

Low-care hospice in Almelo



M.A. Lieferink
Enschede, april 2009

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 2009

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. 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. Om deze haalbaarheid te bestuderen moet er duidelijkheid worden verkregen over de behoefte naar een dergelijke voorziening, de middelen die hiervoor nodig zijn en de financiële kant moet in kaart worden gebracht.

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. Er zijn verschillende instellingen die deze zorg verlenen. Rond het verzorgingsgebied zijn tien verschillende locaties te vinden waar palliatieve zorg wordt verleend, er is echter maar één locatie in het verzorgingsgebied gevestigd. Dit is het hospice Het Meulenbelt in Almelo dat beschikt over vier bedden. De standaardmaat voor het aantal beschikbare plaatsen is vier bedden per 100.000 inwoners. In het verzorgingsgebied moeten, gezien het aantal inwoners, eigenlijk zes plaatsen zijn voor terminale patiënten. Daarnaast, rekening houdend met de vergrijzing, kan vastgesteld worden dat er meer plaatsen voor terminale patiënten beschikbaar moeten zijn.

Een low-care hospice moet beschikken over veel ruimte, het moet een ruim gebouw zijn, liefst midden in de natuur. Om het hospice te realiseren is het belangrijk dat verschillende organisaties hier aan mee willen werken. Hierbij kan gedacht worden aan thuiszorg en verpleeghuizen maar ook het netwerk palliatieve zorg. Ook moeten er huisartsen bereid worden gevonden om de patiënt te begeleiden. Naast deze inhoudelijke voorwaarden die nodig zijn om het hospice te realiseren moeten er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn. De verpleeg- en verzorgingskosten kunnen door de AWBZ worden gefinancierd. Overige kosten moeten uit subsidies, sponsoring en de eigen bijdrage van de patiënt komen.

De behoefte aan het low-care hospice is vastgesteld naar aanleiding van een enquête afgenomen van huisartsen in het verzorgingsgebied. De helft van de 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 dit low-care hospice. 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 over vier bedden zal moeten beschikken.

Om duidelijkheid te verkrijgen over wat er nodig is om een hospice te realiseren is er contact geweest met 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 hen 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 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 |
| 1. Inleiding | 8 |
| 1.1 Achtergrond..... | 8 |
| 1.2 Onderzoeksvraag | 8 |
| 1.3 Methoden van onderzoek | 9 |
| Deel 2: Theoretisch kader | 11 |
| 2. Palliatieve zorgverlening. | 11 |
| 2.1 Palliatieve zorg..... | 11 |
| 2.2 Palliatieve zorgvoorzieningen..... | 11 |
| 2.2.1 Hospices | 11 |
| 2.2.2 Vrijwilligersorganisaties | 12 |
| 2.2.3 Consultatieteams | 12 |
| 2.3 Patiënten..... | 13 |
| 2.4 Huidige situatie..... | 14 |
| 2.4.1 Vrijwilligersorganisaties | 14 |
| 2.4.2 Hospices | 15 |
| 3. Middelen | 17 |
| 3.1 Vestiging van een low care hospice..... | 17 |
| 3.2 Vrijwilligers | 17 |
| 3.3 Betaalde krachten..... | 17 |
| 3.4 Medische Middelen | 18 |
| 3.5 Netwerk | 18 |
| 4. Financiering | 19 |
| 4.1 Financiering low-care hospice | 19 |
| 4.2 AWBZ | 19 |
| 4.3 Subsidies | 20 |
| 4.4 Stichting | 20 |
| 4.5 Eigen bijdrage | 20 |
| Deel 3: Analyse | 21 |
| 5. Behoeft hospice..... | 21 |
| 5.1 Respons..... | 21 |

| | |
|--|----|
| 5.2 Noodzaak low care hospice | 22 |
| 5.2.1 Geen noodzaak..... | 22 |
| 5.2.2 Misschien noodzaak | 23 |
| 5.2.3 Noodzaak tot een low-care hospice..... | 24 |
| 5.4 Aantal patiënten | 24 |
| 5.3 Behoeft low-care hospice vanuit de patiënt | 24 |
| 5.5 Deelconclusie..... | 25 |
| 6. Middelen | 26 |
| 6.1 Locatie/ huisvesting..... | 26 |
| 6.2 Vrijwilligers | 26 |
| 6.3 Netwerk | 26 |
| 6.3.1 Transferbureau ZGT Almelo | 26 |
| 6.3.2 Zorgaccent TNWT | 26 |
| 6.3.3 Verpleeg- verzorgingshuizen..... | 26 |
| 6.3.4 Buurtzorg..... | 27 |
| 6.3.5 Vrijwillige palliatieve terminale thuiszorg..... | 27 |
| 6.3.6 Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest-Twente..... | 27 |
| 6.4 Huisartsen..... | 27 |
| 6.5 Deelconclusie..... | 28 |
| 7. Financiën | 29 |
| 7.1 AWBZ | 29 |
| 7.2 Subsidies | 29 |
| 7.3 Stichting | 30 |
| 7.4 Eigen bijdrage | 30 |
| 7.5 Financiering low-care hospice Almelo..... | 30 |
| 8. Conclusies..... | 31 |
| 8.1 Aanbevelingen | 31 |
| 10. Referenties | 33 |
| 11. Bijlagen | 35 |

Deel 1: Onderzoeksopzet

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

De stad Almelo is groot geworden door de industrie, echter is Almelo zich in de loop van de jaren 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, echter veranderde Almelo tegelijkertijd 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).

Er is echter een belangrijk aspect waar in dit plan te weinig rekening mee is gehouden; de palliatieve zorgverlening. 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. Dit is de reden dat de Rotary clubs van Almelo het initiatief heeft genomen om de haalbaarheid van een low-care hospice te bestuderen.

1.2 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in hoeverre het haalbaar is om een hospice in Almelo te realiseren. Om hier een duidelijk beeld over te verkrijgen zal er ingegaan worden op de behoefte en het daarop te baseren aanbod. Daarnaast zal er gekeken worden naar de financiële haalbaarheid van het hospice in Almelo. Het gaat hierbij niet om de investeringskosten, het onderzoek zal zich enkel richten op de exploitatiekosten. Er zal onderzocht worden of de bedden via de AWBZ kunnen worden gefinancierd. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan moet er naar alternatieven worden gezocht. Het hospice dat er moet komen zal gaan beschikken over 4 tot 6 plaatsen voor patiënten. Het is de bedoeling duidelijk te krijgen hoeveel patiënten met een hospice indicatie er gemiddeld zijn in het verzorgingsgebied. Daarnaast moet er gekeken worden in hoeverre de huisartsen van de patiënten bereid zijn om de patiënt te blijven begeleiden in het 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 deze te realiseren? |
|--|

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de onderstaande deelvragen geformuleerd.

- Is er behoefte aan een hospice in Almelo?
 - Hoeveel patiënten zijn er (of zouden er moeten zijn) jaarlijks in het verzorgingsgebied met een hospice indicatie? (hoeveel bedden zouden er moeten komen)
 - 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 hospice indicatie in Almelo te blijven begeleiden of zijn hier alternatieven voor?
 - Wat is er nodig aan middelen om een dergelijk low-care hospice te realiseren?

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

1.3 Methodes 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. Hiervoor zal er dieper ingegaan worden op low-care hospices, er zal een duidelijk beeld worden geschept over dergelijke hospices. Daarnaast zal er worden gekeken naar de hospices in de directe omgeving van het verzorgingsgebied. Waar deze zijn gevestigd en of hier sprake is van high-care of low-care hospices. Er zal gekeken worden naar interne palliatieve zorg in de omgeving om een duidelijk beeld te verkrijgen over het aanbod op dit moment. Hiernaast zal door middel van een literatuurstudie informatie betreffende de AWBZ worden verkregen. Deze literatuurstudie zal zorgen voor de nodige theoretische kennis om het onderzoek te ondersteunen.

Het onderzoeksgedeelte dat kan worden getypeerd als een veldstudie, moet in eerste instantie uitwijzen in hoeverre de behoefte aan een 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. Daarnaast moet er informatie verkregen worden over in hoeverre huisartsen bereid zijn hun patiënten te begeleiden tijdens hun verblijf in het low-care hospice. Deze informatie moet worden verkregen door middel van enquêtes. Alle huisartsen in het verzorgingsgebied zullen worden geënquêteerd. Daarnaast 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. Aan de hand van de resultaten van de enquête, de interviews en ondersteund door de literatuurstudie, moeten de deelvragen worden beantwoord.

Aan de hand van beide studies zullen de deelvragen moeten worden beantwoord. De antwoorden zullen worden geanalyseerd, hieruit zullen conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden 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 zal hier eerst dieper op worden ingegaan. Vervolgens zullen verschillende zorginstellingen, waaronder het hospice, die palliatieve zorg verlenen worden besproken. Wanneer hier een duidelijk beeld over is geschetst zal er worden gekeken naar de bevolking van het verzorgingsgebied. Ten slotte zal er gekeken worden naar dergelijke voorzieningen die zijn gevestigd in de buurt van het te onderzoeken verzorgingsgebied.

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 enkel om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te behalen. 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 worden vanuit een instelling, echter kunnen patiënten ook thuis palliatieve zorg krijgen. Daarnaast zijn er ook nog organisaties die niet de gehele palliatieve zorgverlening op zich nemen maar een deel van de zorg en tevens zijn er organisaties om palliatieve 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. De belangrijkste palliatieve zorgvoorzieningen zullen in de volgende paragraaf worden besproken.

2.2 Palliatieve zorgvoorzieningen

2.2.1 Hospices

Onder een hospice wordt een palliatieve zorgvoorziening verstaan. 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). Er kan bij hospices onderscheid gemaakt worden tussen high-care hospices en low-care hospices. Een high-care hospice is veelal gevestigd in een verpleeghuis, er werken ook 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. In een dergelijk hospice wordt er voornamelijk

met vrijwilligers gewerkt en houden patiënten over het algemeen hun eigen huisarts, mantelzorgers en hulpverleners (NIVEL, 2004). Er wordt in een Bijna Thuis Huis 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. Wanneer er in dit voorstel wordt gesproken over het te realiseren hospice in Almelo wordt er een low-care hospice bedoeld.

2.2.2 Vrijwilligersorganisaties

Er werken veel vrijwilligers in de palliatieve zorgverlening. Er zijn vrijwilligers die mensen thuis ondersteunen, maar er zijn er ook veel werkzaam in 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 kan 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.).

2.2.3 Consultatieteams

In iedere regio in Nederland kunnen verpleegkundigen, artsen en anderen die palliatieve zorg verlenen terugvallen op consultatieteams. Deze teams zijn doorgaans verbonden aan een integraal kankercentrum of het netwerk palliatieve zorg. 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. 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 de 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 zorg aan de bewoners te kunnen 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 en er zo snel geen mogelijkheid is 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.

2.3 Patiënten

Om een antwoord op de onderzoeksvraag te krijgen moet er duidelijkheid worden verkregen omtrent het aantal patiënten in het verzorgingsgebied. Dit zal worden verkregen via de huisartsen in het verzorgingsgebied. Hieruit kan worden afgeleid hoeveel bedden er nodig zijn in het verzorgingsgebied. Naar maatstaven van het VPTZ 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. Echter moet er rekening gehouden worden met de vergrijzing. De vergrijzing in Nederland is het gevolg 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 3 is weergegeven hoe de bevolking van 65 jaar en ouder de afgelopen jaren is toegenomen (Almelo in cijfers, 2008).

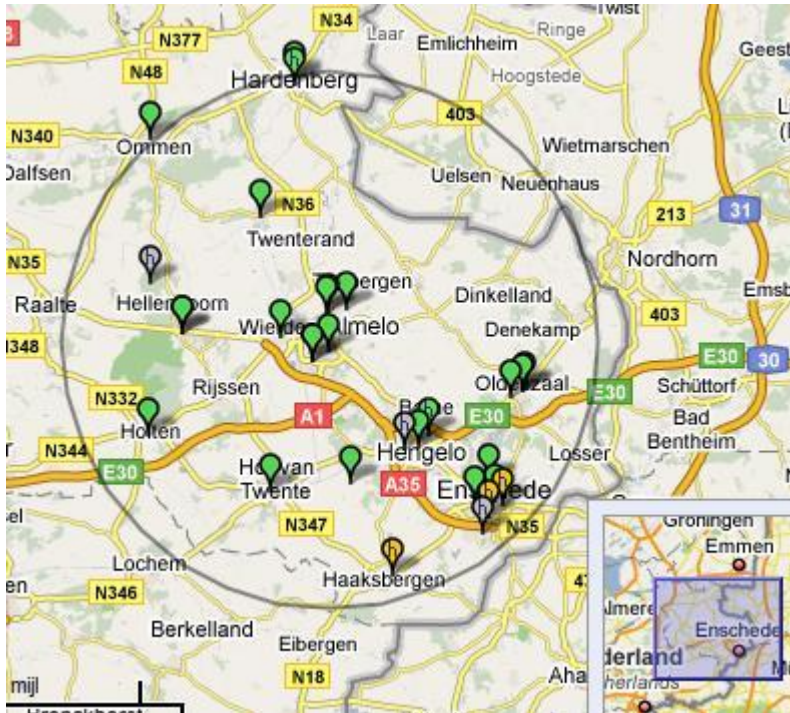


Figuur 3; bevolking Almelo 65 jaar en ouder van 2002 t/m 2008

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. Dit betekent dat de vraag naar ouderenvoorzieningen gaat toenemen en daarbij ook de vraag naar de palliatieve zorg.

2.4 Huidige situatie

Om een reëel beeld te scheppen van de behoefte naar een hospice in Almelo is het van belang alle palliatieve zorgvoorzieningen die momenteel in en nabij het verzorgingsgebied zijn gevestigd in kaart te brengen. Figuur 1 toont alle palliatieve zorgvoorzieningen binnen een bereik van vijftiengint kilometer vanuit Almelo.



Figuur 1; alle palliatieve zorgvoorzieningen binnen een bereik van 25 km vanaf Almelo.

2.4.1 Vrijwilligersorganisaties

Een groot aantal van de getoonde voorzieningen betreffen vrijwilligersorganisaties die patiënten ondersteunen in de laatste levensfase. Het betreft de volgende organisaties;

- Stichting terminale thuiszorg; ondersteunen terminale patiënten in de laatste levensfase. Binnen het aangegeven gebied hebben zij zeven verschillende vestigingen.
- Humanistisch verbond Noordoost Overijssel; zij dragen bij aan de geestelijke verzorging van terminale patiënten
- Medithuis; samenwerkingsverband van Thuiszorg Noord West Twente (TNWT) en ZGT Almelo waarin alle gezamenlijke transmurale activiteiten zijn ondergebracht. Dit is geen vrijwillige organisatie maar wel belangrijk in de palliatieve zorg.
- Consultatieteam Midden- en Noordwest Twente; Het consultatieteam valt in Almelo onder de sturing van het Netwerk Palliatieve Zorg en het IKC N.O. Nederland. Het consultatieteam kent verpleegkundigen die in dienst zijn van bij voorbeeld het ziekenhuis, en artsen, zowel huisartsen met kaderopleiding, als specialisten.
- Het netwerk Palliatieve Zorg Noordwest-Twente; samenwerkingsverband van zorginstellingen en 1e lijns hulpverleners en beoogt de totstandkoming van optimale palliatieve (terminale) zorg in de regio. Binnen het aangegeven gebied hebben zij drie verschillende vestigingen.

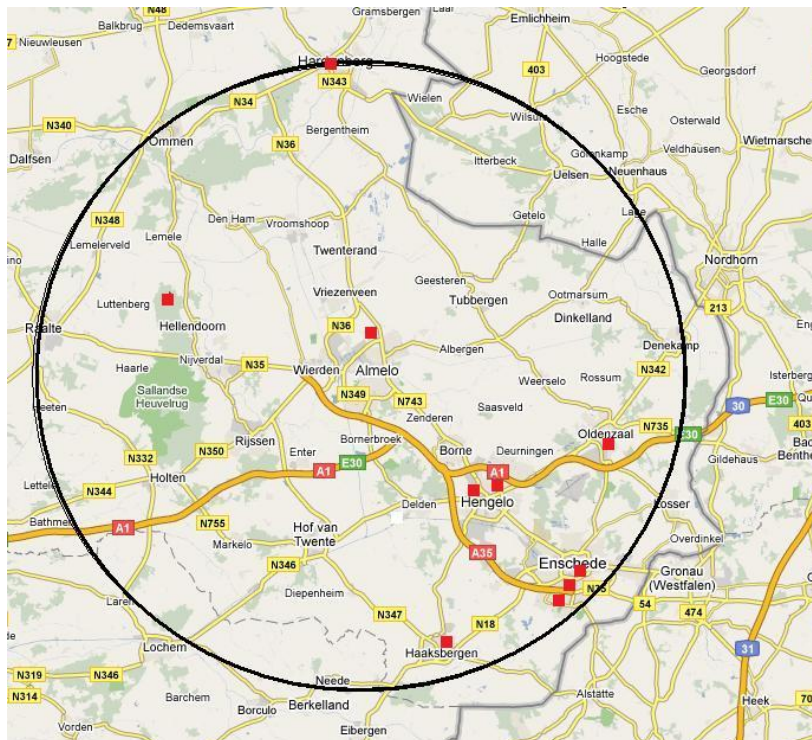
(Netwerk palliatieve zorg noordoost Twente, z.d.)

Deze organisaties doen veel voor terminale patiënten, echter gaat het in dit onderzoek om palliatieve zorg die aangeboden wordt in een hospice. Bovenstaande organisaties kunnen binnen het onderzoek

helpen de nodige informatie te leveren en er zou eventueel een samenwerkingsverband kunnen ontstaan om het low care hospice in Almelo te kunnen realiseren.

2.4.2 Hospices

Een overzicht van de hospices binnen een straal van vijftig kilometer (figuur 2) geeft weer hoe het momenteel is gesteld met deze voorzieningen in de ruime omgeving van het verzorgingsgebied.



Figuur 2; alle hospices binnen een straal van 25 kilometer van Almelo.

Er zijn tien hospices binnen een straal van vijftig kilometer van Almelo te vinden.

Almelo

Hospice Meulenbeltzorg; High care hospice met vier plaatsen.

Enschede;

Hospice Enschede; Low care hospice, met acht plaatsen.

De Cromhoff; Eén hospicebed binnen verpleeghuis De Cromhoff, een high-care hospice

De Eschpoort; Eén hospicebed binnen verpleeghuis De Eschpoort, een high care hospice.

Haaksbergen

Het Wiedenbroek ; Eén hospicebed binnen een verpleeghuis, een high-care hospice

Hellendoorn

Hospice Noetsele; low-care hospice met drie plaatsen.

Hengelo

Roparun hospice het Borsthuis; Hospice aangesloten bij een verpleeghuis, met eigen verpleegkundige staf. Beschikt over zeven plaatsen.

St Leonardus Hospice; Low care hospice met vier plaatsen.

Oldenzaal

Hospice Holos; Low care hospice met drie plaatsen.

Hardenberg

't Huis aan de Vecht; Low care hospice met twee plaatsen.

Binnen deze hospices zijn er in totaal dertig plaatsen voor terminale patiënten beschikbaar. Hierbij moet wel vermeld worden dat drie plaatsen binnen het verpleeghuis (Wiedenbroek, Cromhoff en de Eschpoort) zijn en het hierbij slechts gaat om één bed, die voornamelijk wordt gebruikt door eigen bewoners. Daarnaast liggen een groot aantal van de voorzieningen (zie figuur 2) op de rand van het aangegeven gebied, dit betekent dat er vanaf Almelo nog een redelijke afstand is om te overbruggen (Netwerk palliatieve zorg noordoost Twente, z.d.). In het verzorgingsgebied is slechts één hospice (het Meulenbelt) gevestigd met vier bedden. Naar aanleiding van het aantal inwoners kan er gesteld worden dat er een tekort is, gezien het aantal inwoners van het verzorgingsgebied.

3. Middelen

Om een hospice te kunnen realiseren zijn er naast de financiële middelen ook andere middelen nodig. Hieronder worden onder andere de locatie, vrijwilligers, betaalde krachten en medische benodigdheden verstaan. In dit hoofdstuk zullen deze middelen besproken worden.

3.1 Vestiging van een low care hospice

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 hospice gevestigd gaat worden moet dan ook een gewoon huis zijn. Wel moet deze toegankelijk zijn voor rolstoel en brancard zodat de patiënten wel naar buiten kunnen wanneer zij daar lichamelijk nog toe in staat zijn.

Betreffende de locatie kan er gekozen worden voor een rustige locatie met veel groen, of juist midden in het winkelhart van de stad.

Het huis zelf moet in het geval van vier bedden beschikken over een woon/leefoppervlakte van circa 375m². 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 Vrijwilligers

In een low-care hospice wordt geprobeerd om de kosten zo laag mogelijk te houden. Er wordt in dergelijke hospices dan ook zo veel mogelijk met vrijwilligers gewerkt. Deze vrijwilligers helpen de patiënten bij het opstaan, wassen, eten en ondernemen activiteiten met de patiënten indien dit mogelijk en wenselijk is. In het 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 hospice. In totaal moeten er minimaal 60 vrijwilligers zijn om de zorg voor een low-care hospice met vier bedden op zich te nemen.

De vrijwilligers hebben een basistraining nodig, daarnaast moeten er enkele vrijwilligers zijn die worden opgeleid om nieuwe vrijwilligers te begeleiden in de eerste periode dat zij in het hospice komen helpen (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009).

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 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).

3.4 Medische Middelen

Naast de locatie en zorgverleners zijn er ook middelen nodig om het verblijf voor de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken. Hierbij worden de medische middelen bedoeld die iedere patiënt nodig heeft. Deze middelen kunnen geleverd worden door een medisch technisch handelend team of de thuiszorg (R. Brons, persoonlijke communicatie, 9 april 2009).

3.5 Netwerk

Het is voor een low-care hospice makkelijk om een netwerk van beroepsmatige zorgverleners om zich heen te hebben om op terug te vallen. Om het hospice een goede kans van slagen te geven is het van belang te gaan samenwerken met bepaalde zorgverleners zoals de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsen, ziekenhuis, CIZ. Het noodzakelijk voor een beginnend hospice om lid te worden van het netwerk palliatieve zorg. Hier kunnen contacten voor samenwerking worden gelegd en er is informatie te vinden over regionale ontwikkelingen, subsidiegelden, scholing *etc.* (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

4. Financiering

Het realiseren van het hospice gaat niet zonder financiële middelen. In dit rapport wordt er gekeken naar de exploitatiekosten van een hospice. Hierbij kan er onderscheid gemaakt worden tussen de verpleeg- en verzorgingskosten van de patiënten, de vaste lasten en de organisatorische kosten. 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). Deze kosten zijn weergegeven in een begroting (zie bijlage C). Er zijn verschillende manieren om deze kosten te dekken. In dit hoofdstuk zal er eerst worden gekeken hoe andere bijna thuis huizen in Nederland deze kosten dekken en zullen vervolgens de verschillende geldstromen nader worden toegelicht.

4.1 Financiering low-care hospice

Om de mogelijkheden betreffende de financiering goed op een rijtje te krijgen zal er naar verschillende low-care hospices worden gekeken. Hospice Noetsele in Hellendoorn is hiervan een goed voorbeeld. 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. 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. 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 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. 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.).

De manieren van financiering bij de drie verschillende hospices komen redelijk overeen, in de volgende paragrafen zullen de verschillende geldstromen die aan bod zijn gekomen nader worden toegelicht.

4.2 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 (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 Subsidies

Een low-care hospice komt in aanmerking voor een subsidie van het ministerie van VWS. Je kan hier de coördinatiekosten van vrijwillige terminale zorg in een low-care hospice declareren (Regeling palliatieve en terminale zorg, 2008).

4.4 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 verantwoordelijkheid voor het werven van financiën, het werven van nieuwe donateurs en leden en publiciteit (Landelijk steunpunt VPTZ, 2007).

4.5 Eigen bijdrage

Naast de hierboven besproken geldstromen wordt er ook in ieder 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). Wat opvalt, is dat de eigen bijdrage in hospice Noetsele een stuk lager uitvalt dan in de andere twee hospices. Het is van belang om dit bedrag zo laag mogelijk te houden, zodat dit geen drempel is voor de patiënten om naar het hospice te komen.

Deel 3: Analyse

5. Behoeft hospice

Om de behoefte naar een low-care hospice in Almelo vast te stellen is er in hoofdstuk 2.3 al gekeken naar de populatie en wat op basis hiervan het benodigde aantal bedden zijn. Om te kijken naar de behoefte in de praktijk zijn alle huisartsen uit het verzorgingsgebied geënquêteerd. De vragenlijst behandelde de behoefte naar een low-care hospice vanuit de patiënt, in hoeverre de huisarts noodzaak zag tot een low care hospice en de begeleiding vanuit de huisartsen wanneer het hospice er zou komen. In dit hoofdstuk zullen de resultaten van deze enquête worden besproken waaruit kan worden geconcludeerd of de behoefte naar een low-care hospice in Almelo bestaat.

5.1 Respons

Er zijn in totaal 43 huisartsen benaderd om mee te werken aan het onderzoek. 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 (60 procent) uit Almelo, twee respondenten kwamen uit gemeente Tubbergen (6,7 procent), zeven uit Gemeente Twenterand (23,3 procent) en drie uit Wierden (10 procent)(zie figuur 4).

In welke plaats of gemeente men werkt

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Almelo | 18 | 60.0 | 60.0 | 60.0 |
| Gemeente Tubbergen | 2 | 6.7 | 6.7 | 66.7 |
| Gemeente Twente-R and | 7 | 23.3 | 23.3 | 90.0 |
| Wierden | 3 | 10.0 | 10.0 | 100.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

Figuur 4; 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 | 62.1% | 41.7% | 56.1% |
| | Gemeente Tubbergen | Count | 2 | 3 | 5 |
| | | % within Respons | 6.9% | 25.0% | 12.2% |
| | Gemeente Twente-Rand | Count | 7 | 2 | 9 |
| | | % within Respons | 24.1% | 16.7% | 22.0% |
| | Wierden | Count | 2 | 2 | 4 |
| | | % within Respons | 6.9% | 16.7% | 9.8% |
| Total | Count | 29 | 12 | 41 | |
| | % within Respons | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Figuur 5; respons en non respons uit iedere plaats/ gemeente

In figuur 5 is het aantal respons en non respons uit de verschillende gemeente en plaatsen weergegeven. Wanneer het percentage totale aantal, 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.

5.2 Noodzaak low care hospice

De respondenten werd gevraagd naar de noodzaak tot een low-care hospice in Almelo, de reacties van de huisartsen zijn weergegeven in figuur 6.

Noodzaak van een low-care hospice

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ja | 15 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| | Nee | 5 | 16.7 | 16.7 | 66.7 |
| | Weet niet | 10 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

Figuur 6; noodzaak van een low-care hospice

In de tabel kan afgelezen worden dat 50 procent van de respondenten noodzaak ziet tot een low-care hospice in Almelo. 16,7 procent vindt dat er geen noodzaak is en 33,3 procent weet niet of er noodzaak bestaat.

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 figuur 7 weergegeven waarom men geen noodzaak ziet.

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

| 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 |

Figuur 7; Waarom respondenten geen noodzaak zien tot een low-care hospice in Almelo.

De respondenten zijn allen van mening dat er momenteel geen noodzaak bestaat en zijn voorstanders van het thuis verzorgen van terminale patiënten. Een van de huisartsen die geen noodzaak zag, gaf wel aan dat dit mogelijkwerwijs 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.

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 figuur 8 is weergegeven waarom zij dit niet aan konden geven en wat hen mening betreft de 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 patiënten 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 |

Figuur 8; 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. Een respondent vindt het voornamelijk van belang dat er voldoende palliatieve zorg is, maar kan niet aangeven of er noodzaak bestaat. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een deel van deze huisartsen wel voorstander is echter missen zij inzicht in de noodzakelijkheid van een dergelijke voorziening.

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 figuur 9 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 |

Figuur 9; 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. 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 figuur 6 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 voorziening wordt doorverwezen.

5.4 Aantal patiënten

Om het hospice rendabel te laten zijn moet er voldoende patiënten zijn. Echter is het voldoende wanneer er jaarlijks 11 patiënten zijn. De begrote coördinatiekosten zijn € 42.000 per jaar, voor iedere patiënt wordt er maximaal €3.886,- gesubsidieerd (Regeling palliatieve en terminale zorg, 2008). Wanneer er jaarlijks 11 patiënten zijn worden de coördinatiekosten volledig gesubsidieerd ($42.000/3.886= 10,5$). Dit is wel de bovengrens van de subsidie voor een low-care hospice dus er moeten zeker 11 patiënten per jaar naar het hospice komen.

5.3 Behoeft low-care hospice vanuit de patiënt

Het hospice heeft op jaarbasis minimaal elf patiënten nodig. Het is van belang te achterhalen in hoeverre de eventuele patiënten behoefte hebben aan een low care hospice. Om dit te achterhalen is dit opgenomen in de enquête aan de huisartsen. Er werd van hen gevraagd aan te geven hoeveel vraag er naar een low-care hospice is vanuit de patiënt of zijn naasten. In figuur tien is deze vraag schematisch weergegeven.

Vraag naar een low-care hospice vanuit de patiënt

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Paar keer per jaar | 1 | 3.3 | 3.3 | 3.3 |
| Heel af en toe | 21 | 70.0 | 70.0 | 73.3 |
| Nooit | 8 | 26.7 | 26.7 | 100.0 |
| Total | 30 | 100.0 | 100.0 | |

Figuur 10; vraag naar low-care hospice vanuit de patiënt

Slechts een klein aantal respondenten geeft aan dat er regelmatig vraag is naar low-care hospices. Het grootste deel van de respondenten geeft aan dat er heel af en toe vraag is en een redelijk groot deel geeft aan dat er nooit vraag is naar low-care hospices.

Dat er zo weinig vraag is naar deze vorm van palliatieve zorg heeft er grotendeels mee te maken dat het hele concept redelijk onbekend is. Veel van de huisartsen die mee hebben gewerkt wisten voor het onderzoek niet precies wat het verschil was tussen een low-care hospice en een high-care hospice. Patiënten relateren een hospice aan verpleeghuiszorg, wanneer hospicezorg in een low-care hospice meer bekendheid verkrijgt zal de vraag mogelijk veranderen.

5.5 Deelconclusie

Om vast te stellen of de behoefte naar een low-care hospice in Almelo bestaat. Is er gekeken naar het huidige aanbod en het aantal patiënten, dat in aanmerking komen voor de zorg in een low-care hospice. Het aanbod van palliatieve zorgvoorzieningen in het verzorgingsgebied is beschreven in paragraaf 2.3. In het verzorgingsgebied is alleen hospice het Meulenbelt te Almelo gevestigd die beschikt over vier plaatsen. Gezien het aantal inwoners van het verzorgingsgebied zouden er zes plaatsen beschikbaar moeten zijn, daarnaast rekening gehouden met de vergrijzing die in de aankomende jaren enkel zal toenemen, kan er vastgesteld worden dat het huidige aanbod niet voldoende zal zijn. Het onderzoek moest uitwijzen of de behoefte ook in de praktijk bestaat. De helft van de 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 een low-care hospice. Deze huisartsen hebben jaarlijks gemiddeld een patiënt die zij zullen doorverwijzen naar dit low-care hospice waardoor er jaarlijks gerekend kan worden op minimaal vijftien patiënten vanuit de huisartsen. Van de tien huisartsen die niet wisten of er noodzaak bestaat, waren een aantal wel 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 over vier bedden zal moeten beschikken. Gezien de resultaten is een hospice met meer dan zes bedden hoogstwaarschijnlijk niet rendabel er zal dan te veel aanbod zijn in het verzorgingsgebied.

6. Middelen

In hoofdstuk 3 is besproken welke middelen er nodig zijn om een low care hospice op te zetten. In dit hoofdstuk zullen we deze middelen nog eens bespreken en nagaan wat de mogelijkheden zijn voor het hospice in Almelo. Hoe dit er in de praktijk uit zal gaan moeten zien.

6.1 Locatie/ 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 werken in de palliatieve zorgverlening met terminale patiënten geïnterviewd. Hieruit kwamen verschillende dingen naar voren. Allen waren het er over eens dat een groene omgeving, natuur 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 in eerste instantie voor de naasten van de patiënt, maar dit is ook belangrijk voor de hulpverleners die naar het hospice moeten komen. Daarnaast moet er de mogelijkheid zijn voor de patiënt om naar buiten te gaan (eventueel in bed).

6.2 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 hospice te komen helpen (G. Kievitsbosch, persoonlijke communicatie, 20 april 2009).

6.3 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.

6.3.1 Transferbureau ZGT Almelo

Het transferbureau van het 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).

6.3.2 Zorgaccent TNWT

Zorgaccent TNWT kan voor ondersteuning in het 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 eigenlijk geen andere optie hebben. Zorgaccent TNWT geeft aan dat de mantelzorg de afgelopen jaren steeds meer afneemt. Dit betekent dat het steeds moeilijker wordt mensen thuis de zorg te bieden die zij nodig hebben. Een low-care hospice is hiervoor een goed alternatief. De kosten voor patiënt in het 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).

6.3.3 Verpleeg- verzorgingshuizen

In Almelo zit verpleeghuis Trivium Meulenbelt waar ook een high-care hospice bij zit en het verpleeghuis Eugeria onderdeel van Reggeland zorgvoorzieners. Het Meulenbelt geeft aan zelf altijd

vol te zitten en vooral rond december met wachtlijsten te zitten. Patiënten die op de wachtlijsten staan blijven vaak onnodig in het ziekenhuis. Verpleeghuis Euforia heeft in het verleden ook een hospice op willen zitten wat destijds niet is gelukt. Echter besteden zij wel extra aandacht aan palliatieve zorg. Zij hebben een team opgeleid dat is gespecialiseerd in palliatieve terminale zorg. Het verpleeghuis zou kunnen ondersteunen betreft de 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).

6.3.4 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).

6.3.5 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 wat zij ook voor het low-care hospice zouden kunnen doen (R. Kikkert, persoonlijke communicatie, 22 april 2009).

6.3.6 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 hospice. De werkgroep netwerk palliatieve zorg zou graag samenwerken bij het opzetten van het 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 hospice bekendheid verkrijgen. Daarnaast is er dan een netwerk van ondersteunende organisaties dicht bij elkaar (G. Kievitsbosch, persoonlijke communicatie, 20 april 2009).

6.4 Huisartsen

Om het hospice in Almelo te kunnen realiseren zijn er huisartsen nodig die de terminale 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 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 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 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 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).

6.5 Deelconclusie

Om een hospice in Almelo te realiseren moet men weten hoe de organisatie er bij een dergelijke omvang uit ziet. Wat is er nodig aan middelen 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. 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 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 voldoende middelen zijn om het hospice in Almelo te realiseren.

7. Financiën

Nu is gebleken dat er voldoende behoefte is naar een low-care hospice is en de middelen ook beschikbaar zijn is het van belang te achterhalen wat de financiële mogelijkheden zijn. In hoofdstuk 4 zijn de verschillende financieringsmogelijkheden besproken. In dit hoofdstuk zullen alle geldstromen opnieuw worden besproken met de mogelijkheden voor het low-care hospice in Almelo. Vervolgens zal er gekeken worden naar de best passende financieringsvorm voor het hospice.

7.1 AWBZ

Voor de verpleging en verzorging van de patiënten is er geld nodig, deze kosten zijn niet in de begroting opgenomen (bijlage F). 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 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, kom 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 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 hospice om de zorg te kunnen leveren aan de patiënten zonder zich direct bij een bestaande AWBZ instelling aan te sluiten. Is dit voor de patiënt wel 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 hospice deze bekendheid geniet. Een oplossing voor deze problemen zou zijn wanneer het hospice zelf de administratie voor de patiënt doet. Wanneer het hospice zelf een AWBZ instelling zou zijn zou er ook veel administratie zijn, wat een belangrijke overweging is.

7.2 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).

7.3 Stichting

In paragraaf 4.1 kwam naar voren dat ieder 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 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 hospice te sponsoren.

7.4 Eigen bijdrage

De eigen bijdrage van de patiënten moet niet te hoog zijn om het 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). Om de begroting rond te krijgen moet er wel een bijdrage van de patiënten komen. Wanneer de patiënten iedere week €100,- bijdragen zal er jaarlijks een bijdrage zijn van €19.200,- vanuit de patiënten.

7.5 Financiering low-care hospice Almelo

Gezien de doelstelling van het low-care hospice en de mogelijkheden om AWBZ financiering te verkrijgen zou het meest passend zijn om de verzorging en verpleging via het PGB te verkrijgen. Hierbij zou de vertegenwoordiger van de patiënt dit kunnen regelen met het CIZ, met waar nodig ondersteuning vanuit het hospice. Het is makkelijk wanneer de coördinatrice de vertegenwoordiger hierin kan adviseren en ondersteunen zodat dit geen drempel is voor de patiënt om naar het hospice te komen. Naast deze financiering moet de subsidie voor palliatieve terminale zorg worden aangevraagd, waar de kosten voor de coördinatrices van worden vergoed en een deel van de financieringskosten. Ten slotte moet de stichting 'vrienden van Hospice Almelo' worden opgericht waar de overige kosten van moeten worden gedekt.

In bijlage G is een begroting weergegeven van de kosten en baten van de exploitatie in de reguliere jaren. Hieruit valt op te maken welke bijdrage er van de verschillende financieraders wordt verwacht.

8. Conclusies

Het onderzoek moet de vraag beantwoorden of het haalbaar is om een low-care hospice in Almelo te realiseren. Om hier een volledig antwoord op te kunnen geven is de vraag opgesplitst in drie hoofdvragen die beantwoord moesten worden aan de hand van verschillende deelvragen.

Het eerste deel van het onderzoek moest duidelijk maken of er behoefte naar een low-care hospice in Almelo is. De noodzaak om naar een low-care hospice te gaan bestaat voor steeds meer patiënten, dit heeft als voornaamste reden dat de mantelzorg steeds minder wordt en een Bijna Thuis Huis de beste vervanging is voor thuis sterven. Er is voldoende behoefte om een low-care hospice te realiseren echter zullen vier bedden de aankomende jaren voldoende zijn.

De tweede hoofdvraag moet inzicht geven over de benodigde middelen en de invulling hiervan in de praktijk. Het ideaal van een low-care hospice in Almelo ligt bij een huis in een groene omgeving waar de patiënt de rust en ruimte heeft om te sterven. De locatie moet wel goed bereikbaar zijn voor de naasten. Het is makkelijk wanneer er vanuit het hospice afspraken worden gemaakt met een paar instellingen die deze zorg aan de patiënten kunnen leveren. Dit kan zonder problemen aangezien alle organisaties in Almelo die hiervoor in aanmerking komen, erg positief waren betreffende het initiatief en bereid waren om samen te werken om het hospice te realiseren. Daarnaast zijn er voldoende huisartsen bereid om patiënten te blijven begeleiden wanneer deze in het hospice terecht komen. De meeste huisartsen zullen zorg dragen voor hen 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.

Aangezien de behoefte naar een hospice in Almelo bestaat en de benodigde middelen voorhanden zijn moet duidelijk worden of het hospice ook financieel haalbaar is.

De verpleeg- en verzorging in het hospice kan vergoed worden uit het persoonsgebonden budget. De financiering van de exploitatie kosten die jaarlijks terug komen is te vergoeden door de subsidie van het ministerie van VWS, stichting Vrienden van Hospice Almelo en een bijdrage van de patiënten. Deze manier van financieren zorgt ervoor dat het 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.

Naast de geanalyseerde onderwerpen kwamen er in het onderzoek nog een aantal belangrijke punten naar voren, die een rol spelen bij de realisatie. 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, een juiste omgeving voor de medemens om zoveel mogelijk zelf invulling te kunnen geven aan de laatste levensfase, altijd zoveel mogelijk worden nagestreefd. Uit de analyse kan worden geconcludeerd dat het haalbaar is om een low-care hospice in Almelo te realiseren. De onderzoeksvraag kan positief worden beantwoord.

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 hospice een goed bestaansrecht wil krijgen. Een samenwerkingsverband met de dagopvang voor palliatieve patiënten, die 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 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 zeer 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 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 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.

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>

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

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>

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

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

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/>

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

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

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>

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

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

VPTZ Nederland (z.d.). Verkregen op 24 april 2009 van:
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>

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 |

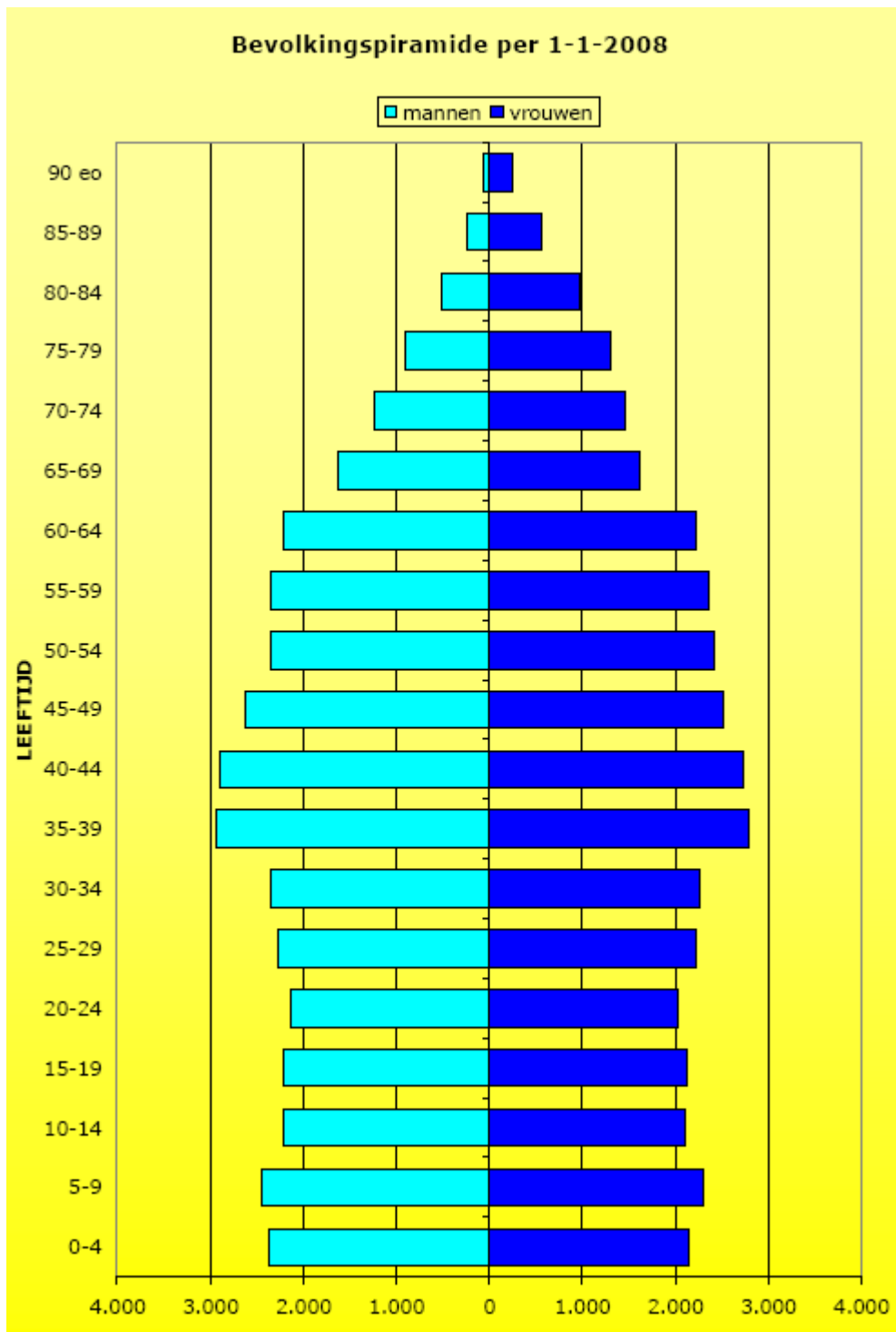
(Statistisch jaaroverzicht Almelo, 2007)

(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 patient blijven begeleiden in het hospice in Almelo Crosstabulation

Count

| | | Eigen patient 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 patient blijven begeleiden in het hospice in Almelo Crosstabulation

Count

| | | Eigen patient 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 patienten/ 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 € 19.200 |
| Kosten werving en training vrijwilligers € 1.500 | Stichting 'Vrienden Hospice Almelo' € 25.180 |
| 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 | |
| | |
| Totaal kosten € 91.000 | Totaal baten € 91.000 |

(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 €400, - per maand per patiënt. $(400 \times 4) \times 12 = 19.200$
- 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.