

HET TWEEDELIJNSZORG-CENTRUM

Utrecht, februari 2005

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Antoinette Bolscher, RIGO Research en Advies BV

Monique Wijnties, Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Achtergrond

De organisatie van de zorg is fors in beweging. In aansluiting bij de vraag van ouderen en mensen met beperkingen zijn er steeds meer mogelijkheden om zelfstandig te blijven wonen in de wijk, mét de nodige ondersteuning in de vorm van woningaanpassingen, diensten en zorg aan huis of in kleinschalige woonvormen. Om dit aanbod mogelijk te maken, ontstaan er nieuwe combinaties van wonen, zorg en dienstverlening en nieuwe verhoudingen tussen de zorg in de eerste en tweede lijn. Dit heeft gevolgen voor de functies van de bestaande zorginstellingen.

Een deel van de verzorgingshuizen verandert in woonzorgcomplexen al dan niet in combinatie met zorg aan huis en / of een intramurale kern voor intensieve zorg. Een deel van de verpleeghuiscapaciteit wordt omgezet in kleinschalige woonvormen en verspreid over wijken in een stad of over diverse woonkernen op het platteland. Op deze manier is zorg, ook intensieve zorg, beschikbaar in de eigen woonsituatie van mensen. In organisatorische termen wordt dat de eerste lijn genoemd.

De organisatie van de verpleeghuiszorg in de eerste lijn is anders dan in het verpleeghuis. In het verpleeghuis is een multidisciplinair team aanwezig. In de eerste lijn zijn de disciplines van dit multidisciplinaire team niet dagelijks aanwezig. De verzorgende is degene die, nog sterker dan in het verpleeghuis, de schakel vormt. De multidisciplinaire zorg zal anders georganiseerd moeten worden om goede zorg te kunnen bieden. Het team dat de dagelijkse zorg levert bestrijkt een wijk of een kleinschalige woonvorm (en mogelijk van daaruit ook een deel van de wijk). Het multidisciplinaire team zal bovenwijks georganiseerd worden.

Daarnaast zijn er ook meer specifieke functies die, vanuit inhoudelijke en doelmatigheidsoverwegingen, minder goed op wijk- of dorpsniveau te realiseren zijn, zoals complexe intensieve zorg. Daarbij kan het gaan om revalidatie, herstel, diagnostiek & advisering en gespecialiseerde verpleging & verzorging. Een hiermee samenhangende ontwikkeling is de verkorting van de opnameduur in het ziekenhuis. Andere zorgaanbieders zullen zich meer (moeten) gaan richten op de opvang van cliënten voor wie de acute behandeling is afgerond maar die nog wel intensieve zorg en nabehandeling nodig hebben.

Dit heeft tot de gedachte geleid dat een tweedelijns voorziening gewenst is op (sub-)regionaal niveau als aanvulling op en ondersteuning van het wonen en zorg in de eerste lijn en andere voorzieningen in de tweede lijn. Het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg en vijf zorgorganisaties hebben dit gezamenlijk uitgewerkt in het concept van het Tweedelijnszorg-centrum. Het concept is niet bedoeld als blauwdruk, maar geeft een beeld van een mogelijke invulling.

In 2003 heeft RIGO dit concept getoetst aan de praktijk en plannen van de vijf zorgorganisaties en het concept verder uitgewerkt. Geconcludeerd is dat het concept van het Tweedelijnszorg-centrum goed herkenbaar en toepasbaar is in de praktijk. Het biedt mogelijkheden voor een flexibele uitwerking, al naar gelang de vraag in de regio en de wensen en mogelijkheden van de organisatie.

Het concept is ontwikkeld vanuit de ouderenzorg. Echter, in de andere AWBZ-sectoren is een vergelijkbare ontwikkeling te zien waarbij wonen en zorg zoveel mogelijk in de eerste lijn worden gerealiseerd. Ook voor deze sectoren speelt de vraag hoe deskundigheid als aanvulling op en ondersteuning van de eerste lijn kan worden georganiseerd. Hierbij kan het concept van een Tweedelijnszorg-centrum bruikbaar zijn, waarbij al dan niet een combinatie wordt gemaakt met het Tweedelijnszorg-centrum voor de ouderenzorg.

Het concept van het Tweedelijnszorg-centrum

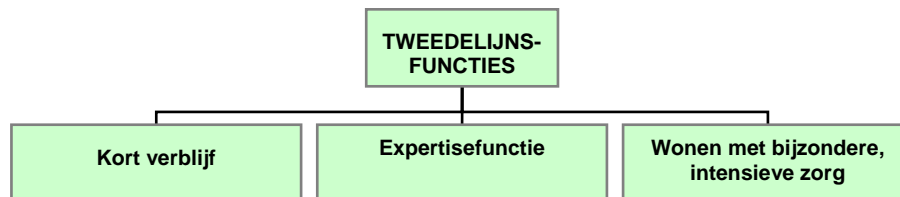
Uitgangspunt is dat zorg, ook intensieve zorg, beschikbaar is in de eigen wijk of het eigen dorp van mensen. Zorg wordt geboden bij mensen thuis, of in een zorgcentrum, verzorgingshuis of kleinschalige woonvorm. Functies die om redenen van inhoud en kwaliteit van zorg of vanwege

doelmatigheid niet op wijkniveau geboden kunnen worden, worden op bovenwijks / (sub)regionaal niveau georganiseerd (de 'tweede lijn'). Daarbij gaat het met name om functies die specifieke deskundigheid vereisen (bijvoorbeeld voor specifieke doelgroepen zoals cliënten met CVA), of een specifieke infrastructuur (zoals therapieruimte voor revalidatiezorg).

Als functies in de tweede lijn zijn in het concept van het Tweedelijnszorg-centrum onderscheiden:

- Kennis en expertise
- Kort verblijf
- Wonen met bijzondere intensieve zorg

In schema:



Expertisefunctie

Het expertisecentrum is de spil van het Tweedelijnszorg-centrum. Onder expertise wordt verstaan kennis, kunde en vaardigheden ten aanzien van (para-) medische behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging.

Het expertisecentrum bestaat uit (ambulant werkende) gespecialiseerde hulpverleners, die - naast de directe zorgverlening - een ondersteunende en adviserende functie vervullen voor de eerste lijn en voor de andere functies van het Tweedelijnszorg-centrum (kort verblijf en wonen met bijzondere, intensieve zorg). In het expertisecentrum kunnen de volgende deelfuncties worden ondergebracht:

- Observatie en diagnostiek
- Behandeling
- Informatie en advies
- Deskundigheidsbevordering

Cliënten komen naar de specialistische zorg toe (op verwijzing van de huisarts, ziekenhuis of woonzorgcentra) of de specialistische hulpverleners komen naar de cliënt of de hulpverlener toe. Vanuit het Tweedelijnszorg-centrum kunnen de verschillende hulpverleners hun deskundigheid ter beschikking stellen aan de zorgaanbieders in de wijk (zoals huisartsen, thuiszorg, verzorgingshuizen, woonzorgvoorzieningen) en aan andere voorzieningen in de tweede lijn (bijvoorbeeld het ziekenhuis). Op deze wijze ontstaat een ondersteunende en adviserende functie richting cliënten en andere aanbieders, waardoor zorgverlening in de eigen woonsituatie van de cliënt langer mogelijk is en een kwaliteitsslag in de zorg kan worden gemaakt voor bijvoorbeeld specifieke doelgroepen.

De vorm die het expertisecentrum in de praktijk krijgt, kan variëren van die van een polikliniek tot een virtueel Tweedelijnszorg-centrum daar waar gekozen wordt de deskundigen alleen ambulant te laten werken.

Kort verblijf

De tweede functie betreft het kortdurend verblijf. Kortdurende verblijfsfuncties worden aangeboden in een hotelachtige omgeving: een verpleeg- of zorghotel. Doelgroep zijn mensen die tijdelijk zorg en behandeling nodig hebben. Voor het verpleeghotel wordt gedacht aan de volgende functies:

- Revalidatie / reactivering
- Postklinische zorg
- Ziekenhuisverplaatste zorg
- Respijtzorg (tijdelijke opvang)

Ook voor observatie en diagnostiek in het expertisecentrum kan gebruik gemaakt worden van het verpleeghotel. De functie kort verblijf is sterk gerelateerd en hangt nauw samen met de expertisefunctie. Een verpleeghotel kan niet zonder expertisecentrum.

Ten opzichte van de huidige situatie is veel winst te boeken door het ontwikkelen van een verpleeghotel. Samenwerking in de keten is essentieel. In goede samenwerking in de regio, met name met het ziekenhuis, kan het Tweedelijnszorg-centrum met het verpleeghotel een belangrijke rol vervullen.

Wonen met bijzondere, intensieve zorg

Een derde functie in de tweedelijnszorg als aanvulling op de zorg in de wijk is de intensieve zorg aan bijzondere doelgroepen. Veel van de intensieve zorg is in de eerste lijn te organiseren. Er zijn echter enkele situaties waarin dit niet lukt. Sommige mensen zijn niet (meer) in staat zelfstandig te wonen, maar kunnen ook niet functioneren in een kleinschalige woonvorm, waar ze met anderen samen leven. Soms betreft dit mensen die daar hun hele leven al moeite mee hebben gehad. Soms is er sprake van ernstige gedragsproblemen. Voor deze mensen is een andere woonomgeving gewenst. Het betreft bijvoorbeeld ouderen met ernstig gedragsgestoorde psychogeriatrische problematiek.

Daarnaast zijn er doelgroepen waarvan de dagelijkse zorg zodanig gespecialiseerde en multidisciplinaire kennis vereist, dat de nabijheid van het expertisecentrum noodzakelijk is. Met name bij regelmatige veranderingen in de situatie is dit het geval. Denk hierbij bijvoorbeeld aan mensen met ALS of MS.

Rol verpleeghuizen bij aanbod van de tweedelijns functies in de ouderenzorg

Verpleeghuizen hebben in de loop der tijd veel ervaring opgedaan met en zich gespecialiseerd in multidisciplinaire, complexe zorg aan verschillende doelgroepen, met zowel kort- als langerdurend verblijf. Zo hebben zij veel expertise opgebouwd met het verplegen en behandelen van deze groepen. Tevens beschikken zij over een infrastructuur op bovenwijks / (sub)regionaal niveau. Het ligt daarom voor de hand dat verpleeghuizen de tweedelijns functies in de ouderenzorg, die zij voor een groot deel al doen, gaan intensiveren en breder beschikbaar gaan stellen. Zo ontwikkelen zij zich tot een Tweedelijnszorg-centrum.

De omslag naar een Tweedelijnszorg-centrum is iets anders dan het verwisselen van een etiket. De hele ontwikkeling waarbinnen het Tweedelijnszorg-centrum past gaat uit van het realiseren van een groot deel van het wonen met verpleeghuiszorg in de wijk in plaats van in het verpleeghuis. Het gaat dus om herschikking van functies, maar daarnaast ook om nieuwe functies.

Naar verwachting van het Kenniscentrum Wonen-Zorg zal het aantal Tweedelijnszorg-centra op termijn kleiner zijn dan het huidig aantal verpleeghuizen. Het concept gaat in grote lijn uit van één Tweedelijnszorg-centrum per regio van circa 100.000 inwoners. Dit betekent zowel voor de instellingen, als voor de branche in zijn totaal een herordening; een herordening die naadloos aansluit bij de algemene beleidslijnen gericht op het bieden van ondersteuning en zorg aansluitend bij de vraag van cliënten, verhoging van de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.

Toetsing van het concept aan de praktijk

Bij de toetsing van het concept van het Tweedelijnszorg-centrum aan de plannen van een aantal zorgorganisaties blijkt dat dit concept aansluit bij de ontwikkelingen in de praktijk. Zowel bij organisaties die hebben meegedacht over de ontwikkeling van het concept als bij organisaties die later betrokken zijn geraakt. Op het moment van toetsing van het concept is bij alle betrokken zorgorganisaties eenzelfde lijn herkenbaar in de plannen. Het verpleeghuis ziet, binnen de ontwikkelingen op het terrein van wonen en zorg, voor zichzelf een nieuwe positie als specialistisch centrum in aanvulling op de zorg in de eerste lijn:

- Vanuit de specialistische kennis die in een verpleeghuis aanwezig is, ontstaat de gedachte deze kennis op grotere schaal, ook buiten de muren in te zetten. Meer mensen blijven immers zelfstandig wonen, ook als zij intensieve zorg behoeven. Medewerkers in de eerste lijn kunnen goed gebruik maken van de expertise in de tweede lijn.
- Er is behoefte aan een tijdelijke verblijfsituatie, waar mensen bijvoorbeeld na een behandeling of een terugval als gevolg van een progressieve ziekte, kunnen herstellen en revalideren.

Mensen stellen echter steeds hogere eisen aan de omgeving waarin zij dit kunnen doen en wensen privacy en comfort. Een hotelachtige omgeving, met in de directe nabijheid behandel- en revalidatiemogelijkheden, lijkt daarop het passende antwoord.

- De heersende visie is, dat diverse woon- en zorgvormen beschikbaar moeten zijn om mensen te ondersteunen in het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen in de wijk, ook als zij zijn aangewezen op langdurige zorg. Daartoe wordt al veel ontwikkeld. Maar ook is men het erover eens dat er groepen zijn voor wie deze verblijfsfunctie niet op wijkniveau georganiseerd kan worden, vanwege de specialistische zorg die zij langdurig continu behoeven. Voor deze mensen zal een woonomgeving gecreëerd moeten worden, met intensieve zorg in de directe nabijheid.

Variaties in de uitwerking

Het concept van het Tweedelijnszorg-centrum is niet bedoeld als blauwdruk, maar het kan flexibel worden ingevuld. Dat blijkt ook te gebeuren, getuige de plannen van de organisaties die zijn onderzocht. Verschillen zijn te zien in onder meer de doelgroepen waarop men zich wil richten, de omvang, de combinaties van functies. Deze variatie in uitwerking heeft met verschillende factoren te maken:

Demografische ontwikkeling in de regio

De toename van het aantal 75+-ers verschilt per regio. Landelijk gezien is er sprake van een sterke groei vanaf 2010. Dit geldt echter niet in alle regio's. De demografische ontwikkeling in een gebied heeft invloed op de benodigde capaciteit en de (al dan niet tijdelijke) opbouw of afbouw daarvan.

Ontwikkelingen eerste lijn

Het concept van het Tweedelijnszorg-centrum gaat uit van (vergaande) extramuralisering. Deze ontwikkeling, of de mogelijkheid daartoe, is niet overal even groot. Met name de aanwezigheid dan wel beschikbaarheid van (bouwlocaties voor) geclusterde woonvormen is bepalend voor de extramuralisering van 24-uurs zorg. Een organisatie met plannen voor een Tweedelijnszorg-centrum heeft op de ontwikkelingen in de eerste lijn zelf meer of minder invloed, en is dus meer of minder afhankelijk van andere partijen. Organisaties met sterke invloed op de ontwikkelingen in de eerste lijn verplaatsen een deel van hun verpleeghuiscapaciteit naar verschillende wijken of dorpen in de vorm van kleinschalige woonvormen en bundelen de meer specialistische functies op bovenwijks niveau. Andere organisaties verplaatsen geen capaciteit naar de eerste lijn, maar richten zich op een sterkere differentiatie van functies binnen het aanbod in de tweede lijn.

Huidige expertise

Sommige verpleeghuizen hebben expertise ontwikkeld op het gebied van speciale behandel- en verpleegmethoden of zijn gespecialiseerd in de verpleging en behandeling van bepaalde doelgroepen. Dat deze expertise wordt voortgezet of zelfs wordt uitgebouwd in een Tweedelijnszorg-centrum, ligt voor de hand. Daarbij kunnen deze specialistische functies ook bovenregionaal worden ingezet, zodat een grotere schaal mogelijk is. Andere verpleeghuizen hebben een meer algemene insteek (bijvoorbeeld intensieve zorg, zonder gerichte doelgroepbenadering), en zullen de functies van een Tweedelijnszorg-centrum op basis daarvan invullen.

De mogelijkheden van een bestaand gebouw

In een nieuw gebouw kan het meest duidelijk tot uiting worden gebracht dat er is gekozen voor een nieuw concept. Maar niet elke instelling heeft de mogelijkheid een Tweedelijnszorg-centrum te realiseren in een nieuw gebouw. In dat geval moet worden uitgegaan van het bestaande gebouw en de mogelijkheden die het gebouw biedt om het concept te realiseren (omvang, vorm, combinatie van functies, uitstraling).

Concurrentie of samenwerking in de regio

Achtergrond van het Tweedelijnszorg-centrum is de verdergaande extramuralisering van zorg en een daarmee gepaard gaande herordening van functies. Een deel van de huidige capaciteit van verpleeghuizen zal worden overgeheveld naar de eerste lijn. De overblijvende capaciteit in de tweede lijn zou op termijn beperkter kunnen zijn dan de huidige verpleeghuiscapaciteit. Verpleeghuizen zullen zich gedifferentieerd ontwikkelen. Het is niet waarschijnlijk dat ieder verpleeghuis in een regio een

Tweedelijnszorg-centrum wordt. Of vanuit samenwerking (bijvoorbeeld afspraken over taakspecialisatie) of vanuit concurrentie kan een herordening van functies plaatsvinden.

Stad of platteland

Het maakt uit of een Tweedelijnszorg-centrum wordt ontwikkeld in een stad of in een plattlandsgebied:

- In een stad zijn meer zorgvoorzieningen aanwezig binnen een beperktere straal, wat consequenties kan hebben voor de omvang, de mate van specialisatie of samenwerkingsmogelijkheden binnen het Tweedelijnszorg-centrum.
- In de stad is er vaak een directere verbinding tussen de eerste en tweede lijn; een multifunctioneel centrum in de eerste lijn kan bijvoorbeeld zijn gekoppeld aan functies van het Tweedelijnszorg-centrum (bijvoorbeeld het expertisecentrum), of functies van de eerste lijn worden opgenomen binnen het expertisecentrum (bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk); dit komt omdat eerste- en tweedelijns voorzieningen letterlijk en figuurlijk dichter op elkaar zitten en er in een stad meer ruimtegebrek is.
- In de stad zijn bouwlocaties vaak zeer schaars, dit kan belemmerend zijn voor de extramuralisering in de eerste lijn en de omzetting van verpleeghuiscapaciteit naar kleinschalige voorzieningen in de wijk.

Wijze van clustering

De plannen van de zorginstellingen verschillen in de wijze waarop de functies van het Tweedelijnszorg-centrum geclusterd zullen worden. Soms wordt uitgegaan van één (bestaand) gebouw, waarin alle functies worden ondergebracht. In andere gevallen wordt gekozen voor een combinatie van expertisecentrum en een woongebouw of wordt het expertisecentrum gezien als een bundeling van disciplines, zonder dat daar een (apart) gebouw voor gerealiseerd wordt. Keuzes daarvoor berusten op onder meer visie, bedrijfsmatige overwegingen en praktische mogelijkheden.

Strategische aspecten

De keuze tot en het daadwerkelijk omvormen van een verpleeghuis naar een Tweedelijnszorg-centrum is een ingrijpende, complexe ontwikkeling waarbij zowel externe als interne strategische aspecten aan de orde zijn. In hoofdlijnen gaat het om:

Extern

- Bepalen welke de strategisch relevante partijen zijn: andere aanbieders in de eerste en tweede lijn, zorgkantoor, gemeente, provincie, woningcorporatie.
- 'Positionering' in de markt: hoe ziet vraag en aanbod in de regio eruit; welke verschuiving van functies is voorzien in de regio met de ontwikkeling van een Tweedelijnszorg-centrum; wie voert de regie; afstemming met de ontwikkelingen in de eerste lijn; welke positie neemt de betreffende organisatie als Tweedelijnszorg-centrum in; wat is de verhouding tot andere aanbieders.
- Samenwerken of concurreren: afstemmen met omgeving en bijvoorbeeld afspraken maken over taakspecialisatie of eigen plan trekken? Zijn er taakspecialisaties wenselijk in de regio of dienen bepaalde functies bovenregionaal te worden aangeboden? Hoe komt een verdeling tot stand?
- Marketing: een (deels) nieuw product moet onder de aandacht worden gebracht van mogelijke afnemers (cliënten, voorzieningen in eerste lijn en tweede lijn, regionaal niveau).
- Verder) opbouwen externe contacten en netwerken (eerste lijn, tweede lijn, regionaal niveau).
- Op brancheniveau: herordening van de sector (er zullen, uitgaande van de kengetallen, minder Tweedelijnszorgcentra zijn dan huidige verpleeghuizen).

Intern

- Nadere inhoudelijke uitwerking van het concept: bepalen van doelgroepen, functies en deskundigheid.

- Personele consequenties: voor een deel zijn andere deskundigheden en vaardigheden nodig.
- Gebouwelijk: keuzes maken m.b.t. het gebouw/de gebouwen.
- Bedrijfsmatige consequenties van de verandering in functies.
- Veranderingsproces: creëren van draagvlak; zorgvuldige procesgang, terwijl de huidige zorgverlening doorgaat; motivatie medewerkers.
- Cultuuromslag: andere inhoud en werkwijze; meer externe gerichtheid, vooral bij expertisecentrum en verpleeghotel; servicegerichtheid; ondernemersgeest.
- Logistieke veranderingen doorvoeren: met name bij het expertisecentrum (ambulant werken).
- Organisatie: zo nodig aanpassen organisatiestructuur (in verband met verschillende functies met eigen kenmerken)

Tot slot

Veel aandacht is uitgegaan de afgelopen jaren naar de extramuralisering van zorg en het realiseren van een goed aanbod van wonen, dienstverlening en zorg op wijkniveau. Als aanvulling op en ondersteuning voor de eerste lijn zijn echter ook functies nodig die niet op wijkniveau georganiseerd kunnen worden: het gaat om specialistische deskundigheid, wonen met bijzondere zorg voor specifieke doelgroepen en vormen van kortdurend verblijf waar intensieve zorg kan worden geboden, bijvoorbeeld reactivering en ziekenhuisverplaatste zorg. Voor een kwalitatief verantwoord niveau en vanuit doelmatigheidsoverwegingen is voor de organisatie van deze functies een bepaalde schaalgrootte nodig. Daarvoor heeft het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg samen met een aantal zorginstellingen het concept van het Tweedelijnszorg-centrum ontwikkeld, waarbij wordt uitgegaan van het niveau van de tweede lijn en de schaal van een regio. Vanuit de deskundigheid en infrastructuur die reeds aanwezig is bij verpleeghuizen, is de ontwikkeling naar een Tweedelijnszorg-centrum vanuit het verpleeghuis voor de hand liggend.