

Plan van aanpak

Realisatie van een High Care Hospice met 10 bedden in Wapenveld



Februari 2025

Opdrachtgever: Jan Nienhuis Vereniging Heerde

Inhoud

1 Inleiding	3
2 Samenvatting van het haalbaarheidsonderzoek	4
2.1 Behoeftte aan uitbreiding	4
2.2 Scenario's voor uitbreiding	5
2.3 Keuze voor een 10-bedden hospicevoorziening	5
2.4 Uitdagingen	6
2.5 Financiën	6
2.6 Nieuwe bekostigingsstructuur per 2025	8
2.7 Integratie met VPTZ	9
2.8 Conclusie	10
3 Bouwtekeningen en tips van andere hospices	11
3.1 Kenmerken per hospice	11
3.1.1 Hospice De Reggestroom	11
3.1.2 Hospice De Waterlelie	12
3.1.3 Hospice de Calando	12
3.1.4 Hospice Duinsche Hoeve	13
3.2 Tips en ervaringen	13
3.3 Kansen en bedreigingen	14
4 Plan van aanpak voor het vervolg	15
Stap 1: Opdrachtgever en proceseigenaar aanstellen	15
Stap 2: Organisatievorm en samenwerking	15
Stap 3: Belangrijke afwegingen bij de inrichting van het hospice	15
Stap 4: Locatie en bouw	16
Stap 5: Financiering	16
Stap 6: PR en communicatie	16
Stap 7: Start vrijwillige terminale thuiszorg (VPTZ)	16
5 Bijlagen	17
1a Werksessie over een mogelijk Hospice Hattem/Heerde	17
1b Aanwezigen bijeenkomst en groepsindeling	19
2 Benaderde hospices, reacties en andere inspiratiebronnen	20
3 Lijst met afkortingen	22

1 Inleiding

In opdracht van de Jan Nienhuis Vereniging heb ik in de tweede helft van 2024 de wensen, behoeften en criteria voor een nieuw hospice in de regio Hattem/Heerde/Wezep onderzocht. De aanleiding voor dit onderzoek was een al langer bestaande wens van zorgverleners in de regio om passende stervenszorg te kunnen bieden, vooral voor inwoners voor wie thuis sterven (om welke reden dan ook) niet mogelijk of gewenst is. Door de sluiting van het hospice in Hattem en het ontbreken van vrijwillige terminale thuiszorg (VPTZ) is dat op dit moment niet goed mogelijk in de regio Hattem/Heerde/Wezep. Dit gemis heeft geleid tot de wens om een nieuw hospice te richten. Deze behoefte viel samen met een legaat dat de Jan Nienhuis Vereniging (JNV) ontving van een inwoner uit Heerde, met het verzoek een haalbaarheidsonderzoek te doen naar een regionaal hospice.

Het onderzoek bestond uit gesprekken met diverse stakeholders en hospices, het raadplegen van rapporten, het verkennen van financieringsmogelijkheden voor hospicezorg en een oriëntatie op mogelijke locaties. De bevindingen zijn beschreven in het Rapport Haalbaarheidsonderzoek naar een hospicevoorziening in Hattem, Heerde & Wezep. Dit rapport toont aan dat de huidige hospicecapaciteit in de IZA regio Apeldoorn-Zutphen onvoldoende is om te voldoen aan de groeiende vraag.

Het rapport werd op 10 december 2024 besproken met de opdrachtgevers en een afvaardiging van geïnterviewden tijdens een informatiesessie in Wapenveld (zie bijlage 1). Het advies voor een hospicevoorziening met 10 bedden, gecombineerd met vrijwillige terminale thuiszorg, is door de opdrachtgevers overgenomen. Dit scenario biedt een duurzame oplossing voor de regio en vergroot de toegankelijkheid van hospicezorg en vrijwillige terminale thuiszorg.

Dit tweede rapport beschrijft de vervolgoopdracht en bestaat uit drie delen: 1) een gecomprimeerde beschrijving van het behoefteonderzoek en het vastgestelde aantal van 10 bedden, 2) bouwtekeningen en ervaringen van bestaande 10 bedden-hospices en 3) een stappenplan voor de verdere uitwerking en oprichting van het hospice.

Berdine Koekoek, februari 2025

2 Samenvatting van het haalbaarheidsonderzoek

2.1 Behoeftte aan uitbreiding

De landelijke sterftcijfers stijgen en er wordt een zorginfarct voorspeld. In de regio is er nu al een tekort aan huisartsen en mantelzorgers. Ondanks een bezettingspercentage van gemiddeld 80% bestaan er op gezette tijden wachtlijsten bij hospices. Dit leidt ertoe dat mensen thuis of in het ziekenhuis sterven, terwijl ze op de wachtlijst voor een hospice staan.

Om de zorg in Nederland voor iedereen goed, toegankelijk en betaalbaar te houden moet de zorg de komende jaren anders georganiseerd worden. Om dat te realiseren is in het najaar van 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend door partijen uit zorg, ondersteuning en welzijn. Samen werken deze partijen toe naar passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid. Er zijn een regiobeeld en een regioplan gemaakt, waarin staat beschreven hoe partijen gaan samenwerken. De gemeenten Hattem en Heerde vallen onder de IZA-regio Apeldoorn-Zutphen. Dat betekent dat bij nieuwe ontwikkelingen naar de schaalgrootte van de IZA-regio wordt gekeken. De IZA-transformatie palliatieve zorg Apeldoorn-Zutphen richt zich op passende zorg, met als doel door tijdige markering van de palliatieve fase en proactieve zorgplanning een verschuiving van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn te realiseren. Een uitbreiding van de hospicecapaciteit is cruciaal om in de toekomstige zorgvraag te kunnen voorzien.

Momenteel zijn er 18 hospicebedden in Oost-Veluwe, met een bezettingsgraad van 75,5% en een gemiddelde ligduur van 22,1 dagen. De netwerkregio Oost-Veluwe bestaat uit de gemeenten Apeldoorn, Brummen (½), Voorst (½), Epe, Hattem en Heerde. In de bredere IZA-regio Apeldoorn-Zutphen zijn er in totaal 30 bedden verspreid over vijf hospices. Het huidige aantal bedden voldoet niet aan de groeiende vraag. Volgens de prognose in onderzoek door Berenschot is er een stijging van 27,2% in sterfte tot 2040, wat neerkomt op een behoefte aan 14 extra hospicebedden in de IZA regio Apeldoorn-Zutphen (verwacht scenario). Het ontbreken van een hospice en vrijwillige terminale thuiszorgorganisatie in de subregio Hattem/Heerde/Wezep, benadrukt de noodzaak voor een nieuwe faciliteit. Uitvraag bij hospices in Nunspeet, Zwolle en Epe blijkt dat hier de afgelopen 5 jaren gemiddeld 41 mensen per jaar uit Hattem, Heerde Wapenveld en Wezep zijn opgenomen. Uitgaande van de landelijke bezettingsgraad en gemiddelde ligduur is dat aantal al goed voor 3,3 hospicebedden. Huisartsen willen graag hun eigen patiënten naar het einde begeleiden, en patiënten willen dat zelf ook graag, maar dat gaat niet als patiënten in een hospice in een andere regio worden opgenomen. En de reisafstand is voor sommige familie beperkend.

Definitie hospice

Een hospice is een kleinschalige voorziening, met een huiselijke sfeer, waar de wensen en behoeften van de gast centraal staan. Het hospice biedt rust, niet alleen aan de gast, maar ook aan de naasten. Grondlegster van de palliatieve zorg Cicely Saunders zei ooit: 'We voegen leven toe aan de dagen als er geen dagen meer worden toegevoegd aan het leven'.

Gemiddeld verblijven mensen iets meer dan drie weken in een hospice voordat zij overlijden. In een hospice gaat het niet meer om medische behandelingen om het leven te verlengen, maar om een zo'n hoog mogelijke kwaliteit van leven in de laatste dagen. Veel hospices spreken dan ook niet over cliënten/patiënten, maar over gasten.

In een hospice is 24 uur per dag toezicht aanwezig, van verpleegkundigen en/of vrijwilligers. Verpleegkundigen en vrijwilligers vormen een team, in nauwe samenwerking met de gast en diens naasten. Hospicezorg kan ook thuis worden verleend door vrijwilligers.

Er zijn drie verschillende hospicevormen in Nederland:

1. **Bijna-thuis-huis (BTH):** een zelfstandige organisatie, waar opgeleide vrijwilligers een essentiële rol vervullen. Ook het bestuur van de organisaties bestaat uit vrijwilligers. Medische zorg wordt bijna altijd geleverd door de eigen huisarts en een thuiszorgorganisatie waarmee een samenwerking wordt aangegaan. Deze medische zorg valt buiten de verantwoordelijkheid van het bijna-thuis-huis: over de continuïteit en kwaliteit van de gehele zorg worden onderling afspraken gemaakt. Een bijna-thuis-huis is een vrijwilligersorganisatie en is juridisch gezien geen formele zorgaanbieder. Daarom is wet- en regelgeving zoals de Wkkgz en Wtza niet van toepassing.
2. **High care hospice (HCH):** een zelfstandige organisatie, met een eigen directeur en Raad van Toezicht of bestuur, die ook de verantwoordelijkheid draagt voor de verpleegkundige zorg. Deze zorg wordt geleverd door verpleegkundig personeel dat in eigen dienst is of gedetacheerd wordt vanuit een zorginstelling. Er zijn ook opgeleide vrijwilligers actief. Een high care hospice is juridisch gezien wel een zorgaanbieder.
3. **Palliatieve unit (PU):** een hospice in de vorm van een aantal kamers of een aparte unit van een overkoepelende zorginstelling, vaak een verpleeghuis. Een palliatieve unit heeft geen eigen apart bestuur. De verpleegkundige en medische zorg wordt geleverd door de zorginstelling. Veel, maar niet alle palliatieve units hebben eigen vrijwilligers.

Over het algemeen is een bijna-thuis-huis kleinschaliger dan een high care hospice en heeft het minder bedden. Gemiddeld heeft een bijna-thuis-huis – aangesloten bij Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg Nederland (VPTZ) – vijf bedden, en een high care hospice acht bedden. Palliatieve Units verschillen sterk in grootte en hebben gemiddeld vijf bedden¹. Uit onderzoek blijkt dat voor gasten verschillende hospicevormen niet van belang zijn. De keuze voor een hospice wordt respectievelijk gemaakt op basis van 1) geografische ligging, 2) de goede verhalen over een hospice, 3) advies hulpverlener en 4) beschikbare plek.

De verwachte toename in sterfte in de regio Oost-Veluwe benadrukt de noodzaak voor uitbreiding van de hospice-capaciteit. Met de verwachte groei (omgerekend naar aantal inwoners per bed) voldoet een hospice van 6 bedden voor de (toekomstige) vraag. Maar om hospicezorg toekomstbestendig, efficiënt en financieel duurzaam in te richten zijn 8-10 bedden nodig. Zorgverzekeraars sturen ook op deze schaalgrootte. De Jan Nienhuis Vereniging onderschrijft het advies van een nieuwbouwvoorziening van 10 bedden, maar vinden het raadzaam vooralsnog te starten met 6 hospicebedden. Na verloop van tijd kan op basis van ervaringen en voortschrijdend inzicht bepaald worden hoe de overige vier bedden aan te wenden. Ook hiervoor is regionale consensus een belangrijke voorwaarde.

2.2 Scenario's voor uitbreiding

In het rapport worden vier scenario's voor uitbreiding besproken. Scenario 2 en 3b komen naar voren als de meest haalbare en toekomstbestendige optie. Dit zijn beiden een HCH van 10 bedden, waarbij scenario 2 combinatiezorg biedt: 6 hospicebedden en 4 bedden met een andere bestemming, bijvoorbeeld respijtzorg en scenario 3b door een regionale fusie met hospice Epe. Sinds 2025 is er sprake van een dekkend ELV-tarief voor palliatieve zorg.

2.3 Keuze voor een 10-bedden hospicevoorziening

Op basis van diverse scenario's hebben de opdrachtgevers gekozen voor een hospicevoorziening met 10 bedden. Geadviseerd wordt om dit te combineren met vrijwillige terminale thuiszorg (VPTZ), om continuïteit van zorg te waarborgen bij wachtlijsten, mantelzorgers te ontlasten, versterking van de regionale samenwerking en financiële voordelen te benutten via extra subsidies.

Voorkeursscenario's: 2 en 3b

Uit de vier onderzochte scenario's komen **scenario 2 (combinatiezorg)** en **scenario 3b (regionaal High Care Hospice)** naar voren als het meest haalbaar en toekomstbestendig.

Beide scenario's bieden:

- Een hospicevoorziening met **10 bedden**.
- **24/7 professionele zorg**, ondersteund door goed opgeleide **vrijwilligers**.
- **Integratie met VPTZ**, wat zorgt voor betere samenwerking, gezamenlijke scholing en inzet van vrijwilligers, en continuïteit in de zorg.
- **Financiële duurzaamheid** door inzet van ELV-tarieven, VWS-subsidie en giften.
- **Geen eigen bijdrage** voor een hospiceopname, waardoor de drempel laag blijft (voor respijtzorg kan dit anders zijn).
- **Zorg door eigen huisartsen**, met ondersteuning door een kaderarts palliatieve zorg.
- **Schaalvoordeel** bij inzet personeel en zorgverlening.
- **Duurzaamheid** via energieneutrale nieuwbouw (bij realisatie in nieuw pand), wat vaste lasten verlaagt.

Verschil tussen scenario's:

Kenmerk	Scenario 2 - Combinatiezorg ('Plattelandshuus')	Scenario 3b - Regionaal HCH
Bedverdeling	6 hospicebedden + 4 respijtzorgbedden	10 hospicebedden
Doelgroep	Mix van zorgvragen: hospice en respijt	Volledig gericht op hospicezorg
Organisatie	Lokale stichting ten behoeve van inwoners van Hattem, Heerde en Wezep	Regionale samenwerking Epe, Hattem, Heerde en Wezep
Inrichting	Mogelijkheid tot gescheiden eenheden per doelgroep	Uniforme hospice-inrichting
Financiering focus	ELV + VWS + logeertarief respijtbedden	Volledig ELV-gefinancierd

Toekomstbestendigheid

Beide scenario's voldoen aan de eisen van zorgverzekeraars (schaalgrootte), spelen in op groeiende zorgvraag en combineren formele en informele zorg effectief. De flexibiliteit in inzet van bedden (scenario 2) en de regionale bundeling van krachten (scenario 3b) maken beide varianten geschikt voor de lange termijn.

2.4 Uitdagingen

- Een zinvolle, gedragen en kostendekkende bestemming vinden voor 4 bedden.
- Zorgverzekeraars eisen dat een HCH het PREZO-keurmerk heeft (gebaseerd op zes kernwaarden), dat drie jaar geldig is en waarvoor een tussentijdse audit plaatsvindt.
- Het HCH (of de VVT-organisatie die de verpleegkundigen levert) moet een contract hebben met het zorgkantoor voor het leveren van Wlz-zorg.
- Voor de VWS-subsidie mag het HCH niet meer dan 20 fte verpleegkundigen in dienst hebben.

2.5 Financiën

De financiering van het High Care Hospice (HCH) is gebaseerd op aannames met betrekking tot gemiddelde bezettingsgraad (74,8%), gemiddelde ligduur (23,9) dagen en inkomsten (ELV-tarief van € 589,14 per dag en VWS-subsidie van à € 2.433 per gast). Dit subsidiebedrag is ondertussen alweer opgehoogd door een inleg van 3 miljoen t.b.v. deze regeling. Door de toenemende vraag werd het lumpsumbedrag met de jaren steeds lager per zorginzet. Dat is nu eenmalig gerepareerd voor 2025. De onderstaande berekening geeft daarom slechts een indicatie van de benodigde inkomsten en uitgaven voor een hospice. Uitgaande van een gemiddelde ligduur van 23,9 dagen, komt dit neer op 57 patiënten per jaar bij 5 bedden, 69 patiënten per jaar bij 6 bedden en 114 patiënten per jaar bij 10 bedden.

Het kostenaspect is naast de 24/7 inzet van een verpleegkundige (kwaliteit) onderdeel van de keuze voor een HCH. Daarom hieronder ook nog het overzicht van een BTH. Het subsidiebedrag is ondertussen dus voor 2025 verhoogd met 8%. Dit is niet verwerkt in onderstaand schema.

Exploitatie BTH met 5, 6 of 10 bedden

Exploitatie BTH	5 bedden	6 bedden	10 bedden
Inkomsten (Totaal 100,5%)			
Subsidieregeling ministerie van VWS: 61%	€ 198.026,55	€ 239.716	€ 396.053
Eigen bijdrage gasten en logés: 19%	€ 61.680	€ 74.666	€ 123.361
Wmo huishoudelijke hulp: 3%	€ 9.739	€ 11.789	€ 19.478
Overige Wmo- en gemeentelijke subsidies: 1,5%	€ 4.870	€ 5.895	€ 9.739
Sponsoring in natura: 1%	€ 3.246	€ 3.930	€ 6.493
Overige inkomsten: 15%	€ 48.695	€ 58.947	€ 97.390
Totaal inkomsten	€ 326.257	€ 394.943	€ 652.513
Uitgaven (Totaal 101,3%)			
Personeel: 42%	€ 136.346	€ 165.051	€ 272.692
Huisvesting: 26%	€ 84.405	€ 102.174	€ 168.809
Organisatie: 8%	€ 25.971	€ 31.438	€ 51.941
Activiteiten: 5%	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Afschrijvingen: 7%	€ 22.724	€ 27.508	€ 45.449
Gast-gebonden kosten: 8%	€ 25.971	€ 31.438	€ 51.941
Overige kosten: 5%	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Incidentele kosten: 0,3%	€ 974	€ 1.179	€ 1.948
Totaal uitgaven	€ 328.854	€ 398.086	€ 657.707
Resultaat	€ -2.597	€ -3.144	€ -5.194

Exploitatie HCH met 5, 6 of 10 bedden

Exploitatie HCH bij 100% ELV-tarief PZ	5 bedden	6 bedden	10 bedden
Inkomsten			
100% ELV-tarief € 589,14 per dag x 57-69-114 gasten x 23,9 dagen	€ 802.585	€ 971.551	€ 1.605.171
VWS subsidie € 2.433 per gast x 57-69 of 114	€ 138.681	€ 167.877	€ 277.363
Sponsoring in natura (bedrag conform BTH)	€ 3.289	€ 3.930	€ 6.493
Overige inkomsten (€ 1.000 per bed per jaar)	€ 5.000	€ 6.000	€ 10.000
Totaal inkomsten	€ 949.555	€ 1.149.358	€ 1.899.027
Uitgaven			
Personeel: management en ondersteuning	€ 225.000	€ 225.000	€ 225.000
Personeel: verpleegkundigen en verzorgenden (6,6 uur p.p.)	€ 480.000	€ 557.500	€ 960.000
Huisvesting (bedrag conform BTH)	€ 84.405	€ 102.174	€ 168.809
Voedings en hulpmiddelen: 15% van het ELV-tarief	€ 120.388	€ 145.733	€ 240.776
Activiteiten (bedrag conform BTH)	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Afschrijvingen (bedrag conform BTH)	€ 22.724	€ 27.508	€ 45.449
Incidentele kosten (bedrag conform BTH)	€ 974	€ 1.179	€ 1.948
Totaal uitgaven	€ 949.722	€ 1.078.743	€ 1.674.445
Resultaat	€ -167	€ 70.615	€ 224.582

Voor de kostenberekening zijn de exploitatiekosten van vergelijkbare bijna-thuis-huizen (BTH) als uitgangspunt genomen, met enkele aanpassingen specifiek voor een HCH.

Aanpassingen in de kostenstructuur:

- **Personele en organisatorische kosten:** In tegenstelling tot een BTH is in een HCH naast de planning en coördinatie van vrijwilligers ook de planning en coördinatie van verpleegkundigen nodig. Daarnaast is er vaak een manager of directeur werkzaam, en vallen administratieve taken en eventuele inhuur binnen deze post. Deze kosten blijven grotendeels gelijk bij een toename van bedden.
- **Kosten voor verpleging en verzorging:** De benodigde zorg is berekend op 6,6 uur per patiënt per dag, waarbij wordt uitgegaan van 75% productieve uren. Dit resulteert in een totaal van 1.409 inzetbare uren per fte per jaar. De gemiddelde kosten voor een verpleegkundige in schaal 45 bedragen € 75.000 per jaar.
- **Overige inkomsten:** Omdat giften en legaten onzekere inkomstenbronnen zijn, is deze post in de berekeningen gematigd naar € 1.000 per bed per jaar. Deze berekeningen geven een beeld van de benodigde inkomsten voor de exploitatie van een hospice met 5, 6 of 10 bedden.

2.6 Nieuwe bekostigingsstructuur per 2025

Vanaf 2025 worden alle hospices via het **eerstelijnsverblijf (ELV)** gefinancierd, met uitzondering van BTH's, omdat zij geen formele zorgaanbieder (willen) zijn. In een BTH sluiten gasten aparte contracten met zowel de thuiszorg als het hospice.

De NZa heeft het **ELV-tarief** aanzienlijk verhoogd: van € 407,92 naar **€ 589,14 per dag**. Dit bedrag is gebaseerd op **6,6 uur verpleegkundige zorg** per etmaal (voorheen 4,2 uur) bij een productiviteit van 75% (de resterende 25% betreft improductieve uren zoals scholing en ziekteverzuim). Het tarief dekt de kosten voor verblijf (bed, bad, brood), schoonmaak, medische, paramedische en psychosociale zorg. Dit tarief wordt vergoed via de Zorgverzekeringswet en wordt per hospice in contracten met zorgverzekeraars vastgesteld. Dit hangt af van hoe de zorg voor opname werd gefinancierd. Was dit vanuit de WLZ dan blijven mensen een inkomensafhankelijke bijdrage betalen, was dit vanuit de Zvw, dan hoeven mensen niet te betalen (behalve het jaarlijkse eigen risico). Alleen patiënten met een levensverwachting van **maximaal drie maanden** komen in aanmerking.

De NZa gaat monitoren of de 6,6 uur zorg daadwerkelijk worden geleverd. Inkomsten vanuit de WMO en eigen bijdragen van gasten komen te vervallen.

Financiering van BTH's

In een BTH wordt de zorg verleend door wijkverpleging en gedeclareerd door de zorgaanbieder die deze zorg levert. Het richtbedrag hiervoor is **€ 350 per dag per gast**, gebaseerd op het nieuwe ELV-tarief. De daadwerkelijke vergoeding verschilt per zorgverzekeraar.

Gasten in een BTH betalen zelf voor verblijfskosten (bed, bad, brood). Dit bedrag varieert per hospice tussen € 0 en € 50 per dag (€ 0 - € 1.500 per maand). Dit kan een drempel vormen voor minder draagkrachtige mensen. Sommige hospices schelden de bijdrage voor bed, bad en brood kwijt en financieren dit via donaties. Zorgverzekeraars vergoeden dit (deels) via de aanvullende verzekering. Mensen met een **Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatie** betalen daarnaast een **inkomensafhankelijke bijdrage**. Het kan dus zo zijn dat mensen én een inkomensafhankelijke bijdrage betalen én de kosten voor bed, bad en brood. Hierdoor ontstaan grote verschillen. Terwijl gasten in een hospice dezelfde zorg krijgen, kunnen de kosten uiteenlopen van € 1.500 tot € 4.454,40¹ per maand². Dit is exclusief evt. vergoeding vanuit een aanvullende verzekering.

¹ Hoe berekent het CAK de hoge eigen bijdrage? - CAK

² € 2.954,40 - max. eigen bijdrage in 2025 - plus € 1.500 bed bad brood (bij € 50 per dag)

De medische zorg in een BTH wordt gefinancierd vanuit de reguliere huisartsenzorg. Huisartsen kunnen een vergoeding ontvangen voor visite intensieve zorg. Gemeenten dragen via de WMO vaak bij aan schoonmaakkosten en scholing van vrijwilligers.

Subsidie voor vrijwilligers in hospicezorg

Hospices kunnen subsidie ontvangen via de **Regeling Palliatieve Terminale Zorg (PTZ)** voor de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers. De subsidie wordt verdeeld onder alle aanvragers en kan per jaar fluctueren.

Voor 2024 gelden de volgende normbedragen:

- Onbetaalde coördinatie: € 541,50 per inzet
- Betaalde coördinatie: € 1.545,75 per inzet
- Coördinatie in een BTH: € 3.776,25 per inzet
- Coördinatie in een High Care Hospice (HCH): € 2.644,50 per inzet

Omdat steeds meer mensen vrijwillige palliatieve zorg ontvangen, daalt de subsidie per hulpvrager. Voor 2025 was aanvankelijk 8% minder subsidie per hulpvrager beschikbaar. VWS heeft (eenmalig?) € 3 miljoen extra toekend waardoor de bedragen uit 2024 gecontinueerd kunnen worden. De subsidieregeling loopt tot en met 2026 en wordt waarschijnlijk verlengd. Hospices die formele zorg leveren vanuit de Wlz of Zvw komen alleen in aanmerking als ze minder dan **20 fte verpleging** in dienst hebben.

Financiering van respijtzorg

De tarieven voor **respijtzorg** zijn flink gestegen. De vergoeding is gebaseerd op **70% van het Wlz-tarief** voor logeerszorg, met de resterende 30% bestemd voor wijkverpleging. In de regio Midden-IJssel en Oost-Veluwe wordt vanaf 1 januari 2025 **€ 229,54 per etmaal** betaald aan zorgorganisaties die respijtzorg bieden.

2.7 Integratie met VPTZ

Het combineren van hospicezorg met VPTZ versterkt de kwaliteit, flexibiliteit en continuïteit van zorg in de laatste levensfase. VPTZ-vrijwilligers bieden nabijheid, aandacht en praktische ondersteuning aan mensen die thuis of in een hospice willen sterven. Ze spelen een cruciale rol in het ontlasten van mantelzorgers en kunnen ook zorg bieden aan mensen die wachten op een hospiceplek, wat overbruggingszorg mogelijk maakt.

Zowel in scenario 2 als 3b wordt deze combinatie sterk aanbevolen, omdat het:

- **Continuïteit van zorg** waarborgt, ook in overgangssituaties tussen thuis en hospice;
- **Flexibele inzet** van vrijwilligers mogelijk maakt, afgestemd op de zorgvraag;
- **Een waardevolle aanvulling** is op professionele zorg, met aandacht voor de mens achter de patiënt;
- **Regionale samenwerking versterkt**, door gezamenlijke werving, scholing en inzet van vrijwilligers;
- **Financiële voordelen** biedt, o.a. via VWS-subsidies, wat bijdraagt aan een duurzame exploitatie;
- **Geborgd is binnen een landelijk erkend netwerk**, wat het vertrouwen van verwijzers vergroot.

VVT-instellingen in de regio hebben aangegeven bereid te zijn hun eigen vrijwilligers hiervoor te werven. VPTZ kan immers ook intramuraal worden ingezet. Het voordeel hiervan is dat vertrouwde vrijwilligers worden ingezet bij stervenden, dat (bij)scholing centraal kan worden geregeld via de vrijwilligerscoördinator, en dat er een flexibele vrijwilligerspoule ontstaat die op meerdere plekken inzetbaar is. Hoewel veel vrijwilligers bewust kiezen voor inzet thuis óf in het hospice, zijn zij bij krapte vaak bereid om tijdelijk elders bij te springen.

2.8 Conclusie

Uit het onderzoek blijkt dat een High Care Hospice (HCH) met 10 bedden in Wapenveld de meest haalbare en toekomstbestendige oplossing is voor de groeiende behoefte aan palliatieve zorg in de regio. Hoewel de bevolkingsomvang ruimte biedt voor een hospice met 6 bedden, is een capaciteit van 10 bedden toekomstbestendiger en duurzamer. Dit zorgt voor een efficiëntere inzet van vrijwilligers en verpleegkundigen en een stabiele financieringsstructuur. Door hospicezorg ook thuis te bieden (VPTZ) ontstaat meer flexibiliteit en continuïteit van zorg in de laatste levensfase. Bovendien sluit deze aanpak goed aan bij de noodzakelijke uitbreiding van de capaciteit in de eerste lijn, die mede voortkomt uit de bredere verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Hierdoor kan meer passende zorg worden geboden en ontstaat een duurzame zorginfrastructuur.

Wel is het van belang om zorgvuldig na te denken over een passende invulling van de vier extra bedden. Huisartsen geven de voorkeur aan opname van hun eigen patiënten en vrezen een aanzuigende werking van buiten de regio, wat hun bereidheid om zorg te verlenen negatief kan beïnvloeden. Een mogelijke oplossing is om deze extra capaciteit te benutten voor respijtzorg voor palliatieve patiënten, tijdelijke opvang na chemotherapie of zelfs verhuur van de appartementen. Dit biedt flexibele mogelijkheden zonder de kernfunctie van het hospice te veranderen. Een aparte ingang en een eigen sfeer zijn hierbij essentieel, zodat het onderscheid tussen hospicezorg en andere vormen van opvang duidelijk blijft.

De financiering van hospicezorg wordt per 2025 deels vereenvoudigd, maar blijft afhankelijk van verschillende regelingen. Hospices krijgen een verhoogd ELV-tarief, terwijl BTH's aparte declaraties hanteren. Vrijwilligerssubsidies dalen, en respijtzorgtarieven stijgen. Daarnaast blijven er grote verschillen in de kosten voor gasten, afhankelijk van hun verzekeringsvorm bij opname. Dit alles heeft gevolgen voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van hospicezorg in Nederland.

Door samen te werken met lokale partners en optimaal gebruik te maken van beschikbare financieringsmogelijkheden, kan dit hospice succesvol worden gerealiseerd. Een HCH biedt niet alleen hoogwaardige zorg, maar ook financiële duurzaamheid en toegankelijkheid voor alle inwoners. Daarmee levert het hospice een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven in de laatste levensfase en aan een structurele verbetering van de palliatieve zorg in de regio.

3 Bouwtekeningen en tips van andere hospices

Het opvragen van bouwtekeningen, plattegronden en kavelgroottes van bestaande hospices van tien bedden verliep wat traag. Hoewel enkele hospices bereid waren informatie te delen, wilden ze dit niet per e-mail verstrekken. In plaats daarvan boden meerdere hospices aan om bezoekers te willen ontvangen om een toelichting te geven. In een tweede uitvraagronde, na tips van Rene Edinga (VPTZ), werd informatie opgevraagd bij hospices die recent verbouwd hebben of een nieuwe locatie betrokken, ongeacht het aantal bedden. Dit leverde meer bruikbare gegevens op. De verzamelde bouwtekeningen zijn gedeeld met de opdrachtgever en omvatten informatie van:

- Hospice Duinsche Hoeve (10 bedden, waarvan 9 in gebruik)
- Hospice Rijssen (5 bedden)
- Hospice Calando (12 bedden 8 en 4 met ieder een aparte ingang)
- Hospice De Waterlelie (8 bedden)

Daarnaast hebben diverse hospices vragen beantwoord via mail of telefonisch (zie [bijlage 2](#)).

3.1 Kenmerken per hospice

3.1.1 Hospice De Reggestroom

- **Kavelgrootte:** 983 m², de oppervlakte van het verblijfsobject is 477 m². 1 meter rondom het gebouw is ook eigendom van de hospice, hier bevinden zich bergruimte, installatieruimte en buitenruimte. De tuin en parkeerplaatsen zijn in bruikleen van de gemeente. Het hospice onderhoudt de tuin. De woningbouw-coöperatie heeft het hospice gebouwd en verhuurde dit aanvankelijk. Later heeft de coöperatie het gebouw verkocht aan de hospice. De gemeente wordt nu betaald voor ontroerend goed belasting. Over de hoogte hiervan is het bestuur in gesprek met de gemeente. De gemeente is erg coulant en draagt het hospice een warm hart toe.
- **Bouw/verbouw:** 2011 gestart met 4 bedden. Het terrein werd, voor een niet commerciële prijs, gekocht van de gemeente Rijssen. Bestuursleden (o.a. een eigenaar van een bouwbedrijf) gingen op pad om elders hospices te bekijken. Al snel was men het erover eens dat het gebouw in Rijssen anders moest, met meer ruimte voor de tijdelijke bewoner; het hospice van de toekomst. Dat betekende dat elke gast een appartement tot zijn of haar beschikking kreeg. Inmiddels is in verschillende plaatsen het model van Rijssen overgenomen. Eind 2020 is het hospice uitgebreid met een 5e gastenunit.
- **Organisatie:** BTH. Twee coördinatoren werken samen 52 uur in de week. Verpleegkundige zorg door Zorgaccent (Menzis). Twee vrijwilligers per dienst en zorgmomenten en nachtzorg via de thuiszorg.
- **Indeling:** Alles gelijkvloers. Alle patiëntenkamers hebben een woonkamer met een pantry, een aparte slaapkamer, een ruime badkamer en een eigen deur naar het terras. Afmeting van een unit 40 m².
- **Financiën:** Staan onder financiële druk wat betreft de nachtzorg. Er is ruimte voor uitbereiding met een extra unit naar een 6e bed.

Persoonlijk vind ik dit qua bouw het meest ideale concept. Hiervoor is wel een grote kavel nodig. De bouwtekeningen zijn goed bruikbaar, door aan de andere kant van de werkruimten (die dan van beide zijden benaderbaar zijn) nogmaals 5 bedden te realiseren, ontstaan 10 bedden.

3.1.2 Hospice De Waterlelie

- **Kavelgrootte:** 877 m².
- **Bouw/verbouw:** Onlangs van 5 naar 8 bedden gegaan. Dezelfde architect en bouwer als hospice Calando. De bouw heeft 4 jaar in beslag genomen, van initiatief tot oplevering (grond, hypotheek, aanbesteding, bouwvergunning, gemeente). De bouw zelf heeft 1,5 jaar geduurd. Zonnepanelen, warmtepomp, energie neutraal.
- **Organisatie:** Combinatie met hospicezorg thuis. In totaal zijn er 90 vrijwilligers, 3 coördinatoren (1 x 32 uur en 2 x 28 uur per week). De vrijwilligers werken altijd met z'n tweeën in tijdsblokken van 4 uur in de periode van 7-23 uur (8 vrijwilligers per dag). Zorgorganisatie Careijn levert via een huurovereenkomst de thuiszorg. Het gaat om 1 verpleegkundige per dienst waarbij in de ochtend, nu bij voorbereiding van bedden, ook 3 uur een VIG-er wordt ingezet.
- **Indeling:** Twee verdiepingen: drie kamers op de begane grond en vijf op de eerste verdieping. Daar een vlizotrap naar zolder voor opslag weinig gebruikte spullen zoals kerstartikelen, archief. Kamers 28-30 m² met aangrenzende badkamer van 7 m². Alle kamers hebben een schuifdeur naar de badkamer en naar de tuin (begane grond) of balkon (verdieping) waar een bed doorheen kan. In de kamers staat een tafel met 2 stoelen en een poef voor familie, een relaxstoel en een keukenblokje. Daarnaast een op maat gemaakte kast waar een opklapbed in staat (logeerbed), ruimte is voor het matras van de gast als er een antidecubitusmatras wordt ingezet, de TV, kleding en wat privé-spuuljetjes op plankjes.
- **Financiën:** Begroting 1,9 miljoen excl. inventaris en inrichting. Het voormalige pand is getaxeerd voor 5,5 ton waardoor het bouwbudget uitkwam op 1,3 miljoen.

3.1.3 Hospice Calando

- **Kavelgrootte:** 3,7 ha, oppervlakte 1.270 m²
- **Bouw/verbouw:** HCH, 25 jaar in bedrijf. Recent uitgebreid (nieuwbouw op een andere locatie) van 5 naar 12 bedden, inclusief vier psychogeriatrische bedden. Flexibele inzet door schakelkamers. Andere deskundigheid, is een gouden greep gebleken. Beide units zijn fysiek gescheiden. *'Dan heb je niet in de gaten als je in het hospice komt'*.
- **Organisatie:** Gekozen voor 12 bedden vanwege personele bezetting: 3 verpleegkundigen en 3 vrijwilligers per dienst. 12 bedden x 6,6 uur x 80% bezetting = 66 uur. Er werken 7 huisartsen (waarvan 5 kaderartsen palliatieve zorg) in een dakpansgewijze constructie; 2 huisartsen hebben twee maanden dienst, verdelen onderling de weekenden en uren. Na een maand wissel met een andere huisarts. Altijd continuïteit. Daarnaast ook een HAIOS. Huisartsenpost wordt zelden gebeld. Misschien 1 x per half jaar. Proactieve zorgplanning en kaderartsen zijn hierin ondersteunend. In MDO wordt een week vooruitgekeken. Er wordt veel zonodig medicatie afgesproken. Schouwarts, SO, psychologen en psychiaters worden betrokken op afroep.
- **Indeling:** Alle kamers hebben eigen sanitair en een buitenruimte. Familie verblijft in dezelfde kamer en kan in een luxe chalet blijven logeren.
- **Financiën:** Kosten zijn met name personele kosten. Rest van de kosten gaan niet evenredig mee omhoog. De betaling van deze uren is slim opgelost met de zorgverzekeraar. Schrijven intensieve thuiszorg op passantentarief (€ 96). Patiënt hoeft niet ingeschreven te zijn bij de huisartsenpraktijk. Bijvoorbeeld: Mevr. X. zien ze 3 x per week en nog een keer MDO (= 4 x € 96).

3.1.4 Hospice Duinsche Hoeve

- **Kavelgrootte:** 1,1 ha, oppervlakte 795 m²
- **Bouw/verbouw:** De aangeleverde tekening hoort bij de bouwvergunning en is laatst gewijzigd 4-9-2009, is dus niet up to date. In 2024 heeft een renovatie plaatsgevonden van de kamers en is er met sommige ruimtes geschoven. De rookruimte is naar buiten verplaatst, waarmee meer bergruimte beschikbaar is gekomen. Verder zijn er dakramen in iedere kamer gekomen.
- **Organisatie:** De personele bezetting bestaat uit 10 fte verpleging en verzorging. Door het nieuwe ELV-tarief drie extra verpleegkundigen aangenomen. Van ma t/m vrij 3 verpleegkundigen in de ochtend, 2 in de avond en in het weekend. 's Nachts 1 verpleegkundige. Er zijn 58 vrijwilligers, werkzaam van 8-20 uur in 4 uursdiensten plus 2 vrijwilligers voor de maaltijden. Samenwerking/dienstverleningsovereenkomst met Vivent, voor personeel (detacheringsovereenkomst), inkoop, HR etc. Alles wordt één op één doorbelast. *'Als ik het opnieuw moet doen zou ik dat anders doen. Via de associatie met een aantal hospices samen de overhead. VVT-organisatie wil is het liefst het hospice inlijven. Samenwerken prima, maar wel zelfstandig blijven'*. Eigen VS 20-24 uur per week. Huisartsen worden betaald als ZZP'er. Er is een HAI/O, die ook op een palliatieve unit werkt en wordt begeleid door een SO. In ANW: HA post of een SO vanuit een VVT-instelling. Geen exclusiecriteria voor opname, iedereen die kortdurend intensieve zorg nodig heeft is welkom.
- **Indeling:** 9 kamers in gebruik, de 10e wordt ingezet voor korte opnames, bijvoorbeeld als euthanasie niet thuis of in een opvanghuis kan plaatsvinden. Gelijkvloers en huiselijk ingericht. Gasten hebben alleen vanuit de schuifdeuren van hun kamer uitzicht op groen. Buitenruimte voor gasten, grenzend aan de keuken. Bezinningsruimte in de tuin met gedenkboek en kaarsenhoek. Wordt veel gebruik van gemaakt.
- **Financiën:** De locatie wordt gehuurd van Brabant wonen. Zij doen ook het onderhoud, aanpassingen etc. WLZ zorg moet je voldoen aan criteria VVT10. Medische zorg, multidisciplinaire zorg nodig is, inzet hulpmiddelen (pompen) bijhouden in dossier. Als er niet voldoende gedocumenteerd wordt kan terugvordering geëist worden. Bewoners betalen geen eigen bijdrage. Extra's worden gefinancierd vanuit donaties (dit te genereren kost ook geld).
- *'Ik ben van mening dat 10 gastenkamers inderdaad de optimale omvang is. Zowel financieel als inzet van personeel en vrijwilligers die elkaar moeten kennen en het gehele patiëntenbestand'*

3.2 Tips en ervaringen

- **Fondsenwerving:**
 - Via Fondsenwerving Transmissie is € 80.000 opgehaald tegen een kostprijs van € 10.000
 - Roparun heeft een deel van de inboedel betaald, bedden, stoelen etc. Het hospice heeft bewust een bedrag onder de ton aangevraagd om geen notaris in de arm te hoeven nemen. Roparun gaf aan dat ze echt wel meer hadden kunnen vragen en tipte ze om voor dit jaar opnieuw een aanvraag te doen. Er zijn wensen genoeg, dus dat gaan ze doen. O.a. industriële wasmachines, een schuur en tuinsets.
- **Bouwbegeleiding:** vrijwillige of ingehuurde bouwkundigen zijn essentieel om het hele bouwtraject te ondersteunen.
- **Interieuradvies:** gratis advies mogelijk bij afname linnengoed en meubels.
- **Voorbereiding:** minimaal 1 jaar voor opening coördinatoren aanstellen voor inrichting, vrijwilligerswerving en opleiding, PR en organisatie.
- **Beslissingen over inrichting:** Beperk de groep betrokkenen, focus op sfeer en werkbaarheid voor zorgpersoneel.
- **Ruimteplanning:** Extra werkruimtes nodig voor opslag, kantoor, vergaderingen, scholing, nachtdienst, een overdekte rookruimte en stilteruimte. Voldoende brede gangen voor de draaicirkel van een bed.
- **Logeermogelijkheden:** de vraag hiernaar is groot maar kent praktische beperkingen.
- **Extra inkomsten:** Ruimte verhuren aan een uitvaartondernemer kan financieel interessant zijn.
- **Kwaliteit van zorg:** Betrek naast een aantal vaste huisartsen ook altijd een Specialist Ouderengeneeskunde voor enkele dagdelen per week.
- **Continuïteit van zorg:** Zorg voor verpleegkundigen, artsen en vrijwilligers achter de hand voor vakantie en ziekte.

Deze tips en ervaringen van andere hospices bieden waardevolle input voor de toekomstplannen van een nieuw hospice. Ik raad aan ook gebruik te maken van het aanbod om hospices te gaan bekijken.

3.3 Kansen en bedreigingen

SWOT analyse		
Intern	Sterktes • Deel van het benodigde budget is beschikbaar • 10 bedden is toekomstbestendig • Voldoende bedden (zes) voor toekomstige hospicevraag • Huisartsen willen zorg aan eigen patiënten leveren • Twee dedicated huisarsten in Wapenveld, ook beschikbaar voor mensen van buiten de regio • SO palliatieve zorg die betrokken wil worden • Hoogwaardige palliatieve terminale zorg in HCH • Combinatie met vrijwillige terminale thuiszorg • Ruimte voor respijtzorg • Nog voldoende kleinschalig voor persoonlijke aandacht	Zwaktes • Nog geen bestuur/rechtsvorm en aanjager • Tijd nodig voor verkrijgen budget totale begroting • Nog geen locatie/grond/vergunning/begroting • Nog geen bestemming/draagvlak voor de overige vier bedden • Huisartsen buiten Wapenveld bieden geen zorg aan mensen van buiten de eigen praktijk • Twee huisarsten is te weinig voor continuïteit tijdens vakanties, ziekte etc. Extra huisarts(en-praktijk) nodig. • Toenemend tekort aan SO's • HCH is voor medische indicaties, niet voor sociale indicaties • Flexibiliteit van (een aantal) vrijwilligers nodig • Extra financieringsstroom via gemeenten. Respijtzorg levert netto minder op • Kleinschaligheid maakt kwetsbaar
	Kansen • Regionale fusie met hospice Epe • Veel keuze voor bestemming extra 4 bedden: - Behoeftte aan juiste zorg op de juiste plek - Toenemende behoefte aan respijtzorg - Groeiende vraag naar crisisopvang • Noodzaak tot samenwerking • Toenemende aandacht voor sterven • Verschuiving van zorg van de 2e naar de 1e lijn	Bedreigingen • Epe wil mogelijk niet fuseren • De reisafstand voor huisarsten uit Epe is mogelijk te groot • Afname/vergrijzing vrijwilligerspotentieel • Aanzuigende werking/geen regie op plaatsing 'eigen' bedden • Hogere werkdruk en soms 'moeilijk houdbare' patiënten • Vrije bedden kunnen leiden tot opnames van buiten de regio

4 Plan van aanpak voor het vervolg

In de IZA-regio Apeldoorn-Zutphen zijn de netwerken palliatieve zorg Oost-Veluwe en regio Zutphen zijn in gesprek met bestuurders en de coördinatoren van de vijf regionale hospices. De missie is om tot een gemeenschappelijke en toekomstbestendige regionale visie op terminale thuiszorg en hospicezorg te komen. Ook de Jan Nienhuis Vereniging is hierbij betrokken om de samenhang met het toekomstige hospice te waarborgen. De thematafels ouderen en het bestuur van het netwerk zullen bijdragen aan de uitwerking en implementatie van deze visie.

In de subregio Hattem/Heerde/Wezep is een gedeelde regionale ambitie voor een nieuw hospice vastgesteld. Het is van belang dat belangrijke stakeholders (inwoners, huisartsen, zorgorganisaties, gemeenten, kerken e.d.) zich blijven herkennen en zich betrokken blijven voelen bij het vervolgtraject.

Om een succesvol vervolg te realiseren, is het essentieel om regelmatig overleg te voeren en tegenstrijdige belangen te overbruggen met respect voor ieders standpunten. Dit vereist een georganiseerde en professionele aanpak. Voor hospice Wapenveld kan PREZO kan als uitgangspunt dienen. Een starterspakket kan aangevraagd worden voor ongeveer € 100, waarmee de procesinrichting en kwaliteitsverbetering in kaart worden gebracht. Dit ondersteunt ook de evt. toekomstige aanvraag van het PREZO-keurmerk.

Stap 1 Opdrachtgever en proceseigenaar aanstellen

- Besluitvorming over de volgorde van het werven van een bestuur en/of het aanstellen van een kwartiermaker/projectleider.
- De kwartiermaker kan na de realisatie mogelijk de rol van bestuurder of coördinator van het hospice op zich nemen.

Stap 2 Organisatievorm en samenwerking

- Beantwoording van de volgende vragen: Welke rechtsvorm heeft de voorkeur? Wie vormt het bestuur? Belangrijk is om een complementair bestuur te hebben, iemand met politieke/bestuurlijke expertise, iemand uit de zorg, iemand met financiële expertise. Voor bestuurders geldt dat een groot netwerk belangrijk is. Welke taken vervult het bestuur? Hoe verhouden zij zich tot de coördinator, de vrijwilligers, het netwerk palliatieve zorg, de betrokken thuiszorg-organisaties, de gemeente etc. (Profielschetsen bestuur zijn opgevraagd en gedeeld met de opdrachtgever).
- Oprichting van een rechtsvorm, formeren dagelijks bestuur en evt. een Raad van Toezicht.
- Werving en selectie kwartiermaker.
- Oriëntatie op mogelijkheden en voorwaarden fusie met hospice Epe.
- Samenwerking met gemeenten voor mogelijke subsidies, locatievoorzieningen en Wmo-ondersteuning.
- Samenwerking met woningbouwcoöperatie.
- Verkennen mogelijkheden van Vérion t.a.v. vastgoed in combinatie met het leveren van verpleegkundige zorg.

Stap 3 Belangrijke afwegingen bij de inrichting van het hospice

- Locatiekeuze: zelfstandige locatie versus ruimte binnen bestaande zorginstelling.
- Aantal bedden waarmee gestart gaat worden.
- Inrichting of verhuur overige bedden. Aparte ingang en sfeer?
- Opnamecriteria: wie krijgt voorrang en hoe verloopt uitplaatsing?
- Keuze voor eigen personeel in dienst of onderaannemerschap met een VVT-instelling.
- Zorglevering: samenwerkingsafspraken maken met thuiszorgorganisaties, huisarts, specialist ouderengeneeskunde.

Stap 4 Locatie en bouw

- Identificeren van een geschikte locatie en opstellen van bouwplannen voor een energie-neutraal hospice.
- Beslissen over eigendom: Jan Nienhuis Vereniging, woningbouwcorporatie of Stichting Hospice Wapenveld.
- Aankoop van grond en betrekken van (vrijwillige) bouwkundigen.
- Overleg met de gemeente over bestemmingsplanwijzigingen.
- Voor een hospice van 10 bedden met 1 verdieping is minimaal 1.000 m² grond nodig, exclusief tuin en parkeerplaatsen.

Stap 5 Financiering

- Opstellen van een begroting en businesscase.
- Werven van financiering via subsidies, sponsoring, lokale acties en fondsenwerving (bijv. Fondsenwerving Transmissie).
- Afspraken met het zorgkantoor/zorgverzekeraar.
- In gesprek gaan met gemeenten voor bijdrage vanuit de WMO (schoonmaak en evt. scholing vrijwilligers).
- Openen van een rekening voor sponsorbijdragen en mogelijk oprichten van een Stichting Vrienden van Hospice Wapenveld.

Stap 6 PR en communicatie

- Opzetten van een website en sociale media voor het hospice.
- Informeren van de regio via kranten, kerken, ondernemersnetwerken, enz.
- Creëren van betrokkenheid door middel van een 'thermometer' met financiële stand van zaken.
- Stimuleren van lokale acties door scholen, sportverenigingen en andere organisaties.
- Nodig de buurt uit tijdens de bouw. Organiseer een open dag.

Stap 7 Start vrijwillige terminal thuiszorg (VPTZ)

- Lidmaatschap aanvragen bij de VPTZ.
- Beginnen met werving, selectie en opleiden van vrijwilligers voor thuiszorg.
- Na referentieperiode subsidie aanvragen bij VWS.
- Vergroten van regionale bekendheid en ervaring opdoen voor de verdere ontwikkeling van het hospice.

5 Bijlagen

Bijlage 1a Werksessie over een mogelijk hospice Hattem/Heerde

Datum: 10-12-2024

Locatie: Vriezes Erfgoed, Groteweg 41 in Wapenveld

Tijdstip: 19.15 - 21.15 uur

Aanwezig: 24 deelnemers, zie [bijlage 1b](#)

Kort verslag van de bijeenkomst

Na de opening door Eric Feijen die o.a. ging over het geschonken legaat met een opdracht van Teun Meijer (oud-inwoner van de gemeente Heerde) aan de Jan Nienhuis Vereniging en een korte samenvatting en resultaten van het onderzoek door Berdine Koekoek, gingen we in 4 groepen met elkaar aan de slag. In de eerste sessie ging het om een algemene reactie op en uitwisseling van het de onderzoeksresultaten.

In de tweede sessie bogen we ons over onderstaande drie vragen die de volgende reacties opleverden:

Sponsoring hospice: Hoe genereren we voldoende geld om te kunnen starten?

- Goede businesscase. Belangrijk is dat er een duidelijk bedrijfsplan ligt, hoe maak je het exploitabel.
- Duidelijk plan/visie.
- Goed doel, dichtbij. Zichtbaar, gaat iedereen aan.
- Vroeg starten.
- Bekendheid onder inwoners.
- Via kerken.
- Stichting 'Vrienden van...'
- Profileren van sponsors (serviceclubs, kapitaalkrachtige inwoners, landelijke fondsen, ROPA-run).
- Sterk bestuur met kennis hierover. Bestuursleden moeten over een groot netwerk beschikken en behoorlijk wat bestuurlijke ervaring hebben.
- Teunie Meijer noemen.
- Giften als onderdeel van de exploitatie vraagt een grote inspanning.
- Denk aan garantie van woonstichting (Triada) en als mogelijke bouwheer.

Inwoners betrekken: Hoe zorgen we voor voldoende draagvlak bij de inwoners?

- Vooroordelen doorbreken.
- Begrip voor weerstand.
- Houd een informatiebijeenkomst als er concreet iets te melden valt.
- Vroegtijdig betrekken. Open dagen. Ga met omwonenden in gesprek als er een (te realiseren) locatie in beeld is.
- Betrek omwonenden bij de opbouw.
- Zichtbaarheid. Dus geen hospice in de bossen maar in de kern of aan de rand van de kern.
- Goed uitleggen.
- Andere stakeholders inzetten om het verhaal te brengen.
- Thuiszorg en huisarts als ambassadeurs.
- Hoe kun je van een inwoner een vrijwilliger maken?
- Prijsvraag voor de naam toekomstig hospice.

Vrijwilligers hospice: Hoe komen we aan voldoende vrijwilligers?

- Aanbod is er wel maar vrijwilligers worden ouder.
- Kerken verwachten veel vrijwilligers. Maar in Heerde wordt gemeentebreed de groep actieve vrijwilligers die structurele inzet wil leveren kleiner.
- Kijk ook goed naar het aanbod van vrijwilligers. Bijvoorbeeld bij WZU is er een grote groep vrijwilligers maar een deel heeft een zodanig rugzakje dat niet past in een hospice.

- Zichtbaarheid hospice kan een wervende werking hebben. Vrijwilligers kloppen zelf aan met een intrinsieke motivatie. Mensen enthousiasmeren. Niet alleen vanuit eigen discipline/achtergrond, maar samen als gemeenschap.
- Uitwisseling tussen organisaties.
- Goede PR: Ambassadeurs nodig via kerken, gemeenten, huisartsen, wijkverpleegkundigen, welzijnsorganisaties, vrijwilligersbank etc.

Plenaire discussie

- Financiën zijn voorwaardelijk. Baart ook zorgen. Basis lijkt onzeker: geldstroom, 2e kamer, politieke gevoeligheid, subsidieafhankelijkheid. Maar ook, is de behoefte wel echt zo groot?
- Wegen financiën het zwaarst? Inwonersperspectief is net zo belangrijk.
- Rapport zit goed en gedegen in elkaar en geeft een duidelijk beeld.
- Vastgoed: Huren of eigendom? Afbetalen, onderdeel van vaste lasten.
- 10 bedden vullen: hoe en met welke zorg? Het aantal bedden lijkt vooral geldgedreven. Hospice is nog altijd een second best. Terminale vrijwillige thuiszorg heeft voor veel mensen de voorkeur.
- Focus niet te veel op respijtzorg. De vraag hiernaar wordt overschat. WZUbed wordt niet gebruikt.
- Huisartsen zijn bang voor een aanzuigende werking van buiten de regio waarvoor zij dan zorg moeten gaan leveren. Dat willen ze niet.
- Voldoende personele bezetting nodig. Voordeel nabij andere zorgvorm (verpleeghuis) biedt mogelijkheid voor beschikbaarheid en flexibele inzet van een grotere poule verpleegkundigen.
- Angst voor leegloop organisaties: hospice heeft door kleinschaligheid en doelgroep mogelijk een aanzuigende werking heeft op personeel van bestaande organisaties.
- Of een hospice biedt juist een prettig alternatief voor mensen die anders de zorg zouden verlaten en nu toch voor de zorg behouden blijven.
- Ervaring hospice Nunspeet: kerken zijn achter het initiatief gaan staan en hebben gezorgd voor een aanloopkapitaal.
- Ervaring Epe: locatie in het centrum wordt als prettig ervaren, nabij de huisartsenpraktijk. Beter dan achteraf in de bossen.
- Toekomstige verwachting behandelaren verpleeghuizen: regionale expertisecentra van behandelaren die uitvliegen in de regio en samen werken met de huisartsen.
- Laten we niet verzanden in 'het kan niet'.
- Adherentiegebied is belangrijk. Bij opschaling meer bedden mogelijk.
- We moeten met steeds minder mensen voor meer mensen zorgen. Een zekere grootte (10 bedden) is daarom een goed idee.

Het was een geanimeerde avond waarin veel is uitgewisseld. Er is voldoende draagvlak voor hospicezorg en terminale thuiszorg, waarbij de een wat meer zorgen heeft over de onzekere financiële situatie, de andere over de personele bezetting en weer een ander over de vulling van de resterende 4 bedden. Vanuit de verpleeghuissetting wordt aangedrongen op nabijheid om redenen van personele inzet. Maar ook is de vraag (per mail) gesteld of er aparte hospices nodig zijn of dat terminale zorg niet alleen thuis en/of in verpleeghuizen geleverd kan worden. Door de arbeidsmarkt zal vrijwillige inzet ook hard nodig zijn in de woonzorgcentra, de plek waar veel mensen palliatieve zorg ontvangen.

Vervolg

Na de bijeenkomst is het eindrapport vastgesteld en vroegen de opdrachtgevers aan Berdine Koekoek:

- De gemaakte keuze, een High Care Hospice (HCH) met 10 bedden (waarvan 6 als HCH in te zetten en de overige 4 nader te bepalen) uit te werken in een compact rapport met een uitwerking van de vervolgstappen.
- Bouwtekeningen op te vragen van al bestaande hospices met 10 bedden om een inschatting te kunnen maken van de benodigde kavelgrootte.
- Een kort verslag te maken van de uitkomsten van deze avond.

De toezegging is gedaan om dit in januari 2025 op te pakken waarna de opdracht definitief wordt afgerond. Het rapport mag breder gedeeld en ingezet worden.

Bijlage 1b Aanwezigen bijeenkomst en groepsindeling

Groep 1

Paul Roseboom, Huisarts Heerde

Maarten Bijl, Huisartsen Wapenveld
Otto Fehmers, Huisartsen de Brink Wezep
Jorien Seggers, Huisartsen Hattem

Groep 2

Eric Feijen, Jan Nienhuis vereniging

Wendy Langerak, Viattence
Gerdien Hendrikse, WZU
Ruud Timmerman, Apotheek Heerde
Ineke Wiersinga, Hospice Epe
Annemarie van der Velde, Gemeente Hattem

Groep 3

Wilma Blankvoort, Jan Nienhuis Vereniging

Marleen de Lange, netwerk palliatieve zorg regio Zutphen
Aukje Berghuis, Gemeente Heerde
Martin Verhoef, WZU
Chris Burger, IDO Heerde
Frank Kodden, Driezorg
Erna van Roekel, hospice Epe

Groep 4

Berdine Koekoek, onderzoeker/netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe

Jikke van der Pol, gemeente Epe
Jacolien Dijkema-Woertink, WZU
Jeroen Vos, Viattence
Gerrit Heuver, Kerken Heerde
Leonie van der Maten, Buurtzorg Heerde
Thea Aalbers, Hospice Epe

Bijlage 2 Benaderde hospices, reacties en andere inspiratiebronnen

Dertien hospices zijn via onderstaande mail benaderd in december 2024 en januari 2025.

Dag,

Is het mogelijk om een bouwtekening/plattegrond van jullie hospice met ons te delen? In de regio Hattem/Heerde/Wezep is namelijk sprake van een initiatief voor een nieuw hospice waarbij gedacht wordt aan 10 bedden. Om een inschatting te kunnen maken van de benodigde kavelgrootte (alleen laagbouw met eigen tuintjes of 2 etages?) willen de initiatiefnemers graag een aantal bouwtekeningen ter inspiratie zien van andere hospices.

Persoonlijk zou ik ook graag tips horen over:

- Wat bevalt goed aan de indeling?*
- Missen jullie bepaalde ruimten of m²? Zo ja, welke en waarom?*
- Zijn er ruimtes die amper tot niet gebruikt worden?*
- Wat zouden jullie nu anders doen door opgedane ervaringen?*
- Hebben jullie een visie uitgewerkt? Zouden wij die mogen inzien?*
- Als er een businesscase beschikbaar is, zijn jullie bereid om die ter inzage aan te bieden?*

Ik ben benieuwd naar jullie reactie en bereidheid om informatie te delen. Alle tips en trics zijn welkom. Ik hoor graag van jullie terug.

Met vriendelijke groeten,

Berdine Koekoek

tel: 06 - 36 58 16 51

Hospice	Aantal bedden	Geen reactie	Geen tekeningen wel aanbod voor een bezoek	Plattegronden/ bouwtekeningen ontvangen	Tips gedeeld
De Regenboog (St. Anna Klooster)	10		X		
De Baroktuin (Arnhem)	10	X			
Kalorama Bethlehem (Nijmegen)	10			Oud gebouw, n.v.t.	
De Spreng (Beekbergen)	10				X
Bardo (Hoofddorp)	10		X		
Duinsche Hoeve (Rosmalen)	10				X
De Winde (Deventer)	10	X			
Voormalig hospice (Mook)	10				5 maart 2025
De Reggestroom (Rijssen)	5			X bezoek mogelijk	X
Patio (Dordrecht)	8	X			
Calando (Middelharnis)	12			X bezoek mogelijk	X
De Waterlelie (Spijkenisse)	8			X bezoek mogelijk	X
Hospice Deventer	4				X

Andere inspiratiebronnen

Omdat reacties niet, gedeeltelijk of laat op gang kwamen heeft begin januari een zoektocht via Google de volgende inspiratiebronnen opgeleverd. De links zijn aanklikbaar en dan zijn plattegronden en sfeerbeelden online te zien.

- [Een schets en beschrijving van het hospice de Samaritaan in Bommelerwaard \(5 bedden\)](#)
- [Bouwtekening hospice Culemborg \(4 bedden\)](#)
- [Hospice Alphen aan de Rijn \(6 bedden\)](#)
- [Meerjarenbeleidsplan van hospice Duinsche Hoeve](#)
- Het boek [Modern Hospice Design, The Architecture of Palliative and Social Care](#) (2023) geeft inzicht in de nieuwe omstandigheden van sociale zorg in de 21e eeuw. De kern van dit boek is een publieke discussie over een ontwerp-filosofie voor het bieden van zorg aan ouderen en kwetsbaren, waarin het belang van architectonische esthetiek, het gebruik van hoogwaardige materialen, integratie van binnen- en buitenruimtes aan bod komen.

Bijlage 3 Lijst met afkortingen

ANW	Avond, Nacht en Weekend
BTH	Bijna-Thuis-Huis
CAK	Centraal Administratie Kantoor
ELV	Eerstelijnsverblijf
HAIO	Huisarts in opleiding
HCH	High Care Hospice
HR	Human Resource
IDO	Interkerkelijk Diaconaal Overleg
IZA	Integraal Zorgakkoord
JNV	Jan Nienhuis Vereniging
Nza	Nederlandse zorgautoriteit
PR	Public Relations
PREZO	kwaliteitssysteem voor de zorg
PTZ	Palliatieve Terminale Zorg
PU	Palliatieve Unit
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
VPT	Volledig Pakket Thuis
VPTZ	Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
VS	Verpleegkundig Specialist
VV10	specifieke VPT-prestatie voor palliatieve zorg
VVT	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wtza	Wet toetreding zorgaanbieders
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zelfstandige Zonder Personeel



Jan Nienhuis Vereniging Heerde