

Rapport

Haalbaarheidsonderzoek naar een hospicevoorziening in Hattem, Heerde & Wezep



Opdrachtgever: Jan Nienhuis Vereniging Heerde
Onderzoeker: Berdine Koekoek
Datum: 10-12-2024

Inhoud

1 Samenvatting	3
2 Aanleiding en opzet	5
2.1 Doel onderzoek	5
2.2 Onderzoeksopdracht en werkwijze	5
2.3 Onderzoeksopzet en respons	5
3 Uitgangspunten en definities	6
4 Context	8
4.1 Huidige situatie en capaciteit van hospicezorg	8
4.2 Huidige behoefte aan hospicezorg thuis	9
4.3 Huidige capaciteit respijtzorg en ELV-bedden	9
5 Prognoses voor de toekomst	10
5.1 Prognose voor het benodigd aantal hospicebedden in de regio Oost-Veluwe	10
5.2 Groenscenario vertaald naar aantal hospicebedden per inwoner	11
5.3 Combinatie met VPTZ	13
5.4 Respijtzorg	13
6 Financiering van hospicezorg en respijtzorg	14
6.1 Subsidie voor inzet vrijwilligers	15
6.2 Financiering respijtzorg	15
6.3 Exploitatiekosten van bijna-thuis-huizen	15
6.4 Exploitatiekosten van High care hospices	17
6.5 Exploitatiekosten van Palliatieve Units	19
6.6 Exploitatie HCH gecombineerd met respijtzorg	20
7 Het beeld binnen de regio	22
8 Scenario's	26
8.1 Afwegingskader	26
8.2 Vier scenario's	26
Scenario 1: Bijna-thuis-huis in Wapenveld	27
Scenario 2: Een hospice/Plattelandshuus met combinatiezorg	28
Scenario 3: Een High Care Hospice	30
Scenario 4: Een palliatieve unit bij een verpleeghuis	30
8.3 De scenario's binnen het afwegingskader	31
9 Advies voor het vervolg	32
10 Bijlagen	35
B1 Deelnemers onderzoek	35
B2 Toelichting kosten bijna-thuis-huis	36
B3 Toelichting kosten HCH	37
B4 Uitnodiging gesprek incl. vragenlijst	38
B5 Voorbeelden van andere hospices in het land	40

1 Samenvatting

Voor inwoners in Hattem, Heerde en Wezep is op dit moment geen opvang voor palliatief-terminale inwoners in de eigen gemeente. Het hospice in Hattem (1 bed) is na een periode van drie jaar gesloten (2019-2022). In opdracht van de Jan Nienhuis Vereniging zijn de wensen, behoeften en criteria voor een nieuw hospice onderzocht.

Het onderzoek bestond uit het voeren van gesprekken met diverse stakeholders en hospices, het raadplegen van rapporten, financieringsmogelijkheden van hospicezorg en een oriëntatie op mogelijke locaties.

Onderzoekresultaten

Tot 2040 neemt landelijk de jaarlijkse sterfte toe van 170.000 naar bijna 200.000 overlijdens per jaar. Circa 70% van deze overlijdens heeft in meer of mindere mate behoefte aan palliatieve zorg in het jaar voorafgaand aan hun overlijden. Toename van sterfte gezien in het licht van het oplopend tekort aan huisartsen en verpleegkundigen en minder beschikbare mantelzorg, zet thuis sterven onder druk. Uitbreiding van hospicezorgcapaciteit wordt daarom gezien als een van de oplossingen voor het bredere capaciteitsvraagstuk van de zorg in de toekomst. Het in 2024 uitgevoerde onderzoek van Berenschot naar de huidige en toekomstige hospicecapaciteit laat zien dat in de IZA-regio Apeldoorn/Zutphen een uitbreiding van 14 hospicebedden nodig is om aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen.

Binnen de regio is er een brede behoefte voor een regionaal hospice zodat inwoners in de eigen regio kunnen overlijden, dicht bij hun naasten. Huisartsen willen graag de laatste zorg aan hun eigen patiënten blijven bieden in deze laatste levensfase. Dat lukt niet als zij in een hospice buiten de eigen regio worden opgenomen. Daarbij hebben zij een voorkeur voor 24/7 verpleegkundige bezetting, ondersteund door vrijwilligers.

Ook patiënten vinden het prettig om de behandeling van hun eigen vertrouwde huisarts te blijven krijgen. Een nieuw te bouwen hospice in Wapenveld lijkt voor alle partijen de beste optie. Wapenveld ligt zo centraal dat de reisafstand (6 km) vanuit zowel Hattem als Heerde gelijk is, voor Wezep is het net iets verder (8,6 km), maar alsnog te bereiken. Alle huisartsenpraktijken uit Hattem, Heerde en Wezep staan positief t.o.v. het zelf blijven zien van eigen patiënten in een hospice te Wapenveld (als het niet te excentrisch gelegen is), als dit de wens van de patiënt is.

Advies

Op basis van de wensen is een afwegingskader gemaakt en vastgesteld door de opdrachtgevers. De uitkomsten hebben geleid tot vier mogelijke scenario's en een advies voor de twee meest doelmatige en toekomstbestendige varianten:

1. een HCH/plattelandshuus met combinatiezorg;
2. een High Care Hospice voor Epe/Heerde/Hattem/Wezep.

Beide scenario's gaan uit van nieuwbouw, hebben 10 bedden, bieden 24/7 verpleegkundige zorg, aangevuld met opgeleide vrijwilligers en medische zorg door de eigen huisarts en bieden naast hospicezorg ook vrijwillige terminale thuiszorg aan. In een HCH hoeft de patiënt geen dagelijkse bijdrage te betalen voor bed, bad en brood, waardoor de toegankelijkheid vergroot en tweedeling wordt voorkomen. Het voordeel van een nieuw pand is dat het energie-neutraal gebouwd kan worden waardoor de vaste lasten voor gas en elektra laag blijven, en dat alle wensen direct meegenomen kunnen worden. Tien bedden omdat zorgverzekeraars nu al sturen op deze schaalgrootte vanwege efficiency. Variant 1 biedt kortdurende opvang voor inwoners uit de regio die (tijdelijk) niet thuis kunnen verblijven. Deze variant heeft als voordeel dat de regio volledig in de eigen regio ligt en alle huisartsen onder dezelfde regio-organisatie voor huisartsen vallen (Medrie) en flexibele inzet op basis van vraag en aanbod mogelijk is. Nadeel is de verscheidenheid in bekostiging en dat er een nieuwe stichting opgericht moet worden.

Variant 2 heeft als voordeel dat het om een homogene groep patiënten gaat met eenduidige financiering. Daarnaast is er al een stichting en er een relatie met VWS voor de Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijk verzorging thuis. Hospice Epe is met drie bedden niet toekomstbestendig. Meedoen met een nieuw hospice is een kans maar vraagt ook veel. Emotioneel vanwege de huidige mooie en recent verbouwde locatie met de gewenste kleinschaligheid, organisatorisch omdat Epe onder een andere regio-organisatie voor huisartsen (HOOG) valt, waardoor de avond-, nacht- en weekendzorg en het inzien van elkaar patiëntendossiers en uitwisseling hierover lastig is. Daarnaast bestaat er spanning tussen huisartsen in Heerde en Epe.

Persoonlijk vind ik variant 2 de beste optie. Als Epe met drie bedden in de nabije toekomst qua levensvatbaarheid onder druk komt te staan is dat een aderlating voor de gemeenschap en het zorglandschap in deze regio.

Dit advies is 12-11-2024 besproken met de opdrachtgevers. Zij onderschrijven 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.

Vervolg

In februari 2025 volgt een compact rapport met de uitwerking van de keuze voor 10 bedden en concrete aanbevelingen voor het vervolg. Gedurende deze periode (11 december 2024 - 31 januari 2025) wordt het rapport ook besproken met het bestuur van de netwerken palliatieve zorg, het Zilveren Kruis en de stuurgroep van de thematafels ouderen. Dit om een nieuw hospice in Wapenveld te bezien vanuit de ingezette ontwikkelingen zoals regionale capaciteit, met als doel een strategische visie op toekomstige hospicezorg en draagvlak bij beleidsmakers, verwijzers en financiers. Als er voldoende draagvlak is, een mogelijke locatie en financiële dekking, dan heeft JNV de behoefte om op korte termijn van idee naar uitvoering te gaan. Daarnaast worden gesprekken met de vijf andere hospices in de IZA-regio Apeldoorn-Zutphen geïnitieerd over toekomstbestendige inrichting van de hospicezorg.

2 Aanleiding en opzet

Als het niet mogelijk is om thuis te kunnen sterven (bijvoorbeeld door te weinig of overbelaste mantelzorg of een te intensieve zorgvraag of omdat mensen een andere voorkeur hebben), willen zorgverleners in de regio Hattem/Heerde/Wezep nog steeds passende zorg in de nabijheid kunnen bieden. Door de sluiting van het hospice in Hattem en het ontbreken van vrijwillige terminale thuiszorg (VPTZ) is dat op dit moment niet mogelijk. Vanuit dit gemis is bij meerdere partijen de behoefte een nieuw hospice ontstaan.

De Jan Nienhuis Vereniging (JNV) in Heerde heeft een legaat gekregen van een inwoner met het verzoek een haalbaarheidsonderzoek te doen naar een hospice. Hij heeft in zijn testament aangegeven een hospice in de gemeente Heerde een mooi doel te vinden om zijn geld aan te besteden. Daarom is dit onderzoek opgestart.

2.1 Doel onderzoek

Het onderzoeken van de haalbaarheid van één of meerdere voorzieningen zodanig dat inwoners uit de gemeente Heerde zoveel mogelijk kunnen sterven op de plaats van voorkeur en dat dit ondersteund wordt door formele en/of informele zorg.

2.2 Onderzoeksopdracht en werkwijze

JNV wil geen lijvig onderzoeksrapport maar een realistisch beeld krijgen van draagvlak, haalbaarheid en mogelijke vormen van opvang voor palliatief-terminale inwoners. Gevraagd is om een concretisering van de benodigde capaciteit en vorm, bereidheid en voorwaarden tot samenwerking en medewerking, en mogelijke locaties.

Een hospice voor iedereen

JNV stelt als opdrachtgever in ieder geval de volgende basisvoorwaarden voor de opvang:

- De opvang moet voor iedereen die tot de doelgroep behoort toegankelijk zijn en ook zo gevoeld worden;
- De inwoner moet samen met de behandelend (huis)arts kunnen kiezen voor een door de inwoner op eigen verzoek gewenst levenseinde.

In het eerste deel van het onderzoek (juli-oktober 2024) zijn gesprekken gevoerd met mensen die beroepsmatig betrokken zijn bij bieden van palliatieve zorg in Hattem/Heerde/Epe/Wezep.

Parallel hieraan vond een verkenning plaats bij hospices in grensregio's naar het aantal opnames uit Hattem en Heerde, en bij een aantal landelijke hospices die combinatiezorg aanbieden. Tevens vonden gesprekken plaats met de gemeenten Epe, Heerde en Hattem en andere stakeholders als zorg- en welzijnsorganisaties, woningcorporaties, kerken etc. Via deze oriënterende gesprekken en documentanalyse is beoogd een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van wensen, criteria, en blinde vlekken en mogelijkheden. Er is rekening gehouden met regionale en landelijke kaders en (toekomstige) ontwikkelingen als wetgeving, financiering, etc.

Het tweede deel van het onderzoek bestond uit het schrijven van dit rapport. Op basis van de uitkomsten zijn drie mogelijke scenario's geschetst (oktober 2024) die respectievelijk worden voorgelegd en getoetst bij meelezers, de opdrachtgever, huisartsen en tijdens een sessie met afgevaardigden van alle betrokken partijen (10 december 2024).

2.3 Onderzoeksopzet en respons

In totaal zijn 35 organisaties uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek en is er met 54 vertegenwoordigers van deze organisaties gesproken (zie: [bijlage 1](#)). Alle relevante partijen zijn benaderd om mee te doen aan het onderzoek. De opdrachtgever had vooraf een lijst met partijen aangeleverd. Gaandeweg groeide deze lijst met respondenten (sneeuwbal effect). Zo zijn bijvoorbeeld ook de huisartsen in Wezep betrokken op advies van de huisartsen in Wapenveld. Deelnemers werden vooraf via mail en/of telefoon benaderd met een vooraankondiging van het onderzoek. In de mail stond een toelichting en een aantal vragen ter voorbereiding op het gesprek. Per genodigde varieerden de vragen. In [bijlage 2](#) is één van de vragenlijsten toegevoegd. Iedereen die benaderd is, heeft deelgenomen, een respons van 100%.

3 Uitgangspunten en definities

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.

VPTZ heeft een handreiking² geschreven voor het opzetten van een bijna-thuis-huis, omdat deze vorm het beste aansluit bij particuliere burgerinitiatieven. 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 plek³.

¹ VPTZ Registratierapportage 2023

² VPTZ Aanvragen Stappenplan opzetten hospice (2024)

³ Koekoek. B.I. (2014). *Regie over de plaats van sterven*

Respijtzorg

Respijtzorg bestaat in verschillende vormen, die hetzelfde doel hebben: een adempauze bieden aan de mantelzorger zodat hij of zij de zorg op een prettige manier kan blijven volhouden.

Er zijn verschillende vormen van respijtzorgactiviteiten voor de mantelzorger: aanwezigheid door een vrijwilliger thuis, dagopvang en logeerszorg⁴. In dit rapport wordt alleen ingegaan op logeerszorg als een vorm van mantelzorg-ondersteuning: de tijdelijke opvang van mensen met een zorgvraag, ouderdomsklachten of beperkingen, teneinde de mantelzorger te ontlasten. Denk bijvoorbeeld aan een mantelzorger die – ter voorkoming van overbelasting – op adem moet komen, die op vakantie wil, of die bijvoorbeeld geopereerd moet worden. Daarmee is logeerszorg vervangende mantelzorg, een vorm van respijtzorg en een vorm van kortdurend verblijf. Logeerszorg is planbare zorg die niet acuut is en wordt primair gefinancierd vanuit de Wmo, maar kan aangevuld worden met wijkverpleging via de Zvw. Er bestaat ook financiering voor logeerszorg vanuit de Wlz die bestemd is voor de oudere met een Wlz-indicatie die 24 uur toezicht nodig heeft.

Waar logeerszorg acuut is – bijvoorbeeld omdat de mantelzorger een ongeluk heeft gehad en acuut naar het ziekenhuis moet – wordt aanspraak gemaakt op Wmo-spoed-respijtzorg/kortdurend verblijf.

ELV-zorg

Een aanverwant product van logeerszorg is Eerstelijnsverblijf (ELV). Het verschil met logeerszorg is de medische component. Het ELV is er voor de zorg en opvang voor patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg, aangewezen is. Het doel van ELV is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer naar huis geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke vervolgzorg passend is voor de patiënt. Het ELV kent hierbij drie vormen van zorg: het laag en hoog complexe bed, en bedden voor palliatief terminale patiënten.

⁴ Respijtzorg | Movisie

4 Context

4.1 Huidige situatie en capaciteit van hospicezorg

Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 170.000 mensen waarvan 120.000 niet onverwacht (CBS, 2024). Dit zijn mensen met aandoeningen waarbij vaak een ziekte-traject plaatsvindt voorafgaand aan het overlijden zoals kanker, orgaan falen, dementie, CVA en neurologische ziekten. Van alle personen die sterven aan een aandoening waarbij behoefte is aan palliatieve zorg, stierf in 2021 38,8% thuis, 33,6% in een verpleeg- of verzorgingshuis en 18,9% in het ziekenhuis.

Volgens het rapport Berenschot zijn er nu in Nederland totaal 1206 hospicebedden. In 2022 lag de gemiddelde ligduur op 23,9 dagen. Ondanks een gemiddelde landelijke bezettingsgraad van 74,8%, was er 2625 keer geen hospicebed beschikbaar terwijl hier wel vraag naar was. Veel mensen schrijven zich op meerdere plekken in, het feitelijke 'tekort' ligt dus lager. In 2023 was de ligduur volgens VPTZ 2023 voor de hospices aangesloten bij de Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN) en VPTZ gemiddeld 22 dagen en de gemiddelde bezettingsgraad 80%. In 2022 In Gelre ziekenhuizen Apeldoorn sterven jaarlijks meer dan 100 mensen terwijl ze op de wachtlijst staan voor uitplaatsing.

Hospicezorg in Oost-Veluwe

In Oost-Veluwe zijn in totaal 18 hospicebedden voor palliatief terminale zorg. In 2023 zijn hier 232 mensen opgenomen. De bezettingsgraad in 2023 was gemiddeld 75,5% en de gemiddelde ligduur 22,1 dagen. Hospice Epe had een bezettingsgraad van 55% met een gemiddelde ligduur van 16 dagen (155 opnames in de laatste 5 jaren). Sinds 2022 houdt hospice Epe de woonplaats van gasten bij⁵.

Mensen vanuit Hattem, Heerde Wapenveld en Wezep die hospicezorg nodig hebben wijken nu uit naar omliggende hospices. Bij uitvraag in Nunspeet, beide hospices in Zwolle en in 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 goed voor 3,3 hospicebedden.

Tabel 1. Opnames inwoners uit Hattem, Heerde, Wapenveld en Wezep in (omliggende) hospices

Hospice	Periode	Aantal opnames totaal	Aantal opnames per jaar (afgerond)
Hospice Zwolle	2019-2023	7	1
Hospice Lotus 't Zand Zwolle	2019-2023	133	27
Hospice de Regenboog Nunspeet	2019-2023	29	6
Hospice Epe	2022-2024*	12	4
Hospice Hattem	2019-2022	10	3
Totaal		191	41

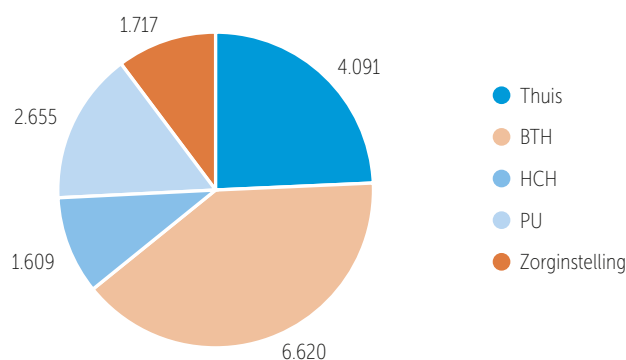
⁵ VPTZ Registratierapportage 2023

4.2 Huidige behoefte aan hospicezorg thuis

In Nederland zijn in 2023 totaal 16.692 mensen in de palliatieve terminale fase ondersteund door vrijwilligers in verschillende settingen⁵. De meeste vrijwilligers worden ingezet in een hospice (73%). Een kleinere groep vrijwilligers wordt ingezet in de thuissituatie (19%) of zowel thuis als in het hospice (8%). Een vrijwilliger wordt gemiddeld 127 uur per jaar ingezet. Gemiddeld werden cliënten thuis 33 dagen ondersteund, in een hospice 22 dagen en in zorginstellingen 25 dagen. 22% van de aangemelde cliënten in de thuissituatie werd uiteindelijk niet ondersteund. Dit kwam voornamelijk doordat de cliënt al was overleden voordat ondersteuning kon plaatsvinden. Van de aangemelde cliënten in hospices is uiteindelijk 43% niet opgenomen. De voornaamste reden hiervoor is dat er geen bed beschikbaar was, gevolgd door voortijdig overlijden van de cliënt.

In totaal hebben 565 cliënten het hospice verlaten vóór hun overlijden, omdat hun gezondheidssituatie verbeterde en het hospice daardoor niet meer de meest geschikte verblijfplaats was. Dit is circa 6% van het totale aantal opgenomen cliënten. Een overplaatsing gebeurt altijd in overleg met de cliënt en/of naasten en alleen als de verwachting is dat het overlijden niet binnen afzienbare tijd plaatsvindt.

Figuur 1. Door VPTZ ondersteunde cliënten in 2023 (geëxtrapoleerd) per plaats van ondersteuning



In Oost-Veluwe zijn verschillende VPTZ-organisaties actief, in 2023 zijn door 201 vrijwilligers palliatieve terminale zorg 64 mensen thuis ondersteund. De meest voorkomende reden voor de inzet van een vrijwilliger in de thuissituatie was dat mantelzorgers overbelast of zelf ondersteuning wilden. In Hattem/Heerde is geen vrijwilligersorganisatie voor palliatieve terminale zorg (VPTZ) actief. ZwolleDoet! levert hier op verzoek wel ondersteuning.

4.3 Huidige capaciteit respijtzorg en ELV-bedden

Op dit moment wordt er amper logeerszorg aangeboden in de regio Hattem/Heerde. In Wezep is een respijtzorgbed in verpleeghuis Villa Esdorp. In Epe zijn twee ELV-bedden bij de Boskamp (WZU), maar dat stopt binnenkort. Bij Rehoboth zijn vijf ELV-bedden, hier wordt weinig gebruik gemaakt van respijtzorg, deze bedden worden vaker ingezet voor ELV-hoog en -laag complex. Eerdere bedden bij Groot Stokkert zijn opgeheven. IJsselheem heeft twee ELV-bedden gehad bij de Bongerd en een bij de Brinkhoven, maar die zijn er niet meer. Huisartsen in Hattem wijken hiervoor uit naar Zwolle.

5 Prognoses voor de toekomst

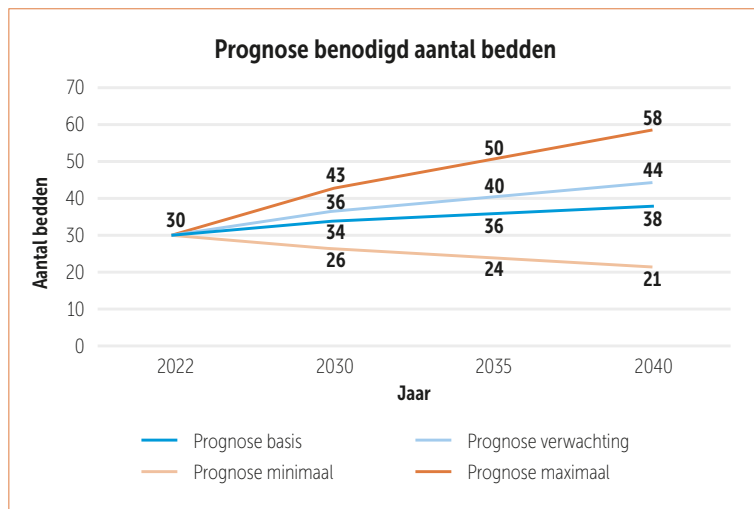
Het aandeel ouderen in deze regio is relatief hoog en de regio vergrijst relatief snel. Daarmee is ook de demografische druk relatief hoog, terwijl tegelijkertijd de beroepsbevolking krimpt. Naast minder beschikbare professionele zorgverleners zijn er ook lang niet altijd (voldoende) mantelzorgers beschikbaar om een sterfbed thuis goed te kunnen laten verlopen. De verwachting is dat ook de behoefte aan mantelzorg zal toenemen, door stijging van het aantal eenpersoonshuishoudens en vaker voorkomen van multiproblematiek⁶. Of de groeiende groep ouderen met een migratieachtergrond meer gebruik gaat maken van hospicevoorzieningen is nog onduidelijk.

De verwachte totale sterfte landelijk in 2023, 2035 en 2040 bedraagt respectievelijk 176.136, 188.565 en 198.463. De stijging in absolute sterfte tussen 2022 en 2040 bedraagt landelijk 28.351 overlijdens, een stijging van 16,7%⁷. In het rapport *De olifant de kamer uit*⁸ wordt uitbreiding van de hospicezorgcapaciteit benoemd als een van de oplossingen voor het bredere capaciteitsvraagstuk van de zorg in de toekomst. Het Zorginstituut Nederland heeft recent geadviseerd om hospices als oplossing te zien voor krapte in de palliatieve extramurale zorg⁹. In het licht van deze ontwikkelingen is hospicezorg in toenemende mate een cruciaal onderdeel van het landschap van palliatieve zorg en ondersteuning en het vraagstuk rondom passende zorg waaronder een verschuiving van zorg van de eerste naar de tweede lijn.

5.1 Prognose voor het benodigde aantal hospicebedden in de regio Oost-Veluwe

Het Berenschot rapport schetst drie prognoses voor het toekomstig benodigde aantal hospicebedden: minimaal, verwacht en maximaal. Op basis van de (regionale) ontwikkeling van sterfgevallen richting 2040 is vervolgens de basisprognose bepaald. Voor Apeldoorn/Zutphen betreft dit een stijging van 27,2% van 2022 naar 2040. Op basis van de factoren en parameters per factor zoals in hoofdstuk 3 van de Berenschotrapportage beschreven zijn vervolgens het prognostische minimum (-44%), verwacht (+16%) en maximum (+53%) berekend ten opzichte van de basisprognose.

Figuur 2. Prognose hospicebedden volgens rapport Berenschot (november 2024)



⁶ Regiobeeld en regioplan IZA-regio Apeldoorn/Zutphen

⁷ Rapport Berenschot *Versterken hospicezorg* (mei 2024) (**Let op!** HCH de Spreng - 10 bedden - ontbreekt)

⁸ *De olifant de kamer uit*. Gupta Strategists (2024)

⁹ *Advies – Verdelen van schaarste in de wijkverpleging*. Zorginstituut Nederland (2023)

Voor de regio Apeldoorn/Zutphen betekent dit volgens het verwachte scenario van Berenschot een uitbreiding van 14 hospice bedden in 2040 t.o.v. nu. Deze uitbreiding is exclusief de 3,3 hospicebedden van inwoners uit dit werkgebied die nu elders hospicezorg krijgen. Zodoende komt de totale verwachte uitbreiding uit op 17 bedden¹⁰. Omdat het gaat om lange termijn prognoses, is het verstandig een geleidelijke groei aan te houden en vraag en aanbod, bezettingsgraad en ligtijd de komende jaren te blijven monitoren.

De informatie uit figuur 2 en tabel 2 is via mailverkeer verkregen via Berenschot en komt te staan in een (nog uit te brengen) herziening van het rapport *Versterken hospicezorg* (mei 2024).

Tabel 2. Groeiscenario's hospicebedden volgens rapport Berenschot (november 2024)

Scenario's Berenschot	Basisprognose +27,2%	Minimaal -44%	Verwacht +16%	Maximaal +53%
Groei/krimp totaal aantal bedden in Apeldoorn/Zutphen	+8 bedden	-9 bedden	+6 bedden	+20 bedden
Totaal aantal bedden	38 bedden	21 bedden	44 bedden	58 bedden

5.2 Groeiscenario vertaald naar aantal hospicebedden per inwoner

In 2002 is een norm gesteld van 4-6 hospicebedden per 100.00 inwoners. In het rapport Berenschot wordt niet gesproken over een landelijke norm maar is de bestaande situatie per regio uitgangspunt voor toekomstige groei. Regio's verschillen dermate in tempo van vergrijzing, en in geografische spreiding waardoor het niet altijd mogelijk is om rendabele hospicevoorziening neer te zetten. 100.000 inwoners in Amsterdam is een totaal andere populatie en spreiding dan bijvoorbeeld 100.000 inwoners in de Achterhoek. Daarom is het goed om per regio te kijken naar wat wenselijk is.

Om tot een goede spreiding van het aantal bedden te komen in de IZA regio Apeldoorn-Zutphen is een overzicht gemaakt in tabel 3 van de verschillende regio-indelingen met het huidige aantal inwoners en hospicebedden per subregio¹¹. Op basis van deze getallen is het aantal inwoners per bed ook berekend bij een uitbreiding met 14 hospicebedden en 17 bedden¹². Berenschot schetst voor onze regio bij het verwachte scenario gemiddeld 7578 inwoners per hospicebed. Als we dit als basiswaarde aanhouden is een hospice van 5 à 6 bedden in Wapenveld legitiem. Ervan uitgaande dat niet iedereen in de toekomst voor een hospice Wapenveld kiest maar nog steeds een aantal inwoners voorkeur hebben voor Nunspeet of Zwolle zouden 5 bedden voldoende kunnen zijn. Huisartsen gaven aan nu regelmatig thuis door te modderen en dat ze bij de aanwezigheid van een regionaal hospice, waar ze zelf zorg kunnen blijven leveren, eerder de keuze zouden maken mensen in een hospice op te nemen. Dat pleit dan voor 6 bedden.

¹⁰ Gecheckt bij VPTZ Nederland en bevestigd door René Edinga.

¹¹ Bron: CBS 2024

¹² Dit is incl. de 3,3 bedden van de 41 mensen uit Hattem, Heerde en Wezep die nu in andere regio's worden opgenomen in hospices.

Tabel 3. Huidig en verwacht aantal hospicebedden per inwoner in Apeldoorn/Zutphen

Regio-indeling	Huidig aantal hospice-bedden	Aantal inwoners per hospicebed	Uitbreiding 14 bedden	Uitbreiding 17 bedden (incl. 3 H/H/W)	Aantal inwoners per hospicebed
Zorgkantoorregio Apeldoorn/Zutphen 333.440 inwoners	30	11.115	44		7.578
Netwerkregio Oost-Veluwe/ Zutphen ¹³ 361.998 inwoners	30	12.067	44		8.227
				47	7.702
Netwerk PZ Oost-Veluwe Apeldoorn, Epe, Brummen (½), Voorst (½), Hattem, Heerde 252.165 inwoners	18	14.009	44-12 (Z) = 32		7.880
				35	7.205
Netwerk PZ Regio Zutphen Zutphen, Lochem, Brummen (½), Voorst (½) 97.418 inwoners	12	8.118			

Tabel 4. Aantal hospicebedden per inwoner in Heerde/Hattem/Wezep bij een nieuw hospice

Regio Hattem/Heerde/Wezep ¹⁴ 44.264 inwoners	0	0	5 bedden		8.852
			6 bedden		7.377

Tabel 3 laat zien dat netwerkregio Zutphen nu met 12 hospicebedden iets boven de basiswaarde van 7578 inwoners per bed uitkomt. Bij gelijke verdeling van het aantal bedden per inwoners komen zij met uitbreiding van 1 bed uit op 7494 inwoners per bed. Voor een gelijke verdeling zou regio Oost-Veluwe kunnen uitbreiden met 16 bedden en regio Zutphen met 1 bed.

Hospice Zutphen wil graag uitbreiden met 1 bed en ook in Lochem wordt gesproken over het realiseren van een PU. In Oost-Veluwe overweegt hospice Apeldoorn uitbreiding met 1 bed en worden er op dit moment hospicebedden gerealiseerd bij Meerzorg, een verpleeghuis van het Leger des heils, waarvan er mogelijk 1 of 2 ook voor de regio worden opengesteld. Deze laatstgenoemde bedden zouden dan beschikbaar komen voor mensen die verslaafd en/of dak- en thuisloos zijn. Middelengebruik is een contra-indicatie waardoor een groot deel van deze doelgroep hier toch niet terecht kan.

¹³ De netwerken hebben een groter adherentiegebied dan de IZA-regio Apeldoorn/Zutphen, nl. incl. 2/3 Voorst en Hattem.

¹⁴ Grenzen van de netwerken palliatieve zorg en IZA- regio zijn niet helemaal gelijk. De zorgkantoorregio bestaat uit gemeenten Apeldoorn, Zutphen, Lochem, Brummen, Heerde en Epe. Gemeente Hattem valt wel onder het netwerk en is een vaste gemeentelijke samenwerkingspartner, maar valt onder zorgkantoorregio Zwolle. Wezep valt niet onder het netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe, maar onder IJssel-Vecht en zorgkantoorregio Zwolle. Voorst valt voor 1/3 deel onder de netwerkregio's Zutphen, Oost-Veluwe en Salland maar volledig onder Salland zorgkantoor.

5.3 Combinatie met VPTZ

Wetende dat de meeste mensen thuis willen sterven, kunnen vrijwilligers bij een tekort aan of overbelasting van mantelzorgers van onschatbare waarde zijn in de thuissituatie. Zij kunnen het mede mogelijk maken om thuis te kunnen sterven. Dit aanbod kan niet los gezien worden van hospicezorg. Want als mensen graag naar een hospice willen maar dit vol is, kunnen vrijwilligers ook van grote waarde zijn tijdens de periode dat iemand op de wachtlijst van een hospice staat.

Het CBS onderzoekt jaarlijks het vrijwilligerswerk dat gedaan wordt door de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder in het onderzoek Sociale Samenhang en Welzijn (SSW). Al sinds 2012 verricht 49% van de bevolking van 15 jaar of ouder minstens één keer per jaar, met een dip tijdens de coronajaren. De meeste vrijwilligers zijn te vinden tussen 35- tot 45- jarigen en 65- tot 75-jarigen. Vrouwen en mannen doen even vaak vrijwilligerswerk. Mensen die behoren tot een kerkelijke gezindte of levensbeschouwelijke groepering zijn vaker actief als vrijwilliger dan mensen zonder denominatie. Maar ook inwoners van niet of weinig stedelijke woongemeenten zijn vaker vrijwilliger dan degenen in (zeer) sterk stedelijke woongemeenten¹⁵.

5.4 Respijtzorg

Iemand die zorgt voor een naaste zoals een kind, ouder of partner, is een mantelzorger. Naar verwachting neemt het beroep op mantelzorgers de aankomende decennia steeds verder toe. Naar verwachting is de vraag in 2040 zo groot, dat elke Nederlander voor een naaste moet zorgen. Het ministerie van VWS heeft een integrale visie op mantelzorg opgesteld en deze in september 2022 naar de Tweede Kamer gestuurd. Het bieden van respijtzorg maakt onderdeel uit van deze visie¹⁶. Uit onderzoek blijkt dat er bij gemeenten (nog steeds) beperkt zicht is op vraag en aanbod van respijtzorg¹⁷. Bovendien worden er weinig nieuwe vormen van respijtzorg ontwikkeld en ontbreekt het bij de meeste gemeenten aan een visie op respijtzorg. Wel erkennen gemeenten dat de druk op mantelzorgers steeds groter wordt. Het zijn vooral steunpunten mantelzorg, zorg- en welzijnsorganisaties en bijvoorbeeld wijkteams die het meeste zicht hebben op wat mantelzorgers nodig hebben. Maar deze informatie is kwalitatief en wordt nauwelijks structureel geregistreerd.

In 2023 is binnen de gemeente Epe een behoefteonderzoek uitgevoerd naar time-outplekken voor diverse doelgroepen omdat er vanuit uitvoering Wmo en ketenpartners signalen kwamen dat er voor diverse doelgroepen behoefte was aan tijdelijke opvang, die snel en lokaal kon worden ingeregeld. Het onderzoek is breed ingezet op meerdere doelgroepen waarbij de conclusie was dat er weinig gebruik gemaakt van zowel lokale als regionale respijtzorg logeeropvang en dat dat inwoners over het algemeen weinig behoefte lijken te hebben aan logeeropvang. Gemeente Epe gaf aan dat een nieuwe voorziening idealiter beschikbaar komt voor de inwoners uit Epe, Heerde en Hattem. *'Vanuit Wmo-gebied wordt nu al steeds meer samengewerkt dus waarom niet voor dit? Idealiter leveren in zo'n kleinschalige voorziening/gebouw van de samenleving familie, vrijwilligers, mantelzorgers samen met professionele zorg hospicezorg en respijtzorg en vervangende mantelzorg. Dit sluit ook aan bij een eerder onderzoek naar respijtzorg logeeropvang/time-outplekken.'*

Gemeente Heerde heeft meegedaan aan de pilot logeertzorg van de overheid. Ook hier kwam de vraag niet zo vaak voor. Toch wil de gemeente Heerde logeertzorg faciliteren. SW Hattem gaf aan dat er veel behoefte is aan respijtzorg, zowel logeeropvang als dagbesteding.

¹⁵ [Vrijwilligerswerk 2023 \(CBS 2024\)](#)

¹⁶ [handreiking-voor-het-organiseren-van-logeertzorg-voor-ouderen_3-november-2021_dsp.pdf](#)

¹⁷ [DSB. Verkenning ontwikkeling in respijtzorg \(2022\)](#)

6 Financiering van hospicezorg en respijtzorg

De financiering van hospicezorg is enorm complex¹⁸. Zo kent hospicezorg voor volwassenen geen eigen bekostigingsstructuur. Het is zelfs zo dat de vergelijkbare type hospices en PU in verschillende regio's op verschillende worden bekostigd. De afgelopen twee jaar heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met het veld verkend of de tweedeling in de bekostiging van de hospicezorg kan worden vereenvoudigd. De uitkomst is dat er niet één bekostiging voor alle hospicezorg komt.

Het nieuwe uitgangspunt is: alle hospices worden via het eerstelijnsverblijf bekostigd, met een uitzondering voor het BTH, omdat ze geen zorgaanbieder (willen) zijn. Bij een BTH is er sprake van twee contracten voor de gast: met de thuiszorg en met het hospice.

De NZa heeft de maximumtarieven voor het eerstelijnsverblijf (ELV) per 2025 verhoogd voor HCH en PU. Het maximale tarief gaat van € 407,92 naar € 589,14 per dag¹⁹. Dit tarief is gebaseerd op 6,6 uur zorg per 24 uur bij een productiviteit van 75%. De overige 25% zijn improductieve uren als scholing, overleg, ziekteverzuim, vakantie etc. Het ELV-tarief is inclusief kosten voor wonen en eten (bed, bad, brood), was- en schoonmaakkosten en medische-, paramedische- en psychosociale zorg en wordt vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet. Bij de bepaling van het tarief is rekening gehouden met de subsidie van VWS. De stijging van het ELV-tarief is gebaseerd op een verhoging van de verpleegkundige zorg; in het oude tarief was dat 4,2 uur. Het ELV-tarief is een maximumbedrag, het daadwerkelijke tarief dat hospices kunnen declareren wordt per instelling in contracten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder afgesproken.

Om aanspraak te maken op het tarief blijft gelden dat het alleen de zorg betreft voor een patiënt van wie de levensverwachting volgens de behandelend arts drie maanden of korter zal zijn. De NZa gaat monitoren of die 6,6 uur ook daadwerkelijk ingezet worden²⁰. Inkomsten van de Wmo en eigen bijdragen van gasten vallen weg.

De zorg door de wijkverpleging in een BTH wordt gedeclareerd door de zorgaanbieder die deze zorg levert. Hier wordt uitgegaan van een richtbedrag van € 350 per dag per gast²¹. Het bedrag is gebaseerd op het nieuwe ELV-tarief per 2025²². Maar ook hier is sprake van grote verschillen van de inkoopbedragen tussen zorgverzekeraars. Mensen in een BTH betalen zelf een bijdrage voor bed, bad en brood. In Nederland hanteert ieder hospice hiervoor een eigen bedrag, dat varieert van 0-50 euro per dag. Veel zorgverzekeraars vergoeden dit bedrag, of een deel hiervan, vanuit de aanvullende verzekering. Mensen die vanuit de Wlz zijn opgenomen in een BTH betalen daarnaast nog een inkomensafhankelijke bijdrage. Dit kan een drempel zijn voor mensen met weinig financiële ruimte.

Er zijn hospices die bij minder draagkrachtige mensen de eigen bijdrage kwijtschelden en deze vanuit de eigen middelen (giften) betalen. Hospice de Mantelmeeuw is naar eigen zeggen het enige hospice in Nederland dat geen eigen bijdrage vraagt. Als mensen een aanvullende verzekering hebben, declareren ze de dagvergoeding zelf rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Zij hebben de visie dat geld geen drempel mag zijn en hospicezorg voor iedereen toegankelijk moet zijn. Zij denken dat ze door deze manier van werken extra veel giften krijgen want ze krijgen hun exploitatie altijd rond.

¹⁸ Handreiking financiering palliatieve zorg 2024

¹⁹ Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-25609-01 - Nederlandse Zorgautoriteit

²⁰ Actiz: Op zijn vroegst kan het nieuwe ELV-tarief in 2029 weer aangepast worden

²¹ Input van een controller uit de VVT.

²² Er worden voorwaarden gesteld om ELV te declareren, zoals 24/7 minimaal niveau 4 verpleegkundige aanwezig en samenwerking met een kaderarts palliatieve zorg. De voorwaarden verschillen per zorgverzekeraar en zijn terug te vinden in de inkoopvoorwaarden voor ELV.

De medische zorg in een BTH wordt gefinancierd vanuit de reguliere financiering voor huisartsen. Er kan een visite intensieve zorg voor gedeclareerd worden. Nieuwe patiënten worden ingeschreven in de praktijk. De meeste gemeenten dragen vanuit de Wmo bij aan schoonmaakkosten van een BTH en soms ook voor scholing van vrijwilligers.

6.1 Subsidie voor inzet vrijwilligers

Hospices kunnen in aanmerking komen voor een subsidie vanuit de Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ²³). Deze subsidie kan worden gebruikt voor de inzet, de opleiding en de coördinatie van vrijwilligers palliatieve terminale zorg bij de mensen thuis, in hospices en in zorginstellingen. De instelling kan hierover afspraken maken met een VPTZ-organisatie in de regio, die voor vergoeding subsidie aanvraagt via de Regeling PTZ.

Het subsidiebedrag per inzet kan per jaar fluctueren. De regeling werkt met een totaal subsidieplafond en het beschikbare bedrag wordt verdeeld onder alle aanvragers. Voor de coördinatie van vrijwilligers thuis en in zorginstellingen is het normbedrag in 2024 bij onbetaalde coördinatie € 541,50²⁴ en bij betaalde coördinatie € 1.545,75²⁵. Voor coördinatie van vrijwilligers krijgt een BTH € 3.776,25 en voor een HCH € 2.644,50 per inzet. Omdat steeds meer mensen ondersteuning krijgen van een vrijwilliger, daalt het bedrag dat een VPTZ-organisatie per ondersteuning krijgt. Voor 2025 is 8% minder subsidie per hulpvrager beschikbaar²⁶. De huidige subsidieregeling loopt tot en met 2026, en zal daarna hoogstwaarschijnlijk verlengd worden. Dit geldt niet voor hospices die zelf formele zorg leveren vanuit de Wlz of Zvw, tenzij ze minder dan 20 fte verpleging in dienst hebben.

6.2 Financiering respijtzorg

De tarieven voor respijtzorg stijgen in 2025 flink. Het tarief is afgeleid het Wlz-tarief. Logeerszorg is 70% van dit tarief, 30% is voor wijkverpleging. De gemeente Apeldoorn heeft de tarieven van Zorgregio Midden-IJssel en Oost-Veluwe als uitgangspunt genomen^{27,28}. Per 01-01-2025 betalen zij € 229,54 per etmaal aan de zorgorganisatie die respijtzorg biedt.

6.3 Exploitatiekosten van bijna-thuis-huizen

Bijna-thuis-huizen hebben diverse inkomstenbronnen. De verdeling verschilt per bijna-thuis-huis, maar gemiddeld zijn de inkomsten als volgt verdeeld:

- | | |
|--|---|
| • Subsidieregeling ministerie van VWS: 61% | • Overige Wmo- en gemeentelijke subsidies: 1,5% |
| • Eigen bijdrage gasten en logés: 19% | • Sponsoring in natura: 1% |
| • Wmo huishoudelijke hulp: 3% | • Overige inkomsten: 15% |

Over het algemeen vormen personeelskosten de grootste kostenpost van een bijna-thuis-huis. Gemiddeld zijn de kosten als volgt verdeeld (voor een toelichting op de kosten, zie: [bijlage 2](#)):

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| • Personeel: 42% | • Afschrijvingen: 7% |
| • Huisvesting: 26% | • Gast-gebonden kosten: 8% |
| • Organisatie: 8% | • Overige kosten: 5% |
| • Activiteiten: 5% | • Incidentele kosten: 0,3% |

²³ https://wetten.overheid.nl/BWBR0022841/2022-01-01/#Paragraaf1_Artikel3

²⁴ Er zijn nog enkele organisaties die met vrijwillige coördinatoren werken.

²⁵ De maximale bedragen voor 2024 zijn € 584 en € 1.669 maar worden door het budgetplafond niet gehaald.

²⁶ <https://www.vptz.nl/over-vptz/nieuws/subsidedialing>

²⁷ [Homepage - Zorgregio Midden-IJssel/Oost-Veluwe](#)

²⁸ [Productcodetabel per 1-1-2025 versie 7-11-2024.xlsx](#)

In onderstaande berekening is uitgegaan van bovenstaande indeling²⁹, het subsidietarief voor 2025 á € 3.474,15 per inzet, de gemiddelde bezettingsgraad van 74,8%, en de gemiddelde ligduur van 23,9 dagen (2022³⁰). Dit geeft een beeld van de benodigde inkomsten voor een dekkende exploitatie van een nieuw hospice met 5, 6 of 10 bedden.

Let op: dit kan pas op zijn vroegst in het tweede jaar dat het hospice bestaat en is dan voor het derde jaar beschikbaar, eerder kan het hospice geen subsidie aanvragen. De eerste 2 jaar moet het hospice dus zonder subsidiegelden overbruggen. Voor een hospice van 5 bedden is dat € 330.000, voor 6 bedden € 400.000 en voor 10 bedden € 660.000 op jaarbasis (er zit een kleine afwijking in vanwege afrondingspercentages in de verdeelsleutels):

- 5 x 365 dagen = 1825 dagen x 74,8% = 1365 dagen : 23,9 dagen = 57 patiënten op jaarbasis
- 6 x 365 dagen = 2190 dagen x 74,8% = 1638 dagen : 23,9 dagen = 69 patiënten op jaarbasis
- 10 x 365 dagen = 3650 dagen x 74,8% = 2730,2 dagen : 23,9 dagen = 114 patiënten op jaarbasis

Tabel 4. 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

²⁹ Bron: VPTZ Registratierapportage 2023

³⁰ Rapport Berenschot *Versterken hospicezorg* (mei 2024) (**Let op!** HCH De Spreng - 10 bedden - ontbreekt)

6.4 Exploitatiekosten van High Care Hospices³¹

In onderstaande berekening is uitgegaan van bovenstaande indeling³², het ELV-tarief van € 589,14 per dag per gast, de VWS-subsidie à € 2.433 voor betaalde coördinatie (tarief 2025), de gemiddelde bezettingsgraad van 74,8%, en de gemiddelde ligduur van 23,9 dagen (2022³³). Bij een BTH zijn alle uitgaven percentages van het totaalbedrag. Omdat de totale uitgaven van een HCH veel hoger zijn, is dit niet een op een door te zetten voor een HCH. Bij 5 bedden in een HCH zouden bijvoorbeeld de kosten voor activiteiten stijgen van € 16.232 naar € 80.475 bij hetzelfde aantal in een BTH. Daarom zijn dezelfde bedragen opgenomen als bij een BTH met hetzelfde aantal bedden, behalve de personele en organisatiekosten. Gast gebonden en overige kosten zijn verwijderd (samen 13%) en omgezet naar voedings- en hulpmiddelen (15%).

De organisatiekosten zijn onderdeel geworden van de post personeel die is opgesplitst in management en ondersteuning en verpleging en verzorging. Naast de coördinatie van vrijwilligers, is er sprake van coördinatie van verpleegkundigen en is er naast coördinatoren vaak een manager of directeur werkzaam, en ook administratie en evt. inhuur vallen binnen deze post. Deze post verandert niet bij toename van bedden. De post verpleging en verzorging is gebaseerd 6,6 uur per patiënt per dag. Er wordt gerekend met 75% productieve uren waarop het totale aantal inzetbare uren voor patiëntenzorg 1409 uren per fte op jaarbasis is³⁴. Gemiddelde kosten verpleegkundige HCH, schaal 45: € 75.000.

Dit geeft een beeld van de benodigde inkomsten voor de exploitatie van een hospice met 5, 6 of 10 bedden. Het voordeel van deze variant is dat er geen twee jaar gewacht hoeft te worden op financiering. Verpleegkundigen kunnen in dienst zijn van het hospice of in onderaannemerschap via een andere organisatie ingezet worden. Bij deze laatste variant wordt er vaak een *fee* betaald aan deze organisatie voor alle extra inspanningen die hierbij horen (inkoop, werving en selectie etc.).

De post overige inkomsten in het BTH bevat legaten, acties en giften. Een BTH stopt hier veel tijd en effort in en de VPTZ gaf aan dit het steeds lastiger wordt. Het lijkt logischer om giften en legaten niet op te nemen in de exploitatie vanwege het onzekere karakter. Veel hospices hebben een stichting 'Vrienden van' die deze inkomsten beheren en aanwenden voor extra's, zoals aanschaf meubilair, apparatuur, bijeenkomsten voor vrijwilligers, evt. verbouwing of extra onderhoud etc. Daarom is het bedrag verlaagd naar € 1.000 per bed per jaar voor een HCH. Sponsoring in natura gaat om geschenken producten, bijvoorbeeld via Roparun.

³¹ Exploitatie afgestemd met I. Heidema, Voorzitter AHZN (zie: [bijlage 3](#))

³² Bron: [VPTZ Registratierapportage 2023](#)

³³ [Rapport Berenschot Versterken hospicezorg \(mei 2024\)](#) (**Let op!** HCH de Spreng - 10 bedden - ontbreekt)

³⁴ 1 fte = 1878 betaalde uren op jaarbasis

Tabel 5. Exploitatie HCH met 5, 6 of 10 bedden en 100% ELV-tarief

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

Omdat het ELV-tarief niet vaststaat en onderhandelbaar is met de zorgverzekeraar tot 80% van het bedrag, is ook die variabele in tabel 6 uitgewerkt.

Tabel 6. Exploitatie HCH met 5, 6 of 10 bedden en 80% ELV-tarief

Exploitatie HCH bij 80% ELV-tarief PZ	5 bedden	6 bedden	10 bedden
Inkomsten (totaal 100,5%)			
80% ELV-tarief € 471,31 per dag x 57-69 of 114 gasten x 23,9 dagen	€ 642.066	€ 777.237	€ 1.284.137
VWS subsidie € 2.433 per gast x 57-69-114	€ 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	€ 789.035	€ 955.044	€ 1.577.993
Uitgaven (Totaal 101,3%)			
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	€ 96.310	€ 116.586	€ 192.621
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	€ 925.645	€ 1.049.596	€ 1.626.290
Resultaat	€ -136.609	€ -94.552	€ -48.297

6.5 Exploitatiekosten van Palliatieve Units

Deze vorm lijkt financieel het meest eenvoudig. Er is geen subsidieafhankelijkheid en de inkomsten bestaan alleen uit het uit te onderhandelen ELV-tarief. Coördinatiekosten en huisvestingskosten zijn gehalveerd t.o.v. een HCH, omdat een palliatieve unit vaak onderdeel is van een verpleegafdeling. In een PU worden ook vast giften geschonken, maar die zullen naar verwachting niet meetellen in de exploitatie omdat het hier een interne afdeling in een verpleeghuis betreft en zijn daarom niet opgenomen.

Als iemand al een Wlz-indicatie heeft (in natura of VPT) dan blijft het zorgprofiel (zorgzwaartepakket dat op dat moment van toepassing is) bestaan en wordt het niet automatisch opgehoogd naar ZZP10 tenzij er sprake is van een zeer intensieve zorgvraag³⁵. Het komt nauwelijks voor dat cliënten vanuit een eigen zorgorganisatie naar een hospice zullen gaan, daarom is deze variant niet uitgewerkt.

Huisartsen vinden dit het minste scenario, omdat ze dan hun eigen patiënt niet meer kunnen begeleiden en moeten overdragen aan een specialist ouderengeneeskunde. Mocht er voor deze variant gekozen worden dan is het noodzakelijk een VVT-organisatie te vinden die dit zou willen doen. Het vraagt om visie, veranderkracht en een behoorlijke investering van een organisatie. Een bestaande locatie moet aangepast worden of er is nieuwbouw nodig waardoor de vaste lasten stijgen. Ook moet geïnvesteerd worden in werving van kwalitatief de juiste personeelsleden en speciale vrijwilligers.

Tabel 7. Exploitatie PU met 5, 6 of 10 bedden en 100% ELV-tarief

Exploitatie PU bij 100% ELV-tarief PZ	5 bedden	6 bedden	10 bedden
Inkomsten (Totaal 100,5%)			
100% ELV-tarief € 589,14 per dag x 57-69 of 114 gasten x 23,9 dagen	€ 802.585	€ 971.551	€ 1.650.172
Totaal inkomsten	€ 802.585	€ 971.551	€ 1.650.172
Uitgaven (Totaal 101,3%)			
Personeel: verpleegkundigen en verzorgenden (6,6 uur p.p.)	€ 480.000	€ 557.500	€ 960.000
Huisvesting (bedrag conform BTH)	€ 42.202	€ 51.087	€ 84.405
Organisatie: 8% (conform BTH)	€ 64.207	€ 77.724	€ 132.014
Voedings- en hulpmiddelen: 15%	€ 120.388	€ 145.733	€ 247.526
Activiteiten (bedrag conform BTH)	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Afschrijvingen (bedrag conform BTH)	€ 22.724	€ 27.508	€ 45.449
Overige kosten (bedrag conform BTH)	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Incidentele kosten (bedrag conform BTH)	€ 974	€ 1.179	€ 1.948
Totaal uitgaven	€ 762.958	€ 900.029	€ 1.536.268
Resultaat	€ 39.627	€ 71.522	€ 113.904

³⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743587_22

Omdat het ELV-tarief niet vaststaat en onderhandelbaar is met de zorgverzekeraar tot 80% van het bedrag, is ook die variabele in tabel 8 uitgewerkt.

Tabel 8. Exploitatie PU met 5, 6 of 10 bedden en 80% ELV-tarief

Exploitatie PU bij 80% ELV-tarief PZ	5 bedden	6 bedden	10 bedden
Inkomsten (Totaal 100,5%)			
80% ELV-tarief € 471,31 per dag x 57-69 of 114 gasten x 23,9 dagen	€ 642.066	€ 777.237	€ 1.284.131
Totaal inkomsten	€ 642.066	€ 777.237	€ 1.284.131
Uitgaven (Totaal 101,3%)			
Personeel: verpleegkundigen en verzorgenden (6,6 uur p.p.)	€ 480.000	€ 557.500	€ 960.000
Huisvesting (bedrag 50% van kosten BTH)	€ 42.202	€ 51.087	€ 84.405
Organisatie: 8% (conform BTH)	€ 51.365	€ 62.179	€ 102.730
Voedings- en hulpmiddelen: 15%	€ 96.310	€ 116.586	€ 192.620
Activiteiten (bedrag conform BTH)	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Afschrijvingen (bedrag conform BTH)	€ 22.724	€ 27.508	€ 45.449
Overige kosten (bedrag conform BTH)	€ 16.232	€ 19.649	€ 32.463
Incidentele kosten (bedrag conform BTH)	€ 974	€ 1.179	€ 1.948
Totaal uitgaven	€ 726.039	€ 855.337	€ 1.452.078
Resultaat	€ -83.973	€ -78.100	€ -167.947

6.6 Exploitatie HCH gecombineerd met respijtzorg

Voor de berekening is uitgegaan voor een HCH van 6 hospicebedden en 2 bedden logeerszorg en 6 hospicebedden met 4 bedden logeerszorg. Deze combinatiezorg maakt het mogelijk om wel tot een voorziening van 10 bedden te komen waardoor het schaalgroottevoordeel behaald wordt met een kleiner aantal hospicebedden, passend bij de (toekomstige) vraag van de regio. Voor logeerszorg is dezelfde bezetting en ligtijd aangehouden als voor hospicebedden. Voor logeerszorg geldt de VWS-subsidie niet en kan ook geen eigen bijdrage aan de gast worden gevraagd omdat dit onderdeel van het tarief is.

Tabel 9. Exploitatie HCH 100% ELV met logeertzorg

Exploitatie HCH met 100% ELV-tarief PZ en logeertzorg (Wmo en Zvw)	6 hospice + 2 respijtzorg	6 hospice + 4 respijtzorg
Inkomsten		
100% ELV-tarief € 589,14 per dag x 69 gasten x 23,9 dagen (6 bedden)	€ 971.551	€ 971.551
VWS subsidie € 2.433 per gast x 69 (6 bedden)	€ 167.877	€ 167.877
Vergoeding gemeente respijtzorg € 229,54 = 546 - 1128 dagen (2/4 bedden)	€ 125.034	€ 250.068
Sponsoring in natura (bedrag conform BTH)	€ 3.930	€ 5.194
Overige inkomsten (€ 1.000 per hospicebed per jaar)	€ 6.000	€ 6.000
Totaal inkomsten	€ 1.274.392	€ 1.400.690
Uitgaven		
Personeel: management en ondersteuning	€ 225.000	€ 225.000
Personeel: verpleegkundigen en verzorgenden hospice (6,6 uur p.p. per dag)	€ 557.500	€ 557.500
Personeel: verpleegkundigen en verzorgenden respijt (€ 98 p.p. per dag)	€ 53.508	€ 107.016
Huisvesting (bedrag conform BTH)	€ 135.723	€ 168.809
Voedings en hulpmiddelen: 15% van het ELV-tarief	€ 192.621	€ 240.776
Activiteiten (bedrag conform BTH)	€ 25.970	€ 32.463
Afschrijvingen (bedrag conform BTH)	€ 36.359	€ 45.449
Incidentele kosten (bedrag conform BTH)	€ 1.558	€ 1.948
Totaal uitgaven	€ 1.228.239	€ 1.378.961
Resultaat	€ 46.153	€ 21.729

Conclusie

Op basis van deze schets over de exploitatiekosten is een HCH financieel het meest gunstig. En het is goed zichtbaar, dat hoe meer bedden en zijn, hoe positiever het resultaat. Het omslagpunt ligt volgens AHZN bij 8 bedden. 80% van het ELV-tarief is niet dekkend voor de kosten van een PU en bij een HCH pas bij 10 bedden. Sommige kosten zijn contextueel, huisvestingskosten kunnen bijvoorbeeld per hospice heel verschillend zijn.

Er zijn aannames gedaan in de berekeningen die mogelijk anders kunnen uitpakken, namelijk:

- Dat management en ondersteuning bij 5 bedden hetzelfde is als bij 10 bedden. Het zou kunnen dat er nog wel iets opgeplust moet worden in bijvoorbeeld administratiekosten.
- Dat de aangekondigde daling van 8% van de VWS-subsidie in 2025 wordt teruggedraaid. De VPTZ heeft hierover een oproep gedaan naar de Tweede Kamerleden³⁶ en onlangs werd bekend dat VWS 3 miljoen extra uittrekt voor palliatieve zorg in 2025³⁷. Het is nog niet bekend waar dit precies aan besteed gaat worden, maar ophogen van de VWS-subsidie voor VPTZ zou een van de doelen kunnen zijn. Vooral voor BTH is dit nodig omdat het resultaat bij alle aantallen bedden negatief is en er hoge bedragen voor de post extra inkomsten nodig zijn. Veel BTH's hebben minder dan 5 bedden en dan wordt het nog nijpender.
- Als de gemiddelde bezettingsgraad hoger is dan 74,8% en gemiddelde ligduur lager dan 23,9 dagen ontstaat een ander beeld. De landelijke trend is dat de ligduur korter wordt. Dan kunnen ook meer patiënten worden opgenomen en zijn mogelijk minder bedden nodig dan verwacht. Hetzelfde geldt voor een hogere bezettingsgraad.
- Dat een PU minder organisatie- en huisvestingskosten heeft dan een BTH of HCH.

³⁶ <https://www.vptz.nl/over-vptz/nieuws/subsidiedaling>

³⁷ <https://www.nationalezorggids.nl/kraamzorg/nieuws/73719-kabinet-trekt-extra-geld-uit-voor-kinderbril-kindervaccinaties-in-de-buurt-en-stervenszorg.html>

7 Het beeld binnen de regio

Introductie

In de gesprekken met de regionale stakeholders zijn de vragen besproken die vooraf via de mail gedeeld zijn (zie: [bijlage 4](#)). Gaandeweg ontstonden meer vragen die gedurende het onderzoek ook opgepakt zijn, en soms tot aanpassing van eerder beschreven resultaten en scenario's leidden. Zoals de actualisatie van het rapport Berenschot over huidige en toekomstige hospicecapaciteit in Nederland. Het aangepaste rapport verschijnt in week 46 of 47, maar de gegevens voor onze regio zijn alvast gedeeld om ze te kunnen verwerken in het rapport.

Daarnaast de aangepaste financiering voor 2025 voor hospicezorg (NZa), die helder lijkt door het genoemde tarief, maar waar in de praktijk nog steeds onderhandelingen gaande zijn tussen individuele thuiszorgorganisaties, HCH en PU met zorgverzekeraars. En dat het tarief van de VWS-subsidie met 8% daalt in 2025. Ook werden mensen en/of organisaties aangedragen die mogelijk iets zouden kunnen betekenen. Daar is ook contact mee gezocht. Het bijzondere is dat iedereen die gebeld of gemaild is bereid was tot een gesprek. Iedereen wil ook, in meer of mindere mate, een bijdrage leveren om in samenwerking te komen tot een hospice en vrijwillige terminale thuiszorg in deze regio.

Mensen die geen belanghebbende zijn, vertoonden alle medewerking en namen de tijd om vragen te beantwoorden. Men was heel open en bereid tot het delen van informatie en tips, die kunnen dienen als inspiratie voor een nieuw hospice in deze regio. Er is met name hospices bevraagd die hospicezorg leveren gecombineerd met respijt zorg en/of logeerszorg en/of vrijwillige inzet thuis en in zorginstellingen. De opbrengst van deze gesprekken is deels verwerkt in de tekst en een deel van de oogst is verwerkt (zie: [bijlage 5](#)). Dit is geen uitputtende weergave, maar het geeft de grote lijn de variatie weer. De uitkomsten van de regionale gesprekken staan hieronder uitgewerkt.

Behoeftes aan hospicezorg

Er is in de regio veel draagvlak voor – en bereidheid tot – samenwerking voor goede stervenszorg. De rode draad uit de gesprekken met geïnterviewden is dat het belang en de wens van de patiënt en naasten leidend zou moeten zijn en dat de hulpverlener volgend is aan deze wens. De meeste huisartsen willen hun patiënten graag tot het einde toe begeleiden. In de gesprekken werd duidelijk dat dit niet alleen hun eigen wens is maar vaak ook die van patiënten en hun naasten:

“Je kunt het maar een keer doen en deze zorg voelt als een gezamenlijke en gedeelde verantwoordelijkheid, samen met familie, thuiszorg en andere betrokkenen.”

Er is behoefte aan een regionaal hospice, vooral bij de huisartsen in Wapenveld, Heerde en in Wezep. Huisartsen in Hattem hebben hier geen behoefte aan, omdat ze dichtbij Zwolle zitten en daar twee hospices zijn waar men goede ervaringen mee heeft. Hier sturen huisartsen hun patiënten graag naartoe. Voor de huisartsen in Hattem is het belangrijker dat er vrijwillige terminale thuiszorg komt.

“Het is nu soms moeilijk de zorg 24 uur rond te regelen, en moeten patiënten soms naar een hospice terwijl ze liever thuisblijven. Het zou fijn zijn als dat goed geregeld wordt.”

Mocht er een hospice in Wapenveld komen, en patiënten willen hiernaartoe, dan willen de HA in Hattem hier de zorg wel leveren. Heerde is te ver. Bewust stoppen met eten en drinken (BSTED) en euthanasie moet mogelijk vinden huisartsen uit Hattem, Heerde en Wapenveld

“Idee hospice juichen we toe. Mooi initiatief, iets wat nu mist in de regio.”

Voorkeurslocatie

Wapenveld wordt als de optimale plek voor een hospice gezien: de reisafstand is voor huisartsen uit Heerde, Hattem goed aan te rijden. Voor Wezep is het niet om de hoek, maar wel goed aan te rijden. Daarbij hebben de huisartsen uit Wapenveld gezegd dat zij, onder voorwaarde dat de huisartsen in Heerde en Hattem hun eigen patiënten in het hospice blijven behandelen, de zorg en behandeling voor mensen van buiten de regio wel op zich willen nemen. Er zijn meerdere locaties genoemd die het onderzoeken waard zijn.

Mogelijke locaties in Wapenveld

1. Hof van Cramer. Deze ruimte komt 2025 beschikbaar. Het pand is eigendom van de gemeente Heerde. De familie Kerkdijk woont nu achter de Hof van Cramer en willen op termijn weg.
2. De huidige huisartsenpraktijk Wapenveld staat te koop, omdat de praktijk verhuist. Is 500 m². W.s. te klein voor een hospice met eigen tuintjes en parkeerplaatsen. Erachter woont dhr. Moerman, een voormalige huisarts van 93 jaar.
3. De Goede Herder School, Vinkenweg 8.
4. Rehoboth heeft 5 aaneengesloten appartementen (20 t/m 24) die nu gebruikt worden voor ELV-zorg en die na een grondige verbouwing met uitbreiding naar de tuin mogelijk geschikt te maken zijn. Die appartementen kunnen dan gehuurd worden. Op een andere plek waren grotere appartementen die eigendom zijn van Habion en die verhuurd worden door van der Linden. Huur is nu incl. vaste lasten is 1500 per appartement. Daar zouden mogelijk 4 aaneengesloten appartementen gehuurd kunnen worden. Nu slechts 1 vrij en onzekerheid over vrijkomen van andere appartementen. Ook hier zou verbouwd moeten worden om gemeenschappelijke ruimten te creëren.
5. Groot Stokkert is genoemd, maar de opvang van Oekraïners wordt uitgebreid en verlengd.
6. Het terrein van de buitenpoli van Isala. Dit heeft al een functie van zorg. Er staat meerdere lege panden. Dit is eigendom van Jansen vastgoed uit Zwolle.
7. Er is nieuwbouw gepland in Wapenveld: Hulsbergerlanden. Het omgevingsplan wordt medio 2025 vastgesteld. Is hier nog ruimte voor aanpassing?
8. Lagestraat 25 in Wapenveld. Het gaat om de voormalige bedrijfswoning van de dierenkliniek. Dit pand heeft al een maatschappelijke bestemming.

Mogelijke locaties voor een PU

Als er voor een PU wordt gekozen is de locatie niet meer belangrijk. Waarschijnlijk wel voor inwoners maar niet voor de beroepsmatige zorg. En is een aantal mogelijkheden benoemd, o.a.:

- Vlak bij Hofje Wendakker staat nieuwbouw gepland.
- Driezorg (locatie Hof van Blom) heroriënteert zich op haar positie in Hattem, vanwege de fusie met Zonnehuisgroep IJssel-Vecht tot Vereen.
- De Buitenhof in Hattem is nu van Beter Thuis Wonen, maar gaat vanaf 2025 met Verian samen, waardoor deze locatie mogelijk in aanmerking komt voor herbestemming.

Medische zorg

Huisartsen in Heerde, Wapenveld, Wezep en ook in Hattem zijn bereid de behandeling van hun eigen patiënten in het hospice in Wapenveld te blijven bieden als hun patiënten hier graag naar toe willen.

Er is overleg nodig met huisartsenvereniging Medrie in Zwolle, voor de bereikbaarheid in ANW. Huisartsen vertelden zelf vaak wel bereikbaar te zijn voor hun patiënten in noodgevallen, maar dat dit niet altijd lukt vanwege vakanties of andere privéomstandigheden. De back-up voor ANW is voorwaardelijk. Er is behoefte aan een goede voorziening voor de eigen patiënten en naasten die geen hoge(re) werklust vraagt. En men wil regie houden op toewijzing van de bedden: volume bestemd voor de regio, voorrang voor eigen patiënten, opnames van elders alleen als er plek is. Bij centrale zorgcoördinatie/zorgplanning/via ziekenhuis (ook bij eigen patiënten), altijd eerst contact met de huisarts die de zorg moet leveren.

Verpleegkundige zorg

Huisartsen hebben voorkeur voor 1 thuiszorgorganisatie die de verpleegkundige zorg gaat bieden. Vooral ook omdat in ANW wordt teruggevallen op de huisartsenpost in Zwolle (Medrie). Professionaliteit is belangrijk. Geen mensen die snel in paniek raken. Vériean is de grootste VVT-organisatie in de regio en heeft alles in huis. Zij worden door huisartsen genoemd als de preferente thuiszorgorganisatie. In een BTH wil Vériean de thuiszorg leveren. De concentratie van patiënten biedt hun schaalvoordeel. Als het een HCH wordt, waar 24 uur verpleegkundige zorg aanwezig moet zijn is er meer voorbereiding nodig, o.a. afspraken over de bezetting en financiering, ook als niet alle bedden bezet zijn. Het klinkt prettig dat de eigen thuiszorgorganisatie de zorg kan blijven bieden, maar omdat regio's eigen thuiszorgteams hebben, gebeurt het bij verhuizing naar het hospice regelmatig dat een ander team dan de zorg biedt. Het schaalvoordeel vervalt hiermee omdat er wel drie of vier verschillende thuiszorgorganisaties in het hospice actief kunnen zijn. Dat werkt op zich goed, in Epe gaat het nu ook zo. In Zwolle ook, en als mensen van buiten Zwolle komen worden Carinova en Icare om en om ingezet. Het uitgangspunt van alle zorgorganisaties is dat de cliënt de juiste zorg krijgt waarbij samenwerking op prijs wordt gesteld.

24 uren verpleegkundige zorg of alleen blokdiensten en inzet bij vraag?

Hier wordt verschillend over gedacht. De huisartsen willen bij voorkeur 24-uurs verpleegkundige zorg in het hospice. Meerdere hospices in het land vinden dat een BTH net als thuis moet zijn. Thuis is ook geen 24 uren zorg aanwezig, wel beschikbaar. 24 uren zorg in huis kan alleen bij een bepaalde schaalgrootte. Bij een klein hospice is dit een dure oplossing omdat bij een (tijdelijke) lagere bezetting, toch altijd een verpleegkundige aanwezig moet zijn. Er is ook geopperd dat overdag de aanwezigheid van een Verpleegkundig Specialist of Physician Assistant handig zou zijn. Het bestuur van het toekomstige hospice zal zowel bij een BTH als een HCH een overeenkomst moeten aangaan met een of meerdere thuiszorgorganisaties of in een HCH evt. zelf verpleegkundigen in dienst kunnen nemen. Bij navraag in het land blijkt dat het overal anders wordt gedaan. Er zijn hospices die zelf verpleegkundigen in dienst hebben, en anderen die contracten hebben met een thuiszorgorganisatie die alle verpleegkundige zorg levert. Er zijn hospices met 24 uren verpleegkundige zorg die bij een lage bezetting het tekort van de thuiszorgorganisatie financieel aanvullen. Hier zijn overigens wel risico's aan verbonden. Door thuiszorg te betalen als BTH, kan dat gezien worden in de Wtza als 'zorg doen verlenen'. Dat houdt in dat je als NTH een zorginstelling wordt, en daar komt veel meer regelgeving bij kijken. De meesten doen dit niet en dan ligt de kostenpost volledig bij de thuiszorgorganisatie.

Potentiële vrijwilligers

Bij de welzijnsorganisaties, gemeenten en een aantal kerken in Hattem en Heerde, is navraag gedaan of zij denken dat er voldoende potentiële vrijwilligers zijn die in een hospice willen werken of hospicezorg thuis willen verlenen. Er wordt gedacht dat er voor deze levenseindezorg voldoende vrijwilligers geïnteresseerd en beschikbaar zijn. Stichting Vrijwillige Hulpdienst Hattem bood aan om vacatures voor vrijwilligers te plaatsen op hun vacaturesite en ook Inter Diaconaal Overleg Heerde (IDO), waar zeven kerken bij zijn aangesloten, wil haar leden benaderen voor dit vrijwilligerswerk. Er is nog een groepje vrijwilligers over van hospice Hattem, die zich waarschijnlijk wel willen inzetten voor een nieuw hospice.

Viattence, WZU en IJsselheem hebben aangegeven onder hun eigen vrijwilligersbestand te willen werven voor VPTZ-vrijwilligers die dan de inzetten in de eigen organisatie kunnen doen en mogelijk bereid zijn om dit ook buiten de eigen de instelling te doen als daar krapte is. Door de coördinatie en scholing bij het nieuw op te richten hospice neer te leggen ontstaat een mooie samenwerkingsvorm met onderlinge uitwisseling, kruisbestuiving en efficiënte inzet van vrijwilligers.

Combinatiezorg

In de gevoerde gesprekken is ook gevraagd hoe mensen aankijken tegen combinatiezorg. Dat kan zijn hospicebedden gecombineerd met respijtzorg, overbruggingszorg, of evt. ELV-laag complex. In eerste instantie reageert bijna iedereen vanuit het sociaal domein afwijzend op de combinatie met respijtzorg. Respijtzorg voor een palliatieve patiënt vindt men wel kunnen, maar de andere zorgsoorten vindt men niet passend in een hospice. Bij doorpraten hierover, blijkt dat nabijheid bij stervenden als ongemakkelijk wordt ervaren. De vraag of, als het geen hospice, maar bijvoorbeeld een *plattelandshuus* zou heten waar mensen uit de regio terecht kunnen als het thuis niet meer gaat, zeggen sommigen dat dat inderdaad misschien nog niet zo'n gek idee is. Dat de dood meer onderdeel zou moeten uitmaken van de samenleving. Dat we het niet hoeven weg te stoppen. Het moet wel eervol en sereen gebeuren en beschikbaar zijn voor alle mensen uit de regio, ongeacht financiële, culturele of levensbeschouwelijke achtergrond.

"Mensen die voor logeerszorg komen hebben andere behoeften dan mensen die gaan overlijden."

Huisartsen hebben wel behoefte aan ELV-bedden. ELV laag komt bijna niet meer voor. Er zijn nog bedden bij de Bongerd en Rehoboth. Men schaaft liever de thuiszorg op (evt. met vrijwilligers) dan een tijdelijke opname. Verwachting is wel dat deze vraag gaat toenemen en huisartsen zouden wel graag een aantal van deze bedden willen in de regio. Alleen voor eigen patiënten en evt. niet eigen patiënten uit de regio. Dit laatste kan als deze groep niet de overhand heeft en er een rouleersysteem wordt afgesproken met alle huisartsen. Voorwaarde is dan goede verpleegkundige zorg. Een gemengde vorm, met ELV laag of respijtzorg moet vooraf beoordeeld worden door Medrie.

Respijtzorg

Er blijkt wel behoefte aan respijtzorg te zijn. De gemeente Heerde overlegt over aanbesteding van respijtzorg met de gemeente Apeldoorn waar meerdere respijtzorgplekken zijn. SW Hattem gaf aan dat zij bij alle 75-plussers gesprekken houden en daar uitkomt dat er veel behoefte is aan respijtzorg. Zij zouden het fijn vinden als er een combinatievoorziening komt, evt. een geschakelde voorziening met twee ingangen en aparte verblijven. Vroeger kon dit in Groot Stokkert, nu is er geen voorziening meer. In de gemeente Epe is onderzoek gedaan naar de behoefte aan respijtzorg. Financiering van respijtzorg is vaak nog complexer dan die van hospicezorg. Het is afhankelijk van de gemeenten welke tarieven hiervoor geboden worden. In veel gemeenten zijn de tarieven niet kostendekkend, en zijn voor 2025 opgehoogd.

Bijdrage en draagvlak gemeenten

Vanuit de gemeenten is bereidheid om mee te denken, maar ze zijn vooralsnog volgend. Wel hebben zowel de gemeente Hattem als Heerde gezegd te willen bijdragen aan de kosten voor huishoudelijke hulp. De gemeente Hattem betaalde deze kosten ook aan voormalig hospice Hattem.

Overige wensen/opmerkingen/criteria die hierboven nog niet beschreven zijn:

- mooie (vrijstaande) locatie met tuin, aanrijtijd maximaal 10 minuten/7 km;
- 24/7 voldoende personele bemensing;
- balans kwaliteit en kwantiteit (inzet specialisten palliatieve zorg);
- betaalbaar voor gasten en structureel voldoende geld;
- bouw flexibel, zodat het gebouw (bij niet slagen) voor de samenleving benut kan blijven;
- benut de expertise van een kaderarts palliatieve zorg;
- duurzaam in bouw, duurzaam in tijd, plan voor de lange termijn.

8 Scenario's

8.1 Afwegingskader

Op basis van de genoemde criteria door de opdrachtgevers en de input vanuit de gesprekken is onderstaand afwegingskader gemaakt. Dit kader geldt als uitgangspunt voor de keuze van een van de de scenario's voor hospicezorg in Heerde.

Tabel 10. Afwegingskader

Nr.	Ontwerpcriterium	Uitleg
1	Inzet van hulpverleners	Er is voldoende draagvlak en inzet van benodigde formele en informele hulpverleners. Er is 24/7 voldoende personele bemensing. Hulpverleners bieden zowel hospicezorg als vrijwillige terminale thuiszorg.
2	Toegankelijkheid	De voorziening is voor iedereen toegankelijk. De locatie is veilig en goed en snel bereikbaar.
3	Belangen en wensen van patiënten en naasten centraal	Patiënten hebben vrijheid in de keuze hoe te sterven. Hulpverleners zijn bereid hierin te voorzien.
4	Balans kwaliteit en kwantiteit	Er wordt kwalitatief hoogstaande zorg geleverd aan een homogene groep patiënten.
5	Financieel duurzaam	De voorziening moet ook op lange termijn exploitabel zijn, terwijl het betaalbaar is en blijft voor patiënten.

8.2 Vier scenario's

Algemene uitgangspunten

Voor alle scenario's geldt dat er nu qua huisvesting geen direct beschikbare locatie is. Dit is een noodzakelijke voorwaarde voor alle scenario's. In dit rapport zijn meerdere opties genoemd die kunnen voldoen, waarbij het van belang is dat aan de genoemde de criteria van toegankelijkheid, veiligheid en bereikbaarheid wordt voldaan. De voorkeur gaat uit naar een locatie nabij het centrum van Wapenveld voor een BTH of HCH. Voor een PU maakt de plek van de locatie minder uit.

Ook geldt voor alle scenario's dat patiënten de vrijheid moeten hebben in de keuze hoe te sterven. Hulpverleners in de regio zijn bereid hierin te voorzien. Als dit voor werknemers op gewetensbezwaren stuit, dan wordt voorzien in andere hulpverleners. Bij WZU werd aangegeven dat zij bij euthanasie geen actieve bijdrage leveren, maar dat ze wel de zorg kunnen leveren. Dat doen ze nu ook als dat zich voordoet. Ook bij de werving van vrijwilligers en bestuurders is dit een criterium.

Daarom worden deze twee ontwerpcriteria niet apart uitgewerkt bij de beschrijving van de scenario's.

Bij de huisartsen bestaat voorkeur voor 24/7 verpleegkundige inzet door Vèrian, omdat zij alles in huis hebben zoals een MTH-team, en doordoor continuïteit en kwaliteit van zorg kunnen bieden. De andere thuiszorgorganisaties (Buurtzorg, WZU, IJsselheem en Viattence) kunnen zich hierin vinden, hoewel WZU, Buurtzorg en Viattence ook zelf de zorg overdag graag willen leveren. IJsselheem werkt niet in Wapenveld. Verian, Viattence, Buurtzorg en WZU hebben allen post-HBO opgeleide palliatieve zorg verpleegkundigen (PZV) die ter ondersteuning van de generalisten in het hospice van grote waarde kunnen zijn. Thuiszorgorganisaties moeten zelf met de zorgverzekeraar onderhandelen over het dagtarief.

Vérian is bereid om alle zorg overdag op basis van indicering en structurele nachtelijke inzet deze zorg te willen bieden (1a en 1c), maar moeten dit eerst intern bespreken. Vérian biedt deze zorg al in hospice Deventer en Zutphen en in Epe voor de eigen cliënten en de nachtzorg. Het bieden van 24 uurszorg (1b en 1c) kan alleen bij voldoende bedden en genoeg capaciteit aan verpleegkundigen. Om voor de VWS-subsidie in aanmerking te komen mogen er niet meer dan 20 verpleegkundigen in dienst van het hospice zijn.

Voor alle varianten geldt dat er bij voorkeur de combinatie gemaakt wordt met vrijwilligers voor thuisinzetten en in zorginstellingen. Het voordeel hiervan voor de patiënt is dat die ook thuis extra ondersteuning kan krijgen, voor mantelzorgers dat ze ontlast worden, voor de organisatie kruisbestuiving tussen vrijwilligers en meer flexibiliteit bij inzetten. Tevens levert het ook extra inkomsten op namelijk € 1422 per inzet thuis (tarief 2025 bij betaalde coördinatie).

Scenario 1 Bijna-thuis-huis in Wapenveld

Bij een BTH is kenmerkend dat de informele zorg van 7:00-23:00 uur wordt geleverd en formele zorg op indicatie en in de nacht of 24 uur continu.

Van dit scenario zijn drie varianten mogelijk:

1a	Zelfstandig BTH met 6 bedden met een eigen nieuw op te richten Stichting en bestuur. Deze stichting organiseert en faciliteert naast het hospice ook de vrijwillige terminale thuiszorg. Thuiszorg komt voor de zorgmomenten en nachtzorg. Hoofdkomen Subsidie VWS.
1b	Zelfstandig BTH met 6 bedden met een eigen nieuw op te richten Stichting en bestuur. Deze stichting organiseert en faciliteert naast het hospice ook de vrijwillige terminale thuiszorg. Thuiszorg is 24 uur per dag aanwezig. Hoofdkomen Subsidie VWS.
1c	Het nieuw op te richten hospice met 6 bedden in Wapenveld doet dit in nauw overleg samen met hospice Epe (bestuur hospice Casa Vera en de Kruimelschaar). Hospice Epe krijgt een dependance in Wapenveld. Dus één (nieuwe) stichting met één (nieuw) bestuur en aanbod van hospicezorg en vrijwillige terminale thuiszorg op twee locaties met totaal 9 bedden.

Conform 1a en 1b keuze tussen inzet thuiszorg voor zorgmomenten en nachtzorg of 24 uren verpleegkundige zorg met bijbehorend hoofdkomen. Hoofdkomen: subsidie VWS.

Inzet van formele zorg

De eigen huisarts kan de zorg blijven leveren. Voor mensen die van verder komen of geen eigen huisarts in Hattem, Heerde of Wezep hebben, willen huisartsen Floris van Werkum en Maarten Bijl de behandeling overnemen. Met Huisartsenorganisatie Medrie zijn afspraken nodig over Avond/Nacht en Weekend (ANW). De verwachting van de huisartsen is, is dat dat geen probleem zal zijn, zeker als er een verpleegkundig team werkt dat vragen afvangt en alleen gerichte ondersteuning aan de huisartsenpost vraagt.

Balans kwaliteit en kwantiteit

Omdat er verschillende huisartsen en mogelijk ook thuiszorgorganisaties (1a en 1c) in het hospice komen is het voor continuïteit en kwaliteit van zorg zinvol om een kaderarts palliatieve zorg en een geestelijk verzorger van het Centrum voor Levensvragen te betrekken voor advisering en het bijwonen van het multidisciplinair overleg (MDO) en/of consultatie. Wendy Langerak is kaderarts palliatieve zorg bij Viattence en wil dit graag doen. Maarten Bijl overweegt de kaderopleiding palliatieve zorg te gaan doen. De PZV uit de regio zouden ook aan het MDO kunnen deelnemen om ook mensen die thuis begeleid worden in dit overleg te bespreken.

Inzet van vrijwilligers

Voor de aanvullende informele zorg zijn goed opgeleide vrijwilligers nodig. Zowel voor in het hospice als ook voor thuisinzetten en in zorginstellingen. Er is op veel plekken in de regio bereidheid om vrijwilligers te werven en de verwachting is dat er voldoende vrijwilligers voor dit werk te vinden zijn en dat ze bereid zijn vanuit Heerde of Hattem naar Wapenveld te reizen.

Er zal een zelfstandige stichting opgericht moeten worden, of een bestaande regionale stichting zoals Eerstelijnszorg Heerde of de Kruijmschaar kan het beheer van het nieuwe hospice op zich nemen. Belangrijk is dat er een betrokken en inhoudelijk sterk bestuur komt met een groot netwerk in de regio. Dat betekent dat als er gekozen wordt voor een bestaande stichting er ook bestuur uitbreiding/bestuurwisselingen nodig zijn.

Financieel duurzaam

Het nadeel van deze variant is dat er bij een BTH vooraf geld beschikbaar moet zijn. Het gaat om een bedrag van ongeveer 1 miljoen voor de eerste drie jaar. Dat is exclusief inrichting en aanschaf van apparatuur. Gezien de wens om snel tot realisatie te komen van een hospice kan het legaat bij deze variant mogelijk aangewend worden voor de exploitatie van de eerste drie jaren. Woningcorporatie Triada is bereid om mee te denken en kan mogelijk een pand kopen/verbouwen/bouwen en verhuren met een langlopende huurovereenkomst. Bij concretisering van de plannen raad ik aan hierover met hen in gesprek te gaan.

Bij 1a, een BTH met zorgmomenten, wordt 61% van de inkomsten wordt verkregen vanuit een VWS-subsidie. Deze subsidie is gebaseerd op het aantal opnames in het eerste jaar en daarmee niet dekkend omdat de verwachting is dat er niet direct het eerste (aanloop)jaar al sprake is van 80% bezetting. Dat betekent dat er de eerste 3-5 jaren extra gelden nodig zijn voor een dekkende exploitatie. Dat kan door acties in de regio, extra sponsors te zoeken etc. Het risico is dat het subsidieplafond niet tijdig wordt aangepast op basis van stijging van hospicebedden waardoor het bedrag per inzet niet meer kostendekkend is en er meer andere inkomsten gegenereerd moeten worden.

Bij 1b en 1c is een kostendekkend tarief voor de thuiszorg nodig.

Zowel de gemeente Hattem als Heerde hebben aangegeven bij te willen dragen aan de kosten voor huishoudelijke hulp. Veel hospices krijgen ook van de gemeente nog een bijdrage voor vrijwilligers. Dit is nog niet besproken met de gemeenten. Dit is wel een optie als het lumpsumbedrag door VWS niet wordt verhoogd en blijft dalen door toename van het aantal hospicebedden.

Toekomstbestendigheid

De laatste twee varianten bieden voor- en nadelen. Voordelen in de zin van efficiëntie: één stichting, één bestuur, en van schaalgrootte. Nadelen zijn dat het bestaande bestuur niet in de huidige vorm verder kan. Een nieuw bestuur zal moeten bestaan uit een vermenging van bestuursleden uit Epe, Hattem en Heerde voor een eerlijke regionale vertegenwoordiging. Hierdoor zullen bestaande bestuursleden mogelijk afscheid moeten nemen omdat het bestuur anders te groot wordt. Dat zal gevoelig liggen. Er zijn (cultuur/visie) verschillen tussen huisartsen uit Epe en Heerde en bij een heel nieuw gebouw speelt sentiment mee over het huidige, prachtige hospice in Epe. Door een heel nieuw gebouw van 10 bedden is er weinig tot geen ruimte meer voor respijtzorg. Mogelijk kan hiervoor 1 bed aangewend worden. Resumerend: Een BTH heeft geen eigen personeel in dienst maar heeft wel een eigen team van vrijwilligers. Dan brengt net zo goed een verantwoordelijkheid en zorgen met zich mee, maar is financieel minder risicovol.

Scenario 2 Een hospice/Plattelandshuus met combinatiezorg

Een zelfstandige organisatie en een eigen, nieuw op te richten Stichting en bestuur. Thuiszorg is 24 uur per dag aanwezig. Hoofdkomen ELV-PZ.

Dit scenario volgt de lijn van het eerste scenario, maar betreft een huis met meer bedden en een breder aanbod van zorg. Er kan gekozen worden voor hospicebedden, aangevuld met 1 of meerdere respijtzorgbedden voor palliatieve patiënten. Respijtzorgbedden kunnen evt. flexibel ingezet worden, afhankelijk van de vraag naar hospicezorg. Op die manier blijft het een hospice.

Een andere mogelijkheid is een regionale opvangplek voor mensen die zoveel zorg nodig hebben dat dit (tijdelijk) thuis niet kan. Een mix van patiënten met een diverse zorgvraag. Dan kan er voor een huis met meerdere respijtzorg-bedden worden gekozen en evt. ELV-bedden met een maximum van 10 bedden. Het belang van dit kleinschalige werd steeds benadrukt; *'Anders wordt het een miniziekenhuis'*. Als er combinatiezorg wordt gegeven dan zou het geen hospice moeten heten maar bijvoorbeeld een Plattelandshuus (werktitel).

Inzet van formele zorg

De medische zorg wordt gegeven door de eigen huisarts. Voor mensen die van verder komen of geen eigen huisarts in Hattem, Heerde of Wezep hebben, willen de huisartsen uit de behandeling overnemen, onder voorwaarde dat het geen mensen van buiten de regio zijn, op incidentele gevallen na. Met Medrie zijn afspraken nodig over ANW.

Thuiszorg wordt 24/7 verleend door verpleegkundigen en verzorgenden in eigen dienst of via een zorgorganisatie. Het bestuur of de zorgorganisatie moet zelf met de zorgverzekeraar onderhandelen over het ELV-tarief.

Balans kwaliteit en kwantiteit

Het mengen van verschillende doelgroepen kan lastig zijn, omdat verschillende doelgroepen verschillende expertise vergen. Ook kan een mix drempelverhogend zijn voor mantelzorgers en ouderen om er gebruik van te maken. Dit vraagt extra zorg en aandacht. Omdat er verschillende huisartsen in het hospice komen is het handig een kaderarts palliatieve zorg te betrekken voor advisering, het multidisciplinair overleg (MDO) en/of voor consultatie.

Inzet van vrijwilligers

Bij een HCH wordt de inzet van vrijwilligers als aanvullend gezien van de professionele zorg. Er zijn vaak minder vrijwilligers betrokken dan in een BTH.

Financieel duurzaam

Een HCH lijkt financieel de gunstigste variant. Een dekkende bekostiging is mogelijk bij inkoop van 95-100% ELV, aangevuld met de VWS-subsidie en giften. Respijtzorg levert minder op dan een hospicebed. Er zijn landelijk tarieven afgesproken voor logeerszorg. Thuiszorg wordt geleverd net als thuis vanuit de Zvw. Respijtzorg voor palliatieve patiënten kan mogelijk wel met het ELV-dagtarief voor palliatieve zorg betaald worden als het gaat om een kortdurende opname. Het ELV-tarief voor zo'n opname is lager dan een opname in het ziekenhuis en waarschijnlijk ook prettiger voor de patiënt.

De variant met combinatiezorg is uitgewerkt voor een eenheid van 8 en 10 bedden. Deze vorm is complexer en vraagt meer organisatie(kosten) omdat er nog meer diversiteit t.a.v. financiering ontstaat. De combinatie met ELV- hoog complex wordt in de regio niet als een haalbare variant gezien. ELV-hoog complex is soms zo langdurig en/of vraagt bredere expertise waardoor een verpleeghuis als passender wordt gezien. ELV laag complex wordt bijna niet meer ingezet omdat deze vorm van zorg steeds vaker thuis plaatsvindt. Hier komt mogelijk meer vraag naar vanwege minder beschikbare mantelzorg. Deze variant kan alleen met 24 uren verpleegkundige zorg.

Toekomstbestendigheid

Vooralsnog blijft de variant van hospicezorg gecombineerd met logeerszorg over. Dit komt steeds vaker voor: meerdere hospices die uitbreiden doen dit o.a. met respijtzorg.

Bij nieuwbouw kan de afweging gemaakt worden om twee eenheden met verschillende ingangen en gemeenschap-ruimten te maken, voor beide doelgroepen. Als het personeel via een tussendeur op beide eenheden zorg kan leveren ontstaat én het schaalgroottevoordeel, én wordt de wens gehonoreerd om deze groepen patiënten niet te vermengen. Voor een toekomstbestendig hospice zijn 8-10 bedden nodig. In dit scenario is uitgegaan van 6 hospice-bedden en 4 respijtzorgbedden. Het voordeel van deze variant is dat bedden flexibel ingezet kunnen worden op basis van behoefte. Ondanks de gemiddelde bezettingsgraad van 74,8% konden in 2022 was er 2625 keer geen hospicebed beschikbaar terwijl er wel vraag naar was.

Scenario 3 Een High Care Hospice

Zelfstandig HCH en een eigen nieuw op te richten Stichting en bestuur. Deze stichting organiseert en faciliteert naast het hospice ook de vrijwillige terminale thuiszorg. Thuiszorg is 24 uur per dag aanwezig en levert terminale, respijt- en crisiszorg, ook bij complexe zorg. Hoofdinkomen ELV-PZ. Het is een zelfstandige stichting met een eigen bestuur.

Inzet van formele zorg

De medische zorg wordt gegeven door de eigen huisarts. Voor mensen die van verder komen of geen eigen huisarts in Hattem, Heerde of Wezep hebben, willende huisartsen uit de behandeling van terminale patiënten overnemen. Met Medrie zijn afspraken nodig over ANW.

Medewerkers zijn in vaste dienst van het hospice of van een zorgorganisatie die 24/7 de verpleegkundige zorg levert. Deze organisatie onderhandelt dan zelf met de zorgverzekeraar over het ELV-tarief. Op piekmomenten kunnen ook extra verzorgenden IG worden ingezet. Sommige High-Care hospices hebben een eigen arts.

Balans kwaliteit en kwantiteit

Omdat er verschillende huisartsen in het hospice komen is het handig een kaderarts palliatieve zorg te betrekken voor advisering, het multidisciplinair overleg (MDO) en/of voor consultatie.

Inzet van vrijwilligers

De aanvullende informele zorg wordt door goed opgeleide vrijwilligers verleend. Bij een HCH wordt de inzet van vrijwilligers als aanvullend gezien van de professionele zorg. Er zijn vaak minder vrijwilligers betrokken dan in een BTH.

Financieel duurzaam

Bij zes bedden is er met 100% ELV een dekkende exploitatie. Qua vraag zijn 6 hospicebedden voldoende voor deze regio, maar omdat zorgverzekeraars sturen op schaalgrootte is een voorziening van 10 bedden meer toekomstbestendig en financieel duurzamer.

Dit scenario heeft 2 varianten:

3a	Zelfstandig HCH van 6 bedden met een eigen nieuw op te richten Stichting en bestuur. Deze stichting organiseert en faciliteert naast het hospice ook de vrijwillige terminale thuiszorg. Thuiszorg is 24 uur per dag aanwezig. Hoofdinkomen Subsidie VWS.
3b	Er komt 1 nieuw HCH voor de hele regio Epe, Hattem, Heerde en Wezep in Wapenveld van 10 bedden. Deze nieuwe stichting organiseert en faciliteert naast het hospice ook de vrijwillige terminale thuiszorg. Thuiszorg is 24 uur per dag aanwezig. Hoofdinkomen ELV PZ.

Toekomstbestendigheid

Voorheen was een BTH aantrekkelijk, maar door de veranderde financiering lijkt een HCH het meest gunstig. Het voordeel hiervan is ook dat er niet vooraf financiering gegenereerd moet worden voor de dekkende exploitatie van de eerste jaren. Bij deze variant zou het legaat aangewend kunnen worden voor het kopen van een bestaand of een nog te bouwen pand. Het voordeel van een nieuw pand is dat het energieneutraal gebouwd kan worden waardoor de vaste lasten voor gas en elektra laag blijven. En alle wensen voor indeling van de ruimten kunnen direct meegenomen worden.

Scenario 4 Een palliatieve unit bij een verpleeghuis

Een PU maakt deel uit van een zorgorganisatie met eigen personeel, een eigen bestuur en Raad van Toezicht en levert 24/7 deskundige zorg.

Inzet van formele zorg

Medewerkers zijn in vaste dienst van de zorgorganisatie die 24/7 de verpleegkundige en medische zorg levert. Deze organisatie onderhandelt zelf met de zorgverzekeraar over het ELV- tarief. Op piekmomenten kunnen ook extra verzorgenden IG worden ingezet.

Balans kwaliteit en kwantiteit

PU's zijn verschillend van grootte en daardoor ook heel verschillend georganiseerd. PU's van 1 of 2 bedden zijn vaak geïntegreerd in een verpleegafdeling waar het daar aanwezige personeel ook de zorg levert. Er bestaan ook PU's die een HCH zijn, al dan gecertificeerd³⁵. Deze PU's staan soms apart gelokaliseerd op het terrein van een verpleeghuis. Het verschil dat de medische zorg niet door de eigen huisarts wordt geboden maar door een specialist ouderengeneeskunde.

Inzet van vrijwilligers

In een palliatieve unit zijn vrijwilligers werkzaam via de eigen organisatie. Bij een PU wordt de inzet van vrijwilligers als aanvullend gezien van de professionele zorg. Er zijn vaak minder vrijwilligers betrokken dan in een BTH en HCH.

Financieel duurzaam

Dit is financieel de meest zekere vorm omdat er geen subsidieafhankelijkheid is van fluctuerende en onzekere bedragen en speelt het ook geen rol of de gast geen eigen bijdrage kan betalen. Dat hoeft namelijk niet (naast de eventuele inkomensafhankelijke bijdrage voor Wlz). Er is iets minder risico onder de vlag van een grote organisatie. Mits er een goede inkoper is, die kan onderhandelen met de zorgverzekeraar voor een passend (maximaal) ELV-tarief. Hiervan is de PU/het hospice afhankelijk en heeft hier vaak geen invloed op.

Van subsidie van het ministerie van VWS kan geen gebruik worden gemaakt. Bij een PU is het kenmerkend dat zowel de formele als informele zorg 24 uur continu wordt geleverd.

Voor dit scenario was het minste draagvlak, maar het blijft een optie. Als dit de keuze wordt, is de locatie minder belangrijk omdat de zorg volledig wordt overgenomen. Er is een zorgaanbieder nodig die dit op zich wil nemen en integreert in de bestaande organisatie. Een grote instelling heeft al veel in huis, als managers, controllers, inkoppers, huishoudelijk dienst etc.

Voor een hybride vorm – een hospice in op het terrein van een verpleeghuis, waarbij de zorgorganisatie de verpleegkundige zorg levert en de medische zorg door de eigen huisarts en/of SO – is minder animo: *'Lastig met twee kapiteins op een schip'. 'De financiering werkt zo niet.'*

Het kan een interessant scenario zijn als er bij bestaande bouwplannen aangesloten kan worden.

8.3 De scenario's binnen het afwegingskader

Tabel 11. Vier scenario's binnen het afwegingskader

Ontwerp-criterium	Scenario 1a BTH Wapenveld Blokdiensten en nachtzorg V&V 6 bedden	Scenario 1b BTH Wapenveld met 24/7 V&V 6 bedden	Scenario 1c BTH Wapenveld als depen- dance van Epe 9 bedden	Scenario 2 Plattelands- huus met combinatiezorg 10 bedden: 6 HCH en 4 respijtzorg	Scenario 3a HCH Wapenveld 24/7 V&V 6 bedden	Scenario 3b HCH Wapenveld Fusie met Epe 10 bedden	Scenario 4 PU bij regionaal verpleeghuis 6 bedden
Inzet van hulpverleners							
24/7 V&V	–	+	–/+	+	+	+	+
Eigen huisarts	+	+	+	+	+	+	–
Toegankelijkheid							
Belangen/wensen van patiënten en naasten centraal							
Balans kwaliteit en kwantiteit	+	+	+	+	+	+	+
Financieel duurzaam	–	–	–	+	–	+	+

³⁵ <https://perspekt.nu/keurmerken/prezo-hospicezorg>

9 Advies voor het vervolg

De toekomst is onzeker en er is veel onrust in het land over de druk op schaalgrootte, de veranderde tarieven van de NZa en de daling van de VWS-subsidie.

In overweging nemende dat zorgverzekeraars sturen op 10 bedden, wat begrijpelijk is gezien het schaalvoordeel bij inzet van personeel, kunnen we niet anders dan een nieuw hospice in dit licht te benaderen. Draagvlak en bereidheid tot samenwerking van huisartsen was een van de belangrijkste criteria voor het vervolg. Dat pleit voor een hospice in Wapenveld waar de huisartsen zelf de zorg kunnen bieden.

Doelmatig en toekomstbestendig

Scenario 2 (plattelandshuus van 10 bedden met combinatiezorg) en 3b (1 HCH voor Epe, Hattem, Heerde, Wezep met 10 bedden) zijn het meest toekomstbestendig qua schaalgrootte en organisatie.

Een hospice van 10 bedden is te veel voor Hattem, Heerde en Wezep gezien het aantal inwoners, dus zal er of aan samengaan met Epe of een combinatievariant met andere zorgsoorten gedacht kunnen worden. Het is doelmatig, maar het voldoet mogelijk niet aan de wens van kleinschaligheid. En een hospice van deze schaalgrootte vraagt om bredere samenwerking en overbrugging van de bestaande cultuurverschillen. De kans bestaat dat dit hierdoor onbespreekbaar is voor partijen.

Een PU is een optie, maar draagt niet bij aan de wens van huisartsen en patiënten om ook de laatste fase samen af te ronden. Omdat de locatie minder uitmaakt kan voor familie de reisafstand een belemmering zijn. Daarmee lijkt dit het minst geschikte scenario. Het is financieel wel de meest eenvoudige en overzichtelijke variant.

Financieel gezien zijn een PU en een HCH het meest aantrekkelijk. Een ander groot voordeel is er minder voorfinanciering nodig is dan bij een BTH vanwege de VWS-subsidie die pas na 2 jaar aangevraagd mag worden en het hoofdkomen is van een BTH.

Kijkend naar de gehele IZA-regio zijn ook de uitbreidingswensen van hospice Apeldoorn en Zutphen met ieders 1 bed te gering. Epe kan daarom ook samen met hospice Apeldoorn een nieuw hospice van 10 bedden overwegen. De reisafstand vanuit Epe naar Apeldoorn Noord is net zover als naar Wapenveld. Gezien de samenwerking van de gemeenten Epe, Heerde, Hattem, lijkt een gezamenlijk hospice in Wapenveld logischer. Gevoelsmatig past Apeldoorn mogelijk beter, ook omdat er dan sprake is van dezelfde huisartsenvereniging (HOOG).

Scenario 2 of 3b

Mijn advies is daarom om te kiezen voor scenario 2 (een HCH/plattelandshuus met combinatiezorg) of scenario 3b (HCH voor Epe/Heerde/Hattem/Wezep). Deze beide varianten hebben 10 bedden en zijn daarmee het meest doelmatig en toekomstbestendig. Dat is ook te zien in het afwegingskader waarin beiden het beste scoren. Het voordeel hiervan is ook dat gasten geen eigen bijdrage voor bed, bad en brood hoeven te betalen, waardoor een opname toegankelijker wordt.

Scenario 2 is gevoelsmatig waarschijnlijk het gemakkelijkst, omdat de regio dan volledig in de eigen regio ligt en er niet met een ander hospice afgestemd hoeft te worden. Hier zijn wel goede afspraken met de gemeente en zorgverzekeraar van belang voor medewerking en passende tariefafspraken voor respijtzorg en/of ELV-bedden.

Toch vind ik scenario 3b de beste variant. Als Epe met drie bedden in de nabije toekomst qua levensvatbaarheid onder druk komt te staan is dat ook een aderlating voor de gemeenschap en het zorglandschap in deze regio. Voor deze variant is wel meer tijd nodig en zal nog heel wat water door de IJssel moeten. Hospice Epe heeft hier niet om gevraagd de verkenning het bestuur van de Kruimelschaar en hospice Epe zal de nodige tijd in beslag nemen. De huisartsen in de regio Heerde vinden dit vooralsnog geen gewenste variant. Het is daarom belangrijk dat het belang van de inwoner/palliatieve patiënt en diens naasten voorop staat bij de te maken afweging en er bereidheid is verschillen te overbruggen.

Als bij nieuwbouw 10 kamers gerealiseerd worden, kan ervoor gekozen worden de eerste (aanloop) jaren maar 5-6 bedden in gebruik te nemen. Dit kan qua exploitatie uit bij 100% ELV-tarief. Tijdens deze eerste ervaringsjaren kan dan besloten worden hoe de resterende bedden aan te wenden. Voor respijtzorg, ELV-bedden of mogelijk uitbreiding van hospicebedden via een fusie met hospice Epe. Het voordeel van een nieuw pand is dat het energieneutraal gebouwd kan worden waardoor de vaste lasten voor gas en elektra laag blijven. En dat alle wensen voor indeling van ruimten kunnen direct meegenomen worden.

In gesprek met inwoners

Als er een keuze is gemaakt is het van belang om vroegtijdig een bijeenkomst voor inwoners te organiseren. Is er draagvlak onder inwoners? Plannen voor (de bouw van) een nieuw hospice kunnen stuiten op weerstand van omwonenden. Veel mensen vrezen confrontatie met de dood, bijvoorbeeld door voorbijrijdende rouwauto's, of zijn bang voor waardevermindering van hun woning. Onlangs speelde dit in Bloemendaal. Over het algemeen verdwijnen bezwaren overigens zodra een hospice geopend is en buurtbewoners de waarde ervan inzien.

Vervolgstappen

1. visie beschrijven;
2. organisatievorm. Rechtsvorm. Bestuur (taken, rollen). Vrienden van. Ambassadeurs, medestanders zoeken;
3. keuze aantal bedden en soorten van zorg;
4. zoeken naar een locatie/huisvesting. In gesprek met gemeente over bestemmingsplan;
5. genereren van voldoende financiële middelen;
6. draagvlak lokale gemeenschap;
7. wie levert/faciliteert de zorg: medisch, verpleegkundig, vrijwilligers, bestuur, vrienden van het hospice, zorgverzekeraar/zorgkantoor;
8. coördinatoren werven: Vrijwilligers werven en scholen;
9. opnamecriteria; afspraken met zorgaanbieders;
10. (ver)bouw/inrichting ruimte.

**IN EEN BEETJE
SAMENLEVING
IS OOK RUIMTE
OM TE STERVEN**

Loesje

**ZIJN DE
LAATSTE STAPJES
IN JE LEVEN NIET
EVEN BELANGRIJK
ALS DE EERSTE**

Loesje

10 Bijlagen

Bijlage 1 Deelnemers onderzoek

Regionale huisartsen: *Praktijk Hof van Blom Hattem:* N. Uit de Weerd-Vermeeren · *Praktijk 't Veen Hattem:* E. Mager · *Praktijk Wapenveld:* F. van Werkum en S. v/d Vegt · *Praktijk Heerde:* J. Rozeman, J. Brouwer, E.J. de Ruiter, S. Wartanian en P. Roseboom · *Praktijk Wezep:* H. Kraaij

Verblijfslocaties en Thuiszorg: *WZU Veluwe (Lelie zorggroep):* A. de Kool, K. Hofland en M. Verhoef · *IJsselheem:* J. Aalbers-Smedes · *Buurtzorg:* Y. Habekotte en L. v/d Maten · *Verian Thuiszorg:* L. Berends en W. Seiger · *Viattence:* W. Heeringa en W. Langerak · *Driezorg:* F. Kodden · *Het Baken:* W. Juurlink

Woningcoöperaties: *Triada:* J. van Lohuizen · *Habion:* telefoniste

Apotheken: R. Timmerman

Vrijwilligersorganisaties: *Stichting Vrijwillige Hulpdienst Hattem:* B. Verbiesen · *De Kruimelschaar en hospice Casa Vera Epe:* L. Plompen, I. Wieringa en T. Aalbers · *De Kap:* H. v/d Veen, M. Steunenbergh en K. Storm

Kerken en Interdiaconaal overleg: *Heerde:* G. Heuver, J. Augustinus en C. Burger

Lokale overheid: *Gemeente Heerde:* A. Bergsma en T. Beumer · *Gemeente Hattem:* A. v/d Velden · *Gemeente Epe:* D. Evink en E. Sopacuwa

Dorpsraad Wapenveld: J. Nitrau

Andere hospices en landelijke partijen:

Hospices: *Hospice De Regenboog Nunspeet:* G. v/d Veen · *Hospice Zwolle:* K. Westerhof · *Hospice Lotus Zwolle (Het Zand):* C. Samson · *Plattelandshuus Limburg Panningen:* L. Sijben en W. Delmee · *C'est la Vie Gooise Meren:* R. Kool · *Hospice Alteveer Assen:* H.J. Gebben · *De Mantelmeeuw Woerden:* M. Bijlinga

Overig: *VPTZ Nederland:* R. Edinga · *AHzN:* I. Heidema · *Acanthis Drenthe:* H. Schoonheim · *Bisnez:* E. van Leeuwen · *ActiZ:* Annemiek Florrison

Contactpersonen Jan Nienhuis Vereniging: W. Blankvoort en E. Feijen

Sparringpartner onderzoek: *GoedGeschud:* M. van der Hoeven

Bijlage 2 Toelichting kosten bijna-thuis-huis

Personeel

De meeste bijna-thuis-huizen hebben een of meerdere betaalde coördinatoren in dienst en soms een administratieve kracht voor een paar uur per week. De personeelskosten betreffen salaris, maar ook zaken als vakantiegeld, pensioen-afdracht etc. Het aantal uur coördinatie per week is mede afhankelijk van het aantal bedden in het hospice en daarmee samenhangend het aantal vrijwilligers.

Activiteiten

Dit betreft onkostenvergoedingen (bijv. reiskosten) voor vrijwilligers. Kosten van uitjes, bijeenkomsten, scholing en werving van vrijwilligers vallen ook onder activiteiten, evenals kosten voor coördinatoren en besturen die niet onder de personeelskosten vallen. Bij onkostenvergoedingen aan vrijwilligers moet rekening gehouden worden met het wettelijk toegestane maximum. Zie voor informatie de website van de Belastingdienst.

Organisatie

Dit betreft de volgende posten: inventaris, automatisering, aansprakelijkheidsverzekeringen, telefoon, drukwerk en kantoormiddelen, abonnementen/lidmaatschappen en bankkosten.

Huisvesting

Hypotheek/huur, gas water licht, belastingen (bijvoorbeeld OZB), opstal- en inboedelverzekeringen en (reserveringen voor) onderhoud.

Afschrijvingen

Dit betreft de afschrijving op gebouwen, inventaris en verbouwingen.

Gastgebonden kosten

Dit zijn de kosten die verbonden zijn aan de gasten in het hospice en veelal vergoed worden uit de eigen bijdrage: denk hierbij aan voeding en de kosten voor de was.

Overige- en incidentele kosten

Overige kosten vallen niet onder een van bovengenoemde posten. Een voorbeeld hiervan zijn de kosten voor een accountant. Incidentele kosten zijn eenmalige kosten, bijvoorbeeld voor een jubileum.

Bijlage 3 Toelichting kosten HCH

Afgestemd met Ingrid Heidema, voorzitter van Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN) en tevens directeur/
bestuurder bij Stichting hospice Dignitas op 6-11-2024

Berekening voor BTH is niet passend voor HCH

Bezettingsgraad en ligduur

Uitgaande van dezelfde bezettingsgraad conform rapport Berenschot (die overigens aan de lage kant is)

- $5 \times 365 \text{ dagen} = 1825 \text{ dagen} \times 74,8\% = 1365 \text{ dagen} : 23,9 \text{ dagen} = 57 \text{ patiënten op jaarbasis}$
- $6 \times 365 \text{ dagen} = 2190 \text{ dagen} \times 74,8\% = 1638 \text{ dagen} : 23,9 \text{ dagen} = 69 \text{ patiënten op jaarbasis}$
- $10 \times 365 \text{ dagen} = 3650 \text{ dagen} \times 74,8\% = 2730,2 \text{ dagen} : 23,9 \text{ dagen} = 114 \text{ patiënten op jaarbasis}$

Inzet verpleegkundige uren

- In het ELV-tarief wordt uitgegaan 6,6 uur verpleegkundige zorg per patiënt per dag
- 1 fte = 1878 uren betaalde uren op jaarbasis
- Er wordt gerekend met 75% productieve en 25% improductieve uren waarop het totale aantal inzetbare uren voor patiëntenzorg 1409 uren op jaarbasis zijn
- Gemiddelde kosten verpleegkundige HCH, schaal 45: € 75.000

Kostenberekening verpleegkundigen bij 5 bedden HCH

$5 \text{ bedden} \times 57 \text{ patiënten} \times 23,9 \text{ dagen} = 1362,3 \text{ dagen} \times 6,6 \text{ uren} = 8991,18 \text{ uren}$
 $1 \text{ fte} = 1409 \text{ productieve uren}$
 $8991,18 : 1409 = 6,4 \text{ fte nodig voor 5 bedden}$
 $6,4 \times € 75.000 = € 480.000$

Kostenberekening verpleegkundigen bij 6 bedden HCH

$6 \text{ bedden} \times 69 \text{ gasten} \times 23,9 \text{ dagen} = 1649,1 \text{ dagen} \times 6,6 \text{ uren} = 10.884 \text{ uren}$
 $1 \text{ fte} = 1409 \text{ productieve uren}$
 $10.884 : 1409 = 7,7 \text{ fte nodig voor 6 bedden}$
 $7,7 \times € 75.000 = € 577.500$

Kostenberekening verpleegkundigen bij 10 bedden HCH

$10 \text{ bedden} \times 114 \text{ gasten} \times 23,9 \text{ dagen} = 2724,6 \text{ dagen} \times 6,6 \text{ uren} = 17.982,36 \text{ uren}$
 $1 \text{ fte} = 1409 \text{ productieve uren}$
 $17.982,36 : 1409 = 12,8 \text{ fte nodig voor 10 bedden}$
 $12,8 \times € 75.000 = € 960.000$

Bijlage 4 Uitnodiging gesprek incl. vragenlijst



Tekening van M.C. Escher. Sterfbed van zijn vader, 14 juni 1939

Geachte huisartsen,

Zoals u mogelijk al heeft gehoord via Paul Roseboom bestaat er bij verschillende partijen de wens voor een hospicevoorziening in de regio Hattem/Heerde/Wapenveld. Daarnaast heeft de Jan Nienhuis Vereniging onlangs een legaat ontvangen voor het opzetten van een hospice in Heerde. Omdat dit alleen kans van slagen heeft als er draagvlak en bereidheid is tot samenwerking heeft de Jan Nienhuis Vereniging mij de onderzoeksopdracht gegeven naar de haalbaarheid hiervan. Ik spreek daarom de komende periode met meerdere partijen in de regio ter verkenning van één of meerdere voorzieningen, zodat inwoners uit de gemeente Heerde zoveel mogelijk kunnen sterven op de plaats van voorkeur, ondersteund door formele en/of informele zorg. De vereniging stelt als basisvoorwaarden 1) dat de opvang voor iedereen die tot de doelgroep behoort toegankelijk moet zijn en dat dit ook zo gevoeld wordt, 2) dat de inwoner de ruimte krijgt om samen met de behandelend (huis)arts te kunnen kiezen voor een gewenst levenseinde en 3) dat locatie(s) zodanig gelegen zijn dat er geen (sociaal onveilige) belemmering bestaat voor bezoekers, vrijwilligers en betaalde zorgverleners om 24 uur per dag de locatie per fiets of auto te benaderen.

Belangrijke context

- Het aandeel ouderen in de regio is relatief hoog en de regio vergrijst relatief snel. Ook krimpt de beroepsbevolking³⁹.
- Naast minder beschikbare professionele zorgverleners zijn er lang niet altijd (voldoende) mantelzorgers beschikbaar om een sterfbed thuis goed te kunnen laten verlopen.
- Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 170.000 mensen waarvan 120.000 niet onverwacht (CBS, 2024). Dit aantal zal de komende jaren stijgen tot bijna 200.000 in 2040.
- De verwachting is dat meer mensen gebruik gaan maken van hospicezorg.
- Hospice Epe heeft een gemiddelde bezetting van 55% (155 opnames in de laatste 5 jaren).

³⁹ Regiobeeld Apeldoorn/Zutphen IZA

- Hospice Hattem heeft in totaal 10 opnames gehad gedurende hun bestaan.
- De afgelopen 5 jaar hebben Hospice Lotus in Zwolle (het Zand) 133 mensen, Hospice Zwolle 7 mensen en Hospice Nunspeet 29 mensen uit Hattem, Heerde, Hattemerbroek, Wapenveld en Wezep opgenomen (gemiddeld 34 per jaar).
- In Gelre ziekenhuizen Apeldoorn sterven jaarlijks meer dan 100 mensen terwijl ze op de wachtlijst staan voor terminale thuiszorg of hospicezorg.
- In Hattem/Heerde is geen vrijwilligersorganisatie voor palliatieve terminale zorg (VPTZ) actief.
- De IZA transformatie, het Generiek Kompas *Samen werken aan kwaliteit van bestaan*, het rapport *Anders leven en zorgen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving* en de *Visie Eerstelijnszorg 2030* bieden kansrijke handvatten voor een creatieve samenwerking en voorziening.

Ik zou graag met u in gesprek gaan om te verkennen of u deze behoefte deelt, en zo ja, welke samenwerkingsvorm voor uw huisartsenpraktijk richting toekomst gewenst is, welke soort voorziening daar ondersteunend in kan zijn en aan welke randvoorwaarden zo'n voorziening zou moeten voldoen. Kunnen we hier een afspraak voor maken?

Met vriendelijke groeten,

Berdine Koekoek

Tel: 06-36581651

LinkedIn: [linkedin.com/in/berdine-koekoek-b70ba243](https://www.linkedin.com/in/berdine-koekoek-b70ba243)

Bijlage 5 Voorbeelden van andere hospices in het land

Er is met een aantal hospices gesproken om hun ervaringen te horen met o.a. combinatiezorg (zie: [bijlage 1](#)). Combinaties van vrijwilligers voor thuis en in het hospice, en de combinatie met respijtzorg of logeerszorg. Deze hospices zijn bevraagd op onderstaande thema's. De opgehaalde informatie is niet uitputtend beschreven, maar per thema is wel een aantal citaten opgenomen, zodat de diversiteit helder wordt en er ook wat meer beeld ontstaat.

T.a.v. opstartfase

- Opstartfase kost veel tijd; coördinatoren al in dienst voor start hospice: Werving en selectie vrijwilligers, opstarten website, PR, sponsors zoeken etc.
- Het duurt 5-8 jaar om een hospice van de grond te krijgen. Lange termijnvisie is belangrijk. Horizon van 20 jaar.
- Zorgverzekeraars sturen op schaalgrootte, maar kleinschaligheid is juist te kracht van hospicezorg.
- Moet behapbaar blijven voor vrijwilligers, vrijwilligers worden ook steeds schaarser.
- Start vroegtijdig met werven, selectie en opleiden vrijwilligers. Dit neemt ongeveer 1,5-2 jaar in beslag. Evt. al mee beginnen voordat er een pand beschikbaar is.
- Geworven vrijwilligers al laten meedenken in de inrichting. Na werving ook iets te doen geven.
- Langzaam opgebouwd, eerst begonnen met 2 bedden, met een half jaar op 6 bedden. Doen ook de respijtzorg, nemen dus de zorg over van de reguliere thuiszorgorganisatie.

T.a.v. financiering

- Ziekenkostenverzekeraar betaald € 30 vanuit de aanvullende verzekering. Rekening gaat 1 x per maand naar de familie. Binnen 14 dagen wordt 89-90% van de rekeningen betaald. Mensen met en aanvullende verzekeraar declareren zelf bij de zorgverzekeraar.
- Er is ook een hospice dat geen eigen bijdrage aan gasten vraagt. In een HCH of PU mag dat ook niet meer, dat zit al in het ELV-tarief.
- Denk ook aan fondsen voor opleiden vrijwilligers, bijv. Sluylertman het Loo.
- Er is de afgelopen 7 jaar veel verandert in de terminale zorg, in wat er wel en niet vergoed wordt. Levert voor de thuiszorgorganisatie niet veel op. Moeilijk onderhandelen met zorgverzekeraar voor palliatieve zorg.
- Gemeenten dragen bij aan de scholing van de 360 vrijwilligers € 100 per vrijwilliger per jaar, naar rato per gemeente.
- Financiering (50%) voor de eerste drie jaar door de provincie, door Oranjefonds en een ander lokaal fonds (samen 50%).
- Bedrag voor overbruggingszorg is hetzelfde als voor respijtzorg. Probleem is dat deze mensen soms niet vertrekken.

T.a.v. het aantal bedden

- Zes bedden zijn minimaal nodig voor een dekkende exploitatie. Van 6 naar 8 bedden gegaan. Ruimte was beschikbaar, nu 2 extra bedden die zijn ingericht en hoofdzakelijk worden gebruikt voor respijtzorg. Schipperen met vraag en aanbod. Gemiddeld 70% bezetting met 8 bedden.
- Denk goed na over de hoeveelheid bedden en de bezetting: hoeveel opnames wil je halen, wat is reëel? Soms blijven mensen 3 maanden, dat kan soms, maar als iedereen zo lang blijft krijg je de exploitatie niet rond. Als mensen heel kort verblijven, bijvoorbeeld 3 dagen, dan raakt het team uitgeput. Kies voor een goede mix, goede triage is van belang.
- Hospice met 8 bedden: we gebruiken er meestal maar 7. Eigen team voor thuiszorg.

T.a.v. opnamecriteria/triage

- Toenemend vaak te laat aangemeld. Soms in de laatste 24 uur. Oorzaak: Meeste mensen blijven veel thuis, late diagnoses.
- Altijd huisbezoek, bij grote zorgvraag, en drukte in hospice kan het niet altijd direct. Als vooraf bekend is dat er cognitieve problemen zijn, moet er 24 uur per dag (vervangende) mantelzorg ingezet kunnen worden. Altijd overleg met huisarts en familie. Af en toe crisisopname.

- Bij dwaalgedrag en niet zelfstandig kunnen alarmeren wordt de vraag afgewezen. Wet zorg en dwang kan niet. Soms afwijzingen bij gedragsproblemen. Wel samen op zoek naar een alternatief.
- Sondevoeding/infusie is per gast verschillend. Bijv. bij jonge mensen die nog van alles moeten regelen, geeft het de ruimte om zaken goed achter te laten. Infusen zien we steeds meer komen. Moeten we nog een standpunt over innemen. Soms ook bloedtransfusie. Bijv. bij een week comfort.
- Veel bewindvoeringen en mentorschap, alleenstaanden. Goed kijken, psychiatrisch veld. Grote verschuiving t.o.v. 7 jaar geleden. Veel meer alleenstaanden. Sociaal minder draagkrachtig. Vaker geen eigen bijdrage mogelijk. Ondertussen spaarpot aangelegd hiervoor. Voorschotten vragen bij bewindvoering. PGB wordt omgezet in zorg in natura.
- Er komen steeds meer vragen over stoppen met eten en drinken. Als team met de huisartsen een plan opgesteld om dit te kunnen organiseren. Vrijwilligers meegenomen in het verhaal. Gemotiveerd team. Zoeken met elkaar de uitdaging op.
- Intake wordt thuis of in het ziekenhuis gedaan en dan wordt gekeken of ondersteuning thuis of in het hospice de beste optie is. Kritisch aan de voordeur. Zien snel de risico's van aanmeldingen gezien hun voorgeschiedenis/kennis. Hiermee voorkom je een groter probleem dat je mensen moet uitplaatsen.
- Hartfalen, nierfalen, COPD, ALS en mensen met een euthanasievraag worden extra gescreend. Soms worden huisbezoeken gedaan om de situatie vooraf goed in te schatten. Kwaliteit van leven verbeterd vaak in het hospice, waardoor mensen langer leven en ook een euthanasievraag uitgesteld wordt.

T.a.v. vrijwilligers

- In het hospice zijn van 07.00 tot 23.00 uur opgeleide vrijwilligers aanwezig. Vaak in diensten van 4 uur, met soms enige overlap voor een overdracht.
- Er zijn steeds meer zorgvrijwilligers, die naast een betaalde baan een dagdeel vrijwilliger zijn. Eerst gem. leeftijd 75+, dit daalt. Daarnaast zijn er vrijwilligers voor de tuin, voor onderhoud, voor de boodschappen, om te koken, voor de administratie, als gastvrouw of gastheer.
- Vrijwillige achterwachten zijn thuis. Kunnen gebeld worden. Bij onrust wordt familie gevraagd te waken. Of bij de wisseling van de dienst samen de zorg bieden.
- Bij 5 of meer gasten starten we met een extra zorgvrijwilliger. Wordt al wel ingevuld in de planning, kun je ook worden afgebeld. Dat geldt ook voor de verpleging.
- Vrijwilligers zijn gastvrouw/gastheer en voeren lichte zorg ondersteunende taken uit als iemand uit bed helpen. Zij kunnen alle taken uitvoeren die een mantelzorger ook kan doen. Daarnaast nemen zij ook de licht verzorgende taken op zich op de momenten dat de wijkverpleging niet in huis is. Ook zijn er dagelijks kookvrijwilligers.
- Uitdaging richting de toekomst: zowel professionals en vrijwilligers. Er zijn er veel nodig.

T.a.v. personele bezetting per 24 uur

- 24/7 een verpleegkundige. Bij intensieve zorgvragen (respijt of zware hospice zorg) bestaat de mogelijkheid om in de ochtend en avond een paar uur een verzorgende IG extra in te zetten.
- Verpleegkundige bezetting: 3 x 8,5 uur. Overdracht: 0,5 uur. Alleen VPLK, geen verzorgenden IG.
- Veel verpleging is niet nodig, net als thuis. Gemiddeld is de thuiszorg van 08.30 tot 12.00 uur in huis, en komen 's middags en 's avonds nog voor twee zorgmomenten. Overdag is er zeker 8 uur per dag dat er geen verpleegkundige in huis is, dat kan prima. Ze zijn *stand by*. Zelfs in een ziekenhuis ligt iemand 24 uur in bed en is er geen verpleegkundige in de buurt. 's Nachts wel een verpleegkundige in huis. Heeft ook alles te maken met hoe je je vrijwilligers opleidt, wat ze kunnen, mogen etc. Niet te voorzichtig zijn, vrijwilligers kunnen veel, kunnen ook prima zorgtaken doen. Geeft ze een rol, zijn functioneel. Als je overal een professional voor invliegt, ontnem je de vrijwilligers ook veel. Alle nieuwe initiatieven die ik ontmoet, wordt heel veel verpleegkundige zorg ingezet.
- 1 zorgvrijwilliger per dienst. Drie tijdseenheden binnen de periode 08.00 – 23.00 uur.
- 1 gastvrouw bemenst de huiskamer, telefoon, ondersteunt bij maaltijden 2 diensten per dag.
- Oproep in de nacht. Slaapdienst 5 zorgvrijwilligers, niet vaak nodig. Bij grote zorgbehoefte is familie vaak aanwezig. 1 verpleegkundige per 24 uur.

- Meestal voldoende aanbod vrijwilligers. Bij tekorten inloopmiddagen. Werkt goed.
- Door vrijwilligers mee te nemen, klinische lessen te geven; gaan ze ervoor. Heel goed mee te nemen in de ontwikkelingen. Als je het niet vraagt weet je het nooit. We denken vaak dat vrijwilligers iets niet aankunnen, maar stellen de vraag niet.
- Bij overlijden in de nacht vaak pas schouwen in de ochtend.

T.a.v. respijtzorg (wordt per gemeente anders ingevuld)

- Combinatiezorg vraagt uitleg. Bij praatjes gemeenten, KBO, ouderenorganisaties. Zie geen verschil in de huiskamer tussen terminale zorg en respijtzorg. Mensen knopen vriendschappen aan. Respijtzorg vaak zieker. Bij naar huis gaan: Fijne tijd gehad. Eyeopener hoe hard een mantelzorger moet werken. Bewustwording; wat vraag ik van mijn omgeving? Respijtzorg gaat ook wel over in terminale casus. Of komen later voor hospicezorg. Bij vertrek altijd exitgesprek. Ervaringen/gevoel. Positieve feedback.
- Af een toe respijtzorg. Gaat wel toenemen in de toekomst. Kijken naar een duurzame oplossing. Na palliatieve chemotherapie nog niet haar huis kunnen. Dat is het mooie van het kinderspice in Barneveld, kinderen komen regelmatig logeren en sterven vaker thuis. Door proactieve zorgplanning kun je beter monitoren en sturen. Nu vaak overbelaste mantelzorgers. Respijtzorg hier sec voor palliatieve patiënten.
- Respijtzorgopnames uit alle hoeken van het land. Een gemeente financiert alle respijtzorg en schoonmaakkosten voor het hospice (vast jaarbedrag) en onderhandelt zelf met andere gemeenten over meebetalen. In 2023 kwam 62% van de gasten uit de eigen gemeente, 18% uit een nabijgelegen gemeente en 20% divers. Voor overbruggingszorg was eerder geen geld, beschikbaar nu wel. 1 à 2 x per jaar gesprekken met de wethouder en de ambtenaar.
- Insteek bij respijtzorg is ontlasten mantelzorg. Maximaal 2-3 weken opname. Respijtzorgvragers hospitaliseren. Mantelzorgers zijn vaak opgeladen. Veel overlijdens, verschillend per periode. Voor geestelijk welzijn niet goed om veel overlijdens mee te maken. Er zijn 6 à 7 respijtzorgvragers die regelmatig komen. Zorgvraag respijtzorg neemt ook toe.
- Logeerhuis: mantelzorgers voelen zich schuldig, moet een fijne plek bieden waardoor ook de zieke het gevoel heeft op vakantie kunnen. Dat is het doel van respijtzorg. Nu vaak noodzaak, crisis. Hier meer als preventie. Even los. Benaderen het vanuit welzijn, niet vanuit zorg.
- Respijtzorg voor overbelaste mantelzorgers wordt vergoed vanuit de Wmo. Maximaal 2 weken. Het gewone leven gaat gewoon door, bijvoorbeeld de dagopvang.
- Respijtzorg vraagt gast bij de gemeente aan. Verzoek komt dan bij het hospice: Dan komt er een bedrag mee hoeveel je mag besteden. Is geplande zorg, weet je vaak al weken van tevoren. Kun je het bed vrijhouden. Achteraf dagen doorgeven voor uitbetaling.
- Doen ook de respijtzorg, nemen dan de zorg over van de reguliere thuiszorgorganisatie (hospice met eigen verpleegkundig team).
- ELV-zorg is lastig: moet jij de wijkverpleging gaan betalen.
- Huishoudelijke kosten, gemeente € 25.000 per jaar. Eerst fluctuerend, nu vastgesteld op dit bedrag. Wordt afgenomen bij Asito, is iets goedkoper dan de thuiszorgorganisatie (hospice met 6 hospicebedden en 4 respijtzorgbedden met flexibiliteit naar 7-3 bedden (hospicezorg levert meer op). Bij 4 kleine respijtzorgaanvragen zijn de financiën niet dekkend. Verplaatste thuiszorg.



Jan Nienhuis Vereniging Heerde