



HOSPICE
APELDOORN

Beleidsplan

2011 – 2015

Stichting Hospice Apeldoorn

**Bestuur
Stichting Hospice Apeldoorn
december 2010**

MEERJAREN BELEIDSPLAN HOSPICE 2011 TOT 2015

Indeling	blz
1. inleiding	2
2. Situatie analyse	2
3. Externe ontwikkelingen	2
3.1. Landelijk	2
3.2. Regionaal	3
4. Interne ontwikkelingen	4
4.1. Wat betreft kwaliteit en tevredenheid	4
4.2. Wat betreft organisatie, naamsbekendheid	4
4.3. Wat betreft de samenwerking	5
5. Ambities, strategie, beleidsvoornemens	7
5.1. Algemeen	7
5.2. Uitwerking	7
5.2.1. Kwaliteit, tevredenheid	7
5.2.2. Organisatie, naamsbekendheid	9
5.2.3. Samenwerking	10
6. Beleidspunten 2011-2015	13
7. Bijlage	14

1. INLEIDING

Deze nota beschrijft het beleid voor de komende vier jaar van het Hospice Apeldoorn.

De nota is voorbereid en vastgesteld door het bestuur van het Hospice in samenspraak met de coördinatoren.

2. SITUATIE ANALYSE

Het Hospice Apeldoorn is een bijna thuis huis dat inmiddels 10 jaar bestaat. Het is gehuisvest in een verbouwde kerk. Het gebouw is in 2008 in eigendom genomen door de Stichting Vrienden van het Hospice.

De missie van het Hospice is het bieden van een zorgzaam begeleid levenseinde in de laatste levensfase, wanneer dit thuis niet meer mogelijk is, met name bij dreigende of bestaande overbelasting van de mantelzorg, of bij ontbreken daarvan. Hiertoe tracht het een sfeer van rust, ruimte en persoonlijke aandacht te creëren voor de gast en zijn/haar naasten. Dit probeert het te bereiken door te functioneren als een “bijna-thuis-huis” .

Er is plaats voor vijf gasten en twee logé's. De zorg wordt verleend door een enthousiaste en deskundige groep zorgvrijwilligers (45), ondersteund door gastdames en aangestuurd door vier coördinatoren; daarnaast verrichten ruim 30 vrijwilligers allerlei werkzaamheden. De professionele zorg wordt verleend door verpleegkundigen van Privazorg waarbij de huisarts de medisch verantwoordelijke blijft. Er kan gebruik gemaakt worden van de adviezen van het consultteam palliatieve en terminale zorg. De huishoudelijke zorg wordt verricht door medewerkers van Privazorg. De organisatie is een stichting (St. Hospice) met een bestuur dat eveneens bestaat uit vrijwilligers.

Er is aandacht voor kwaliteit en voor deskundigheidsbevordering voor zowel de vrijwilligers als de coördinatoren.

De financiering bestaat uit subsidies van de overheid, met name voor huisvesting en coördinatie, en uit donaties, legaten, eigen bijdragen van de gasten en gelden afkomstig van specifieke acties.

3. EXTERNE ONTWIKKELINGEN

3.1. Landelijk

Demografisch

De demografische ontwikkelingen laten een veranderende samenstelling van de bevolking zien, qua leeftijden (vergrijzing), gezinssamenstelling (toename aantal alleenstaanden) en etnische herkomst. Op grond van de vergrijzing zal de vraag naar palliatieve terminale zorg toenemen; 1990 was 12,8 procent van de bevolking ouder dan 65 jaar, in 2008 was dit 14,7 procent. Dit percentage zal nog verder stijgen de komende jaren. Daarnaast is er sprake van verandering in ziektebeelden, waar de palliatieve terminale zorg op zal moeten inspelen.

De toename van het aantal allochtonen zal consequenties hebben voor de zorg rondom terminale patiënten.

Binnen de VPTZ (de brancheorganisatie voor palliatieve en terminale zorg) bestaat een werkgroep Etnische diversiteit. Vooralsnog wordt landelijk nog slechts een

gering beroep gedaan op instellingen en organisaties voor palliatieve zorg in de terminale fase door allochtonen, ondanks dat deze groep in aantal toeneemt en ook het aantal ouderen met ziekteproblematiek binnen deze groep groter wordt. Daarnaast is er nog de groep kinderen en verstandelijk gehandicapten die soms ook te maken hebben met palliatieve terminale zorg.

Financieel economisch

De huidige financiële en economische crisis maakt dat er de komende jaren forse bezuinigingen zijn te verwachten. Dit kan consequenties hebben voor overheidssubsidie, voor de eigen bijdrage van de gasten en andere inkomstenbronnen (donaties, legaten, inkomsten uit acties) van het Hospice.

Sociaal

Hospice's en bijna thuis huizen zijn steeds meer geaccepteerd als plek om te sterven wanneer het thuis niet meer gaat. Ziekenhuisverblijf wordt steeds korter en is steeds minder een plek om te overlijden.

In juni 2010 is een landelijke richtlijn **Spirituele zorg** vanuit de VIKC (Vereniging van Integrale Kankercentra) verschenen.

De indruk, maar ook niet meer dan dat, bestaat dat signalen van gasten goed worden opgevangen, wanneer zij behoefte hebben aan een vorm van spirituele zorg. De richtlijn, die meer beschouwend dan erg praktisch is, geeft wel een aantal aandachtspunten aan om meer inzicht te krijgen in de behoefte hieraan bij gasten.

Technologisch

Meer technische hulpmiddelen (domotica) maken het mogelijk om langer thuis te blijven.

Politiek

Het accent ligt momenteel op marktwerking in de zorg. Dit kan leiden tot meer concurrentie bijvoorbeeld met verpleeg- en verzorgingshuizen. Er ligt meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid. Hierbij wordt ook in toenemende mate belang gehecht aan de positie van de informele zorg. Al langer is er sprake van een verschuiving van tweede naar eerste lijn, zo lang en zoveel mogelijk zorg thuis (of bijna thuis). Dit vergroot overigens de druk op thuiszorg en mantelzorg.

VPTZ (Vrijwilligers Palliatieve en Terminale Zorg)

Het VPTZ heeft een meerjarenbeleidsplan geschreven voor de periode 2011 tot 2015. Aanbevelingen vanuit het beleidsplan zijn vooral gericht op kwaliteit in uitvoering en organisatie.

Dat betekent onder andere aandacht voor basisvaardigheden van vrijwilligers en hun deskundigheidsbevordering. Daarnaast aandacht voor goed bestuur bij de VPTZ organisaties.

3.2. Regionaal

In Gelderland is de laatste jaren een flinke toename van het aantal hospicevoorzieningen. In de regio Oost Veluwe zitten we boven de landelijke norm met 6,9 voorzieningen per 100.000 inwoners (landelijke norm vier tot zes plaatsen per 100.000 inwoners).

Het Hospice heeft inmiddels een duidelijke plaats gekregen in de regio Apeldoorn en zowel potentiële gasten als verwijzers weten het te vinden. Er is in onze regio sprake van een positieve ontwikkeling in de samenwerking met partners in de palliatieve terminale zorg (de Spreng, de Kap). De gezamenlijke viering van het lustrum ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het Hospice (10 jaar de Spreng, 25 jaar de Kap) is daarvan een voorbeeld.

4. INTERNE ONTWIKKELINGEN

4.1. Wat betreft kwaliteit en tevredenheid

Er is aandacht voor kwaliteit door middel van **scholing** en **deskundigheidsbevordering** van **vrijwilligers** en coördinatoren. Er wordt gewerkt volgens **protocollen** die regelmatig bijgesteld worden. Het Hospice voldoet hiermee aan de aanbevelingen in het beleidsplan van de VPTZ

De **medische zorg** en vaardigheid van de huisarts met betrekking tot palliatieve terminale zorg roept een enkele keer vragen op in de ogen van de medewerkers van het Hospice (bijvoorbeeld rond palliatieve sedatie). Hoewel er, ook voor de huisarts, de mogelijkheid is om het **consultteam palliatieve zorg** in te schakelen, wordt daar niet altijd voldoende gebruik van gemaakt.

Sinds 1 januari 2010 doet het Hospice mee in de **symptoom registratie** zoals die ontwikkeld is door het Utrecht Palliatief Centrum. Registratie van klachten vindt plaats gedurende het verblijf van de gast, verschuivingen in het klachtenpatroon kunnen reden zijn het beleid aan te passen.

Tevens vindt vanaf 1 januari 2010 **registratie van de gegevens** van de gasten plaats (REPAL, IKO), zoals diagnose, zorggegevens, verblijfsduur. Deze registratie levert veel management gegevens op, die ook voor andere registraties gebruikt kunnen worden

Een van de **coördinatoren** zal het komend jaar met pensioen gaan. De drie overblijvende coördinatoren zullen haar functie volledig overnemen.

Dit is een van de redenen om te overwegen de **verpleegkundige zorg** in een **24 uurs rooster** te regelen, naast andere redenen met betrekking tot beschikbaarheid en kwaliteit. Dit vraagt afweging, overleg (draagvlak) en aandacht voor taken en functies van verpleegkundigen en vrijwilligers (onder andere medicatie beleid).

In verband met de aandacht voor kwaliteit is de afgelopen jaren ook onderzoek gedaan naar een vorm van **certificering** van het Hospice (landelijke beleidstuk VPTZ 2008). De conclusie was dat de organisatievorm van het Hospice niet past bij een HKZ certificering en dat andere vormen van keurmerk voor vrijwilligers organisaties eveneens minder toepasbaar zijn voor het Hospice. Wel is toen afgesproken alle protocollen, overlegstructuren en procedures duidelijk en voor ieder vindbaar vast te leggen. (zie bijlage)

Wat betreft de **nazorg**; de herdenkingsbijeenkomsten die hiervoor bedoeld zijn, worden sinds kort anders georganiseerd. Dat wil zeggen vaker, en in een kleiner gezelschap. De grootschalige bijeenkomsten een keer per halfjaar bleken niet te voldoen in een behoefte.

Sinds 2009 wordt een **enquêteformulier** meegegeven aan de familie van de overleden gasten. Er is hierop een grote respons.

Eerder is gebleken dat **respijtzorg** in de vorm dagbehandeling niet planbaar en niet financierbaar is. Haalbaar zou wel kunnen zijn een vorm van respijtzorg middels een korte opname te geven om de mantelzorg voor een periode te ontlasten. Voorwaarde hierbij moet uiteraard zijn dat er een indicatie is voor opname in het Hospice.

4.2. Wat betreft organisatie, naamsbekendheid.

De **huisvesting** is naar tevredenheid van zowel de gasten als de medewerkers. Er zijn de laatste jaren een aantal aanpassingen geweest die de leefbaarheid en de huiselijke sfeer van het gebouw ten goede zijn gekomen (o.a. lichtkoepels). Er is ook een verbeterde werkruimte ingericht voor de verpleging. In verband met het voorkomen van legionella besmetting is er een legionella beheers plan opgesteld. De **bedbezetting** is in het algemeen redelijk stabiel 70 %

Opnamecijfers in het Hospice over de laatste jaren zijn

	2004 ¹	2005	2006	2007	2008	2009
aantal opnamen in verslagjaar	36	58	57	57	51	61

¹ 11 gasten in lokatie Hullenoord, 25 gasten in lokatie Polkastraat

De **financiële situatie** van het Hospice is momenteel gezond.

In de huidige subsidieregeling VWS is rekening gehouden met de kosten van betaalde coördinatie en van huisvesting. Nadrukkelijk wordt gesteld dat de subsidie niet voor 100% de exploitatie kan en moet dekken; aantrekken van geld uit “derde geldstromen” (donaties, legaten, subsidies uit andere fondsen, eigen bijdrage gasten) blijft heel belangrijk. Het hierdoor te verwerven bedrag zal zeker relatie hebben met “de naam” van het Hospice, dus gebaseerd zijn op kwaliteit en tevredenheid.

De komende jaren zullen er hogere kosten zijn wat betreft de coördinatie, mogelijk een afname van de eigen bijdrage van de gasten, en onzekerheid over de subsidieregelingen van de overheid, waarbij er over 2011 al een duidelijke vermindering van de subsidiebijdrage is. Het Hospice streeft er dan ook naar om de schuldenpositie te verminderen en voldoende financiële reserve op te bouwen (sponsor actie rond het 12 ½ jarig bestaan van het Hospice en extra aandacht voor het afnemend aantal donateurs). Het Hospice zou de financiële verantwoording naar buiten toe kunnen verbeteren (kascommissie, accountantsverklaring, publicatie jaarverslag op de website). Met de gemeente Apeldoorn zijn afspraken gemaakt over de betaling van de huishoudelijke zorg uit de **WMO** (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) gelden.

Er is regelmatig overleg tussen de besturen van de **Stichting Hospice** en de **Stichting Vrienden van het Hospice**, met name rondom beleid ten aanzien van financiering en exploitatie van het Hospice.

De discussienota “**goed bestuur**” opgesteld door het VPTZ wordt door het bestuur gebruikt om het functioneren van het bestuur te verhelderen en te verbeteren.

Door de **commissie PR** is de afgelopen jaren gewerkt aan verdere naamsbekendheid van het Hospice. Dit heeft duidelijk positief effect gehad. Deze

commissie is actief met allerlei activiteiten rond om PR van het Hospice, zoals het ontwikkelen van een nieuwe huisstijl, het bijhouden de website en het uitgeven van een bulletin. Het Hospice kent **ambassadeurs**, mensen uit de zakenwereld, die de besturen van de Stichting Hospice en de Stichting Vrienden adviseren rond grotere sponsoracties

4.3. Wat betreft de samenwerking

Met vele **organisaties en instellingen** zijn contacten en is er al of niet structureel overleg dat ten dienste staat aan onze missie. We noemen hier:

VPTZ.

Brancheorganisatie voor vrijwilligers in de palliatieve en terminale zorg. We hechten aan een goede relatie met de VPTZ. Belangrijke aspecten hierin zijn: belangenbehartiging; scholing en deskundigheidsbevordering van vrijwilligers, coördinatoren en bestuur, deelname aan beleidsdagen, de landelijke registratie van gegevens van het Hospice. Deze laatste zijn weer van belang voor beleidsontwikkeling zowel landelijk als lokaal. De regio vertegenwoordiging in de ledenraad wordt momenteel uitgevoerd door de directeur van de Kap, met een bestuurslid van het Hospice, als vervanger.

De Kap.

Vrijwilligersorganisatie in Apeldoorn. De samenwerking met de Kap (afdeling vrijwilligers terminale thuiszorg) blijft een belangrijk onderdeel van de activiteiten. Onder andere de gezamenlijke basis training voor de aspirant zorgvrijwilligers en de mogelijkheid voor inval bij rooster problemen bij de vrijwilligers. De gemeente Apeldoorn heeft De Kap opdracht gegeven het platform "Samen in de informele zorg" verder uit te werken, in het kader van de "civil society"; het Hospice is één van de deelnemende organisaties.

Verkennde gesprekken zijn gaande wat De Kap voor het Hospice kan betekenen en omgekeerd. Dit betreft de afdeling terminale thuiszorg.

Ook is er overleg met stichting 'k Leef over gezamenlijke activiteiten.

De Spreng.

Palliatieve unit van de ZGA (Zorggroep Apeldoorn), lokatie Beekbergen. Er bestaat structureel beleidsoverleg en incidenteel overleg over opnamen van gasten patiënten, indien het ziektebeeld daar aanleiding toegeeft. De contacten zijn de laatste jaren sterk verbeterd.

Netwerk palliatieve zorg Oost Veluwe.

Er is regelmatig overleg met de netwerk coördinator. Verder zijn er bijeenkomsten van het netwerk die worden bijgewoond vanuit het Hospice

Consult team palliatieve zorg.

Contacten lopen via de consult vragende huisartsen en verpleegkundigen.

Huisartsen.

Alle huisartsen uit de regio ontvangen de Nieuwsbrief; met enkele huisartsen is een meer intensief contact, met name wanneer de eigen huisarts de zorg in het Hospice niet kan geven

Er is vanuit het Hospice behoefte aan meer gestructureerd overleg met de huisartsen organisatie

Privazorg.

De verpleegkundige zorg wordt door ZZP'ers van Privazorg gegeven; deze verpleegkundigen hebben een duidelijke affiniteit met palliatieve zorg. Er zijn geen

contract afspraken tussen Hospice en Privazorg over het op niveau houden van de kennis. Gesprekken hierover zijn op gang gebracht.

Sinds begin 2010 zijn de verpleegkundigen geheel verantwoordelijk voor het medicatiebeleid en voor het beheer van geneesmiddelen, inclusief de opiaten. Hiervoor is een kantoorruimte met medicatiekast ingericht.

Gelre ziekenhuizen met het regiepunt.

Dit faciliteert bij ontslag van een patiënt indien nodig overplaatsing naar een andere zorginstelling, o.a. ook naar het Hospice. Overlegt met het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg).

Contacten zijn gelegd met de verpleegafdeling oncologie, voornamelijk van hier zullen patiënten overgeplaatst worden naar het Hospice.

CIZ.

Het CIZ is betrokken bij overplaatsing naar en sporadisch vanuit het Hospice naar elders.

Gemeente Apeldoorn.

Er is een regeling getroffen over de verrekening van de onder WMO vallende huishoudelijke zorg. Op basis van het door het Zorgloket ingeschatte aantal noodzakelijke uren huishoudelijke zorg wordt jaarlijks op basis van die inschatting verrekend. Met deze regeling vervalt tevens de eigen bijdrage voor de WMO voor onze gasten.

Provincie Gelderland.

Geen structurele contacten. Afgelopen jaren was er een bijdrage vanuit de provincie voor scholing vrijwilligers.

Verpleeg en verzorgingshuizen.

Geen structurele contacten

5. AMBITIE, STRATEGIE, BELEIDSVOORNEMENS

5.1. Algemeen geformuleerd

De missie van het Hospice, zoals reeds in de inleiding geformuleerd, blijft ook de komende jaren recht overeind. Samenwerking tussen mantelzorg, vrijwillige inzet en beroepsmatige zorg is daarin belangrijk. De kern is echter in het Hospice, gestoeld op een liefdevolle, professionele palliatieve terminale zorg door vrijwilligers.

Hieruit en uit de voornoemde ontwikkelingen leiden wij de beleidsvoornemens voor de komende periode af, en wel op de volgende terreinen.

Kwaliteit, tevredenheid.

Het Hospice streeft naar een hoge kwaliteit van de zorg o.a. door middel van coaching, scholing, deskundigheidsbevordering en evaluatie.

Er wordt gestreefd naar een grote mate van tevredenheid bij de gasten, de vrijwilligers, de verpleegkundigen, de coördinatoren en alle andere medewerkers.

Organisatie, naamsbekendheid.

Daarvoor is nodig dat de organisatie op orde is.

Het Hospice streeft ernaar om een duidelijke plek in de regio te behouden en zo nodig te verbeteren. Het Hospice wil voldoende bekend zijn en blijven bij de potentiële gasten en de verwijzers.

Samenwerking

Er wordt gehecht aan een goede samenwerking met de partners in de palliatieve terminale zorg en andere organisaties.

5.2. Uitwerking

5.2.1. Kwaliteit, tevredenheid

Vrijwilligerszorg

Er blijft ook de komende jaren veel aandacht voor werving en scholing van vrijwilligers.

De criteria van de VPTZ (zie hun beleidsvoornemens) blijven daarbij het uitgangspunt.

Het is daarbij van belang de positieve waardering voor deze kerndiscipline van het Hospice te behouden.

Medische zorg

Er wordt extra aandacht besteed aan de kwaliteit van de medische zorg van de **huisarts**. Dit kan leiden tot incidenteel overleg met de behandelend huisarts. Daarnaast is structureel overleg met de beroepsgroep (Huisartsen Vereniging Apeldoorn en omstreken) gewenst.

Er vindt de komende tijd registratie plaats van de inschakeling van het consultteam palliatieve zorg (hoe vaak en voor welke problematiek). Er wordt ook naar gestreefd om het **consultteam palliatieve zorg** vaker in te schakelen wanneer daar reden voor is, ofwel via de behandelend huisarts ofwel rechtstreeks door de verpleegkundigen.

Er komt naast de afspraken die gemaakt zijn over het gebruiken en bijhouden van de protocollen, extra aandacht voor het hanteren van de protocollen met betrekking tot **palliatieve sedatie (en euthanasie)**.

Er vindt evaluatie plaats van het project **symptoom registratie**. Indien dit aanleiding geeft tot verandering in het gevoerde beleid, wordt dit uitgevoerd.

Ook de **registratie van gegevens van de gasten** (REPAL, IKO) wordt geëvalueerd.

Verpleegkundige zorg.

Er is extra aandacht voor de **deskundigheid** van de verpleegkundigen van Privazorg wat betreft de palliatieve zorg. (overleg hierover met Privazorg)

Er wordt tevens onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden van **24 uur's verpleegkundige zorg**. Er wordt daarbij gekeken naar kwaliteitswinst, organisatie, draagvlak en afstemming met de vrijwilligers op basis van taakomschrijvingen. Ook wat betreft taakomschrijvingen en medicatie verantwoordelijkheid.

Dit alles in overleg met coördinatoren, vrijwilligers, bestuur en Privazorg

Coördinatoren

De **coördinatiefunctie** wordt de komend jaren over 3 personen verdeeld (was 4).

Certificering

Voor wat betreft de **certificering** wordt contact gehouden met VPTZ in verband met landelijke ontwikkelingen die omtrent.

Nazorg

De verandering in de organisatie van de herdenkingsbijeenkomsten zal geëvalueerd worden.

Enquête gasten

Ook zal de komende tijd de enquête onder de gasten en nabestaanden geëvalueerd worden.

Spirituele zorg

Naar aanleiding van het landelijk rapport over spirituele zorg valt te overwegen om een werkgroep vanuit de vrijwilligers hier verder over te laten nadenken. Hulp hierbij kan ook scholing zijn (vrijwilligers) op het terrein van spiritualiteit, religie, levensbeschouwing en zingeving.

Onderzocht wordt of een hanteerbare checklist voor het invoeren van professionele hulp opgesteld kan worden.

Respijtzorg

Hieromtrent wordt de komende jaren geen actief beleid gevoerd. Wel blijft het de aandacht hebben in het overleg met De Kap.

Etnische diversiteit.

Het is van belang alert te zijn op verandering van de doelgroep (toename **gasten van allochtone afkomst**). Dit kan consequenties hebben voor de werving van en scholing van vrijwilligers.

Samen met De Kap is besproken op welke manier het Hospice hulp zou kunnen bieden, indien de vraag toeneemt.

Aannemelijk is dat wanneer er een vraag komt, dit vooral een vraag voor ondersteuning van de mantelzorg zal zijn en dus een beroep op de terminale thuiszorg zal betekenen.

Afgesproken is dat vanuit De Kap verkennende besprekingen gevoerd zullen worden, o.m. met Wisselwerk. Pas wanneer er signalen komen dat er ook vraag is naar hospicezorg, zullen we aansluiten bij het overleg.

5.2.2. Organisatie , naamsbekendheid

Huisvesting

Er zal een onderhoudsplan voor het gebouw gemaakt worden, in overleg met de stichting Vrienden, dat jaarlijks in het bestuur geëvalueerd wordt.

Bedbezetting, bedden in de regio

Er zal jaarlijks stil gestaan worden bij de ontwikkeling van het **aantal bedden** in de regio. Daarnaast wordt de **bedbezetting** jaarlijks geëvalueerd tijdens de bespreking van het jaarverslag. Zo nodig zal hierop actie ondernomen worden, eventueel in overleg met het Netwerk Palliatieve Zorg, de VPTZ en andere belanghebbenden.

Financiering

Het bestuur zet zich actief in om de komende jaren de schuldenpositie van het Hospice te verminderen, en voldoende financiële reserve op te bouwen. Dit alles in verband met vermindering van overheidssubsidie en mogelijk afname van andere inkomstenbronnen (eigen bijdrage gasten, donaties en legaten).

Samen met de Stichting Vrienden en de commissie PR ligt het in de bedoeling de komende jaren een grote actie te voeren rond om het 12 ½ jarig bestaan van het Hospice. Dit is mede afhankelijk van de dan bestaande financiële situatie van het Hospice. Tevens zal er extra aandacht zijn voor het werven van meer donateurs. Daarnaast willen wij meer inzicht krijgen in de maatschappelijke kosten van een Hospice. Dit is ook een actiepunt van de VPTZ.

Verder onderzoeken we de mogelijkheid de financiële verantwoording naar de buitenwereld te verbeteren (kascie, accountant, externe controle, publicatie jaarverslag op de website).

Met de Gemeente blijven we contact houden over de regeling voor betaling van de huishoudelijke hulp via de WMO.

Bestuur, commissies

Het functioneren van bestuur zal de komende tijd verhelderd en zo mogelijk verbeterd worden met als uitgangspunt de discussienota "goed bestuur" opgesteld door het VPTZ. Het gaat dan onder andere om profiel bestuursleden, taakverdeling, rooster van aftreden en de verhouding met coördinatoren vrijwilligers et cetera.

De Stichting Vrienden, de commissie pr en de ambassadeurs (er worden momenteel enkele nieuwe ambassadeurs geworven) zullen de komende tijd naast het bestuur betrokken zijn bij de viering van het 12½ jarig bestaan van het Hospice met een grote actie.

Dit zal gebeuren naast hun reguliere activiteiten die te maken hebben met positieve naamsbekendheid.

5.2.3. Samenwerking.

VPTZ

De regio vertegenwoordiging voor de **ledenraad** van de **VPTZ** zullen wij mogelijk de komende periode overnemen van de Kap.

De Kap

Er wordt onderzocht of verdere samenwerking wat betreft de vrijwilligers voordelen heeft voor de continuïteit van de zorg en voor de organisaties.

Opname in het Hospice in het kader van respijtzorg zou op aangeven van de terminale thuiszorg van de Kap (ter ontlasting van de mantelzorger) op proef kunnen plaatsvinden.

Samen met de Kap zal beleid afgesproken worden wanneer zich gasten met andere etnische achtergrond zullen aandienen.

Ook samen met de Kap zal er contact gelegd worden met stichting 'k Leef .

De Spreng

Afstemming met de Spreng over opnames blijft noodzakelijk. De instelling is te voorkomen om in een concurrentiepositie te komen.

Inloophuis 'k Leef

Overleg, tezamen met de Kap, is gestart over wat we als vrijwilligersorganisaties voor elkaar kunnen betekenen.

Huisartsen

Behalve incidenteel overleg met de behandelende huisartsen in het Hospice zal er structureel overleg plaatsvinden met de Huisartsen Vereniging Apeldoorn en omstreken

Privazorg.

Met Privazorg maken we afspraken over de deskundigheidsbevordering met betrekking tot palliatieve terminale zorg van de wijkverpleegkundigen werkzaam in het Hospice. Daarnaast hebben we overleg over een eventueel 24 uren rooster van de verpleegkundigen in het Hospice.,

Met de volgende lokale/regionale partners zal incidenteel of structureel contact de komende jaren voortgezet worden.

Netwerk palliatieve zorg Oost Veluwe

Consultteam palliatieve zorg

Gelreziekenhuis, CIZ

Gemeente

Provincie

Verzorgings en verpleegtehuizen

HFD. 6 Beleidspunten 2011 – 2015

Actie	Doel	Wie?	Wanneer	Prioriteit
6.1. Kwaliteit en tevredenheid				
6.1.1. medische zorg	overleg Huisartsen	bestuur (S.T./W.v.T.)	2011	hoog
6.1.2. Verpleegkundige zorg	acties Privazorg mbt deskundigheidsbevordering	coörd. + bestuur	2011	middel/hoog
	Invoeren 24 uren bezetting verpleegkundig en afstemming met vrijwilligers	coörd. + bestuur	voorjaar 2011	hoog
	uitwisseling De Spreng	coördinatoren	2012	middel
6.1.3. nazorg	nieuwe opzet evalueren na 1 jaar	coördinatoren.	najaar 2011	middel
6.1.4. enquêteformulier gasten	evalueren	coördinatoren.	voorjaar 2012	middel
6.1.5. spirituele zorg	informatie en scholing	werkgroep vrijwilligers + coördinatoren.	2012	middel
6.1.6. etnische diversiteit	behoefteonderzoek opname in Hospice	bestuur	2013	laag
6.1.7 vrijwilligers	nascholing	coörd. / bestuur	jaarlijks	middel
	“dank je wel”-dag	coörd. / bestuur	jaarlijks	middel
6.2. Organisatie en naamsbekendheid				
6.2.1. huisvesting	onderhoudsplan	coördinatoren	2011	middel
Polkastraat 5	aflossing lening vóór 2014	St. Vrienden + bestuur	2012	middel/hoog
6.2.2. bedbezetting	Jaarlijkse evaluatie	Bestuur en coördinatoren	jaarlijks in de zomer	
6.2.3. organisatie financiën	beheersen kosten exploitatie meerjaren beleid extern accountantsverslag	bestuur + coörd.	2011	hoog
	Inzicht in maatschappelijke kosten hospice	bestuur	najaar 2011	middel
6.2.4. bestuur	opstellen beleid “Goed bestuur”	bestuur	voorjaar 2011	hoog
	Opstellen rooster van aftreden en benoemen	bestuur	voorjaar 2011	hoog
6.2.5 jaarverslag	publicatie website	bestuur + ICT	jaarlijks	hoog
6.2.6. PR	continue aandacht	Cie. PR	continu	hoog
6.2.7. ambassadeurs	ad hoc hulp vragen	St. Vrienden + bestuur	Indien van toepassing	laag
6.2.8. donateurs	Werven donateurs	St. Vrienden + bestuur	2011 en 2012 en 2013	middel
6.2.9. protocollen	Periodiek actualiseren	coördinatoren.	volgens schema	middel
6.3. Samenwerking				
6.3.1. De Kap	overleg eventueel samenwerking terminale zorg	bestuur	2012	laag
6.3.2 Gemeente	overleg regeling WMO.	bestuur	2012	middel

BIJLAGE

Beleidsplan

2011 – 2015

Stichting Hospice Apeldoorn

Palliatieve zorg.

De WHO heeft de volgende definitie aan palliatieve zorg gegeven(2002): *“Palliative care is an approach to care which improves quality of life of patients en their families facing life threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”*.

Rob Bruntink omschrijft deze definitie van de WHO onder meer door te stellen dat “palliatieve zorg de actieve, totale zorg is voor patiënten op het moment dat hun ziekte niet meer te genezen is”, dat “het algemene doel van palliatieve zorg is het bereiken van de hoogst mogelijke kwaliteit van leven, voor zowel de patiënt als diens naasten”, dat “palliatieve zorg het leven bevestigt en sterven als een normaal proces beschouwt” en dat “het de nadruk legt op de verzachting van pijn en andere problematische symptomen, het in de patiëntenzorg de lichamelijke, emotionele en spirituele aspecten integreert en probeert de patiënt tot de dood te ondersteunen om zo actief mogelijk te leven” en dat het tenslotte “de nabestaanden helpt zowel in het omgaan met de zieke patiënt als bij de rouwverwerking na het overlijden”.

Palliatieve zorg vanuit de zorgvrager zal, zolang de patiënt hierin een actieve rol kan hebben, heel individueel zijn, vrijwel steeds gericht op fysieke en psychosociale problemen; de behoefte aan geestelijke begeleiding wordt door de patiënt (gast) bepaald, vaak zullen familie en zorgvrijwilligers ook klankbord zijn voor de gast bij existentiële vragen. Dit is één van de redenen dat de zorgvrijwilligers geschoolde vrijwilligers dienen te zijn (*middels basistraining en verdiepingsgesprekken, na- en bijscholing*).

Palliatieve zorg vanuit de zorggever moet zeker professionele aspecten hebben. In het Hospice als bijna-thuis-huis is de eigen huisarts in principe de behandelaar; wanneer een gast van buiten Apeldoorn komt, een huisarts te ver van de locatie van Hospice woont of wanneer de relatie tussen huisarts en gast niet past in de bijzondere situatie van de palliatieve zorg, wordt deze functie overgenomen door een huisarts die een duidelijke relatie met het Hospice heeft. Niet iedere huisarts is een specialist in de palliatieve zorg; bij specifieke vragen, vaak op het gebied van lichamelijke problematiek (pijn, misselijkheid, benauwdheid, verwardheid, etc.) kan hij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (i.c. Oost-Veluwe) consulteren. Een regionaal Netwerk Palliatieve Zorg is gekoppeld aan een IKC (i.c. hier het IKNO, per 1 januari 2011 het te op te richten Integraal Kankercentrum Nederland IKCN). In opdracht van de minister VWS ondersteunt de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) de consultteams, ook ten behoeve van de niet-oncologische patiënten.

Gegevens zijn beschikbaar over het totaal aantal consultaties, niet over het aantal vragen per instelling:

In 2009 waren er 6.317 consulten palliatieve zorg voor 5.562 patiënten, zo blijkt uit het jaarverslag 2009 van het netwerk van consultteams.

In totaal is er advies gegeven over 22.698 onderwerpen:

- 10.155 (45%) over symptomen als pijn, benauwdheid, delier, misselijkheid, vermoeidheid en slaapproblemen,
- 12.443 (55%) over problemen als euthanasie en (palliatieve) sedatie, farmalogische vragen of

organisatie van zorg.

Per consult werden er gemiddeld 3,6 onderwerpen besproken.

Over farmacologische onderwerpen wordt in 62,9% van alle consulten geadviseerd, gevolgd door morele steun consultvrager (57%), organisatie van zorg (21%) en palliatieve sedatie (20,7%). Pijn is het meest voorkomende symptoom waarover wordt geconsulteerd (47,3%). Daarnaast zijn delier (17,2%), misselijkheid (15,3%) en benauwdheid (15,3%) veel voorkomende symptomen. In 2009 waren in heel Nederland 29 consultatieteams palliatieve zorg actief met in totaal 267 consultants. De Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) organiseert en ondersteunt het [netwerk van consultatieteams](#).

Landelijke en regionale gegevens over palliatieve zorg.

Per 1 juli 2010 zijn de volgende instellingen en organisaties voor palliatieve zorg in Nederland bekend:

<u>Soort voorziening</u>	<u>aantal</u>	<u>aantal plaatsen</u>
Hospice (eigen verpleegk. Staf, high care)	49	289
Bijna-thuis-huis (vooral vrijwilligers, low care)	55	184
Hospicevoorziening in/bij verpleeghuis	95	402
Hospicevoorziening in/bij verzorgingshuis	47	110
Kinderhospice (vaak respitzorg)	6	58
Voorziening in/bij ziekenhuis (opname)	16	48
Palliatieve dagvoorziening – dagzorg	17	
Palliatieve dagvoorziening – polikliniek	2	
Palliatieve dagvoorziening – psychosociale zorg	7	
Consultteam (professionals)	52	
Team voorlichting en advies aan patiënten	10	
Vrijwilligersorganisatie	179	
Overige palliatieve zorg	20	26
Thuiszorg met specifiek gespecialiseerd aanbod	93	
Totaal	648	1117

Bron: Statistieken Zorg Kiezen

Algemeen wordt aangenomen, dat mensen het liefst thuis sterven. In 2004 is een online onderzoek over deze vraagstelling uitgevoerd door CentERdata (verbonden aan universiteit van Tilburg), dat wordt gezien als een representatieve steekproef met een response van 89%.

*De eerste voorkeur voor de meest ideale plaats om te overlijden voor ongeneeslijk zieke mensen werden als volgt aangegeven (in % van n=1804):
(Van den Akker, Waar wilt u doodgaan, VPTZ 2005)*

	35-64 jr	>65 jr	totaal
thuis	75	65	73
verzorgingshuis	1	1	1
Bijna-thuis-huis	17	21	18
hospice	6	8	6
verpleeghuis	0	1	0
ziekenhuis	2	5	2
overig	0	0	0

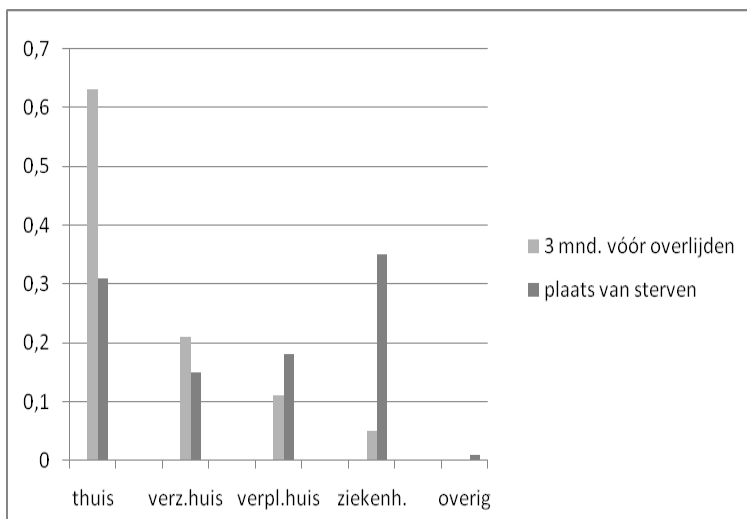
Opmerking: in de Monitor Palliatieve Zorg, NIVEL 2006, worden onderscheiden: 1. Bijna-thuis-huizen, 2. High care hospices 3. Palliatieve units verpleeghuizen en 4. Palliatieve units verzorgingshuizen. Een belangrijk verschil is dat in bijna-thuis-huizen en bij PU verzorgingshuizen de medische eindverantwoordelijkheid overwegend bij de eigen huisarts ligt, bij PU verpleeghuizen bij een arts verbonden aan de eigen instelling en bij high care hospices is er in ieder geval een eigen verpleegkundige staf.

In het Meerjarenbeleidsplan VPTZ 2011 – 2015 worden de volgende cijfers genoemd:

- jaarlijks sterven in Nederland ca. 135.000 mensen van wie 73.000 aan een niet-acute aandoening; plaats van overlijden van alle gestorvenen is:
 - 32% thuis
 - 27% in het ziekenhuis
 - 25% in een verpleeghuis
 - 10% in een verzorgingshuis
 - 5% elders waaronder in een hospice \pm 3.9%
 - dit houdt in dat jaarlijks ruim 2500 mensen overlijden in een hospice

- er werken ca. 3.75 miljoen mantelzorgers van wie 750.000 voor meer dan 8 uur per week en langer dan 3 maanden (SCP 2009)
- er werken ca. 420.000 vrijwilligers in de zorg, gemiddeld 4 uur pw.p.p. (Verwey-Jonker/NIZW 2006).

In 2006 verscheen het verslag van de conferentie palliatieve terminale zorg in Gelderland. Hierin geeft Peters weer de cijfers over waar mensen uiteindelijk overlijden, afkomstig uit de LASA-studie, een longitudinaal onderzoek uitgevoerd onder ouderen (uit: Klinkenberg M., 2004. *The last phase of life of older people: health, preferences and care. A Proxy report study. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam*).



bron: v.d. Velden
Sterfte aan kanker en andere
chronische aandoeningen.
Nivel 2007.

Y-as: percentages van 0 – 100%: 0,1 = 10% etc.

De getallen in deze grafiek geven aan dat in de laatste 3 maanden van hun leven veel mensen worden overgeplaatst van de ene naar de andere zorginstelling. Ook laat de grafiek zien dat slechts een klein percentage overlijdt in hospicevoorzieningen, opgenomen in “overig”.

In Gelderland is de laatste jaren een flinke toename van het aantal hospicevoorzieningen. Ten tijde van het verslag (2006) werden voor 2004 28 voorzieningen genoemd met totaal 104 plaatsen. Gesteld wordt dat de norm (behoefte) voor gespecialiseerde palliatieve instellingen 4 tot 6 plaatsen per 100.000 inwoners is., in de regio Oost-Veluwe waren er dat op dat moment 6.9 voorzieningen per 100.000 inwoners, bij een gemiddelde voor Gelderland van 5.4.

Het haalbaarheidsonderzoek Hospice Epe/Heerde 2010 (*HELIN Advies / M4 coaching, advies en management*) geeft de huidige voorzieningen in deze regio weer:

Beschikbare capaciteit

Organisatie	plaats	categorie	plaatsen
De Spreng	Beekbergen	verpleeghuis	8
Hospice Apeldoorn	Apeldoorn	low care	5
Casa Vera	Epe	low-care	1
De Klaarbeek	Epe	verzorgingshuis	1
Wendhorst	Heerde	verpleeghuis	1
Rehoboth	Wapenveld	verzorgingshuis	1
totaal			17

Dit zou overeenkomen met een voorziening van 5.7 bij een geschatte adherentie van ca. 300.000 inwoners.

Op grond van demografische gegevens zal de vraag naar palliatieve terminale zorg toenemen; in 1990 was 12.8% van de bevolking ouder dan 65 jaar, in 2008 was dit 14.7%; dit zal de komende jaren toenemen. Er is een toenemend aantal migranten, waarbij de VPTZ de zorg uitspreekt over de mogelijkheden van de mantelzorgers bij deze groep; bovendien zal het aantal terminale patiënten binnen de groep migranten toenemen; de zorg voor deze groep mensen zal mogelijk zwaarder zijn dan die voor de autochtonen.

Getalsmatig is er geen duidelijke relatie tussen het totaal aantal sterfgevallen in Nederland en het aantal malen dat in de terminale fase een beroep wordt gedaan op palliatieve zorg in hospice-voorzieningen.

Sterftcijfers van bewoners in het adherentiegebied van het Hospice Apeldoorn zijn niet eenvoudig te vinden.

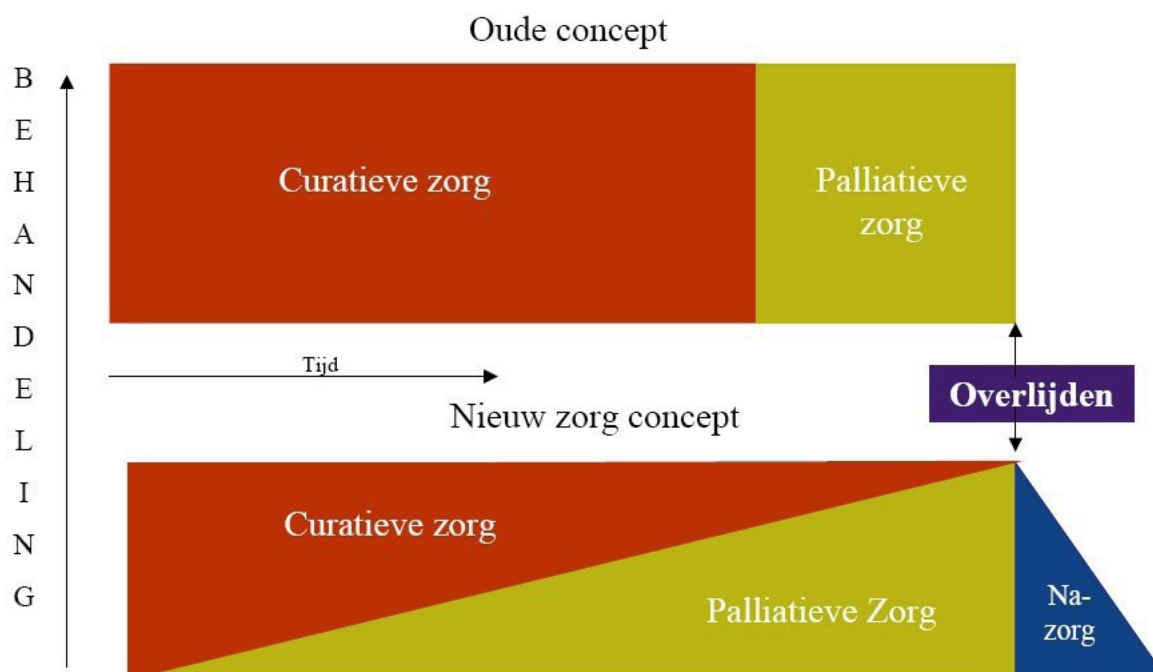
1. Kwaliteit van zorg.

In 2007 stuurde de toenmalige staatssecretaris VWS een brief naar de Twee Kamer met als onderwerp: “Palliatieve zorg, de pioniersfase voorbij”. In deze brief wordt aangegeven wat in het verleden is bereikt, maar heeft vooral ten doel een model te zoeken voor optimale kwaliteit in de laatste levensfase.

Uitgangspunt is de op WHO definitie (zie p. 2), waarbij het accent in de palliatieve zorg niet op de medisch kant van de zorg ligt, maar vooral op het verbeteren van de

kwaliteit van leven. De palliatieve terminale fase wordt in Nederland de periode van de laatste 3 maanden van leven van een ongeneeslijk zieke patiënt genoemd. In het oude zorgmodel was er een acute overgang van de medische, op genezing gerichte behandeling (cure) naar de terminale zorg (care). De staatssecretaris plet voor een nieuw model, waarin cure en care meer vloeiend in elkaar overgaan, dan wel naast elkaar bestaan:

Van traditioneel naar nieuw zorgmodel: Cure naar Care



figuur van Lynn en Adamson, 2003

De plaats van hospices en bijna-thuis-huizen zal overigens bijna altijd in de allerlaatste fase zijn; mensen prefereren om zo lang mogelijk thuis te zijn. Dit past enerzijds binnen de doelstelling van ons Hospice met een gemiddelde opnameduur van rond 3 weken; anderzijds is er bij een opnameduur van 1 – 3 dagen vóór overlijden de vraag of wel optimaal aan het nieuwe zorgconcept wordt voldaan.

Het aan de brief gekoppelde Plan van aanpak 2008-2010 noemt 3 thema's die uitgewerkt moeten worden voor verdere verbetering van de kwaliteit van zorg:

- Thema 1: Organisatie en financiering van palliatieve zorg
- Thema 2: Verbeteren kwaliteit van palliatieve zorg en transparantie
- Thema 3: Onderwijs en deskundigheidsbevordering

1.1. Organisatie financiering

Op basis van jaarlijkse VPTZ-registratie zijn vergelijkende gegevens van het Hospice t.o.v. andere BTH-en bekend: (*registratie 2008*):

Financiën/ organisatie

lager dan gemiddeld
hoger dan gemiddeld

		BTH gemiddeld	Hospice Apeldoorn
salariskosten	Gem. €	78.755	85.899
coördinatiefunctie	%	45%	28%
activiteitskosten	Gem. €	16.852	28.401
	%	10%	9%
kosten secretariële ondersteuning	Gem. €	3.241	8.690
	%	2%	3%
organisatiekosten	Gem. €	19.406	4.114
	%	11	1%
huisvestingskosten	Gem. €	24.068	100.000
	%	14%	32%
gas, wat r, licht	Gem. €	15.558	25.983
	%	1%	8%
overige kosten	Gem. €	23.516	58.666
	%	10%	19%
totaal	Gem. €	174.812	311.755
	%	100%	100%

Opmerking: de getallen en percentages worden vertekend door de huisvestingskosten, omdat dit een verhoudingspost is tussen St. Hospice en St. Vrienden van het Hospice; naar mate de hypothecaire lasten op het pand (sinds 2008 eigendom van de St. Vrienden) lager worden, wordt ook de post huisvestingskosten lager.

Wel is het goed kritisch te kijken naar de overige lasten. De gemiddelde kosten van de overige BTH-en zijn mogelijk meer maatgevend.

1.2. Verbeteren kwaliteit palliatieve zorg.

a. huisvesting

Het gebouw is nu 5 jaren in gebruik. Er is regelmatig noodzakelijk onderhoud geweest. De kwaliteit van enkele gastenkamers is verbeterd (lichtkokers, extra raam), er is een nieuw oproepsysteem, een gedeeltelijke video-bewaking, internet mogelijkheid op de gastenkamers.

Naar aanleiding van een controle door Vitens is op last van de inspectie VROM een legionella beheersplan opgesteld met daarbij horende periodieke controles.

b. medisch

De eigen huisarts of zijn vervanger dan wel waarnemer is de behandelend arts van

de gasten. Geschat wordt dat in een gemiddelde huisartspraktijk per jaar 2 à 3 patiënten behandeld worden in de palliatieve én terminale fase van hun leven. Opbouwen van grote expertise in dit onderdeel van het medisch handelen vergt tijd, met andere woorden: de ene huisarts is hier vaardiger in dan de andere. Altijd bestaat de mogelijkheid de kennis in te roepen van het consultteam palliatieve zorg. Zoals in de inleiding vermeld is, wordt landelijk een consultteam vele malen geraadpleegd (in 2009 6317 consulten bij 5562 patienten, uiteraard zowel in de thuissituatie als in enige instelling voor palliatieve zorg).

De indruk binnen het Hospice bestaat dat slechts zeer sporadisch tot niet deze lokale expertise wordt geraadpleegd.

Met name bij de indicatie palliatieve sedatie is het goed voorstelbaar dat overleg plaatsvindt; deze indicatie wordt door de arts gesteld, wettelijk is er geen tweede opinie nodig.

Er is een afspraak (lees: protocol) van de huisartsen voor palliatieve sedatie; hierin staat vermeld dat de huisarts aanwezig is bij de start van de sedatie, maar ook op de volgende dagen, uiteraard ook ter ondersteuning van de gast, maar ook van de naasten (zie definitie WHO)

c. certificering en maatregelen in plaats daarvan

Naar aanleiding van een discussie tijdens de Landelijke Beleidsdag VPTZ in 2008 over een vorm van certificering van het Hospice is hier intern en met een medewerker van de VPTZ verder over gesproken. De conclusie was dat de organisatievorm van het Hospice niet past bij een HKZ-certificering en dat andere vormen van “keurmerk” voor vrijwilligersorganisaties eveneens minder toepasbaar zijn voor het Hospice.

Wel is toen afgesproken alle protocollen, overlegstructuren en procedures duidelijk en voor een ieder vindbaar vast te leggen. Per 2010 geldt dit voor:

- Protocollen: alle protocollen en afspraken zijn geactualiseerd en in een eenduidig format vastgelegd, dat zowel op papier als digitaal in te zien is;
- Overlegstructuren: er zijn een tweetal overlegstructuren, namelijk t.b.v de coördinatoren en t.b.v. de vrijwilligers geëvalueerd en vastgelegd;
- Procedure bij verzoek om euthanasie:
 1. Bij de intake wordt gevraagd of de gast een euthanasiewens heeft en zo ja of hier met de huisarts over gesproken is en wat de stand van zaken is van de procedure.
 2. Als de opname uitsluitend bedoeld is tot het in gang zetten van de procedure tot levensbeëindiging dan is dit geen opname-indicatie.
 3. Als er tijdens de opname sprake is van euthanasie wordt dit door de gast met de huisarts besproken. Het blijft een verantwoordelijkheid van de gast en zijn huisarts.
De medewerkers van het hospice zijn slechts voorwaardenscheppend in voorkomende situaties.
 4. Als bekend is wanneer euthanasie zal plaatsvinden worden alle dienstdoende zorgvrijwilligers en verpleegkundigen van die dag geïnformeerd.
 5. Bij gewetensbezwaar kan de dienstdoende vrijwilliger en/of verpleegkundige de dienst weigeren en zorgt de dienstdoende coördinator voor vervang.
 6. Na elke uitvoering van euthanasie wordt binnen 4 weken de gelegenheid geboden aan de zorgvrijwilligers de betreffende situatie na te bespreken door

de coördinatoren en de voorzitter van het bestuur.

- Procedure bij palliatieve sedatie: de werkafspraak van de AHV wordt gevolgd.

d. vrijwilligers

In het Hospice zijn geschoolde zorgvrijwilligers betrokken bij de zorg voor de gasten. Pas na de basiscursus voor nieuwe vrijwilligers en een evaluatiegesprek naar aanleiding van de eerste drie maanden dienst wordt een definitief contract afgesloten.

Na- en bijscholing via interne cursussen en VPTZ-cursusaanbod zijn verplicht. Afspraken over wat tot de taak van de vrijwilligers hoort en wat tot de taak van de verpleegkundige worden gemaakt.

Driemaal per jaar is er vrijwilligersoverleg met coördinatoren en zo mogelijk een bestuurslid; vragen en actuele zaken worden overlegd.

Vrijwilligers hebben eenmaal per 18 maanden een voortgangsgesprek met één van de coördinatoren.

Overleg tussen vrijwilligers en coördinatoren is laagdrempelig.

e. bestuur

Door de VPTZ is een discussienota (2010) opgesteld over “Goed bestuur en VPTZ-organisaties”. Gesteld wordt dat er veel goodwill is in de samenleving voor vrijwilligersorganisaties die werkzaam zijn in de palliatieve zorg, maar dat goodwill alleen niet voldoende is. Verantwoordelijkheid voor de vrijwilligersinzet en transparantie van het bestuur zijn mede bepalend voor kwaliteitsverbetering.

Er gaat veel geld om in het Hospice. Enerzijds is er de overheidssubsidie (Regeling subsidie palliatieve terminale zorg), anderzijds zijn er derde geldstromen. Het Hospice Apeldoorn is er met name sinds de inrichting van en verhuizing naar het pand Polkastraat 5 goed in geslaagd de hiermee samenhangende investeringen en kosten te beheersen en te verkleinen, naast het zo sluitend mogelijk houden van de exploitatiebegroting.

Sinds januari 2008 is het pand Polkastraat 5 eigendom van de St. Vrienden van het Hospice Apeldoorn. Het beleid van de besturen van de St. Hospice en St. Vrienden is om in de periode van dit beleidsplan de hypotheek die nu nog op het pand rust geheel af te lossen.

f. commissie PR

In 2010 zijn een tweetal DVD's over het Hospice gemaakt, gezien wordt hoe die gebruikt kunnen worden bv. bij de voorlichting aan patiënten in het ziekenhuis.

Inloopdagen en contacten met de pers zijn geëffectueerd

Voorlichting over het Hospice bij diverse scholen en verenigingen zijn en worden gehouden.