontwikkelen in plaats van door samenwerking met andere aanbieders in de regio. Diverse V&V-organisaties zetten eigen 'thuiszorgafdelingen' op, zodat in de gebieden rond de eigen locaties de hele zorgketen aangeboden kan worden. We zijn ook situaties tegengekomen, waarin de ontwikkeling van het aanbod van multifunctionele centra gehinderd wordt door de aanwezigheid van een soortgelijk centrum van een andere aanbieder. Opzetten van lokale samenwerkingsverbanden wordt door de concurrentiegevoelens belemmerd. In andere situaties is het concurrentiegevoel aanleiding voor een verdere stap in de schaalvergroting. Zo zijn in de afgelopen periode structurele samenwerkingsverbanden of fusies ontstaan tussen een V&V-organisatie en een gehandicaptenorganisatie. Dit biedt weer nieuwe mogelijkheden voor inrichting van de 'eerste- en tweedelijnszorginfrastructuur'. Denkbaar is bijvoorbeeld dat hierdoor geïntegreerde kennis- en expertisecentra ontstaan voor de V&V- en Gehandicaptensector.
- De expertisefunctie van het Tweedelijnszorgcentrum blijkt nog een moeilijk te operationaliseren begrip te zijn. Vanwege het ambitieniveau om op wijk- of dorpsniveau cliënten zolang mogelijk te handhaven en overplaatsing naar vervolgvoorzieningen zolang mogelijk uit te stellen, dient de 'eerstelijnsorganisatie' de beschikking te hebben over kennis en kunde van een groot aantal zorgvragen. Door bijvoorbeeld het ontwikkelen van gestandaardiseerde werkwijzen en kwaliteitsmaatstaven en

verzorgenden zich in bepaalde doelgroepen c.q. ziektebeelden te laten specialiseren wordt daar hard aan gewerkt. De behoefte aan ondersteuning vanuit het multidisciplinaire team (van het verpleeghuis c.q. expertisecentrum) wordt door 'verzorgenden in het veld' dan niet altijd direct gevoeld. Alleen voor bijzondere doelgroepen en bij optreden van meervoudige, complexe problematiek is inschakelen van specialistische behandelaars noodzakelijk.

Daarnaast bestaat de ambitie om de 'verpleeghuisdeskundigheid' ook beschikbaar te stellen aan andere sectoren. Dit komt echter nog niet goed van de grond. Welke meerwaarde het verpleeghuis andere sectoren te bieden heeft, is nog niet overal goed in kaart gebracht. Andersom is binnen de ziekenhuissector en GGZ expertise aanwezig waar de V&V-sector haar voordeel mee kan doen.

Kortom de 'expertisefunctie' is een nog geen eenduidig en helder begrip, dat nog nader uitwerking verdient. De initiatieven vallend onder cluster 3 en 4 zijn in die zin inspirerend, omdat zij zich richten op een nadere uitwerking van het begrip expertisefunctie en zoeken naar een passende organisatievorm.

- Vandaar de afweging de expertisefunctie binnen de eigen sector te organiseren (zie Zorggroep Oosterlengte en Zorggroep Almere) of in samenwerking met andere sectoren. Het expertisecentrum als onderdeel van het Tweedelijnszorgcentrum of als onderdeel van het ziekenhuis.
- We zien ook verschillen tussen 'het platteland' en de stedelijke situatie. Buiten de grote steden wordt een goede spreiding van de 'eerstelijnsvoorzieningen' als een belangrijk uitgangspunt gezien. De breedte van het aanbod en de fijnmazigheid van de voorzieningenstructuur is dan bepalend in hoeverre bestaande intramurale capaciteit wordt gedeconcentreerd. In de grote steden is er veel huiver voor een ver doorgevoerde spreiding. Dat houdt vaak verband met het 'defensibel space'-principe. De openbare ruimte in de grote stad wordt als 'bedreigend' en 'onveilig' gezien, waardoor ruimtelijke clustering van zorgvoorzieningen vaak als uitgangspunt voor planontwikkeling wordt genomen. Eerste- en tweedelijnsvoorzieningen worden gecombineerd of eerstelijnsvoorzieningen worden geclusterd in of rond bestaande intramurale zorgvoorzieningen.
- Vanwege het quick scan-karakter is het onderzoek zowel in breedte als in diepte beperkt gebleven. Niet alle initiatieven zijn 'opgespoord' en de informatie van de verschillende projecten hebben we slechts beperkt kunnen beschrijven. Door de tweedelijnsinitiatieven niet op zichzelf te beschouwen, maar als resultante van een ontwikkelingsscenario te zien, hebben we echter structuur in de grote verscheidenheid van 'alledag' weten aan te brengen. Het geeft handvatten voor een vervolg, zodat meer zicht verkregen kan worden op de voorwaarden en belemmeringen, waar bestuurders mee te maken krijgen bij de ontwikkeling van tweedelijnszorgcentra.

Aanbevelingen

Op grond van het bovenstaande komen wij tot de volgende aanbevelingen. Wij formuleren onze aanbevelingen in de vorm van vraagstellingen voor vervolgonderzoek.

- Het Tweedelijnszorgcentrum' is een verzameling van enkele, nogal verschillende, zorgfuncties (langdurende zorg bijzondere doelgroepen, kortdurende zorg reactivering en revalidatie, kortdurende zorg in de zin van respijtzorg of logeervoorziening en expertisecentrum). De behoefte aan deze voorzieningen, alsmede de organisatie- en bedrijfseconomische voorwaarden zijn per deelfunctie nogal verschillend. Uit de praktijkbeschrijvingen blijkt ook dat deze functies niet noodzakelijkerwijs organisatorisch

(en ruimtelijk) bij elkaar geclusterd hoeven te worden. Er is behoefte aan meer inzicht in de prevalentie, alsmede in de organisatorische en bedrijfseconomische voorwaarden van deze onderscheidende functies. Met andere woorden met welke voorwaarden heb je bij de ontwikkeling van deze subfuncties rekening te houden en welke uitwerkingsvormen zijn mogelijk?

- De initiatieven geclusterd in groep 3 en 4 doen een poging de expertisefunctie te verduidelijken en een eigen plaats binnen de organisatie te geven. Dit is nog volop in ontwikkeling. De vraag dringt zich op of de 'expertisefunctie' een zelfstandig organisatieonderdeel dient te zijn dat op afroep beschikbaar is of dat een model waarbij gewerkt wordt met een 'multidisciplinair team' dat werkt in de hele zorgketen (van 'thuis' tot in het ziekenhuis) meer effectief is? Nader beschouwing van deze 'expertisefunctie' en hoe men daar in het veld mee omgaat, kan meer inzicht geven in de strategische keuzes, die bestuurders daarbij kunnen maken.

4.1 NAWOORD

Dit onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder welwillende medewerking van een groot aantal personen. Zonder volledig te zijn, willen we in ieder geval de volgende personen bedanken voor het verstrekken van telefonische of schriftelijke informatie:

- de heer L. Poels, Orbis Medisch Centrum
- de heer T. Mennen, Patein zorggroep
- mevrouw M. Paalvast, KVV-regio Oost
- mevrouw H. Sanders, Zorgketen Oosterlengte
- mevrouw M. van Jaarsveld en F. Brouwer Zorggroep Palet
- de heer M. Wagenaar, Zuwe
- de heer A. Weinberg, Rivas Zorggroep
- de heer J. Bergs, Vitalis Zorggroep
- de heer H. Houweling, Zorggroep Almere
- mevrouw W. Stadtman, Fontis
- de heer E. Zwerver, De Stromen
- de heer F. Bordui, SVRZ
- de heer F. Staal, De Riethorst
- mevrouw G.S. Puister, De Borg
- de heer E. Zwart, De ZorgRing
- mevrouw N. Snijder, Coloriet
- de heer J. Heshof, Allevo