

# Low-care hospice in Almelo



M.A. Lieferink  
Enschede, april 2010

# Low-care hospice in Almelo

*Onderzoek naar de behoefte en de financiële  
haalbaarheid van een low-care hospice in de  
Regio Almelo*

Bachelorscriptie  
20 april 2010

Marijke A. Lieferink  
Algemene Gezondheidswetenschappen  
Faculteit Management en Bestuur  
Universiteit Twente, Enschede

Begeleider: Prof. Dr. H.G. Bijker  
Meelezer: Dr. J.M. Hummel  
Opdrachtgever: Rotary clubs van Almelo

## Voorwoord

Deze bacheloropdracht is het resultaat van enkele maanden verdieping in de palliatieve zorgverlening in Almelo en omstreken, met als doel om de behoefte naar en de financiële haalbaarheid van een low-care hospice te achterhalen. Ik heb het erg interessant gevonden om mij te verdiepen in de palliatieve zorg. Daarbij waren de betrokken organisaties, die zich bezighouden met palliatieve zorgverlening, erg enthousiast en behulpzaam.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Rotary clubs van Almelo, die het initiatief hebben genomen de haalbaarheid van een low-care hospice in Almelo te bestuderen. De bacheloropdracht is de afronding van de studie gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede. Vanuit de universiteit heeft Prof. Dr. H.G. Bijker de rol van eerste begeleider vervuld en Dr. J.M. Hummel die van tweede begeleider.

In het rapport wordt vastgesteld of de behoefte naar een low-care hospice bestaat en of de realisatie financieel haalbaar is. Om dit vast te stellen zal in het eerste deel van het rapport de doelen, de onderzoeksvraag en de onderzoeksmethoden worden voorgelegd. In het tweede deel wordt er ingegaan op de theorie die nodig is om de onderzoeksvraag volledig te kunnen beantwoorden. Ten slotte is er in het derde deel een analyse van de uitkomsten van het onderzoek weergegeven, waarna conclusies kunnen worden getrokken.

## Samenvatting

Om Almelo als regio te laten functioneren is er een uitgebreid masterplan ontwikkeld, in dit plan worden alle mogelijke voorzieningen meegenomen. Er is echter onvoldoende aandacht voor palliatieve zorgvoorzieningen. Er is een high-care hospice met vier plaatsen in Almelo gevestigd die aan de vraag moet voldoen, het vermoeden bestaat echter dat dit niet voldoende is. Daarnaast is dit een hospice gevestigd binnen een verpleeghuis, wat niet de meest aantrekkelijke plaats is om te sterven. Dit is de reden voor de Rotary clubs van Almelo om het initiatief te nemen de haalbaarheid van een low-care hospice in Almelo te bestuderen. Een low-care hospice is gevestigd in een gewoon huis met een huiselijke sfeer die moet nastreven dat patiënten zich thuis voelen. Om de haalbaarheid van een dergelijk hospice te bestuderen moet er duidelijkheid worden verkregen over de behoefte naar een dergelijke voorziening, de organisatorische randvoorwaarden die hiervoor nodig zijn en de financiële haalbaarheid moet worden onderzocht.

Palliatieve zorg, is de zorg die een terminale patiënt in de laatste periode van zijn leven ontvangt. Deze zorg is er op gericht om het leven voor de patiënt kwalitatief zo goed mogelijk te houden. In een hospice wordt deze zorg verleend. De standaardnorm voor het aantal beschikbare hospiceplaatsen is 4 bedden per 100.000 inwoners. In het verzorgingsgebied moeten, gezien het aantal inwoners, zes plaatsen zijn voor terminale patiënten. Deze standaardmaat maakt geen onderscheid tussen high- en low-care hospices. Dit betekent dat er in het verzorgingsgebied al vier bedden worden gevuld door high-care hospice het Meulenbelt en er normatief gezien nog maar plaats is voor twee bedden in het low-care hospice. Voordat de feitelijke behoefte zal worden achterhaalt, zal er eerst worden ingegaan op de organisatorische randvoorwaarden en financiële middelen die nodig zijn om het low-care hospice te realiseren.

De organisatorische randvoorwaarden zijn te identificeren aan de behoefte van de patiënt en overige organisatorische benodigdheden. Hieruit kwam naar voren dat patiënten veel behoefte hebben aan rust en ruimte en een goed begeleiding. Voor de organisatie is een netwerk van instellingen die palliatieve zorg verlenen heel belangrijk om de medewerkers van het low-care hospice te ondersteunen. De volgende vijf randvoorwaarden zijn geïdentificeerd; medische middelen, huisvesting, personeel, opleiding en netwerk. Naast deze randvoorwaarden zijn er ook financiële middelen nodig om het hospice te realiseren. De verpleeg- en verzorgingskosten kunnen door de AWBZ worden gefinancierd. Overige kosten moeten uit subsidies, verzekeringen, sponsoring en de eigen bijdrage van de patiënt komen.

De feitelijke behoefte aan het low-care hospice is vastgesteld naar aanleiding van een enquête afgenomen van huisartsen in het verzorgingsgebied. De helft van de 30 huisartsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek zijn voorstanders van het low-care hospice in Almelo en hebben patiënten in hun praktijk die in aanmerking komen voor de zorg in een low-care hospice. Deze huisartsen hebben jaarlijks gemiddeld één patiënt die zij zullen doorverwijzen naar het low-care hospice in Almelo. Dit betekent dat er op jaarbasis minimaal vijftien patiënten vanuit de huisartsen zullen komen. Van de tien huisartsen die niet wisten of er noodzaak bestaat, waren een aantal positief over het hospice en zullen ook af en toe patiënten naar het hospice doorverwijzen wanneer patiënten dit zouden willen. Jaarlijks kan het hospice rekenen op minimaal twintig patiënten. Hieruit kan worden afgeleid dat de behoefte naar een low-care hospice ook in de praktijk bestaat. Wanneer er jaarlijks minimaal twintig patiënten zijn, betekent dit dat het hospice minimaal over twee bedden moet beschikken. Echter moet er ook rekening worden gehouden met de vergrijzing en wanneer het financieel haalbaar is zou het wenselijk zijn wanneer er een hospice komt met 4 bedden.

Om na te gaan of alle organisatorische randvoorwaarden aanwezig zijn om het low-care hospice te realiseren is er contact geweest met medewerkers van verschillende organisaties die met palliatieve zorg te maken hebben. Alle organisaties waar contact mee is geweest geven aan voorstander van een low-care hospice in Almelo te zijn. Daarnaast is het in een betrokken gemeenschap mogelijk om voldoende vrijwilligers te werven. De meeste huisartsen zijn bereid om eigen patiënten te blijven begeleiden wanneer de patiënt wordt doorverwezen naar een hospice in Almelo. Er zijn 7 huisartsen die hun patiënt niet kunnen of willen begeleiden wanneer deze naar het hospice in Almelo gaat, acht huisartsen hebben echter aangegeven voor een collega waar te willen nemen. Dit betekent dat er voldoende huisartsen zijn om voor een collega waar te nemen wanneer een huisarts dit zelf niet mogelijk acht.

Financieel gezien kunnen de verpleeg- en verzorgingskosten het beste gefinancierd worden uit het persoonsgebonden budget. De overige kosten moeten gefinancierd worden door middel van een stichting 'Vrienden van het hospice', de subsidie voor terminale en palliatieve zorg van de overheid, zorgverzekering en een eigen bijdrage door de patiënt.

Gezien de resultaten kan geconcludeerd worden dat het haalbaar is om een low-care hospice in Almelo te realiseren. Het is belangrijk om hierbij verschillende organisaties te betrekken, dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de publiciteit. Daarnaast moet de doelstelling van een low-care hospice altijd zoveel mogelijk worden nagestreefd.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Samenvatting.....	4
Deel 1: Onderzoeksopzet .....	9
1. Inleiding .....	9
1.1 Achtergrond.....	9
1.1.2 Hospices.....	9
1.3 Onderzoeksvraag.....	10
1.4 Methoden van onderzoek .....	11
Deel 2: Theoretisch kader .....	12
2. Palliatieve zorgverlening. ....	12
2.1 Palliatieve zorg .....	12
2.2 Palliatieve patiënten.....	12
2.2.1 Zorg en ondersteuning .....	13
2.2.2 Sociaal en emotioneel welbevinden .....	13
2.2.3 Persoonlijke wensen.....	13
2.3 Palliatieve zorgverleners .....	14
2.3.1 Hospices.....	14
2.3.2 Vrijwilligersorganisaties.....	14
2.3.3 Consultatieteams .....	14
2.4 Normatieve en feitelijke behoefte .....	15
2.4.1 Normatieve behoefte .....	15
2.4.1.1 Normatieve behoefte in het verzorgingsgebied.....	15
2.4.1.2 Actueel aanbod in het verzorgingsgebied .....	15
2.4.2 Feitelijke behoefte.....	15
2.4.1.2 Gemiddelde feitelijke behoefte.....	15
3. Organisatorische randvoorwaarden.....	17
3.1 Identificatie randvoorwaarden.....	17
3.1.1 Behoeft patiënt .....	17
3.1.2 Benodigdheden organisatie .....	17
3.1.3 Randvoorwaarden .....	17
3.2 Toelichting organisatorische randvoorwaarden .....	18
3.2.1 Medische Middelen.....	18
3.2.2 Huisvesting .....	18
3.2.3 Personeel.....	18

3.2.3.1 Huisarts.....	18
3.2.3.2 Vrijwilligers .....	18
3.2.3.3 Betaalde krachten .....	18
3.2.4 Opleiding .....	19
3.2.5 Netwerk.....	19
4. Financiering .....	20
4.1 Investeringskosten .....	20
4.2 Exploitatiekosten.....	20
4.2.1 Vaste kosten .....	21
4.2.2 Variabele kosten.....	21
4.3 Inkomstenmogelijkheden low-care hospice .....	21
4.3.1 AWBZ.....	23
4.3.2 Zorgverzekering.....	23
4.3.3 Subsidies.....	23
4.3.4 Stichting.....	24
4.3.5 Eigen bijdrage .....	24
4.4 Vaste en variabele inkomsten .....	24
4.5 Financieringsvoorstel low-care hospice .....	24
4.5.1 Vaste kosten en inkomsten .....	25
4.5.2 Variabele kosten en inkomsten.....	25
Deel 3: Analyse .....	26
5. Behoeft hospice.....	26
5.1 Feitelijke behoefte low-care hospice Almelo .....	26
5.1 Enquête .....	26
5.1.1 Respons .....	26
5.1.2 Uitkomsten enquête.....	27
5.2.1 Geen noodzaak .....	28
5.2.2 Misschien noodzaak .....	28
5.2.3 Noodzaak tot een low-care hospice .....	29
5.2.5 Aantal patiënten low care hospice .....	30
5.5 Vergrijzing.....	30
5.6 Deelconclusie.....	31
6. Organisatorische randvoorwaarden.....	33
6.1.1 Medische middelen .....	33
6.1.2 Huisvesting .....	33

6.2 Personeel.....	33
6.2.1 Huisarts.....	33
6.2.2 Vrijwilligers .....	33
6.2.3 Betaalde krachten .....	34
6.3 Opleiding .....	34
6.4 Netwerk.....	34
6.4.1 Transferbureau ZGT Almelo.....	34
6.4.2 Zorgaccent TNWT .....	34
6.4.3 Verpleeg- verzorgingshuizen .....	34
6.4.4 Buurtzorg .....	35
6.4.5 Vrijwillige palliatieve terminale thuiszorg .....	35
6.4.6 Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest-Twente .....	35
6.5 Deelconclusie.....	35
7. Financiën .....	36
7.1 Inkomstenmogelijkheden low-care hospice Almelo .....	36
7.1.1 AWBZ.....	36
7.1.2 Zorgverzekering.....	37
7.1.3 Subsidies.....	37
7.1.4 Stichting.....	38
7.1.5 Eigen bijdrage.....	38
7.2 Definitief financieringsplan low-care hospice Almelo.....	39
8. Conclusies .....	40
8.1 Aanbevelingen.....	41
10. Referenties .....	42
11. Bijlagen .....	45



# Deel 1: Onderzoeksopzet

## 1. Inleiding

### 1.1 Achtergrond

De stad Almelo is ooit groot geworden door de industrie en in de loop der jaren is Almelo zich blijven ontwikkelen. Veel van de industrie is weggetrokken uit het binnenstedelijk gebied, er kwamen veel nieuwe bewoners en er was voldoende werkgelegenheid. De industriële dynamiek bleef de stad kenmerken, tegelijkertijd veranderde Almelo in een veelzijdige stad met een verzorgingsfunctie en een opmerkelijk groen leefmilieu. Om Almelo als regio te laten functioneren is er een uitgebreid masterplan ontwikkeld. Het masterplan is een veelzijdig raamwerk van afzonderlijke plannen die allen het doel nastreven de stedelijke en ruimtelijke ontwikkeling van Almelo te verbeteren en te bevorderen (Masterplan Almelo, 2004).

Dit gehele masterplan bestaat uit verschillende deelplannen die in de aankomende twintig tot dertig jaar moeten worden gerealiseerd. In het masterplan is uitgesproken dat Almelo als stad in balans moet komen door een evenwichtige samenstelling van de bevolking die zich met Almelo verbonden voelt. Om deze balans te realiseren moet de stad over voldoende aantrekkelijke voorzieningen beschikken om verschillende bevolkingsgroepen tevreden te houden. Er moet hierbij aandacht worden geschonken aan de betekenis van voorzieningen in de sociale infrastructuur, zoals sport, onderwijs, cultuur, zorg- en welzijnsvoorzieningen en verenigingsleven. (Masterplan Almelo, 2004).

In dit masterplan wordt ingegaan op de zorg en zorgen voor elkaar, maar er is een aspect in de zorgverlening waar niet over wordt geschreven; de palliatieve zorgverlening (Masterplan Almelo, 2004). Voornamelijk de zorg voor de terminale patiënt die niet thuis kan blijven om te sterven. Het is van belang dat er voldoende voorzieningen zijn voor deze terminale patiënten. Zodat zij in de laatste levensfase alle aandacht krijgen die zij nodig hebben en in alle rust en ruimte afscheid kunnen nemen van het leven en hun naasten. Momenteel is alleen hospice het Meulenbelt gevestigd in Almelo. In het masterplan zijn verder geen plannen opgenomen om de palliatieve zorg uit te gaan breiden of eens naar de staat van de huidige voorzieningen te kijken (Masterplan Almelo, 2004). Dit is de reden dat de Rotary clubs van Almelo het initiatief hebben genomen om hier eens naar te kijken en de haalbaarheid van een low-care hospice te bestuderen.

#### 1.1.2 Hospices

Een hospice is een palliatieve zorgvoorziening. Hieronder wordt in dit rapport een zelfstandige zorgvoorziening verstaan met als hoofddoel palliatieve zorg te bieden aan mensen die een levensverwachting hebben van minder dan drie maanden (Mistiaen, Hasselt van, Francke, 2006). Palliatieve zorg is niet bedoeld om te genezen enkel om een zodanig hoog mogelijke kwaliteit van leven te behalen in de laatste levensfase.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen high-care en low-care hospices. Een high-care hospice is gevestigd in een verpleeghuis en er werken voornamelijk professionals. Deze hospices hebben vaak een eigen arts in dienst en de verpleegkundige zorg wordt verleend door eigen verpleegkundigen en verzorgenden (Palliatieve zorg, z.d.).

Een low-care hospice wordt ook wel aangeduid als een Bijna Thuis Huis. Het belangrijkste verschil met een high care hospice is dat deze niet binnen een instelling is gevestigd. Een low care hospice is normaliter gevestigd in een normale woning. In een dergelijk hospice wordt er voornamelijk met vrijwilligers gewerkt. Daarnaast houden patiënten over het algemeen hun eigen huisarts, mantelzorgers en hulpverleners (NIVEL, 2004). Wanneer de eigen huisarts niet in staat is zorg te

blijven dragen voor de patiënt wordt er een beroep gedaan op een andere huisarts. Ieder low-care hospice heeft een aantal huisartsen nodig die patiënten kunnen begeleiden wanneer collega's hier niet meer toe in staat zijn (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). De mantelzorg kan indien nodig worden overgenomen door vrijwilligers en in een low-care hospice werken ook altijd een of twee coördinatoren met een verpleegkundige achtergrond (Nivel, 2004).

Er wordt in een low-care hospice een huiselijke sfeer gecreëerd om de laatste dagen van de patiënt zo draaglijk mogelijk te maken. Er is alle rust en ruimte om afscheid te nemen van het leven en van familie en vrienden (Nivel, 2004).

### 1.3 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in hoeverre het haalbaar is om een low-care hospice in Almelo te realiseren. Om hier een duidelijk beeld over te verkrijgen zal er gekeken worden naar de behoefte aan een dergelijke instelling en het daarop te baseren aanbod. Daarnaast zal er gekeken worden naar de organisatorische randvoorwaarden en de financiële haalbaarheid van het low-care hospice in Almelo. Er zal gekeken worden naar verschillende geldstromen die het low-care hospice zouden kunnen financieren.

Het is de bedoeling duidelijk te krijgen hoeveel patiënten met een low-care hospice indicatie er gemiddeld zijn in het verzorgingsgebied. Hierbij moet rekening worden gehouden met de gemiddelde verblijfsduur van patiënten in low-care hospices en het aantal bedden. Daarnaast moeten organisatorische randvoorwaarden worden geïdentificeerd waar aan voldaan moet worden om het low-care hospice te realiseren. Ten slotte moet er worden gekeken in hoeverre de huisartsen van de patiënten bereid zijn om de patiënt te blijven begeleiden in het low-care hospice en of hier eventueel alternatieven voor zijn. Het verzorgingsgebied beslaat de gemeenten Tubbergen, Twenterand, Wierden en Almelo.

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd om aan het gestelde doel van het onderzoek te kunnen beantwoorden:

Bestaat de behoefte naar een low-care hospice in Almelo en is het financieel haalbaar om dit te realiseren?

- Is er behoefte aan een low-care hospice in Almelo?
  - Hoeveel patiënten zijn er (of zouden er moeten zijn) jaarlijks in het verzorgingsgebied met een low-care hospice indicatie? (hoeveel bedden zouden er moeten komen)
  - Wat is de gemiddelde verblijfsduur van patiënten in een low-care hospice en hoeveel patiënten verblijven er jaarlijks gemiddeld in een hospicebed?
  - Hoeveel palliatieve zorgvoorzieningen zijn er momenteel gevestigd in de nabije omgeving van het verzorgingsgebied?
  
- Hoe ziet de organisatie er bij een dergelijke omvang uit?
  - Zijn huisartsen desgewenst bereid een patiënt met een low-care hospice indicatie in Almelo te blijven begeleiden of zijn hier alternatieven voor?
  - Wat zijn de organisatorische randvoorwaarden om een dergelijk low-care hospice te realiseren?
  
- Is het realiseren van een dergelijk low-care hospice financieel haalbaar?
  - Wat zou een dergelijk low-care hospice gaan kosten?

- Welke mogelijkheden zijn er om die kosten te vergoeden?

#### 1.4 Methoden van onderzoek

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden moet er duidelijkheid worden verkregen, in hoeverre het haalbaar is om in het verzorgingsgebied een low-care hospice te realiseren. Er zal onderzoek worden gedaan naar de financiële haalbaarheid. Daaraan voorafgaand zal er een behoefteonderzoek plaatsvinden dat toetst of er voldoende aanbod is om het hospice te realiseren. Het betreft een beschrijvend onderzoek. Een beschrijvend onderzoek is een grootschalig onderzoek waar een zo goed mogelijke afspiegeling van het universum wordt nagestreefd op een groot aantal kenmerken (Geurts, 1999).

Het onderzoek kan worden opgesplitst in een literatuurstudie en een veldstudie. De literatuurstudie zal voornamelijk gericht worden op achtergrondinformatie om het gehele onderzoek goed te kunnen beoordelen. In dit deel van het onderzoek worden alle deelvragen met behulp van de theorie ingevuld. Voordat de deelvragen aan bod komen moet er eerst achtergrond informatie worden gezocht betreffende palliatieve dienstverlening. Om de behoefte naar low-care hospices vast te stellen Vervolgens moet er worden onderzocht hoeveel hospicebedden er volgens de norm zouden moeten zijn in het verzorgingsgebied en wat het actuele aanbod is. Met deze theorie moet de behoefte naar een low-care hospice theoretisch gezien in kaart worden gebracht. Vervolgens moeten de organisatorische randvoorwaarden worden geïdentificeerd om duidelijk te krijgen hoe de organisatie van een low-care hospice eruit moet zien. Ten slotte moet de financiering van een low-care hospice worden onderzocht. De geldstromen worden geïdentificeerd door na te gaan op welke manieren andere low-care hospices de kosten vergoeden. Deze literatuurstudie zal zorgen voor de nodige theoretische kennis om het veldonderzoek te ondersteunen.

Het onderzoekgedeelte dat kan worden getypeerd als een veldstudie, moet uitwijzen of de behoefte ook daadwerkelijk in het verzorgingsgebied bestaat of de organisatorische randvoorwaarden aanwezig zijn en of er voldoende financiële middelen zijn. Ten eerste is er de vraag of de behoefte naar een low-care hospice in het verzorgingsgebied bestaat. Om dit te beantwoorden moet er onderzocht worden hoeveel patiënten met een hospice indicatie er jaarlijks gemiddeld zijn in het verzorgingsgebied. Dit zal gedaan worden door middel van het enquêteren van huisartsen. Vervolgens moet duidelijk worden of de organisatorische randvoorwaarden aanwezig zijn. Om dit te beantwoorden zal er informatie worden ingewonnen bij het hoofd van het transferbureau ZGT Almelo, contractmanager Menzis, coördinatrices vrijwillige terminale thuiszorg Almelo, netwerkcoördinator werkgroep palliatieve zorg, coördinatoren intake en indicatie van de verschillende zorginstellingen in het verzorgingsgebied, oncoloog internist van het ZGT Twenteborg. Uit deze informatie moet eveneens worden vastgesteld of het hospice financieel haalbaar is. De antwoorden zullen worden geanalyseerd, hieruit worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

## Deel 2: Theoretisch kader

### 2. Palliatieve zorgverlening.

Het onderzoek richt zich op low-care hospices, hospices behoren tot de palliatieve zorgvoorzieningen. Om meer inzicht te verkrijgen in de palliatieve zorgverlening wordt hier eerst dieper op ingegaan. Vervolgens zullen verschillende zorginstellingen, waaronder het hospice, die palliatieve zorg verlenen worden besproken. Wanneer hier een duidelijk beeld over is geschetst wordt er gekeken naar de bevolking van het verzorgingsgebied. Ten slotte worden dergelijke voorzieningen die zijn gevestigd in de buurt van het te onderzoeken verzorgingsgebied uiteengezet.

#### 2.1 Palliatieve zorg

De definitie van palliatieve zorg volgens de WHO luidt als volgt:

*Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (Davies, 2004).*

Dit betekent dat de zorg die wordt geleverd niet meer als doel heeft om de patiënt te genezen maar om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te behalen in de laatste tijd van leven. Er wordt hierbij ook emotionele steun verleend aan de patiënten en zijn naasten. Daarbij is het van belang te vermelden, dat de dood wel een natuurlijk proces blijft die niet versneld of vertraagd wordt door de verleende zorg. Palliatieve zorg is er enkel op gericht om de terminale patiënt en zijn naasten zo goed mogelijk te begeleiden in de laatste tijd die de patiënt heeft (Davies E., Jigginson I. J., 2004).

Palliatieve zorg wordt op verschillende manieren aangeboden en er zijn veel verschillende organisaties die hierbij betrokken zijn. Palliatieve zorg kan verleend zowel thuis als binnen een instelling worden verleend. Naast organisaties die palliatieve zorg verlenen zijn er organisaties om deze zorgverleners te ondersteunen. Onder palliatieve zorgvoorzieningen worden in dit rapport alle zorgvoorzieningen verstaan die ofwel palliatieve zorg verlenen, ofwel advies of ondersteuning bieden aan degenen die deze zorg verlenen. Voordat de belangrijkste palliatieve zorgvoorzieningen worden besproken zal er in de volgende paragraaf worden ingegaan op de behoeften van de palliatieve patiënt.

#### 2.2 Palliatieve patiënten

Om een compleet beeld te krijgen van palliatieve zorgverlening is het belangrijk om de wensen van palliatieve patiënten in kaart te brengen. Onder palliatieve patiënten worden mensen verstaan met een levensverwachting van maximaal drie maanden. Deze levensverwachting moet officieel zijn geïndiceerd door behandelend arts of de huisarts van de patiënt (CIZ indicatiewijzer, 2010).

De behoeften van palliatieve patiënten zijn niet eenduidig. Alle patiënten zijn anders, hebben een andere achtergrond en ieder heeft zijn eigen persoonlijke ideeën en behoeften wanneer het levenseinde nadert (Goldsteen, 2002). Het is belangrijk hier rekening mee te houden bij het identificeren van de behoeften van patiënten. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de behoeften van palliatieve patiënten hierin komen een aantal punten naar voren die de algemene

behoeften van palliatieve patiënten het beste weergeven (Peters, Aben, 2004). Deze kunnen onderverdeeld worden in drie thema's die hieronder worden behandeld.

### **2.2.1 Zorg en ondersteuning**

Voor palliatieve patiënten is het in eerste instantie belangrijk dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben, hierbij zijn een paar belangrijke punten te onderscheiden. Ten eerste de pijn en symptoombestrijding; palliatieve patiënten hebben veelal last van verschillende lichamelijke klachten als pijn, vermoeidheid, obstipatie, benauwdheid en misselijkheid (Gans, 2002). Voor patiënten is het belangrijk dat deze klachten zoveel mogelijk worden weggenomen zodat zij zo min mogelijk worden gehinderd door dergelijke klachten. Daarom is het van belang dat zorg snel geleverd kan worden en beschikbaar is wanneer patiënten zorg nodig hebben (Peters, Aben, 2004). Naast de zorg gericht op lichamelijke klachten is er ook ondersteuning nodig voor de patiënten bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken. Hiermee wordt huishoudelijke ondersteuning en hulp bij lichamelijke verzorging bedoeld. Wanneer patiënten stervende zijn hebben zij erg veel ondersteuning nodig. Het is prettig wanneer vrijwilligers en professionals deze taken op zich kunnen nemen, zodat de familie zich zo veel mogelijk op de patiënt kan richten (Peters, Aben, 2004).

### **2.2.2 Sociaal en emotioneel welbevinden**

De laatste levensfase is een moeilijke tijd waar afscheid moet worden genomen van het leven en van dierbaren. Hierbij is het belangrijk voor patiënten dat zij worden begeleid en ondersteund. Ook moeten er praktische zaken geregeld worden rondom het levenseinde. Patiënten hebben vaak de behoefte om zaken goed geregeld te hebben voordat zij komen te overlijden (Goldsteen, 2002). Daarnaast is er behoefte aan emotionele steun en spirituele begeleiding. Patiënten hebben vaak, afhankelijk van persoonlijke achtergrond, behoefte aan spirituele begeleiding om te kunnen accepteren dat het einde nadert. Daarnaast is er behoefte aan emotionele steun, die patiënten hoop verschaft middels een bemoedigende en stimulerende benadering (Goldsteen, 2002). Ook willen patiënten met respect worden behandeld als volwaardige mensen, met persoonlijke zorg door mensen die de persoonlijke wensen van patiënten respecteren (Peters, Aben, 2004).

### **2.2.3 Persoonlijke wensen**

Patiënten willen als individuen worden behandeld met zorg gericht op de persoonlijke wensen van de patiënt. Hierbij komen twee algemene punten naar voren waar patiënten de meeste behoefte aan hebben. In eerste instantie willen patiënten zorg ontvangen in de eigen woonomgeving. Patiënten blijven vaak het liefste thuis, wanneer dit niet mogelijk is willen zij in de nabije omgeving worden verzorgd (dichtbij familie en vrienden) (Francke, 2000).

Ten tweede hebben patiënten behoefte aan rust, privacy en sociale contacten. Palliatieve patiënten brengen hun laatste tijd het liefst door in een rustige omgeving waar zij voldoende privacy hebben. Daarnaast hebben patiënten behoefte aan contact met dierbaren. Patiënten stellen het zeer op prijs wanneer er binnen een instelling de mogelijkheid is voor dierbaren om te blijven slapen (Francke, 2000).

## 2.3 Palliatieve zorgverleners

### 2.3.1 Hospices

In hoofdstuk 1.1.2 is uitgelegd wat hospices zijn en is het onderscheid tussen een high-care en een low-care hospice gemaakt. Aangezien het onderzoek een low-care hospice betreft zal het high-care hospice verder buiten beschouwing worden gelaten.

In hoofdstuk 3 en 4 zal er dieper in worden gegaan hoe een low-care hospice er organisatorisch uit moet zien.

### 2.3.2 Vrijwilligersorganisaties

Er werken veel vrijwilligers in de palliatieve zorgverlening. Er zijn vrijwilligers die mensen thuis ondersteunen en vrijwilligers die werkzaam zijn binnen hospicevoorzieningen. Alle groepen vrijwilligers zijn aangesloten bij de VPTZ (vrijwillige palliatieve terminale zorg). VPTZ Nederland ondersteunt de lidorganisaties op het gebied van communicatie en PR, kwaliteitsbeleid, training en opleiding, advies en informatie en belangenbehartiging (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Je kunt ook bij de VPTZ terecht wanneer je een vrijwilligersorganisatie op wilt zetten in de palliatieve zorg. Zij hebben alle informatie die een dergelijke vrijwilligersorganisatie nodig heeft en zorgt voor training en opleiding van de vrijwilligers (VPTZ Nederland, z.d.).

### 2.3.3 Consultatieteams

In iedere regio in Nederland kunnen palliatieve zorgverleners, zoals verpleegkundigen en artsen, terugvallen op consultatieteams. Deze teams zijn doorgaans verbonden aan een integraal kankercentrum of het netwerk palliatieve zorg. Er is altijd een lid van het team telefonisch bereikbaar om zorgverleners te woord te staan. De consultatieteams zijn in het leven geroepen om te ondersteunen bij vragen over onder andere symptoombestrijding, medicatie of lichamelijke verzorging, dit zijn zogenaamde consultatievragen. Een consultatieteam bestaat meestal uit een arts met kaderopleiding palliatieve zorg of een medisch specialist en een aantal gespecialiseerde verpleegkundigen. Vaak wordt dit het kernteam genoemd. De consultatievraag wordt in behandeling genomen door de dienstdoende verpleegkundige of arts van het kernteam. Na inventarisatie van de situatie, volgt uiterlijk binnen 24 uur, een advies. Bij ingewikkelde vragen kan het kernteam een beroep doen op een breed netwerk van specialistische disciplines, van anesthesiologen en geestelijk verzorgers tot radiotherapeuten en diëtisten (Stichting voorlichting palliatieve zorg, z.d.).

Naast deze palliatieve zorgvoorzieningen kan het zijn dat patiënten palliatieve zorg thuis, in het verpleeg- verzorgingshuis of in het ziekenhuis ontvangen. Veel terminale patiënten vinden het prettig om de laatste weken in hun eigen omgeving te blijven. Dit betekent dat zij alle palliatieve zorg thuis ontvangen. De zorg komt in dit geval grotendeels neer op mantelzorgers (Stichting voorlichting palliatieve zorg, z.d.).

De zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt grotendeels verleend door ziekenverzorgenden. In verpleeghuizen zijn er daarnaast gespecialiseerde verpleeghuisartsen en er wordt vaak gebruik gemaakt van fysiotherapeuten, geestelijke verzorgers en diëtisten om de juiste zorg te leveren. Wanneer de bewoners van dergelijke instellingen ongeneeslijk ziek blijken te zijn, wordt de zorg voortgezet door dezelfde zorgverleners.

Daarnaast is er de mogelijkheid dat iemand in het ziekenhuis ligt en daar te horen krijgt dat er geen behandeling meer mogelijk is en zal komen te overlijden.

Als duidelijk wordt dat een patiënt ongeneeslijk ziek is en palliatieve zorg nodig heeft is er geen reden meer om in het ziekenhuis te blijven. Toch komt dit vaak voor, wanneer de patiënt nog slechts een paar dagen te leven heeft. Er is vaak op korte termijn geen mogelijkheid om ergens anders heen te gaan (Stichting voorlichting palliatieve zorg, z.d.).

Deze voorzieningen vallen niet onder de palliatieve zorgvoorzieningen, aangezien deze niet zijn opgezet om palliatieve zorg te verlenen. Wel is het van belang rekening te houden met deze

voorzieningen aangezien hier patiënten zitten die palliatieve zorg nodig hebben en wellicht een hospice boven een dergelijke voorziening verkiezen.

## **2.4 Normatieve en feitelijke behoefte van een hospice**

In dit hoofdstuk is uitgelegd wat palliatieve zorg precies inhoudt, wat de behoeften zijn van palliatieve patiënten en is er uiteengezet welke palliatieve zorgvoorzieningen er zijn.

Om een antwoord op de onderzoeksvraag te krijgen moet er duidelijkheid worden verkregen omtrent de behoefte naar hospicezorg in het verzorgingsgebied. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen de normatieve en feitelijke behoefte.

### **2.4.1 Normatieve behoefte**

De normatieve behoefte geeft weer hoeveel behoefte er gezien de norm zou moeten zijn. Aan deze behoefte is af te leiden of er volgens de norm voldoende hospicebedden zijn in het verzorgingsgebied. Om dit vast te stellen moet de normatieve behoefte vergeleken worden met het actuele aanbod in het verzorgingsgebied.

#### ***2.4.1.1 Normatieve behoefte in het verzorgingsgebied***

De normatieve behoefte aan hospicebedden is af te leiden uit de maatstaven van het VPTZ.

Naar deze maatstaven moeten er 4 hospicebedden beschikbaar zijn per 100.000 inwoners, onder normale omstandigheden (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Het verzorgingsgebied kent in totaal circa 149.920 inwoners (Bijlage A). Dit betekent dat er in een normale situatie zes hospice plaatsen zouden moeten zijn.

#### ***2.4.1.2 Actueel aanbod in het verzorgingsgebied***

In het verzorgingsgebied is alleen hospice het Meulenbelt gevestigd met vier bedden. Dit is echter een high-care hospice, er zijn geen low-care hospices gevestigd in het verzorgingsgebied (Netwerk palliatieve zorg noordoost Twente, z.d.). De normatieve behoefte is vastgesteld op 6 bedden, deze norm maakt geen onderscheid tussen high- en low-care maar betreft hospicebedden in het algemeen. Het actuele aanbod biedt slechts 4 plaatsen aan palliatieve patiënten en theoretisch gezien is er een tekort van twee hospicebedden.

### **2.4.2 Feitelijke behoefte**

Om na te gaan of de normatieve behoefte bestaat moet de feitelijke behoefte worden achterhaald. Met de feitelijke behoefte wordt de werkelijke behoefte naar hospices bedoeld. De feitelijke behoefte in het verzorgingsgebied zal in hoofdstuk 5 worden behandeld op basis van het veldonderzoek. In deze paragraaf zal worden behandeld wat de gemiddelde feitelijke behoefte voor hospices is. Met behulp van deze uitkomsten kan de feitelijke behoefte in het verzorgingsgebied worden beoordeeld.

#### ***2.4.1.2 Gemiddelde feitelijke behoefte***

Om de gemiddelde feitelijke behoefte vast te stellen zal er eerst berekend worden hoeveel patiënten er per hospicebed jaarlijks gemiddeld verblijven binnen een low-care hospice. Om deze waarden te vertalen naar aantal hospicebedden zal er eveneens worden uitgezocht hoeveel palliatieve patiënten er zouden moeten zijn in het verzorgingsgebied.

Om het gemiddelde aantal patiënten per hospicebed vast te stellen zijn er gegevens nodig over verblijfsduur van patiënten en het bezettingspercentage per low-care hospice.

Onderzoek heeft uitgewezen dat patiënten gemiddeld 27 dagen in een low-care hospice verblijven en het bezettingspercentage ligt op 70% (Buuse van den, Verweijen, 2009).

Wanneer patiënten gemiddeld 27 dagen in het low-care hospice zijn, kunnen er jaarlijks per bed 13 patiënten in het low-care hospice verblijven ( $365/27 = 13.4$ ). Aangezien er een bezettingspercentage van 70% is verblijven er gemiddeld 9 patiënten per bed in een low-care hospice ( $0,70 * 13.4 = 9.3$ ).

Het totaal aantal palliatieve patiënten is niet precies vast te stellen, hier is geen onderzoek naar gedaan (dossier palliatieve zorg, z.d.). Wel is er informatie bekend over het aantal palliatieve patiënten per huisarts. Volgens onderzoek heeft iedere huisarts jaarlijks gemiddeld 5 tot 6 palliatieve patiënten in zijn praktijk. Van deze patiënten eindigen er normaliter een of twee in een instelling waar palliatieve zorg wordt verleend (Rodriguez, Heide van der, Rijt van der, Rhebergen, 2000). In het verzorgingsgebied zijn in totaal 42 huisartsen werkzaam (G. ter Haar, persoonlijke communicatie, 4 mei 2009). Dit zou betekenen dat er jaarlijks minimaal 42 en maximaal 84 patiënten zijn die behoefte hebben aan palliatieve zorg binnen een instelling.

Met 9 patiënten per hospicebed, betekent dit dat er in het verzorgingsgebied minimaal 4 en maximaal 9 hospicebedden nodig zijn.



### **3. Organisatorische randvoorwaarden**

Om een low-care hospice te realiseren is meer nodig dan patiënten die behoefte hebben aan een plaats om hun laatste levensdagen door te brengen. Een low-care hospice moet aan verschillende organisatorische randvoorwaarden voldoen om bestaansrecht te krijgen. In dit hoofdstuk worden deze randvoorwaarden geïdentificeerd en uitgebreid toegelicht.

#### **3.1 Identificatie randvoorwaarden**

Om de randvoorwaarden te kunnen identificeren moet er nagegaan worden wat een palliatieve patiënt nodig heeft en wat een organisatie nodig heeft om gewenste zorg te kunnen bieden. Hieruit kunnen in grote lijnen de organisatorische randvoorwaarden worden afgeleid.

##### **3.1.1 Behoeft patiënt**

In hoofdstuk 2.2 zijn de belangrijkste behoeften van patiënten uiteengezet binnen drie thema's: zorg en ondersteuning, sociaal en emotioneel welbevinden en persoonlijke wensen. Hierin komt sterk naar voren dat patiënten behoefte hebben aan goed personeel (zowel vrijwillig als professioneel), een rustige en ruime omgeving en de juiste medische middelen om hun laatste dagen zo prettig mogelijk te verblijven.

##### **3.1.2 Benodigdheden organisatie**

Organisatorisch gezien zijn er drie hoofdpunten die op orde moeten zijn; geschikte huisvesting, voldoende financiële middelen en een goedlopende interne organisatie (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). De financiële middelen zullen in hoofdstuk 4 worden besproken.

Uit de andere twee punten zijn verschillende randvoorwaarden te herleiden. Geschikte huisvesting draait om het huis en de omgeving waarin het low-care hospice gevestigd moet worden (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

De interne organisatie beslaat het personeel, opleiding van personeel en samenwerking met instellingen die kunnen helpen bij het bieden van palliatieve zorg. In een low-care hospice werken voornamelijk vrijwilligers. Voor een goede interne organisatie moeten deze vrijwilligers worden begeleid en aangestuurd door een coördinator die verantwoordelijk is voor de gang van zaken in het low-care hospice. Daarnaast moet er verpleging beschikbaar zijn die verpleegkundig technische handelingen mag uitvoeren. Naast deze personeelsleden is de huisarts ook noodzakelijk, deze is geen direct personeel van het low-care hospice maar wel degene die verantwoordelijk is voor het medisch welzijn van de patiënt (CIZ indicatiewijzer, 2010). Verder is het van belang dat personeel de juiste opleiding heeft gehad en over basiskennis beschikt betreffende palliatieve zorg (Miller, 2010). Naast deze voorwaarden is het ook belangrijk dat personeel kan terugvallen op beroepsmatige zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het leveren van palliatieve zorg. Aangezien er met veel vrijwilligers wordt gewerkt is het noodzakelijk dat er instanties zijn die kunnen helpen wanneer dit nodig is. Er kan een netwerk van dergelijke instanties worden gecreëerd van dergelijke instanties om het low-care hospice te ondersteunen (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

##### **3.1.3 Randvoorwaarden**

Uit de behoeften van de patiënt en de benodigdheden voor de organisatie kunnen de volgende organisatorische randvoorwaarden gehaald; medische middelen, geschikte huisvesting, personeelsleden, opleiding en netwerk. Deze randvoorwaarden worden in onderstaande paragrafen nader toegelicht. Bij de bespreking van de organisatorische randvoorwaarden wordt er uitgegaan van

een low-care hospice met vier bedden. Wanneer er meer of minder bedden in het low-care hospice komen zal dit in de analyse (deel 3) worden aangepast.

## **3.2 Toelichting organisatorische randvoorwaarden**

### **3.2.1 Medische Middelen**

Onder medische middelen worden middelen verstaan die nodig zijn om palliatieve zorg te verlenen. Medische middelen worden enkel gebruikt voor pijn en symptoombestrijding. Deze middelen kunnen in een low-care hospice worden geleverd door een medisch technisch handelend team of de thuiszorg (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009).

### **3.2.2 Huisvesting**

Het belangrijkste doel van een low-care hospice is het creëren van een huiselijke sfeer. De patiënt moet zich thuis voelen. Er moet het idee heersen dat er niet meer kan en hoeft dan thuis (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Het pand waar het low-care hospice gevestigd wordt moet een gewoon huis zijn. Wel moet deze toegankelijk zijn voor rolstoel en brancard zodat patiënten naar buiten kunnen wanneer zij daar lichamelijk nog toe in staat zijn.

Betreffende de locatie wordt er veelal gekozen voor een rustige omgeving met veel groen. Het huis moet in het geval van vier bedden gemiddeld beschikken over een woon/leefoppervlakte van circa 375m<sup>2</sup>. Met vier ruime slaapkamers, twee logeerkamers voor de naasten, meerdere toiletten en een grote badkamer. Er moet een ruime keuken zijn waar patiënten ook kunnen eten en een huiskamer. Daarnaast is het prettig wanneer er nog een stille of gesprekskamer is. Daarnaast is het van belang dat er een kantoor of vergaderruimte voor het personeel aanwezig is (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

### **3.2.3 Personeel**

#### **3.2.3.1 Huisarts**

De huisarts draagt de medische verantwoordelijkheid voor de palliatieve patiënt. Wanneer een palliatieve patiënt in een low-care hospice terechtkomt blijft de huisarts van de patiënt deze verantwoordelijkheid dragen. Wanneer de huisarts hier zelf niet toe in staat is moet een andere arts deze verantwoordelijkheid overnemen. In een low-care hospice is het de standaard om meerdere huisartsen achter de hand te hebben om patiënten op te kunnen vangen. Hier moet de organisatie van het low-care hospice zelf voor zorgen (Nivel, 2004).

#### **3.2.3.2 Vrijwilligers**

In een low-care hospice wordt geprobeerd om de kosten zo laag mogelijk te houden. Er wordt in dergelijke hospices zo veel mogelijk met vrijwilligers gewerkt. Deze vrijwilligers helpen de patiënten bij het opstaan, wassen, eten. Ook ondernemen zij activiteiten met de patiënten indien dit mogelijk en wenselijk is. In het low-care hospice zullen altijd twee vrijwilligers aanwezig moeten zijn. Iedere vrijwilliger moet iedere week minstens een dagdeel en een keer in de vier weken in het weekend komen helpen in het low-care hospice. In totaal moeten er minimaal 60 vrijwilligers zijn om de zorg voor een low-care hospice met vier bedden op zich te nemen.

#### **3.2.3.3 Betaalde krachten**

Naast de zorg die de vrijwilligers bieden zijn er ook coördinatoren nodig die de vrijwilligers aansturen. De coördinator is er om verpleegkundig technische handelingen uit te voeren en moet hiervoor het diploma verzorgende IG (niveau 3) hebben. Er moet iedere dag een coördinator aanwezig zijn ter ondersteuning van de vrijwilligers. Voor een low-care hospice met een omvang van vier bedden zijn er twee coördinatoren nodig (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009). Naast de coördinator moeten er verpleegkundigen zijn die oproepbaar zijn om de vrijwilligers

eventueel 's nachts te kunnen ondersteunen. Naast deze krachten is er ook een huisarts nodig voor de patiënten. Dit kan de eigen huisarts van de patiënt zijn, maar het is eenvoudiger wanneer er een huisarts aan de praktijk is verbonden die de patiënt kan helpen (Landelijk steunpunt VPTZ,2007).

### **3.2.4 Opleiding**

Alle vrijwilligers hebben een basistraining nodig. Daarnaast krijgen een paar vrijwilligers een extra opleiding. In deze opleiding worden zij getraind om nieuwe vrijwilligers te begeleiden (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009). Trainingen worden gegeven door de vrijwillige palliatieve thuiszorg (VPTZ). Alle informatie betreffende scholing is te verkrijgen bij het het netwerk palliatieve zorg. Daarnaast geven zij trainingen aan zorgverleners die in de palliatieve zorg werken om up-to-date te blijven. Ook kunnen hier contacten voor samenwerking worden gelegd en is er informatie te vinden over regionale ontwikkelingen, subsidiegelden *etc.*(Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

### **3.2.5 Netwerk**

Het is voor een low-care hospice belangrijk een netwerk van beroepsmatige zorgverleners om zich heen te hebben om eventueel op terug te vallen. Om het low-care hospice een goede kans van slagen te geven is het van belang te gaan samenwerken met zorgverleners zoals de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsen, ziekenhuis en het CIZ (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Op deze instanties kan niet alleen worden teruggewallen in tijden van nood. Ze kunnen ook de nodige medische middelen leveren en verplegend personeel op tijden dat de coördinatoren niet aanwezig zijn (Nivel,2004).

## 4. Financiering

In het voorgaande hoofdstuk zijn de organisatorische randvoorwaarden besproken. Er is echter één randvoorwaarde nog niet behandeld, namelijk de financiering. Het realiseren van het low-care hospice gaat niet zonder financiële middelen. In het oprichtingsjaar heeft het low-care hospice te maken met investeringskosten en in de reguliere jaren met exploitatiekosten. In eerste instantie zal er onderscheid worden gemaakt tussen deze twee soorten kosten en vervolgens zal er ingegaan worden op de verschillende manieren om inkomsten te vergaren om deze kosten te dekken.

### 4.1 Investeringskosten

De investeringskosten van een low-care hospice bestaan uit drie hoofdzaken; de aanschaf van een pand, verbouwingskosten van een pand (bij bestaande bouw) en de inrichtingskosten (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Op deze kosten zal in dit verslag niet verder in worden gegaan aangezien deze kosten al gedekt zijn door de Rotary clubs van Almelo. Er moet hierbij wel worden opgemerkt dat er normaal gesproken een eerste jaar investeringskosten worden gemaakt die ook jaarlijks terug komen in de zin van afbetaling en dergelijke. Al deze kosten blijven in dit verslag achterwege. Om na te gaan of het haalbaar is om het low-care hospice in Almelo te realiseren moet er gekeken worden of de jaarlijkse kosten kunnen worden opgebracht.

### 4.2 Exploitatiekosten

In dit rapport wordt er gekeken naar de exploitatiekosten van een low-care hospice. Hierbij kan er onderscheid worden gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingskosten van patiënten, vaste lasten en organisatorische kosten. De verpleeg- en verzorgingskosten bevatten enkel de verpleging voor de patiënt. Hieronder vallen enkel de kosten die gemaakt moeten worden om extra verpleging in te schakelen van thuiszorgorganisaties en dergelijke. Onder de vaste lasten verstaan we de onderhoudskosten, energiekosten, afschrijvingen, huur of hypotheek en de OZB-lasten. De organisatorische kosten betreffen de coördinatiekosten, vrijwilligerskosten, de huishoudelijke kosten, organisatiekosten en de bestuurskosten (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). De VPTZ heeft in het boek 'stappenplan voor het opzetten van een hospice' de exploitatiekosten voor reguliere jaren in een begroting weergegeven. Deze begroting is gemaakt op basis van gegevens van VPTZ organisaties en geven een realistisch beeld van kosten voor een low-care hospice (zie bijlage C).

Om te kunnen bepalen hoe deze kosten gefinancierd moeten worden zal er eerst onderscheid worden gemaakt tussen de vaste en variabele kosten. Op die manier kan er bepaald worden voor welke kosten er vaste inkomsten moeten worden gecreëerd. En welke kosten met variabele inkomsten kunnen worden gecompenseerd.

<b>Vaste kosten</b>	<b>Variabele kosten</b>
Bestuurskosten €500,-	Verpleeg- en Verzorgingskosten Kosten niet bekend
Kantoorkosten €1.000,-	Salariskosten coördinator (incl. werkgeverslasten) 2*20uur per week €42.000,-
Kosten accountant €2.000,-	Huishoudelijke kosten €4.000,-
Kosten verzekering €2.000,-	Onkosten vrijwilligers €3.500,-
Hypotheekrente €24.000,-	Kosten werving en training vrijwilligers €1.500,-
Gas, water, elektra €8.000,-	
Overige huisvestingskosten €1.000,-	
Kosten PR €1.000,-	
Onvoorzien €500,-	
Totaal €40.000	Totaal €51.000,-

Tabel 1: Vaste en variabele exploitatiekosten schematisch weergegeven.

#### 4.2.1 Vaste kosten

De vaste exploitatie kosten bevatten alle kosten die jaarlijks moeten worden gemaakt ongeacht het aantal patiënten in het low-care hospice. Hieronder vallen alle kosten met betrekking op het pand, de verzekering, bestuurs- en accountantkosten en de PR kosten. Deze kosten moeten zoveel mogelijk worden gedekt door vaste inkomsten die niet afhankelijk zijn van het aantal patiënten.

#### 4.2.2 Variabele kosten

Onder de variabele kosten vallen alle kosten die (deels) afhankelijk zijn van het aantal patiënten. De verpleeg- en verzorgingskosten zijn volledig afhankelijk van het aantal patiënten, maar de overige variabele kosten niet. Dit zijn allemaal kosten die te maken hebben met het personeel (al dan niet vrijwillig). Deze kosten zijn berekend op een low-care hospice met vier bedden ongeacht het aantal patiënten. Maar mocht het low-care hospice erg slecht lopen en jaarlijks slechts de helft van de capaciteit kan benutten, kunnen deze posten geëvalueerd worden en zou er kunnen worden bezuinigd op deze kosten.

De verpleeg en verzorgingskosten betreffen alleen de verpleegkundige zorg die de patiënt nodig heeft. Een patiënt krijgt een indicatie mee van het CIZ en daarvan afhankelijk krijgt de patiënt een AWBZ vergoeding (CIZ indicatiewijzer, 2010). De gemiddelde kosten hiervan zijn niet openbaar bekend en daarom niet opgenomen in de tabel.

#### 4.3 Inkomstenmogelijkheden low-care hospice

Er zijn verschillende manieren om deze kosten te dekken. In dit hoofdstuk zal worden toegelicht hoe andere bijna thuis huizen in Nederland kosten dekken. Vervolgens worden de verschillende



geldstromen die deze instellingen gebruiken nader toegelicht. Ook zullen deze inkomsten worden ingedeeld in variabele en vaste kosten om na te gaan wat de beste manier is om de exploitatiekosten te dekken.

Om de mogelijkheden betreffende de financiering goed op een rijtje te krijgen is informatie opgevraagd bij drie low-care hospices in Nederland.

De eerste is Hospice Noetsele in Hellendoorn. Dit is een low-care hospice met drie bedden midden in de natuur op het terrein van verpleeghuis Krönnenzommer. In dit hospice wordt bijna alles gefinancierd via een vast contract met het zorgkantoor (AWBZ). Verder is er een stichting 'Vrienden van Noetsele' waar structurele kosten van worden betaald, die niet worden vergoed. Daarnaast vergoed deze stichting de aankleding en het onderhoud van het gebouw. Ook hospice Noetsele maakt gebruik van de subsidie van de overheid. Daarnaast betalen de cliënten een eigen bijdrage van €5,- per dag (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009).

Het Jacobshospice in Den Haag is eveneens een voorbeeld van een low care hospice, dit hospice beschikt over zes plaatsen. Het Jacobshospice financiert een deel van de kosten door de zorgverzekering (steeds meer zorgverzekeraars vergoeden de kosten voor het verblijf in een hospice). Daarnaast wordt er van de bewoners een eigen bijdrage van €90,- per week gevraagd, worden er kosten vergoed door een subsidie van de overheid en is er een stichting vrienden van het hospice. Deze stichting vergoedt het overgrote deel van de kosten voor exploitatie en kosten die niet voor subsidie in aanmerking komen (Jacobshospice, z.d.).

Hospice de Oase in Oss is een low-care hospice voor twee patiënten. De kosten van de verzorging en de verpleging regelt de patiënt of diens vertegenwoordiger zelf met het CIZ via het persoonsgebonden budget. Daarnaast wordt een deel van de financiële kosten vergoed door een subsidie van de overheid en het overige deel komt uit de stichting steunfonds hospice de oase. Van de bewoners wordt €20,- per dag gevraagd voor kost en inwoning (hospice de oase, z.d.).

Hospices  Financieringsmogelijkheden 	Hospice Noetsele	Jacobshospice	Hospice De Oase
AWBZ (ZIN)	x		
AWBZ (PGB)		x	x
Verzekering		x	
Subsidie	x	x	x
Stichting vrienden van	x	x	x
Eigen bijdrage patiënten	€35,- per week	€90,- per week	€140,- per week

Tabel 2; Financieringsmogelijkheden hospices

De manieren van financiering bij de drie verschillende hospices komen redelijk overeen. Alle hospices maken gebruik van een stichting vrienden van het hospice. Daarnaast vragen alle drie de hospices een bijdrage van de patiënten. Er wordt gebruik gemaakt van de subsidie van de overheid. Ook maakt Noetsele gebruik van de AWBZ via een vast contract met het zorgkantoor. De andere twee instellingen maken gebruik van het PGB en de zorgverzekering van patiënten. In de volgende paragrafen zullen de verschillende geldstromen die aan bod zijn gekomen nader worden toegelicht zodat er kan worden onderzocht voor welke geldstromen het hospice in Almelo in aanmerking kan komen.

### 4.3.1 AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is opgericht als een volksverzekering voor onverzekerbare risico's waarvoor individuele verzekering niet mogelijk is. Iedereen die in Nederland woont of werkt is er voor verzekerd en heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vallen. Het gaat om medische kosten die door vrijwel niemand op te brengen zijn. Onder de AWBZ vallen bijzondere ziektekosten zoals kosten van langdurige zorg thuis, opname in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling (AWBZ kern van de zaak, z.d.). Of een patiënt recht heeft op AWBZ vergoeding wordt vastgesteld door het CIZ (centrum indicatiestelling zorg). Het CIZ kijkt naar de gezondheid en de thuissituatie hieruit wordt besloten of een patiënt recht heeft op zorg. Als de patiënt recht heeft op zorg ontvangt men een indicatie. In de indicatie staat op welke zorg men recht heeft, hoeveel zorg en hoelang.

De AWBZ kan gebruikt worden om de verpleeg en verzorgingskosten van de patiënten te dekken. Deze zorg kan op twee manieren geleverd worden; Zorg in natura (ZIN) of via een persoonsgebonden budget (PGB). Als bij de patiënt een indicatie is gesteld, is er duidelijk op welke zorg de patiënt recht heeft. Voor de manier waarop deze zorg geleverd wordt kan de patiënt zelf kiezen uit zorg in natura en een persoonsgebonden budget. (AWBZ Zorg aanvragen, z.d.) Zorg in natura ontvangen houdt in dat de verzekeraar ervoor zorgt dat de zorg waarop de verzekerde is aangewezen voor hem beschikbaar is. Deze zorg moet doelmatig en kwalitatief verantwoord zijn. De zorgaanbieder levert de zorg aan de verzekerde op basis van de overeenkomst tussen aanbieder en zorgkantoor. Deze zorg kan enkel worden geleverd door instellingen die door het zorgkantoor als AWBZ instelling zijn aangesteld (AWBZ kompas, 2009). Naast de levering van zorg in natura, kan de verzekerde kiezen voor een persoonsgebonden budget. De verzekerde ontvangt dan van het zorgkantoor een geldbedrag dat is gebaseerd op de geïndiceerde functies en klassen, of op een zorgzwaartepakket. Het bedrag is gebaseerd op 75% van de kosten van ZIN. De reden is de besparing op de overheadkosten die bij ZIN aan de orde is. De verzekerde kan per functie kiezen of hij gebruik maakt van ZIN of een PGB. Als hij ook verblijf geïndiceerd heeft gekregen kan de verzekerde voor de overige functies, en voor gemiddeld twee dagen per week verblijf, kiezen voor een PGB. Met dat bedrag kan de verzekerde zelf zijn zorg inkopen (Persoonsgebonden budget, z.d.). Een persoonsgebonden budget (PGB) is niet mogelijk voor behandeling, en ook niet voor langdurig verblijf. Voor tijdelijk verblijf (logeeropvang), maximaal 104 dagen per jaar, is wel een PGB mogelijk (AWBZ kompas, 2009).

### 4.3.2 Zorgverzekering

De zorgverzekering van patiënten kan een deel van de kosten voor het low-care hospice opvangen. In de regio Twente is de concessiehouder zorgverzekeraar Menzis, die werkzaam is in onder andere de gemeente Almelo, Tubbergen, Twenterand en Wierden (Zorgverzekering Nederland, z.d.). In de aanvullende verzekeringspolis van Menzis wordt hospice zorg vergoed. Een verzekerde die de indicatie heeft voor hospicezorg krijgt een vergoeding van €35,- per dag met een maximum van €1050 (Menzis vergoedingen, z.d.) Dit betekent dat de verzekering 30 dagen (totale bedrag, gedeeld door maximumbedrag per dag  $1050/35 = 30$ ) van de tijd die een patiënt in een hospice verblijft vergoed. Aangezien een patiënt gemiddeld maximaal 27 dagen in een hospice verblijft (zie h2.4.1) komt dit neer op een gemiddelde bijdrage per patiënt van €945, - ( $27 * €35 = €945$ ).

### 4.3.3 Subsidies

Een low-care hospice komt in aanmerking voor een subsidie van het ministerie van VWS. Je kunt hier de coördinatiekosten van vrijwillige terminale zorg in een low-care hospice declareren (Regeling palliatieve en terminale zorg, 2008). Voor iedere patiënt wordt er maximaal €3.886 gesubsidieerd. Maximaal wordt er €42.000 van de coördinatiekosten gesubsidieerd. De subsidie vergoed daarbovenop 11% ter compensatie van de huisvestingskosten. Dit betekent dat er jaarlijks aan

subsidie €46.620 ( $42.000 \cdot 111\% = 46.620$ ) kan worden gedeclareerd. Dit betekent echter wel dat er jaarlijks minimaal 11 patiënten in het low-care hospice moeten verblijven aangezien er slechts €3.886, - per patiënt kan worden gekregen ( $42.000/3.886 = 10,5$ ) (Regeling palliatieve en terminale zorg, 2008).

#### 4.3.4 Stichting

Naast deze geldstromen heeft een low-care hospice een vereniging of stichting 'Vrienden van het Bijna Thuis Huis' nodig. Een groot deel van de exploitatiekosten moet door een stichting worden gedekt. De stichting is verantwoordelijk voor het werven van financiën, het werven van nieuwe donateurs en leden en publiciteit. De leden van een stichting betalen jaarlijks een vast bedrag (naar eigen invulling) zodat de stichting deze inkomsten kan garanderen. De gemiddelde inkomsten die een low-care hospice van een stichting ontvangt ligt rond de €25.000, - (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

#### 4.3.5 Eigen bijdrage

Naast de hierboven besproken geldstromen wordt er ook in ieder low-care hospice een kleine bijdrage van de patiënt gevraagd. De drie besproken hospices hanteren €5, - per dag (35, - per week), €20, - per dag (140, - per week) en €12,85 per dag (€90, - per week). Er zit een grote variatie in dit bedrag doordat dit door ieder hospice zelf bepaald mag worden. Er zit geen maximum of minimum aan. Toch is het van belang om dit bedrag zo laag mogelijk te houden, zodat dit geen drempel vormt voor de patiënten om naar het low-care hospice te komen (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Het is daarom een streven om het minimale bedrag van €5, - per week aan te houden. Dit zou per patiënt bij een gemiddelde verblijfsduur van 27 dagen op een bedrag van €135, - neerkomen ( $€5 \cdot 27 = €135$ ).

#### 4.4 Vaste en variabele inkomsten

Vaste inkomsten	Variabele inkomsten
Stichting vrienden van €25.000,-	AWBZ Niet bekend
	Subsidie (uitgaande van min. 11 patiënten op jaarbasis) €46.620,-
	Verzekering Aantal patiënten *€945,-
	Eigen bijdrage Aantal patiënten *€135,-

Tabel 3: Inkomsten verdeeld naar vast en variabel.

Onder de vaste inkomsten vallen enkel de financiële middelen verkregen via de stichting vrienden van. De overige inkomsten zijn allemaal afhankelijk van het aantal patiënten dat naar het low-care hospice komt. Onder de variabele inkomsten vallen de inkomsten via de AWBZ, deze zijn niet openbaar en dus niet bekend. Ook valt de subsidie van de overheid hieronder, om deze te krijgen moeten er wel minstens 11 patiënten naar het low-care hospice komen. De verzekering en eigen bijdrage zijn geheel afhankelijk van het aantal patiënten.

#### 4.5 Financieringsvoorstel low-care hospice

Onderstaande tabel laat zien hoe de financiering van het hospice er theoretisch gezien uit moet zien om de exploitatiekosten te dekken. Eerst wordt ingegaan op de vaste kosten en inkomsten waarnaar de variabele kosten en inkomsten worden behandeld.



	<b>Kosten</b>	<b>Inkomsten</b>
Vaste kosten/inkomsten	Kosten pand €34.000,-	Stichting vrienden van €25.000,-
	Bestuurskosten €500,-	
	Kosten accountant €2.000,-	
	Kosten verzekering €2.000,-	
	Kosten PR €1.000,-	
	Onvoorzien €500,-	
Variabele kosten/inkomsten	Verpleeg- en Verzorgingskosten Kosten niet bekend	AWBZ Kosten niet bekend
	Salariskosten coördinator (incl. werkgeverslasten) 2*20uur per week €42.000,-	Subsidie (uitgaande van min. 11 patiënten op jaarbasis) €46.620,-
	Huishoudelijke kosten €4.000,-	Verzekering Aantal patiënten *€945,-
	Onkosten vrijwilligers €3.500,-	Eigen bijdrage Aantal patiënten *€135,-
Totaal per jaar	Totaal €91.000,-	Totaal €91.000,-

Tabel 4: Financieringsvoorstel low-care hospice.

#### 4.5.1 Vaste kosten en inkomsten

De vaste inkomsten bedragen jaarlijks €25.000,- en de vaste kosten €40.000,-. Dit betekent een tekort bij de vaste inkomsten van €15.000,- om de vaste kosten te dekken. Dit betekent dat de variabele inkomsten ook een deel van de vaste inkomsten moeten dekken.

#### 4.5.2 Variabele kosten en inkomsten

Bij de variabele kosten vallen de verpleeg- en verzorgingskosten weg tegen de AWBZ. Ondanks dat deze kosten niet bekend zijn is wel bekend dat de verpleging en verzorging voor patiënten met een hospice indicatie volledig wordt vergoed (CIZ indicatiestelling, 2010).

Van het totaalbedrag van €66.000,- wordt €46.620,- vergoed door de overheid wanneer er minimaal 11 patiënten komen. Dit betekent dat er nog €19.380,- openstaat voor de vergoeding middels eigen bijdrage en verzekering. Per patiënt leveren deze twee posten €1080,- aan inkomsten. Dit zou betekenen dat er op basis van de kosten minimaal 18 patiënten naar het low-care hospice moeten komen om de kosten te dekken. Wanneer er minder patiënten komen moet de eigen bijdrage worden verhoogd.

Om de financiering van het low-care hospice te garanderen zou het ideaal zijn wanneer de vaste inkomsten de vaste kosten kunnen compenseren en de variabele inkomsten de variabele kosten. Dit is echter niet het geval een deel van de vaste kosten moet gecompenseerd worden door de variabele inkomsten. In hoofdstuk 7 wordt nagegaan of al deze financiële inkomsten realiseerbaar zijn voor het low-care hospice in Almelo.

## Deel 3: Analyse

In het theoretisch kader is ingegaan op alle aspecten die van belang zijn om een low-care hospice te realiseren. Namelijk; de behoefte, de organisatorische randvoorwaarden en de financiering. Middels een veldstudie is nagegaan hoe het met deze aspecten zit in het verzorgingsgebied. Is daar de behoefte naar een low-care hospice? Zijn de organisatorische randvoorwaarden aanwezig? Zijn de financiële middelen aanwezig om een rendabel financieringsplan te maken? Deze vragen zullen in de volgende hoofdstukken worden beantwoord.

### 5. Behoeft hospice

Om de behoefte naar een low-care hospice in Almelo vast te stellen is er in hoofdstuk 2.3 de normatieve behoefte naar een low-care hospice vastgesteld aan de hand van twee factoren. Namelijk; het gewenst aantal hospicebedden in het verzorgingsgebied en het actuele aanbod. Hieruit kon worden vastgesteld dat gezien de norm er een tekort is van twee hospicebedden. Ook is er gekeken naar de gemiddelde feitelijke behoefte toegepast op het verzorgingsgebied. Hieruit kwam naar voren dat er minimaal 4 en maximaal 9 hospicebedden in het verzorgingsgebied zouden moeten zijn. Om de behoefte naar het low-care hospice in Almelo vast te stellen moet er alleen nog duidelijk worden of deze waarden opgaan voor het verzorgingsgebied. De feitelijke behoefte voor het verzorgingsgebied moet worden achterhaald. In dit hoofdstuk zal hier op in worden gegaan zodat de behoefte naar een low-care hospice in het verzorgingsgebied kan worden vastgesteld.

#### 5.1 Feitelijke behoefte low-care hospice Almelo

De feitelijke behoefte geeft de behoefte in de praktijk weer. Om de behoefte naar een low-care hospice in de praktijk te achterhalen zijn alle huisartsen uit het verzorgingsgebied geënquêteerd. Er is voor de huisartsen gekozen aangezien zij normaliter de verantwoording hebben voor een low-care hospice indicatie en de medische verantwoording van patiënten blijven dragen wanneer zij in het hospice eindigen. Door het enquêteren van huisartsen kan er daardoor een beeld worden geschetst van het verwacht aantal patiënten, dat worden geïndiceerd voor een low-care hospice. In dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van dit deel van de enquête worden besproken. Daarnaast wordt er gekeken naar de samenstelling van de bevolking en de groei van het aantal ouderen. Op basis van deze informatie zal worden vastgesteld of de feitelijke behoefte aan een low-care hospice bestaat. De enquête is te vinden in bijlage H.

In de enquête wordt eveneens gevraagd naar de bereidheid van huisartsen betreffende begeleiding van eigen patiënten binnen het hospice. Om een low-care hospice te realiseren moet er een lijst van huisartsen zijn die patiënten willen opvangen wanneer collega's hier niet meer toe in staat zijn. Deze uitkomsten zeggen niets over de feitelijke behoefte maar hebben te maken met de aanwezigheid van de begeleiding. De begeleiding valt onder het personeel en betreft een organisatorische randvoorwaarde. Daarom worden deze resultaten in hoofdstuk 6 besproken in de paragraaf over huisartsen (6.2.1).

#### 5.1 Enquête

##### 5.1.1 Respons

In het verzorgingsgebied zijn in totaal 43 huisartsen werkzaam. Deze 43 huisartsen zijn allemaal benaderd om mee te werken aan het onderzoek. In totaal hebben 30 huisartsen meegewerkt aan het onderzoek, dit betekent dat er 13 niet hebben meegewerkt. Van de 13 huisartsen die niet mee hebben gewerkt was er een huisarts uit Wierden die per direct was gestopt met werken en niet meer bereikbaar was. Daarnaast was er een huisarts uit Almelo die over een maand zal stoppen met

werken in het verzorgingsgebied en de vragen hierdoor niet kon beantwoorden. Dit brengt de doelpopulatie op 43-2= 41 huisartsen. Er kwam van 30 huisartsen een reactie (73,17%). Van de 11 overige huisartsen kon van henzelf geen verdere informatie worden verkregen ondanks intensieve herinnerings e-mails en nabellen. Drie van hen zijn nog bereikt via nabellen en beloofden de vragenlijst alsnog in te vullen, dit is echter niet meer gebeurd.

Van de respondenten die hebben gereageerd kwam het grootste deel uit Almelo (18 respondenten), twee respondenten kwamen uit gemeente Tubbergen, zeven uit Gemeente Twenterand en drie uit Wierden (zie tabel 5).

**Plaats waar men werkzaam is**

		Aantal respondenten
Plaats waar men werkzaam is	Almelo	18
	Gemeente Tubbergen	2
	Gemeente Twente-Rand	7
	Wierden	3
Totaal		30

Tabel 5; plaats of gemeente waar de huisartsen werkzaam zijn.

Van de overige elf respondenten die niet mee hebben gewerkt aan het onderzoek, kwamen er drie uit de gemeente Tubbergen, vijf uit Almelo een uit Wierden en twee uit gemeente Twenterand.

**Plaats waar men werkzaam is \* Respons Crosstabulation**

			Respons		Total
			Respons	Non respons	
Plaats waar men werkzaam is	Almelo	Count	18	5	23
		% within Respons	60.0%	55.0%	56.1%
	Gemeente Tubbergen	Count	2	3	5
		% within Respons	6.7%	33.0%	12.2%
	Gemeente Twente-Rand	Count	7	2	9
		% within Respons	23.3%	22.0%	22.0%
	Wierden	Count	3	1	4
		% within Respons	10.0%	11.0%	9.8%
Total			30	11	41
			100.0%	100.0%	100.0%

Tabel 6; respons en non respons uit iedere plaats/ gemeente

In tabel 6 is het aantal respons en non respons uit de verschillende gemeente en plaatsen weergegeven. Wanneer het percentage van het aantal huisartsen dat zijn benaderd uit de verschillende plaatsen en het percentage respons per plaats met elkaar wordt vergeleken, kan er geconcludeerd worden dat deze percentages redelijk overeenkomen. Hieruit kan worden afgeleid dat de geënquêteerde huisartsen representatief zijn voor de huisartsen in het verzorgingsgebied.

### 5.1.2 Uitkomsten enquête

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de enquête aan de huisartsen uiteengezet. In iedere paragraaf is schematisch weergegeven waarom huisartsen wel of geen noodzaak zien tot een low-care hospice.

Uit de enquête kan worden afgeleid dat er wel noodzaak tot een low-care hospice wordt gezien (figuur 5). De respondenten werd gevraagd naar de noodzaak tot een low-care hospice in Almelo, de reacties van de huisartsen zijn weergegeven in tabel 7. In de tabel kan worden afgelezen, dat 15 respondenten noodzaak zien tot een low-care hospice in Almelo. 5 respondenten vinden dat er geen noodzaak is en 10 respondenten weten niet of er noodzaak bestaat. Om conclusies aan deze gegevens te verbinden is het van belang om na te gaan waarom huisartsen wel of geen noodzaak

zien tot een low-care hospice en of zij patiënten hebben die in aanmerking komen voor een dergelijke instelling. Deze informatie wordt in de volgende paragrafen uiteengezet.

**Noodzaak van een low-care hospice**

		Aantal respondenten
Noodzaak low-care hospice	Ja	15
	Nee	5
	Weet niet	10
Totaal		30

*Tabel 7; noodzaak van een low-care hospice*

### 5.2.1 Geen noodzaak

Van de 5 respondenten die aangaven dat er geen noodzaak tot een low-care hospice in Almelo bestaat, is in tabel 8 weergegeven waarom men geen noodzaak ziet.

**Waarom men geen noodzaak ziet tot een low-care hospice \* Crossstabulation**

Count	Waarom men geen noodzaak ziet tot een low-care hospice				Total
	Weinig vraag/onbekendheid hospice	Weinig terminale patiënten	Patiënten kunnen thuis deze zorg ook ontvangen	Bestaande voorzieningen voldoen	
Noodzaak van een low-care hospice Nee	1	1	2	1	5
Total	1	1	2	1	5

*Tabel 8; Waarom respondenten geen noodzaak zien tot een low-care hospice in Almelo.*

De 5 respondenten die momenteel geen noodzaak tot een low-care hospice in Almelo zien zijn voorstanders van het thuis verzorgen van terminale patiënten. Een van de huisartsen die geen noodzaak zag, gaf wel aan dat dit mogelijk te maken had met de onbekendheid van het concept bijna-thuis-huis. Een andere respondent gaf aan dat wanneer het hospice aan een verpleeghuis zou worden verbonden en er een verpleeghuisarts te consulteren/raadplegen valt hij er wel positief tegenover zou staan. De overige drie respondenten die geen noodzaak zagen, gaven aan dat de huidige voorzieningen voldoende waren. Huisartsen gaven in eerste instantie aan niet veel patiënten te hebben die in aanmerking komen voor een plaats in het low-care hospice.

### 5.2.2 Misschien noodzaak

Een groot aantal van de respondenten (33,3 procent) kon niet aangeven of de noodzaak tot een low-care hospice bestaat. In tabel 9 is weergegeven waarom zij dit niet aan konden geven en wat hen mening betreffende low-care hospice zorg is.

**noodzaak van een low-care hospice \* Waarom men niet weet of er noodzaak is tot een low-care hospice Crosstabulatio**

Count		Waarom men niet weet of er noodzaak is tot een low-care hospice					Total
		Wel wenselijk weet niet of er echt noodzaak bestaat	Wenselijk voor de toekomst	Wenselijk, palliatieve zorg erg belangrijk	Niet voor mijn patienten kan de noodzaak niet inschatten	Alleen wanneer er een turkse kamer komt	
Noodzaak van een low-care hospice	Weet niet	3	2	1	3	1	10
Total		3	2	1	3	1	10

Tabel 9; waarom men niet weet of er noodzaak is tot een low-care hospice

De respondenten die aangaven dat ze niet konden zeggen of er noodzaak tot een low-care hospice bestaat, hadden hier verschillende redenen voor. Vier van de huisartsen gaven aan dat ze de noodzaak niet in konden schatten, maar dat de noodzaak in ieder geval niet voor hun eigen patiënten bestaat. Een van deze respondenten heeft enkel Turkse patiënten in de praktijk en voegde nog toe dat de vraag wel bestaat binnen zijn praktijk, echter zal het hospice dan een Turkse kamer moeten hebben. Binnen de patiënten van Turkse afkomst zijn er een aantal die niet voldoende familie of andere mantelzorgers in de omgeving hebben om thuis te kunnen sterven. Deze patiënten worden momenteel vaak opgenomen in het ziekenhuis om de zorg te krijgen die zij nodig hebben. De overige zes respondenten geven aan dat ze de low-care hospice zeker wenselijk vinden, twee daarvan houden rekening met de vergrijzing die gaande is. Zij geven aan dat er vanuit hun praktijken ook patiënten naar het low-care hospice zouden gaan. En vijf respondenten geven hierbij aan patiënten door te zullen sturen naar het low-care hospice wanneer deze wordt gerealiseerd. Zij geven hierbij wel aan jaarlijks niet meer dan een patiënt te hebben die voor low-care hospice zorg in aanmerking komt. Een respondent vindt het voornamelijk van belang dat er voldoende palliatieve zorg is, maar kan niet aangeven of er noodzaak bestaat. Hij heeft zelf ook een relatief jonge patiëntenpopulatie en binnen zijn praktijk is relatief weinig vraag naar palliatieve zorg binnen een instelling. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een deel van deze huisartsen wel voorstander is echter missen zij inzicht in de noodzakelijkheid van een dergelijke voorziening. Wel zijn er vijf huisartsen die patiënten zullen doorsturen naar het low-care hospice.

**5.2.3 Noodzaak tot een low-care hospice**

Het grootste deel van de respondenten (50 procent) geeft aan dat er wel noodzaak tot een low-care hospice in Almelo bestaat. In tabel 10 is weergegeven waarom de noodzaak bestaat.

**Noodzaak van een low-care hospice \* Waarom men wel noodzaak ziet tot een low care hospice Crosstabulation**

Count		Waarom men wel noodzaak ziet tot een low care hospice					Total
		Vraag vanuit de patienten/ veel terminale patienten in de praktijk	Moeten voldoende palliatieve voorzieningen zijn	Momenteel te veel wachtlijsten	Veel alleenstaande terminale patienten zonder voldoende mantelzorgers	Toekomst steeds meer palliatieve patienten	
Noodzaak van een low-care hospice	Ja	3	8	1	1	2	15
Total		3	8	1	1	2	15

Tabel 10; waarom men wel noodzaak ziet tot een low-care hospice

Van de respondenten die wel noodzaak zien tot een low-care hospice in Almelo zijn de meesten van mening dat de palliatieve zorg goed geregeld moet zijn en dat er voldoende voorzieningen in Almelo

moeten zijn. Allen staan zeer positief tegenover het initiatief van een low-care hospice en zullen patiënten doorverwijzen naar het low-care hospice in Almelo. Wel moet hierbij worden opgemerkt dat deze huisartsen verwachten niet meer dan een patiënt op jaarbasis door te kunnen verwijzen. Deze respondenten gaven aan dat het aantal patiënten, dat niet thuis kan blijven in de terminale fase toeneemt en palliatieve voorzieningen steeds belangrijker worden. Twee anderen zien het belang van het low-care hospice voornamelijk om ontwikkelingen die zich in de toekomst zullen voordoen (vergrijzende populatie). Een klein aantal gaf aan dat er vanuit de patiënten vraag naar een dergelijke voorziening in Almelo bestaat. Ook werd er aangegeven dat er momenteel te veel wachtlijsten zijn. Naast de redenen die in tabel 10 zijn weergegeven werd er nog opgemerkt door een respondent dat het wel van belang is dat de zorg goed geregeld moet zijn. Dat het belangrijk is dat de huisarts zijn eigen patiënt kan blijven begeleiden wanneer deze naar een hospice wordt doorverwezen.

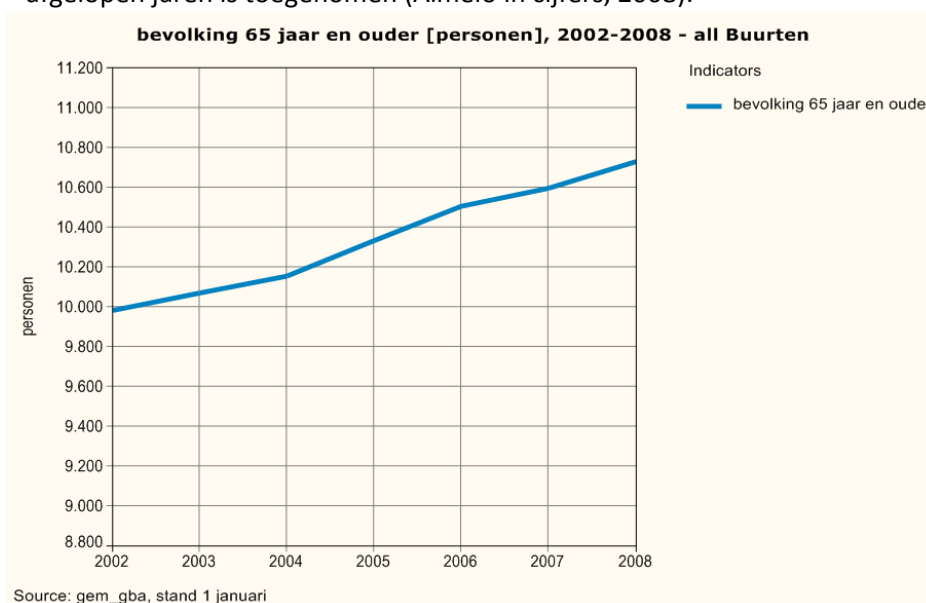
### 5.2.5 Aantal patiënten low care hospice

In totaal geven 20 huisartsen aan jaarlijks een patiënt te hebben die in aanmerking komt voor een plaats in het low-care hospice. 15 hiervan zien noodzaak tot een low-care hospice en de overige 5 staan er wel positief tegenover maar kunnen niet zeggen of er daadwerkelijk noodzaak bestaat. Bij twintig patiënten zijn er slecht 2 bedden nodig in het low-care hospice. Aangezien patiënten gemiddeld maar 27 dagen in een hospice verblijven zullen 20 patiënten op jaarbasis slechts 1,5 bed vullen ( $365 \text{ dagen per jaar} / (20 * 27 \text{ dagen}) = 1.47$ ). Echter is er nog een andere factor waar rekening mee moet worden gehouden. Er wordt namelijk een aantal keer gerefereerd aan de vergrijzing. Een toename van ouderen zou kunnen leiden tot meer palliatieve patiënten. Om de feitelijke behoefte volledig vast te kunnen stellen moet de vergrijzing worden meegenomen.

## 5.5 Vergrijzing

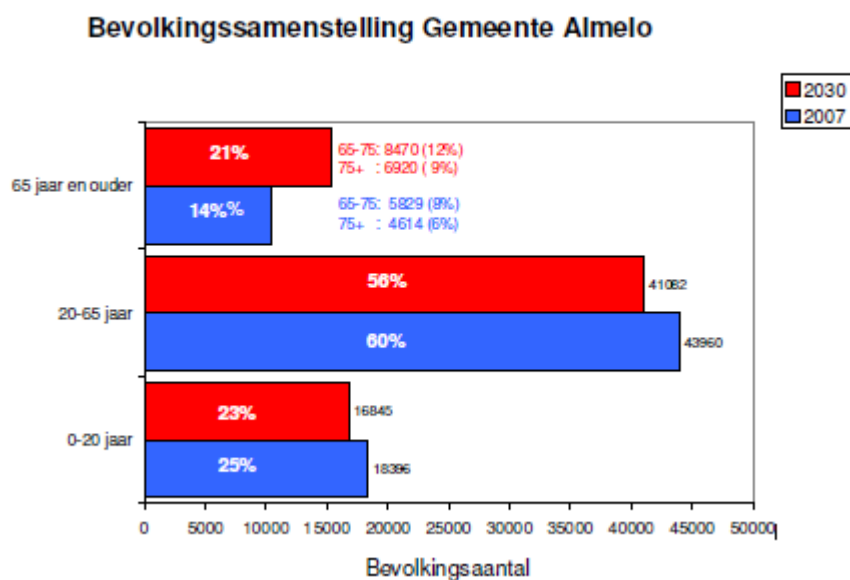
Naast de behoefte die de huisartsen vaststellen moet er rekening worden gehouden met veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking. In Nederland is er sprake van vergrijzing ten gevolge van de naoorlogse geboortegolf en de stijging van het aantal geboorten tot ongeveer 1970. In 2030 zal ongeveer een kwart van de bevolking ouder dan 65 jaar zijn (Campen C. van, 2008). Momenteel is slechts 15% van de bevolking 65 jaar en ouder (CBS kerncijfers van de bevolkingsprognose, z.d.).

Om na te gaan of in het verzorgingsgebied sprake is van vergrijzing is er gekeken naar de leeftijden van de bevolking in Almelo. In figuur 1 is weergegeven hoe de bevolking van 65 jaar en ouder de afgelopen jaren is toegenomen (Almelo in cijfers, 2008).



Figuur 1; bevolking Almelo 65 jaar en ouder van 2002 t/m 2008

De verwachting is dat de groei van de bevolking van 65 jaar en ouder de aankomende jaren alleen maar meer gaat toenemen. In Bijlage A is de bevolkingspiramide naar leeftijd weergegeven. In de piramide is te zien dat de leeftijdsopbouw redelijk verdeeld is, maar de bevolking die de aankomende twintig jaar tot de 65 plus gaat behoren, neemt een groot deel van de bevolking in. Het aantal 65 plussers zal de aankomende jaren dan ook toenemen wanneer deze personen in Almelo blijven wonen. Deze gegevens worden ondersteund door kerncijfers uit het gezondheidsonderzoek Almelo uit 2008 (zie figuur 2). Hierin wordt een prognose gedaan voor de bevolkingssamenstelling in 2030 en deze wordt vergeleken met de samenstelling in 2007. De inwoners van 65 jaar en ouder zullen van 14% in 2007 stijgen naar 21% in 2030. Van deze ouderen zal in 2030 aantal 75 plussers 9% van de bevolking van Almelo beslaan. In 2007 was dit slechts 6%. Dit is een toename van drie procent. Dat zowel de 65 plussers als de 75 plussers sterk zullen toenemen betekent dat er sprake zal zijn van een dubbele vergrijzing. Deze toename zal effect hebben op de vraag naar ouderenvoorzieningen en palliatieve zorg. Op basis van deze cijfers kan worden gesteld dat de vraag naar palliatieve zorg in de toekomst zal toenemen.



Figuur 2: Bevolkingssamenstelling Almelo prognose 2007-2030

## 5.6 Deelconclusie

Om vast te stellen of de vraag naar palliatieve zorgvoorzieningen bestaat is er in hoofdstuk 2.3 eerst gekeken naar de normatieve behoefte naar hospicezorg. De normatieve behoefte was erg hoog en voldoende om een low-care hospice met 6 bedden jaarlijks voor 70% te vullen. Aangezien er al vier hospicebedden in het verzorgingsgebied aanwezig zijn (binnen het Meulenbelt) zou er feitelijk nog behoefte moeten zijn aan twee hospicebedden. Wel moet hierbij worden aangekaart dat het Meulenbelt high-care hospice zorg biedt en het behoefte onderzoek een low-care hospice betreft. Om de feitelijke behoefte vast te stellen is er navraag gedaan bij huisartsen. Er werd gevraagd naar de noodzaak van een dergelijke instelling en of er normaliter patiënten zijn die voor low-care hospice zorg in aanmerking komen. Hierbij kwam bij 20 huisartsen naar voren dat zij normaliter patiënten in hun praktijk hebben die voor een hospice indicatie in aanmerking komen. Hierbij werd aangegeven dat er op jaarbasis normaliter slechts een patiënt een dergelijke indicatie krijgt. Er kan vanuit hen dus gerekend worden op maximaal 20 patiënten per jaar. Dit komt neer op 2 hospicebedden op jaarbasis wat overeenkomt met de normatieve behoefte. Naast deze cijfers is er ook gekeken naar de vergrijzing. Hieruit is gebleken dat het aantal ouderen in de loop van de jaren flink zal toenemen. Echter gaat het om getallen uit 2030, aangezien dit pas over twintig jaar is kan er momenteel nog niet op extra patiënten worden gerekend. Wel kan er rekening mee worden gehouden bij het

bepalen van het aantal bedden voor het low-care hospice. Indien het financieel mogelijk is zou een low-care hospice met 4 bedden een ideale situatie zijn om alvast klaar te zijn voor de naderende vergrijzing.

Hieruit kan worden afgeleid dat de feitelijke behoefte naar een low-care hospice bestaat en in de toekomst mogelijk zal toenemen.



## **6. Organisatorische randvoorwaarden**

In hoofdstuk 5 is gebleken dat de behoefte naar een low-care hospice in het verzorgingsgebied aanwezig is. In dit hoofdstuk zal worden gekeken of de organisatorische randvoorwaarden, die zijn besproken in hoofdstuk 3, in het verzorgingsgebied aanwezig zijn. Alle randvoorwaarden zullen wederom stap voor stap behandeld worden, om na te gaan hoe de organisatie er in het low-care hospice in Almelo uit moet gaan zien.

### **6.1.1 Medische middelen**

Zoals in hoofdstuk 3.1.1 is besproken zijn er medische middelen nodig om patiënten palliatieve zorg te kunnen verlenen, die normaliter geleverd worden door de thuiszorg of een medisch technisch handelen team. Om na te gaan of dit ook in het low-care hospice in Almelo mogelijk zal zijn is er contact opgenomen met het transferbureau van Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) Almelo en Zorgaccent Thuiszorg Noord West Twente (TNWT). Deze organisaties zijn beiden bereid om samen te werken en het low-care hospice van medische middelen te voorzien. In hoofdstuk 6.3.1 en 6.3.2 wordt hier verder op ingegaan.

### **6.1.2 Huisvesting**

Om na te gaan wat terminale patiënten in het verzorgingsgebied nodig hebben en waar de patiënten behoefte aan hebben in deze laatste levensfase, zijn verschillende betrokkenen die werkzaam zijn in de palliatieve zorgverlening geïnterviewd. Hieruit kwamen verschillende dingen naar voren. Allen waren het er over eens dat een groene omgeving, natuur of een park of bos bij het huis, patiënten erg zal aanspreken. Echter moet de voorziening wel goed bereikbaar zijn ook met het openbaar vervoer. Dit is eerste instantie voor de naasten van de patiënt, maar dit is ook belangrijk voor de hulpverleners die naar het low-care hospice moeten komen. Daarnaast moet er de mogelijkheid zijn voor de patiënt om naar buiten te gaan (eventueel in bed).

## **6.2 Personeel**

### **6.2.1 Huisarts**

Om het low-care hospice in Almelo te kunnen realiseren zijn er huisartsen nodig die de palliatieve patiënten begeleiden. Dit is ook opgenomen in het onderzoek dat is gehouden onder de huisartsen.

Van de dertig respondenten die hebben meegewerkt, zijn er zeven die hun patiënt niet willen blijven begeleiden wanneer deze in het low-care hospice in Almelo zullen verblijven. Een van de huisartsen die zijn patiënt niet meer wil begeleiden geeft aan dit altijd uit handen te geven. De overige huisartsen geven aan dat de afstand naar het low-care hospice in Almelo voor hen te groot is om de patiënt te kunnen blijven begeleiden (bijlage D).

Van alle huisartsen die hen patiënt niet blijven begeleiden is er slechts een die niet zelf een collega zal benaderen wanneer zijn patiënt in het low-care hospice in Almelo zal komen.

Daarnaast geven acht huisartsen uit Almelo aan, wel voor een collega uit de gemeentes te willen waarnemen wanneer deze niet zelf in staat zijn een patiënt te blijven begeleiden. De tien huisartsen uit Almelo die niet willen waarnemen voor een collega buiten Almelo hadden als belangrijkste reden dat de werkdruk te hoog was. Deze huisartsen hebben zelf veel terminale patiënten en deze patiënten kosten erg veel tijd. Daarnaast gaven drie huisartsen aan dat ze door begeleiding van terminale patiënten van collega's te veel vrije tijd zouden moeten inleveren (bijlage E).

### **6.2.2 Vrijwilligers**

Om vrijwilligers aan te trekken in het low-care hospice moet er worden geadverteerd in huis aan huis bladen/parochiebladen en dergelijke. Ook kunnen vrijwilligers via het VPTZ worden verkregen. Zij

hebben een groot bestand van vrijwilligers waar mensen bij zouden kunnen zitten die bereid zijn in het low-care hospice te komen helpen (G. Kievitsbosch, persoonlijke communicatie, 20 april 2009).

### **6.2.3 Betaalde krachten**

Onder betaalde krachten worden in eerste instantie de coördinatoren verstaan. De coördinator is er om verpleegkundig technische handelingen uit te voeren en moet hiervoor het diploma verzorgende IG (niveau 3) hebben. Er moet iedere dag een coördinator aanwezig zijn ter ondersteuning van de vrijwilligers, voor een low-care hospice met een omvang van vier bedden zijn er twee coördinatoren nodig (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009). Naast de coördinator moeten er verpleegkundigen zijn die oproepbaar zijn om de vrijwilligers eventueel 's nachts te kunnen ondersteunen (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

### **6.3 Opleiding**

Alle informatie betreffende opleidingen is te vinden bij het netwerk palliatieve zorg. De vrijwillige palliatieve thuiszorg (VPTZ) verzorgt deze trainingen namens het centrum. In paragraaf 6.4.5 wordt dieper ingegaan op wat de VPTZ voor een instelling kan betekenen.

### **6.4 Netwerk**

Om het low-care hospice te kunnen realiseren is er een netwerk nodig dat kan ondersteunen. Om erachter te komen of de instellingen die hiervoor in aanmerking komen bereid zijn om mee te werken, zijn mensen van deze instellingen geïnterviewd.

#### **6.4.1 Transferbureau ZGT Almelo**

Het transferbureau van ZGT Almelo staat achter het idee van een low-care hospice en wil meewerken om het hospice te kunnen realiseren. Het ZGT beschikt over een medisch technisch handelen team, dat apparatuur kan leveren, aansluiten en medische handelingen kan verrichten. Ook kan het ZGT zorgen voor bekendheid van het low-care hospice onder de terminale patiënten (R. van de Riet, persoonlijke communicatie, 8 april 2009).

#### **6.4.2 Zorgaccent TNWT**

Zorgaccent TNWT kan voor ondersteuning in het low-care hospice zorgen. Er zijn oproepkrachten die de zorg thuis verzorgen, die eventueel ook in het hospice zouden kunnen komen. De thuiszorgorganisatie heeft vaak te maken met patiënten die eigenlijk niet thuis zouden moeten blijven maar geen andere optie hebben. Zorgaccent TNWT geeft aan dat het aantal mantelzorgers de afgelopen jaren steeds meer afneemt. Dit betekent dat het steeds moeilijker wordt mensen thuis zorg te bieden die zij nodig hebben. Een low-care hospice is hiervoor een goed alternatief. De kosten voor een patiënt in het low-care hospice moeten wel laag zijn. Anders is het voor veel patiënten financieel niet mogelijk om in het hospice te verblijven (A. Nijhuis, persoonlijke communicatie, 24 april 2009).

#### **6.4.3 Verpleeg- verzorgingshuizen**

In Almelo zit verpleeghuis Trivium Meulenbelt en het verpleeghuis Eugeria, onderdeel van Reggeland zorgvoorzieners. Het Meulenbelt heeft zelf vier hospicebedden en geeft aan bijna altijd vier patiënten te hebben voor deze bedden. Vooral rond december is er sprake van wachtlijsten, Patiënten die op de wachtlijsten staan blijven vaak onnodig in het ziekenhuis. Verpleeghuis Eugeria heeft in het verleden ook een low-care hospice op willen zetten, wat destijds niet is gelukt. Echter besteden zij wel extra aandacht aan palliatieve zorg. Zij hebben een team opgeleid dat zich heeft gespecialiseerd in palliatieve terminale zorg. Het verpleeghuis zou kunnen ondersteunen betreffende zorg die geleverd wordt in het low-care hospice. Hiervoor in plaats willen zij wel inspraak in de zorgverlening (J. Eekhoorn, persoonlijke communicatie, 24 april 2009).

#### **6.4.4 Buurtzorg**

Buurtzorg is een thuiszorgorganisatie gevestigd in Almelo. Werknemers van buurtzorg zien steeds meer patiënten die thuis verblijven en eigenlijk naar een instelling zouden moeten. De mantelzorg neemt steeds meer af. De mantelzorgers zijn steeds minder in staat om de zorg voor terminale patiënten op zich te nemen. Wanneer het low-care hospice wordt gerealiseerd hebben vrijwilligers ondersteuning nodig van beroepskrachten die over die expertise beschikken. Ook zouden werknemers van buurtzorg kunnen helpen bij bepaalde medisch technische handelingen (S. Blom, persoonlijke communicatie, 27 maart 2009).

#### **6.4.5 Vrijwillige palliatieve terminale thuiszorg**

De VPTZ (vrijwillige palliatieve terminale thuiszorg) is een landelijke organisatie die ondersteuning biedt aan palliatieve zorgverleners. In heel Nederland bestaan verschillende stichtingen VPTZ die deze ondersteuning op regionaal niveau aanbieden. Almelo kent stichting VPTZ onder de naam vrijwillige terminale thuiszorg Almelo e.o. Deze stichting zorgt ervoor dat terminale patiënten in de laatste levensfase thuis kunnen blijven. Zij zitten momenteel echter ook met het probleem dat de mantelzorg steeds meer afneemt. Vrouwen werken tegenwoordig meer en families wonen verder van elkaar vandaan waardoor het leveren van mantelzorg niet mogelijk is. In het afgelopen jaar zijn er ook zeker tien patiënten naar het ziekenhuis gegaan die eigenlijk hospicezorg nodig hadden. Als stichting zouden zij kunnen helpen om de zorg te leveren die zij normaal gesproken thuis aan patiënten leveren. Daarnaast zorgt de stichting voor het scholen van vrijwilligers, zowel basisscholing en scholing voor coördinerende vrijwilligers. Dit kunnen zij ook voor het low-care hospice realiseren (R. Kikkert, persoonlijke communicatie, 22 april 2009).

#### **6.4.6 Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest-Twente**

Het Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest-Twente is er ter ondersteuning voor palliatieve zorgvoorzieningen. Zij beschikken over veel informatie en zouden kunnen helpen bij problemen en het opzetten van het low-care hospice. De werkgroep netwerk palliatieve zorg zou graag samenwerken bij het opzetten van het low-care hospice en deze combineren met een dagopvang voor terminale patiënten. De werkgroep is momenteel bezig om dagopvang voor terminale patiënten te realiseren. Via de dagopvang kan het low-care hospice bekendheid verkrijgen. Daarnaast is er dan een netwerk van ondersteunende organisaties dicht bij elkaar (G. Kievitsbosch, persoonlijke communicatie, 20 april 2009).

### **6.5 Deelconclusie**

Om een low-care hospice in Almelo te realiseren moet men weten hoe de organisatie er bij een dergelijke omvang uit ziet. Zijn de organisatorische randvoorwaarden aanwezig om een dergelijk low-care hospice te realiseren en zijn huisartsen desgewenst bereid een patiënt met een hospice indicatie te begeleiden. Alle organisaties waar contact mee is geweest geven aan voorstanders van een low-care hospice in Almelo te zijn. Wanneer er goede afspraken worden gemaakt is het haalbaar om een netwerk met beroepsmatige zorgverleners op te zetten. Daarnaast is het in een betrokken gemeenschap mogelijk om voldoende vrijwilligers te werven. De meeste huisartsen zijn bereid om hun patiënten te blijven begeleiden wanneer de patiënt wordt doorverwezen naar een low-care hospice in Almelo. Er zijn voldoende huisartsen die eventueel voor een andere patiënt waar willen nemen wanneer een huisarts de begeleiding niet mogelijk acht. Uit deze analyse kan worden geconcludeerd dat er aan de organisatorische randvoorwaarden kan worden voldaan.

## 7. Financiën

In hoofdstuk 4 zijn de kosten en inkomsten van een low-care hospice besproken. Op basis van die gegevens is er een financieringsvoorstel opgesteld om de exploitatiekosten te dekken. In dit hoofdstuk zal eerst worden nagegaan of het haalbaar is om alle inkomsten te verkrijgen en vervolgens zal een definitief financieringsplan worden opgesteld.

### 7.1 Inkomstenmogelijkheden low-care hospice Almelo

In tabel 2 is schematisch weergegeven met welke financieraders de kosten van het low care hospice in Almelo gedekt moeten worden. In de rest van hoofdstuk 7.2 is een uitgebreide toelichting te vinden bij iedere financieringsmogelijkheid.

Financieringsmogelijkheden ↓	Toelichting ↓	Inkomsten ↓
AWBZ	Niet mogelijk om als AWBZ instelling te worden erkend op de korte termijn.	--
PGB	Ter vergoeding van verpleging en verzorgingskosten	Rechtstreeks vanuit de patiënt aan leveranciers voldaan
Verzekering	€35 per patiënt per dag. Uitgaande van 20 patiënten per jaar met een gemiddelde verblijfsduur van 27 dagen komt dit uit op €18900 per jaar	€18.900
Subsidie	Subsidieregeling VWS; Salariskosten coördinator vermenigvuldigd met 11% voor de huisvestinglasten. $42.000 * 1.11 = 46.620$	€46.620
Stichting vrienden van	€25.000 per jaar	€25.000
Eigen bijdrage patiënten	€5, - per dag per patiënt. Uitgaande van 20 patiënten per jaar met een gemiddelde verblijfsduur van 27 dagen komt dit uit op €2700 per jaar	€2.700
Totaal	--	€93.220

Tabel 11: Inkomsten low-care hospice Almelo

#### 7.1.1 AWBZ

Binnen high-care hospices wordt de vergoeding van de AWBZ per bed vastgesteld. Bij een low-care hospice is er geen sprake van bedden, maar wordt de zorg extramuraal geboden en gefinancierd. Dit kan alleen met een gecontracteerde AWBZ-aanbieder. Wanneer het low-care hospice zelf deze middelen wil ontvangen moet het hospice als AWBZ instelling worden erkend. Het zorgkantoor ziet dit niet zitten gezien de geringe omvang en kwetsbaarheid van een low-care hospice (O. Noort, mondelinge communicatie, 29 april 2009). Andere optie is om aansluiting te zoeken bij een instelling die AWBZ vergoeding ontvangt. Om dit te kunnen realiseren zou er aansluiting kunnen worden

gezocht bij Carrint Reggeland zorgvoorzieners. Verpleeghuis Eugeria ziet wel wat in samenwerking en dit zou een mogelijkheid kunnen zijn.

Een intensief samenwerkingsverband om de kosten te kunnen dekken is aantrekkelijk maar maakt het low-care hospice ook erg afhankelijk. De visie van het Bijna Thuis Huis; een juiste omgeving voor de medemens om zoveel mogelijk zelf invulling te kunnen geven aan de laatste levensfase, komt door te veel afhankelijkheid al snel onder druk te staan. Het is daarom van belang om zo onafhankelijk mogelijk te zijn.

Een andere mogelijkheid om de AWBZ vergoeding te verkrijgen is aanspraak maken op het PGB. Wanneer het CIZ de indicatie heeft gesteld dat de patiënt recht heeft op palliatieve zorg, kan de patiënt hiervoor een persoonsgebonden budget aanvragen. De verzekerde ontvangt dan van het zorgkantoor een geldbedrag dat is gebaseerd op de geïndiceerde functies en klassen, of op een zorgzwaartepakket. Hiermee kan de patiënt zelf zijn zorg inkopen. Deze mogelijkheid zorgt ervoor dat het low-care hospice ondanks dat ze geen AWBZ instelling zijn toch de verzorging en verpleging via de AWBZ kunnen financieren. Ondanks dat dit een goede oplossing is voor het low-care hospice om de zorg te kunnen leveren aan de patiënten zonder zich direct bij een bestaande AWBZ instelling aan te sluiten, zit hier wel een nadeel aan. Dit is voor de patiënt meer werk. De patiënt moet namelijk administratie bijhouden over ingekochte zorg en zich jaarlijks verantwoorden aan het zorgkantoor. Dit kan een drempel zijn voor de patiënt om naar het low-care hospice te gaan. Wanneer het low-care hospice goede bekendheid heeft en goed loopt zal dit niet veel problemen geven. Echter is het low-care hospice een geheel nieuw concept. In Almelo weten niet veel toekomstige patiënten wat het precies inhoudt, het kan enige tijd duren voordat het low-care hospice deze bekendheid geniet. Een oplossing voor deze problemen zou zijn wanneer het low-care hospice zelf de administratie voor de patiënt doet. Wanneer het low-care hospice zelf een AWBZ instelling zou zijn zou er ook veel administratie zijn, wat een belangrijke overweging is.

### 7.1.2 Zorgverzekering

De aanvullende zorgverzekering van Menzis vergoedt €35, - per patiënt per dag dat deze in een hospice verblijft. In het low-care hospice in Almelo gaan we jaarlijks uit van 20 patiënten. Aangezien een patiënt gemiddeld 27 dagen in een low-care hospice verblijft, komt dit neer op  $(35 \cdot 27) \cdot 20 = €18.900$ . Hier zit wel een nadeel aan. Het plan is om een low-care hospice van 4 bedden te realiseren, dit is 2 bedden meer dan de officiële norm voorschrijft (zie paragraaf 2.4). Dit kan ervoor zorgen dat de verzekeraar niet voor vier personen wil uitkeren. Hier moeten van te voren duidelijke afspraken over worden gemaakt.

### 7.1.3 Subsidies

Op grond van de regeling palliatieve terminale zorg zijn subsidies beschikbaar voor het verlenen van vrijwillige palliatieve zorg in de bijna-thuis-huizen (bth's) en voor de coördinatie van de netwerken palliatieve zorg. Deze subsidie wordt verleend door het ministerie van VWS. Voor het low-care hospice kan er aanspraak worden gemaakt op de subsidie voor de coördinatie voor vrijwillige palliatieve terminale zorg en een subsidie voor de huisvestinglasten (Bijlage F). De subsidie voor de coördinatie van vrijwilligers wordt verleend op basis van het aantal patiënten dat in het bijna-thuis-huis worden opgenomen. Organisaties worden geacht een gedeelte van de kosten zelf op te brengen waardoor er een maximumbedrag per cliënt is opgenomen. Voor palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis is er een maximum van €3886, - per cliënt. Dit maximumbedrag geldt voor de totale subsidie, inclusief de toeslag voor huisvestinglasten. Er kan geen subsidie aangevraagd worden voor aanloopkosten. Alleen wanneer in deze periode daadwerkelijk cliënten zorg is verleend kan er een subsidie worden aangevraagd (Regeling palliatieve terminale zorg, 2008).

#### **7.1.4 Stichting**

In paragraaf 4.1 kwam naar voren dat ieder low-care hospice een stichting 'Vrienden van het hospice' heeft om een groot deel van de exploitatiekosten te dekken. Ook het low-care hospice in Almelo zal een 'Stichting vrienden van Hospice Almelo' op moeten zetten. Hierbij is het van belang dat het low-care hospice wordt erkend als een Algemeen Nut beogende Instelling zodat de giften voor de gever aftrekbaar zijn voor de belasting (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007). Een dergelijke stichting heeft een bestuur nodig die leden werft en bedrijven en instanties benadert om het low-care hospice te sponsoren. De Rotary club in Almelo is bereid een dergelijke stichting op te richten en staat garant voor een bijdrage vanuit giften van €25.000 euro per jaar.

#### **7.1.5 Eigen bijdrage**

De eigen bijdrage van de patiënten moet niet te hoog zijn om het low-care hospice voor alle patiënten toegankelijk te laten zijn. Toch moet een dergelijke bijdrage wel worden gevraagd om de financiering rond te kunnen krijgen. Een patiënt heeft in de thuissituatie ook kosten om in het levensonderhoud te voorzien. Zorgverleners in de palliatieve sector gaven aan dat sommige patiënten die tot de doelgroep behoren, over zeer weinig financiële middelen beschikken en dit zeker een drempel zou kunnen zijn (A. Nijhuis, persoonlijke communicatie, 24 april 2009). In het plan in hoofdstuk 4 is uitgegaan van €5,- per patiënt per dag. Aangezien er in plaats van 18 patiënten, jaarlijks 20 patiënten in het low-care hospice worden verwacht kan dit bedrag aangehouden worden.

## 7.2 Definitief financieringsplan low-care hospice Almelo

De vaste inkomsten en kosten zijn niet veranderd ten opzichte van het plan in hoofdstuk 4. De variabele inkomsten daarentegen bedragen meer dan begroot en meer dan de totale kosten. Volgens dit financieringsplan wordt er jaarlijks €2.220,- winst gemaakt. Het is niet de bedoeling om winst te maken, bij een low-care hospice moeten alle inkomsten worden besteed aan het hospice (Landelijk steunpunt VPTZ). Toch is het handig om een buffer te hebben wanneer het aantal patiënten toch tegenvalt, het overschot kan bij onvoorzien worden opgeteld. Dit kan gebruikt worden wanneer het patiëntenaantal op jaarbasis ondanks de verwachtingen tegenvalt. Of wanneer vaste lasten hoger uitvallen dan verwacht.

	<b>Kosten</b>	<b>Inkomsten</b>
Vaste kosten/inkomsten	Kosten pand €34.000,-	Stichting vrienden van €25.000,-
	Bestuurskosten €500,-	
	Kosten accountant €2.000,-	
	Kosten verzekering €2.000,-	
	Kosten PR €1.000,-	
	Onvoorzien (+extra inkomsten) €2.720,-	
Variabele kosten/inkomsten	Verpleeg- en Verzorgingskosten Kosten niet bekend	AWBZ Kosten niet bekend
	Salariskosten coördinator (incl. werkgeverslasten) 2*20uur per week €42.000,-	Subsidie €46.620,-
	Huishoudelijke kosten €4.000,-	Verzekering €18.900,-
	Onkosten vrijwilligers €3.500,-	Eigen bijdrage €2.700,-
	Kosten werving En training vrijwilligers €1.500,-	
Totaal per jaar	Totaal €93.220,-	Totaal €93.220,-

Tabel 12: vaste kosten versus vaste inkomsten; definitief.

## 8. Conclusies

Als uitgangspunt van het onderzoek moest de volgende hoofdvraag beantwoordt worden:

Bestaat de behoefte naar een low-care hospice in Almelo en is het financieel haalbaar om dit te realiseren?

Deze hoofdvraag moet beantwoord worden aan de hand van drie deelvragen die alle drie uit verschillende subdeelvragen bestaan. Deze deelvragen zullen kort worden behandeld om uiteindelijk conclusies te trekken betreffende haalbaarheid van het low-care hospice in Almelo.

- *Is er behoefte aan een low-care hospice in Almelo?*
  - *Hoeveel patiënten zijn er (of zouden er moeten zijn) jaarlijks in het verzorgingsgebied met een low-care hospice indicatie? (hoeveel bedden zouden er moeten komen)*
  - *Wat is de gemiddelde verblijfsduur van patiënten in een low-care hospice en hoeveel patiënten verblijven er jaarlijks gemiddeld in een hospicebed?*
  - *Hoeveel hospices zijn er momenteel gevestigd in het verzorgingsgebied?*

In het onderzoek komt naar voren dat er minimaal 20 patiënten zijn die jaarlijks in aanmerking komen om naar het low-care hospice te gaan. Aangezien patiënten gemiddeld 27 dagen in een low-care hospice verblijven en hospices voor 70% bezet zijn, verblijven er jaarlijks gemiddeld 9 patiënten in één hospicebed. Dit betekent dat er 2 hospicebedden nodig zouden zijn voor 20 patiënten. Echter is er ook sprake van een dubbele vergrijzing wat het wenselijk maakt, indien financieel haalbaar, om een low-care hospice met 4 bedden te realiseren. In het verzorgingsgebied is momenteel al wel één hospice gevestigd met vier bedden. Dit is echter een high-care hospice en het onderzoek betreft een low-care hospice.

- *Hoe ziet de organisatie er bij een dergelijke omvang uit?*
  - *Zijn huisartsen desgewenst bereid een patiënt met een low-care hospice indicatie in Almelo te blijven begeleiden of zijn hier alternatieven voor?*
  - *Wat zijn de organisatorische randvoorwaarden om een dergelijk low-care hospice te realiseren?*

In het verzorgingsgebied zijn er voldoende huisartsen bereid patiënten te blijven begeleiden wanneer deze in het hospice terechtkomen. De meeste huisartsen willen zorg blijven dragen voor de eigen patiënten. Voor degenen die dit niet willen of hier niet toe in staat zijn, is er voldoende opvang vanuit huisartsen uit Almelo die dit over willen nemen.

De vijf belangrijkste organisatorische randvoorwaarden zijn; de medische middelen, huisvesting, personeel, opleiding en netwerk. In het verzorgingsgebied zijn er voldoende medewerkers van palliatieve zorginstellingen bereid gevonden om samen te werken waardoor aan deze randvoorwaarden kan worden voldaan.

- *Is het realiseren van een dergelijk low-care hospice financieel haalbaar?*
  - *Wat zou een dergelijk low-care hospice gaan kosten?*
  - *Welke mogelijkheden zijn er om die kosten te vergoeden?*

Het onderzoek wijst uit dat de exploitatiekosten van een low-care hospice jaarlijks €91.000,- bedragen. Exclusief de verpleegkosten, deze moeten worden vergoed door het persoonsgebonden budget die patiënten zelf moeten aanvragen. Deze kosten kunnen worden vergoed door de subsidie van het ministerie van VWS, bijdrage van de stichting Vrienden van Hospice Almelo, zorgverzekering



van patiënten en een eigen bijdrage van de patiënten. Om geen financiële problemen te krijgen moeten er wel afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar. Dit aangezien het low-care hospice ervoor zorgt dat er in het verzorgingsgebied meer hospicebedden zijn dan de officiële norm voorschrijft. Deze manier van financieren zorgt ervoor dat het low-care hospice een onafhankelijke instelling blijft. Deze onafhankelijkheid is erg belangrijk aangezien dit ervoor zorgt dat de belangrijkste doelstelling van een low-care hospice, een juiste omgeving voor de patiënt om zoveel mogelijk zelf invulling te kunnen geven aan de laatste levensfase, bewaard blijft.

Uit de antwoorden van de deelvragen blijkt dat; er behoefte is aan een low-care hospice met 4 bedden, de organisatorische randvoorwaarden in het verzorgingsgebied aanwezig zijn en de financiering van het low-care hospice mogelijk is. Dit betekent dat de hoofdvraag bevestigend kan worden beantwoord. In het verzorgingsgebied is behoefte aan een low-care hospice en deze is financieel te realiseren.

## 8.1 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek kunnen er verschillende aanbevelingen worden gedaan.

Er moet voldoende aandacht worden besteed aan publiciteit voor het low-care hospice. Het concept is nog tamelijk onbekend in het verzorgingsgebied, men denkt bij een hospice vaak aan een verpleeghuis. Hier moet verandering in komen wanneer het low-care hospice een goed bestaansrecht wil krijgen. Een samenwerkingsverband met de dagopvang voor palliatieve patiënten, dat de werkgroep netwerk palliatieve terminale zorg aan het realiseren is, zou hier een rol in kunnen spelen. Vanuit deze dagopvang kan er actieve voorlichting worden gegeven over het low-care hospice. Ook moeten er folders beschikbaar zijn die huisartsen en artsen in het ziekenhuis aan de terminale patiënten kunnen verstrekken. Er moet een internetsite komen met informatie. Wanneer het low-care hospice daadwerkelijk wordt gerealiseerd kunnen er ook voorlichtingsavonden worden gehouden om de inwoners in te lichten.

De rol van vrijwilligers in het low-care hospice is heel groot, zonder hen is het onmogelijk om het hospice te realiseren. Verzorg ieder jaar een gezellige avond voor deze mensen om duidelijk te maken dat het werk op prijs wordt gesteld.

De locatie moet goed bereikbaar zijn, dit is zowel voor de naasten als voor de hulpverleners een belangrijk punt. Daarnaast is een ruime locatie met veel groen een voorwaarde voor het low-care hospice.

Om de onafhankelijkheid van het low-care hospice zoveel mogelijk te kunnen waarborgen moeten er goede afspraken worden gemaakt met organisaties om samen te werken. De thuiszorgorganisaties komen hier het beste voor in aanmerking. Langdurige samenwerking met een instelling (Eugeria) zorgt ervoor dat de onafhankelijkheid eerder in gevaar komt aangezien een dergelijke instelling meer wil inbrengen.

Bij het realiseren van het low-care hospice moet altijd de nadruk liggen op de belangrijkste doelstelling van een low-care hospice; een juiste omgeving voor de medemens om zoveel mogelijk zelf invulling te kunnen geven aan de laatste levensfase. Bij iedere beslissing die gemaakt moet worden in het belang van het low-care hospice moet er rekening worden gehouden met deze doelstelling.

## 10. Referenties

Agora, ondersteuningspunt palliatieve terminale zorg (z.d.) Verkregen op 9 maart 2009 van:  
<http://www.palliatief.nl/ZorgKiezen/Perprovincie/Overijssel/tabid/2303/Default.aspx>

Almelo in cijfers (2008). Verkregen op 21 april 2009 van:  
<http://almelo.buurtmonitor.nl/>

Almelo, jaarverslag (2007). Verkregen op 20 april 2009 van:  
<http://www.almelo.nl/Bestanden/ontdek%20almelo/Feiten%20en%20cijfers/almelo%20in%20cijfers/jaarcijfers2007/BEVOLKING.pdf>

AWBZ Zorg aanvragen (z.d.). Verkregen op 20 april 2009 van:  
<http://www.menzis Zorgkantoren.nl/web/Consumenten/ZorgAanvragen/AWBZ-zorgAanvragen.htm>

Babbie E. (2007), *The practice of social research*, 11th edition. Wadsworth, Thomson learning, Inc.

Boynlon, A.C., and Zmud, R.W. 1984. "An Assessment of Critical Success Factors," *Sloan Management Review* (25:4), pp. 17-27.

Buuse van den S., Verwijen R.(2009). Registratieonderzoek, VPTZ Registratie 2007. Verkregen op 3 juni 2010 van:  
[http://www.vptz.nl/pdf/registratierapport\\_2007.pdf](http://www.vptz.nl/pdf/registratierapport_2007.pdf)

Campen C. van (2008) *Grijswaarden*. Verkregen op 20 april 2009 van:  
<http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9789037703764/Grijswaarden.pdf>

CBS; kerncijfers van de bevolkingsprognose (z.d.) Verkregen op 20 april 2009 van:  
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71867NED&D1=2-3,5-6&D2=0&D3=0-2,7,12,17,22,27,32,37,I&VW=T>

CIZ; indicatiewijzer (2010). Verkregen op 25 mei 2010 van:  
<http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6175>

Davies E. (2004) *What are the palliative care needs of older people and how might they be met?* Verkregen op 4 maart 2009 van:  
[http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/palliative/20040722\\_4](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/palliative/20040722_4)

Davies E., Jigginson I. J. (2004) *Palliative care, the solid facts*. Verkregen op 9 maart 2009 van:  
<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>

Dossier palliatieve zorg (z.d.). Verkregen op 24 juni 2010 van:  
<http://www.nivel.nl/palliatief/>

Francke A.L., D.L.Willems. *Palliatieve zorg vandaag en morgen. Feiten, opvattingen en scenario's*. Maarssen: Elseviers gezondheidszorg, 2000.

Gans S., A. Rhebergen, K. van der Rijd. *Ervaringen van huisartsen met palliatieve zorg voor mensen met kanker*. *Nederlands Tijdschrift voor palliatieve Zorg*, 2002; 2: 77-83.

Gemeente Tubbergen, (z.d.). Verkregen op 23 april 2009 van:  
<http://www.tubbergen.nl/content.jsp?objectid=12876>

Gemeente Twenterand (z.d.). Verkregen op 23 april 2009 van:  
[www.Twenterand.nl](http://www.Twenterand.nl)

Geurts P. (1999) *Van probleem naar onderzoek*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Goldsteen M., I. Proot, H. Huijer Abu-Saad, G. Widdershoven. Goed sterven. Normatieve opvattingen, attitudes en behoeften van thuisverblijvende terminale patiënten en hun mantelzorgers rond het stervensproces. COPZ Maastricht/Universiteit Maastricht. Universiteit Maastricht: Capaciteitsgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, 2002.

Hospice de oase (z.d.) Verkregen op 22 april 2009 van:  
<http://www.hospicedeoase.nl/OASE/goto703.aspx>

Hospice Noetsele, (z.d.). Verkregen op 9 maart 2009 van:  
<http://www.hospice-noetsele.nl/Vrijwilligers.html>

Jacobshospice, (z.d.). Verkregen op 20 april 2009 van:  
<http://www.bijnathuishuis.nl/kosten.htm>

Landelijk steunpunt VPTZ(2007). *Stappenplan voor het opzetten van een hospice*. Bunnik: Landelijk steunpunt VPTZ.

Masterplan Almelo, gemeente Almelo (2004). Verkregen op 2 maart 2009 van:  
<http://www.almelo.nl/masterplan/>

*Menzis vergoedingen (z.d.). Verkregen op 2 juni 2010 van:*  
<http://www.menzis.nl/web/Consumenten/Vergoedingen/ZoekenOpVergoeding/Hospice.htm>

Miller, S.C. (2010). A Model for Successful Nursing Home–Hospice Partnerships JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Vol. 13; No 5, 2010.

Mistiaen P, Hasselt T.J. van, Francke A.L. (2006) *Monitor Palliatieve Zorg*. Utrecht: NIVEL.

Netwerk palliatieve zorg (z.d.). Verkregen op 9 maart 2009 van:  
<http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Zorgkiezen/tabid/55/Default.aspx>

Netwerk palliatieve zorg noordoost Twente (z.d.). Verkregen op 9 maart 2009 van:  
<http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/noordwesttwente/Deregio/tabid/3097/Default.aspx>

NIVEL, Verscheidenheid en capaciteitsbenutting in palliatieve terminale zorgvoorzieningen, (2004). Verkregen op 3 maart 2009 van:  
<http://www.uitvaart.nl/docs/Rapport%20Nivel%20Verscheidenheid%20en%20capaciteit.pdf>

Palliatieve zorg, *hospice of bijna-thuis-huis* (z.d.). Verkregen op 4 maart 2009 van:  
[http://www.palliatievezorg.nl/page\\_828.html](http://www.palliatievezorg.nl/page_828.html)

Persoonsgebondenbudget (z.d.). Verkregen op 23 april 2009 van:  
<http://www.pgb.cvz.nl/>

Peter, P.S.H.M., Aben, K.K.H. *Zorgen voor een goed levenseinde; een verkenning van palliatieve terminale zorg in Gelderland*. WZC: Reeks No 9; Juli 2004

Regeling palliatieve en terminale zorg (2008). Verkregen op 24 april 2009 van:  
<http://www.minvws.nl/brieven/lz/2007/regeling-palliatieve-en-terminale-zorg-2008.asp>

Rodriguez OL, Heide A van der, Rijt CCD van der, Rhebergen A. Ervaringen van huisartsen met palliatieve zorg in de regio Nieuwe Waterweg Noord. Rotterdam: COPZ-R, 2000. In: Francke AL, Willems DL. Palliatieve zorg vandaag en morgen: feiten, opvattingen en scenario's. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.

Shadish S.R., Cook C.D., Campbell D.T. (2002). *Experimental and Quasi experimental Design, for generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Spettel C.M., Rawlins W.S. A comprehensive Case Management Program To Improve Palliative Care. JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Vol 12; No 9, 2009

Statistisch jaaroverzicht Almelo (2007). Verkregen op 22 april 2009 van:  
<http://www.almelo.nl/Smartsite.shtml?id=52388>

Stichting voorlichting palliatieve zorg (z.d.). Verkregen op 20 april 2009 van:  
[www.palliatievezorg.nl](http://www.palliatievezorg.nl)

VPTZ Nederland (z.d.). Verkregen op 24 april 2009 van:  
[www.vptz.nl](http://www.vptz.nl)

Wierden in cijfers, (2009). Verkregen op 23 april 2009 van:  
<http://www.wierden.nl/smartsite.html?ch=DEF&id=76>

ZonMw, Lancunes in de palliatieve zorg (2005). Verkregen op 2 maart 2009 van:  
<http://www.uitvaart.nl/docs/Inventarisatie%20ZonMw%202005.pdf>

Zorgverzekeraars Nederland (z.d.). Verkregen op 1 juni 2010 van:  
[http://www.zn.nl/de\\_branche/zorgkantoren/adressen/arnhem\\_twente.asp](http://www.zn.nl/de_branche/zorgkantoren/adressen/arnhem_twente.asp)

## 11. Bijlagen

### Bijlage A; Aantal inwoners verzorgingsgebied

#### Aantal inwoners van het verzorgingsgebied

Plaats	Aantal inwoners
Almelo	72.280
Wierden	23.440
Gemeente Tubbergen	20.800
Gemeente Twenterand	33.400

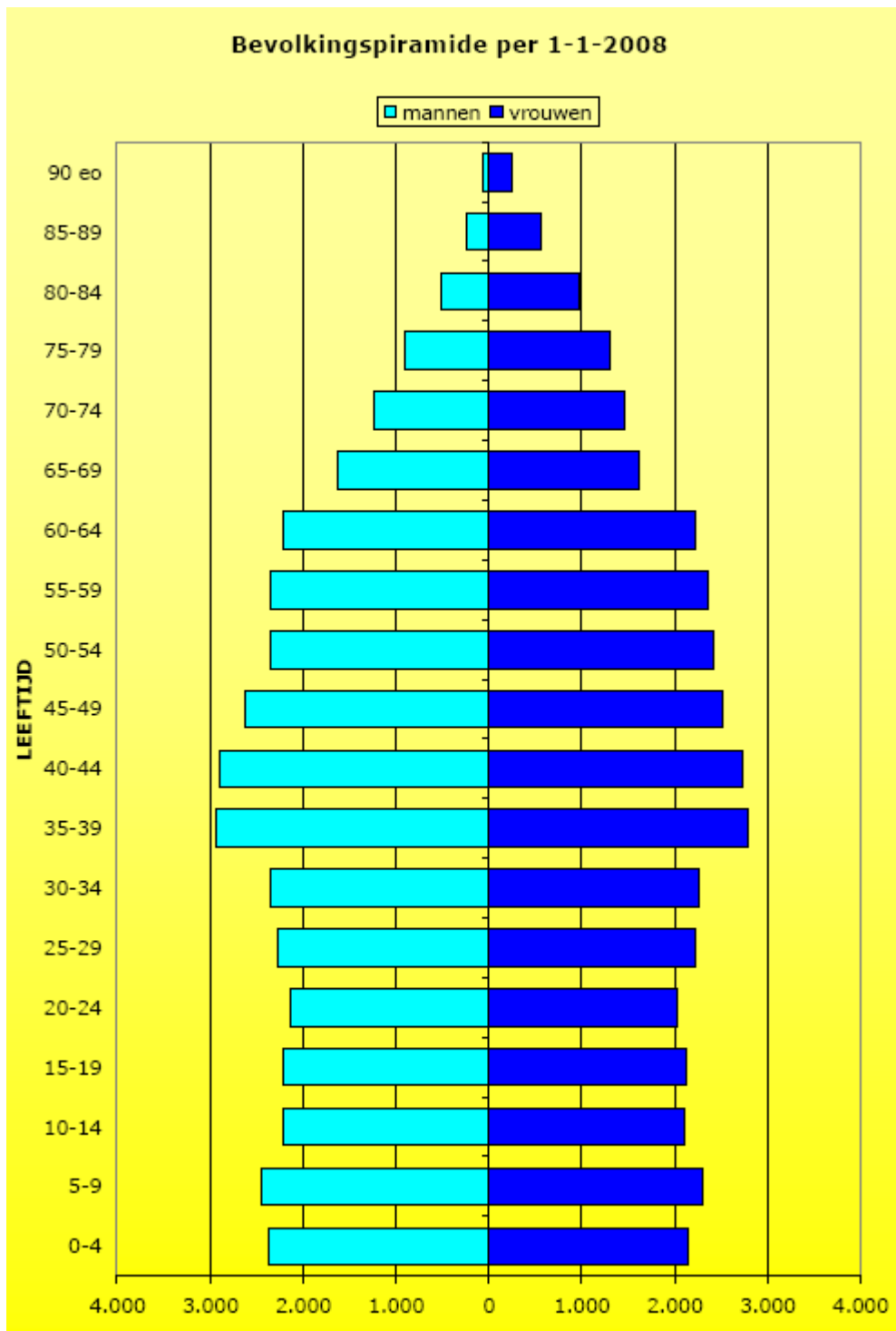
(Statistisch jaaroverzicht Almelo, 2007)

(Wierden in cijfers, 2009)

(Gemeente Tubbergen, z.d.)

(Gemeente Twenterand, z.d.)

## Bijlage B; Bevolking Almelo



(Statistisch jaaroverzicht Almelo, 2007)

### Bijlage C; Exploitatiekosten low-care hospice

Kosten		
Salariskosten (incl. werkgeverslasten)		
coördinator 2X 20 uur per week	€	42.000
Kosten werving en training vrijwilligers	€	1.500
Onkosten vrijwilligers	€	3.500
Bestuurskosten	€	500
Kantoorkosten	€	1.000
Kosten accountant	€	2.000
Kosten verzekering	€	2.000
Hypotheekrente	€	24.000
Gas, water, elektra	€	8.000
Huishoudelijke kosten	€	4.000
Overige huisvestingskosten	€	1.000
Kosten PR	€	1.000
Onvoorzien	€	500
Totale kosten	€	91.000

(Landelijk steunpunt VPTZ, 2007)

**Bijlage D; Eigen patiënt blijven begeleiden/ waarom wel of niet**

**n welke plaats of gemeente men werkt \* Eigen patiënt blijven begeleiden in het hospice in Almelo Crosstabulation**

Count

		Eigen patiënt blijven begeleiden in het hospice in Almelo		Total
		Ja	Nee	
In welke plaats of gemeente men werkt	Almelo	18	0	18
	Gemeente Tubbergen	2	0	2
	Gemeente Twente-Rand	2	5	7
	Wierden	1	2	3
Total		23	7	30

**Zelf een collega benaderen wanneer men zelf niet wil/kan begeleiden \* Eigen patiënt blijven begeleiden in het hospice in Almelo Crosstabulation**

Count

		Eigen patiënt blijven begeleiden in het hospice in Almelo		Total
		Ja	Nee	
Zelf een collega benaderen wanneer men zelf niet wil/kan begeleiden	Ja	0	6	6
	Nee	0	1	1
	n.v.t.	23	0	23
Total		23	7	30



**Bijlage E; Waarnemen voor een college buiten Almelo/ waarom wel of niet.**

**In welke plaats of gemeente men werkt \* Waarnemen voor een collega buiten Almelo  
Crosstabulation**

Count

		Waarnemen voor een collega buiten Almelo			Total
		Nee	Ja	Ik ben werkzaam in de gemeente Tubbergen/ Twente Rand of Wierden	
In welke plaats of gemeente men werkt	Almelo	10	8	0	18
	Gemeente Tubbergen	0	0	2	2
	Gemeente Twente-Rand	0	0	7	7
	Wierden	0	0	3	3
Total		10	8	12	30

**Waarnemen voor een collega buiten Almelo \* Waarom niet waarnemen voor een collega buiten almelo Crosstabulation**

Count

		Waarom niet waarnemen voor een collega buiten almelo			Total
		Al te veel patiënten/ Werkdruk te hoog	Kost te veel vrije tijd	n.v.t.	
Waarnemen voor een collega buiten Almelo	Nee	7	3	0	10
	Ja	0	0	8	8
	Ik ben werkzaam in de gemeente Tubbergen/Twente Rand of Wierden	0	0	12	12
Total		7	3	20	30

## **Bijlage F; Subsidies vanuit de overheid.**

### Artikel 8

De minister kan jaarlijks op aanvraag een instellingssubsidie verstrekken voor het verlenen van thuisvervangende palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis.

### Artikel 9

De minister stelt jaarlijks het subsidieplafond vast voor instellingssubsidies voor palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis.

### Artikel 10

1. Het beschikbare bedrag voor instellingssubsidies voor palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis wordt verdeeld met de formule

$$A + 1,11 * ((B/C) * E)$$

Waarbij wordt verstaan onder de letter:

A: voor de instellingssubsidie voor de jaren 2008 en 2009 respectievelijk 85% en 60% van het bedrag van de instellingssubsidie die de desbetreffende instelling op grond van de Regeling terminale en palliatieve zorg 2007 is verleend ten behoeve van palliatieve terminale zorg;

B: het aantal personen waaraan in de referentieperiode door de instelling palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis is verleend;

C: het totaal aantal personen waaraan in de referentieperiode palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis is verleend door alle instellingen waaraan een instellingssubsidie voor thuisverplaatste palliatieve terminale zorg wordt verstrekt;

E: het beschikbare bedrag voor instellingssubsidies voor thuisverplaatste palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis zoals bedoeld in artikel 9, in 2008 en 2009 verminderd met respectievelijk 85% en 60% van het bedrag van de instellingssubsidies die aan alle instellingen op grond van de Regeling terminale en palliatieve zorg 2007 is verleend ten behoeve van palliatieve terminale zorg.

2. De totale instellingssubsidie verminderd met A bedraagt maximaal €3.886 per persoon waaraan in de referentieperiode door de instelling palliatieve terminale zorg in een bth is verleend.

3. Instellingen die, in aanvulling op subsidie voor palliatieve terminale zorg in een bijna-thuis-huis, subsidie aanvragen voor palliatieve terminale zorg in de thuissituatie of high care hospice ontvangen slechts één maal het bedrag zoals bedoeld in het eerste lid onder de letter A.

(Regeling palliatieve en terminale zorg, 2008)

## Bijlage G; Kosten en baten, exploitatie reguliere jaren.

Kosten	Baten
Salariskosten (incl. werkgeverslasten	Subsidieregeling VWS € 46.620
coördinator 2X 20 uur per week € 42.000	Eigen bijdrage patiënten € 2.700
Kosten werving en training vrijwilligers € 1.500	Stichting 'Vrienden Hospice Almelo' € 25.000
Onkosten vrijwilligers € 3.500	Bijdrage zorgverzekering € 18.900
Bestuurskosten € 500	
Kantoorkosten € 1.000	
Kosten accountant € 2.000	
Kosten verzekering € 2.000	
Hypotheekrente € 24.000	
Gas, water, elektra € 8.000	
Huishoudelijke kosten € 4.000	
Overige huisvestingskosten € 1.000	
Kosten PR € 1.000	
Onvoorzien € 2.720	
Totaal kosten € 93.220	Totaal baten € 93.220

(Landelijk steunpunt VPTZ, 2007)

### Berekening baten

- Subsidieregeling VWS; Salariskosten coördinator vermenigvuldigd met 11% voor de huisvestingslasten.  $42.000 \times 1.11 = 46.620$
- Eigenbijdrage patiënten; Uitgaande van €75, - per week per patiënt. Is een maandelijkse bijdrage van €300, - per patiënt. Komt op een totaalbedrag voor 4 patiënten per jaar:  
 $(300 \times 4) \times 12 = 14.380$
- Stichting 'Vrienden Hospice Almelo'; Hier wordt de bijdrage van de vrienden meegenomen, giften en donaties van bedrijven en particulieren en bijdrages van serviceclubs en dergelijke.

## Bijlage H: Enquête huisartsen

Enquête huisartsen.

(gelieve de juiste antwoorden te markeren)

1. In welke plaats/gemeente bent u werkzaam?
  - a) Almelo
  - b) Gemeente Tubbergen
  - c) Gemeente Twente-Rand
  - d) Wierden
  
2. Hoeveel patiënten verwijst u jaarlijks door naar een hospice?
  - a) Nooit (ga door naar vraag 4)
  - b) 1-3
  - c) 4-6
  - d) 7 keer of vaker
  
3. Naar welk hospice verwijst u patiënten door?
  - a) Hospice Noetsese (Hellendoorn)
  - b) Leonardus Hospice Twente (Hengelo)
  - c) Roparun hospice trivium (Hengelo)
  - d) Meulenbelt (Almelo)
  - e) Anders namelijk.....
  
4. Hoeveel patiënten met een hospice indicatie worden jaarlijks doorverwezen naar het ziekenhuis?
  - a) Nooit
  - b) 1-2
  - c) 3-4
  - d) 5-6
  - e) 7 of meer
  
5. Is er vanuit de patiënt of zijn naasten vraag naar een low-care hospice?
  - a) Ja maandelijks
  - b) Ja een paar keer per jaar
  - c) Heel af en toe
  - d) Nee nooit
  
6. Is een low-care hospice in Almelo gewenst?
  - a) Ja
  - b) Nee
  
7. Kunt u aangeven waarom u wel of juist geen noodzaak ziet tot een low care hospice?

.....

.....

.....

.....

.....
  
8. Hoeveel patiënten heeft u jaarlijks met een low-care hospice indicatie?
  - a) 0-3
  - b) 4-6

- c) 7-9
- d) 10 of meer

9. Wanneer het low-care hospice in Almelo wordt gerealiseerd zou u patiënten dan doorverwijzen naar dit hospice?  
a) Ja  
b) Nee, omdat .....

.....

.....

10. Bent u bereid voor een collega uit de gemeente Tubbergen/Twente-Rand of Wierden waar te nemen wanneer zij patiënten niet meer kunnen begeleiden indien zij naar een hospice in Almelo worden doorverwezen?  
a) Nee  
b) Ja (ga door naar vraag 12)  
c) Ik ben werkzaam in de gemeente Tubbergen/Twente-Rand of Wierden (ga door naar vr.12)

11. Zou u kunnen aangeven waarom u niet voor een collega waar zou willen nemen om een patiënt in het hospice te begeleiden?  
a) Ik heb al te veel patiënten  
b) Ik sta niet achter het idee van een low-care hospice en wil mij hier niet voor inzetten  
c) Anders namelijk.....

12. Bent u bereid zelf uw patiënt te blijven behandelen/begeleiden indien deze naar een hospice in Almelo zou worden doorverwezen?  
a) Ja (ga door naar vraag 14)  
b) Nee

13. Zou u kunnen aangeven waarom u de patiënt niet meer kan of wilt begeleiden wanneer hij of zij naar een hospice in Almelo zou worden doorverwezen?

.....

.....

.....

.....

14. Zou u zelf een collega benaderen om u patiënt te begeleiden wanneer u dat niet zelf wilt/ toe in staat bent?  
a)Ja  
b)Nee

15. Heeft u zelf nog suggesties of opmerkingen?

.....

.....

.....

.....

.....

Dit waren de vragen van de enquête, hartelijk dank voor uw medewerking.