

Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg

Verdiepend onderzoek voor versterken
passende (hospice)zorg



Colofon

Opdrachtgever

Consortium Ligare

Auteurs

Van de Belt, A., Laan, A., Jansen, P., Buitenhuis, N., Pansier, L., & Eskes, H.

Kenmerk

NB/25/0215/kspz

© bureau HHM 2025



Bij deze rapportage hoort het prognosemodel Capaciteit hospicebedden, kenmerk HE/24/2208/kspz.

Inhoud

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | Inleiding | 6 |
| 1.1 | Aanleiding en vraagstelling | 6 |
| 1.2 | Onderzoeksdoel en -vragen | 7 |
| 1.3 | Aanpak | 7 |
| 2. | Prognosemodel | 11 |
| 2.1 | Inleiding | 11 |
| 2.2 | Autonome factoren | 12 |
| 2.3 | Beleidsmatige factoren | 14 |
| 2.4 | Uitkomsten prognosemodel | 15 |
| 3. | Palliatieve terminale zorg voor specifieke doelgroepen | 17 |
| 3.1 | Werkwijze en respons | 17 |
| 3.2 | Mensen met een verstandelijke beperking | 18 |
| 3.3 | Mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek | 21 |
| 3.4 | Kinderen/Jeugd | 25 |
| 3.5 | Mensen met een migratieachtergrond | 26 |
| 4. | Aanbevelingen | 29 |
| 4.1 | Toepassing prognosemodel | 29 |
| 4.2 | Organiseer en deel expertise over specifieke doelgroepen | 31 |
| 4.3 | Leer- & ontwikkelomgeving | 32 |
| 4.4 | Sterven op de plek van voorkeur | 33 |
| Bijlage 1. | Technische toelichting | 34 |
| Bijlage 2. | Overzicht type hospices inclusief financiering | 41 |
| Bijlage 3. | Gespreksleidraad | 42 |
| Bijlage 4. | Actieplan per regio | 43 |

Samenvatting

Consortium Ligare (bestaande uit de regio's Drenthe/Steenwijkerland, Friesland, Groningen, IJssel/Vecht & Noordoost Overijssel, Salland en Twente) wil meer inzicht krijgen in de benodigde hospicecapaciteit. Dit inzicht vormt de basis voor regionale samenwerking en het toekomstbestendig inrichten van de hospicezorg. Dit onderzoek is een verdieping op het onderzoek dat door [Berenschot](#) is uitgevoerd waarin de huidige capaciteit per zorgkantorregio en scenario's voor de toekomstige benodigde capaciteit zijn uitgewerkt. Uit de verkennende gesprekken bleek dat de regio's behoefte hebben aan inzicht in de factoren die de benodigde capaciteit bepalen en een regiospecifieke weg van de impact van deze factoren.

In dit onderzoek hebben we een regiospecifiek prognosemodel ontwikkeld met daarin gegevens over de huidige situatie en een vertaling naar de toekomstig benodigde capaciteit op basis van autonome factoren (meetbare, demografische factoren zoals vergrijzing en het mantelzorgpotentieel), en beleidsmatige factoren (factoren waar organisaties en netwerken met hun keuzes invloed op uit kunnen oefenen, zoals de inzet van Advance Care Planning (ACP), inzet van vrijwilligers in de thuisituatie en de aanpak van verkeerde bed-problematiek). Deze factoren hebben we met elke regio besproken en gezamenlijk is nagedacht over de impact ervan. We zien in elke regio een stijging van het aantal ouderen en een daling van het mantelzorgpotentieel, wat zorgt voor een toename in de vraag naar hospicebedden. Tegelijkertijd is het hebben van voldoende vrijwilligers en personeel een randvoorwaarde om de capaciteit ook te kunnen realiseren.

Daarnaast hebben de regio's aangegeven dat het niet altijd duidelijk is waar specifieke doelgroepen met bijzondere zorgwensen of -behoeften terecht kunnen. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben wij voor vier doelgroepen

(mensen met een verstandelijke beperking, mensen met psychische- en/of verslavingsproblematiek kinderen/jeugd en mensen met een migratieachtergrond) onderzoek gedaan naar specifieke (zorg)-behoefte in de stervensfase en wat dit betekent voor betrokken organisaties en de beschikbare capaciteit.

Op basis van onze inventarisatie concluderen wij dat oplossingen niet zozeer te vinden zijn in het creëren van specifieke doelgroep-plekken of -capaciteit, maar in het toevoegen van expertise: van palliatieve zorg naar doelgroeporganisatie of andersom. Aanbevelingen hierbij zijn het in kaart brengen van knelpunten, beschikbare kennis en expertise uitwisselen binnen de netwerken om samenwerking te versterken en op Ligare-niveau acties te organiseren zoals kennisbevordering voor vrijwilligers en het uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden.

De uitkomsten van het prognosemodel en het verdiepende onderzoek over doelgroepen is gebruikt als basis om met iedere regio een actieplan op te stellen. Gezamenlijk hebben we nagedacht over de effecten van de beleidsmatige factoren en welke acties de regio wil inzetten om voldoende en kwalitatief goede hospicecapaciteit te (blijven) realiseren in de toekomst.

We geven een aantal aanbevelingen mee voor het vervolg:

- Het prognosemodel biedt inzicht in de toekomstige hospicecapaciteit en vormt de basis voor regionale gesprekken over benodigde capaciteit en mogelijke uitbreiding. Regio's wordt geadviseerd om afspraken te maken over eenduidige registratie, actualisatie en het gebruik van het model.
- De inschatting van de benodigde capaciteit geeft input voor het gesprek in de regio's over hoeveel bedden de komende jaren gerealiseerd moeten worden. We adviseren om het gesprek over en keuzes met betrekking tot de benodigde capaciteit als regio op te pakken en daarbij

de verschillende type hospices te betrekken: de Bijna Thuis Huizen, High care-hospices en Palliatieve Units.

- De haalbaarheid van het daadwerkelijk kunnen realiseren van extra capaciteit is een uitdaging. Mede vanwege de vele elementen die van invloed zijn op haalbaarheid als wel de uitdagingen die sommige elementen met zich meebrengen. Zo staat bijvoorbeeld de financiering van hospices, met name Bijna Thuis Huizen, onder druk, wat de gewenste uitbreidingen kan bemoeilijken. We adviseren Consortium Ligare om in afstemming met de regio's na te denken over een gesprekshulpmiddel dat regio's kan helpen bij het voeren van het gesprek over de te realiseren capaciteit en zo ja, welk hulpmiddel.
- Ligare als consortium kan de regio's ondersteunen door een leer- en ontwikkel omgeving te creëren voor het uitwisselen van kennis en ervaringen.
- Tot slot bevelen we aan om te onderzoeken wat ervoor nodig is om sterven op de voorkeursplek beter te faciliteren. Uit de gesprekken blijkt dat dit met name een vraag is bij ziekenhuizen. Mogelijk kunnen relatief eenvoudige interventies, zoals goede informatie voor transferbureaus, al helpen.

1. Inleiding

Hoe kunnen we de hospicezorg toerusten om voldoende en kwalitatief goede zorg te bieden, nu en in de toekomst? Deze vraag staat centraal in het project Versterken hospicezorg van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II. Een belangrijk onderdeel van dit vraagstuk is inzicht in de benodigde capaciteit, als basis om regionale samenwerking bespreekbaar te maken en de hospicezorg toekomstbestendig in te richten en waar nodig te verbeteren.

Bureau HHM is door Consortium Ligare gevraagd een verdiepend onderzoek te doen naar de benodigde hospicecapaciteit en de zes regio's in het werkgebied van Ligare te helpen hiervoor een actieplan op te stellen.

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding en vraagstelling van het onderzoek en de gehanteerde aanpak.

1.1 Aanleiding en vraagstelling

Vanuit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg' is een stimuleringsimpuls beschikbaar gesteld aan de consortia Palliatieve Zorg. Doel van dit budget is om een impuls te geven aan het toekomstbestendig inrichten van hospicezorg, waarbij rekening wordt gehouden met de demografische en culturele kenmerken van de regio's en de kwaliteits- en capaciteitsvraagstukken in het consortium.

In de eerste fase van het project heeft Berenschot een rapportage opgeleverd met de huidige capaciteit per zorgkantorregio en scenario's voor de toekomstige benodigde capaciteit. De indruk binnen Consortium Ligare is dat de rapportage cijfermatig niet volledig is en dat de capaciteitsscenario's te weinig aanknopingspunten bieden voor een plan om de beschikbaarheid en kwaliteit van hospicezorg daadwerkelijk te verbeteren. Daarom heeft Consortium Ligare voor de tweede fase van het project aan bureau HHM gevraagd een verdiepingsslag te maken op het capaciteitsonderzoek van Berenschot.

In eerste instantie richtte de vraag van Ligare aan bureau HHM zich op kwaliteit van sterven door meer inzicht in klantreizen en factoren die sterven op de plek van voorkeur kunnen bevorderen. Na verschillende overleggen met Ligare is de focus gelegd op het capaciteitsvraagstuk, zodat het onderzoek aansluit bij de doelstelling van de stimuleringsimpuls. Daarbij richten we ons wat de capaciteit betreft op de hospicezorg, maar kijken we waar mogelijk naar het bredere perspectief van passende zorg in de palliatieve terminale fase. Vandaar de haakjes in de titel van dit rapport: **Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg.**

Projectgroep en stuurgroep

Voor dit onderzoek is een projectgroep gevormd. Vanuit iedere regio is een vertegenwoordiger aangesloten. In de projectgroep is de aanpak aangescherpt, kennis gedeeld en draagvlak gecreëerd. De projectgroep is twee keer met bureau HHM bij elkaar gekomen. Daarnaast vond wekelijks overleg plaats met de stuurgroep (Gabriëlla Jansen, Hanna Klop en Linda van de Poll), waarin de voortgang en eventuele aandachtspunten werden besproken.

1.2 Onderzoeksdoel en -vragen

Het doel van het onderzoek is dat Consortium Ligare en haar zes regio's (met daaronder de 18 Netwerken Palliatieve Zorg) goed zicht krijgen op wat in de regio Noordoost Nederland nodig is aan capaciteit in de hospicezorg. Dit inzicht moet de partijen in de regio's en op Ligare-niveau helpen om in gesprek te gaan over het realiseren van de benodigde capaciteit.

Om tot een goede vraagstelling voor het onderzoek te komen, hebben we meerdere keren gesproken met de projectgroep en stuurgroep van Ligare. Daarnaast hebben we op regioniveau een verkennend gesprek gevoerd met de netwerkcoördinatoren aan de hand van een gespreksleidraad ([bijlage 3](#)). In deze verkennende gesprekken kwamen diverse behoeftes en wensen van de regio's naar voren. Voor de afweging welke punten we mee konden nemen, hebben we gekeken naar de relatie met het capaciteitsvraagstuk en naar de haalbaarheid binnen de doorlooptijd van dit onderzoek.

In afstemming met de projectgroep hebben we de vier onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat is de benodigde toekomstige (hospice)capaciteit per regio en regio overstijgend?

2. Welke (regionale) ontwikkelingen beïnvloeden de benodigde capaciteit en wat is de impact van deze ontwikkelingen?
3. Welke specifieke doelgroepen kunnen beter worden bediend en op welke wijze?
4. Welke activiteiten zijn nodig om de capaciteit per regio en regio overstijgend beter te benutten (actieplan)?

Wanneer wij spreken over regio of regio's hebben we het over de zes regio's binnen Ligare met daaronder 18 Netwerken Palliatieve Zorg:

- Friesland (5 netwerken)
- Groningen (3 netwerken)
- Drenthe & Steenwijkerland (4 netwerken)
- Twente (3 netwerken)
- Salland (1 netwerk)
- IJssel-Vecht & Noordoost Overijssel (2 netwerken)

Naast een antwoord op de vier onderzoeksvragen in deze rapportage, leveren wij per regio een Capaciteitsplan 2030 op in het format dat door NPPZ II ter beschikking is gesteld.

1.3 Aanpak

We beschrijven onze aanpak in drie onderdelen:

- De ontwikkeling van een prognosemodel voor de beantwoording van vraag 1 en 2.
De aannames en berekeningen beschrijven we in hoofdstuk 2. Het prognosemodel zelf is als Excel-document beschikbaar.
- De werkwijze voor vraag 3 naar specifieke doelgroepen.
Het resultaat beschrijven we in hoofdstuk 3.

- De uitwerking van een actieplan per regio (vraag 4).
De actieplannen zijn opgenomen in bijlage 4.

We lichten hier de aanpak voor ieder onderdeel toe.

Onderdeel 1. Prognosemodel

Uit de verkennende gesprekken bleek dat de regio's behoefte hebben aan inzicht in de factoren die de benodigde capaciteit bepalen en een regio-specifieke weging van de impact van deze factoren (dus niet een generieke berekening zoals in de capaciteitsscenario's van Berenschot). Daarbij wilden zij een doorkijk op het capaciteitsvraagstuk voor de komende 10 tot 20 jaar (dus niet beperkt tot 2030 zoals in het project Versterken hospicezorg).

Om aan deze behoefte te voldoen, hebben wij een prognosemodel ontwikkeld dat per regio gevuld is met gegevens over de huidige situatie en dat een vertaling maakt naar toekomstig benodigde capaciteit op basis van diverse factoren.

Om dit model te vullen, hebben we voor de huidige situatie gebruikgemaakt van de brondata uit het onderzoek van Berenschot (origineel en aanvullend onderzoek) voor de hospices die toestemming hebben gegeven voor het gebruik van deze data door bureau HHM.

Voor de prognose van de toekomstige benodigde capaciteit hebben we aannames gedaan voor de impact van twee typen factoren:

- Autonome factoren: meetbare, demografische factoren zoals vergrijzing en mantelzorgpotentieel.
- Beleidsmatige factoren: factoren waar organisaties en netwerken met hun keuzes invloed op uit kunnen oefenen. Denk aan de inzet van Advance Care Planning (ACP), betere communicatie en verwijzings-

structuren, inzet van vrijwilligers in de thuissituatie en aanpak van verkeerde bed-problematiek.

De waarden van de autonome factoren zijn bepaald op basis van data. Waar mogelijk hebben we gebruikgemaakt van regionale gegevens, zoals die beschikbaar zijn via regiobeelden, Palliaweb en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Zie [bijlage 1](#) voor een toelichting op en verantwoording van de bronnen.

We hebben de relevantie van diverse autonome factoren getoetst en een inschatting van de impact op de capaciteit verkend in een online bijeenkomst per regio. De netwerkcoördinatoren en (via hen) vertegenwoordigers van de hospices waren hierbij aanwezig. Ook de relevante beleidskeuzes en weging van de impact hebben we in deze bijeenkomst besproken. Een kwantitatieve doorvertaling van de beleidskeuzes bleek lastig. Met de regio's hebben we een inschatting gemaakt van de impact in termen van meer of minder impact op de capaciteitsvraag.

De input uit de online bijeenkomsten hebben we verwerkt in het prognosemodel (zie verder [hoofdstuk 2](#)). Het model is aanpasbaar, waardoor iedere regio zelf 'aan de knoppen kan draaien' en verschillende scenario's kan bekijken. Hiermee biedt het prognosemodel input voor gesprekken in de regio's over het versterken van de hospicezorg. Het model kan jaarlijks worden herijkt om de stand van zaken te actualiseren en prognoses bij te stellen op basis van de ingezette acties.

Deel 2. Specifieke doelgroepen

Uit de verkennende gesprekken met de regio's bleek dat niet altijd duidelijk is waar specifieke doelgroepen met bijzondere zorgwensen of -behoeften terecht kunnen. Er werden diverse doelgroepen genoemd in deze

gesprekken: kinderen/jeugd, dak- en thuislozen, psychische problematiek, verstandelijke beperking, ALS, verslavingsproblemen, migratieachtergrond en dementie. Ook kwamen verschillende factoren naar voren die de zorg aan deze doelgroepen lastig kunnen maken, bijvoorbeeld de noodzaak van specifieke zorgapparatuur, een tekort aan deskundigheid voor bepaalde complexe zorgbehoeften en de onwenselijkheid van een bepaalde mix van doelgroepen op dezelfde locatie.

In de projectgroep is besloten om te focussen op een beperkt aantal doelgroepen, met het oog op de korte doorlooptijd van het traject en de belasting voor de netwerken. De keus viel op de doelgroepen:

- mensen met een verstandelijke beperking (VG),
- mensen met psychische- en/of verslavingsproblematiek (GGZ/verslaving),
- kinderen/jeugd en
- mensen met een migratieachtergrond.

Om richting te geven aan het onderzoek naar deze doelgroepen hebben we de volgende vragen geformuleerd:

1. Om hoeveel mensen gaat het per doelgroep, uitgesplitst naar de afzonderlijke regio's en voor Ligare als geheel?
Deze vraag bleek niet goed te beantwoorden en laten we verder buiten beschouwing.
2. Wat zijn de specifieke zorg- en ondersteuningsbehoeften van deze doelgroepen in de stervensfase?
3. Hoe ziet de laatste levensfase voor deze doelgroepen er doorgaans uit (waar overlijden zij nu)?
4. Aan welke kenmerken moeten voorzieningen voldoen om passende zorg te bieden (per doelgroep)?
5. Welke voorzieningen in de regio's zijn al specifiek geschikt voor mensen uit deze doelgroepen en welke capaciteit hebben zij hiervoor?

6. Wat is nodig om voldoende passende zorg te creëren en op welke schaal kan dit het beste worden georganiseerd?

Voor de vier genoemde doelgroepen hebben we een korte documentstudie uitgevoerd om inzicht te krijgen in de specifieke (zorg)behoefte in de stervensfase en wat dit betekent voor betrokken organisaties en de beschikbare capaciteit. We hebben hiervoor gebruikgemaakt van onder andere documentatie op Palliaweb en landelijke kennis- en expertisecentra voor de doelgroepen, indien aanwezig (zoals het Kenniscentrum kinderpalliatieve zorg, Kennisplein gehandicaptenzorg, NISPA (verslavingszorg) en NOOM (oudere migranten)).

Voor mensen met een verstandelijke beperking en voor GGZ/verslaving is aanvullend een online bijeenkomst georganiseerd om met elkaar in gesprek te gaan. Alle netwerkcoördinatoren en (via hen) de netwerkpartijen zijn uitgenodigd voor de bijeenkomsten. Voorafgaand aan de bijeenkomsten zijn de regio's gevraagd om aan te geven voor welke doelgroepen zij over voorzieningen beschikken, wat ontbreekt in hun regio en welke mogelijkheden zij zien voor het eventueel creëren van aanbod. Deze gegevens zijn tijdens de bijeenkomst gepresenteerd, samen met de opbrengsten van de documentstudie. Dit heeft bijgedragen aan de onderlinge uitwisseling over mogelijke werkwijzen voor passende zorg voor deze doelgroepen.

Deel 3. Actieplan per regio

De input uit het prognosemodel en voor de specifieke doelgroepen is gebruikt als basis om voor iedere regio een actieplan op te stellen. Per regio hebben we een bijeenkomst georganiseerd voor netwerkcoördinatoren en vertegenwoordigers van de hospices. In deze bijeenkomsten hebben we het prognosemodel toegelicht en met de deelnemers nagedacht over de effecten van de beleidsmatige factoren en welke acties zij willen inzetten om

voldoende en kwalitatief goede hospicecapaciteit te (blijven) realiseren in de toekomst. De acties zijn zo concreet mogelijk uitgewerkt (wie, wat, waar, wanneer). De mate van concreetheid van acties is afhankelijk van de situatie in de regio's. Sommige regio's hebben een goede samenwerking en zijn als regio al langer in gesprek over hoe ze de uitdagingen voor de (hospice)zorg willen aanpakken. Er zijn ook regio's waarbij de samenwerking (deels) nog gevormd moet worden of net op gang komt. Het actieplan kan in die regio's vooral gezien worden als een eerste verkenning van mogelijke beleidskeuzes, die in 2025 verder kunnen uitgewerkt. In iedere regio hebben we nagedacht over de borging van het actieplan. Op basis van de input uit de sessie is een concept actieplan uitgewerkt. Het actieplan is ter toetsing voorgelegd aan de betreffende regio. De feedback van de regio's is verwerkt en de definitieve actieplannen zijn te vinden in [bijlage 4](#).

Deelname van regio's

Bij de start van het onderzoek zijn regio's gevraagd aan welke delen van het plan van aanpak zij wilden bijdragen. Alle regio's hebben aangegeven het capaciteitsonderzoek te willen uitvoeren. Deelname door hospices verschilde per regio.

Rapportage

De opbrengsten van dit onderzoek hebben we gedeeld met de stuurgroep van Ligare en met de regio's. Deze eindrapportage beschrijft de opbrengsten van het onderzoek. Daarnaast is een aanpasbaar prognosemodel opgeleverd en de actieplannen.

2. Prognosemodel

We hebben een regio-specifiek prognosemodel ontwikkeld om een inschatting te maken van de benodigde hospicecapaciteit. Om een inschatting te maken is gebruikgemaakt van autonome factoren en beleidskeuzes. Het prognosemodel geeft inzicht op vier schaalniveaus (provincie, zorgkantorregio, regio en netwerk).

Dit hoofdstuk beschrijft de opbouw van het model. We beschrijven de factoren in het prognosemodel (zowel kwantitatieve waarden als kwalitatieve duiding). Zie [bijlage 1](#) voor een technische toelichting.



Disclaimer

De gepresenteerde prognoses zijn gebaseerd op de aangeleverde capaciteit van de hospices en dienen als uitgangspunt. Het prognosemodel is een levend document en kan door regio's worden aangepast aan veranderende omstandigheden. Regio's worden geadviseerd alert te blijven op actuele en toekomstige ontwikkelingen en deze door te vertalen naar hun eigen situatie.

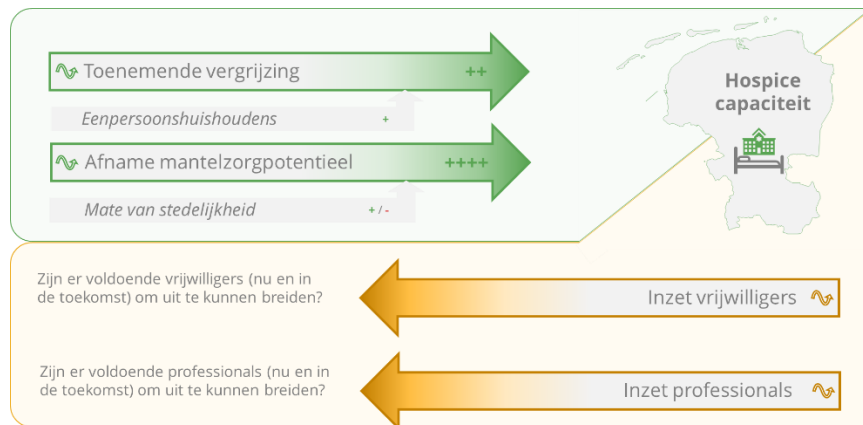
2.1 Inleiding

We hebben een prognosemodel ontwikkeld dat de (benodigde) capaciteit op vier verschillende niveaus inzichtelijk maakt: op provinciaal niveau, op zorgkantoorniveau, op regioniveau en op netwerkniveau. Het model geeft een prognose voor het aantal benodigde bedden tot en met het jaar 2040. Voor ieder tussenliggend jaar kan een prognose bekeken worden. In elke regio zijn gesprekken gevoerd over factoren die van invloed zijn op de benodigde capaciteit en daarmee onderdeel moeten zijn van het prognosemodel. Deze factoren zijn verdeeld in autonome factoren en de beleidsmatige factoren en beschrijven we in de volgende paragrafen. Waar mogelijk zijn (regionale) bronnen gebruikt. Een nadere toelichting over de bronnen van de berekeningen zijn te vinden in [bijlage 1](#).

Het prognosemodel kan door regio's en op Ligare-niveau gebruikt worden als input voor gesprekken over de realisatie van capaciteit en voor gesprekken met financiers.

2.2 Autonome factoren

Met autonome factoren bedoelen we factoren die naar alle waarschijnlijkheid plaatsvinden ongeacht actief beleid. Op basis van de gesprekken zijn we gekomen tot vier factoren: vergrijzing, mantelzorgpotentieel, vrijwilligers en professionals. De eerste twee factoren (vergrijzing en mantelzorgpotentieel) hebben invloed op de benodigde bedden. De twee laatstgenoemde factoren hebben invloed op het kunnen realiseren van de benodigde bedden (zie figuur 1).



Figuur 1. Autonome factoren in prognosemodel

Vergrijzing

De factor *Vergrijzing* beïnvloedt de hospicecapaciteit op verschillende manieren. Doordat het aantal 65-plussers en 80-plussers de komende jaren toeneemt, zal ook de benodigde capaciteit toenemen. Uit de [registratierapportage van VPTZ in 2022](#) blijkt dat 88% van gasten in hospices 65 jaar of ouder is. In vier regio's is de prognose dat het aantal ouderen in 2040 tussen de 25% en 29% stijgt ten opzichte van nu. In twee regio's is de prognose dat het aantal ouderen met 43% - 44% stijgt. Het aantal eenpersoonshuishoudens stijgt met 4% - 5%.

| Regio | Vergrijzing | | Verhoging |
|------------------------------------|-------------|---------|-----------|
| | 2022 | 2040 | % |
| Zorgkantoor Drenthe | 120.140 | 152.820 | 27% |
| Regio Drenthe & Steenwijkerland | 130.490 | 166.790 | 28% |
| Zorgkantoor Friesland | 146.980 | 190.030 | 29% |
| Regio Friesland | 146.980 | 190.030 | 29% |
| Zorgkantoor Twente | 132.780 | 171.640 | 29% |
| Regio Twente | 132.780 | 171.640 | 29% |
| Zorgkantoor Zwolle | 71.020 | 100.880 | 42% |
| Regio IJssel-Vecht & NO Overijssel | 60.670 | 86.910 | 43% |
| Zorgkantoor Midden-IJssel | 38.200 | 54.970 | 44% |
| Regio Salland | 38.200 | 54.970 | 44% |
| Zorgkantoor Groningen | 121.480 | 152.070 | 25% |
| Regio Groningen | 121.480 | 152.070 | 25% |

Tabel 1. Vergrijzing per zorgkantoor en regio

In de gesprekken onderscheid gemaakt tussen de groep mensen die gezond oud wordt, en de groep mensen die kwetsbaar oud wordt. Van de eerste groep wordt weinig effect verwacht in de hospices. Deze mensen komen doorgaans thuis te overlijden (of maken gebruik van een hospice vanwege omstandigheden die losstaan van het gezond oud worden, zoals de beschikbaarheid van mantelzorg). Binnen de kwetsbare ouderen zien we een verdeling; aan de ene kant zien we een groep eenzame ouderen/eenpersoonshuishoudens. In deze groep komt het voor dat zij door de liefdevolle

aandacht en warme zorg 'opknappen' in het hospice, de gemiddelde ligduur neemt hierdoor toe. Uit de VPTZ-registratie zien we dat dit voorkomt bij gemiddeld 6% van de opnames ([Registratierapportage VPTZ 2023](#)).

Aan de andere kant zien we een groep die langer thuis woont, 'kwetsbaar' uit het ziekenhuis ontslagen worden, of situaties met overbelaste mantelzorgers. Deze mensen komen relatief laat in een hospice en overlijden snel. De ligduur neemt daardoor af.

Mantelzorgpotentieel

Het mantelzorgpotentieel is het aantal potentiële mantelzorgers (50- tot 65-jarigen) per 85-plusser. Dit potentieel neemt in alle regio's de komende jaren af. Hierdoor neemt de vraag naar hospicezorg naar verwachting toe. Mensen die geen netwerk hebben of waar mantelzorg wegvalt, komen mogelijk eerder in het hospice terecht. In de gesprekken kwam naar voren dat er een onderscheid is te maken tussen stedelijke en landelijke gebieden. In de landelijke gebieden is doorgaans een groter netwerk en speelt 'noaberschap' mee. In de stedelijke gebieden zal het aantal ouderen zonder netwerk groter zijn waardoor nog minder mantelzorgers beschikbaar zijn. In de BTH's zal dit verschil het meest zichtbaar zijn, omdat op deze plekken meer mantelzorg is betrokken. HCH's en PU's zijn meer gericht om de complexere, gespecialiseerde zorg, waar mantelzorg vaak niet toereikend is. In de prognose hebben we het effect van het mantelzorgpotentieel voor de stedelijke regio's met 10% versterkt en voor de landelijke regio's met 10% verzwakt.

In iedere Ligare-regio zien we een sterke afname van het mantelzorgpotentieel. Waar dit in 2022 over de regio's gemiddeld nog 9,1 is, neemt dit tot en met 2040 af naar gemiddeld 3,3. Oftewel: waar in 2022 nog circa negen mensen in de leeftijd van 50 tot 65 waren per 85-plusser, zijn dit er in 2040 nog maar circa drie per 85-plusser.

| Regio | Mantelzorgpotentieel | | Afname |
|------------------------------------|----------------------|------|--------|
| | 2022 | 2040 | % |
| Zorgkantoor Drenthe | 8,4 | 3,0 | -64% |
| Regio Drenthe & Steenwijkerland | 8,4 | 3,1 | -63% |
| Zorgkantoor Friesland | 9,1 | 2,8 | -69% |
| Regio Friesland | 9,1 | 2,8 | -69% |
| Zorgkantoor Twente | 8,9 | 3,4 | -62% |
| Regio Twente | 8,9 | 3,4 | -62% |
| Zorgkantoor Zwolle | 10,0 | 4,0 | -60% |
| Regio IJssel-Vecht & NO Overijssel | 10,1 | 4,0 | -60% |
| Zorgkantoor Midden-IJssel | 9,1 | 3,2 | -65% |
| Regio Salland | 9,1 | 3,2 | -65% |
| Zorgkantoor Groningen | 8,9 | 3,3 | -63% |
| Regio Groningen | 8,9 | 3,3 | -63% |

Tabel 2. Ontwikkeling mantelzorgpotentieel per zorgkantoorregio en regio.

Aantal vrijwilligers en aantal professionals

Het hebben van voldoende vrijwilligers en professionals zijn randvoorwaardelijk voor de capaciteit.

Vrijwilligers

Uit de gesprekken blijkt dat de meeste vrijwilligers 60 jaar of ouder zijn. Met het groeiende aantal 60-plussers zien regio's in theorie kansen om voldoende vrijwilligers te werven. Uitdaging bij deze groep is dat vrijwilligers regelmatig kampen met eigen gezondheidsproblemen met uitval als gevolg.

Tegelijk wordt ook een verschuiving naar een 'jongere' groep vrijwilligers gesignaleerd. Deze groep zoekt meer flexibiliteit in roosters en wil minder vastgelegde verplichtingen. Eerder waren in veel BTH's twee diensten per week verplicht. De wensen van de jongere vrijwilligers vraagt om een andere benadering in werving en planning.

Regio's ervaren dat de bereidheid om vrijwilligerswerk te doen in rurale gebieden hoger is dan in steden, vanwege een sterk gemeenschapsgevoel. Vooralnog hebben de meeste hospices geen problemen met het werven en behouden van voldoende vrijwilligers voor dagdiensten. De impact van vrijwilligers is in HCH's en PU's minder direct omdat professionals zorgtaken op zich nemen. Wel heeft het aantal vrijwilligers invloed op de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld sociale interacties en activiteiten). Een stijging van benodigde hospicecapaciteit en de ontwikkeling dat vrijwilligers minder diensten willen draaien vraagt veel meer vrijwilligers. Het werven en behouden van vrijwilligers is daarmee een belangrijk aandachtspunt.

Professionals

In het prognosemodel hebben we een overzicht opgenomen van het aantal zorgmedewerkers in de verpleging en verzorging. In alle regio's neemt het aantal zorgmedewerkers de komende jaren af. Vooralnog is het vullen van vacatures in de meeste regio's niet als knelpunt benoemd, wetende dat hospicezorg gezien wordt als warme zorg. Zorgprofessionals worden aangetrokken door de mogelijkheid om in hospices kwalitatieve zorg te bieden met minder tijdsdruk. Dit is een concurrentievoordeel ten opzichte van thuiszorg, waar de werkdruk vaak hoger is. In enkele regio's wordt geclusterde zorg als mogelijke oplossing genoemd voor het opvangen van de stijgende tekorten, waarbij zorg efficiënter wordt georganiseerd. Dit staat echter haaks op de persoonlijke benadering die hospices kenmerken.

Verhouding aantal bedden en inwoners

In het prognosemodel is ook de verhouding weergegeven van het aantal bedden ten opzichte van 100.000 inwoners en per 100.000 65-plussers. Deze verhouding geeft de verschillen tussen de regio's weer. In de literatuur zien we ook een norm voor het aantal bedden, welke in 2001 gedefinieerd is als 4-6 bedden per 100.000 inwoners ([Integratie Hospicezorg, 2001](#)). Doordat de voornaamste doelgroep van palliatieve zorg 65+ is, wordt in de literatuur ook vaak het aantal bedden per 100.000 65-plussers weergegeven. In de Ligare regio's zien we een variatie van 19,7 bedden per 100.000 65-plussers tot 37,9 bedden per 100.000 65-plussers.

Ligduur en bezettingsgraad

In het prognosemodel zijn ook de elementen gemiddelde ligduur en gemiddelde bezettingsgraad meegenomen, omdat deze elementen van invloed zijn op de benodigde capaciteit. Voor deze elementen wordt geen voorspelling gedaan. Door deze elementen als aanpasbare knoppen in het prognosemodel te verwerken kunnen regio's zelf ontwikkelingen in de gemiddelde ligduur en bedbezetting en de invloed daarvan op de benodigde capaciteit in de gaten houden.

2.3 Beleidsmatige factoren

Naast de autonome factoren spelen ook beleidskeuzes een rol in de ontwikkeling van capaciteit. Doordat deze factoren niet goed te kwantificeren zijn, zijn deze factoren als extra optie meegenomen in het model op een tweede tabblad. De regio kan zelf kiezen of, en met welke mate, een factor wordt meegenomen in het model.

In elke regio is een bijeenkomst geweest waar we met elkaar hebben nagedacht over de beleidsmatige factoren en de mogelijke impact op de benodigde capaciteit. Per regio is naar aanleiding van dit gesprek een actieplan opgesteld (zie [bijlage 4](#)). Hieronder beschrijven we per factor een samenvatting van de uitkomsten van de gesprekken over het actieplan.

Inzet vrijwilligers thuis

Vrijwilligers kunnen aanvullende zorg bieden aan mensen in de terminale fase in hun thuissituatie. Dit kan de druk op hospices verminderen en bijdragen aan een wens van patiënten om thuis te blijven. Deze keuze kan de benodigde hospicecapaciteit remmen. De regio's zetten hierop in door bijvoorbeeld een bewustwordingscampagne op te zetten om vrijwilligers te werven, of door beter samen te werken met lokale vrijwilligersorganisaties.

Betere mantelzorgondersteuning

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg voor terminaal zieke mensen. Door hen beter te ondersteunen (via informatie, trainingen en respijtzorg) kan de vraag naar hospicebedden worden beperkt. Er wordt gekeken op welke manier respijtzorgmogelijkheden beter ingezet kunnen worden. Waar nodig wordt samenwerking met het sociaal domein van gemeenten gezocht. De regio's zetten hierop in door bijvoorbeeld het opzetten van respijtzorgmogelijkheden of het versterken van zorgzame buurten.

Aanpak verkeerde bed problematiek (communicatie verwijzers)

Verkeerde bed-problematiek ontstaat als mensen op een plek overlijden die niet passend is. Betere communicatie met verwijzers kan onnodige opnames voorkomen en capaciteit efficiënter benutten. De regio's zetten hierop in door bijvoorbeeld het inzicht te vergroten in verschillen tussen organisaties in

aanpak, capaciteit en actuele beelden van de beschikbare bedden per hospice.

Inzet ACP en informatie inwoners

Advance Care Planning (ACP) helpt patiënten en hun naasten bij het maken van tijdige keuzes over zorg. Meer bewustzijn zorgt ervoor dat mensen vaker op een passende plek overlijden. De regio's zetten daarnaast in op bredere informatie gericht aan inwoners door bijvoorbeeld het ontwikkelen van eenvoudige informatiepakketten (online, fysiek met oog voor laaggeletterdheid en interculturele groepen) voor inwoners.

Inzet op (zorg)technologie

Technologie kan zorgprocessen efficiënter maken, zoals monitoring op afstand en hulpmiddelen voor zelfzorg. De regio's zetten hierop in door bijvoorbeeld het inzetten van technologie zoals alarmeringssystemen en beeldbellen om mantelzorgers te ondersteunen. Daarnaast kan de inzet op (zorg)technologie in hospices de druk op professionals en vrijwilligers verminderen. Het is niet de verwachting dat (zorg)technologie op korte termijn impact gaat hebben op het aantal benodigde bedden, vrijwilligers en/of professionals.

2.4 Uitkomsten prognosemodel

In tabel 3 geven we de prognoses voor de verschillende regio's. Het aantal bedden in 2022 is afkomstig uit de rapportage 'Versterken Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit' (Berenschot, november 2024). De capaciteit bestaat uit bedden van Bijna Thuis Huizen (BTH), High Care Hospices (HCH) en Palliatieve Units (PU's). De verschillen tussen deze typen hospices zijn uitgewerkt in [bijlage 2](#). Via de Zorgzoeker op Palliaweb zijn uitbereidingen tot 2024 onderzocht en in het prognosemodel zichtbaar gemaakt.

| Regio | Huidig | | Toekomstig | |
|------------------------------------|--------|------|------------|-------|
| | 2022 | 2024 | Gepland | 2040* |
| Zorgkantoor Drenthe | 27 | 27 | 27 | 40 |
| Regio Drenthe & Steenwijkerland | 30 | 30 | 30 | 45** |
| Zorgkantoor Friesland | 29 | 31 | 34 | 48 |
| Regio Friesland | 29 | 31 | 34 | 48 |
| Zorgkantoor Twente | 45 | 50 | 52 | 65 |
| Regio Twente | 45 | 50 | 52 | 65 |
| Zorgkantoor Zwolle | 45 | 50 | 54 | 73*** |
| Regio IJssel-Vecht & NO Overijssel | 23 | 28 | 32 | 37 |
| Zorgkantoor Midden-IJssel | 15 | 19 | 19 | 25 |
| Regio Salland | 15 | 19 | 19 | 25 |
| Zorgkantoor Groningen | 39 | 39 | 39 | 55 |
| Regio Groningen | 39 | 39 | 39 | 55 |

Tabel 3. Benodigde capaciteit per regio

* Bij het maken van een inschatting voor het aantal benodigde bedden in 2040 is uitgegaan van een gemiddelde ligduur en bezettingsgraad die gelijk blijft aan 2022. De inschatting is exclusief beleidseffecten.

** Het verschil in bedden tussen zorgkantoorregio Drenthe en regio Drenthe & Steenwijkerland is verklaarbaar doordat Steenwijkerland wel onderdeel is van de regio, maar niet van de zorgkantoorregio.

*** Het verschil in bedden tussen Zorgkantoorregio Zwolle en Regio IJssel-Vecht & NO Overijssel is verklaarbaar doordat er in de zorgkantoorregio ook hospices vallen die geen onderdeel zijn van Consortium Ligare. Het betreft hier hospices in Noordwest Veluwe.

In het kader van de verantwoording NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg' zijn regio's gevraagd te kiezen uit één van de scenario's (basis, verwacht, minimaal en maximaal) die in het Berenschot rapport zijn genoemd. In vijf van de zes regio's komt de prognose uit ons model nagenoeg overeen met de verwachte scenario van Berenschot. In één regio zat die tussen basis en verwacht in.

3. Palliatieve terminale zorg voor specifieke doelgroepen

Uit de verkennende gesprekken met de regio's bleek dat de regio's behoefte hebben aan een verkenning van passende zorg voor specifieke doelgroepen in de terminale fase en te onderzoeken op welke manier deze zorg verbeterd kan worden. In de projectgroep is besloten om te focussen op een beperkt aantal doelgroepen, met het oog op de korte doorlooptijd van het traject en de belasting voor de netwerken. De keus viel op de doelgroepen:

- mensen met een verstandelijke beperking (VG¹),
- mensen met psychische- en/of verslavingsproblematiek (GGZ/verslaving),
- kinderen/jeugd en
- mensen met een migratieachtergrond.

In dit hoofdstuk lichten we toe hoe we te werk zijn gegaan en koppelen we de inhoudelijke bevindingen per doelgroep terug. In de laatste paragraaf staan we stil bij doelgroepoverstijgende elementen in het organiseren van passende zorg in de terminale fase.

¹ VG staat voor 'verstandelijk gehandicapt'. Deze afkorting is gebruikelijk in de gehandicaptenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

3.1 Werkwijze en respons

Voor de vier genoemde doelgroepen hebben we een korte documentstudie uitgevoerd om inzicht te krijgen in de specifieke (zorg)behoefte in de stervensfase en wat dit betekent voor betrokken organisaties en de beschikbare capaciteit. Voor mensen met een verstandelijke beperking en voor GGZ/verslaving is aanvullend een online bijeenkomst georganiseerd om met elkaar in gesprek te gaan over passende zorg, beschikbaar aanbod en mogelijkheden voor het ontwikkelen van passende oplossingen. Voorafgaand aan de online bijeenkomsten hebben we deze onderwerpen via een vragenlijst voorgelegd aan de netwerken.

De bijeenkomst over verstandelijke beperking telde negen deelnemers en die over GGZ/verslaving acht deelnemers. Beide bijeenkomsten kenden een gemengd gezelschap van hospices, doelgroep-instellingen (VG, GGZ, verslaving) en netwerkcoördinatoren. De regio's Twente, Drenthe en Groningen waren in beide bijeenkomsten vertegenwoordigd, de andere regio's in één bijeenkomst of helemaal niet. De respons op de vragenlijst was beperkt (twaalf personen in totaal) en liet zien dat er heel wisselende beelden zijn over het al dan niet beschikbare en geschikte aanbod voor mensen met een verstandelijke beperking of GGZ/verslaving. Dit werd bevestigd tijdens de bijeenkomsten. Deels heeft dit te maken met het perspectief van de respondenten (hospice, doelgroep-instelling of netwerkcoördinator). Maar ook binnen perspectieven zijn er verschillen, bijvoorbeeld over de vraag of 'doelgroepdenken' in hospices wenselijk is. We geven daarom een zo rijk mogelijk beeld van wat we hebben gevonden en gehoord, zodat zoveel mogelijk organisaties daar hun voordeel mee kunnen doen in het belang van mensen met een verstandelijke beperking of GGZ/verslaving. En, in het

verlengde daarvan, voor andere doelgroepen waarvoor wellicht specifieke aandacht noodzakelijk is.

3.2 Mensen met een verstandelijke beperking

Beschrijving van doelgroep en stervensfase

Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door belangrijke beperkingen in zowel het verstandelijk functioneren als in adaptief gedrag. Deze beperkingen beginnen vóór de leeftijd van 22 jaar. *Verstandelijk functioneren* wordt ook wel intelligentie genoemd (bijvoorbeeld leren, redeneren, problemen oplossen enzovoort). Dit wordt meestal uitgedrukt in een IQ-score. *Adaptief gedrag* is het geheel aan vaardigheden die mensen in hun dagelijks leven leren en uitvoeren: conceptuele vaardigheden (zoals kunnen lezen, schrijven en rekenen), sociale vaardigheden (zoals communiceren en het oplossen van sociale problemen) en praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging, gebruik van geld, telefoon en openbaar vervoer). Er zijn gestandaardiseerde tests om deze vaardigheden te beoordelen en de benodigde ondersteuning vast te stellen (bron: [American Association on Intellectual and Developmental Disabilities](#) (AAIDD)).

Een IQ-score zegt dus niet alles, maar is vaak wel relevant voor een zorg-indicatie. De bovengrens voor een verstandelijke beperking is gelegd bij een IQ van 70. Een licht verstandelijke beperking uit zich in een IQ-score tussen de 50 en 70. In Nederland kunnen mensen met een IQ-score tussen de 70 en 85, die eigenlijk zwakbegaafd zijn en (ernstige) bijkomende problematiek hebben, eveneens gebruikmaken van de zorg voor mensen met een LVB (bron: [Kenniscentrum LVB](#)).

Mensen met een verstandelijke beperking sterven doorgaans op de plek waar zij wonen en begeleid/verzorgd worden. Afhankelijk van de ernst van

beperkingen is dit in een VG-instelling of thuis. Mensen met een *matige tot ernstige* verstandelijke beperking wonen vaak in een woonvorm van een VG-instelling (Wlz-indicatie). Ze blijven daar wonen tot het einde, soms vraagt dit om een overplaatsing naar een andere groep waar medische en verpleegkundige zorg beter beschikbaar is. Verplaatsing naar een hospice komt weinig voor, omdat de VG-instelling ook verantwoordelijk is voor de laatste levensfase en het bovendien niet wenselijk is om mensen uit hun vertrouwde omgeving te halen. Mensen met een *lichte verstandelijke beperking* kunnen, afhankelijk van de aard van hun problematiek, in een VG-instelling wonen. De meeste mensen met een licht verstandelijke beperking wonen echter zelfstandig in de wijk, vaak met een vorm van begeleiding. Mensen met een licht verstandelijke beperking gaan incidenteel naar een hospice, voor hen is het dan belangrijk dat een vaste begeleider in de hospicesetting betrokken blijft. In dit rapport maken we verder geen onderscheid naar de categorieën van verstandelijke beperking, maar indien relevant wel naar de woonplek (instelling of thuis).

Passende palliatieve terminale zorg

Palliatieve terminale zorg voor deze groep kan lastiger zijn om verschillende redenen. Op sociaal en communicatief gebied kunnen beperkingen van de persoon ervoor zorgen dat klachten anders geuit worden, wat het moeilijker maakt om de behoeften goed te begrijpen. Zo kan druk gedrag een uiting zijn dat iemand veel pijn heeft. Je hebt daarom iemand nodig die de persoon goed kent en de signalen kan vertalen naar de hulpverleners die in de palliatieve terminale fase betrokken worden. Op fysiek/medisch gebied komen stapelingen van aandoeningen voor, waardoor ze 'lijken' op mensen uit de algemene bevolking die veel ouder zijn. Ook kunnen er afwijkende reacties zijn op medicatie. Een huisarts herkent niet altijd de specifieke zorgvraag van deze doelgroep of heeft mogelijk onvoldoende expertise in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het informele netwerk

van de persoon kan een belangrijke bron van informatie en een ingang voor contact zijn, maar een betrokken en steunend informeel netwerk is niet altijd aanwezig. In dat geval is de rol van begeleiders nog belangrijker in het organiseren van passende zorg.

Aandachtspunten bij palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking:

- Houd bij signaleren en behandelen/begeleiden rekening met de kenmerken van een verstandelijke beperking, zoals:
 - Minder ziektebesef en beperkingen in communicatie
 - Multimorbiditeit, afwijkende prevalentie van aandoeningen en vervroegde veroudering
 - Gedragsproblemen en leefstijlproblemen
 - Beperkingen in zelfbeschikking en wilsbekwaamheid
- Creëer een interdisciplinair behandelteam, met expertise over PTZ en over VB. Voor mensen die buiten VG-instellingen verblijven kan voor dit laatste verwezen worden naar de poliklinieken van artsen VG en gedragskundigen.
- Zorg voor voldoende afstemming, rapportage en overdracht. Betrek hierbij ook naasten en betrokken begeleiders.
- Houd als behandelaar rekening met veelal niet-medisch geschoolde begeleiders.

Er is veel informatie beschikbaar over palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Een aantal voorbeelden:

- [Kennisplein Gehandicaptensector](#) heeft een themapagina over palliatieve zorg. Hier is beknopte informatie te vinden over palliatieve zorg en veel links naar tools en verhalen.
- [Palliaweb](#) heeft een themapagina over verstandelijke beperking, met uitleg over specifieke kenmerken palliatieve zorg bij mensen met een

verstandelijke beperking en veel links naar tools, instrumenten en scholing.

- [Richtlijn Palliatieve zorg voor mensen met een VB](#) (NVAVG, 2022). Uitgebreide richtlijn waarin alle aspecten van palliatieve zorg voor deze doelgroep zijn uitgewerkt.
- [Gereedschapskist PZ](#) (Nivel, z.j.). Bevat werkwijzen, tools en methoden voor palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Als onderdeel van de Gereedschapskist hebben stichting Sprank en de Netwerken Palliatieve Zorg Groningen een [wensenboek](#) ontwikkeld om samen te praten over het leven, ziekte en sterven.
- [Handreiking levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking](#) (NVAVG, 2013). Deze handreiking bespreekt de medische, juridische en ethische vragen waarmee de arts VG te maken kan krijgen.
- Websites met informatie over palliatieve zorg in makkelijke taal: [Steffie](#) en [Overpalliatievezorg.nl](#)

Ontwikkelen van passende oplossingen

Het is belangrijk dat mensen kunnen sterven op de plek waar zij wonen, in een instelling of thuis. Wanneer om medische of andere urgente redenen de bestaande woning geen passende plek meer is, kan worden uitgeweken naar een andere plek. Dan is van groot belang dat op die plek de voor de persoon bekende begeleider(s) aanwezig is/zijn.

Idealiter is op iedere plek waar mensen met een verstandelijke beperking wonen (instelling en thuis dan wel hospice) een combinatie aanwezig van expertise over verstandelijke beperking en palliatieve terminale fase. Zodanig dat tijdige markering van de palliatieve fase plaatsvindt, proactieve zorgplanning overall wordt toegepast, de wensen en behoeften van de cliënt

voor iedereen helder zijn en ook aandacht is voor de behoeften en grenzen van betrokken medewerkers en vrijwilligers.

Dit kan door aan de bestaande situatie waar iemand woont de benodigde expertise over een verstandelijke beperking en/of de palliatieve terminale fase toe te voegen (afhankelijk van wat in de betreffende situatie ontbreekt). Het helpt ook als de kennis over palliatieve zorg in de VG-sector wordt vergroot. Om medewerkers in de VG-sector beter toe te rusten voor de palliatieve fase, ontwikkelt de VGN (brancheorganisatie van de gehandicaptenzorg) momenteel een scholing over palliatieve zorg. In januari 2025 wordt de scholing gelanceerd. Aan een scholing de andere kant op (om kennis over een verstandelijke beperking te vergroten binnen organisaties voor palliatieve terminale zorg) is ook behoefte; dit zou op Ligare-niveau kunnen worden opgepakt. Hierbij kan wellicht gebruikgemaakt worden van reeds bestaande scholingen over licht verstandelijke beperking, zoals die van de VGN of de e-learning van het [Kenniscentrum LVB](#).

Door verschillende regio's en organisaties binnen Ligare is in het recente verleden de haalbaarheid van een aparte palliatieve unit binnen een VG-instelling of een op de doelgroep gericht hospice onderzocht. Deze doelgroep is echter te klein om hier apart iets voor te organiseren. Ook is het de vraag of dit wenselijk is, als dit betekent dat mensen niet in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Daarom is de belangrijkste oplossingsrichting dat de benodigde expertise over zowel VG als palliatieve zorg bij elkaar wordt gebracht waar de persoon is. Daarbij is ook de ondersteuning en coaching van mensen die rond de cliënt betrokken zijn (begeleiding) belangrijk, vooral wanneer zij weinig tot geen ervaring hebben met palliatieve zorg. Uit de beknopte inventarisatie via de vragenlijst en de bijeenkomst komt naar voren dat er nu verschillende mogelijkheden zijn voor palliatieve terminale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze kunnen met een

doorvertaling van bovenstaande een breder bereik of toepassing krijgen door acties uit te zetten binnen de regio's en op Ligare-niveau (zie cursieve tekst):

- VG-instellingen bieden palliatieve terminale zorg aan eigen bewoners; soms wordt iemand vanuit een andere setting geplaatst. Er zijn specifieke palliatieve teams of consultants binnen VG-instellingen; deze teams richten zich op bewoners van de instellingen.
 - *Door deze teams ook beschikbaar te stellen voor thuiswonende mensen met een verstandelijke beperking kan de zorg thuis en in hospices worden verbeterd. Deze teams kunnen ambulant begeleiders en medewerkers van de thuiszorg coachen en ondersteunen bij het verlenen van goede zorg in de laatste fase. Het initiatief hiervoor ligt primair bij de VG-instellingen; wanneer zij deze coaching/ondersteuning willen bieden in thuis- en hospicesetting kunnen de netwerkcoördinatoren andere organisaties hierover informeren.*
 - *Vrijwillige thuisinzet kan in VG-instellingen worden geboden als complementaire zorg in de nacht. VG-instellingen kunnen organisaties voor vrijwillige inzet thuis hiervoor benaderen. Aandachtspunt is de beschikbaarheid van vrijwilligers (in sommige regio's zijn die er niet of onvoldoende voor de nacht) en het tarief dat VPTZ-organisaties voor deze inzet krijgen (dit is ontoereikend).*
- Hospices kunnen mensen met een verstandelijke beperking ontvangen; een deel van de hospices is terughoudend vanwege het ontbreken van kennis en mogelijkheden voor dagbesteding, waardoor onbegrepen (en voor anderen storend) gedrag kan ontstaan.
 - *De begeleiding die de persoon thuis kreeg, kan in het hospice worden voortgezet. Samen met de coaching/ondersteuning uit het vorige punt kan hierdoor voor meer mensen een passende context worden gecreëerd. Hospices kunnen bij de intake aangeven dat zij graag samenwerken met de ambulant begeleider van de persoon.*

- *In Twente komt een VG-instelling bij een organisatie voor vrijwillige inzet voor ontmoeting en kennisuitwisseling. Dit helpt in het ontwikkelen van wederkerigheid en co-creatie rondom casuïstiek. De netwerkcoördinatoren kunnen op andere plekken helpen om deze verbinding te leggen als die er nu nog niet is.*
- Landelijk gezien zijn er acht kaderartsen palliatieve zorg VG, deze zijn nu niet binnen iedere regio beschikbaar. Ook staat de verbinding tussen deze kaderartsen en de nieuw te vormen consultatieteams nog in de kinderschoenen.
 - *Het is wenselijk dat op Ligare-niveau aandacht is voor kennis en expertise over verstandelijke beperking, binnen de consultatieteams zelf en door de koppeling tussen consultatieteams en kaderartsen PZ-VG. Consulteren van een arts VG met kennis van palliatieve zorg bij niet-spoedeisende vragen kan nu via de [NVAVG](#); een directe route zou contact kunnen bevorderen.*
- Voor kennisontwikkeling/deling hebben de regio's Friesland, Groningen en Drenthe een bovenregionale werkgroep VG opgericht. In Twente bestaat een bovenregionale Kenniskring VG en is er tussen de VG-instellingen een structurele, constructieve verbinding voor inzet van hun expertise binnen het netwerk PZ. Van andere regio's weten we niet of er specifieke kennisdeling is over mensen met een verstandelijke beperking.
 - *Op Ligare-niveau kan men bespreken of en hoe de inzichten uit en werkwijze van genoemde regio's breder kunnen worden gedeeld/toegepast.*

3.3 Mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek

Beschrijving van doelgroep en stervensfase

Mensen met psychische problemen kunnen lijden aan een breed palet van aandoeningen zoals depressie, ADHD, autisme en persoonlijkheidsstoornissen. De ernst van de aandoening en de impact op het functioneren is per persoon verschillend. Impact op het functioneren kan bijvoorbeeld tot

uiting komen in onaangepast of onbegrepen gedrag, maar dit is slechts bij een kleine groep het geval. We onderscheiden hierbij een specifieke groep; mensen met ernstige psychische aandoeningen (afgekort EPA). Zij lijden langdurig aan één of meer psychische aandoeningen met daarbij ernstige beperkingen op meerdere levensgebieden (bijvoorbeeld in het lichamelijk, sociaal en/of maatschappelijk functioneren).

Een verslaving (ook wel: stoornis in middelengebruik) wordt vastgesteld op basis van de elf criteria uit de DSM-V. Hoe meer criteria van toepassing zijn hoe ernstiger de stoornis. Binnen de palliatieve zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen twee groepen: mensen met een levensbedreigende somatische aandoening/kwetsbaarheid en bijkomende verslaving, en mensen die door de verslaving zelf in palliatieve fase komen.

In onze documentstudie vonden we verschillende signalen dat mensen met een psychische aandoening of verslaving in de laatste levensfase niet altijd goede palliatieve zorg krijgen (zie bijvoorbeeld dit [artikel van Trimbos](#) en de presentatie van een [Webinar over verslaving](#)). De indruk uit de online bijeenkomst is dat mensen met psychische en/of verslavingsproblemen doorgaans kunnen sterven op de plek waar zij wonen. Voor mensen met ernstige problematiek kan dit een instelling zijn (in een GGZ-instelling, RIBW of hostel), thuis of in een hospice. Het feit dat iemand psychische of verslavingsproblemen heeft is volgens sommige hospices niet relevant voor de vrijwilligers om te weten; zij zien dit als verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen. Andere hospices vinden het juist wel belangrijk dat alle betrokkenen hiervan op de hoogte zijn, om op een goede manier om te kunnen gaan met de persoon en zijn problematiek. Men is het erover eens dat niet zozeer de aanwezigheid van een GGZ-diagnose of middelenstoornis bepalend is, maar het gedrag dat daaruit voortkomt en de impact daarvan op de andere aanwezigen in een hospice. Het belangrijkste is de veiligheid voor andere

gasten en de medewerkers. Daarnaast is ook de rust in een hospice belangrijk. Een aantal hospices heeft aangegeven actieve alcohol- of drugsverslaving als uitsluitingscriterium te hanteren. In de hospices die we hebben gesproken is slechts incidenteel iemand geweigerd vanwege gedrag dat voortkwam uit psychische of verslavingsproblemen (bijvoorbeeld agressie en geluidsoverlast).

Passende palliatieve terminale zorg

Er zijn diverse redenen waarom palliatieve zorg voor deze doelgroep lastig kan zijn:

- Het palliatief traject is lastig te voorspellen bij mensen met ernstige psychische problemen of een verslaving. Ze knappen soms juist eerst weer op door de goede zorg in het hospice, waardoor de indicatie verkeerd ingeschat lijkt.
- Psychiatrische symptomen vallen soms meer op dan lichamelijke klachten, waardoor niet de juiste zorg wordt geboden.
- Psychofarmaca en middelengebruik hebben invloed op doseringen bij symptoommanagement en palliatieve sedatie.
- Onbegrepen gedrag en slechte hygiëne kan leiden tot verstoring van rust en ander ongemak voor gasten en medewerkers in een hospice.
- Mensen in deze doelgroep kunnen problemen hebben in communicatie en het moeilijk vinden om hulp te vragen en zorg te accepteren (zorgmijdend).
- Er is bij mensen met ernstige problemen vaak geen familie meer in beeld die beslissingen voor de persoon wil of mag nemen.
- Bij verslaving speelt het dilemma van 'voortdurend onder invloed zijn' versus 'ziek door onthouding'. De wens om middelengebruik voort te zetten stelt de palliatieve zorg voor uitdagingen op medisch en communicatief vlak.

- Mensen met een verslaving hebben geleerd emoties als pijn, angst, verdriet en schaamte te verdoven met middelen, waardoor bijv. de angst voor de dood en/of pijn een extra reden kan zijn om meer trek te krijgen naar middelen.
- Er kan angst zijn bij hospicemedewerkers voor mensen met psychische en/of verslavingsproblemen, wat deze doelgroep haarfijn aanvoelt en soms afschrikt.
- Mensen met psychische en/of verslavingsproblemen hechten vaak veel waarde aan autonomie, wat soms ineens niet meer lukt in de terminale fase.

Goede palliatieve terminale zorg voor mensen met psychische of verslavingsproblemen is in principe niet anders dan voor andere mensen. De [toolkit 'Proactieve palliatieve zorg in de ggz'](#) verwijst naar het 'algemene' Zorgpad Stervensfase en geeft als aandachtspunten mee om rekening te houden met specifieke wensen van de persoon (wat toch een algemene richtlijn is bij warme zorg). Het tweede aandachtspunt is specifiek gericht op de doelgroep, namelijk rekening houden met de historie van psychofarmaca- en middelengebruik om effectief farmacologisch symptoommanagement en eventuele palliatieve sedatie uit te kunnen voeren.

De [praktijkgids 'Palliatieve zorg bij mensen met een psychiatrische stoornis'](#) benadrukt de rol van de attitude van zorgverleners en een goede communicatie. Dit vraagt om rekening houden met:

- Gedrag, zoals beperkt of géén ziekte-inzicht; lichamelijke onrust, wisselende stemmingen; bizar, vreemd gedrag, wanen, inbeeldingen.
- Communicatie, zoals omzichtigheid, onduidelijkheid; verwevenheid met belevingen en angsten.

- Lichamelijke aspecten, zoals verstoorde en sterk wisselende pijnbeleving; overdreven behoefte aan uitingen van pijn; moeite met aangeven van behoeften en klachten (pijn, dorst, vermoeidheid, ander ongemak).
- Sociale aspecten, zoals verschaald en beperkt netwerk, isolement; ervaringen van teleurstellingen en uitgesloten zijn; verlies van identiteit, rollen/functies.

Wanneer mensen in een instelling wonen is het van belang hun medebewoners te betrekken bij het stervensproces. En om aandacht te hebben voor de medewerkers, voor wie de stervenfase een extra belasting kan vormen.

Voor wie zich verder wil verdiepen in goede palliatieve (terminale) zorg voor mensen met GGZ/verslaving zetten we een aantal bronnen op een rij:

- [Toolkit proactieve palliatieve zorg in de ggz](#) (InHolland, 2020). Deze toolkit ondersteunt zorgverleners in de GGZ die werken met mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) in een ambulante, poliklinische en/of klinische setting. De toolkit geeft specifieke handvatten voor het tijdig herkennen van een palliatieve zorgbehoefte, proactieve zorgplanning, het bieden van palliatieve zorg, zorg in de stervenfase en nazorg.
- [Gids voor de praktijk; Palliatieve zorg bij mensen met een psychiatrische stoornis](#) (Agora, 2012). Deze gids bundelt zoveel mogelijk kennis uit de palliatieve zorg en de psychiatrie en geeft achtergrondinformatie en handvatten voor beleid en praktijk.
[Webinar](#) van Carend (on demand) over specifieke aandachtspunten bij de palliatieve zorgverlening aan mensen met een verslavingsachtergrond.
- Presentatie [Palliatieve zorg en verslaving](#) (Saskia Buijs, 2022). Deze presentatie is gehouden op het Nationaal Congres Palliatieve Zorg. Het bevat algemene informatie over verslaving en gaat in op specifieke dilemma's en uitdagingen.

- NISPA-project [Palliatieve zorg in de verslavingszorg](#). Binnen dit project wordt door Tactus de Handreiking besluitvorming passende zorg voor doorgebruikers herschreven. Op de website van [Tactus](#) staat meer informatie en een contactpersoon.
- [Consultatiedienst van VNN](#), verslavingsarts en verpleegkundig specialist GGZ rechtstreeks beschikbaar voor alle zorgverleners in Groningen, Friesland en Drenthe.
- PsyPal+. Dit is een landelijk netwerk palliatieve zorg voor psychiatrie en verslavingszorg. Aansluiten kan via LinkedIn.

Ontwikkelen van passende oplossingen

Wanneer we afgaan op het gesprek in de bijeenkomst lijken er geen grote knelpunten te zijn om passende zorg voor mensen met GGZ/verslaving te organiseren. In ieder geval geen knelpunten als gevolg van de specifieke problematiek van de doelgroep, die ertoe leidt dat men geen passende zorg krijgt in de stervenfase. Wel kan gedragsproblematiek een uitdaging vormen in hospices. Na de bijeenkomst zijn nog de volgende knelpunten genoemd:

- Netwerkpartners die elkaar te weinig kennen en geen gebruik maken van tijdige consultatie over en weer.
- Ontoereikende richtlijnen voor mensen met verslavingsproblemen.
- Stigma over psychiatrische problemen, verslaving en ook over palliatieve zorg.

Soms worden door hospices afspraken gemaakt met een GGZ-instelling of verslavingszorg over bereikbaarheid, als randvoorwaarde om iemand op te nemen. Binnen instellingen voor GGZ en verslavingszorg is toenemende aandacht voor de palliatieve fase, zowel voor mensen die binnen een instelling wonen als voor thuiswonende cliënten. In de drie noordelijke

provincies is er een specifieke consultatiedienst vanuit VNN voor vragen in de palliatieve fase.

Er zijn dus verschillende mogelijkheden voor deze doelgroep. Uit de vragenlijst kwam echter ook een aantal problemen naar voren, namelijk dat niet iedereen weet dat er überhaupt mogelijkheden zijn, dat er te weinig zicht is op waar plekken en expertise aanwezig zijn, dat gecombineerde expertise op palliatieve zorg en GGZ/verslaving onvoldoende beschikbaar is en dat kennis ontbreekt over omgaan met onbegrepen gedrag en over adequate pijnstilling en/of sedatie bij deze doelgroep. Dit zijn relevante punten om aandacht aan te besteden, vooral omdat de verwachting is dat deze problematiek toeneemt en dat mensen met psychische - of verslavingsproblematiek wellicht in grotere mate een beroep gaan doen op hospices.

De indruk uit de bijeenkomst is dat er niet zozeer een tekort aan kennis is, maar dat het vooral gaat om het leggen van de juiste verbindingen zodat de binnen de netwerken beschikbare kennis ook benut kan worden. Wij doen hiervoor de volgende aanbevelingen:

- Op casusniveau is de belangrijkste manier om verbinding te maken door de professionals die al rond de cliënt staan ook in de stervensfase te betrekken. Dit creëert vertrouwde en een doorgaande lijn voor de persoon, én deze professionals hebben binnen hun organisatie vaak een lijn naar meer specialistische zorgprofessionals die geraadpleegd kunnen worden. Hospices kunnen bij de intake aangeven dat zij graag samenwerken met de ambulant begeleider van de persoon.
- In aanvulling hierop is het wenselijk dat laagdrempelige consultatie en daadwerkelijke zorginzet mogelijk is van in de doelgroep gespecialiseerde verpleegkundigen en artsen in hospices. Vanuit VNN is consultatie beschikbaar, maar hier wordt weinig gebruik van gemaakt. Ook bij Tactus is gecombineerde kennis over verslaving en palliatieve fase aanwezig. De

netwerkcoördinatoren kunnen in afstemming met de genoemde organisaties anderen binnen het netwerk hierover informeren. We weten niet in hoeverre deze mogelijkheid ook bestaat vanuit GGZ-instellingen. We adviseren de netwerkcoördinatoren om dit te inventariseren bij de GGZ-organisaties in het netwerk.

- Naast de samenwerking rond concrete casuïstiek is kennisoverdracht binnen het netwerk van belang. Dit kan bijvoorbeeld door een symposium te organiseren over GGZ/verslaving. Dit helpt om kennis op te frissen en elkaar te leren kennen, waardoor het makkelijker is elkaar in de praktijk op te zoeken met vragen. Een programma voor een dergelijk symposium kan op Ligare-niveau worden ontwikkeld, waarna de concrete invulling per netwerk of regio wordt gedaan.
- Tot slot is het belangrijk om de succesverhalen te delen die er in toenemende mate zijn.

Er is een wisselend beeld over de behoefte aan specifieke scholing voor vrijwilligers. Sommigen vinden dat dit voldoende in bestaande scholingen zit, anderen zien hier juist een lacune. De draagkracht van vrijwilligers vraagt ook aandacht, maar dit is in het algemeen een punt van zorg door toenemende tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel (en, op sommige plekken, tekorten aan vrijwilligers).

Tot slot is genoemd dat bij bouw, verbouw en renovatie rekening gehouden moet worden met gedragsproblematiek. Geluidsoverlast tussen gasten kan bijvoorbeeld worden voorkomen door geluidsdichte wanden. Dit kan het verschil bepalen tussen wel of niet opnemen van een persoon in een hospice.

We zien op basis van deze bevindingen geen reden tot actie op Ligare-niveau. Het gaat vooral om het organiseren van korte lijnen om de juiste expertise op

de plek van sterven in te zetten; hieraan is duidelijk behoefte. Dit gebeurt ook al binnen de context van de netwerken palliatieve zorg. Het uitwisselen van ervaringen hiermee op Ligare-niveau is wel waardevol en gebeurt ook al. We adviseren om dit voort te zetten en te bespreken of vanuit Ligare bepaalde zaken kunnen worden gefaciliteerd (bijvoorbeeld een programma voor een symposium). Op deze (en wellicht nog meer manieren) kan Ligare een belangrijke rol spelen als schakelpunt van 'onderwijs, onderzoek en praktijk'.

Omdat onze bevindingen gebaseerd zijn op een beperkte gegevensverzameling, adviseren wij ook om deze uitkomsten te toetsen bij netwerkcoördinatoren en via hen bij enkele vertegenwoordigers van hospices en doelgroep-organisaties (GGZ- en verslavingsinstellingen). Daarmee kan het beeld van eventuele knelpunten en behoeften bij betrokken partijen zo nodig worden aangescherpt.

3.4 Kinderen/Jeugd

Voor Kind/Jeugd heeft alleen een korte documentstudie plaatsgevonden. We geven hierbij een terugkoppeling van de bevindingen.

Palliatieve zorg voor kinderen (in de leeftijd van 0 tot 23 jaar) is de integrale zorgbenadering voor kinderen met een levensbedreigende of levensduurbeperkende aandoening en voor hun gezinnen. Palliatieve zorg voor kinderen is gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Het omvat de lichamelijke, psychologische, sociale, pedagogische, culturele en spirituele aspecten van zorg. De zorg wordt vooral bepaald door de individuele behoeften en mogelijkheden van het kind en het gezin.

Voor (kennis over) de optimalisatie van de kwaliteit van zorg voor kinderen in de palliatieve fase en hun naasten is er het [Kenniscentrum Kinderpalliatieve](#)

[Zorg](#). Dit Kenniscentrum initieert, faciliteert en stimuleert onderzoek, beleidsontwikkeling, zorginnovaties, trainingen en opleidingen voor (zorg)professionals betrokken bij kinderpalliatieve zorg. Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg werkt samen in een groot landelijk netwerk van zorgorganisaties, branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen.

Voor het vinden en organiseren van de juiste zorg en steun rond een kind/jeugdige zijn er de regionale [Netwerken Integrale Kindzorg \(NIK\)](#). Specifiek voor het werkgebied van Ligare is er het NIK Noordoost. Het NIK is een samenwerkingsverband van ervaren professionals binnen en buiten de zorg in allerlei zorgdisciplines en organisaties. Denk bijvoorbeeld aan ziekenhuizen en kinderthuiszorg-organisaties, maar ook aan maatschappelijk werkers en rouw- en verliesbegeleiders. Het NIK biedt ondersteuning aan gezinnen met een kind met een levensduurbeperkende of levensbedreigende aandoening en de betrokken zorgverleners.

Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg biedt verschillende vormen van scholing aan voor professionals (zoals trainingen, e-learnings en Webinars). Ook is er onderdeel 'Ondersteuning' op de website, met onder andere de [databank 'Zorg in uw buurt'](#) (actueel landelijk overzicht met contactgegevens van (zorg)aanbieders voor kinderpalliatieve zorg) en een [overzicht van richtlijnen en regelingen](#). Denk bijvoorbeeld aan de Richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen, de Handreiking Complementaire zorg voor kinderen en de handreiking voor de eerste lijn over Palliatieve zorg voor kinderen met kanker. Er is ook een [overzicht van nuttige websites](#) met (praktische) informatie over houvast in moeilijke tijden, afscheid nemen, het rouwproces en zorg aan kinderen met een levensbedreigende of levensduurbeperkende ziekte. De informatie van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg is ook opgenomen op een themapagina van [Palliaweb over kinderpalliatieve zorg](#).

Kinderpalliatieve zorg binnen werkgebied Ligare

Het [Netwerk Integrale Kindzorg Noordoost](#) is dé plek voor gezinnen met een ernstig ziek kind. Op de website van NIK Noordoost presenteren de netwerkpartners zichzelf en adviseren een Wegwijzer te raadplegen die helpt om overzicht te creëren en de weg te vinden naar passende zorg (behandeling, hulpmiddelen, kindzorg thuis, psychosociale zorg, school & opvang, vakantie & logeren, werk & zorg).

Volgens de databank 'Zorg in uw buurt' (die ook via de website van NIK Noordoost te benaderen is) zijn er in het werkgebied van Ligare de volgende verpleegkundig kindzorghuizen/hospices:

- [loyce-House](#): een organisatie voor jongeren met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking met locaties in Smilde, Wolvega, Steenwijk en Roderesch (wonen, logeren en zinvolle daginvulling).
- [Villa ExpertCare](#): intensieve kinderverpleging voor ernstig zieke kinderen van 0-18 jaar in Wezep (wonen, logeren en medisch kinderdagverblijf).
- Xenia Groningen (in oprichting): hospice/logeerhuis met verpleegkundige zorg (24 uur per dag) voor jongeren en jongvolwassenen met een levensbedreigende of levensduur verkortende aandoening. [Xenia](#) is begonnen in Leiden en nu bezig met een uitbereiding naar Noord Nederland (Groningen) en Zuid Nederland (Tilburg).

Ontwikkelen van passende oplossingen

Er is bewust gekozen om de doelgroep Kinderen/jeugd mee te nemen in de documentstudie. Kennelijk leven er specifieke vragen en behoeften binnen de netwerken rond deze doelgroep. Omdat wij geen zicht hebben op deze vragen adviseren we Ligare om de netwerken te wijzen op de mogelijkheden die er al zijn, te inventariseren welke aanvullende vragen leven binnen de netwerken en samen met het NIK Noordoost te bekijken op welk niveau deze vragen kunnen worden opgepakt. Om te bepalen wat eventueel meer nodig is

in kennis of aanbod van kinderpalliatieve zorg, adviseren wij om gebruik te maken van de expertise en het netwerk van NIK Noordoost en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg.

3.5 Mensen met een migratieachtergrond

Voor de doelgroep Mensen met een migratieachtergrond heeft alleen een korte documentstudie plaatsgevonden. We geven hierbij een terugkoppeling van de bevindingen.

Het artikel '[Reanimeren of niet: Communicatie over levenseindebeslissingen met kwetsbare oudere migranten en hun mantelzorgers](#)' zet helder uiteen waarom aandacht voor migratieachtergrond in de palliatieve zorg belangrijk is:

- Zorgverleners krijgen steeds vaker te maken met de zorg voor oudere migranten. Het aantal migrantenouderen neemt de komende jaren toe. Verhoudingsgewijze is deze groep ondervertegenwoordigd in hospices.
- De zorg in Nederland sluit niet altijd goed aan bij hun opvattingen, wensen en gesprekken in de laatste levensfase kunnen mede daardoor lastig zijn.
- Migrantengroepen hebben in het algemeen een slechtere gezondheid dan autochtone Nederlanders met dezelfde opleiding en hetzelfde inkomen. Dit komt onder andere tot uiting in de ziektelast van chronische aandoeningen en in het vóórkomen van dementie (drie tot vier maal hoger dan bij autochtone Nederlanders).
- Migrantengroepen hebben vaker lagere gezondheidsvaardigheden als gevolg van onderwijsniveau en taalbarrières.
- Culturele verschillen en geloof spelen een rol in communicatie en ideeën over gezondheid en zorg. Denk aan de rol van familie en gemeenschap (collectivistisch versus individualistisch). De invloed van cultuur moet

echter niet worden overschat; cultuur is dynamisch en ook binnen culturen kunnen grote verschillen bestaan tussen personen.

Voor goede palliatieve zorg aan mensen met een migratieachtergrond is het belangrijk om je als professional bewust te zijn van mogelijke verschillen in zowel de gezondheidstoestand van de persoon als diens kennis, opvattingen en wensen over zorg en gezondheid. Dit vraagt ook om in de communicatiestijl aan te sluiten bij de persoon en zijn naasten.

In een korte documentstudie hebben we een aantal handreikingen, tools en goede voorbeelden verzameld om cultuursensitief werken in de palliatieve zorg te versterken. Onderstaande opsomming is niet volledig, maar biedt in elk geval concrete handvatten en mogelijkheden om zelf verder te zoeken:

- [Praktische tools voor hulp bij goede palliatieve zorg \(ZonMw\)](#). Deze toolgids gaat over palliatieve zorg in de breedte en bevat een onderdeel voor interculturele palliatieve zorg (vanaf p. 44). Hierin staan een aantal voorlichtingsfilms, een handreiking over gesprekken over leven en dood en een e-learning over passende palliatieve zorg aan mensen met een migratieachtergrond.
- [Handreiking: palliatieve zorg aan mensen met niet-westerse achtergrond IKNL \(IKNL, 2011\)](#). Handreiking als aanvulling op bestaande landelijke richtlijnen in de palliatieve fase. De handreiking beschrijft aandachtspunten voor palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond.
- Pharos, het landelijk expertisecentrum voor terugdringen van gezondheidsverschillen heeft een [themapagina Gezondheid & Migranten](#). Daarnaast is een aantal specifieke tools te vinden voor goede palliatieve zorg:
 - [E-learning communicatie en besluitvorming](#). E-learning over communicatie en besluitvorming met ongeneeslijke zieke migranten

en hun familie, etnische en culturele verschillen in symptoombestrijding, rituelen rond sterven en praktische aspecten rond overlijden van migranten.

- [Informatiekaarten over palliatieve zorg](#), die zorgverleners kunnen gebruiken om in begrijpelijke taal uitleg te geven. Deze informatiekaarten zijn ook beschikbaar in Mandarijn, Papiaments, Standaard Arabisch en Turks.
- [Flyer interculturele palliatieve zorg \(Actiz 2022\)](#). Deze flyer biedt inzichten, adviezen en tips om vorm te geven aan interculturele palliatieve zorg.
- [Factsheet ACP en diversiteit](#). Factsheet met aandachtspunten voor ACP bij mensen met een migratieachtergrond.
- [Factsheet: Zorg en medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een niet-westerse migratie achtergrond \(ZonMw, 2015\)](#). Dit is een vrij oude factsheet, maar geeft inzicht in de verschillen in beslissing rond het levenseinde.
- [Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten \(NOOM\)](#). Het NOOM is een landelijk netwerk van/voor oudere migranten en zet zich in om de (inkomens)positie en het welzijn van migrantenouderen in Nederland te verbeteren. Het NOOM vertegenwoordigt een groep die nu uit zo'n 400.000 mensen bestaat en in de komende jaren sterk groeit (verdubbeling tussen nu en 2035 en verdrievoudiging in de komende 25 jaar). Het netwerk heeft een [pagina over palliatieve zorg](#). Hier worden enkele publicaties en tools gedeeld.

Palliatieve zorg voor mensen met migratieachtergrond binnen werkgebied Ligare

We hebben geen voorbeelden gevonden van zorgaanbod binnen het werkgebied van Ligare dat specifiek gericht is op palliatieve zorg voor mensen met een migratieachtergrond.

Ontwikkelen van passende oplossingen

Gezien de omvang van de groep en de diversiteit binnen de groep is het belangrijk om alle zorgverleners en vrijwilligers de basis van cultuursensitief werken mee te geven. Voor professionals zijn diverse tools beschikbaar (zie hierboven). Het is ons niet bekend welke plek dit heeft binnen de scholing voor vrijwilligers in de palliatieve zorg en we hebben hier geen specifieke tools voor gevonden. Als dit inderdaad ontbreekt, is het aan te bevelen dit op Ligare-niveau te ontwikkelen en aan te bieden. Verder adviseren we Ligare om te inventariseren welke aanvullende vragen leven binnen de netwerken over mensen met een migratieachtergrond en samen met de netwerkcoördinatoren te bekijken op welk niveau deze vragen kunnen worden opgepakt.

4. Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek komen we tot een viertal aanbevelingen die we in dit hoofdstuk uitwerken.

- *Maak afspraken over de toepassing van het prognosemodel*
- *Organiseer en deel expertise over specifieke doelgroepen*
- *Ontwikkel een gezamenlijke leer- en ontwikkelomgeving*
- *Onderzoek de wenselijkheid van een verdiepende analyse van sterven op de plek van voorkeur*

De aanbevelingen zijn in te delen op twee niveaus, namelijk het niveau van de regio en het niveau van Consortium Ligare. We merken hierbij op dat de regio's van elkaar verschillen. Het kan daarom zijn dat een aanbeveling voor de ene regio meer van toepassing is dan voor andere.

4.1 Toepassing prognosemodel

Ten aanzien van de toepassing van het prognosemodel geven wij drie aanbevelingen mee:

- 1) voer in regio's het gesprek over de te realiseren hospicecapaciteit,
- 2) denk na over een gesprekshulpmiddel voor de haalbaarheid van capaciteitsuitbreiding,
- 3) maak afspraken over registraties en actualisatie van het prognosemodel.

Deze aanbevelingen werken we hieronder uit.

Regionaal gesprek over benodigde capaciteit

Het prognosemodel geeft inzicht in de benodigde toekomstige capaciteit. De inschatting van de benodigde capaciteit geeft input voor het gesprek in de regio's over hoeveel bedden de komende jaren gerealiseerd moeten worden. We adviseren om het gesprek over en keuzes voor de benodigde capaciteit als regio op te pakken en daarbij de verschillende type hospices te betrekken: de Bijna Thuis Huizen, High care-hospices en Palliatieve Units. In de diverse gesprekken die we in de regio's gevoerd hebben, merkten we regelmatig dat er geen of weinig afstemming is tussen en/of samenwerking met de verschillende typen hospices. Terwijl het realiseren van voldoende capaciteit een gezamenlijk opgave is waarbij de verschillende type hospices elkaar kunnen versterken. Aandachtspunt is het zicht op ELV-bedden voor palliatieve terminale zorg. Niet in alle regio's is goed zicht op deze in te zetten ELV-bedden, mede vanwege de flexibiliteit van deze bedden.

Aanbeveling regio (korte termijn): Maak als regio (proces)afspraken over de wijze waarop (op welk moment en met wie) het gesprek over de huidige beschikbare en in de toekomst benodigde capaciteit gevoerd wordt.

Aanbeveling regio (midden lange termijn): Maak als regio afspraken over wie, wanneer en waar extra hospicecapaciteit gerealiseerd wordt.

Aanbeveling regio: Maak gebruik van het prognosemodel in gesprekken met hospices onderling in de regio en met financiers.

Gesprekshulpmiddel haalbaarheid capaciteitsuitbreiding

Naast inzicht in de benodigde hospicecapaciteit is de haalbaarheid van het daadwerkelijk kunnen realiseren van extra bedden een belangrijk vraagstuk. Als het gaat om haalbaarheid zijn er verschillende elementen die bepalend zijn, zoals:

- (financiële) haalbaarheid van met name kleine hospices,
- type hospice en wat er nodig is aan kennis/expertise/materiaal,
- geografische spreiding van hospice bedden,
- huisvesting,
- financiering (zie kader).

Financiering

In diverse gesprekken kwam naar voren dat hospices financiering risicovol vinden in relatie tot capaciteitsuitbreiding.

De toekomstige capaciteit voor hospicezorg staat onder druk door bezuinigingen en financiële onzekerheden. VPTZ Nederland laat weten dat bijna alle zorgverzekeraars in 2025 bezuinigen op het aantal uren dat thuiszorgorganisaties kunnen leveren in BTH's. Doordat minder uren verpleging en verzorging ingezet kunnen worden, dreigen veel taken neergelegd te worden bij vrijwilligers (VPTZ, 2024).

Daarnaast zorgt het subsidieplafond en de wijze van subsidieberekening in de huidige subsidieregeling PTZ voor onzekerheid. Door een groeiend aantal mensen dat een beroep doet op hospicezorg, daalt het bedrag dat een organisatie per ondersteuning krijgt. Het subsidieplafond is gelijk gestegen met deze groei. In november 2024 is in de Tweede Kamer gedebatteerd over palliatieve zorg en stervensbegeleiding.

Begin 2026 zal een evaluatie plaatsvinden over de subsidieregeling voor hospices en de vraag of de subsidie toereikend is. Er zijn geen toezeggingen gedaan over de periode daarna (Verslag Palliatieve zorg en Stervensbegeleiding, Tweede Kamer 2024)

Zowel regio's als Consortium Ligare hebben geen directe invloed op financieringsstromen. Wel kunnen zij gezamenlijk nadenken over een lobbyagenda en hier uitvoering aan geven.

We adviseren het Consortium Ligare om in afstemming met de regio's na te denken of een gesprekshulpmiddel regio's kan helpen bij het gesprek over de te realiseren capaciteit en zo ja, welk hulpmiddel. Een hulpmiddel kan bijvoorbeeld bestaan uit: verschillende elementen die van belang zijn in de haalbaarheidsafweging, informatie over de betreffende elementen en gespreksvragen die regio's zichzelf kunnen stellen om te komen tot zorgvuldige, realistische en gedragen afspraken. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van producten die in diverse regio's al zijn ontwikkeld.

Aanbeveling Consortium Ligare: Onderzoek bij regio's of er behoefte is aan een dergelijk gesprekshulpmiddel

Registratie & actualisatie

Het prognosemodel is gevuld met autonome factoren en beleidskeuzes (= knoppen). De wijze waarop de impact van de factoren berekend is, is geen exacte wetenschap. Er is gebruikgemaakt van beredeneerde aannames die in dialoog met de regio's tot stand zijn gekomen. We hebben ervoor gekozen om een model te ontwikkelen dat aanpasbaar is door regio's. Regio's kunnen op basis van landelijke, regionale, lokale registratiegegevens/onderzoeken de waardes achter de knoppen in het prognosemodel aanpassen.

Als bijvoorbeeld een verandering zichtbaar is in de gemiddelde ligduur heeft dat een effect op de benodigde capaciteit. Zo wordt de inschatting van de benodigde capaciteit steeds verfijnder en sluit deze aan op wat in de praktijk waarneembaar is.

We zien het prognosemodel dan ook niet als een statisch model: we doen nu een voorspelling waar regio's de komende jaren op in moeten zetten. Dat doet onvoldoende recht aan de dynamische werkelijkheid waar hospices mee te maken hebben en (landelijke) ontwikkelingen die van invloed zijn op het capaciteitsvraagstuk. Het model kan gezien worden als een 'levend' model dat onderdeel is van de sturing en monitoring op capaciteit binnen de regio's.

Aanbeveling regio: Maak als regio afspraken over passende registraties en monitoring.

Aanbeveling regio: Maak als regio afspraken over de actualisatie van het prognosemodel. We adviseren om het prognosemodel jaarlijks te actualiseren en op basis daarvan de gemaakte afspraken over de benodigde capaciteit te herijken.

Aanbeveling Consortium Ligare: Denk na over mogelijkheden om de regio's bij de actualisatie van het prognosemodel te ondersteunen

4.2 Organiseer en deel expertise over specifieke doelgroepen

Op basis van het doelgroeponderzoek beschrijven we enkele elementen die in het algemeen bruikbaar zijn voor specifieke groepen binnen de palliatieve terminale zorg. We beginnen met een korte reflectie of het überhaupt zinvol is om onderscheid naar doelgroepen te maken en gaan daarna in op een strategie voor het ontwikkelen van passende oplossingen.

Reflectie op doelgroepbenadering

Het spreken over 'doelgroepen' binnen de palliatieve (terminale) zorg vindt niet iedereen nuttig en werkbaar. Sommige Bijna Thuis Huizen redeneren vanuit het bieden van een plek om waardig en zoveel mogelijk 'als thuis' te kunnen sterven; de vrijwilligers bieden warme, persoonsgerichte zorg ongeacht iemands problematiek. Kennis over de aandoening die tot de terminale fase leidt en eventuele bijkomende problematieken vinden zij voor de coördinator en vrijwilligers irrelevant. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het zorgpersoneel. Alleen eventuele gedragskenmerken zijn in deze optiek belangrijk om mee te wegen bij plaatsing: er mogen geen onveilige situaties ontstaan en geen verstoring van de rust.

Er zijn echter ook argumenten vóór een doelgroepbenadering. Ten eerste kunnen aandoeningen, stoornissen en beperkingen impact hebben op hoe iemand zijn situatie beleeft en zijn klachten uit. Om signalen goed op te vangen en aan te kunnen sluiten bij de persoon kan enige kennis van deze aandoeningen, stoornissen en beperkingen van groot belang zijn, ook bij vrijwilligers. Dit bevordert (tweede argument) ook het samenspel tussen formele en informele zorg: professionals en vrijwilligers gaan elkaar beter verstaan en kunnen meer van elkaars ervaringen met de persoon gebruikmaken. Met de juiste benadering door alle betrokken personen (professionals, vrijwilligers en netwerk van de persoon) kan problematisch gedrag juist worden voorkomen of op de juiste manier worden benaderd. Ten derde is binnen een netwerk voor palliatieve zorg niet alleen het perspectief van hospices relevant, maar ook dat van doelgroep-organisaties, zoals aanbieders van VG-zorg of GGZ. Ook zij streven naar het bieden van goede palliatieve terminale zorg voor hun cliënten, zowel intramuraal als ambulante. Vanuit dat oogpunt is het dus belangrijk om de aanwezige problematiek wel als zodanig te benoemen en bespreken.

Wij bevelen daarom aan om als netwerken/regio's en Consortium Ligare wel aandacht te besteden aan specifieke doelgroepen. We zien een aantal elementen terugkomen bij de vier beschreven doelgroepen die onderdeel uit kunnen maken van een generieke strategie voor het ontwikkelen van passende oplossingen.

Strategie voor ontwikkelen van passende oplossingen

Op basis van onze inventarisatie concluderen wij dat oplossingen niet zozeer te vinden zijn in het creëren van plekken of capaciteit, maar in het toevoegen van expertise: van palliatieve zorg naar doelgroep-organisatie of andersom. We doen de volgende aanbevelingen om dit gestructureerd aan te pakken:

1. Breng per netwerk in beeld wat de ervaren knelpunten rond een doelgroep zijn vanuit de verschillende perspectieven. Betrek hierbij hospices (eventueel uitgesplitst naar typen) en doelgroep-organisaties.
2. Bespreek op Ligare-niveau welke overlap er is in de vraagstukken die binnen de netwerken spelen, om te bepalen op welk niveau een actie kan worden opgepakt. Vooral acties op kennis/deskundigheidsbevordering voor vrijwilligers zijn zinvol om op Ligare-niveau (of zelfs landelijk) te ontwikkelen. Ook kan op Ligare-niveau uitwisseling plaatsvinden over goede voorbeelden uit de huidige praktijk.
3. Zorg op netwerkniveau voor een volledig beeld van wat al beschikbaar is voor de betreffende doelgroep (kennis/expertise en (indien aanwezig) plekken) en deel deze informatie binnen het netwerk zodat organisaties elkaar kunnen opzoeken. Concrete informatie over contactpersonen en contactgegevens is hierbij zeer behulpzaam.
4. Organiseer op netwerk- of regioniveau uitwisseling tussen doelgroep-organisaties en hospices, voor wederzijdse deskundigheidsbevordering en voor betere samenwerking in de praktijk. Bijvoorbeeld met een symposium of door bij elkaar op werkbezoek te gaan. Binnen grotere doelgroep-organisaties is veel kennis aanwezig.

5. Zorg dat op casusniveau doorgaande lijnen mogelijk zijn. Breng de expertise naar de plek waar de persoon al is: van palliatieve zorg naar doelgroep-organisatie of andersom. Laat bijvoorbeeld ambulante begeleiding/behandeling zoveel mogelijk doorlopen in de palliatieve fase (ook bij opname in een hospice) zodat er een vertrouwd gezicht is voor de persoon en continuïteit in de benadering. En zorg voor goede consultatiemogelijkheden en daadwerkelijke zorginzet van specialistische zorgverleners in de setting waar de persoon verblijft.

Aanbeveling regio: lever als regio alle relevante informatie aan over specifieke doelgroepen en deel deze met betrokken partijen.

Aanbeveling Consortium Ligare: Inventariseer de behoefte aan doelgroep-specifieke expertise bij de regio's en faciliteer de ontwikkeling en toepassing van deze expertise in de regio's.

4.3 Leer- & ontwikkelomgeving

In elke regio is een bijeenkomst geweest waar we met elkaar hebben nagedacht over de beleidsmatige keuzes en de mogelijke impact op de benodigde capaciteit. Op basis van de gesprekken is voor iedere regio een actieplan opgesteld. In de actieplannen zit een bepaalde mate van overlap in de vraagstukken waar regio's mee te maken hebben en de acties die daarop zijn of worden uitgezet. We denken dat het zinvol kan zijn om met en van elkaar te leren als het gaat om ervaringen die regio's hebben met bepaalde vraagstukken/acties en concrete producten die zijn ontwikkeld breder te delen. Dit voorkomt dat regio's ieder voor zich het 'wiel moeten uitvinden'. Een voorbeeld hiervan is dat een regio een mooi overzicht heeft gemaakt van financieringsstromen voor verschillende hospices. Hier is in andere regio's veel behoefte aan. Daarnaast zien we dat bepaalde regio's beleidskeuzes maken die door andere regio's al zijn gemaakt en in sommige gevallen niet

het gewenste effect hebben gehad. Een helder voorbeeld hiervan is de inzet op vrijwilligers in de thuissituatie. In een bepaalde regio wordt hier actief op ingezet terwijl een andere regio dit al eens heeft geprobeerd en het gewenste effect is uitgebleven. Ook in dit soort situaties kan het zinvol zijn om ervaringen uit te wisselen.

Aanbeveling Consortium Ligare: Denk na over een leer- en ontwikkelomgeving waarin regio's van en met elkaar kunnen leren.

4.4 Sterven op de plek van voorkeur

De oorspronkelijke vraag die wij in afstemming met Ligare hebben opgesteld voor dit onderzoek was gericht op het verbeteren van palliatieve zorg en het bevorderen van overlijden op de plek van voorkeur. Uit de data die is gebruikt voor het prognosemodel blijkt dat overlijden op de plek van voorkeur met name een vraag is voor ziekenhuizen. Voor om en nabij 50% van de mensen die zijn overleden in het ziekenhuis was dat niet de voorkeursplek ([Kerncijfers: Palliatieve Zorg in de huisartsenpraktijk, Palliaweb](#)). Uit de gesprekken die we in het kader van dit onderzoek hebben gevoerd met de regio's blijkt dat een aantal regio's met dit vraagstuk aan de gang wil. We adviseren Consortium Ligare om bij de regio's na te gaan of het wenselijk is om nader te bekijken of er mogelijkheden zijn om de 'verkeerde bed problematiek' aan te pakken, zodat meer mensen komen te overlijden op een passende plek.

Aanbeveling Consortium Ligare: Ga bij de regio's na of het wenselijk is om, vanuit het consortium, te verkennen of er mogelijkheden zijn om verkeerde bed problematiek aan te pakken (bij met name ziekenhuizen). Dit kunnen ook relatief kleine interventies zijn, zoals heldere informatie over de verschillende type hospices voor verwijzers en transferbureaus.

Bijlage 1. Technische toelichting

Deel A. Prognosemodel

Autonome factoren en bronverantwoording

In het prognosemodel zijn twee autonome factoren opgenomen die gebruikt worden om de benodigde hospicecapaciteit te voorspellen. Ook is er per autonome factor een variabele opgenomen die een versterkend of verzachtend effect hebben op de autonome factor.

Autonome factor Vergrijzing

| | |
|------------------------|--|
| Bron | Bevolkingsstatistiek (CBS) i.c.m. Primos-prognose (ABF Research) |
| Beschrijving | De cijfers geven een toekomstprojectie van de leeftijdsopbouw vanaf 2022 op basis van de prognoses van de bevolkingsontwikkeling in de leeftijdscategorieën 0 – 19 jaar, 20 – 64 jaar, 65 – 79 jaar en 80 jaar en ouder. |
| Geraadpleegd op | www.regiobeeld.nl/bevolkingsontwikkeling |
| Maat | Het aantal en aandeel inwoners van 65 jaar en ouder |
| Periode | 2022 tot en met 2040 |

Variabele Eénpersoonshuishoudens onder 65-plussers en 80-plussers

| | |
|---------------------|---|
| Bron | Huishoudensstatistiek (CBS) i.c.m. Primos-prognose (ABF Research) |
| Beschrijving | De cijfers geven een toekomstprojectie van het aantal en aandeel éénpersoonshuishoudens onder 65-plussers en 80-plussers vanaf 2022 op basis van de prognoses van de bevolkingsontwikkeling gemaakt door Primos-prognose, ABF Research. |

Autonome factor Vergrijzing

| | |
|------------------------|--|
| Geraadpleegd op | www.regiobeeld.nl/bevolkingsontwikkeling |
| Maat | Verhouding tussen het aantal éénpersoonshuishoudens van 65 jaar en ouder ten opzichte van het aantal inwoners van 65 jaar en ouder |
| Periode | 2022 tot en met 2040 |

Autonome factor Mantelzorgpotentieel

| | |
|------------------------|---|
| Bron | Bevolkingsstatistiek (CBS) i.c.m. Primos-prognose (ABF Research), bewerking RIVM |
| Beschrijving | De verhouding tussen het aantal 50- tot 65-jarige mantelzorgers en het aantal personen van 85-jarig en ouder. Dit wordt het zogenaamde mantelzorgpotentieel genoemd. De cijfers geven een beleidsarme toekomstprojectie vanaf 2022 op basis van de verwachte demografische ontwikkelingen. |
| Geraadpleegd op | www.regiobeeld.nl/zorgaanbod |
| Maat | Verhouding tussen het aantal inwoners van 50 tot 65 jaar ten opzichte van het aantal inwoners van 85 jaar en ouder |
| Periode | 2022 tot en met 2040 |

Variabele Mate van stedelijkheid

Autonome factor Mantelzorgpotentieel

| | |
|------------------------|---|
| Bron | Regionale kerncijfers CBS – Inwoners naar stedelijkheidsklasse |
| Beschrijving | <p>De mate van stedelijkheid wordt onderscheiden in een vijftal categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zeer sterk stedelijk: gemiddelde omgevings-adressendichtheid van 2.500 of meer adressen per km²; • sterk stedelijk: gemiddelde omgevings-adressendichtheid van 1.500 tot 2.500 adressen per km²; • matig stedelijk: gemiddelde omgevings-adressendichtheid van 1.000 tot 1.500 adressen per km²; • weinig stedelijk: gemiddelde omgevings-adressendichtheid van 500 tot 1.000 adressen per km²; • niet stedelijk: gemiddelde omgevings-adressendichtheid van minder dan 500 adressen per km². |
| Geraadpleegd op | www.opendata.cbs.nl |
| Maat | <p>Indien 50% van de inwoners in een bepaalde regio in een zeer sterk stedelijk, sterk stedelijk en matig stedelijk gebied wonen, is deze regio 'Stedelijk'.</p> <p>Indien 50% van de inwoners in een bepaalde regio in een matig stedelijk, weinig stedelijk en niet stedelijk gebied wonen, is deze regio 'Landelijk'.</p> |
| Periode | 2022 |

Data met betrekking tot de hospices

| | |
|------------------------|---|
| Capaciteit | |
| Bron | <p>Berenschot – Versterken Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit. Deel B – Rapportage per zorgkantoorregio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drenthe (november 2024) • Friesland (november 2024) • Groningen (november 2024) • Midden-IJssel (november 2024) • Twente (november 2024) • Zwolle (november 2024) |
| Beschrijving | <p>In het dataonderzoek heeft Berenschot bij alle hospices per zorgkantoorregio de volgende gegevens verzameld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospice: de naam van de hospice • Soort hospice: Bijna Thuis Huis, High Care Hospice, Palliatieve Unit of Anders • Gemeente: de gemeente waarin de hospice gelegen is. • Huidig aantal bedden (2022): het aantal bedden in het jaar 2022 • Geplande uitbreiding aantal bedden: het aantal bedden dat er al dan niet uitgebreid gaat worden • Uitbreiding per: het jaartal waarin deze uitbreiding gerealiseerd wordt. |
| Geraadpleegd in | <i>Regiorapportages ontvangen van Berenschot</i> |
| Maat | Het aantal hospicebedden |
| Periode | 2022 tot en met 2025 |

| Data met betrekking tot de hospices | |
|-------------------------------------|---|
| Ligduur | |
| Bron | Berenschot |
| Beschrijving | |
| Geraadpleegd in | Data Berenschot, van de hospices die toestemming hebben gegeven |
| Maat | Gemiddelde verblijfsduur per patiënt per hospice |
| Periode | 2022 |
| Bezettingsgraad | |
| Bron | Berenschot |
| Beschrijving | |
| Geraadpleegd in | Data Berenschot, van de hospices die toestemming hebben gegeven |
| Maat | Gemiddelde bezettingsgraad per hospice |
| Periode | 2022 |

| Plek van overlijden | |
|--|---|
| Bron | Bevolkingsstatistiek (CBS) en Palliaweb |
| Beschrijving | |
| Locatie van overlijden in netwerkregio's van overledenen met behoefte aan palliatieve zorg | |
| <ul style="list-style-type: none"> • thuis • ziekenhuis • verpleeghuis • verzorgingshuis • anders * <ul style="list-style-type: none"> – psychiatrische instellingen, overige instellingen, elders en onbekend. Ook | |

| Plek van overlijden | |
|--|---|
| overlijden in een hospice valt binnen deze categorie (wordt geregistreerd als overige instellingen of elders). | |
| Geraadpleegd op | www.palliaweb.nl/publicaties/kerncijfers |
| Maat | Aantal overlijdens naar categorieën. Deze data wordt niet gebruikt in berekeningen in het prognosemodel, maar biedt (netwerk)regio's inzicht in de verdeling over de locaties van overlijden. |
| Periode | 2022 |

Berekeningen

Groefactor Vergrijzing

De formule om tot de groefactor voor Vergrijzing te komen is als volgt:

Groefactor Vergrijzing

$$= \frac{\text{Aantal } 65 +_{\text{Prognosejaar}}}{\text{Aantal } 65 +_{2022}} \pm (\text{Aandeel éénpersoonshuishoudens } 65 +_{\text{Prognosejaar}} - \text{Aandeel éénpersoonshuishoudens } 65_{2022})$$

Waarbij aandeel éénpersoonshuishoudens 65+

$$= \frac{\text{Aantal éénpersoonshuishoudens } 65 +_{\text{Jaar } \gamma}}{\text{Aantal } 65 +_{\text{Jaar } \gamma}}$$

Rekenvoorbeeld Vergrijzing

We laten aan de hand van een rekenvoorbeeld zien hoe de uiteindelijke groefactor tot stand komt. De fictieve regio X heeft de volgende cijfers:

| Factor/variabele | 2022 | Prognosejaar |
|-------------------------------|---------|--------------|
| Aantal 65+ | 120.000 | 150.000 |
| Aantal éénpersoonshuishoudens | 40.000 | 60.000 |

Eerst berekenen we het aandeel éénpersoonshuishoudens 65+ voor 2022 en het Prognosejaar.

Aandeel éénpersoonshuishoudens 65+ in 2022

$$= \frac{\text{Aantal éénpersoonshuishoudens } 65 +_{\text{Jaar } \gamma}}{\text{Aantal } 65 +_{\text{Jaar } \gamma}} = \frac{40.000}{120.000} = 33,3\%$$

Aandeel éénpersoonshuishoudens 65+ in Prognosejaar

$$= \frac{\text{Aantal éénpersoonshuishoudens } 65 +_{\text{Jaar } \gamma}}{\text{Aantal } 65 +_{\text{Jaar } \gamma}} = \frac{60.000}{150.000} = 40,0\%$$

Dit resulteert uiteindelijk in de volgende groefactor voor Vergrijzing:

Groefactor Vergrijzing

$$= \frac{\text{Aantal } 65 +_{\text{Prognosejaar}}}{\text{Aantal } 65 +_{2022}} \pm (\text{Aandeel éénpersoonshuishoudens } 65 +_{\text{Prognosejaar}} - \text{Aandeel éénpersoonshuishoudens } 65_{2022})$$

$$= \frac{150.000}{120.000} \pm (40,0\% - 33,3\%)$$

$$= 1,25 \pm 6,7\% = 1,32$$

In het rekenvoorbeeld voor regio X zouden we voor de Vergrijzing met een Groefactor van 1,32 rekenen.

Groefactor Mantelzorgpotentieel

De formule om tot de groefactor voor Vergrijzing te komen is als volgt:

Groefactor Mantelzorgpotentieel

$$= 1 + \left(1 - \left(\frac{\text{Mantelzorgpotentieel}_{\text{Prognosejaar}}}{\text{Mantelzorgpotentieel}_{2022}} \right) \right) \pm 10\% \text{ voor mate van stedelijkheid}_{2022}$$

Waarbij mate van stedelijkheid

$$= \frac{\frac{Inwoners_{matig\ stedelijk}}{2} + Inwoners_{sterk\ stedelijk} + Inwoners_{zeer\ sterk\ stedelijk}}{Inwoners_{totaal}} \geq 50\% = \text{Stedelijk}$$

$$= \frac{\frac{Inwoners_{matig\ stedelijk}}{2} + Inwoners_{weinig\ stedelijk} + Inwoners_{niet\ stedelijk}}{Inwoners_{totaal}} \geq 50\% = \text{Landelijk}$$

Rekenvoorbeeld Mantelzorgpotentieel

We laten aan de hand van een rekenvoorbeeld zien hoe de uiteindelijke groeifactor tot stand komt. De fictieve regio X heeft de volgende cijfers:

| Factor/variabele | 2022 | Prognosejaar |
|--------------------------------|----------|--------------|
| Mantelzorgpotentieel | 8,0 | 3,0 |
| Mate van stedelijkheid in 2022 | Inwoners | |
| Zeer sterk stedelijk | 130.000 | |
| Sterk stedelijk | 60.000 | |
| Matig stedelijk | 80.000 | |
| Weinig stedelijk | 110.000 | |
| Niet stedelijk | 190.000 | |
| Totaal inwoners | 570.000 | |

Eerst berekenen we of er sprake is van een *Landelijke* of *Stedelijke* regio.

Indien er sprake is van een *Landelijke* regio, neemt de groeifactor voor Mantelzorgpotentieel met 10% af. Indien er sprake is van een *Stedelijke* regio, neemt de groeifactor voor Mantelzorgpotentieel met 10% toe.

Mate van stedelijkheid

$$= \frac{\frac{80.000}{2} + 60.000 + 130.000}{570.000} = 40\% \neq \text{Stedelijk}$$

$$= \frac{\frac{80.000}{2} + 110.000 + 190.000}{570.000} = 60\% = \text{Landelijk}$$

De fictieve regio X is dus een *Landelijk* gebied.

Dit resulteert vervolgens in de volgende groeifactor voor Mantelzorgpotentieel:

Groeifactor Mantelzorgpotentieel

$$= 1 + \left(1 - \left(\frac{3,0_{\text{Prognosejaar}}}{8,0_{2022}}\right)\right) - 10\% \text{ Landelijk gebied}_{2022}$$

$$= 1 + (1 - 0,38) - 10\% \text{ voor mate van stedelijkheid}_{2022}$$

$$= 1 + 0,62 - 10\% \text{ voor mate van stedelijkheid}_{2022} = 1,52$$

In het rekenvoorbeeld voor regio X zouden we voor de Vergrijzing met een Groeifactor van 1,52 rekenen.

Correctiefactor Groeifactoren

In de werksessies met de regio's is aangegeven dat beide groeifactoren niet één op één overgenomen kunnen worden om de benodigde hospice-capaciteit te prognosticeren naar het *Prognosejaar*. Hiervoor brengen we wegingen aan:

- **Vergrijzing – 80%**. De patiëntpopulatie in hospices bestaat voor zo'n 80% uit patiënten van 65 jaar en ouder. Het aantal bedden dat volgens de groeifactor voor vergrijzing (1,32) in het *Prognosejaar* benodigd zou zijn, wordt met 80% gecorrigeerd. *De regio's kunnen dit percentage aanpassen op basis van hun eigen cliëntpopulatie.*
- **Mantelzorgpotentieel – 20%**. Niet het gehele potentieel aan mantelzorgers wordt gebruikt om ingezet te worden bij de gasten die in een hospice komen te overlijden. Het aantal bedden dat volgens de groeifactor voor vergrijzing (1,52) in het *Prognosejaar* benodigd zou zijn, wordt met 20% gecorrigeerd. *De regio's kunnen dit percentage aanpassen op basis van hun eigen cliëntpopulatie.*

Rekenvoorbeeld

De hospicecapaciteit in regio X is 30 bedden in 2022.

Benodigde hospicecapaciteit in het *Prognosejaar*

$$\begin{aligned}
 &= \left((Capaciteit_{2022} \times Groeifactor_{Vergrijzing}) - Capaciteit_{2022} \right) \\
 &\quad \times Correctie_{Vergrijzing} \\
 &+ \left((Capaciteit_{2022} \times Groeifactor_{Mantelzorgpotentieel}) - Capaciteit_{2022} \right) \\
 &\quad \times Correctie_{Mantelzorgpotentieel} \\
 \\
 &= ((30 \times 1,32) - 30) \times 80\% + ((30 \times 1,52) - 30) \times 20\% \\
 &= (40 - 30) \times 80\% + (46 - 30) \times 20\% \\
 \\
 &= 10 \times 80\% + 16 \times 20\% = 11 \text{ hospicebedden erbij in Prognosejaar}
 \end{aligned}$$

Ligduur

De gemiddelde ligduur speelt een belangrijke rol bij het bepalen van de beschikbare capaciteit. Het gaat hierbij niet zo zeer sec om het aantal bedden, maar hoe 'vaak' één bed gevuld kan worden gedurende een jaar. Indien er één bed beschikbaar is en de ligduur is gemiddeld 30 dagen, kunnen er op jaarbasis 365 dagen/30 dagen \approx 12 patiënten komen te overlijden in dit bed (met een bezettingsgraad van nagenoeg 100%). Indien de gemiddelde ligduur door bijvoorbeeld beleidseffecten afneemt naar 20 dagen, kunnen er op jaarbasis 365 dagen/20 dagen \approx 18 gasten komen te overlijden in één bed (met een bezettingsgraad van nagenoeg 100%). Door het veranderen van de gemiddelde ligduur van 30 naar 20 dagen, wordt er een 'winst' geboekt van zes bedden.

Zoals in het rekenvoorbeeld voor de uitbreidingsopgave te zien was, waren er in *Prognosejaar* 11 hospicebedden extra nodig (van 30 naar 41 bedden). Mocht de gemiddelde ligduur afnemen van 30 dagen naar 20 dagen, is de uitbreidingsopgave geen 11 hospicebedden, maar 11 – 6 \approx 5 hospicebedden.

Bezettingsgraad

Het is onrealistisch om ervan uit te gaan dat alle hospicebedden in de uitbreidingsopgave op jaarbasis voor 100% bezet zijn. Hiervoor is in het prognosemodel een knop ingebouwd om ook voor de bezettingsgraad te corrigeren. Deze correctie wordt toegepast op de uitbreidingsopgave.

Zoals in het vorige rekenvoorbeeld te zien, komen we na een aangepaste gemiddelde ligduur, uit op een uitbreidingsopgave van 5 hospicebedden bij een bezettingsgraad van 100%. Mocht een regio er bijvoorbeeld naar streven om een bezettingsgraad van 80% te hanteren, betekent dit dat er 5/80% \approx 6 à 7 hospicebedden beschikbaar moeten zijn.

Uitbreidingsvraagstuk in relatie tot vrijwilligers

Bij het uitbreidingsvraagstuk in relatie tot vrijwilligers is het belangrijk om te benadrukken dat we niet simpelweg een vast aantal vrijwilligers willen koppelen aan een bed. Dit komt omdat het moeilijk te voorspellen is wat de inzet van vrijwilligers nu en in de toekomst zal zijn. De vrijwilliger van vandaag is immers niet dezelfde als die van morgen. De focus ligt daarom meer op de intensiteit van de inzet, zoals het aantal diensten en de duur daarvan, in plaats van op het aantal vrijwilligers. Vandaar dat we in het prognosemodel geen doorvertaling maken van het aantal benodigde bedden naar de benodigde extra vrijwilligers.

Deel B. Verschil prognose uit Berenschot Rapport (versie november 2024) en HHM prognose

De verschillen tussen prognoses hangen vaak samen met de aanpak en de mate waarin het model aansluit op de regionale context. Het model dat we hebben ontwikkeld, sluit nauw aan bij de behoeftes van de regio's door

gebruik te maken van factoren die door de regio zelf zijn aangedragen. Dit betekent dat het model rekening houdt met de lokale kennis en prioriteiten. We hebben de aannames in het model zorgvuldig met de regio's besproken, zodat de prognoses beter passen bij de werkelijkheid.

Het model is opgebouwd uit twee onderdelen: het kijkt zowel naar autonome factoren als naar de effecten van beleid. Een belangrijk voordeel is dat deze factoren apart kunnen worden aangepast en de gevolgen hiervan kunnen worden bekeken. Dit maakt het mogelijk voor regio's om hun eigen keuzes te maken en verschillende scenario's te onderzoeken. Bovendien is het model toepasbaar op meerdere niveaus (provincie, zorgkantoor, regio en netwerk), wat helpt bij een bredere analyse of juist een gedetailleerde focus. Zo biedt het model niet alleen inzicht, maar ook de mogelijkheid om gericht actie te ondernemen op basis van de situatie op een bepaald niveau.

Bijlage 2. Overzicht type hospices inclusief financiering

Bijna Thuis Huis (BTH)

Hospice als zelfstandige stichting met een eigen bestuur en goed opgeleide vrijwilligers. Op de loonlijst staan doorgaans (een) vrijwilligerscoördinator(en), manager en/of directeur.

De beroepsmatige zorg wordt verleend door al dan niet een vast team van wijkverpleegkundigen en/of verzorgenden van een organisatie voor wijkverpleging.

Informele zorg: 07:00 – 23.00 uur
 Formele zorg: op indicatie
 Hoofdbehandelaar: (eigen) huisarts

Bekostiging

De formele zorg wordt geleverd en gedeclareerd door een externe zorgaanbieder (thuiszorgorganisatie)
 Subsidie PTZ¹ (VWS):
 Giften & donaties
 Eigen bijdrage van gasten (eventueel met aanvullende zorgverzekering of vanuit P-wet)

High Care Hospice (HCH)

Hospice als zelfstandige stichting met een eigen bestuur of als zelfstandig onderdeel van een organisatie. Op de loonlijst staan doorgaans een manager en/of directeur, vrijwilligerscoördinator(en), arts en verpleegkundigen.

Aanvullende informele zorg wordt verleend door goed opgeleide vrijwilligers.

Formele zorg: 24-uurs zorg
 Informele zorg: 24-uurs zorg (veelal, niet uitsluitend)
 Hoofdbehandelaar: huisarts of medisch specialist

Bekostiging

ELV²-PTZ tarief (eigen risico)
 Vrijwilligers: Regeling PTZ

Palliatieve Unit (PU)

Hospice in de vorm van een aantal kamers of een aparte unit als onderdeel van een overkoepelende WtZa-toegelaten zorginstelling, met vaak ook een verpleeghuis. Het hospice heeft geen eigen bestuur.

De beroepsmatige zorgverleners zijn in dienst van de instelling. De beroepsmatige zorg wordt verleend door verpleegkundigen en verzorgenden, de medische zorg door een specialist Ouderen-geneeskunde. Vrijwilligers verlenen aanvullende zorg.

Formele zorg: 24 uur
 Informele zorg: wisselende inzet
 Hoofdbehandelaar: huisarts/specialist ouderengeneeskunde

Bekostiging

Wlz indicatie?
 Ja: zorgprofiel opschalen naar W10 (eigen bijdrage)
 Nee: ELV²-PTZ (eigen risico)
 Vrijwilligers: via VPTZ organisatie

Tarieven

Regeling PTZ Per cliënt ten hoogste: ELV-PTZ tarieven

| Zonder betaalde coördinatie | Met betaalde coördinatie | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| - Thuis, BTH: € 722 | - BTH: € 5.035 | - 2024: € 407,92 |
| - HCH: € 2.061 | - HCH: € 3.526 | - 2025: € 589,14 |

De instellingssubsidie wordt op basis van het aantal cliënten in de drie voorgaande jaren berekend en heeft een subsidieplafond.

Verpleging & Verzorging

Tarieven variëren per zorgverzekeraar

ELV-palliatieve bedden

De ELV-bedden zijn vergelijkbaar met PU-bedden: ze staan in aparte kamers en beschikken over speciale voorzieningen, zoals een kamer waar familie kan overnachten. Het verschil is dat deze kamers niet uitsluitend zijn bedoeld voor palliatief terminale zorg. Ze worden ook ingezet voor andere vormen van ELV, voor mensen die tijdelijk, om een medische reden, niet thuis kunnen wonen (ELV-laag, ELV-hoog).



¹ PTZ = Palliatieve Terminale Zorg

² ELV = Eerstelijns Verblijf

Bijlage 3. Gespreksleidraad

Leidraad voor een inventariserend gesprek over de capaciteit van hospicezorg per regio

- Wat speelt voor jullie specifiek in de regio als het gaat om capaciteitsvraagstukken met betrekking tot hospicezorg (BTH + wijk- en nachtzorg, HCH, PU, ELV)?
 - Op welke onderdelen zijn de gegevens in het onderzoek van Berenschot (Hospicezorg Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit Deel A – Generiek rapport landelijk d.d. 27 mei 2024) over jullie regio wel juist en op welke onderdelen niet juist?
 - Zijn alle HCH/BTH + wijk- en nachtzorg/PU/ ELV betrokken in de regio? Waarom wel/niet?
 - Waar knelt het qua capaciteit in jullie regio?
 - Zijn er verschillen tussen BTH + wijk- en nachtzorg, HCH, PU, ELV?
 - Zijn er knelpunten bij doorstroom/transfers?
 - Zijn er vertrouwde gezichten en continuïteit van thuiszorg en nachtzorg (BTH)?
 - In hoeverre draagt de onbekendheid over thuis sterven en mantelzorgondersteuning bij aan de knelpunten?
 - Hoe lukt het jullie momenteel om de huidige capaciteit te behouden?
 - Wat hebben jullie regionaal nodig om deze capaciteit te kunnen behouden?
- Is er genoeg plek de komende jaren?
 - In hoeverre zien jullie behoefte en mogelijkheden om de capaciteit op te hogen?
- Hoe zou de capaciteit in jullie regio beter benut kunnen worden?
 - Wat is daarvoor nodig tussen BTH + wijk- en nachtzorg, HCH, PU en ELV?
 - Toekomstbestendige hospicezorg
 - Visie op: wat is een goede plek om te sterven (vanuit ACP perspectief)? Kwaliteit van leven en sterven in de laatste levensfase, waar is de capaciteitsuitbreiding nodig?
 - Welke specifieke doelgroepen willen jullie nog beter bedienen? En hoe?
 - Welke behoefte is er met betrekking tot kinderen/jeugd, dak- en thuislozen, mensen met psychische problematiek, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met ALS en mensen met een migratieachtergrond?
 - Hoe komt het dat zij nu niet in een hospice terecht kunnen?
 - Welke samenwerking is daarvoor nodig om elkaar te versterken?
 - Maken van regionaal plan van aanpak
 - Afspraken over triage
 - Wat zijn jullie verwachtingen van een capaciteitsplan over de hospicezorg? Waar moet het aan voldoen?

Bijlage 4. Actieplan per regio

Actieplan IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel

Dit actieplan maakt onderdeel van het onderzoek naar capaciteit in de (hospice)zorg uit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg'. Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen: een prognosemodel, aandacht voor specifieke doelgroepen en een actieplan. Het prognosemodel bevat factoren die van invloed zijn op de capaciteit. Het model geeft inzicht in de te verwachte benodigde bedden in de toekomst (korte en lange termijn). Aansluitend daarop is er in de regio een start gemaakt voor een actieplan. In deze agenda staan verschillende (beleids)keuzes waar de regio de komende periode aan de slag mee kan gaan. Een nadere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staan beschreven in het rapport 'Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg' met kenmerk [NB242204].

In 2022 was de beschikbare capaciteit voor de regio IJssel-Vecht en Noordoost-Overijssel **23 bedden**. Als we kijken naar de prognose voor 2040 dan zouden er **14 bedden extra** nodig zijn, met een totale capaciteit van **37 bedden**. Met deze prognose komen we het dichtste bij het scenario 'verwachte prognose' van Berenschot. In de regio is er nagedacht over de beleidsmatige ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de capaciteit. Per onderdeel hebben we hieronder een toelichting gegeven. Het is een eerste stap naar een actieplan, het kan gezien worden als levend document.

| <i>(Beleidsmatige) Ontwikkelingen</i> | <i>Waar staan we nu?</i> | <i>Actie – hoe gaan we dat doen?</i> | <i>Wie pakt het op?</i> |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------|
| Inzet ACP en transmurale samenwerking Patiënten die in het ziekenhuis een diagnose krijgen met levensverwachting <1 jaar, (waarbij er daarvoor geen zorg aan de orde was), worden verwezen naar een verpleegkundige palliatieve zorg. Afspraken rondom de laatste levensfase worden besproken (o.a. in wensenboekje). | Eénjarige pilot is voltooid, 120 deelnemers zijn geïnccludeerd. Resultaten moeten nog verder onderzocht worden maar een van de resultaten is dat ongeveer 80% van de patiënten zijn overleden op de plek van voorkeur. Wel is het aantal patiënten wat nog op de SEH belandde hoger dan verwacht. | Werkwijze wordt verder uitgebreid. | Netwerk-coördinator |
| Voorlichtingsbijeenkomst door huisarts | Medrie (regio-organisatie voor huisartsen in de regio) heeft een <u>toolkit</u> ontwikkeld voor het organiseren van een collectieve voorlichtingsbijeenkomst over levenseinde vragen. In de | Geen actie vanuit het netwerk. | Huisartsen |

| (Beleidsmatige) Ontwikkelingen | Waar staan we nu? | Actie – hoe gaan we dat doen? | Wie pakt het op? |
|---|---|---|---|
| | <p>toolkit staan voorbeeldmaterialen en hulpmiddelen om als praktijk een voorlichting te organiseren. Er zijn al diverse voorlichtingsmomenten georganiseerd.</p> | | |
| <p>Werven van personeel/behouden van personeel & vrijwilligers</p> | <p>Vooraf het vullen van de nachtdiensten blijkt steeds lastiger. Organisaties kunnen hier intern andere keuzes in maken.</p> | <p>Er kan creatief gekeken worden welke opties hierbij kunnen helpen. Ideeën die genoemd zijn: inzetten van verzorgenden in de nacht/contact zoeken met opleidingen voor stagiaires/inzetten van statushouders.</p> | <p>Hospices</p> |
| | <p>Hospices zijn zelf verantwoordelijk voor het werven van vrijwilligers. De verwachting is dat dit geen/weinig effect zal hebben op de benodigde capaciteit van hospicezorg binnen de High Care hospices.</p> | <p>Eventueel kan er samengewerkt worden met Maatschappelijke organisaties zoals ZwolleDoet.</p> | <p>Hospices & bijvoorbeeld Zwolle Doet.</p> |
| <p>Inzet op (zorg)technologie Zorgtechnologie kan mensen helpen langer zelfstandig thuis te blijven en kan voor verlichting zorgen van het personeel.</p> | <p>In sommige organisaties (in ieder geval High Care Hospice) wordt er al gebruikgemaakt van technologie. De verwachting is dat dit geen directe impact zal hebben op de beschikbare capaciteit van hospicebedden, maar wel voor een verlichting zorgt bij het personeel en de vrijwilligers.</p> | <p>Onderzoeken of er belangstelling is voor een inspiratiemiddag o.i.d. waarbij organisaties ervaring rondom (zorg)technologie kunnen delen.</p> | <p>Netwerkcoördinator</p> |
| <p>Afspraken verdeling onderling Hospices hebben te maken met verschillende bezettingen. Onderlinge afstemming is gewenst om eventuele wachtlijsten te voorkomen.</p> | <p>Binnen de Bijna Thuis Huizen is deze afstemming er al wel.</p> | <p>Er kan ook afstemming plaatsvinden met de High Care Hospice en Palliatieve Unit om wachtlijsten te voorkomen.</p> | <p>Hospices onderling</p> |

| (Beleidsmatige) Ontwikkelingen | Waar staan we nu? | Actie – hoe gaan we dat doen? | Wie pakt het op? |
|--|--|--|--------------------------|
| Aanpak verkeerde bed problematiek | Een gast komt niet altijd op de meest passende plek te overlijden. Daarnaast is het aantal mensen wat komt te overlijden in het ziekenhuis in vrij hoog (17%). | Er is inzicht nodig in de verschillende typen hospices en eventuele specifieke expertise van hospices (bijv. pijnbestrijding). Er wordt onderzocht in welke mate dit verschil ook bekend is bij het transferbureau (bijvoorbeeld expertise op pijnbestrijding en expertise op specifieke doelgroepen). | Netwerkcoördinator |
| | | Deze verschillen worden inzichtelijk gemaakt. | Met behulp overzicht HHM |
| Bekendheid & PR | Bekendheid van verschillen tussen hospices; bekendheid voor verwijzers; en bekendheid voor de inwoners. | In lijn met het voorgaande punt kunnen deze verschillen ook gecommuniceerd worden naar verschillende organisaties: wat zijn de verschillen tussen de verschillende hospices? Wanneer kun je waar terecht? | Netwerkcoördinator |
| Inzet Mantelzorg ondersteuning Door mantelzorgers beter te ondersteunen kan een gast langer in een thuissituatie verblijven | Maatschappelijke organisatie die mantelzorgondersteuning biedt. | Samenwerking met Sociaal Domein voor o.a. respijtzorg. Hiervoor wordt contact gezocht met de gemeente. | Netwerkcoördinator |
| Realiseren van extra bedden | Een aantal hospices heeft uitbereidingsplannen voor de toekomst. | Dalfsen: +2 Zwolle: +2 Ommen: 4-6 bedden | |

Vervolg

Dit actieplan kan gezien worden als een eerste verkenning met daarin (mogelijke) acties die in de regio uitgevoerd kunnen worden. Deze ontwikkelingen en acties krijgen een plek in het jaarplan van de regio.

Actieplan Groningen

Dit actieplan maakt onderdeel van het onderzoek naar capaciteit in de (hospice)zorg uit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg'. Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen: een prognosemodel, aandacht voor specifieke doelgroepen en een actieplan. Het prognosemodel bevat factoren die van invloed zijn op de capaciteit. Het model geeft inzicht in de te verwachte benodigde bedden in de toekomst (korte en lange termijn). Aansluitend daarop is er in de regio een start gemaakt voor een actieplan. In deze agenda staan verschillende (beleids)keuzes waar de regio de komende periode aan de slag mee kan gaan. Een nadere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staan beschreven in het rapport 'Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg' met kenmerk [NB242204].

In 2022 was de beschikbare capaciteit voor de regio Groningen **39 bedden**. Als we kijken naar de prognose voor 2040 dan zouden er **16 bedden extra** nodig zijn, met een totale capaciteit van **55 bedden**. Met deze prognose komen we het dichtste bij het scenario 'verwachte prognose' van Berenschot (53 bedden). In de regio is er nagedacht over de beleidsmatige ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de capaciteit. Per onderdeel hebben we hieronder een toelichting gegeven. Het is een eerste stap naar een actieplan, het kan gezien worden als levend document.

| <i>(Beleidsmatige) Ontwikkelingen</i> | <i>Waar staan we nu?</i> | <i>Actie - hoe gaan we dat doen?</i> | <i>Wie pakt het op?</i> |
|---------------------------------------|--|--|-------------------------|
| Monitoren instroom | Er is in de regio geen goed zicht op waar patiënten vandaan komen (herkomst). Op hospice niveau wordt dit wel bijgehouden. | De 'herkomst' cijfers van 2022 worden gedeeld. In het nieuwe registratie systeem (Lorio) is hier ook aandacht voor | Hospices |
| | Daarbij wordt er ook gekeken of cijfers van de plek van overlijden gespecificeerd kunnen worden naar het hospice. | Door de cijfers van 2022 te delen kan er gekeken worden hoe de cijfers zich verhouden tot de categorie 'anders' van Palliaweb. | Hospices/HHM |
| | Ook is er onvoldoende zicht op aanmelding en plaatsing. We willen weten hoeveel mensen die zich daadwerkelijk als gast hadden aangemeld bij een BTH uiteindelijk niet geplaatst zijn in de BTHen, PU en HCH's. | In het nieuwe registratiesysteem (Lorio) worden deze cijfers bijgehouden. | Hospices |

| (Beleidsmatige) Ontwikkelingen | Waar staan we nu? | Actie - hoe gaan we dat doen? | Wie pakt het op? |
|---|--|---|----------------------------------|
| Prognosemodel specificëren | Om het prognosemodel nog beter bruikbaar te maken ligt er de wens om de prognoses ook op gemeente niveau/adherentiegebied inzichtelijk te maken. Dit kan de hospices helpen om een prognose te maken voor hun eigen hospice. | In afstemming met Ligare wordt er gekeken op welke manier het model verfijnd kan worden | HHM in samenwerking met hospices |
| Beleid op plek van sterven | Er is behoefte aan meer visie op wat een passende plek van sterven is. | In de regiegroep wordt gesproken over inspanningen die regionaal gepleegd kunnen worden om bij te dragen dat mensen zoveel mogelijk sterven op een passende plek van sterven. | Regiegroep |
| | Verwijsroutes in kaart brengen | | |
| Financiering op orde | Er ligt een druk op de financiering door de systematiek die VWS gebruikt om subsidies te berekenen en de plafonds bij de thuiszorg organisaties/afspraken met zorgkantoren. Daarnaast speelt ook de doelmatigheidstoets van de zorgverzekeraars mee. | Dit zijn landelijke ontwikkelingen, maar organisaties kunnen wel actief hierop inspelen via een gerichte lobby. | Hospices |
| Burgerbijeenkomsten | Er worden al verschillende burgerbijeenkomsten georganiseerd om inwoners voorlichting te geven over palliatieve zorg en bij te dragen aan een positieve beeldvorming van hospices. | Geen actie op nodig, verder doorzetten | Netwerkcoördinator |
| Werven van personeel/behouden van personeel & vrijwilligers | Proactief inspelen op veranderingen bij vrijwilligers (beschikbaarheid, wensen, behoeften). | Flexibel omgaan met vrijwilligers, PR projecten, open dagen, herintreders vanuit UWV, vrijwilligers meerdere taken/functies aanbieden, maatschappelijke stage. Belangrijk is om blijvend persoonlijk contact te hebben met vrijwilligers om ze te behouden. | Hospices |

| <i>(Beleidsmatige) Ontwikkelingen</i> | <i>Waar staan we nu?</i> | <i>Actie - hoe gaan we dat doen?</i> | <i>Wie pakt het op?</i> |
|--|---|---|----------------------------------|
| | Inzet van stagiaires en eventuele samenwerking daarvoor | De BTH's staan open voor het bieden voor een stageplek. Er is in januari contact met de ROC's (MBO). Een stagiair kan ook betrokken zijn bij meerdere hospices tegelijkertijd om zo de uren te kunnen vullen. | Hospices, netwerk coördinatoren. |
| | Vrijwillige thuisinzet loopt (voornamelijk) via Humanitas | Geen verdere actie op nodig. | |
| Witte vlek migratie achtergrond | Er is onvoldoende zicht op de groep mensen met een migratieachtergrond. Deze groep komt nauwelijks voor in de hospices. | Zicht krijgen op welke behoeften er zijn, wat er hiervoor nodig is. | Hospices, i.c.m. informatie HHM |
| Verkennen of afspraken over onderlinge verwijzingen wenselijk is | Er wordt incidenteel contact gelegd tussen hospices. | De bijeenkomst van 10 december is een eerste van deze verkenning. | Hospices |

Vervolg

Dit actieplan kan gezien worden als een eerste verkenning met daarin (mogelijke) acties die in de regio uitgevoerd kunnen worden. Op 10 december komen de besturen van de verschillende hospices in de regio voor het eerst bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomst staat kennismaken centraal, en wordt er nagedacht over het vervolg van de samenwerking.

Actieplan Salland

Dit actieplan maakt onderdeel van het onderzoek naar capaciteit in de (hospice)zorg uit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg'. Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen: een prognosemodel, aandacht voor specifieke doelgroepen en een actieplan. Het prognosemodel bevat factoren die van invloed zijn op de capaciteit. Het model geeft inzicht in de te verwachte benodigde bedden in de toekomst (korte en lange termijn). Aansluitend daarop is er in de regio een start gemaakt voor een actieplan. In deze agenda staan verschillende (beleids)keuzes waar de regio de komende periode aan de slag mee kan gaan. Een nadere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staan beschreven in het rapport 'Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg' met kenmerk [NB242204].

In 2022 was de beschikbare capaciteit voor de regio Salland **15 bedden** (*gecorrigeerd voor Hospice Deventer naar 2023*). Als we kijken naar de prognose voor 2040 dan zouden er **10 bedden extra** nodig zijn, met een totale

capaciteit van **25 bedden**. Met deze prognose komen we het dichtste bij het scenario 'verwachte prognose' van Berenschot. In de regio is er nagedacht over de beleidsmatige ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de capaciteit. Per onderdeel hebben we hieronder een toelichting gegeven. Het is een eerste stap naar een actieplan, het kan gezien worden als levend document.

Dit actieplan wordt tijdens een bijeenkomst in februari 2025 verder uitgewerkt. Bij dit overleg sluiten alle betrokkenen binnen het netwerk palliatieve zorg aan: de hospices (zowel de Bijna Thuis Huizen (BTH), High Care hospices (HCH) en de Palliatieve Units (PU)), de thuiszorgorganisaties, dagelijks bestuur palliatieve zorg en eventueel de huisartsen. De netwerk coördinator legt de verbinding tussen de beschreven acties rondom capaciteit en het project rondom Proactieve Zorg Planning (PZP). Tijdens deze bijeenkomst worden verantwoordelijkheden belegd.

| <i>(Beleidsmatige) Ontwikkelingen</i> | <i>Waar staan we nu?</i> | <i>Actie – hoe gaan we dat doen?</i> | <i>Wie pakt het op?</i> |
|--|--|---|--------------------------------|
| Monitoren prognosemodel | Het prognose model geeft een eerste inschatting voor de benodigde capaciteit. Het aantal ELV-bedden wat ingezet kan worden voor ELV-PTZ is onbekend. | Uitzoeken welke ELV-PTZ bedden er in de regio aanwezig zijn en wat hiervan de bezetting is. Dit kan toegevoegd worden in het prognosemodel van HHM. | Netwerk coördinator |
| Inzet vrijwilligers thuis | Er zijn BTH's die ook thuisondersteuning bieden. Het zou mooi zijn als de thuisinzet versterkt kan worden. | Huisartsen/Thuiszorgorganisaties kunnen meer informeren over de mogelijkheden in de palliatieve (terminale) fase. | Is onderdeel van project PZP |
| | PR voor het werven van vrijwilligers tijdens open dag/in de krant | De promotie kan nog uitgebreider ingezet worden, hier moet wel een zorgvuldig mee om worden gegaan. | Hospices |

| (Beleidsmatige) Ontwikkelingen | Waar staan we nu? | Actie – hoe gaan we dat doen? | Wie pakt het op? |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------------|
| | | Overige besproken acties: samenwerking met lokale vrijwilligersorganisaties, bewustwordingscampagne om vrijwilligers te werven | Onderdeel van vervolgesprek |
| Betere mantelzorgondersteuning | Er is een Steunpunt Mantelzorg bij Carinova | Deze mogelijkheid kan verder uitgebreid worden, ook specifiek voor mantelzorgers voor palliatieve zorg | |
| | Respijtmogelijkheid opzetten: De Cirkel in Raalte is bezig met een ontwikkeling van logeerplekken | Tijdens regiobijeenkomsten leren van de ervaringen in Raalte | |
| | Regionaal onderzoek doen naar mogelijkheden rondom mantelzorgondersteuning | Besproken acties: organiseren van mantelzorgtrainingen, mantelzorgers betrekken bij regionale zorgnetwerken, breed beroep doen op zorgzame buurten. | |
| Aanpak verkeerde bed problematiek | Verwijzers zijn goed bekend met de hospices | Geen actie op nodig | |
| | Ervaringen delen, leren van elkaar | In regionale bijeenkomsten ervaringen delen (voorbeeld van tussenkomst van huisarts na contact met transferbureau) | Hospices |
| Inzet ACP | Er ligt een jaarplan voor PZP (Proactieve Zorg Planning), de digitale samenwerking is nog een probleem. Eind januari volgt hier uitsluitel over | In het jaarplan PZP zijn er verschillende pijlers; waaronder deskundigheidsbevordering professionals en het ACP gesprek | Project PZP |
| Inzet (zorg)technologie | Mogelijkheden inventariseren | Weinig verwachte impact op capaciteit, wel van belang voor beschikbaar personeel; kijken naar zorg op afstand in combinatie met vrijwilligers | |
| Werven van personeel & vrijwilligers | Het hebben van voldoende vrijwilligers & beschikbaar (Thuiszorg) personeel is van groot belang. Ook de druk op de nachtzorg wordt steeds groter | Kijken naar mogelijkheden voor de nachtzorg, mogelijkheden onderzoeken van uitwisselen vrijwilligers, leren van elkaar, het blijven benoemen van het belang van nachtzorg | |

Actieplan Twente

Dit actieplan maakt onderdeel van het onderzoek naar capaciteit in de (hospice)zorg uit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg'. Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen: een prognosemodel, aandacht voor specifieke doelgroepen en een actieplan. Het prognosemodel bevat factoren die van invloed zijn op de capaciteit. Het model geeft inzicht in de te verwachte benodigde bedden in de toekomst (korte en lange termijn). Aansluitend daarop is er in de regio een start gemaakt voor een actieplan. In deze agenda staan verschillende (beleids)keuzes waar de regio de komende periode aan de slag mee kan gaan. Een nadere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staan beschreven in het rapport '**Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg**' met kenmerk [NB242204].

In 2022 was de beschikbare capaciteit voor de regio Twente **45 bedden** (*gecorrigeerd voor TMZ Hengelo naar 7 bedden in 2022*). Als we kijken naar de prognose voor 2040 dan zouden er **20 bedden extra** nodig zijn, met een totale capaciteit van **65 bedden**. In de regio zijn er al 5 bedden gerealiseerd. Dit past het beste bij het scenario tussen 'basis' en 'verwachting' van Berenschot. De regio kiest voor het scenario 'net iets boven basis'.

In de regio is er nagedacht over de beleidsmatige ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de capaciteit. Per onderdeel hebben we hieronder een toelichting gegeven. Het is een eerste stap naar een actieagenda, het kan gezien worden als levend document.

Vervolg

In de regio wordt dit actieplan verder uitgewerkt. Gezamenlijk wordt er gekeken op welke manier de beschreven acties ingezet kunnen worden. De regio is een lerend netwerk aan het vormen, en aan het onderzoeken op welke manier dit het beste vormgegeven kan worden. De regio komt twee keer per jaar bij elkaar in een kenniskring, waar informatie wordt gedeeld en hospices van elkaar kunnen leren. Dit wordt uitgebreid naar 4 keer per jaar. De regio komt twee keer per jaar bij elkaar om de ontwikkelingen te bespreken, dit wordt mogelijk wat opgeschaald om invulling te geven aan het actieplan. Het vervolg op de het prognosemodel en de acties die voortkomen uit het plan worden regionaal opgepakt.

Inzet vrijwilligers thuis

Vrijwilligers kunnen aanvullende zorg bieden aan mensen in de terminale fase in hun thuissituatie. Dit kan de druk op hospices verminderen en bijdragen aan een wens van patiënten om thuis te blijven. Deze keuze kan de benodigde hospicecapaciteit remmen.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waarop zet de regio al in?

Actie

1. Begin 2025 wordt er een regionale bijeenkomst georganiseerd met Leendert Vriel en Evenmens, om dit onderwerp te bespreken. Er volgt een aanpak per gemeente. Er wordt ingezet op de mentaliteitsverandering bij verwijzers: huisarts/thuiszorgteam/sociale wijkteams/POH's/cliëntondersteuners worden geïnformeerd over de mogelijkheden, zodat inwoners tijdig op de hoogte zijn van bijvoorbeeld thuis inzet. In Oldenzaal is deze aanpak succesvol gebleken.

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

1. De media meer opzoeken: posters/flyers/social media (o.a. Facebook).
2. Werven & behouden van vrijwilligers. Vrijwilligers ook andere taken aanbieden, en bijvoorbeeld indelen in groepen (o.a. social media groep)
3. Het benoemen van thuisinzet bij aanmelding hospice/eerst thuisondersteuning realiseren
Voorbeelden uit andere regio's:
4. Samenwerking stimuleren met lokale vrijwilligersorganisaties
5. (Lokale) Trainingen ontwikkelen voor vrijwilligers om ondersteuning te bieden
6. Bewustwordingscampagnes opzetten om vrijwilligers te werven
7. Ligduur monitoren en evalueren

Betere mantelzorgondersteuning

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg voor terminaal zieke mensen. Door hen beter te ondersteunen (via informatie, trainingen en respijtzorg) kan de vraag naar hospicebedden worden beperkt.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waarop zet de regio al in?

Actie

1. Er is een pilot gestart met VVT organisaties waardoor er 6 bedden gerealiseerd zijn voor planbare respijtzorg.
2. Er is een folder ontwikkeld voor mantelzorgers. Het is een informatieve folder, waarin ook een scorelijst is toegevoegd om te checken in hoeverre de mantelzorger overbelast is.

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

1. Opzetten van respijtzorgmogelijkheden, waarbij er zorgvuldige/duidelijke afspraken worden gemaakt.
2. Mantelzorgers informeren van mogelijkheden
Voorbeelden andere regio's:
3. Mantelzorgers betrekken bij regionale zorgnetwerken
4. Palliatieve inwoners bij de huisarts in kaart brengen, ook het netwerk om inwoner heen. Bepalen van aanspreekpunt
5. Werkgroep informele zorg
6. Steunpunt Mantelzorg (beter) benutten voor mantelzorgers in palliatieve fase

Aanpak verkeerde bed problematiek (communicatie verwijzers)

Verkeerde bed problematiek ontstaat als mensen op een plek overlijden die niet passend is. Dit kan zowel in een hospice zijn (uitplaatsing of bij te late plaatsing vanuit ziekenhuis), maar ook in een ziekenhuis. Dit heeft vermoedelijk een verhogend effect op de capaciteit in de hospices. Betere communicatie met verwijzers kan onnodige opnames voorkomen en capaciteit efficiënter benutten.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waarop zet de regio al in?

Actie

1. Voor de helft van de regio zijn er regionale samenwerkingsafspraken. Deze worden herzien en het plan is om deze ook voor de gehele regio in te zetten. (nagaan: welke afspraken liggen er, zorgen voor een warme overdracht, contact met transferpunten)
2. Transferbureau voert (steeds) vaker evaluaties uit om te kijken wat er verbeterd kan worden. Hospices geven ook terugkoppelingen aan het transferbureau
3. In de regio zijn er verschillende PATZ-groepen
4. Hospices gaan bij aanmelding zelf het gesprek aan om te onderzoeken of het hospice een passende plek is.

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

1. Contact met transferbureau versterken; elkaar (nog beter) leren kennen.
2. Bij de regionale afspraken (zie hierboven) ook aandacht hebben voor de verschillende typen hospices.
3. Mogelijkheden voor uitplaatsing onderzoeken (voorrang op plaatsing)
Voorbeelden andere regio's:
4. Huisarts kijkt mee bij overdracht BTH, om te bekijken of het hospice een passend plek is.
5. Overzicht maken van verschillende hospice en betreffende expertise en dit toetsen bij/delen met transferbureau. Het strikter beoordelen van opnamecriteria.
6. Regionaal monitoren van aanmelding en plaatsing (hoeveel mensen die zich daadwerkelijk als gast hadden aangemeld, zijn uiteindelijk bij een BTH niet geplaatst).

Inzet ACP (Advance Care Planning) en informatie inwoners

Advance Care Planning (ACP) helpt patiënten en hun naasten bij het maken van tijdige keuzes over zorg. Meer bewustzijn zorgt dat mensen vaker op een passende plek overlijden.

Impact

- Weinig impact
 Matige impact
 Redelijke impact
 Veel impact

Waarop zet de regio al in?

Actie

1. Er zijn in al wel trainingen rondom ACP geweest, dit wil de regio blijven voortzetten.
2. De hoop is dat door het transformatieplan dit ook nog meer een impuls krijgt. Hospices doen het nodige aan ACP, maar ook de andere organisaties kunnen dit nog meer/beter inzetten.

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

1. Incidenten/spoedopname in de terminale fase voorkomen. Huisartsen & verpleegkundigen blijven informeren/trainen.
2. Er ligt een extra moeilijkheid door de cultuur in Twente. Er wordt niet snel gesproken over de dood. Beeldvorming over hospices kan hierbij helpen (o.a. social media)
3. Informeren bij andere instellingen (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg). Waar mogelijk ook outreachend werken
Voorbeelden andere regio's:
4. Regionale campagnes over ACP organiseren
5. Ontwikkelen van eenvoudige informatiepakketten voor inwoners over zorgopties (online, fysiek, aandacht voor laaggeletterdheid & interculturele groepen)
6. Terugkoppeling van SEH's en ambulancediensten naar huisartsenpraktijken over casussen waar ACP had kunnen helpen
7. Integreren van ACP in de standaard werkwijze van huisartsenpraktijken en ziekenhuizen

Werven van vrijwilligers

Het behouden van vrijwilligers is rand voorwaardelijk voor de beschikbare capaciteit.

Waarop zet de regio al in?

Actie

1. In de afgelopen periode zijn er geen bedden niet benut omdat er te weinig vrijwilligers waren. Het behouden van gezond vrijwilligers bestand is wel essentieel
2. Er is een introductie film ontwikkeld over hospice zorg. Deze film wordt veel gebruikt & doorgestuurd.
3. Iedere vrijwilliger volgt een introductie cursus van VPTZ
4. (De coördinatoren van) het Netwerk Palliatieve Zorg zijn betrokken bij gastlessen/Minor palliatieve zorg om informatie te geven over palliatieve zorg.

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

1. Samenwerking tussen hospices in werving; regionale aandacht campagne, waarbij ieder hospice zijn eigen vrijwilligers werft.
2. Kijken naar de verschillende typen vrijwilligers (o.a. vrijwilligers die 'hoppen') en hun wensen & behoeften
3. Maatschappelijke stage/scholieren betrekken (vraagt ook begeleiding vanuit een hospice). Eventueel in projectvorm aanbieden.
4. Verdiepende scholingen van VPTZ op een locatie dichtbij (indien hier behoefte aan is).
5. Inzet in de nacht is een knelpunt: leren van elkaar (voorbeeld van verwachtingsmanagement: bij aanmelding van vrijwilliger <65 jaar verplicht een nachtdienst)
6. Hospice zorg beter promoten bij opleiding tot verpleegkunde/zorgopleidingen.
7. Flexibel zijn in eisen (denk aan twee diensten)
Voorbeelden andere regio's:
8. Wervingscampagne met focus op storytelling en sociale media (Facebook, Instagram) om ook de jongere doelgroep te bereiken

Realiseren van extra bedden

Indien andere maatregelen naar verwachting onvoldoende capaciteit vrijmaken, kunnen extra hospicebedden worden gerealiseerd.

Waarop zet de regio al in?

Actie

1. In de regio zijn er al een aantal uitbreidingen gedaan sinds 2022, en staan er nog een aantal op de planning. Zo heeft Hospice Borne er drie bedden bijgekregen in november 2023, is Hospice Leendert Vriel in 2023 uitgebreid met twee bedden, en heeft Hospice Het Meulenbelt aangegeven in 2025 met twee bedden uit te willen breiden. Hospice Enschede heeft aangegeven te willen uitbreiden, maar er zijn nog geen concrete plannen.

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

1. Regionale spreiding (locaties van hospices)
2. Kijken naar behoeften van mensen met een andere achtergrond/werken met sleutelfiguren van dezelfde afkomst. Combinatie respijthuis & hospice voor deze doelgroep.
- 3.

Actieplan Drenthe en Steenwijkerland

Dit actieplan maakt onderdeel van het onderzoek naar capaciteit in de (hospice)zorg uit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg'. Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen: een prognosemodel, aandacht voor specifieke doelgroepen en een actieplan. Het prognosemodel bevat factoren die van invloed zijn op de capaciteit. Het model geeft inzicht in de te verwachte benodigde bedden in de toekomst (korte en lange termijn). Aansluitend daarop is er in de regio een start gemaakt voor een actieplan. In deze agenda staan verschillende (beleids)keuzes waar de regio de komende periode aan de slag mee kan gaan. Een nadere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staan beschreven in het rapport 'Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg' met kenmerk [NB242204].

In 2022 was de beschikbare capaciteit voor de regio Drenthe en Steenwijkerland **30 bedden**. Als we kijken naar de prognose voor 2040 dan zouden er **11 bedden extra** nodig zijn, met een totale capaciteit van **41 bedden**. Met deze prognose komen we het dichtste bij het scenario 'verwachte prognose' van Berenschot (36 bedden). In de regio is er nagedacht over de beleidsmatige ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de capaciteit. Per onderdeel hebben we hieronder een toelichting gegeven. Het is een eerste stap naar een actieplan, het kan gezien worden als levend document.

| Wanneer | | |
|--|--|----------------------------|
| Korte termijn = 1 ^e halfjaar 2025 | Middellange termijn = 2 ^e halfjaar 2025 | Lange termijn = vanaf 2026 |

Inzet vrijwilligers thuis

Vrijwilligers kunnen aanvullende zorg bieden aan mensen in de terminale fase in hun thuissituatie. Dit kan de druk op hospices verminderen en bijdragen aan een wens van patiënten om thuis te blijven. Deze keuze kan de benodigde hospicecapaciteit remmen.

Impact

- Weinig impact
 Matige impact
 Redelijke impact
 Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|-------|------------|---------|
|-------|------------|---------|

Inzet vrijwilligers thuis

| | | |
|---|--|---------------------------|
| 8. Samenwerking stimuleren met lokale vrijwilligersorganisaties | Hospices/thuisinzetten/ NPZ Drenthe & Steenwijkerland, Gezonde Marke | Korte/Middellange termijn |
| 9. Trainingen ontwikkelen voor vrijwilligers om ondersteuning te bieden in de palliatieve (terminale) fase | Hospices/thuisinzetten samen met vrijwilligersorganisaties | (Middel) lange termijn |
| 10. Bewustwordingscampagnes opzetten om vrijwilligers te werven | PR hospices/thuisinzetten, gemeenten, en anderen | Korte termijn |
| 11. Verbinding realiseren van inzet vrijwilligers in de palliatieve (terminale) fase met ontwikkeling van o.a. zorgzame buurten | PMT Transformatieplan, Gezonde Marke | (Middel) lange termijn |
| 12. Samenwerking opzetten vrijwilligers thuis inzetten met kernteams in huisartsenpraktijken | PMT Transformatieplan, Acanthis, Het Riemkehuis | Korte/middellange termijn |
| 13. Trainingen voor verwijzers organiseren over signaleren en bespreken overbelasting mantelzorgers | PMT Transformatieplan, Acanthis, Het Riemkehuis NPZ Drenthe & Steenwijkerland/ Gezonde Marke | |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|--|---|---------------------------|
| 2. Eerst thuisondersteuning realiseren om situatie te steunen en te stutten, voordat mensen in het hospice komen | Wijkvp/ huisartsen/ coördinatoren hospices en thuisinzet | Is al bezig |
| 3. Ligduur monitoren en evalueren | Coördinatoren van hospices | Is al bezig |
| 4. Overleg realiseren met de VWT tafel van Drenthe over capaciteit hospicevoorzieningen (BTH/PU) | NPZ Drenthe en Steenwijkerland, hospices | Is al bezig |
| 5. Overleg tussen hospices en netwerkpartners over aanpak en uitwisseling van kennis (kwaliteit en samenwerking) | Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe en Steenwijkerland, hospices/thuisinzet/ | Korte/Middellange termijn |
| 6. Signaleren overbelaste mantelzorger/voorkomen van, bij naasten in de palliatieve fase door bekendheid mogelijkheid thuisinzet vrijwilligers in de | Acanthis, Het Riemkehuis i.sm. NPZ Drenthe & Steenwijkerland | Is al bezig |

Inzet vrijwilligers thuis

terminale fase bij verwijzers, mogelijk ondersteund met trainingen hieromtrent
in samenwerking met de netwerkpartners

Betere mantelzorgondersteuning

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg voor terminaal zieke mensen. Door hen beter te ondersteunen (via informatie, trainingen en respijtzorg) kan de vraag naar hospicebedden worden beperkt.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|--|--|----------------------------|
| 7. Organiseren van mantelzorgtrainingen | Werkgroep Informele zorg Gezonde Marke samen met vrijwilligersorganisaties, PMT TF plan | Korte termijn |
| 8. Opzetten van respijtzorgmogelijkheden | Werkgroep informele zorg, Gezonde Marke, Gemeenten Zorgkantoor/zorgverzekeraars en hospices/ regionale zorginstellingen | Korte/ Middellange termijn |
| 9. Mantelzorgers betrekken bij regionale zorgnetwerken | Gezonde Marke, Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe en Steenwijkerland, Zorgbelang Drenthe en Overijssel | (Middel) lange termijn |
| 10. Een breed beroep doen op/versterken van zorgzame buurten | Gemeentes en welzijnsorganisaties, Gezonde Marke | Lange termijn |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|--|---|------------------------------|
| 3. Palliatieve inwoners worden bij huisarts in kaart gebracht. Ook het gehele netwerk om de palliatieve inwoner. Dus ook op de mantelzorger. Inclusief bepalen aanspreekpunt. Regierol Onderdeel TF plan | Huisartsen(praktijken) Kernteams, PMT TF plan | Is al bezig, > Lange Termijn |

Betere mantelzorgondersteuning

| | | |
|---|--|--|
| <p>4. Drenthe heeft een werkgroep Informele zorg. In deze werkgroep kunnen de op in te zetten acties besproken, beoordeeld en belegd worden. > Checken betreffende Steenwijkerland</p> | <p>Wergroep Informele zorg Gezonde Marke Het Riemkehuis</p> | <p>Is al bezig, > Lange Termijn</p> |
| <p>5. Samenwerking tussen huisartsen, hospices/thuisinzet en netwerkcoördinator palliatieve zorg. Ook onderdeel TF plan</p> | <p>Huisartsen, hospices/thuisinzet en netwerkcoördinator/PMT TF Plan</p> | <p>Is al bezig Lange Termijn</p> |
| <p>6. Stimuleren van bewustwording rondom hospices om stigma's zoals te verminderen ("<i>hospice is eng</i>") Structuur in aanbrengen met TF plan</p> | <p>PR- hospices, gemeenten, en anderen PMT TF plan</p> | <p>Is al bezig/ (Middel) lange termijn</p> |

Aanpak verkeerde bed problematiek (communicatie verwijzers)

Verkeerde bed problematiek ontstaat als mensen op een plek overlijden die niet passend is. Dit heeft vermoedelijk een verhogend effect op de capaciteit in de hospices. Betere communicatie met verwijzers kan onnodige opnames voorkomen en capaciteit efficiënter benutten.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|--|------------------------|
| 1. Trainingen voor huisartsen en ziekenhuisverwijzers over passende zorgpaden als onderdeel van het TF plan | NPZ Drenthe & Steenwijkerland, PMT TF plan | (Middel) lange termijn |
| 2. Ontwikkelen van een regionaal communicatieprotocol als onderdeel van het TF plan | NPZ Drenthe en Steenwijkerland, PMT TF plan | Middellange termijn |
| 3. Analyse en terugkoppeling naar netwerkpartners over verkeerde bed problematiek | NPZ Drenthe & Steenwijkerland, hospices | Middellange termijn |
| 4. Inzicht vergroten in verschillen tussen organisaties in aanpak en capaciteit en actuele beelden van de beschikbare hospicebedden per hospice | Besturen hospices en NPZ Drenthe & Steenwijkerland | Korte termijn |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|--|---------------|
| 1. Optimaliseren van overlegstructuren tussen verwijzers en hospices en zorginstellingen (incl. ziekenhuis) | Besturen hospices, NPZ Drenthe & Steenwijkerland en o.a. transferpunten ziekenhuizen | Is al bezig |
| 2. Strikter beoordelen van opnamecriteria en overleg bij opnamebeslissingen in de hospices (Door)ontwikkelen visie en beleid | Besturen hospices, netwerkcoördinator en o.a. transferpunten ziekenhuizen Besturen Hospices | Is al bezig |
| 3. Toepassen van ACP (Advance Care Planning) en trainen van professionals hierin als onderdeel van continueren ACP project en het TF plan PZ en ACP | NPZ Drenthe & Steenwijkerland, PMT TF Plan | Korte termijn |

Inzet ACP (Advance Care Planning) en informatie inwoners

Advance Care Planning (ACP) helpt patiënten en hun naasten bij het maken van tijdige keuzes over zorg. Meer bewustzijn zorgt dat mensen vaker op een passende plek overlijden.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|---|------------------------|
| 8. Ontwikkelen van eenvoudige informatiepakketten (online, fysiek met oog voor laaggeletterdheid en interculturele groepen) voor inwoners over zorgopties TF plan | PR hospices/thuisinzet, gemeenten, en anderen PMT TF plan | (Middel) lange termijn |
| 9. Integreren van ACP in de standaard werkwijze van huisartsenpraktijken en ziekenhuizen en anderen met het TF plan | NPZ Drenthe & Steenwijkerland PMT TF plan | Middellange termijn |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|--|--|
| 1. Terugkoppeling van SEH's en ambulancediensten naar huisartsenpraktijken over casussen waar ACP had kunnen helpen | SEH-medewerkers, ambulancediensten, en huisartsen | Is al bezig korte en middel lange termijn |
| 2. Proactieve zorgplannen meegeven vanuit het ziekenhuis naar huisartsenpraktijken | Ziekenhuizen en huisartsen | Is al bezig korte en middel lange termijn |
| 3. Anticiperen op verwachte situaties, zodat wijkteams en naasten voorbereid zijn op wat er met een persoon in de palliatieve thuissituatie kan gebeuren en hierop gereageerd/gehandeld kan worden, onderdeel TF plan | Kernteam, PMT TF plan | Is al bezig korte en middel lange termijn |
| 4. Verbeterde samenwerking tussen netwerkpartners, TF plan | PMT TF Plan | Is al bezig |
| 5. Regionale campagnes over bewustwording laatste levensfase organiseren, zoals Dood uit de Pot | Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe en Steenwijkerland en PMT transformatieplan | Is al bezig Voor een adequate structuur> Middellange termijn |

Inzet ACP (Advance Care Planning) en informatie inwoners

| | | |
|---|---|--|
| <p>6. Scholing structureel en cyclisch voor zorgverleners (huisartsen, wijkteams, SEH-medewerkers, ambulancediensten etc) over ACP en PZ</p> | <p>NPZ Drenthe & Steenwijkerland, PMT TF plan</p> | <p>Is al bezig Voor een adequate structuur> Middellange termijn</p> |
|---|---|--|

Inzet op (zorg)technologie

Technologie kan zorgprocessen efficiënter maken, zoals monitoring op afstand en hulpmiddelen voor zelfzorg. Dit kan mensen helpen langer zelfstandig thuis te blijven en de vraag naar hospicebedden verminderen.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|---|---------------------|
| 1. Verkennen van beschikbare zorgtechnologieën en implementatiemogelijkheden | NPZ Drenthe & Steenwijkerland, hospices/thuisinzet, PMT TF plan | Middellange termijn |
| 2. Training van zorgverleners en mantelzorgers in gebruik van technologie | NPZ Drenthe & Steenwijkerland, hospices/thuisinzet, PMT TF plan | Middellange termijn |
| 3. Subsidies of financiering regelen voor technologische hulpmiddelen | Gemeenten en zorgkantoor/zorgverzekeraars PMT TF plan | Middellange termijn |
| 4. Inzetten van technologie zoals alarmeringssystemen en beeldbellen om mantelzorgers te ondersteunen | NPZ Drenthe & Steenwijkerland PMT TF plan | Middellange termijn |
| 5. Voorbeeldprojecten monitoren en evalueren (bijv. technologie die ligduur in hospice verkort) | NPZ Drenthe & Steenwijkerland PMT TF plan | Middellange termijn |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|--|-------------|
| 1. Ondersteuning bij technologiegebruik voor thuiszorgteams | Thuiszorgorganisaties | Is al bezig |
| 2. Bevordering van de acceptatie van zorgtechnologie door inwoners en mantelzorgers | Gemeenten en welzijns-/thuiszorgorganisaties | Is al bezig |

Werven van vrijwilligers

Vrijwilligers zijn essentieel voor het draaiend houden van hospices en het bieden van aanvullende zorg. Effectieve werving en behoud van vrijwilligers zorgt voor continuïteit in de (hospice)zorg.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

Actie

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| 1. Samenwerking tussen hospices in werving | Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe en Steenwijkerland en hospices | Korte termijn |
| 2. Wervingscampagne met focus op storytelling en sociale media (Facebook, Instagram) om ook de jongere doelgroep te bereiken | PR hospices, NPZ Drenthe & Steenwijkerland | Middellange termijn |
| 3. Scholing vrijwilligers | Hospices/thuisiznet | Middellange termijn |
| 4. Aanpassen van eisen, bijvoorbeeld flexibiliteit in diensten om werving te bevorderen | Besturen van hospices en vrijwilligerscoördinatoren | Korte termijn |
| 5. Stages en samenwerkingen met onderwijsinstellingen (middelbare scholen? MBO en HBO) opzetten om jonge vrijwilligers aan te trekken | Onderwijsinstellingen en hospices | Middellange termijn en lange termijn |

Waarop zet de regio al in?

Actie

- | | | |
|--|----------------------|-------------|
| 5. Professionele communicatie via sociale media en lokale pers om vrijwilligers aan te trekken | PR-afdeling hospices | Is al bezig |
|--|----------------------|-------------|

Werven van personeel

Het aantrekken en behouden van gekwalificeerd personeel is van belang om de kwaliteit van hospicezorg te waarborgen. Door schaarste op de arbeidsmarkt is het noodzakelijk om gericht te werven en een aantrekkelijke werkomgeving te bieden.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|---|--|
| 1. Goed personeelsbeleid hospices | Acanthis | Al bezig , korte en middel lange termijn |
| 2. Goed personeelsbeleid wijkzorgorganisaties in de hospices en zorgen voor voldoen gekwalificeerd personeel op gebied van palliatieve zorg | Icare en ZONL | Korte en middel lange termijn |
| 3. Monitoren en anticiperen op te kort wijkverpleging in hospices | Besturen hospices | Korte en middel lange termijn |
| 4. Scenario's ontwikkelen voor onvoldoende wijkzorg in de nacht hospice | | |
| 5. Inzetten op bekendheid werken in een hospice bij studenten/stagiaires | Besturen hospices Besturen hospices en Icare | Korte en middel lange termijn Korte en middel lange termijn |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|------------|---|
| | hospices | Is al bezig korte en middel lange termijn |
| 1. Een aantal hospices heeft al scenario's verkend mocht de situatie zich voordoen dat er onvoldoende professionele zorg is in de nacht | | |
| 2. | | |

Realiseren van extra bedden

Indien andere maatregelen naar verwachting onvoldoende (snel) capaciteit vrijmaken, kunnen extra hospicebedden worden gerealiseerd.

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|---|--|---------------------|
| 4. Inventariseren van locaties die (eventueel) snel opgeschaald kunnen worden | Besturen van hospices en Netwerken Palliatieve Zorg Drenthe en Steenwijkerland | Korte termijn |
| 5. Samenwerkingen opzetten met andere zorginstellingen voor extra bedden | Hospices, zorginstellingen en ziekenhuizen (NPZ Drenthe & Steenwijkerland) | Middellange termijn |
| 6. Financiering en vergunningsprocedures regelen voor uitbreiding | Zorgkantoor/zorgverzekeraars en gemeenten Provincie | Korte termijn |
| 7. Onderzoeken of extra bedden kunnen worden ingezet voor specifieke doelgroepen (bijv. euthanasiewensen, respijtzorg) | Besturen van hospices en zorgkantoor/zorgverzekeraars | Middellange termijn |
| 8. Gesprekken voeren binnen Ligare-verband over capaciteitsuitbreiding en financiering (en wat is de financiële prikkel?) | Netwerken PZ, zorginstellingen en zorgkantoor/zorgverzekeraars | Korte termijn |
| 9. | | |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|--|--|------------------------------|
| 2. Capaciteitsuitbreidingen onderzoeken met lokale partijen (bijv. nieuw initiatief Klazienaveen, Hospice Hogeveen, Hospice Assen) | Besturen hospices en VVT organisaties en NPZ Drenthe & Steenwijkerland | Wordt opgepakt korte termijn |

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| 3. Hoe om te gaan met ethische dilemma rondom het levenseinde en opname in het hospice (visie/beleid ontwikkelen) | NPZ Drenthe & Steenwijkerland Hospices/thuisinzet | Is al bezig |
| 4. Gesprek plannen met VVT organisaties over wel/niet uitbreiden palliatieve unit bedden | besturen hospices en VVT organisaties en NPZ Drenthe & Steenwijkerland | Wordt opgepakt korte termijn |
-

Aanvullende keuzes in beleid

Alliantie opzetten op Ligare-niveau dat mensen op een fijne, mooie en rustige plek hun laatste levensfase kunnen uitzitten

Triage door deskundigen (die zich al om de patiënt bevinden)

Afspraken maken over Specifieke doelgroepen

Afspraken maken over ethische casuïstiek

In gesprek met samenwerkingspartners in VVT en GGZ sectoren

Impact

Weinig impact

Matige impact

Redelijke impact

Veel impact

Waar wil de regio op inzetten?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|--|--|------------------------------------|
| 1. Juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment door de juiste zorgverlener met de juiste financiering/TF plan | NPZ Drenthe & Steenwijkerland, PMT TF plan | Korte middellange en lange termijn |
| 2. Onderzoek op Ligare niveau voor juiste plek speciale doelgroepen | Ligare | Korte en middel lange termijn |
| 3. Gesprek met VVT en GGZ over opname doelgroepen | Besturen Hospices en NPZ Drenthe & Steenwijkerland | Korte en middel lange termijn |

Waarop zet de regio al in?

| Actie | Belegd bij | Wanneer |
|--|--|----------------|
| 1. Aanvraag plek in hospice per situatie goed triageren , evalueren complexe casuïstiek en bespreken in netwerk palliatieve zorg + teruggeven vraagstukken aan verwijzers die door goede ACP opgepakt hadden kunnen worden voor opname in hospice. | 3. Hospices/thuisinzet | 5. Is al bezig |
| 2. Breder leren en werkafspraken onderdeel van het TF plan | 4. NPZ Drenthe & Steenwijkerland, PMT Tf plan | |

Actieplan Friesland

Regio Friesland beschikt al over een actieplan, maar heeft waardevolle input geleverd in het kader van het onderzoek naar capaciteit in de (hospice)zorg uit het NPPZ II-project 'Versterken Hospicezorg'. Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen: een prognosemodel, aandacht voor specifieke doelgroepen en een actieplan. Het prognosemodel bevat factoren die van invloed zijn op de capaciteit. Het model geeft inzicht in de te verwachte benodigde bedden in de toekomst (korte en lange termijn). Een nadere beschrijving van het onderzoek en de resultaten staan beschreven in het rapport 'Capaciteitsonderzoek passende (hospice)zorg' met kenmerk [NB242204].

In 2022 was de beschikbare capaciteit voor de regio Friesland **29 bedden**. Als we kijken naar de prognose voor 2040 dan zouden er **14 bedden extra** nodig zijn, met een totale capaciteit van **43 bedden**.

In de regio zijn er al 7 bedden gerealiseerd. Dit past het beste bij het scenario tussen 'basis' en 'verwachting' van Berenschot. De regio kiest voor het scenario 'basis'.

De regio beschikt over een actieplan. Dit actieplan is opgebouwd uit 6 hoofdlijnen waar de regio de komende tijd mee bezig gaat.

1. Aansluiting bij het coördinatiepunt ouderenzorg Friesland
2. Volumevraag & doorstroom
3. Samenwerking in de terminale zorg
4. Triage
5. Kennis vergroten terminale fase
6. Inzet thuis in terminale fase