



# Strategisch beleidsplan 2021-2025

J.C.A. Kremers MAH  
Januari 2021

**Anita Roddick**

*“Niemand praat over entrepreneurship als over een manier om te overleven. Toch is dat precies wat het is.”*

## Leeswijzer

Na een inleidend hoofdstuk wordt in hoofdstuk 2 de visie, de missie en de huidige positionering van de Stichting Palliatieve Zorg Dirksland beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt kort stil gestaan bij de drijvende krachten in de palliatieve zorg.

In hoofdstuk 4 wordt in het eerste gedeelte uiteengezet welke trends en ontwikkelingen er de komende 10 jaar op ons afkomen en welke impact dat heeft op het palliatieve zorglandschap. In het tweede gedeelte worden de meest relevante ontwikkelingen van de 8 trends uit de trendanalyse samengevat en ondergebracht in de thema's 'ontwikkeling zorginhoudelijk', 'positie Calando in zorgnetwerk', 'ontwikkelingen binnen de informele zorg', 'ontwikkelingen in de formele zorg', en 'ontwikkelingen in kwaliteit van zorg'.

Hoofdstuk 5 betreft een beschrijving van de strategische keuzes die gemaakt worden als antwoord op de trends, de ontwikkelingen en hun impact. Elke keuze wordt waar nodig voorafgegaan door een inleiding, waarna de doelstelling(en) en de activiteiten op hoofdlijnen benoemd worden.

## 1. Inleiding

Voor u ligt het strategisch beleidsplan 2021-2025.

In 2018 heeft na 20 jaar een bestuurswisseling plaatsgevonden. Inherent aan een bestuurswisseling zijn de veranderingen die dan plaatsvinden. Soms zijn die veranderingen subtiel en nauwelijks merkbaar, soms groot en meeslepend en met een enorme impact op de organisatie. De laatste twee jaar hebben vooral in het teken gestaan van modernisering van de bedrijfsvoering, finetuning van eerder ingezet beleid en is gewerkt aan de bedrijfscultuur, waarbij ingezet is op een groot zelforganiserend vermogen van het team.

Dit nieuwe beleidsplan beschrijft vooral strategische keuzes die gemaakt (moeten) worden om recht te blijven doen aan het bestaansrecht van de organisatie op basis van de ontwikkelingen en hun impact op demografisch, economisch, sociaal-cultureel, technologisch, ecologisch en Politiek gebied in relatie tot de palliatieve zorg. Deze ontwikkelingen, beschreven in een zogenaamde DESTEP analyse staan uitgebreid geschreven in het als bijlage toegevoegd Rapport trendanalyse palliatieve zorg.

Wij wensen u veel leesplezier!

J.C.A. Kremers  
Algemeen Directeur Bestuurder PZD/Hospice Calando

Drs. H.S. Noordzij-Nooteboom  
Medisch directeur-bestuurder PZD/Hospice Calando

## 2. Positionering, visie en missie

### 2.1 Positionering

De Stichting Palliatieve Zorg Dirksland (PZD) werd op 1 januari 1997 opgericht en bestaat uit vier divisies:

- Hospice Calando, operationeel sinds 1 juli 1998
- VTZ-Calando, vrijwilligersorganisatie voor het hospice en in de thuissituatie
- MPT-Calando, een consultatieteam operationeel sinds 1 januari 2000
- Education en Research

### 2.2 Missie

De missie van PZD is het bieden van palliatieve zorg aan mensen, die ongeneeslijk ziek zijn en last hebben van hinderlijke symptomen van de ziekte en/of niet lang meer te leven hebben. PZD streeft daarbij kwaliteit van leven en sterven na door het bieden van professionele zorg.

### 2.3 Visie

De visie is dat de aangeboden palliatieve zorg:

- dient te voldoen aan geldende kwaliteitsstandaarden
- het somatische, psychische, psychosociale en spirituele terrein omvat en de focus uitsluitend gericht is op klachtenverlichting en comfort, hetgeen impliceert dat niet bewust levensverlengend of levensbekortend wordt gehandeld en
- zich ook uitstrekt tot rouwbegeleiding;

### 2.4 PZD biedt palliatieve zorg

- tijdens een kortdurende opname in het hospice met als doel ernstige klachten snel en efficiënt te behandelen;
- door een opname in het hospice met als doel de opgenomen bewoner samen met zijn/haar naasten naar het sterven te begeleiden;
- door een respijtopname met als doel het sociale netwerk tijdelijk te ontlasten;
- door het verlenen van consulten op het gebied van palliatieve zorg aan andere zorgaanbieders;
- door nazorg en begeleiding in de rouwfase aan nabestaanden aan te bieden.

### 2.5 High-care Hospice

Calando is een *high-care hospice*, dat wil zeggen dat er gedurende 24 uur per dag professionele begeleiding en zorg door deskundigen gegeven wordt. Deze zorg wordt gegeven vanuit een holistische benadering waarin de totale mens, de zieke, uitgangspunt is voor de organisatie van de palliatieve zorg.

### 2.6 Vrijwillige terminale thuiszorg door vrijwilligers

Zowel in Calando als in de thuissituatie wordt er door (geschoolde) vrijwilligers van *de Vrijwillige Terminale Thuiszorg Calando (VTZ-Calando)*, ondersteuning gegeven aan de zieke en de mantelzorgers; in Calando is het doel hiervan palliatieve zorg zoveel mogelijk aan te bieden in een huiselijke sfeer.

## **2.7 MPT**

Zorgaanbieders in de 1e lijn kunnen gebruik maken van de ervaring en deskundigheid van de leden van *het Mobiel Palliatief Team Calando (MPT-Calando)* door een telefonisch consult voor een patiënt te vragen.

## **2.8 Onderwijs en educatie**

Om aan ontwikkelingen en kwaliteitsborging van de palliatieve zorg tegemoet te komen wordt in Calando meegewerkt aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de palliatieve zorg. De opgedane expertise van de medewerkers van de PZD wordt door middel van (bij-)scholingen, stagemogelijkheden en onderwijs aangeboden aan collega- instellingen en zorgaanbieders.

## **2.9 Patiëntenperspectief**

In Calando noemen wij de zorgvrager *bewoner*. Omdat we een huiselijke sfeer nastreven is de wens van de bewoner uitgangspunt voor de zorg- en dienstverlening. De zorgaanbieders, verpleegkundigen, vrijwilligers en alle andere functionarissen worden geacht zich als gast van de bewoner te gedragen. Dat betekent dat de privacy gegarandeerd moet zijn. De kamer wordt pas betreden na toestemming. Bezoek wordt eerst aangekondigd en pas toegelaten als de bewoner deze wil ontvangen. Gesprekken over persoonlijke zaken worden op de kamer van de bewoner of in besloten omgeving gevoerd.

Omdat sommige bewoners te ziek zijn om dit zelf te kunnen doen wordt met de familie/naasten overlegd over bovengenoemde zaken. Familie/naasten zijn te allen tijde welkom. Er zijn geen vaste bezoektijden. Uitingen en rituelen worden toegelaten mits dit niet tot overlast van andere bewoners leidt of praktisch onhaalbaar is.

Bewoners worden pas opgenomen nadat zij zelf hiermee instemmen. Het streven uit het NPPZ (Nationaal Programma Palliatieve Zorg) om te voldoen aan de wens van de patiënt om te sterven op een plaats van voorkeur wordt hierin serieus genomen. Zodoende worden alle toekomstige bewoners voor opname bezocht of telefonisch benaderd om te bespreken of de wens voor opname ook voldoet aan voorgenoemde besluit.

Het behandelbeleid is gericht op comfort, dat betekent geen behandeling van de onderliggende ziekte maar wel van de hinderlijke symptomen. Interventies worden na informatie door de behandelend arts en goed overleg met de bewoner en/of zijn naasten toegepast. Effecten van de behandeling worden met de verpleegkundigen en tijdens de doktersvisite geëvalueerd. Ook wordt aandacht besteed aan de psychosociale en spirituele aspecten door betrokken functionarissen, die bij PZD in dienst zijn. Vrijwilligers hebben een ondersteunende rol in de zorg- en dienstverlening maar zorgen vooral voor de huiselijkheid.

## **2.10 Beslissingen rondom het levenseinde**

Voorafgaand aan de opname weet de bewoner en zijn familie dat PZD beleid heeft t.a.v. beslissingen rondom het levenseinde. PZD zal bewust geen levensbeëindigende (bijv. euthanasie) of levensverlengende handelingen doen.

### **2.11 Cliëntenvertegenwoordiging**

Met ingang van juli 2019 heeft PZD een eigen cliëntenraad, bestaande uit 5 leden. De leden zijn naasten van ex-bewoners en of afkomstig uit het netwerk van onze vrijwilligers.

### **2.12 Organisatie PZD**

De RvT (Raad van Toezicht) benoemt de leden van de RvB (Raad van Bestuur). De RvB zorgt dat de RvT alle informatie zoals een meerjarenbeleidsplan, een jaarplan en een jaarlijkse exploitatiebegroting met toelichting krijgt. De RvT vergadert ieder kwartaal en wordt door de RvB over de voortgang van het jaarplan geïnformeerd.

### **2.13 Pioniersfunctie en ketenvorming**

PZD heeft als pionier er steeds aan bijgedragen de palliatieve zorg, zowel regionaal maar ook nationaal onder de aandacht te brengen. Dit betekent dat er veel erkenning voor de palliatieve zorg verworven is en dat er financieel ook middelen beschikbaar gesteld worden.

Binnen de regio is er een samenwerking tot stand gekomen in de vorm van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Hollandse eilanden (NPZZHE) waarvan de regio Goeree-Overflakkee een subnetwerk (NPZGO) is. Met de meeste regionale zorgaanbieders die met palliatieve zorg te maken hebben, is er een convenant gesloten. De intentie is dat een zorgvraag op het gebied van palliatieve zorg geboden kan worden op de plaats waar iemand wil zijn mits dit haalbaar is. Binnen het netwerk is er zodoende een keten gevormd waarin organisatorisch geen belemmeringen zijn om dit te garanderen. Het Netwerk PZ ZHE valt onder de stichting PZD. PZD is voorzitter van het subnetwerk NPZGO en fungeert tevens als correspondentieadres voor het NPZZHE. Binnen het NPZZHE is er een nauwe samenwerking met de Ketenzorg Dementie.

PZD is actief betrokken bij de landelijke verenigingen als lid van de Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN) en van de Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ). Veel medewerkers zijn lid van Palliactief (voorheen NPTN), een multidisciplinaire beroepsvereniging voor de Palliatieve Zorg.

### **2.14 Identiteit**

PZD is een algemene, niet kerkelijk gebonden organisatie. Iedereen is welkom in Calando, ongeacht levensbeschouwing of geaardheid. Respect is norm in de omgangsvormen. De cultuur van het eiland wordt in acht genomen door het nastreven van ongeschreven regels over taalgebruik, beschikbare lectuur en beleefdheidsnormen.

De levensbeschouwelijke achtergrond speelt geen rol bij het werven van medewerkers en vrijwilligers. Verwacht wordt dat medewerkers elkaars levensbeschouwing en die van de bewoners respecteren.

### **2.15 Medisch ethisch beleid**

Wanneer het lijden ondraaglijk wordt en er geen behandelmogelijkheden zijn, of de bijwerkingen van de medicatie te veel zijn of de tijdsduur tot het gewenste effect te lang duurt dan is er een mogelijkheid om d.m.v. palliatieve sedatie het lijden draaglijk te maken.

Bij PZD wordt er niet bewust levensverlengend of verkortend gehandeld. Euthanasie wordt niet gedaan in Calando. Wanneer een bewoner deze wens heeft dan wordt er een afspraak gemaakt met de eigen huisarts om de procedure voor euthanasie te volgen. De feitelijke euthanasie vindt niet plaats binnen de muren van Calando.

Calando heeft geen eigen medisch ethische commissie. De medisch ethische commissie van Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis fungeert als zodanig en de algemeen directeur-bestuurder neemt deel als adviserend lid. Het medisch ethisch beleid voor Calando kan besproken worden.

### **3. Drijvende krachten in de Palliatieve zorg**

#### **Nederlandse samenleving verandert**

De bevolking groeit, vergrijst en internationaliseert. Mensen trekken naar de steden. In sommige regio's krimpt de bevolking. Het aantal eenpersoonshuishoudens stijgt en de gemiddelde omvang van huishoudens daalt. Tegenstellingen in de maatschappij nemen toe. Groepen mensen dreigen steeds meer in verschillende leefwerelden terecht te komen.

#### **Grotere rol technologie**

Nieuwe behandelmogelijkheden en technologieën ter ondersteuning in de thuissituatie en de zorg dienen zich in grote getale aan. De groei van de gezondheidsmarkt trekt nieuwe spelers aan. We moeten antwoord vinden op nieuwe uitdagingen zoals dataprivacy en ethische vraagstukken.

#### **Veranderde arbeidsmarkt**

Het arbeidsmarkttekort in de zorg is een van de grootste vraagstukken voor de komende jaren. Door diverse factoren zijn er minder zorgverleners, terwijl er ondertussen meer ouderen komen die zorg nodig hebben.

#### **Langer thuis**

Ouderen wonen langer thuis. Dit wordt sterk gestimuleerd door overheidsbeleid. Technologische ontwikkelingen maken dit ook mogelijk. De wens om thuis te sterven is een belangrijke waarde in Nederland.

#### **Veranderende politieke en bestuurlijke keuzes**

Politieke keuzes beïnvloeden het veld van de (palliatieve) zorg. De politieke situatie is aan veranderingen onderhevig en dat maakt het lastig om vooruit te kijken wat de politieke invloed zal zijn op de palliatieve zorg in de komende 10 jaar

#### **Stijgende zorgkosten**

De zorguitgaven verdubbelen tot 174 miljard euro in 2040. Wie gaat die zorguitgaven betalen? Besluiten rondom de financiering kunnen o.a. gevolg hebben voor de toegankelijkheid van de zorg en andere keuzes in het basispakket.

#### **Juiste zorg op de juiste plek**

De afgelopen jaren hebben in het teken gestaan van grote verschuivingen in de zorg. Onder invloed van de participatiegedachte en gevoed door bezuinigingen en een capaciteitstekort is een grote transitie ingezet, waarvan ook de nadelen steeds duidelijker worden.



## 4. Welke trends en ontwikkelingen komen er de volgende 10 jaar op ons af en welke impact heeft dit op de palliatieve zorg in Calando?

De 'Trendanalyse palliatieve zorg' beschrijft 8 trends voor de komende 10 jaar. De vraag is wat de impact van deze trends en ontwikkelingen zijn op de Stichting Palliatieve zorg Dirksland.

Eerst wordt in dit hoofdstuk samengevat welke impact de verschillende trends en ontwikkelingen hebben op het palliatieve zorglandschap. Daarna worden de meest relevante ontwikkelingen van de 8 trends samengevat en ondergebracht in de thema's 'ontwikkeling zorginhoudelijk', 'positie Calando in zorgnetwerk', 'ontwikkelingen binnen de informele zorg', 'ontwikkelingen in de formele zorg', en 'ontwikkelingen in kwaliteit van zorg'. Voor het vergroten van de leesbaarheid hieronder de weergave van al de trends en drijvende krachten uit het rapport 'Trendanalyse Palliatieve Zorg'.



### Trend 1: Mensen leven steeds langer, vaak met meer aandoeningen

#### Impact

- Toenemende vraag naar palliatieve zorg
- Meervoudige zorgvragen nemen toe
- Meer risico op overbehandeling en op onderbehandeling
- Meer dilemma's
- Minder zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers door vergrijzing

## **Trend 2: Behoeftte aan eigen regie en aandacht voor persoonlijke wensen**

### **Impact**

- Meebeslissen vraagt steeds meer van mensen
- Meer adequate informatie op maat nodig
- De rol en taken van de zorgverleners veranderen
- Toenemend rekening houden met specifieke groepen
- Behoeftte aan flexibiliteit en samenwerking nemen toe

## **Trend 3: Naar meer aandacht voor het levenseinde**

### **Impact**

- Meer in gesprek over de laatste levensfase
- Blijvende dilemma's rond het zelfgekozen levenseinde
- Meer aandacht voor psychosociale en geestelijke verzorging
- De eindigheid van het leven meer in beeld
- Meer aandacht voor rouw en nazorg

## **Trend 4: Langer thuis**

### **Impact**

- Steun sociale netwerk is onmisbaar
- Technologie speelt grote rol bij langer thuis wonen
- Behoeftte aan nieuwe en aangepaste vormen van wonen
- Meer gevraagd van zorgverleners in de thuiszorg
- Druk op spoedzorg neemt verder toe
- Zorgvraag in verpleeghuizen en hospices verandert
- Langer thuis verstevigt de wens om thuis te sterven
- Meer leven en sterven in eenzaamheid

## **Trend 5: Anders werken in de (palliatieve) zorg**

### **Impact**

- Naar verdere taakherschikking
- Technologie en zorg: de grootste verandering moet nog komen
- Meer inzetten op zorgpersoneel uit het buitenland
- Leven lang leren in de zorg wordt meer een vanzelfsprekendheid
- Naar een andere balans tussen vast en flex?
- Kwaliteit van zorg komt onder druk
- Groter en zwaarder beroep op de informele zorg
- Focus op duurzame inzetbaarheid van personeel
- Meer druk op organiseren palliatieve zorg, vooral in de thuissituatie

## **Trend 6: De informele zorg verandert**

### **Impact**

- Groter en zwaarder beroep op de informele zorg
- Grenzen formele en informele zorg zullen verder vervagen
- Kans op overbelasting mantelzorgers en vrijwilligers neemt verder toe, meer aandacht voor ondersteuning
- Werven, binden en boeien van de vrijwilliger blijft onverminderd belangrijk
- Inzet technologie steeds belangrijker
- Naar een verplichtend karakter?
- Naar betaalde diensten als alternatief voor informele zorg

## **Trend 7: Steeds meer aandacht voor kwaliteit van zorg in de palliatieve fase**

### **Impact**

- Op weg naar een systeem om de kwaliteit van de palliatieve zorg inzichtelijk te maken
- Meer onderzoek naar gebruik en effect van producten en diensten in de palliatieve zorg
- Continu leren en verbeteren, waarbij het sturen op resultaat en cliënttevredenheid steeds belangrijker is
- Vergroten van kennis en vaardigheden bij professionals

## **Trend 8: Het palliatieve zorgveld in ontwikkeling**

### **Impact**

- Inzet op verbetering transmurale samenwerking, stevige rol voor netwerken palliatieve zorg
- Naar een landelijke structurele bekostiging
- Palliatieve zorg: van specialisme naar algemene zorg?
- Palliatieve zorg voor verschillende doelgroepen
- Doorontwikkeling van de individuele sectoren binnen het netwerk

## *4.1 Ontwikkelingen zorginhoudelijk*

### **4.1.1 Veranderende zorgvraag**

De overheid stimuleert sinds 2013 dat zorg zo lang mogelijk thuis gegeven moet worden. Doordat zieke ouderen zo lang mogelijk thuis wonen, zijn ze bij opname in het hospice vaak erg kwetsbaar, hebben een complexere zorgvraag en overlijden sneller (Trend 4). Dit kan leiden tot een verkorting van de gemiddelde opnameduur (zie bijlage 3 van de trendanalyse). Daarbij zal de complexiteit van zorg toenemen en wordt er steeds meer een beroep gedaan op specialistische kennis en vaardigheden van het zorgpersoneel van Calando en de vrijwilligers. Inspelend op deze trend is het raadzaam te blijven investeren in deskundigheidsbevordering van het team en een rijk aanbod van multidisciplinaire zorg. Er is namelijk een groeiende vraag naar psychosociale expertise, intensivering geestelijke zorg, maatschappelijk werk, psycholoog of psychiatrische zorg (Trend 1). De overheid stimuleert de inzet van geestelijke verzorging in de thuissituatie en hospices en stelt hier al vanaf 2019 jaarlijks 7 miljoen voor beschikbaar, waarvan 5 miljoen structureel per 2021 (Trend 3).

### **4.1.2 Grotere behoefte aan eigen regie en persoonlijke wensen**

Vanaf januari 2020 ligt in de wet WGBO de nadruk op 'samen beslissen'. De informatieplicht is aangevuld met de verplichting om tijdig overleg te voeren met de patiënt, waarbij de patiënt wordt uitgenodigd om vragen te stellen. Patiënten krijgen een grotere behoefte aan eigen regie en persoonlijke wensen en zijn steeds meer betrokken op het zorgproces (Trend 2). De verpleegkundigen zullen meer te maken krijgen met mondige zorgvragers. Het bevorderen van de deskundigheid en begeleidingsvaardigheden van het team zijn daarom van belang. Verder beschikt Calando over de mogelijkheden waarbinnen deze trend zich verder kan ontwikkelen, denk aan het meelezen in het digitale zorgdossier en de dagelijkse evaluaties van zorg tijdens de artsenvisite.

### **4.1.3 Blijvende dilemma's rondom levenseinde**

Er is meer aandacht voor het levenseinde. In de media wordt veelal een eenzijdig beeld geschetst voor beslissingen over zelfgekozen levenseinde. KNMG vindt dat de gesprekken over de laatste levensfase te beperkt gevoerd worden omdat ze vaak over euthanasie gaan en vraagt aandacht voor een bredere focus. Deze trend geeft aanleiding om rekening te houden met de eenzijdige visie die mensen mee kunnen krijgen vanuit de media. Deze visie kan het gesprek met patiënten over het levenseinde beïnvloeden. Het is daarom goed om in ons beleid aandacht te geven hoe verpleegkundigen en artsen hier mee om kunnen gaan en de expertise hebben om in gesprekken de volle breedte van de levenseindezorg kunnen benadrukken.

### **4.1.4 Meer aandacht voor rouw en nazorg**

De Nederlandse rouwcultuur is in de afgelopen jaren steeds gevarieerder geworden. Mensen nemen ook hierbij meer regie en gaan zelf op zoek naar vormen en rituelen die hen aanspreken. Ook spelen sociale media, zoals online herdenkingsites een steeds grotere rol in de rouwverwerking en zorgen voor nieuwe rituelen (Trend 3). Aandacht hiervoor is raadzaam. Voor wat betreft de financiering van de nazorg blijkt dat er bij verschillende organisaties nog veel onduidelijkheid is over de financieringsmogelijkheden. Dit werkt mogelijk belemmerend op de inzet van het juiste aanbod van nazorg. Interessant voor Calando om deze financieringsmogelijkheden te onderzoeken en bij behoefte het aanbod van nazorg daarop uit te breiden.

## 4.2. Positie Calando in het zorgnetwerk

### 4.2.1 Toename palliatieve zorg in reguliere ouderenzorg

Omdat mensen langer thuisblijven (trend 4), krijgen verpleeghuizen steeds meer het karakter van een hospice. Mensen komen zwakker binnen en overlijden sneller. VPTZ ziet hierdoor een stijging van de vraag naar vrijwilligers voor palliatieve zorg in het verpleeghuis. Dit zou mogelijk concurrentie kunnen opleveren in aanbod van bewoners en vraag naar vrijwilligers. Tegelijk groeit met de toename van complexe zorg in het verpleeghuis ook een vraag naar specialistische palliatieve zorg. Dit is een kans voor Calando om zich te blijven ontwikkelen als de specialist in palliatieve zorg (zowel qua kennis als uitvoeringsmogelijkheden) en de samenwerking te intensiveren met CuraMare.

### 4.2.2 Aanbod bewoners onder druk?

Het is een spannende vraag hoe het bewonersaanbod zich gaat ontwikkelen. Hieronder zijn een aantal, soms tegenstrijdige ontwikkelingen weergegeven die meegenomen moeten worden in de overweging bij het bouwen van het nieuwe hospice en bij het maken van beleid t.a.v. de positie van Calando in het zorgnetwerk:

- Trend 4 'Langer thuis' verstevigt de wens om thuis te sterven. 68% van de Nederlanders heeft deze wens, daadwerkelijk sterft moment 33% van de Nederlanders thuis. De verwachting is dat dit percentage toeneemt.
- Door tekort aan wijkverpleegkundigen en hoge werkdruk bij huisartsen is palliatieve zorg in de thuissituatie steeds lastiger te organiseren. Daardoor ontstaan eerder verwijzingen naar een verpleeghuis of hospice (trend 5).
- Ook stijgt de vraag naar palliatieve zorg omdat mensen steeds langer leven, vaak met meer aandoeningen (Trend 1).
- Uit de registratierapportage van VPTZ Nederland blijkt dat in de afgelopen jaren het aantal hospices en het aantal ondersteunde zorgvragers in de hospices juist sterk is gegroeid. (zie cijfers bijlage 3 Trendanalyse).
- Veel hospices zien echter ook door de COVID-pandemie zowel vraag als aanbod afneemt. Op 10 juni 2020 zijn er 120 plaatsen minder bezet in de hospices dan voor het uitbreken van de COVID-19-pandemie. Zorgvragers mijden zorg. Het is onduidelijk hoe dit gaat ontwikkelen in de (nabije) toekomst.

### 4.2.3 Nieuwe hospice-initiatieven

Het is de verwachting dat de overheid een actievere rol gaat spelen in het organiseren van een landelijk evenwichtige dekingsgraad bij nieuwe hospice-initiatieven. De norm van het benodigd aantal hospicebedden is 4 tot 6 bedden per 100.000 inwoners, (stamt uit 2003 en is mogelijk verouderd). Daarbij staat voor kleine hospices het bestaansrecht vanuit bedrijfseconomisch perspectief sterk onder druk (trend 8). Dit alles vraagt om een grondige analyse voor een uitbreiding van de capaciteit. Samenwerking zoeken met andere hospices/zorgaanbieders lijkt van wezenlijk belang.

#### **4.2.4 Toename palliatieve zorg thuis**

Door verbeterde behandelingen, ondersteuningsmogelijkheden en dubbele vergrijzing zal sprake zijn van een verschuiving van acute sterfte naar verwachte sterfte. Hiermee stijgt de vraag naar palliatieve zorg in het laatste levensjaar (trend 1). Intussen blijven mensen langer thuis wonen en is al aangehaald dat palliatieve zorg thuis moeilijker te organiseren wordt. De verwachting is daarom dat de behoefte aan transmuraal georganiseerde palliatieve zorg zal groeien (trend 8). Dit zou aanleiding kunnen zijn om in te zetten op uitbreiding van de ambulante dienstverlening van Calando. Het is raadzaam om te heroriënteren op de positie en rol van het MPT, deze te verstevigen en te profileren in de regio met huisartspraktijken, wijkverpleegkundigen en CuraMare. Het is wellicht een idee om te evolueren richting een intramuraal en een extramuraal palliatief zorgaanbod, waarbij ook steeds meer vrijwilligers in de thuissituatie ingezet kunnen worden.

#### **4.2.5 Netwerkgorg positie van Calando**

Trend 8 richt zich met name op de te verwachten ontwikkelingen ten aanzien van de organisatie (proceselementen) van het palliatieve zorgveld. In de praktijk ontstaan problemen wanneer de zorg de grenzen van de setting overschrijdt. Veel knelpunten in de organisatie van de regionale en lokale palliatieve zorg hebben te maken met communicatie, informatie, afstemming en overdracht van zorg. Gezien de groeiende behoefte aan palliatieve zorg en de verschuiving naar de eerste lijn heeft verbetering van de transmurale samenwerking in de regio dus hoge prioriteit.

Naast deze regionale positionering is het als opmaat naar integrale bekostiging van palliatieve zorg van belang om aangesloten te blijven bij de associatie. Bekostiging is nu vaak nog monodisciplinair ingericht. VWS zet nu samen met de coöperatie PZNL, verzekeraars, ZonMw en het praktijkteam palliatieve zorg in op het verder brengen van lopende transmurale samenwerkingsprojecten en om de stap van experimentele bekostiging naar landelijke structurele bekostiging sneller te kunnen maken.

### *4.3 Ontwikkelingen binnen de informele zorg*

#### **4.3.1 Mantelzorg**

De samenwerking met de informele zorg wordt belangrijker. Doordat mensen langer thuisblijven wordt de druk op het sociale netwerk groter (trend 1). Mantelzorgers die thuis zorg verlenen rapporteren vaak een hoge belasting en kortere 'volhou-tijd'. Met toenemend risico op overbelasting van mantelzorg (trend 6). Calando zou op deze ontwikkeling in kunnen spelen door respijtzorg groot op de kaart te zetten bij huisartsen en zo ook het bewoners aanbod te vergroten, ware het niet dat Respijtzorg onder het WMO regime valt. Ook vraagt deze ontwikkeling om nog een keer te kijken naar het inzetten van vrijwilligers in de thuissituatie.

#### **4.3.2 Vrijwilligers**

Uit cijfers blijkt dat de komende jaren het aanbod van vrijwilligers in de zorg krimpt, maar de VPTZ ziet in de palliatieve zorg een lichte stijging (trend 6). De informele zorg in de palliatieve fase kenmerkt zich door een zware emotionele belasting; het naderende levenseinde, gecombineerd met veelal complexe en intensieve zorg en de ervaren verantwoordelijkheid. Goede ondersteuning en aansturing van de vrijwilliger wordt daarom steeds belangrijker (trend 6). Ondanks het gegeven dat in de palliatieve zorg het aantal vrijwilligers nog niet zichtbaar krimpt, blijft het onverminderd belangrijk om vrijwilligers te werven, binden en boeien. Er zijn ontwikkelingen gaande die

bedreigingen vormen voor het toekomstige aanbod, zoals hogere arbeidsparticipatie door vrouwen, verhoging van pensioenleeftijd en een lagere werkloosheid. Daarbij zal de vrijwilliger ook steeds vaker zelf mantelzorger worden in zijn/haar omgeving (trend 1 en 4). Daarnaast vallen momenteel vrijwilligers uit door Covid-19. Deze ontwikkelingen vragen om een robuust beleid om de inzetbaarheid van vrijwilligers te kunnen blijven borgen.

#### **4.3.3 Verplichtend karakter mantelzorg**

Zonder hulp van vrijwilligers en mantelzorg is de zorg in Nederland niet te organiseren. De informele zorg komt onder druk te staan. Wettelijk gezien mag een organisatie mantelzorg niet verplicht stellen (trend 4), maar is het zeker interessant deze discussie te volgen, omdat enkele zorgbestuurders toch hier op ingezet hebben.

### *4.4. Ontwikkelingen in de formele zorg*

#### **4.4.1 Personeelstekort**

Het personeelstekort in de zorg is een grote uitdaging voor de komende jaren. Er is al een groot tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden, de verwachting is dat dit toeneemt (trend 5). Ook neemt het aantal flexwerkers toe. De komende jaren zal het aantal flexwerkers toenemen, wat de loonkosten en de druk op het vaste personeel doet stijgen en de kwaliteit van zorg negatief beïnvloed (trend 5). Voor Calando is belangrijk om het personeel te binden en te boeien.

Het ziekteverzuim is bovengemiddeld hoog in de palliatieve zorg. Dit komt vooral door emotionele belasting rondom (het staken van) behandeling, euthanasie en gevoelens van machteloosheid.

Factoren die beschermen tegen het ontwikkelen van een burn-out zijn onder andere goede sociale steun, scholing en verdieping van de relaties binnen het zorgteam (trend 5). Connectie met het team aangaande bovenstaande risicofactoren blijft belangrijk, mogelijk dat intervisie hierin nog een positieve bijdrage kan leveren.

#### **4.4.2 Inzet technologie om personeelstekort te compenseren**

Technologie en e-health zal een grotere plaats gaan innemen in de zorg om het personeelstekort te compenseren. De verwachting is dat dit ook gaat gelden in de palliatieve zorg (trend 5). Het is interessant voor Calando om op de hoogte te blijven van deze ontwikkelingen en te onderzoeken of dit binnen een hospice ook tot betere zorg kan leiden en personeel kan ondersteunen. Dit lijkt vooral in de extramurale zorg van betekenis te kunnen zijn.

#### **4.4.3 Ontwikkende organisatie**

Het creëren van ruimte om kennis, vaardigheden en benodigde houdingsaspecten in de palliatieve fase bij professionals te vergroten, zal mede gezien de arbeidsmarktkrapte, aandacht vragen van Calando om mensen in en bij de zorg te houden en hierin de juiste begeleiding te bieden (trend 5). Ook deskundige stagebegeleiding speelt hierin een rol om mensen te werven voor de palliatieve zorg.

## *4.5 Ontwikkelingen in de kwaliteit van zorg*

### **4.5.1 Kwaliteit van zorg gaat een grotere rol spelen**

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de verbetering van de palliatieve zorg. De overheid investeerde tot 2020 ruim 50 miljoen in palliatieve zorg om de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland te verbeteren. Evidence-based werken en wetenschappelijk onderzoek zal een grotere rol gaan spelen, mede ook om het bestaansrecht van het hospices te verstevigen (trend 7 en 8). Ook voor Calando is dit een belangrijk gegeven. De discussie of het hospice een beschermde titel moet worden, inclusief landelijke kwalitatieve standaarden, zal naar verwachting de komende jaren verder worden gevoerd. Momenteel loopt het onderzoek 'HOPEVOL'. Dit is een door ZonMw gefinancierd driejarig, landelijk onderzoek dat richting zal geven aan de vraag hoe hospicezorg er volgens zorgvragers in de toekomst uit moet zien. Naar verwachting worden in 2021 de resultaten opgeleverd (trend 8).

### **4.5.2 Normerend kwaliteitskader**

Bij het opstellen van het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland' kwam herhaaldelijk de vraag om het kwaliteitskader minder vrijblijvend op te stellen. Of het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland' in de komende jaren een normerend karakter zal krijgen en wat daarvan de impact is, is nog de vraag. Er is een groeiende vraag naar inzicht van kwaliteit, transparante zorg, waarbij zorgvragers kunnen beschikken over uitkomst informatie die hen in staat stelt te kiezen tussen zorgaanbieders en samen met artsen behandelbeslissingen te nemen (trend 7). Het is belangrijk dat Calando zich blijft profileren op dit gebied en het kwaliteitskeurmerk hoog in het vaandel houdt.

### **4.5.3 Speerpunten kwaliteit van zorg**

Onder de Nederlandse bevolking is onderzocht welke onderwerpen zij het belangrijkste vinden voor goede palliatieve zorg. De vier meest belangrijke onderwerpen betreffen: geen pijn, aandacht voor persoonlijke wensen, eigen regie en betekenisvol leven (trend 7)

### **4.5.5. Scholing aan generalisten**

Het uitgangspunt in Nederland is dat palliatieve zorg onderdeel is van de reguliere zorgverlening. De meeste professionals hebben in hun opleiding echter weinig tot geen kennis over palliatieve zorg opgedaan. Zij zijn vooral aangewezen op nascholing en ervaring, maar juist het laatste is lastig op te bouwen. De groep generalistische professionals kan zich bijscholen en middels consultatie, ondersteuning krijgen van specialisten bij specifiek complexe situaties. De specialisten worden echter nog niet altijd geraadpleegd op de momenten dat zij van meerwaarde kunnen zijn (trend 7).

Het is raadzaam om in kaart te brengen welk beeld huisartsen hebben bij de dienstverlening van het MPT. Het lijkt zinvol om de dienstverlening van het MPT Calando verder te profileren richting huisartsen en evt. scholingsmogelijkheden aan te bieden (zie ook 2. Positie Calando in het zorgnetwerk).



#### **4.6 Samengevat**

Kritisch kijkend naar alle trends en ontwikkelingen zijn er in feite 4 rubrieken c.q. thema's waar Stichting PZD zich de komende jaren op moet richten:

1. Behoud van personeel en vrijwilligers en hun deskundigheid
2. Financiën
3. Extramuralisering en samenwerking
4. Intramuralisering (uitbreiding)

In hoofdstuk 5 komen deze aan de orde

## 5. Het strategisch beleid

Op basis van de in hoofdstuk 3 en 4 beschreven drijvende krachten, de trends en de impact op de palliatieve zorg, wordt in dit hoofdstuk uiteengezet welke operationele, tactische en strategische keuzes de Stichting Palliatieve Zorg maakt in de komende jaren

### 5.1 *Optimalisering bestaande processen*

#### 5.1.1 **Optimalisering medezeggenschap**

In het kader van de Wtzi toelating die in februari 2019 is geëffectueerd, is er een cliëntenraad opgericht, welke in juli 2019 officieel is geïnstalleerd.

Door omstandigheden, w.o. de coronacrisis, is de cliëntenraad nog maar zelden bijeengekomen en functioneert de cliëntenraad nog niet in optima forma.

#### **Doelstelling:**

Eind 2021 functioneert de cliëntenraad conform de wet op de medezeggenschap en conform het in 2019 opgestelde reglement, waarbij vooral aandacht zal worden besteed aan het recht op informatie, het recht op overleg, het adviesrecht en het enquêterecht.

#### **Aktiviteiten:**

- Vergaderen conform vastgesteld reglement, vergaderfrequentie conform reglement
- Duidelijke inventarisatie over welke onderwerpen gedeeld worden en welke onderhevig zijn aan advies, verzwaard advies of instemmingsrecht
- Bij adviesrecht of instemmingsrecht, duidelijke schriftelijke vraagformulering en informatieverstrekking
- Advies, verzwaard advies en of instemming, vertalen naar beleid
- Evaluatie werkwijze na vergadering c.q. besluitvorming
- Jaarlijkse evaluatie werkwijze en procesgang

#### 5.1.2. **Optimalisering eerste lijns GV**

Vanaf 1 januari 2019 maakt een nieuwe subsidieregeling de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie mogelijk. De huidige regeling richt zich via netwerken palliatieve zorg op drie groepen: 1) mensen van 50 jaar en ouder; 2) patiënten in de palliatieve fase (inclusief naasten); 3) kinderen in de palliatieve fase en hun naasten.

De middelen uit de subsidieregeling zijn bedoeld voor het opzetten en operationaliseren van de benodigde infrastructuur, de inzet van geestelijk verzorgers in de eerste lijn, de financiering van het participeren in multidisciplinair overleg (MDO) en aan uren als docent voor bijscholing van professionals (o.a. zorgverleners, sociaal werkers, geestelijk verzorgers) en vrijwilligers.

Er is veel tijd en energie gestoken in de opzet en operationalisering van de infrastructuur, waarbij Calando fungeert als penvoerder. Toch blijft het aantal werkelijke consulten op Goeree Overflakkee ver onder de maat

**Doelstelling:**

Eind 2025 is het aantal consulten en dus de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie op Goerree Overflakkee vertienvoudigd.

**Aktiviteiten:**

- PR en marketingcampagne opzetten in samenwerking met de subregio's in het netwerk
- Actieve aanbieding bij verwijzers, via mail, nieuwsbrief, website
- Mini-symposium organiseren
- Regie bij de penvoerder en voorzitter netwerk palliatieve zorg GO
- Tweemaandelijks overleg met GV-ers GO, om de voortgang te bewaken
- Nieuwe GV-er CuraMare/Calando actief betrekken bij PR marketing
- Scholingsprogramma opzetten voor wijkverpleegkundigen
- Stimuleren van een actieve acquisitie bij GV-ers GO

**5.1.3. Optimalisering werkwijze MPT**

Het Mobiel Palliatief Team Calando heeft, mede onder druk van het door het IKNL geïnitieerde harmonisatieproject "telefonische consultatie in de palliatieve zorg", moeten besluiten om de werkwijze rondom de telefonische consultatie te veranderen met ingang van juli 2019.

Binnen dit project wordt vooral aandacht besteed aan de scheiding tussen enerzijds adviserende en anderzijds uitvoerende werkzaamheden en aan de verantwoordelijkheden van alle betrokkenen. Een en ander heeft geresulteerd in een nieuwe werkwijze. In grote lijnen is het op orde, maar doordat steeds meer zorgaanbieders zelf de regie willen voeren als het gaat om bv het aansluiten van een medicatiepomp, is finetuning en afstemming onontbeerlijk met alle stakeholders, zoals MPT Calando, specialistische thuiszorgteams, huisartsen, en apothekers en Mediq.

**Doelstelling:**

Eind 2021 is voor alle stakeholders de werkwijze duidelijk en werken alle stakeholders conform het vastgestelde beleid en het geformuleerde stroomschema. De kwartaalafrekening met het IKNL (Fibula) is op orde en de administratieve afhandeling in PRADO is kwalitatief in orde. Uitbreiding van het MPT met nieuwe consultants is een feit.

**Aktiviteiten:**

- Tweemaandelijks evaluatie met alle betrokkenen om de voortgang te bewaken
- Begeleiding bieden aan de consultants in opleiding
- Communicatie richting vooral de huisartsen moet eenduidig zijn en consequent
- MPT vergadering meer structureren, middels een vaste vergaderfrequentie en een vast format waarbij aandacht is voor het proces, maar ook voor de inhoud

**5.1.4. Optimaliseren zelforganiserend vermogen team Calando**

Conform de visie van de huidige bestuurders is de verpleegkundige integraal verantwoordelijk voor het verpleegkundig proces en mogen zij binnen gestelde kaders (zelfstandig) beslissingen nemen. Met de komst van de nieuwe bestuurder is er dus veel aandacht besteed aan de rol en de taakvolwassenheid van de verpleegkundigen. Ondanks dat we op de goede weg zijn, vereist dit proces constant afstemming tussen directie, coördinatoren, verpleegkundigen en vrijwilligers

Ieder verpleegkundige geeft op z'n eigen manier invulling aan de taakvolwassenheid (niet eenduidig) en aangezien de coördinatoren geen hiërarchische bevoegdheid hebben is het voor hen zoeken naar enerzijds de rol van coördinator binnen het verpleegkundig proces en anderzijds de rol van meewerkend voorman, waarbij prioritering belangrijk is.

**Doelstelling:**

Eind 2021 ervaart iedere betrokkene weinig tot geen knelpunten in de samenwerking, de afstemming, de eigen rol en de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Iedereen ervaart de werkwijze en de cultuur als “zelforganiserend binnen kaders”.

**Aktiviteiten:**

- 0-meting, hoe staan we ervoor, het inzichtelijk maken van knelpunten en verbeteringen, resulterend in een plan van aanpak, wellicht in samenwerking met Inner action (teamcoach)
- Duidelijke communicatie richting team betreft verwachtingen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het team en de individuele verpleegkundige
- Duidelijke communicatie richting team over de taken, verantwoordelijkheden, en bevoegdheden van de directie en die van de coördinatoren en die van de directiesecretaresse
- Optimaliseren afstemmingsoverleg directie-coördinatoren
- Sturen op teamverantwoordelijkheid en eigen verantwoordelijkheid m.b.t. aanspreekgedrag, roosterplanning, zelfinitiatief, bevoegdheden.

*5.2 Behoud van personeel en vrijwilligers en hun deskundigheid*

Het arbeidsmarkttekort is een van de grootste vraagstukken voor de komende jaren en dit geldt niet alleen voor de sector zorg en welzijn. Calando heeft wat betreft het arbeidsmarkttekort (nog) geen reden tot klagen. Vacatures worden tot op heden makkelijk ingevuld. Het werven van nieuwe vrijwilligers gaat minder makkelijk dan vroeger, maar nog altijd is er nieuwe aanwas, zeker in vergelijking met andere regio's. Verpleegkundigen hebben meer en meer behoefte aan autonomie, zeggenschap en ze willen hun arbeidscontract kunnen afstemmen op hun levensfase. Aan personeel en vrijwilligers worden steeds meer eisen gesteld wat betreft kennis, vaardigheden en competenties.

**Doelstelling:**

De stichting Palliatieve Zorg Dirksland voorziet de komende jaren in een plan van aanpak m.b.t. mogelijke arbeidsmarktproblematiek en verwoordt deze in een nota “goed werkgeverschap, nu en in de toekomst”, met daarin aandacht voor het opleidingsbeleid, het boeien en binden-concept, taakherschikking, flexwerken, persoonlijke balans, sociale steun en verdieping arbeidsrelaties, met aan de basis een solide personeelsbeleid (situationeel CAO afhankelijk) en vrijwilligersbeleid.

**Aktiviteiten:**

- Directie vormt zich een visie over goed werkgeverschap jegens vast personeel en vrijwilligers met daarin aandacht voor taakherschikking, flexwerken, persoonlijke balans, sociale steun en verdieping arbeidsrelaties
- Directie vormt zich een visie over prestatie belonen
- Directie vormt zich een visie over een nog efficiëntere inrichting van het werk

- Directie vormt zich een visie over zorgoplossingen die mogelijk administratieve lasten kunnen verminderen.
- Eind 2022 ligt er een herzien vrijwilligersbeleid, met extra aandacht voor werven, binden en boeien.
- Vaste cyclus van functioneringsgesprekken en opvolging daarvan
- Teamcoaching en teambuilding
- De directie schrijft een nieuw opleidingsplan voor vrijwilligers en vaste medewerkers, waarbij de inhoud en kwaliteit van de leeractiviteiten passen bij de leerbehoefte, maar ook zeer zeker passen bij de veranderende kennisintensiteit en mondigheid van de zorgvrager.
- Het scheppen van een goed opleidingsklimaat, stageklimaat.

### 5.3 Financieel beleid

Anno 2020 is er nog steeds geen eenduidige bekostiging van de hospicezorg in Nederland. In 2019 zijn er grote stappen gezet vanuit de associatie om te komen tot een eenduidige financieringsvorm via een kostprijsmodel. De kostprijs in Calando bedraagt ca €501 per dag. Daar staat een vergoeding tegenover van € 356, exclusief subsidiegelden. De associatie is met veel verschillende stakeholders in overleg over een vergoeding van €524 per dag. Jaar in, jaar uit voorziet het voorzieningenfonds in de niet kostendekkende financiering.

Ondanks de verkregen Wtzi toelating kan Calando niet zelfstandig productieafspraken maken en is in die zin erg afhankelijk van CuraMare als hoofdaannemer. Deze positie maakt Calando om diverse redenen erg kwetsbaar en derhalve zijn er voorzichtige stappen gezet richting verzelfstandiging (CuraMare als kassier) op dat gebied. Hospice Hoeksche waard zou graag aansluiten als onderaannemer bij hoofdaannemer PZD.

#### **Doelstellingen:**

1. PZD is, afhankelijk van het resultaat van het financieringsvraagstuk, minder afhankelijk van het voorzieningenfonds, welke wel garant blijft staan voor de investering in nieuwe producten en ontwikkelingen.
2. PZD opteert voor een zelfstandige relatie (al dan niet in samenwerking met Hospice Hoeksche waard) met het zorgkantoor, waarbij CuraMare alleen een kassiersfunctie vervult en PZD een efficiënte en transparante besteding van de financiële middelen hanteert met zo weinig mogelijk registratielast.

#### **Aktiviteiten:**

- Ondanks het onderaannemerschap zet Directie vanaf 2021 in op een zelfstandige onderhandeling met zorgverzekeraars in samenwerking met CuraMare.
- Afhankelijk van het besluit van de NZA (financiering hospicezorg), onderzoekt de directie mogelijkheden voor een zelfstandige relatie met de zorgverzekeraars, al dan niet in samenwerking met Hospice Hoeksche Waard, waarbij de inzet is dat CuraMare de rol van kassier op zich neemt.
- Directie zal In januari 2021 in overleg met CuraMare onderzoeken op welke wijze de behandelcomponent vergoed kan worden en welke consequenties dat heeft voor de 3 maandelijkse afrekening/verrekening met het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB).

- Directie overlegt met Visser & Visser over de inrichting van Visionplanner, met het doel om de managementrapportage realtime in te zien, waardoor een directer stuurmechanisme ontstaat
- Betere sturing op begroting en realisatie

#### 5.4 Extramuralisering/transmuralisering

Hoewel een aantal trends aanleiding geeft om fors in te zetten op extramuralisering in de zin van vrijwillig terminale thuiszorg door vrijwilligers, is de praktijk wat dat betreft weerbarstig. Al jarenlang kan PZD vrijwilligers in de thuissituatie inzetten, maar laat de praktijk zien dat dit mondjesmaat gebeurt.

Het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Hollandse Eilanden (NPZ ZHE) staat voor goede palliatieve zorg aan en begeleiding van ernstig zieke mensen en hun mantelzorg, ongeacht de plaats waar de persoon verblijft. Goede palliatieve zorg kan alleen worden gegeven wanneer er samenwerking tussen alle partijen is en blijft.

In het convenant Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Hollandse Eilanden (2017) zijn samenwerkingsafspraken tussen de deelnemende organisaties vastgelegd. Toch is deze netwerk-governance voor verbetering vatbaar, worden doelen niet behaald, zijn de vertrekpunten te verschillend en is er te weinig afstemming, overdracht en slagkracht door het gebrek aan beslissingsbevoegden. Herinrichting van het netwerk is dan ook geboden.

De consultatiefunctie van het MPT Calando beperkt zich tot het vooral adviseren van medicamenteuze interventies. De consultatiefunctie van het CPT (consultatie palliatief team) binnen het Van Weel Bethesda (VWB) kent meer inhoud, maar kent zijn beperking door het geringe volume. Door in te zetten op een samenwerking tussen het MPT van Calando en het CPT van het VWB ziekenhuis, kunnen we op lokaal / regionaal niveau wellicht een hecht collectief vormen en de consultatiefunctie, maar ook de transmurale samenwerking naar een hoger plan tillen

#### Doelstellingen:

1. Begin 2021 moet het duidelijk worden of een samenwerking tussen MPT Calando en het CPT levensvatbaar is en op welke wijze dit vorm en inhoud moet gaan krijgen. Bij levensvatbaarheid zal er medio 2021 een plan van aanpak gepresenteerd worden.
2. In het tweede kwartaal van 2021 zal besloten worden of we opnieuw een charme-offensief richting verwijzers inzetten m.b.t. de inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg thuis.
3. Medio 2021 vindt besluitvorming plaats over de herinrichting van het netwerk

#### Aktiviteiten:

##### Ad 1

- Gesprek tussen leidinggevende CPT en bestuurder Calando over de doelstelling van de samenwerking tussen MPT en CPT en het groeiscenario binnen deze samenwerking (consultatiefunctie, ondersteuning huisartsen, patiëntenopvolging)
- Terugkoppeling gesprek naar MPT leden en CPT leden
- Besluitvorming samenwerking op basis van feedback MPT en CPT leden
- Financiële consequenties in kaart brengen. Hoe krijgen we de samenwerking betaald en verdeeld?
- Uitwerking in een plan van aanpak (door HBO-V student in het kader van een minor)

#### Ad 2

- Inventarisatie (on)mogelijkheden binnen het huidige vrijwilligersbestand
- Besluitvorming op basis van inventarisatie
- Bij positief besluit een werkgroep formeren die een plan van aanpak maakt voor een charmeoffensief richting verwijzers
- Implementatie plan van aanpak

#### Ad 3

- In december 2020 wordt een brief opgesteld door de voorzitters van de subnetwerken ZHE en de netwerkcoördinator, gericht aan bestuurders van de stakeholders
- Medio 2021 gezamenlijk overleg met stakeholders om knelpunten en oplossingen daaromtrent te bespreken
- In nauwe samenwerking met voorzitters ZHE en netwerkcoördinator plan uitwerken m.b.t. de aangeboden oplossingen.
- Evaluatie en bijstellen plan gedurende looptijd

### *5.5 Intramuralisering ofwel het uitbreidingsvraagstuk*

Primair zou de toenemende vraag naar palliatieve zorg en de wachtlijst, maar ook het tekort schieten van 24 uren thuiszorg aanleiding moeten zijn om na te denken over intramurale uitbreiding. Secundaire afwegingen zijn de veranderende financiering (minder financieel risico), de financieringsmogelijkheden (voorzieningsfonds), het adherentiegebied van Calando en de kwetsbaarheid van Calando als kleine organisatie. Echter zijn er in de trendanalyse meer dan genoeg redenen te lezen om af te zien van uitbreiding. Hierbij doel ik op het toenemend personeels- en vrijwilligerstekort, de concurrentie in verpleeghuizen en door particuliere initiatieven, de toename van transmuraal georganiseerde zorg, de trend en de wens om langer thuis te zijn en het ondernemersrisico. Wat de discussie helemaal erg lastig maakt, zijn de huidige bezettingscijfers, die onder normale omstandigheden absoluut geen aanleiding zouden zijn om het woord uitbreiding in de mond te nemen.

Het besluit om wel in te zetten op uitbreiding zou kunnen zijn; onderstaande sterkte-zwakte analyse, de scenariobeschrijvingen, het adherentiegebied (GO en VPR), de wens van een andere zorgaanbieder om een hospicevoorziening te realiseren op VPR, de win-win situatie rondom de samenwerking met de andere zorgaanbieder, de financiële status van het voorzieningsfonds en last but not least de ondernemersgeest van ondergetekende en het rotsvaste geloof in een succesvolle uitbreiding.

### 5.5.1 SW analyse

	<b>Sterk</b>	<b>zwak</b>
<b>Organisatie en structuur</b>	<p>Organogram helder            Taken en functies helder            Structuur overzichtelijk            Platte organisatie, korte lijnen            Werkdruk beheersbaar</p>	<p>Kwetsbare leidinggevende structuur</p>
<b>Personeel</b>	<p>Interne communicatie prima            Weinig verloop + goede sfeer            Hoge motivatie/veel vrijwilligers            Deskundig; voldoende capaciteit            Loyaliteit en flexibele inzet            Persoonlijke ontwikkeling            Veranderingsbereidheid is groot</p>	<p>Kwetsbaar door klein team            Veel bereidheid gevraagd tot flexibiliteit            Geen eenduidigheid in het omgaan met verantwoordelijkheid            Zeer lange dienstverbanden            Kleine dienstverbanden</p>
<b>Kwaliteit van zorg</b>	<p>Klantvriendelijkheid speerpunt            Menswaardige zorg            Kwaliteitszorg op maat            Vraaggestuurde zorg            Prezo keurmerk</p>	<p>Bewaking Continuïteit zorg            Regelgeving en kwaliteitseisen            zorgverzekeraars en Prezo geven druk</p>
<b>Image/PR</b>	<p>Zeer goede naam            Regionale bekendheid groot            Goede informatieve website            Huis voor alle gezindten            Gericht op samenwerken            Service gericht            Losstaande entiteit</p>	<p>Beeldvorming is overwegend christelijk, strookt niet altijd met de openhuis filosofie.            Visie op euthanasie strookt niet altijd met de veranderende sociale kaart.</p>
<b>Financiën</b>	<p>Goede Managementrapportage            Bevoorschotting            Voorzieningsfonds goed bij kas            Goede bedbezetting onder normale omstandigheden            Eigen bijdrage nu inbaar door incasso            Veel giften en extra's door gemeenschap</p>	<p>Afhankelijkheid van VZGO            Kwetsbaar eencellig organisme            Dure (verwen)zorg blijft risico            Hoge vaste lasten            Afhankelijkheid van VWS, NZA en zorgverzekeraar            Geen eenduidige financiering</p>
<b>Faciliteiten</b>	<p>Onopvallend gebouw in de wijk            Sfeervol/schoon            Veel privacy            Huisdieren mogen mee            Tuin, terras, serre, veranda            Huiselijke inrichting            Gastenkamers voldoende grootte            Zonnepanelen</p>	<p>Niet 100% duurzaam            Niet iedere kamer heeft eigen badkamer            Geen isolatieverpleging mogelijk            Geen verse maaltijden            Keuken en woonkamer bieden soms onvoldoende ruimte            Bestaande bouw met beperkingen</p>



## 5.5.2 Scenario's

<b>Scenario 1</b>  <b>Calando breidt niet uit, Catharinastichting bouwt hospice-voorziening op VPR</b>	Calando ervaart enorme concurrentie van een hospice op een naburig eiland
	Minder invloed op het palliatieve zorglandschap op ZHE
	Onderbezetting door verlies van cliënten uit VPR
	Meer opnamemogelijkheden voor Flakkeese cliënten
	Stilstand in ontwikkeling
	Financiële positie VZF lastig uit te leggen aan stakeholders
	Te weinig volume en dus te weinig invloed op Zorgkantoor/zorgverzekeraar
	Afhankelijkheid ZVGO blijft waarschijnlijk bestaan

<b>Scenario 2</b>  <b>Calando exploiteert een hospice op VPR</b>	Uitdaging in vele facetten
	Volop ontwikkelingsmogelijkheden
	Grotere invloed op het palliatieve zorglandschap
	Grotere invloed op zorginkoop ZV
	Mogelijkheden tot uitbreiding externe dienstverlening
	Aanbod genereert vraag
	Groei naar palliatief expertisecentrum
	Ondernemingsrisico/exploitatierisico
	Minder steun door gemeenschap op VPR
	Win- win door samenwerking met andere zorgaanbieder

### Doelstellingen:

- Voldoende draagvlak binnen de RVT voor een voorlopige GO, op basis van eerder informatie en vigerend beleidsplan.
- Inzicht verkrijgen in de voorwaarden van de RVT om definitief een GO te kunnen realiseren (wellicht via een commissie)
- Medio 2021 bespreking van het plan door RVB Calando en RVB Catharinastichting
- Besluitvorming op basis van uitgewerkte voorwaarden
- Besluitvorming huur of koop
- 1<sup>e</sup> kwartaal 2022 definitieve besluitvorming op basis van gepresenteerd plan en uitgewerkte voorwaarden

### Aktiviteiten:

- Voorbereiden planbespreking met RVB Catharinastichting
- Plan voorleggen aan RVT door beide RVB's
- Voorwaarden uitwerken:
  - exploitatiebegroting
  - voorlopige bouwkostenanalyse
  - businessplan
  - risicoanalyse
- PVE opstellen
- Projectplan schrijven
- Implementatie projectplan