

## VAN VERPLEEGHUIS NAAR TWEDELIJNS ZORGCENTRUM:

### Functies en capaciteiten

Utrecht, mei 2003

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Drs. J.P.J. Singelenberg

### 1. Inleiding

In de huidige verpleeghuiszorg wordt onderscheid gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische patiënten en tussen intramurale en semi-murale indicaties. Met het laatste wordt bedoeld de dagbehandeling:

Tabel 1. Opbouw verpleeghuispopulatie per 1-1-2001

Populatie 1-1-2001	Somatiek	PG	Totaal
Intramuraal	26.000	31.000	57.000
Semi-muraal	4.900	5.600	10.500
Totaal	30.900	36.600	67.500
Wachlijsten november 2002	3.500	6.000	9.500
Totaal indicaties	34.400	42.600	77.000
Prognose 1-1-2015	44.000	55.800	99.800

Verpleeghuizen in cijfers, 2000; prognose op basis van constant gebruik bevolking 80 +

In het nieuwe denkmodel over het verpleeghuis van de toekomst (zie o.a. Nota zorg en Huisvesting, Arcares 2002) vindt de groei van de fictieve verpleeghuispopulatie tot een aantal van bijna 100.000 in het jaar 2015 op een geheel andere wijze plaats dan tot nu toe.

In de afgelopen 15 jaar (1985-2000) bleef de groei van intramurale verpleeghuiscapaciteit ook al duidelijk achter bij de behoefte en vond er overspill plaats naar de verzorgingshuizen, en naar de semi-murale (dagverzorging) en extramurale (verpleegzorg thuis) – arrangementen.

In het hier gevolgde scenario gaat dit nog een stap verder en wordt een groot deel van de traditionele grootschalige verpleeghuiscapaciteit ontmanteld en vervangen door kleinschalige voorzieningen in woongebieden, geclusterd rond eerstelijns zorginfrastructuur. Ook de verpleegzorg thuis zal een belangrijke verdere groei doormaken, vooral in de somatiek.

In de overgangperiode tot 2015 zal het onvermijdelijk zijn om ook de verzorgingshuizen, waarvan een groeiend deel functioneel verouderd zal zijn met het oog op de huidige doelgroep, voor een deel in te richten als tijdelijke woonvoorziening voor de groeiende PG-verpleeghuispopulatie.

De meest verouderde, grootschalige, ziekenhuisachtige verpleeghuizen zullen als eerste verdwijnen. Maar er zal niet alleen gesaneerd worden: tegelijkertijd ontstaan door nieuwbouw of door transformatie van de beste, nieuwste verpleeghuizen tweedelijns regionale zorgcentra, die de resterende functies van de huidige verpleeghuizen zullen overnemen en daar nieuwe functies aan toe zullen voegen.

In deze notitie gaat het om een tentatieve bepaling van de benodigde toekomstige capaciteit van het tweedelijns zorgcentrum als beoogde opvolger van het verpleeghuis.

De behoeftebepaling is gerelateerd aan de drie functies van het tweedelijns zorgcentrum:

- Regionaal expertisecentrum voor de zorg: de omvang van deze functie is afhankelijk van het totaal aantal inwoners van een regio met een indicatie verpleging/verzorging/begeleiding (met mogelijke verbreding naar alle AWBZ-indicaties indien ook de gehandicaptenzorg en GGZ zouden participeren).
- Regionale langverblijfsfunctie voor zeer zorgintensieve PG-cliënten (asielfunctie / residentiële functie).

De omvang van deze functie is gerelateerd aan de aantallen cliënten met zeer ernstige psychosociale of meervoudige problematiek en zal geleidelijk afnemen naarmate de capaciteit van decentrale eerstelijns woonvormen (kleinschalig groepswonen) groter wordt, tot aan het punt waarop contra-indicaties voor kleinschalig groepswonen gaan gelden. Over dit omslagpunt wordt in Nederland nog zeer verschillend gedacht. In dit document wordt uitgegaan van een "Scandinavisch" scenario met een zeer beperkte regionale asielfunctie.

- Regionale kortverblijfsfunctie voor (meest somatische) cliënten die na een periode van verpleging, verzorging en behandeling weer terugkeren naar de zelfstandige woonsituatie dan wel doorstromen naar b.v. een kleinschalige woonvorm voor lichamelijk gehandicapten (verpleeghotelfunctie). De omvang van deze functie kan worden bepaald op basis van zowel de uitstroomgegevens (ontslag met bestemming) als op basis van de verblijfsduur (b.v. maximaal een half jaar) voor de huidige verpleeghuizen.

De berekeningen zijn gebaseerd op een theoretische zorgregio van 100.000 inwoners.

De vergrijzing tot 1-1-2015 is verdisconteerd op basis van 2 % groei per jaar voor de bevolking van 80 jaar en ouder voor de somatiek en 2,2% groei voor het aantal ouderen met dementie (Gezondheidsraad, 2002) voor de psychogeriatricie.

Vooralsnog is het scenario beperkt gehouden tot de sector verpleging en verzorging.

## 2 Regionaal expertisecentrum voor een gebied van 100.000 inwoners

### 2.1 Functies van het regionaal expertisecentrum

- Gerontologisch en verpleegkundig centrum voor advies aan en ondersteuning van en deskundigheidsbevordering voor 10-20 eerstelijns zorgcentra.
- Informatie- en registratiecentrum voor regionale cliënten populatie verpleging en verzorging.
- Observatie, diagnose en behandelingsplan voor complexe cliënten.
- Gespecialiseerde therapieën en behandelingen die alleen op regionaal niveau aangeboden kunnen worden.
- Coördinatiepunt voor ketenzorg in relatie tot ziekenhuizen, instellingen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en revalidatiecentra.
- Centrum voor (bij)scholing, ontmoeting en intercollegiaal contact voor de regionale sector Verpleging en verzorging.

### 2.2 Verzorgingsgebied

Het totaal aantal cliënten verpleging en verzorging per 100.000 inwoners zou op grond van landelijke kengetallen in 2015 bijna 5.000 bedragen:

Tabel 2. Totaal aantal cliënten verpleging/verzorging per regio in 2015

Huidige indicatiegroepen	Landelijke aantallen	Per 100.000
Verpleging	77.000	480
Verzorging	157.000	980
Thuiszorg	393.000	2450
Totaal V & V	627.000	3920
Prognose 2015 (2%/jaar groei)	790.000	4950

Indicatiegroepen: intramuraal, semi-muraal en extramuraal, inclusief wachtlijsten

Bron: VWS

Nu zal het natuurlijk niet zo zijn dat al deze 5.000 cliënten (vnl. ouderen) die volgens de huidige indicaties aanspraak op AWBZ-zorg hebben, even zwaar wegen voor de functie regionaal expertisecentrum.

Van de thuiszorgcliënten is bekend dat 70% slechts enkelvoudige huishoudelijke hulp ontvangt. Deze 1700 cliënten zullen direct noch indirect een beroep doen op het tweedelijns centrum.

Aan de andere kant heeft in het Deense model het tweedelijnscentrum met PG-specialisatie zeker ook een functie voor de ondersteuning van de mantelzorg voor de grote groep dementerende ouderen die nog thuis wonen.

Volgens het rapport van de Gezondheidsraad zullen er per 100.000 inwoners in het jaar 2010 bijna 1300 dementerende ouderen zijn, waarvan slechts 35% in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijft. Dit betekent dat per regio 850 dementerende thuiswonende ouderen ook om registratie en aandacht van het tweedelijns expertisecentrum vragen, ook al zal de dagelijkse ondersteuning meestal via de eerstelijns centra worden verleend.

Afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de regio is, concluderend, in 2015 een totale caseload van 4.000 tot 5.000 zorggeïndiceerden met relevantie voor het tweedelijnscentrum V&V te verwachten. Deze worden bediend door 10-20 eerstelijns centra in wijken en dorpen van 5.000-10.000 inwoners.

### 2.3 Ruimtebehoefte van het expertisecentrum

De samenhang tussen de aantallen cliënten per regio en de omvang van het tweedelijns centrum (in m<sup>2</sup>) dient nog nader te worden bepaald. Vermoedelijk is deze samenhang niet recht evenredig, maar is een bepaalde minimale omvang vereist, met extra ruimte op grond van grotere aantallen cliënten in het verzorgingsgebied.

Ook het cliënttype zal een rol spelen bij de bepaling van de ruimtebehoefte. Voor de functies diagnostiek/observatie en gespecialiseerde therapieën tellen vooral de cliënten met ernstige en complexe problematiek.

Hierbij kan worden gedacht aan de huidige verpleeghuisgeïndiceerden zeer ernstige enkelvoudige of ernstige meervoudige problematiek. Blijkens de Arcares testbenchmark betreft dit 70% van de intramurale verpleeghuispopulatie. In de regio zou dit neerkomen op 70% van 480 is 340 cliënten, dat is minder dan 10% van de totale regionale caseload.

### 2.4 Specialisatie in PG- en somatisch expertisecentrum

Er kunnen ook grotere zorgregio's worden gekozen dan in het theoretisch model met regio's van 100.000 inwoners. Bijvoorbeeld een kleine provincie, een (deel van) een grote stad of een zorgkantoorregio.

Stel dat een zorgregio van 400.000 inwoners wordt gekozen als tweedelijns niveau. In dat geval zullen meerdere gespecialiseerde tweedelijns expertisecentra ontstaan. Specialisatie langs de lijn psychogeriatric / somatiek ligt als eerste voor de hand. Deze specialisatie is nu al in veel verpleeghuizen aanwezig. Een deel van de cliënten is natuurlijk moeilijk in te delen vanwege meervoudige problematiek.

Een mogelijke indeling kan worden gemaakt op basis van de Arcares testbenchmark.

Tabel 3a. Verpleeghuispopulatie naar zorgbehoefte (100% = 60.000)

Zorgbehoefte	PG licht/matig	PG ernstig	PG zeer ernstig
SOM licht/matig	12,5 %	9,5 %	3 %
SOM ernstig	9,0 %	11,5 %	12 %
SOM zeer ernstig	4,5 %	10 %	28 %
Totaal	26 %	31 %	43 %
In abs aantallen:	15.600	18.600	25.800

Bron: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> testbenchmark, Arcares 2002

Tabel 3b. Verzorgingshuispopulatie naar zorgbehoefte (100% = 105.000)

Zorgbehoefte	PG licht/matig	PG ernstig	PG zeer ernstig	Totaal
SOM licht/matig	53,5 %	12,5 %	4,5 %	70,5 %
SOM ernstig	7 %	5,5%	7 %	19,5 %
SOM zeer ernstig	1 %	3 %	6%	10,0 %
Totaal	61,5 %	21%	17,5%	100,0 %
Abs aantallen	64.600	22.100	18.400	105.000

Bron: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> testbenchmark, Arcares 2002

In totaal omvatte de testbenchmark waarop deze cijfers zijn gebaseerd 6100 verpleeghuiscliënten en 7800 verzorgingshuiscliënten.

De lijsten zijn ingevuld door het personeel dat dagelijks met de cliënten te maken heeft. Bij de zwaarte van de psychosociale problematiek is vooral gekeken naar vergeetachtigheid, niet zozeer naar gedragsproblematiek of een psychiatrisch ziektebeeld.

Op basis van deze gegevens kan de regionale cliëntenpopulatie globaal worden ingedeeld in primair PG (psychosociale problematiek is zwaarst) en primair somatiek (lichamelijke problematiek overheerst).

Voor de thuiszorg is uitgegaan dat de 30% cliënten die meer dan enkelvoudige huishoudelijke hulp ontvangt primair somatische problematiek heeft.

Daarnaast zijn dan de thuiswonende licht tot matig demente ouderen opgevoerd die primair door mantelzorg worden bediend.

Tabel 4. Expertisecentra in een grotere zorgregio van 400.000 inwoners

Specialismen	Percentage zorgcliënten	Aantal per 400.000 in 2015
V&V Primair PG	65 % van V&V indicaties	5200
Mantelzorg PG	Nu nog geen indicaties	3200
V&V primair Som	35% van V&V indicaties	2600
Complexe thuiszorg Som	30% van thuiszorgindicatie	4100
Totaal draagvlak expertisecentrum		15.100

Dit zou betekenen dat ruim 55% (8400) van de cliënten primair een PG-probleem hebben en 45% (6700) primair een somatisch probleem.

In zo'n grotere regio zouden zeker twee PG-expertisecentra nodig zijn, naast 1-2 somatische expertisecentra.

Verdere specialisaties kunnen zijn:

- PG centrum met specialisatie dementie;
- PG centrum met specialisatie gerontopsychiatrie;
- SOM centrum met gerontologische specialisatie;
- SOM centrum met specialisatie postklinische revalidatie.

### 3. Regionale langverblijffunctie voor zorgintensieve groepen

#### 3.1 Regionale verblijfsfunctie voor ouderen met gerontopsychiatrische of zeer ernstige psychosociale problematiek.

Volgens de benchmarkgegevens zouden in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen samen 44.000 ouderen met zeer ernstige psychosociale problematiek verblijven.

Per regio van 100.000 inwoners zou dit voor 2002 neerkomen op een aantal van 275 cliënten.

In het Deense Arhus volstaat men thans met 72 intramurale wooneenheden in het regionale PG-zorgcentrum Caritas voor een regio van (stad en district) ruim 500.000 inwoners. Dat zou neerkomen op slechts 14 plaatsen voor onze standaard zorgregio van 100.000 inwoners.

In voorlopende Nederlandse projecten als het Anton Piekhofje in Haarlem is na 13 jaar ervaring vastgesteld dat slechts 5% van alle verpleeghuis- PG-geïndiceerde bewoners "te zwaar" is voor deze kleinschalige woonvorm. Dit zou neerkomen op een aantal van 13 per regio van 100.000, dus ongeveer conform het Aarhus-model.

Voor Nederland is dit nog een erg grote sprong en moeten we rekening houden met een scenario waarbij de intramurale verpleeghuis capaciteit voor PG-cliënten in een reeks van jaren geleidelijk kan dalen door substitutie richting kleinschalige eerstelijns zorg.

Zo'n geleidelijk krimpscenario zou er als volgt kunnen uitzien.

Tabel 5. Reductiescenario voor omvang ernstige PG-problematiek met indicatie regionaal verpleeghuis

Stappen:	Landelijke intramurale populatie	Aantal per 100.000
1. zeer ernstig PG per 2002	44.200	275
2. minus: 6.600 thans in dagbehandeling	37.600	235
3. minus: 18.400 thans in verzorgingshuis	19.200	120
4. naar 5% norm (Anton Piekhof, Aarhus)	2.400	15

Toelichting:

- Bij de semi-murale verpleeghuiszorg wordt in de benchmark 11% van de cliënten tot de categorie "zeer ernstige psychosociale problematiek" gerekend. In de intramurale verpleeghuiszorg is dit 43%. Die 11% kan blijkbaar met een indicatie voor dagbehandeling worden geholpen. Als we in de intramurale populatie een corresponderende categorie veronderstellen, kan het percentage waarvoor geen andere oplossing bestaat dan opname in het regionaal zorgcentrum worden teruggebracht van 43% naar 32%, dus van 25.800 naar 19.200.
- In de tweede plaats kunnen we als uitgangspunt kiezen dat degenen met zeer ernstige PG-problematiek die niettemin in een verzorgingshuis verblijven, in het nieuwe model ook in een eerstelijnsvoorziening in de wijk kunnen worden gehandhaafd. Deze groep van 18.400 verwijzen we in het model naar de eerste lijn.

### Aarhusscenario

De vraag is of uiteindelijk het Aarhusscenario mogelijk zal zijn voor Nederland. Dit veronderstelt een perfect georganiseerde zorgketen tussen het regionaal zorgcentrum en de lokale zorgcentra met hun kleinschalige PG-woongroepen. Het tweedelijns expertisecentrum fungeert dan optimaal. Ook in de lokale centra vinden we dan enkele min of meer gesloten groepswoningen voor demente ouderen met gedragsproblemen.

Het regionaal longstay-centrum wordt dan in de toekomst verlicht met, rekening houdend met een versnelde groei van dementie met name tussen 2015 en 2030, toch niet meer dan 30 plaatsen per 100.000 inwoners voor de allermoeilijkste doelgroep.

Strategisch gezien zou dit scenario kunnen inhouden dat bij de bouw van een geheel nieuw regionaal centrum de longstay-capaciteit bewust klein wordt gehouden, om maximale substitutie en ketenvorming te stimuleren.

Zo lang het Aarhus-model nog niet is gerealiseerd blijft er voorlopig nog additionele verblijfs capaciteit beschikbaar in bestaande verpleeghuizen.

### 3.2 Verblijfsfunctie voor NAH en complexe somatische problematiek

In de verpleeghuizen verblijven ook nog andere, kleinere doelgroepen met langere verblijfsduur die niet goed inpasbaar zijn in lokale zorgcentra. Het gaat om doelgroepen waarvan de dagelijkse zorg gespecialiseerde kennis vereist of waarvan de aantallen te klein zijn om in lokale centra groepen van minimaal zes te kunnen vormen.

Uit de verpleeghuisstatistieken kunnen de volgende aantallen worden afgeleid:

- Diagnosegroep neurologie: 7% van 26.000 somatische cliënten = 1820.
- Jongere somatische cliënten (jonger dan 65 jaar): 13,8 % van 26.000 = 3590

Hierop in mindering brengen de kortverblijfsomatiek (max. 6 maanden) is 11,2% van het beddenvolume. Dan blijft een longstay-groep over van ergens tussen de 1600 (alleen neurologie) en 3200 (alle jongeren/ somatiek).

Uit genoemde cijfers volgen twee alternatieve scenario's voor de regionale verblijfsfunctie voor kleine somatische /meervoudige doelgroepen:

- Jongere somatische longstay-clients : 20 per 100.000-regio.
- Alleen longstay-clients uit diagnosegroep neurologie: 10 per 100.000-regio.

## 4. Kortverblijffunctie (verpleeghotel)

Om de omvang van de doelgroep voor de kortverblijffunctie te bepalen zijn twee statistische benaderingen mogelijk:

- verblijfsduur: gemiddeld bedraagt de verblijfsduur in het somatische verpleeghuis bijna een jaar; de shortstay-groep zou kunnen worden gedefinieerd als korter dan 3 maanden verblijvend.
- Bestemming na ontslag: terugkeer naar de thuissituatie na verblijf in het verpleeghuis.

Tabel 6. Somatische verpleeghuiscliënten naar verblijfsduur en bestemming, 2000/2002

Type verblijf	Percentages cliënten	Aantallen per 100.000
Verblijfsduur < 3 maanden	54 %	100
Ontslag naar thuissituatie	42 %	79

Verpleeghuizen in cijfers, Prismant/Arcares 2000

Onder de groep die korter dan drie maanden verblijft is ook een groep die terugkeert naar het ziekenhuis (3,5%) of overlijdt.

Maar ook deze groep kan gerekend worden tot de doelgroepen voor de shortstay-functie.

Ook bij de PG-cliënten is er een groep van 24% die korter dan drie maanden verblijft.

Een deel van deze groep zal ook in het nieuwe model korte tijd in het regionale verpleeghotel verblijven voor diagnostiek of behandeling, aansluitend op verblijf in de geriatrische afdeling van het ziekenhuis. Een andere deel valt in feite onder de tijdelijke opname of "respijtzorg" en zal primair in de wijk worden opgevangen in de eerste lijn.

Het is moeilijk om thans deze uitsplitsing te maken omdat deze indeling in de huidige statistiek niet wordt gehanteerd. Als een derde van de kortverblijvende PG-groep tot de regionale verpleeghotel-functie zou worden gerekend, zou dit een toeslag van 25 cliënten betekenen op de 100 somatische cliënten. Het totaal komt dan op 125 in 2002. Met een opslag van 30% voor de demografische groei komt het aantal voor 2015 op 162 personen.

Het benodigde aantal bedden in het regionale verpleeghotel hangt af van de gemiddelde verblijfsduur van de shortstay-lienten. In het jaar 2000 lag deze op ongeveer 40 dagen, maar ook hier weer leert Aarhus ons dat het, bij een goede organisatie van de thuiszorg, veel korter kan.

Stel dat de gemiddelde verpleegduur daalt tot 20 dagen, dan kan voor 162 cliënten op jaarbasis met een capaciteit van 10 bedden worden volstaan.

Maar er zal ook een substitutedruk ontstaan als gevolg van verkorting van de verpleegduur in de ziekenhuizen. Als beide effecten elkaar opheffen, zijn er dus 20 verpleeghotelbedden per 100.000 inwoners nodig. Studies over de verwachte effecten van de kortere opnameduur in ziekenhuizen moeten dit ruwe getal wat verder preciseren. Als orde van grootte kan het voorlopig volstaan.

Bij het Kenniscentrum waren medio 2002 negen zorghotels in Nederland bekend. Hieronder waren drie logeerhuizen voor dementerenden, een voor psychiatrische patiënten en een initiatief van een verzorgingshuis voor kortdurende opname. Het hierbij om een andere functie: respijtzorg. Deze hoort veeleer op het eerstelijns (lokaal) niveau thuis.

Dan waren er twee commerciële initiatieven die slechts beperkte zorg bieden.

Ten slotte twee zorghotels zoals boven bedoeld, gericht op postklinische zorg: Hengelo en Groningen. Beide zijn initiatieven van ziekenhuizen. De capaciteit is helaas niet geregistreerd.

Het is aannemelijk dat er naast de substitutiefunctie voor kortdurende verpleeghuiszorg een extra behoefte bestaat voor postklinische zorg als substituut voor ziekenhuiszorg. De zetels in Hengelo en Groningen representeren deze behoefte.

In het Universitetshospitalet Aarhus (300.000 inwoners) zijn drie soorten zorghotelachtige afdelingen: revalidatie:

- 12 bedden
- CVA-zorg: 10 bedden
- reactivering: 18 bedden

Het is niet helemaal duidelijk of deze 40 bedden de totale capaciteit voor kortverblijf somatische verpleegzorg in de regio Aarhus vormen.

In Denemarken is de verblijfsduur erg kort en de doorstroming dus erg snel vanwege de hoog ontwikkelde ketenzorg en thuiszorg. In Nederland kunnen we (nog) niet volstaan met zo'n beperkt regionaal zorghotel.

Gezien het bovenstaande is er veel voor te zeggen om het verpleeghotel in de directe nabijheid van het regionale ziekenhuis te situeren. De omvang zal al naar gelang inwonertal en leeftijdsopbouw van de zorggroep variëren rond een gemiddelde van 40 bedden.



## 5. Samenvatting scenario 2015, theoretische zorgregio 100.000 inwoners, tweedelijns zorgcentrum V&V

### 5.1 Regionaal expertisecentrum

Functies:

- gerontologisch en verpleegkundig centrum voor advies aan en ondersteuning van en deskundigheidsbevordering voor 10-20 eerstelijns zorgcentra
- informatie- en registratiecentrum voor regionale cliënten populatie verpleging en verzorging
- observatie, diagnose en behandelingsplan voor complexe cliënten
- gespecialiseerde therapieën en behandelingen die alleen op regionaal niveau aangeboden kunnen worden
- coördinatiepunt voor ketenzorg in relatie tot ziekenhuizen, instellingen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en revalidatiecentra
- centrum voor (bij)scholing, ontmoeting en intercollegiaal contact voor de regionale sector Verpleging en verzorging

Verzorgingsgebied:

- Tweedelijnsfunctie voor ca. 3.800 cliënten Verpleging en verzorging, waarvan:
  - PG-zorg: 1300 cliënten in geclusterde zorg en 800 cliënten thuiszorg/mantelzorg;
  - Som-zorg: 650 cliënten in geclusterde zorg en 1050 cliënten in thuiszorg.
- Daarnaast nog ca 2500 cliënten, meest ouderen, in lichtere enkelvoudige thuiszorg.

### 5.2 Regionaal centrum voor kortverblijf met verpleging

- Somatisch verpleeghotel: 20 bedden voor postklinische zorg (maximaal 3 maanden), reactivering, CVA-zorg.
- Hospice voor terminale zorg (PM).

### 5.3 Regionaal centrum voor langdurig verblijf

- Hofje met 2 tot 3 PG- leefgroepen van 6 personen met gerontopsychiatrische zorg.
- Aanleuncluster met 10 wooneenheden voor ernstige/complex somatiek (NAH en DDT).

In het scenario is in 2015 de transformatie van het klassieke verpleeghuis naar een "Deense" structuur met eerste en tweedelijns centra nog niet voltooid.

Op regionaal niveau zullen naast het tweedelijns centrum nieuwe stijl per 100.000 inwoners zeker nog 120 tot 240 intramurale verpleeghuisplaatsen aanwezig zijn voor cliënten met ernstige en complexe problematiek, die hun zorg nog niet in de eerstelijns centra of thuis kunnen ontvangen.

### 5.4 Locatie van het tweedelijns zorgcentrum

De functies van tweedelijns zorgcentrum behoeven niet noodzakelijk op een enkele locatie te worden samengebracht.

Als locatiecriteriën per functie gelden:

- Regionaal expertisecentrum: centraal gelegen t.o.v. de lokale zorgcentra in de regio; in een centrumgemeente, goed bereikbaar, nabij binnenstad en (bus) station.
- Regionaal centrum voor kortverblijf: gelegen in de nabijheid van het regionaal ziekenhuis.
- Regionaal centrum voor langdurig verblijf met begeleiding: beschutte locatie ("hofje") in binnenstedelijk gebied of centraal gelegen woongebied.

Een mogelijke transformatiestrategie is om een combinatie van genoemde functies voorlopig onder te brengen in een gunstig, centraal gelegen en functioneel vrij nieuw verpleeghuis of aangepast verzorgingshuis. Later kunnen dan functies worden afgesplitst naar optimale locaties.