Berenschot

Versterken Hospicezorg

Onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit

In opdracht van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II

Deel A – Generiek rapport landelijk

VERNIEUWDE VERSIE NOVEMBER 2024

71721-Openbaar

Inhoudsopgave

Deel A – Generiek rapport landelijk

1 Aanleiding, context en opzet onderzoek
Pagina 3

2 Inzicht in de huidig bekende capaciteit
Pagina 11

3 Blik op toekomstig benodigde capaciteit
Pagina 29

4 Aanbevelingen voor vervolg
Pagina 44

B Bijlagen
Pagina 49

Deel B – Uitkomsten per zorgkantoorregio

Leeswijzer

Voor u ligt de bijgestelde eindrapportage van de eerste fase van het project 'Versterken Hospicezorg', onderdeel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II. De oorspronkelijke rapportage, opgeleverd in mei 2024, is in deze vernieuwde versie aangevuld met data vanuit hospicevoorzieningen die initieel niet waren bereikt. Met het aanvullend onderzoek zijn gegevens van alle op dit moment bestaande en bekende hospices opgenomen, waarmee een 100% respons is bereikt. Hierdoor bevat deze bijgestelde rapportage een beter, volledig en betrouwbaar beeld van de huidige beddencapaciteit voor hospicezorg. Tevens leidt dit ertoe dat de prognoses voor de toekomst zijn aangescherpt, doordat het beeld van de huidige situatie is aangevuld. Tot slot is gebleken dat in de regionale rapportages van mei 2024 het benodigd aantal bedden licht is onderschat. In deze versie van de rapportage zijn de prognoses regionaal daarom met een klein aantal naar boven bijgesteld.

Dit rapport bestaat uit twee delen:
A. Een integrale rapportage met de landelijke uitkomsten en toelichting op het onderzoek;
B. Een specifieke rapportage met de uitkomsten per zorgkantoorregio.
Voorliggende versie van het rapport is bedoeld voor de landelijke stakeholders en zodoende bestaat deze versie enkel uit Deel A.

In het eerste hoofdstuk gaan we in op de aanleiding en context van het onderzoek en de wijze waarop dit is uitgevoerd. Het tweede hoofdstuk presenteert de uitkomsten voor de huidige capaciteit van hospicezorg. Het derde hoofdstuk presenteert de prognoses die zijn gemaakt over de toekomstige capaciteit. In het vierde en laatste hoofdstuk geven we onze aanbevelingen voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II en alle betrokken partijen: Stichting PZNL, AHzN, VPTZ Nederland en ActiZ. In de bijlagen treft u onder andere de vragenlijst, de bronnenlijst en de samenstelling van het Kernteam aan. Gehanteerde bronnen worden telkens met een [1] aangeduid, die verwijst naar de bronnenlijst in de bijlage.

Hoofdstuk 1

Aanleiding, context en opzet onderzoek

In dit hoofdstuk gaan we in op de achtergrond en aanleiding, de onderzoeksvraag en de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd.

Op pagina 9 lichten we toe welke aanvullende stappen er zijn gezet om te komen tot deze bijgestelde versie van de rapportage.

Achtergrond | Belang (voldoende) hospicecapaciteit steeds groter

Eind jaren tachtig openden de eerste hospices* hun deuren. Sindsdien is het aantal hospices in Nederland gegroeid. Op dit moment is niet bekend hoeveel hospices er in Nederland zijn. Er komen nog altijd hospices bij en hospices zijn niet verplicht lid te worden van een koepelorganisatie (hoewel het merendeel deel wél lid is). Wel hebben hospices zich veelal aangesloten bij een regionaal Netwerk Palliatieve Zorg.

Nederland kent zeven Consortia Palliatieve Zorg, waaronder de 65 Netwerken Palliatieve Zorg zijn verdeeld. De titel 'hospice' is niet beschermd, er zijn grofweg drie typen hospices te onderscheiden waarbij de voorziening zelf bepaalt welke vorm voor hen van toepassing is:

- Bijna Thuis Huis (BTH): de vrijwilligers van het hospice bieden allerlei vormen van ondersteuning, de beroepsmatige zorg wordt geleverd door (en is de verantwoordelijkheid van) een externe wijkverplegings-organisatie en over het algemeen de eigen huisarts.
- High Care Hospice (HCH): hier wordt 24 uur per dag continue zorg geboden door gespecialiseerde verpleegkundigen/verzorgenden gezamenlijk met deskundige vrijwilligers in samenwerking met een huisarts of hospicearts.
- Palliatieve Unit (PU): dit is een onderdeel van een professionele ouderenzorgorganisatie waar beroepsmatige zorgverleners en (vaak in beperkte mate) deskundige vrijwilligers werken.

Behalve dat hospices in aantal zijn gegroeid, blijft ook de vraag naar hospicezorg toenemen, onder meer door vergrijzing onder de bevolking en daaraan gerelateerd een toename in absolute zin van sterfgevallen. Met de toenemende vraag dienen nieuwe toekomstige uitdagingen zich aan. In het in 2022 verschenen publieksrapport van het *HOPEVOL*-onderzoek[1] zijn belangrijke ontwikkelingen voor hospicezorg omschreven: de verwachte toename van het aantal zorgvragers, de complexere zorgvraag, de krapte aan zorgpersoneel, een toenemende vraag naar vrijwilligers, meer inzet van ondersteunende technologie en de toenemende (maatschappelijke) behoefte aan inzicht in kwaliteit en resultaat. Het rapport van het *HOPEVOL-onderzoek* geeft daarbij zeven aanbevelingen voor de toekomst.

In het recente rapport *De olifant de kamer uit*[2] wordt uitbreiding van de hospicezorgcapaciteit benoemd als een van de oplossingen voor het bredere capaciteitsvraagstuk van de zorg in de toekomst. Het Zorginstituut Nederland heeft recent geadviseerd[3] om hospices als oplossing te zien voor krapte in de palliatieve extramurale zorg.

In het licht van deze ontwikkelingen is hospicezorg in toenemende mate een cruciaal onderdeel van het landschap van palliatieve zorg en ondersteuning en het vraagstuk rondom passende zorg.

* In dit rapport worden de termen hospice en hospicevoorziening gehanteerd voor alle vormen van hospices (Bijna Thuis Huizen, High Care Hospices en Palliatieve Units) tenzij expliciet anders vermeld.

Aanleiding, vraagstelling | Project ‘Versterken Hospicezorg’

Gegeven de hiervoor genoemde ontwikkelingen heeft het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (hierna: NPPZ II) de wens om een impuls te geven aan het toekomstbestendig inrichten van hospicezorg op basis van de demografische en culturele kenmerken, en kwaliteits- en capaciteitsvraagstukken in de eigen regio.

Eind 2023 zijn vanuit het NPPZ II ook middelen beschikbaar gekomen om op korte termijn deze impuls te kunnen geven. Dit heeft geleid tot het project ‘Versterken Hospicezorg’. Doelstelling van het project is de hospicezorg beter toe te rusten tot zorg die voor de zorgvrager nu en straks voldoende beschikbaar en kwalitatief goed is, en bovenal aansluit op de diversiteit en omvang van zorgvragen en capaciteit.

Gezien de diversiteit aan hospices en de uitdagingen die op de hospicezorg afkomen, is er behoefte aan een scherp(er) beeld van het huidige hospicelandschap en de toekomstig benodigde capaciteit. Daarom bestaat het project Versterken Hospicezorg uit twee fases.

De eerste fase is bedoeld om landelijk en regionaal een eenduidig en zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de huidige inrichting van het hospicelandschap (typologie en capaciteit) én de toekomstig benodigde capaciteit.

Voor deze eerste fase heeft het NPPZ II aan Berenschot gevraagd om een onderzoek uit te voeren met als doel:

1. Het doen van een inventarisatie van het aantal hospices en aantal bedden per type hospice, landelijk en op regionaal niveau.
2. Het maken van een prognose van de benodigde toekomstige capaciteit op basis van verschillende factoren.

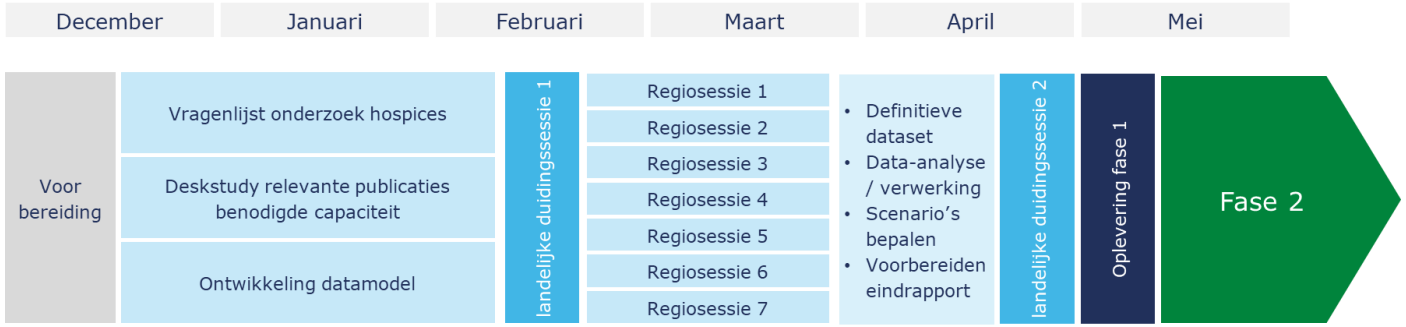
In de tweede fase krijgen regio’s de mogelijkheid en middelen om op basis van de inzichten uit onder meer dit onderzoek, maar ook *HOPEVOL*[1], gezamenlijk aan de slag te gaan met toekomstbestendig inrichten van hospicezorg op het gebied van capaciteit, kwaliteit en samenwerking.

Financier van het project is het NPPZ II, dat eind 2023 de middelen voor dit project beschikbaar heeft gesteld. Hierdoor kon snel gestart worden en in relatief korte doorlooptijd deze eerste fase worden afgerond.

Voor dagelijkse sturing en begeleiding van het project is een ‘Kernteam Versterken Hospicezorg’ ingericht, waarin de verschillende hospicekoepels zijn vertegenwoordigd. Het Kernteam heeft in deze eerste fase tevens de rol van inhoudelijk opdrachtgever voor Berenschot vervuld. Zie bijlage C voor de samenstelling van het Kernteam.

Initiële aanpak leidt tot inzicht hospicebeddencapaciteit

De gehanteerde aanpak voor de eerste fase zag er als volgt uit:



Opstartfase

Nadat de onderzoeksaanpak is vastgesteld met het Kernteam, zijn wij gestart met het ontwikkelen van het capaciteitsmodel en met het verzamelen van informatie. Via een documentstudie zijn sociaal-demografische en andere voor capaciteit van hospicezorg relevante ontwikkelingen in kaart gebracht.

Opzet vragenlijst

Voor de analyse van het huidige hospicelandschap heeft dataverzameling plaatsgevonden door een online vragenlijst die zich richtte op peiljaar 2022. De vragenlijst is opgesteld met en vastgesteld door het Kernteam Versterken Hospicezorg. Zie bijlage A voor de vragenlijst. In deze vragenlijst werden onder andere de huidige beddencapaciteit, uitbreidingsplannen, gasten en ligdagen uitgevraagd.

Voor het verspreiden van de vragenlijst is gebruikgemaakt van de ledenlijsten en communicatiekanalen van de drie koepelverenigingen ActiZ, Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) en Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) Nederland. Daarnaast zijn hospices zonder lidmaatschap bij een koepelvereniging aangeschreven, die gevonden zijn via een Googlesearch en de Palliatieve ZorgZoeker[4].

Dataverwerking, datavalidatie en data-analyse

Hoewel de vragenlijst initieel tot en met 31 december 2023 beschikbaar zou zijn, kon deze uiteindelijk tot en met 31 maart 2024 ingevuld worden. Deze beslissing kwam voort uit een lage responsgraad rond de oorspronkelijke sluitingsdatum, waarop respondenten langer de mogelijkheid hebben gekregen om de enquête in te vullen.

Aanpak leidt tot inzicht in hospicebeddencapaciteit

Om de validiteit van de data uit de vragenlijsten te vergroten zijn lege en foutieve entry's verwijderd. Daarnaast zijn dubbele entry's en entry's die incorrect en/of onvolledig waren, gevalideerd door nabellen en e-mailen. Ook is een outlier-analyse uitgevoerd op basis van berekeningen van de ligduur en bezettingsgraad. Ook deze respondenten zijn gebeld en ge-e-maild. In totaal zijn circa 130 respondenten gecontacteerd en hebben op 315 entry's in de ruwe dataset bewerkingen plaatsgevonden.

In de datavalidatie en -analyse is gebleken dat het niet voor alle hospicevoorzieningen mogelijk was om alle vragen uit de vragenlijst valide te beantwoorden. Het aantal beschikbare bedden was bij alle respondenten wel bekend, maar het bleek niet in alle gevallen mogelijk de gasten en ligdagen en andere informatie goed uit de registratie te halen. In deze gevallen zijn de hospices wél meegenomen in de inventarisatie van de bedden, maar zijn de verdere data niet gebruikt om bijvoorbeeld ligduur of bezettingsgraad te berekenen.

Om een zo volledig mogelijk beeld van het hospicelandschap te verkrijgen, is tot slot de dataset verrijkt en vergeleken met gegevens uit eerdere onderzoeken naar beddencapaciteit [16, 17]. Uiteindelijk zijn de gegevens van 225 hospicevoorzieningen volledig of gedeeltelijk opgenomen in de definitieve dataset, wat – hoewel niet 100% dekkend – wel een voldoende betrouwbaar beeld geeft van het huidige landschap.

Regionale en landelijke duidingssessies

Er zijn zeven regionale duidingssessies georganiseerd voor de verschillende consortiumregio's. Bij deze sessies waren vertegenwoordigers van hospices, aanbieders van wijkverpleging die zorg leveren in hospices, Netwerken Palliatieve Zorg, de Consortia en het NPPZ II aanwezig. Tijdens de sessies zijn per consortiumregio de uitkomsten van de analyse van het huidige hospicelandschap geduid en zijn verwachte ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op het toekomstige hospicelandschap, verkend. Daarnaast hebben twee landelijke duidingssessies plaatsgevonden, waarbij de eerste sessie zich richtte op het duiden van de huidige capaciteit en de tweede sessie op het bepalen van factoren voor een prognose van de toekomstige capaciteit.

Samenstelling factoren voor prognose toekomst

In de eerste plaats is een basisprognose gemaakt voor toekomstige beddencapaciteit waarin met name demografische ontwikkelingen zijn verwerkt. Vervolgens zijn op basis van de regionale sessies, de landelijke sessies en de deskresearch met het Kernteam Versterken Hospicezorg factoren bepaald die van invloed zijn op de prognoses voor toekomstige hospicezorg, en is van elke factor een onderbouwde inschatting gemaakt van het effect dat deze kan hebben op de beddencapaciteit in de minimale, verwachte en maximale prognose.

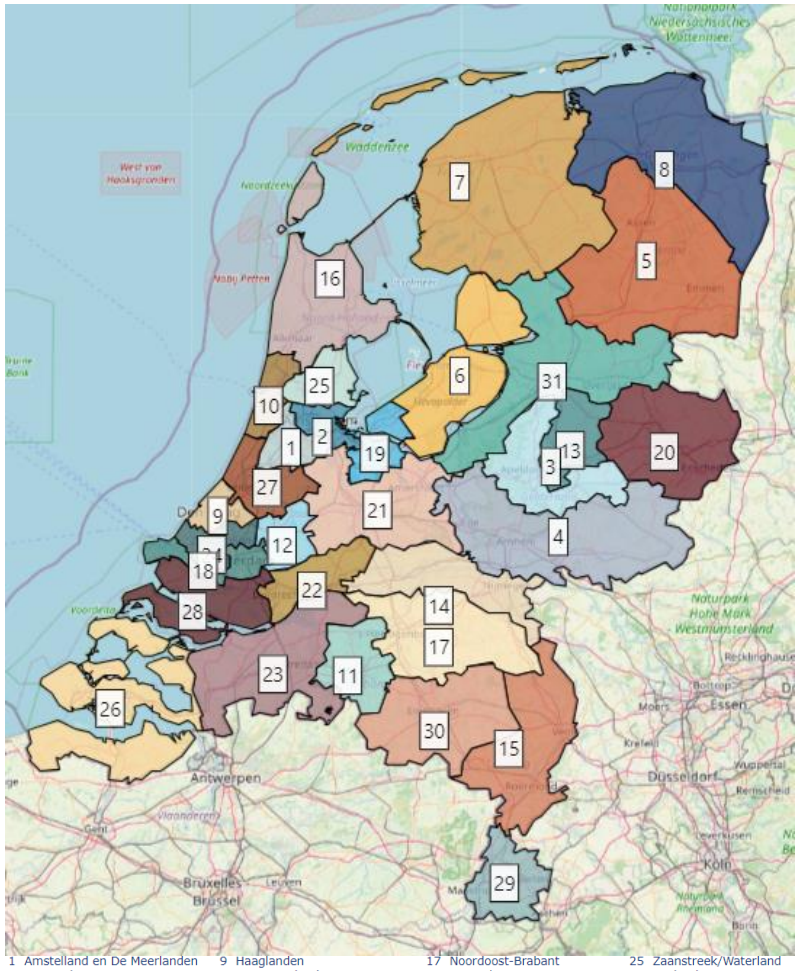
Aanpak leidt tot inzicht in hospicebeddencapaciteit

Rapportage

Tot slot is alle verzamelde informatie verwerkt in voorliggende rapportage. Hoewel de initiële vraag van het NPPZ II was om te komen tot een rapportage op het niveau van de Consortia Palliatieve Zorg, bleek uit de regionale duidingssessies dat de Consortia veelal een te grote omvang kenden om in de praktijk samen te werken en dat er behoefte is aan inzicht op een kleiner schaalniveau.

In overleg is er daarom voor gekozen om aan te sluiten bij de zorgkantoorregio's. Door op zorgkantoorregioniveau samen te werken kunnen hospices ervaringen en krachten bundelen, aansluiten bij de regionale (IZA)-transformaties en een goede koppeling maken met de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg van het NPPZ II.

Deze indeling is weergegeven op de kaart hiernaast, conform de indeling van RegioAtlas[5].



Vervolgonderzoek in najaar 2024 voor volledig beeld

Extra onderzoeksronde hospicerapport

In de uitvoering van fase 2 in de regio's bleek dat, zoals bekend, in de eerste fase van het project niet alle hospicevoorzieningen in het land waren bereikt. Daarom is vanuit het NPPZ II een aanvullend traject opgestart om het beeld verder te completeren. Inmiddels zijn in fase 2 in het gehele land projectleiders gestart met regionale projecten om de hospicezorg te versterken, op regionaal of subregionaal niveau.

Deze groep projectleiders én diverse netwerkcoördinatoren palliatieve zorg en Kernteamleden zijn in deze extra onderzoeksronde actief betrokken geweest bij het inventariseren en benaderen van de hospicevoorzieningen die begin 2024 niet bereikt waren. Ook zijn bij een aantal hospicevoorzieningen die in het voorjaar wél bereikt waren wijzigingen doorgevoerd in de eerder ontvangen data, doordat bijvoorbeeld plannen ten aanzien van uitbreiding gewijzigd zijn. Tot slot zijn sinds begin 2024 enkele nieuwe initiatieven ontstaan die in de huidige inventarisatie wel zijn meegenomen en heeft een enkel initiatief dat begin 2024 voornemens was te starten inmiddels besloten dat dit niet doorgaat. Dit initiatief is uit deze bijgestelde rapportage weggelaten.

Dit heeft ertoe geleid dat in deze bijgestelde rapportage:

- 26 aanvullende hospicevoorzieningen zijn opgenomen
- 21 aanpassingen zijn doorgevoerd op hospicevoorzieningen die reeds in de rapportage opgenomen waren
- 1 hospice uit de eerdere rapportage is weggelaten uit deze rapportage
- In totaliteit daarmee 250 hospicevoorzieningen zijn opgenomen in deze rapportage (ten opzichte van 225 voorzieningen in de rapportage dd. 15 mei 2024).

Op deze nieuw ontvangen data zijn dezelfde datacontroles, outlierchecks en bewerkingen uitgevoerd als hiervoor beschreven. Daarmee geeft de voorliggende rapportage een beter, vollediger en betrouwbaarder beeld van de bestaande hospicezorgcapaciteit.

Tevens leidt dit ertoe dat de prognoses voor de toekomst zijn aangescherpt, doordat het beeld van de huidige situatie is aangevuld. Tot slot is gebleken dat in de regionale rapportages van mei 2024 het benodigd aantal bedden is onderschat. In deze versie van de rapportage zijn de prognoses regionaal licht naar boven bijgesteld.

Uitgangspunten en definities

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen drie typen hospicevoorzieningen (in lijn met *HOPEVOL*[1]) waarbij voor dit onderzoek een onderverdeling is gemaakt in drie vormen van Bijna Thuis Huizen:

- Bijna Thuis Huizen waarbij ondersteuning en zorg door deskundige vrijwilligers (informele zorg) wordt geleverd en ondersteund door beroepsmatige zorgverleners (formele zorg) *op indicatie en in de nacht*
- Bijna Thuis Huizen waarbij ondersteuning en zorg door deskundige vrijwilligers wordt geleverd en ondersteund door beroepsmatige zorgverleners, *wel of niet 24 uur per dag, afhankelijk van het aantal gasten en hun indicatie*
- Bijna Thuis Huizen waarbij ondersteuning en zorg door deskundige vrijwilligers wordt geleverd en ondersteund door beroepsmatige zorgverleners, *standaard 24 uur per dag*
- High Care Hospices, met 24 uur per dag continue zorg, die geleverd wordt door verpleegkundigen, verzorgenden (formele zorg) en vrijwilligers (informele zorg) gezamenlijk
- Palliatieve Units, dit is een onderdeel van een professionele ouderenzorgorganisatie waar beroepsmatige zorgverleners en (vaak in beperkte mate) deskundige vrijwilligers werken.

Palliatieve thuiszorg en kinderpalliatieve zorg vallen buiten de scope van dit onderzoek, net als 'gemengde' ELV-afdelingen waar een minimaal en wisselend aandeel palliatieve zorg geboden wordt.

Uit de regionale sessie kwam het beeld naar voren dat er verschillende ideeën zijn over deze definities en dat deelnemers aan de sessies soms van mening waren dat bepaalde hospices een andere typering zouden moeten hebben. In de verdere verwerking van de data is vastgehouden aan de typering zoals respondenten deze zelf hebben aangegeven.

In de dataverzameling is 2022 als peiljaar aangehouden als laatste afgeronde jaar op moment dat de vragenlijst openging. Daarbij zijn de volgende definities gehanteerd:

- Bedden in 2022: totaal aantal bedden van voorziening (inclusief bijvoorbeeld bedden voor respijtzorg of logeren).
- Bedden in 2022 bedoeld voor gasten in palliatieve terminale fase: totaal bedden bedoeld voor deze doelgroep.
- Aantal gasten in de palliatieve terminale fase in 2022.
- Totaal aantal dagen dat de organisatie zorg heeft geleverd aan gasten in de palliatieve terminale fase in 2022.

De volgende variabelen zijn berekend op basis van de verzamelde data:

- Gemiddelde ligduur: (totaal aantal dagen zorg voor gasten palliatieve terminale fase) / (aantal gasten in de palliatieve terminale fase)
- Gemiddelde bezettingsgraad: (totaal aantal dagen zorg voor gasten palliatieve terminale fase) / (aantal bedden voor gasten in palliatieve terminale fase * 365 dagen)

Beide variabelen zijn op organisatieniveau berekend over het jaar 2022.

Hoofdstuk 2.

Inzicht in de huidig bekende capaciteit van hospices

In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen uit het vragenlijst-onderzoek over de huidige beddencapaciteit van hospicezorg.

Inzicht huidige capaciteit | Duiding van de respons

Initieel, begin 2024, is van 225 organisaties inzicht verkregen in ten minste het type hospice (zoals men zichzelf heeft getypeerd), de locatie en het aantal hospicebedden. In de aanvullende onderzoeksronde, in oktober 2024, zijn in samenspraak met regionale projectleiders ruim 30 organisaties (opnieuw) aangeschreven. Een aantal daarvan zijn uiteindelijk niet in de onderzoeksresultaten opgenomen, bijvoorbeeld omdat ze in het verleden wel een hospice of Palliatieve Unit hadden, maar deze zorg niet meer te bieden. Ook waren enkele van de aangeschreven organisaties bij navraag niet in scope van dit onderzoek, bijvoorbeeld omdat ze zich richten op kinderpalliatieve zorg of het reguliere ELV-afdelingen betrof met een minimaal aandeel palliatief-terminale zorg zonder 'vaste bedden'.

Door deze extra onderzoeksronde hebben we nu een volledig beeld van de beschikbare hospicebeddencapaciteit in Nederland. Alle hospicevoorzieningen die bekend zijn, zijn onderdeel van de voorliggende rapportage. Dat is een groot compliment aan en dankzij de inspanningen van veel betrokken projectleiders, netwerkcoördinatoren en andere belanghebbenden in het land.

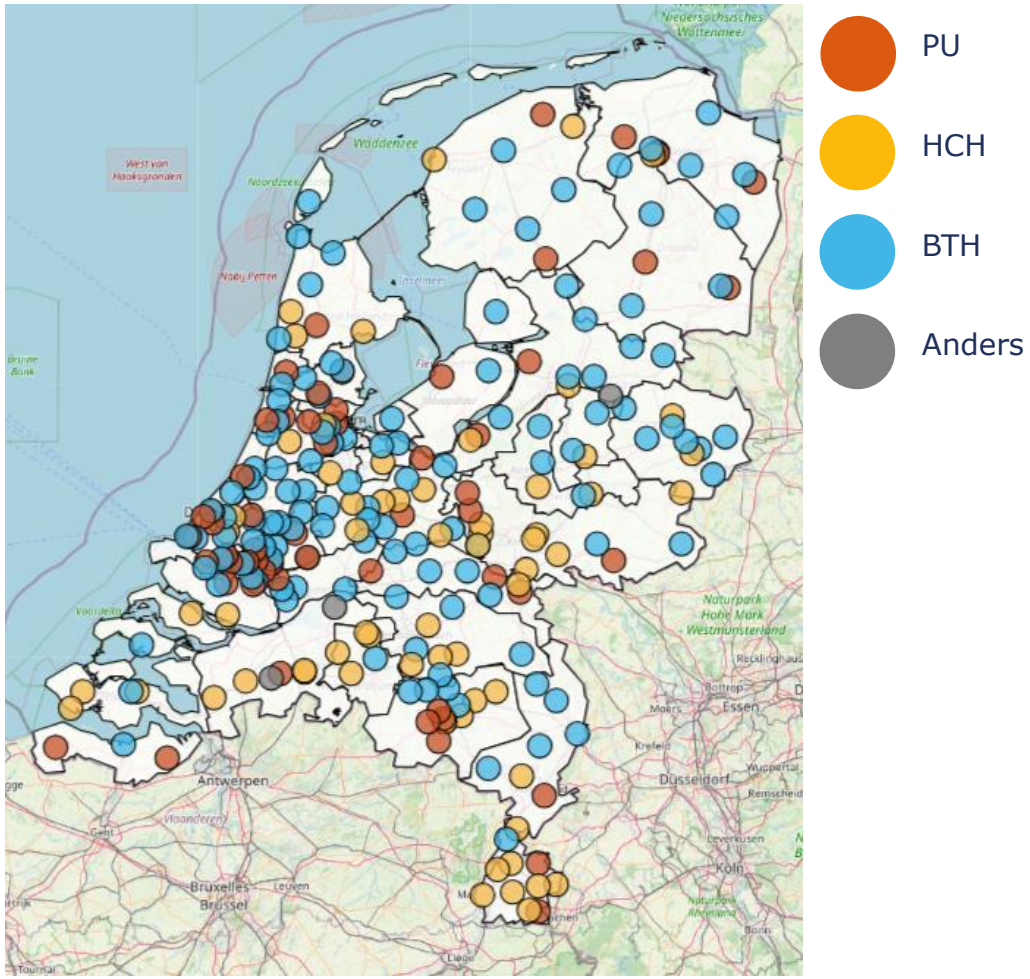
In totaal zijn in deze onderzoeksronde 26 extra voorzieningen toegevoegd (en één verwijderd), waarmee in totaliteit 250 hospicevoorzieningen in beeld zijn (waarvan enkelen in oprichting). Van alle koepelverenigingen (ActiZ, AHzN en VPTZ Nederland) is de respons volledig in beeld. Ook zijn er enkele voorzieningen in het onderzoek meegenomen die geen lid zijn van een van deze koepelverenigingen.

Ook laat deze extra onderzoeksronde zien dat het landschap volop in beweging is. Initiatieven en uitbreidingsplannen die begin 2024 zijn meegenomen, blijken toch anders, later, of niet tot wasdom te komen. De huidige gegevensset en voorliggende rapportage is daarmee een momentopname van de situatie anno oktober 2024 en vraagt om periodieke herijking.

Van deze 250 organisaties hebben we bij circa driekwart van de respondenten de volledige informatie vanuit de vragenlijst kunnen verzamelen en benutten (ná verificatie van de cijfers op basis van aanvullende contactmomenten). Van circa een kwart van de respondenten hebben we in kaart kunnen brengen wat voor type hospice het betreft en over hoeveel bedden ze beschikken, maar zijn geen betrouwbare inzichten in de overige variabelen verkregen.

Inzicht huidige situatie | Typering en spreiding van hospices

Inzicht in spreiding en typen hospicevoorzieningen

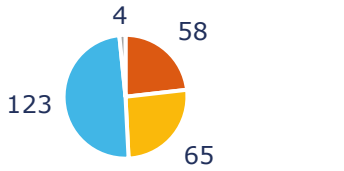


Op de kaart links zien we de locaties van alle hospices in Nederland. Daarbij geven de kleuren van de stippen aan welk type hospice het betreft. Hierbij is de typering aangehouden zoals in de vragenlijst door de respondenten is gehanteerd.

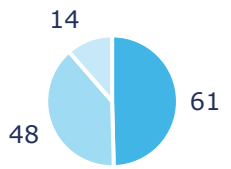
Onderaan deze pagina zien we de verhouding tussen de typen hospices landelijk en de verdeling van de verschillende typen Bijna Thuis Huizen. De hospices die getypeerd zijn als 'Anders…' betreffen vooral hospices die nog niet geopend zijn en nog niet precies weten wat voor soort hospice ze worden.

Wat duidelijk werd in de verschillende bijeenkomsten, is dat de verschillende definities van de typen hospicevoorzieningen, niet eenduidig (h)erkend worden in de praktijk. Op de kaart en in de verdere analyses is de typering aangehouden zoals door de organisatie zelf aangegeven.

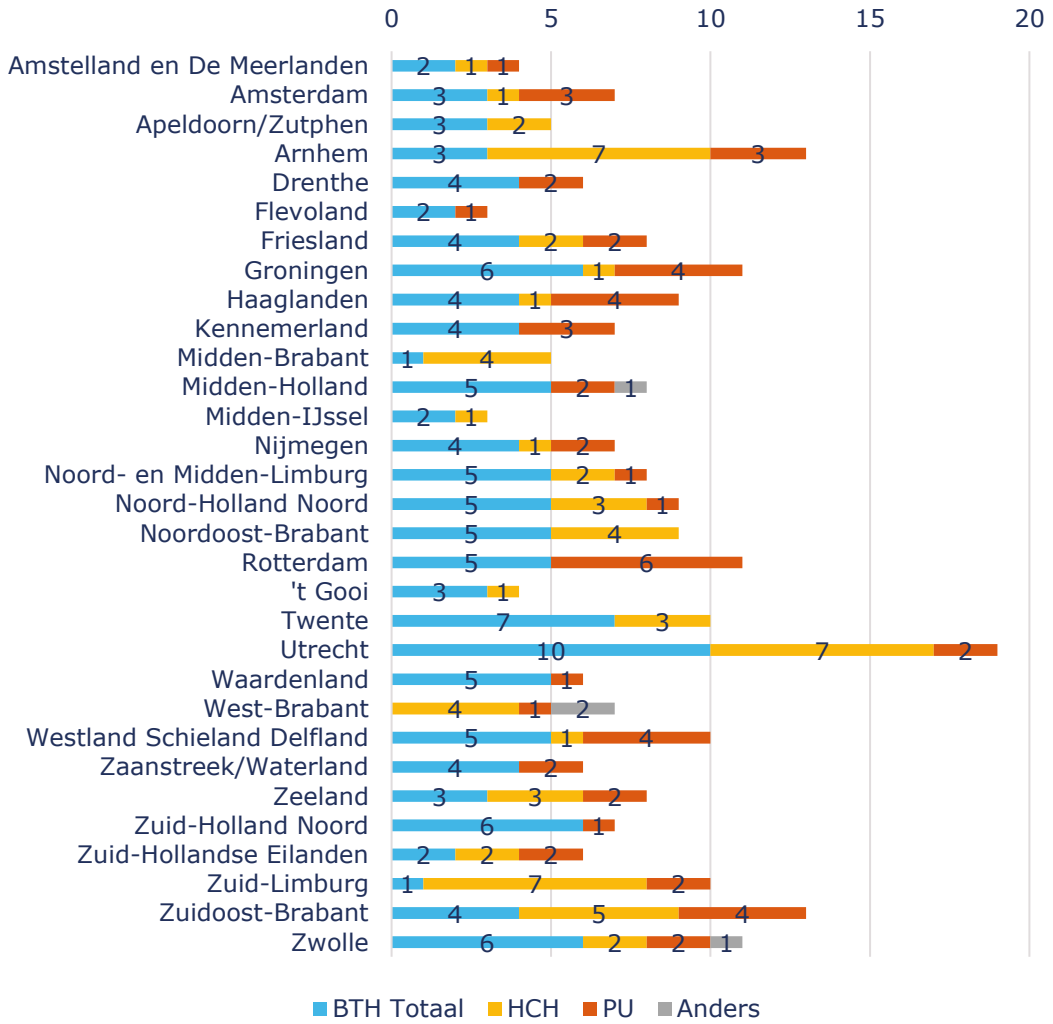
Type hospices (n=250)



Specificering BTH's (n=123)



Inzicht huidige situatie | Typen hospices per regio

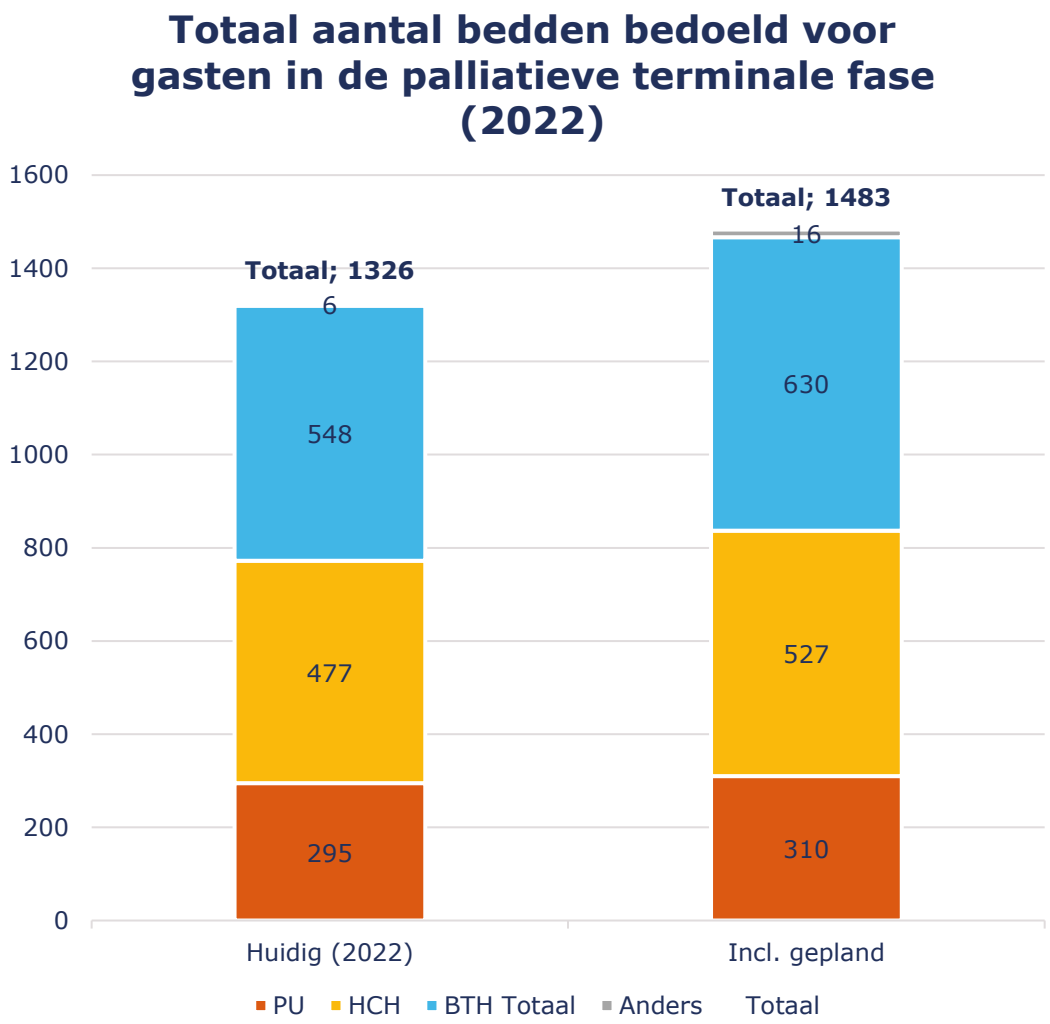


In de grafiek hiernaast zien we de aantallen hospices per type (op basis van de eigen typering door respondenten), per zorgkantoorregio.

Wat opvalt, zowel in deze grafiek als op de kaart op de vorige pagina, is dat er geen evenredige verdeling is van typen hospices over het land. Zo zien we in de provincies Noord-Brabant en Limburg en rondom Arnhem een groter aandeel High Care Hospices dan in andere delen van het land. In de regionale duidingssessies is aangegeven dat dit onder meer te maken heeft met de wijze waarop door financiers van zorg is gestuurd in deze regio's. In de noordoostelijke provincies zien we juist relatief meer Bijna Thuis Huizen. Dit hangt mogelijk samen met de aanwezigheid van hechtere gemeenschappen in deze landelijkere gebieden, waaruit eerder een Bijna Thuis Huis-initiatief kan ontstaan.

Wat opvalt in deze grafiek is dat er tussen zorgkantoorregio's behoorlijke verschillen in aantallen hospices zijn. Deze verschillen zijn deels te verklaren door de omvang en het aantal inwoners van de betreffende zorgkantoorregio. Zo is Utrecht een relatief grote, dichtbevolkte zorgkantoorregio, waardoor het ook te verwachten is dat daar (in absolute zin) meer hospices te vinden zijn.

Inzicht huidige situatie | Typen bedden en uitbreidingsplannen



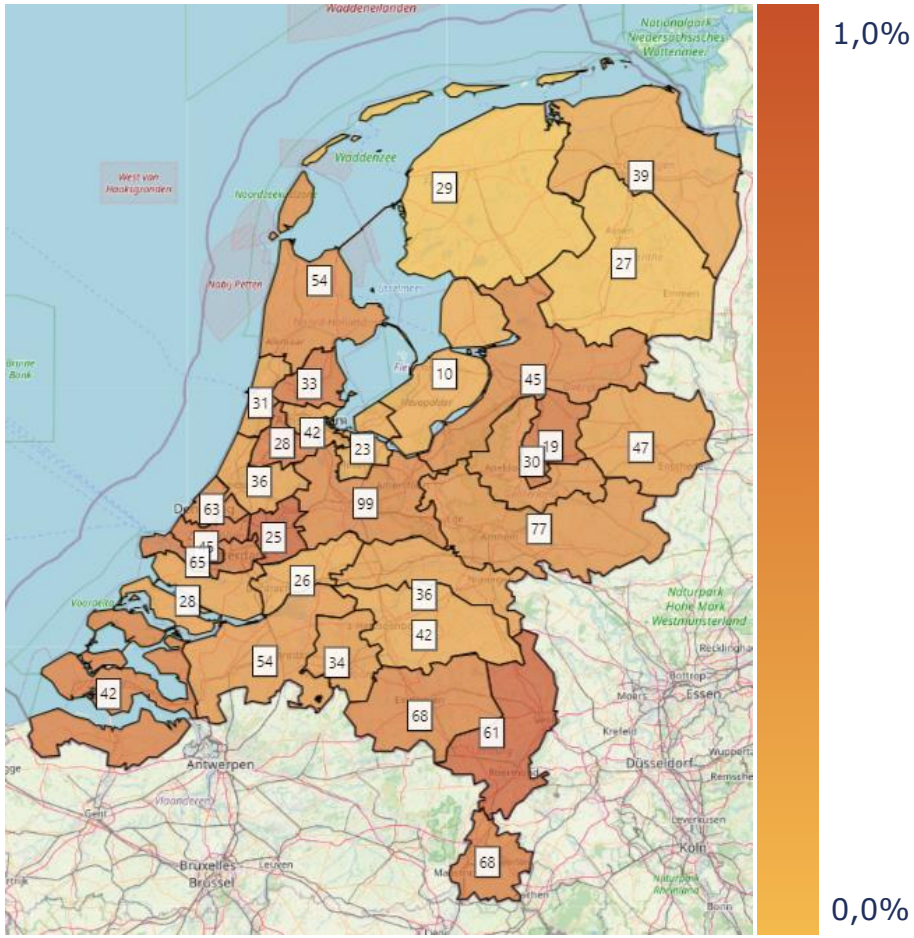
In de grafiek hiernaast wordt het totaal aantal bekende bedden, voor gasten in de palliatieve terminale fase, voor alle hospicevoorzieningen weergegeven. Het linker staafdiagram toont het aantal bedden in 2022. In totaal zijn op basis van dit onderzoek 1.326 bedden in 2022 bekend (in de rapportage dd. 15 mei 2024 waren dit er 1.206).

Wanneer we het aantal bedden per type hospicevoorziening (op basis van de eigen typering door respondenten) delen door het aantal hospices, zien we dat er verschillen zijn in omvang tussen de verschillende typen hospices: de HCH's zijn gemiddeld genomen het grootst met gemiddeld 7,6 bedden, de BTH's het kleinst met gemiddeld 4,5 bedden. De PU's hebben gemiddeld 5,1 bedden.

Het rechter staafdiagram toont het aantal bedden inclusief reeds geplande uitbreidingen. In totaal zijn er 157 extra bedden gepland bij 50 hospices, variërend van 1 tot 8 bedden per hospice, waarbij de grootste groei (absoluut én relatief) bij de BTH's zal plaatsvinden. De meeste van deze uitbreidingen zijn gepland in de periode 2024-2027. Daarnaast zijn er 46 hospices die aangeven wel na te denken over uitbreiding, maar nog geen concrete plannen te hebben.

Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen in aantallen bedden

Bedden bedoeld voor gasten in de palliatieve terminale fase afgezet tegen overlijdens per zorgkantoorregio



1,0%

0,0%

Op de kaart hiernaast zien we twee dingen:

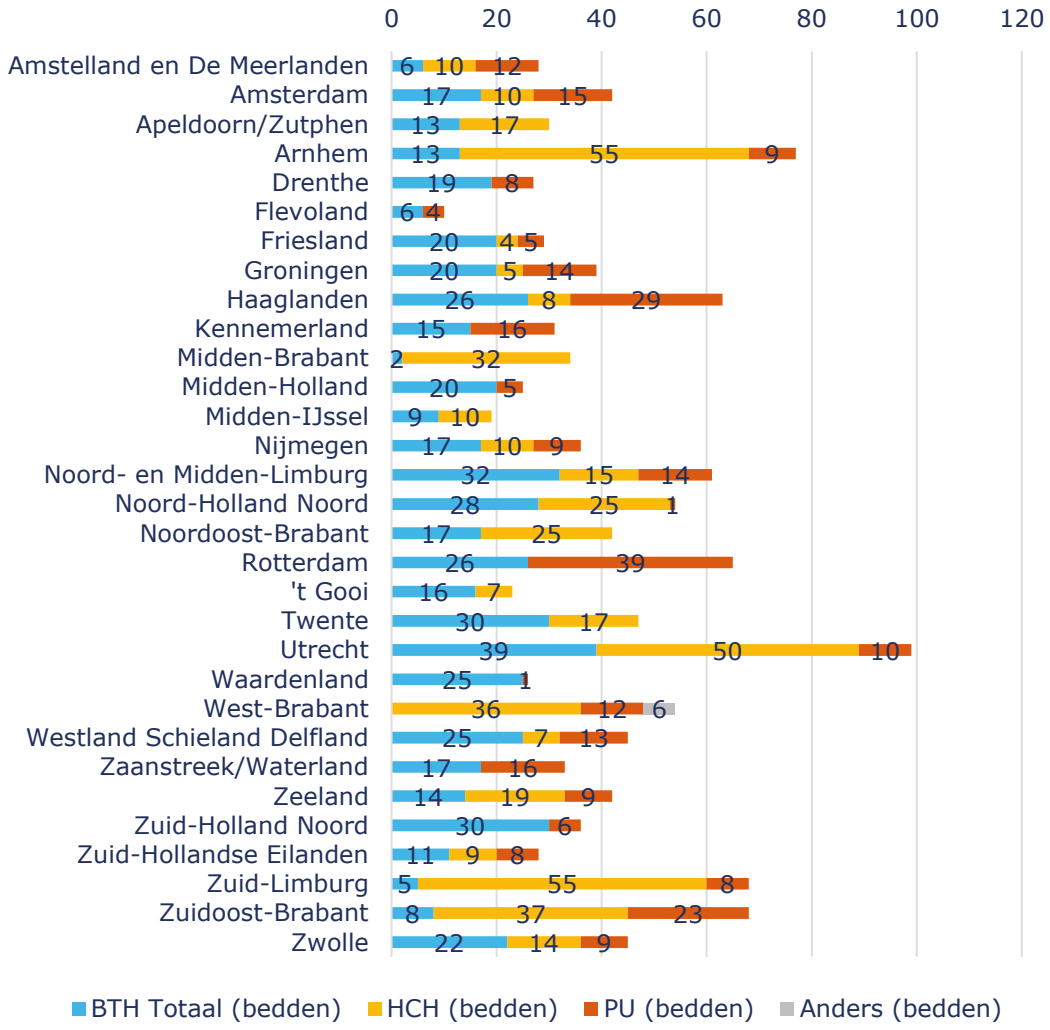
- Met de kleurenschaal is aangegeven hoe het totale aantal bedden (in 2022) voor gasten in de palliatieve terminale fase in elke zorgkantoorregio zich verhoudt ten opzichte van het (totale) aantal overlijdens in 2022. Hoe roder de kleur, hoe meer bedden er zijn ten opzichte van het aantal overlijdens.
- De getallen op de kaart tonen het totale aantal bedden voor gasten in de palliatieve terminale fase van de betreffende zorgkantoorregio. Op de volgende pagina wordt per zorgkantoorregio ook zichtbaar wat voor typen hospices deze bedden bieden.

Wat opvalt is dat er regionale verschillen zijn in het aantal bedden, zowel absoluut als relatief, ten opzichte van het aantal overlijdens. In de verschillende sessies werden deze verschillen herkend en is aangegeven dat dit veelal historisch zo gegroeid is. Elementen die daarin mogelijk meespelen zijn:

- Er zijn regionale verschillen in gemeenschapszin, waarbij in de noordelijke provincies mogelijk meer zorg binnen de eigen sociale omgeving wordt opgevangen.
- Er is verschil in bevolkingsdichtheid van gebieden: in meer landelijke gebieden is het door de geografische spreiding lastiger om een hospice te organiseren.
- Sommige regio’s hebben sneller of eerder op de vergrijzing ingespeeld dan andere regio’s.

Wat daarnaast mogelijk effect heeft, is dat sommige zorgvragers opgenomen wensen te worden in een hospice buiten de eigen regio, bijvoorbeeld in de buurt van hun kinderen. Hierover zijn geen data verzameld.

Inzicht huidige situatie | Typen bedden per regio



In de grafiek hiernaast zien we de aantallen bedden bedoeld voor gasten in de palliatieve terminale fase per type hospice (op basis van eigen typering door respondenten), per zorgkantoorregio (in 2022, zonder uitbreidingsplannen).

Wat opvalt, zowel in deze grafiek als op de kaart op de vorige pagina, is een vergelijkbaar patroon als bij het aantal hospices per type (pagina 14); er is geen evenredige verdeling van typen bedden over het land. Wel zien we, mede ingegeven doordat de High Care Hospices gemiddeld meer bedden kennen, dat het aandeel bedden van High Care Hospices in veel regio's relatief groot is.

Daarnaast zien we, wanneer we deze grafiek en de grafiek op pagina 14 combineren, dat er tussen regio's ook verschillen zijn in het gemiddelde aantal bedden per hospicevoorzieningen:

- In Flevoland, Friesland, Groningen en Midden-Holland is de gemiddelde omvang van hospicevoorzieningen minder dan 4 bedden;
- In West-Brabant, Amstelland en De Meerlanden, Haaglanden en Noord- en Midden-Limburg is de gemiddelde omvang juist groter dan 7 bedden.

Mogelijk hangen deze verschillen deels samen met de bevolkingsdichtheid van de betreffende regio's. In meer dichtbevolkte gebieden zoals Haaglanden is het wellicht passender om een relatief grotere hospicevoorziening te bieden, omdat de vraag daar groter is.

Inzicht huidige situatie | Bezetting, ligduur, gasten

Naast inzicht in de beddencapaciteit, zijn ook de aantallen gasten en ligdagen van gasten in de palliatieve terminale fase in kaart gebracht. Dit met als doel om in beeld te krijgen wat de totale omvang van de doelgroep van de hospicevoorzieningen was in 2022 en om een beeld te krijgen bij de ligduur en bezettingsgraad. Zoals in de introductie van dit hoofdstuk toegelicht, is het echter voor circa een kwart van de respondenten niet mogelijk gebleken om in dit onderzoek betrouwbare cijfers over het aantal gasten en het aantal ligdagen aan te leveren.

Om toch inzicht te genereren in de totale omvang van het aantal gasten en het aantal ligdagen, hebben we de volgende aannames gedaan:

- We hebben de bezettingsgraad en de gemiddelde ligduur per zorgkantoorregio in kaart gebracht op basis van de hospices in de betreffende regio die zowel het aantal bedden als het aantal gasten als het aantal ligdagen valide hebben aangeleverd.
- Op basis van deze bezettingsgraad en ligduur per zorgkantoorregio hebben we voor de hospices in deze regio waarvan enkel de bedden beschikbaar waren, extrapolaties gemaakt voor het aantal gasten en het aantal ligdagen. De aantallen gasten en ligdagen inclusief deze 'berekende waardes' zien we terug in de rechterkolom van de tabel hiernaast.

Landelijk lag de bezettingsgraad gemiddeld op 74,6% in 2022 en de gemiddelde ligduur op 24,0 dagen. In totaal zijn er 12.294 gasten zeker in zorg geweest; inclusief de berekende waardes komen we op 15.956 gasten.

Variabele	Landelijk, op basis van vragenlijst	Inclusief berekende waardes
Aantal bedden	1.326	-
Aantal gasten	12.294	15.956
Aantal ligdagen	284.290	371.064
Bezettingsgraad	74,6% *	-
Gemiddelde ligduur	24 dagen *	-

* De bezettingsgraad en gemiddelde ligduur zijn berekend enkel op basis van hospices die zowel (valide) het aantal bedden als het aantal gasten als het aantal ligdagen hebben kunnen aanleveren.

Inzicht huidige situatie | Bezetting, ligduur, gasten

Uit de regionale duidingssessies blijkt dat de ligduur en bezettingsgraad behoorlijk kunnen fluctueren tussen hospices, maar zeker ook tussen gasten.

Ten aanzien van de ligduur hebben we veel signalen gekregen dat in toenemende mate gasten óf relatief kort óf relatief lang in het hospice verblijven. Kort (enkele dagen) omdat ze relatief laat in de terminale fase instromen, bijvoorbeeld omdat het thuis écht niet meer gaat omdat mantelzorgers overbelast raken. Lang (meerdere maanden) omdat gasten met een palliatieve terminale indicatie worden doorverwezen vanuit bijvoorbeeld het ziekenhuis en vervolgens in het hospice 'opknappen', waarna uitplaatsen naar netwerkpartners lastig is. Voor beide kanten kun je de vraag stellen of er sprake is van passende hospicezorg en of dit verbeterd kan worden door bijvoorbeeld proactieve zorgplanning.

Over de bezettingsgraad hebben we veel signalen gehoord dat dit 'met pieken en dalen' gaat. Soms is er wekenlang sprake van maximale bezetting, en soms is het hospice ineens leeg of bijna leeg doordat meerdere gasten in korte tijd overlijden. Het blijkt dan niet altijd mogelijk om de bedden snel weer gevuld te krijgen vanuit een wachtlijst.

Spreiding van ligduur en bezettingsgraad

Dergelijke ontwikkelingen maken ook dat we een relatief grote spreiding zien tussen hospices in ligduur en bezettingsgraad. In onderstaande tabel zien we naast het landelijk gemiddelde ook het eerste kwartiel (de waarde waar 25% van de hospices op of onder zit) en derde kwartiel (de waarde waar 25% van de hospices op of boven zit).

Variabele	Gemiddeld	1e kwartiel	3e kwartiel
Bezettingsgraad	74,6%	67,9%	84,5%
Gemiddelde ligduur	24,0 dagen	19,3 dagen	28,0 dagen

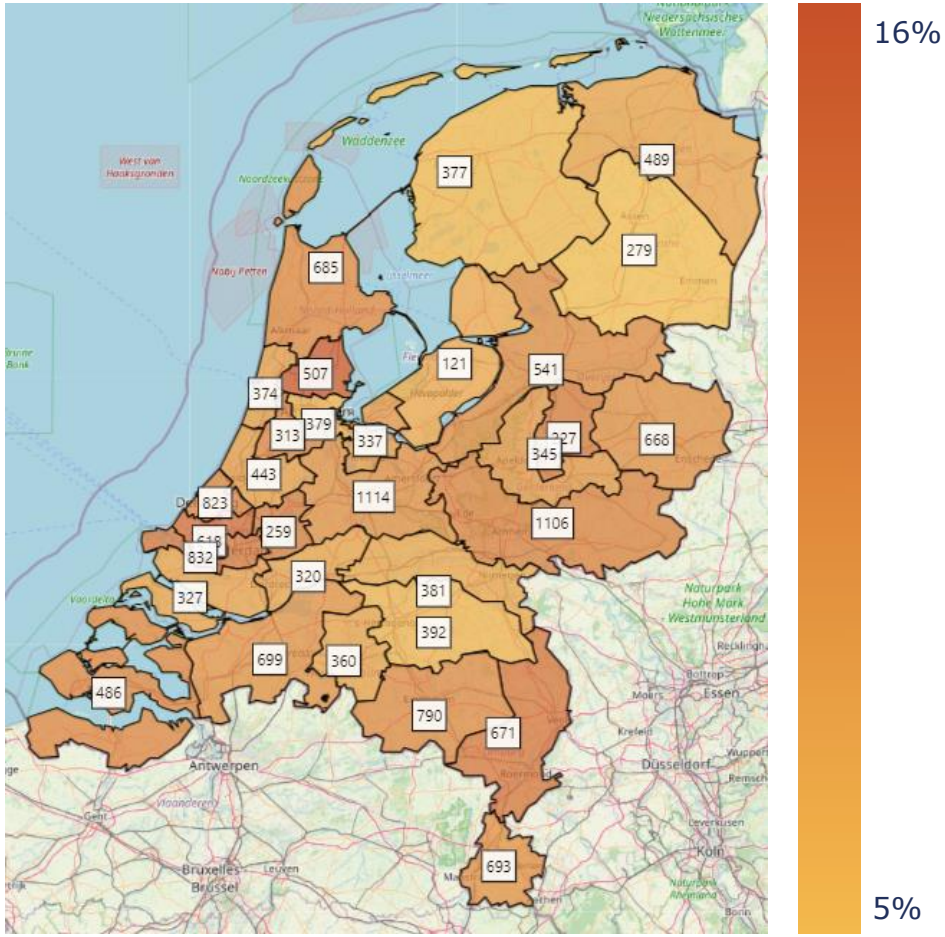
Verschillen tussen typen hospices in ligduur en bezettingsgraad

Wanneer we kijken naar de verschillen tussen de typen landelijke voorzieningen (onderstaande tabel), zien we dat de Palliatieve Units een lagere bezettingsgraad en een langere ligduur kennen dan de HCH's en BTH's. De langere ligduur ontstaat mogelijk doordat bij deze organisaties niet altijd scherp onderscheid is tussen verpleeghuiscliënten en hospicecliënten. De bezettingsgraad bij High Care Hospices ligt iets hoger dan bij BTH's, de gemiddelde ligduur is iets langer.

Variabele	PU	HCH	BTH
Bezettingsgraad	67,9%	78,7%	74,8%
Gemiddelde ligduur	25,7 dagen	24,2 dagen	23,3 dagen

Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen gasten

Gasten (inclusief berekende waardes) afgezet tegen het aantal overlijdens per zorgkantoor



16%

5%

Op de kaart hiernaast zien we twee dingen:

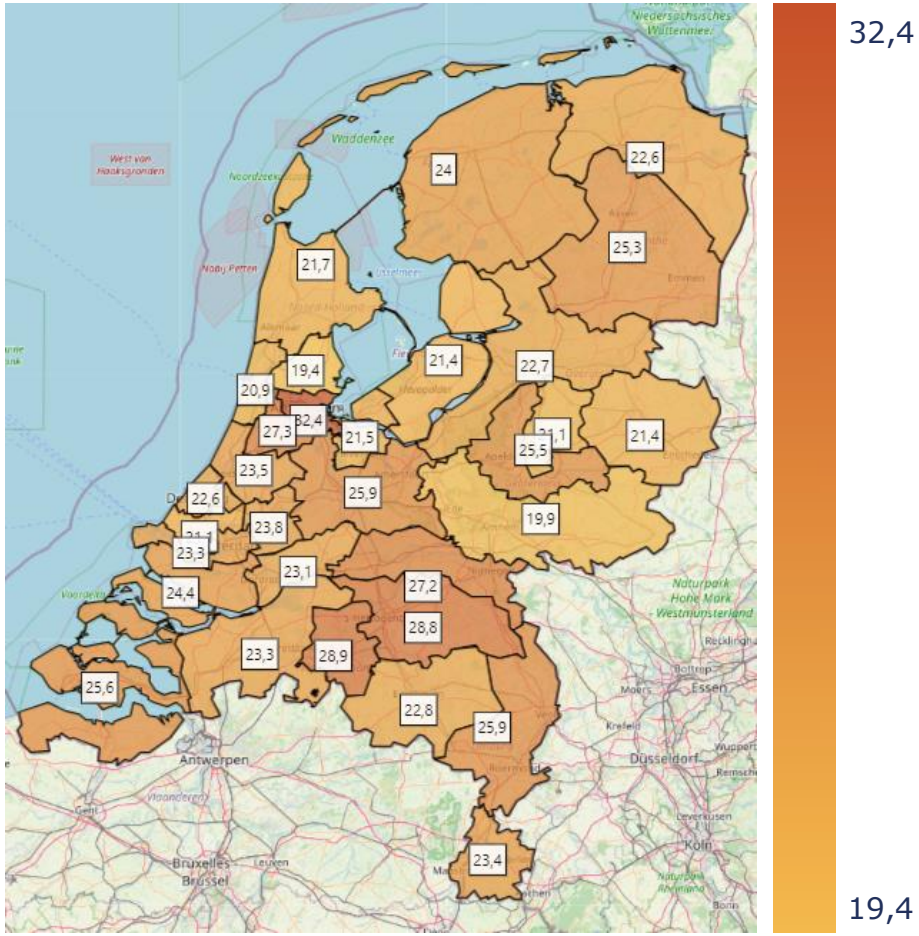
- Met de kleurenschaal is aangegeven hoe het totale aantal gasten in de palliatieve terminale fase in elke zorgkantoorregio zich verhoudt tot het (totale) aantal overlijdens in 2022 (CBS[6]). Hoe roder de kleur, hoe groter het aandeel overlijdens dat in hospicevoorzieningen heeft plaatsgevonden.
- De getallen op de kaart tonen het totale aantal gasten voor elk van de betreffende zorgkantoorregio's. Hierbij is uitgegaan van het aantal gasten inclusief de 'berekende waardes' zoals toegelicht op pagina 18.

Wat opvalt is dat er regionale verschillen zijn. In de verschillende sessies zijn deze verschillen ook besproken, waarbij dezelfde elementen (mogelijk) een rol spelen als die bij het aantal bedden afgezet tegen het aantal overlijdens, zie ook pagina 16.

Wat daarnaast mogelijk effect heeft, is dat sommige zorgvragers opgenomen wensen te worden in een hospice buiten de eigen regio, bijvoorbeeld in de buurt van hun kinderen. Hierover zijn geen data verzameld.

Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen ligduur

Gemiddelde ligduur per zorgkantoorregio (op basis van volledig ingevulde data)



Op de kaart hiernaast zien we twee dingen:

- Met de kleurenschaal is aangegeven hoe de gemiddelde ligduur van elke zorgkantoorregio zich verhoudt tot die in de andere zorgkantoorregio's. Hoe roder de kleur, hoe langer de gemiddelde ligduur.
- De getallen op de kaart tonen de feitelijke waardes per zorgkantoorregio.

Hierbij is per zorgkantoorregio het gemiddelde berekend op basis van de hospices die het aantal bedden, gasten en ligdagen valide hebben ingevuld.

Wat opvalt is dat er regionale verschillen zijn. Bij veel regio's ligt de gemiddelde ligduur op of rond het landelijk gemiddelde van 24 dagen, maar er zijn diverse regio's waar de ligduur beduidend langer is, zoals Amsterdam, Midden-Brabant en Noordoost-Brabant. Wat hier onder meer in meespeelt, zijn de volgende elementen:

- De mate waarin sprake is van 'verkeerde bed'-problematiek varieert behoorlijk tussen regio's. Sommige hospices hebben hele goede samenwerking met ziekenhuizen, waardoor enkel écht gasten in de palliatieve terminale fase instromen. In andere regio's is juist de ervaring dat ziekenhuizen vaak 'foutief' uitplaatsen naar een hospice, waarbij gasten na opname in een hospicevoorziening blijken op te knappen. Ook de mate waarin hospices zelf (strenge) selectie aan de poort toepassen varieert.
- Eenzaamheid van ouderen speelt ook een rol, waarbij het gevoel bestaat dat gasten die in de thuissituatie eenzaam zijn, vaker 'opknappen' in het hospice en door de warme zorg toch langer leven.

Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen bezettingsgraad

Gemiddelde bezettingsgraad per zorgkantoorregio (op basis van volledig ingevulde data)

Op de kaart hiernaast zien we twee dingen:

- Met de kleurenschaal is aangegeven hoe de gemiddelde bezettingsgraad van elke zorgkantoorregio zich verhoudt tot die van de andere zorgkantoorregio's. Hoe roder de kleur, hoe hoger de gemiddelde bezettingsgraad.
- De getallen op de kaart tonen de feitelijke waardes per zorgkantoorregio.

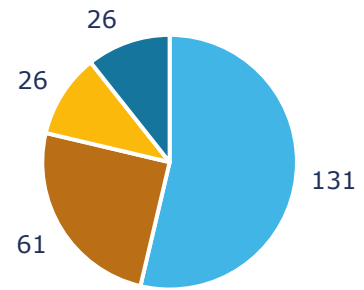
Hierbij is per zorgkantoorregio het gemiddelde berekend op basis van de hospices die het aantal bedden, gasten en ligdagen valide hebben ingevuld.

Wat opvalt is dat er regionale verschillen zijn. Veel regio's liggen op of rond het landelijk gemiddelde van 74,6%, maar er zijn diverse regio's waar de bezettingsgraad beduidend lager is. Wat hierin meespeelt, is dat sommige regio's een relatief klein aantal hospices kennen. Wanneer er één hospicevoorziening is met een (onderbouwd) lagere bezettingsgraad, heeft dat direct een groot effect op het gemiddelde.

Inzicht huidige situatie | Capaciteitstekorten

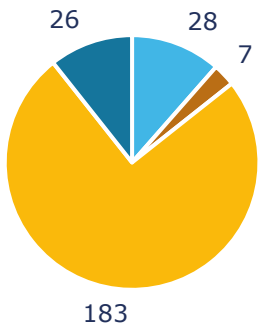
Onderstaande grafiek geeft weer hoeveel hospices gedurende 2022 gasten niet hebben kunnen opnemen vanwege 100% bedbezetting. Bij een groot deel van de respondenten (circa 90% van de bekende respons) is dit voorgekomen in 2022. Bij 61 respondenten was het aantal gasten bekend; in totaal betrof het 2.544 gasten.

100% bedbezetting
n=244



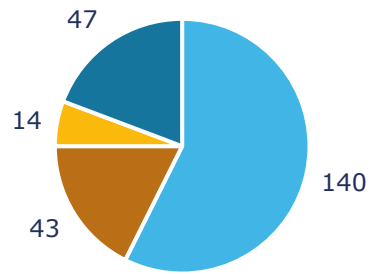
Onderstaande grafiek geeft weer hoeveel hospices gedurende 2022 gasten niet hebben kunnen opnemen vanwege een tekort aan personeel en/of vrijwilligers. Circa 80% van de bekende respons gaf aan dat dit niet voorkwam in 2022. Bij 35 respondenten kwam dit wel voor; bij de 7 hospices die dit hebben bijgehouden betrof het 151 gasten in totaal.

Tekort aan personeel / vrijwilligers
n=244



Een groot aantal respondenten (183) gaf aan dat zij in 2022 aanmeldingen hebben gehad waarbij gasten in een ander hospice opgenomen zijn. Bij 43 hospices was dit aantal bekend en ging het om 625 gasten. 47 respondenten gaven aan dat deze gegevens onbekend zijn, bijvoorbeeld omdat dit via zorgbemiddeling verloopt.

Gasten in een ander hospice opgenomen
n=244



71721-Openbaar

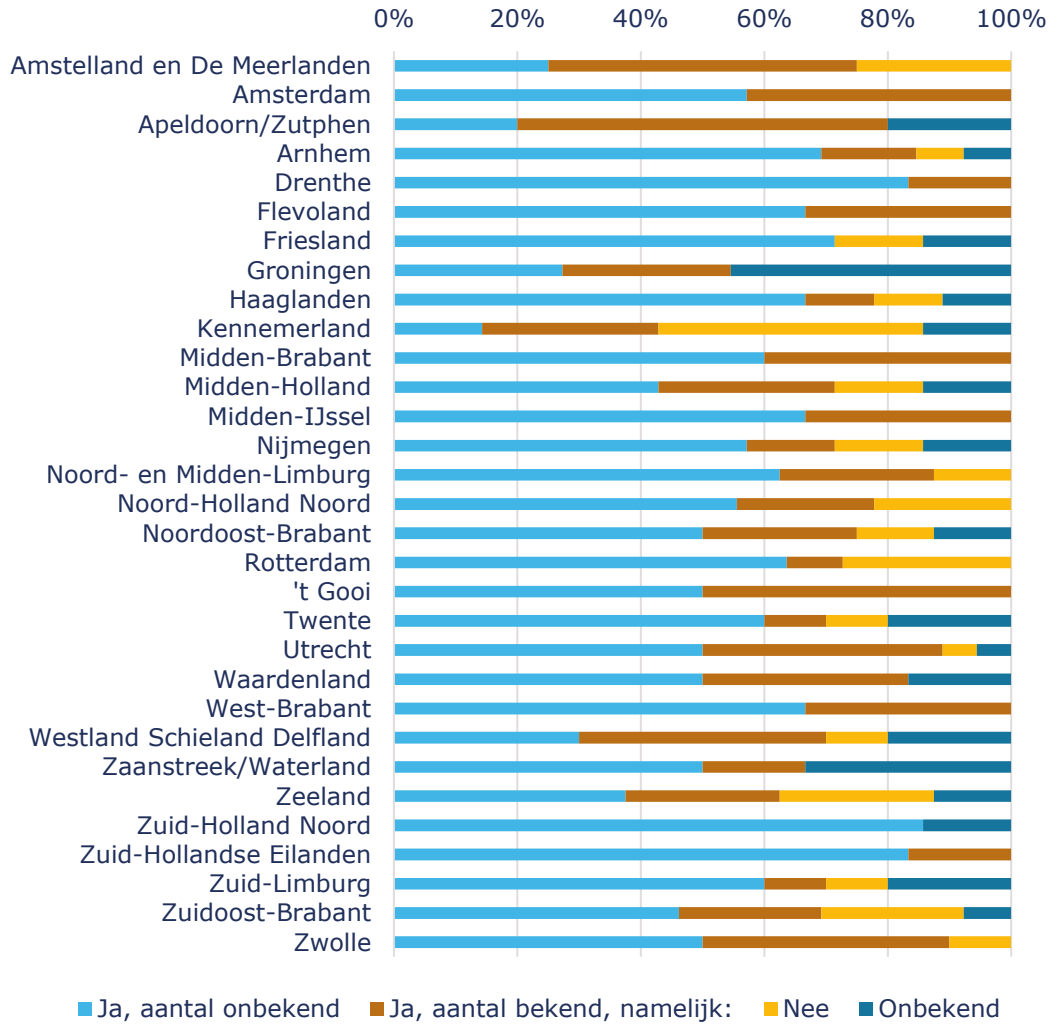
Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen capaciteitstekort

Gasten moeten weigeren door 100% bedbezetting

Wanneer we kijken naar zorgkantoorregio's zien we dat in vrijwel alle zorgkantoren het merendeel van de hospices gedurende 2022 gasten heeft moeten weigeren doordat alle bedden bezet waren.

Dit geeft een duidelijke indicatie dat de huidige capaciteit in 2022 in vrijwel alle regio's op minstens één moment gedurende het jaar niet afdoende was om aan de vraag te voldoen.

Wanneer we kijken naar de verschillen tussen regio's, valt vooral Kennemerland op, waar de helft van de hospices waarbij dit bekend is aangeeft géén gasten te hebben moeten weigeren.

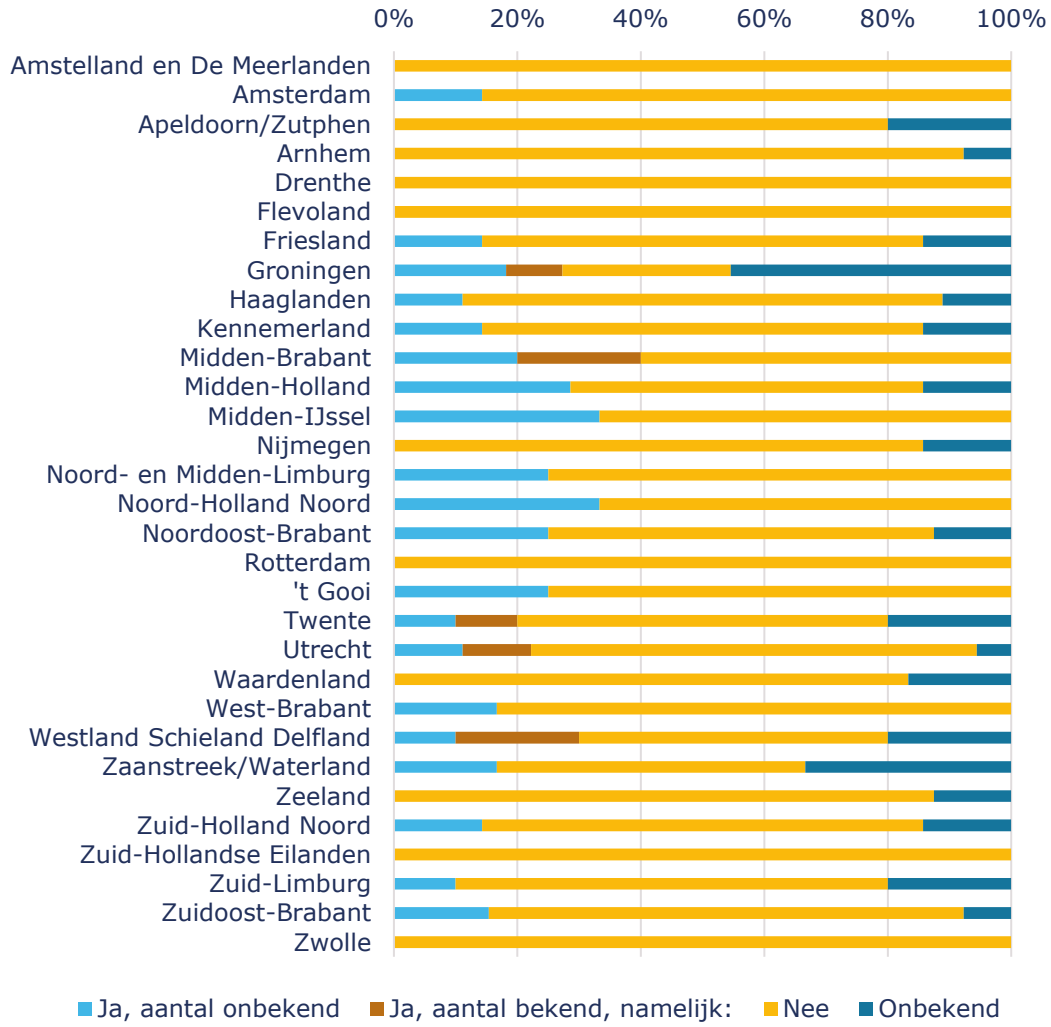


Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen capaciteitstekort

Gasten moeten weigeren door tekort aan personeel of vrijwilligers

Wanneer we kijken naar zorgkantoorregio's, zien we dat in vrijwel alle regio's het merendeel van de hospices gedurende 2022 géén gasten heeft moeten weigeren door een tekort aan personeel of vrijwilligers. In zes regio's is het (voor zover bekend) bij ten minste 1 op de 3 van de hospices in 2022 (tijdelijk) voorgekomen dat gasten niet opgenomen konden worden door een tekort aan personeel of vrijwilligers. In het bijzonder valt Groningen op, waar de helft van de hospices (voor zover bekend) aangeeft gasten te hebben geweigerd om deze reden.

Uit de regionale gesprekken kwamen verschillende signalen dat naast eigen personeel of vrijwilligers ook de beschikbaarheid en bereikbaarheid van wijkverpleging (bij BTH's) en huisartsen (bij BTH's en HCH's) in de praktijk niet altijd voldoende is. Dit leidt er eveneens toe, met name in avond, de nacht en het weekend, dat gasten niet of pas later kunnen worden opgenomen. Specifiek voor de huisartsenzorg zijn er verschillende hospices die in de regionale sessies hebben aangegeven met een vaste huisarts te werken in plaats van met de eigen huisarts van gasten. En hier ook goede ervaringen mee hebben qua beschikbaarheid. Er zijn echter ook hospices die goede ervaringen hebben met samenwerking met de eigen huisarts van gasten.



Inzicht huidige situatie | Regionale verschillen capaciteitstekort

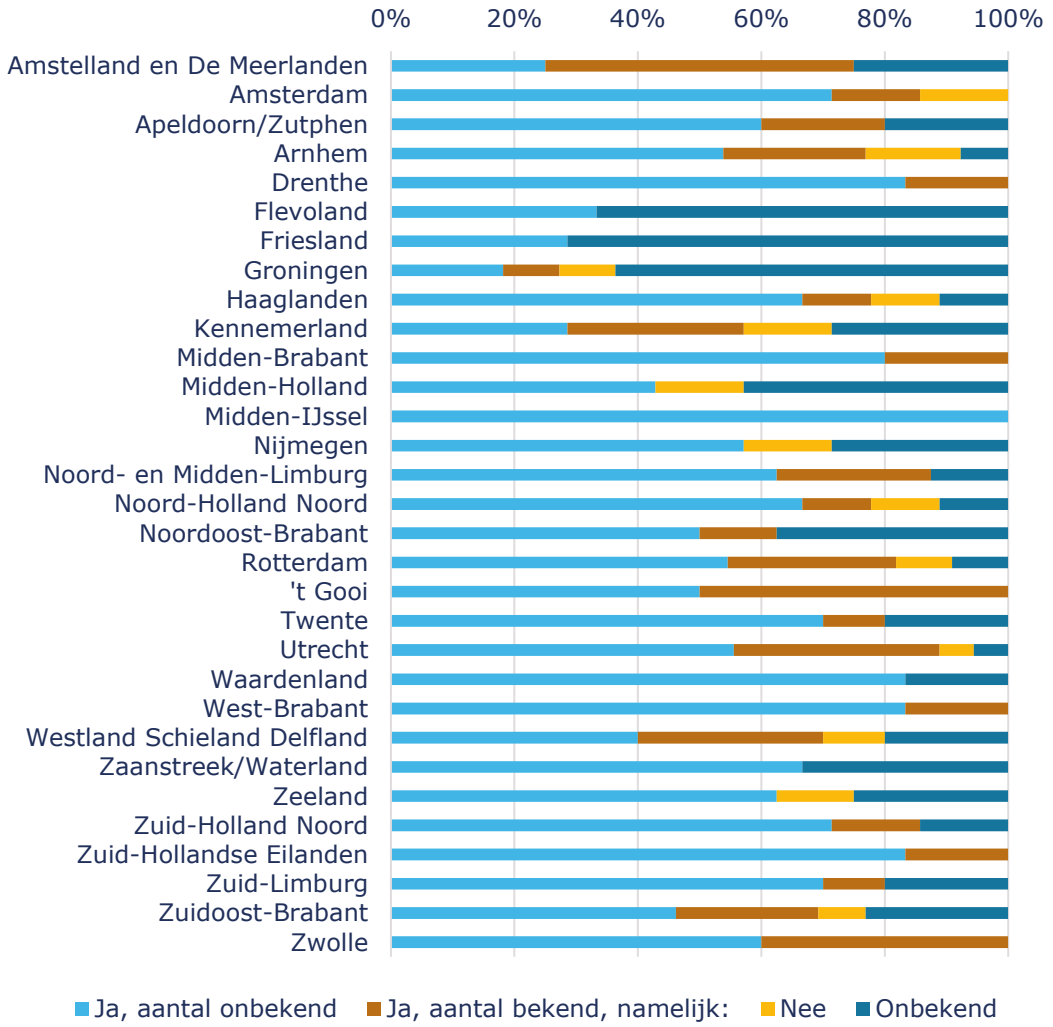
Gasten in een ander hospice opgenomen

Er is ook uitgevraagd of bekend is of gasten die zijn aangemeld bij een hospice uiteindelijk in een ander hospice zijn opgenomen. Dit lijkt in de meeste regio's wel aan de orde te zijn geweest. In veel gevallen is echter niet bekend of hier sprake van is of om welke aantallen dit gaat. Dit komt onder meer omdat hospices verschillend omgaan met 'wachtlijstbeheer' of 'aanmeldingenbeheer'.

Een belangrijk signaal in de duiding van deze uitkomsten kwam naar voren in meerdere regionale sessies:

- Gasten worden regelmatig bij meerdere hospices aangemeld, in afwachting van een plek. Daardoor staan gasten dubbel op de wachtlijst. Hoe vaak dit precies gebeurt, is niet bekend.

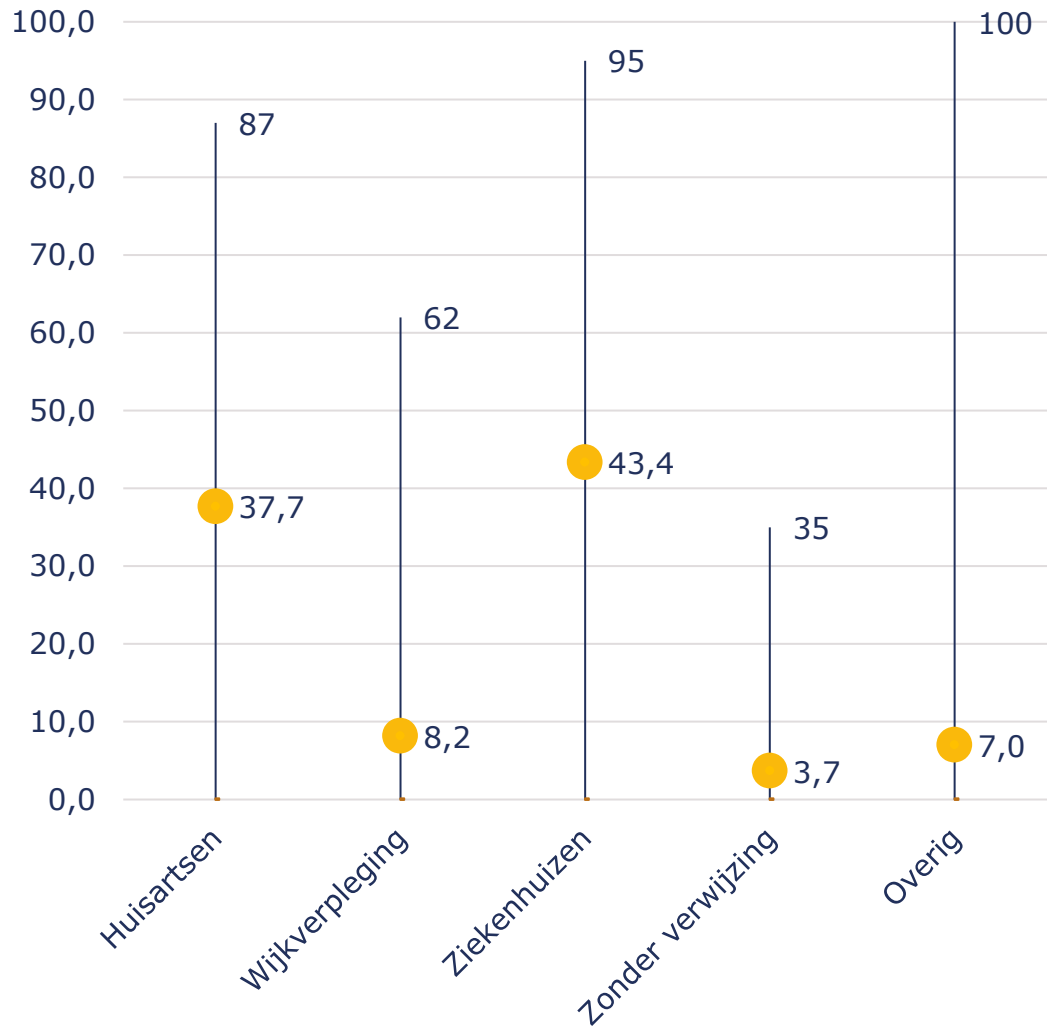
Op enkele plekken in het land zien we de ontwikkeling dat hospices aansluiting zoeken bij regionale zorgcoördinatiecentra. Mogelijk gaat dit bijdragen aan beter inzicht in wachtlijsten en aanmeldingen.



Inzicht huidige situatie | Verwijzers

De grafiek hiernaast geeft inzicht in de belangrijkste verwijzers van de respondenten. Respondenten zijn gevraagd om 100% te verdelen over de verschillende categorieën. De gele stip geeft het gemiddelde per categorie verwijzers aan, de streep geeft de spreiding minimaal-maximaal aan.

De respondenten benoemen dat gasten doorgaans naar hen verwezen worden door ziekenhuizen en huisartsen. In veel mindere mate worden gasten door wijkverpleging of door overige ketenpartners verwezen. Een relatief klein percentage betreft gasten ‘zonder verwijzing’. Dat zijn bijvoorbeeld gasten of mantelzorgers die zelf contact opnemen met het hospice voor opname (waarna alsnog een formele indicatie moet worden aangevraagd).

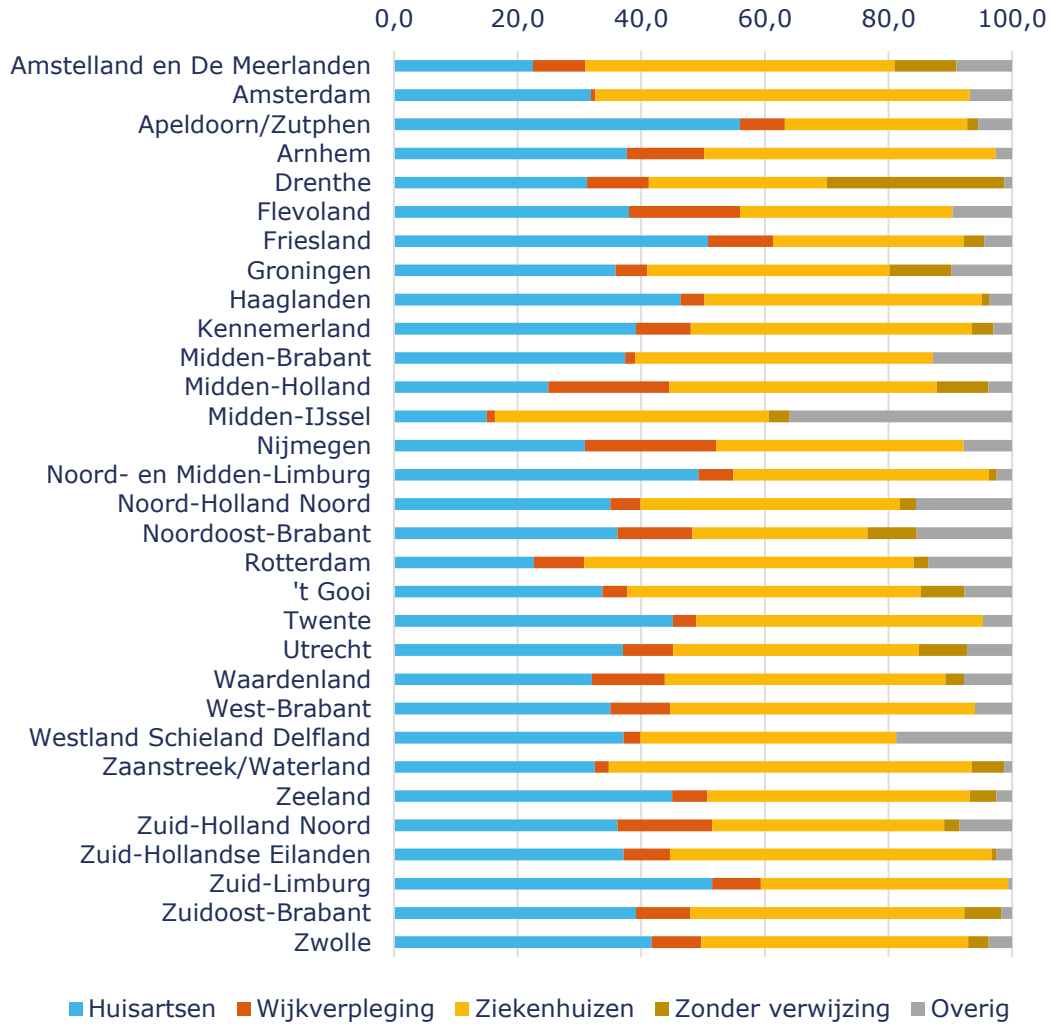


Inzicht huidige situatie | Verwijzers

Wanneer we naar de zorgkantoorregio's kijken, zien we dat over de hele linie het ziekenhuis en huisartsen de dominante verwijzers zijn. Wel zien we verschillen in de verhoudingen hiertussen. In Rotterdam, Midden-Holland, Midden-IJssel en Amstelland en De Meerlanden wordt relatief minder door huisartsen verwezen; in Apeldoorn/Zutphen, Noord- en Midden-Limburg, Zuid-Limburg en Friesland is de huisarts juist meer dominant.

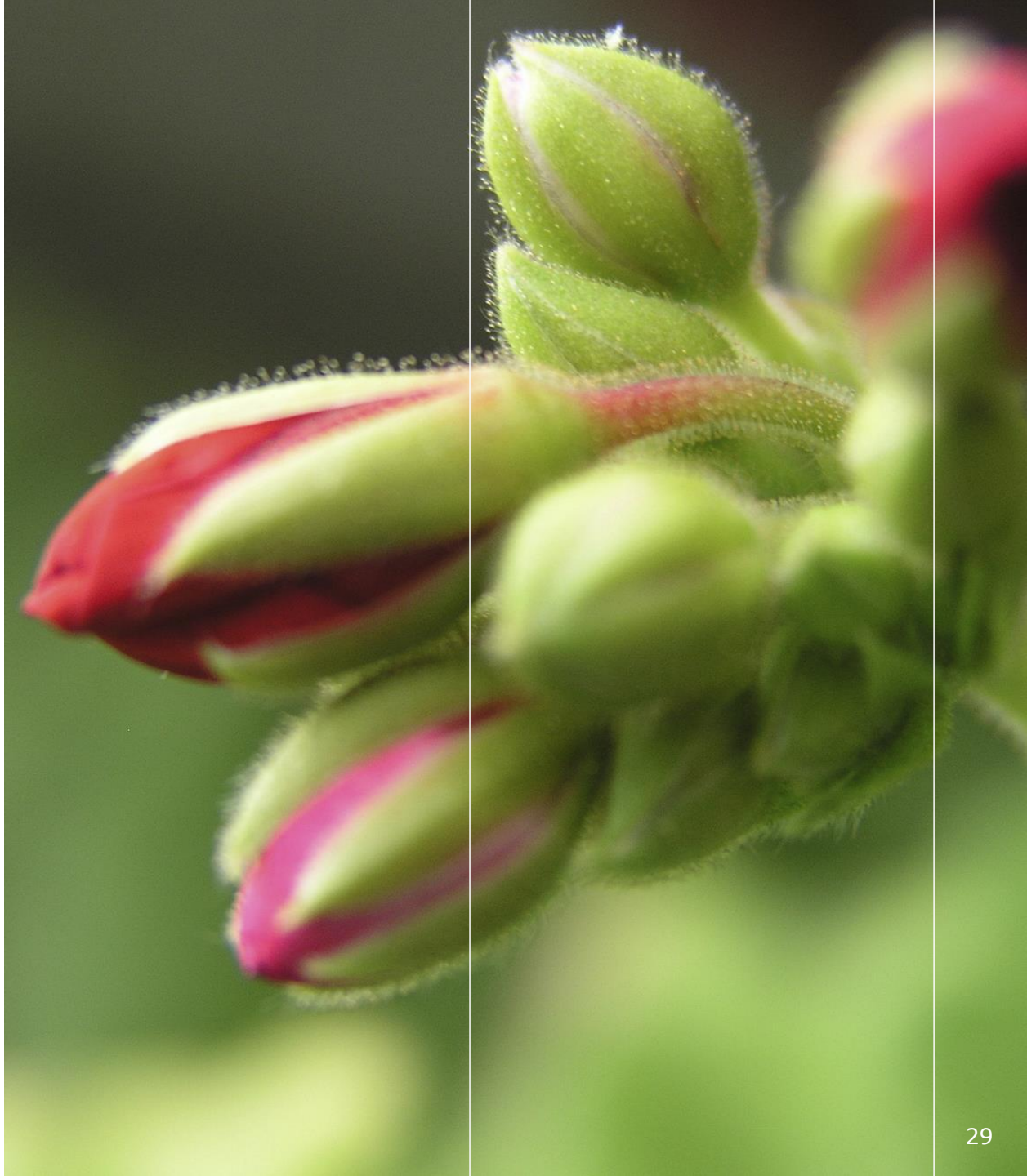
Wat daarnaast opvalt, is dat het aandeel verwijzingen door wijkverpleegkundigen in een aantal regio's relatief groter is dan in andere regio's, bijvoorbeeld in Nijmegen, Flevoland en Midden-Holland.

In de duidingssessies kwam naar voren dat de zichtbaarheid van hospices bij en relatiebeheer met huisartsen en ziekenhuizen wisselend is. Sommige hospices zetten sterk in op de verbinding met deze partners in de keten, waar andere hospices minder ingebed zijn in het lokale of regionale zorgnetwerk. Dergelijke verschillen spelen mogelijk ook mee in de mate waarin verschillende verwijzers toeleiden naar hospices.



Hoofdstuk 3.

Blik op de toekomstig benodigde capaciteit voor hospices



In dit hoofdstuk geven we eerst een kwalitatieve duiding van ontwikkelingen die we zien en gehoord hebben in de verschillende bijeenkomsten die invloed kunnen hebben op de toekomstige capaciteit. Vervolgens gaan we in op de concrete prognoses die zijn gemaakt voor de toekomstig benodigde capaciteit.

Blik op de toekomst | Kwalitatieve duiding

Om de toekomstig benodigde capaciteit van hospicevoorzieningen in kaart te brengen, zijn prognoses gemaakt op basis van het huidige hospicelandschap, sociaal-demografische ontwikkelingen en overige ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de vraag naar hospicevoorzieningen. In dit hoofdstuk worden allereerst de relevante ontwikkelingen en het verwachte effect hiervan toegelicht. Vervolgens worden vier scenario's voor toekomstig benodigde hospicecapaciteit geschetst.

Via de documentstudie en de regionale duidingssessies is in kaart gebracht welke ontwikkelingen worden voorzien die (mogelijk) van invloed zijn op de vraag naar hospicevoorzieningen. Deze worden hierna toegelicht. Een belangrijke noot om hier te plaatsen is dat alle genoemde ontwikkelingen met elkaar samenhangen, waardoor het lastig is om het afzonderlijke effect van deze ontwikkelingen te onderscheiden.

Sociaal-demografische ontwikkelingen

Er worden enkele sociaal-demografische ontwikkelingen voorzien die mogelijk leiden tot een toename van de vraag naar hospicevoorzieningen. Landelijk zullen er in 2040 naar verwachting 28.351 meer overlijdens zijn dan in 2022 (CBS[6, 7]).

Gemiddeld vindt in 2022 (inclusief berekende gasten, zie pagina 18) 9% van de overlijdens plaats in hospices. Uit prognoses van het RIVM[8] blijkt dat een verschuiving in doodsoorzaken wordt verwacht. Zo zal dementie in 2040 vaker voorkomen als doodsoorzaak. Orgaanfalen komt in de toekomst juist in mindere mate voor. In hospicevoorzieningen worden echter beperkte mogelijkheden voorzien om mensen met dementie op te nemen, aangezien 'dwalen' in veel hospicevoorzieningen een uitsluitingscriterium is voor opname.

Daarnaast wordt een toename verwacht van het aantal eenpersoonshuishoudens.[9] Daarmee zullen er meer alleenstaanden met een beperkt sociaal netwerk zijn, en zullen meer mensen leven en sterven in eenzaamheid. Ook wordt een toenemende vraag naar mantelzorgers verwacht onder de zelfstandig wonende 75-plussers, terwijl het aantal mantelzorgers afneemt.[10]

Tot slot kan de toename aan diversiteit en culturele verschillen in de samenleving invloed hebben.[11] Mensen met een migratieachtergrond hebben vaker andere behoeften in de palliatieve terminale fase dan mensen zonder migratieachtergrond en lijken op dit moment relatief minder gebruik te maken van hospicevoorzieningen.

Blik op de toekomst | Kwalitatieve duiding

Mogelijk groeit ook onder deze groep inwoners de behoefte om gebruik te maken van hospicevoorzieningen, wat vraagt om een uitbreiding van het aanbod. Aan de andere kant zouden deze culturele verschillen en de groei van deze groep er ook juist toe kunnen leiden dat er een grotere groep mensen is die géén behoefte heeft om gebruik te maken van hospicevoorzieningen, waardoor de vraag juist zou afnemen.

Aard en complexiteit van de zorgvraag

De toenemende vergrijzing werkt ook door op de aard en complexiteit van de vraag naar palliatieve zorg. Zo wordt – onder invloed van langer thuiswonen – een toenemende vraag naar respijtzorg en tijdelijke hospicezorg verwacht. Tevens wordt een hogere complexiteit van somatische zorgvraag en multiproblematiek verwacht, wat vraagt om specifieke vaardigheden en expertise.

Onder invloed van toegenomen (maatschappelijke) bewustwording en regie over de invulling van het eigen levenseinde, worden de volgende aanvullende ontwikkelingen gesignaleerd:

- toename van euthanasieverzoeken binnen hospicevoorzieningen
- toename aan gasten die bewust stoppen met eten en drinken.

Landelijk (zorg)beleid

De sociaal-demografische ontwikkelingen zijn uiteraard ook aanleiding voor aanpassingen in het landelijke zorgbeleid. Met als doel de borging van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, zoals de beweging naar ‘langer thuiswonen’, het bevriezen van het aantal verpleeghuisplekken[12] en het stimuleren van zelfredzaamheid en gemeenschapskracht.

Vanuit deze verschuivingen verwacht men:

- Druk op bekostiging en tarieven vanuit verzekeraars en zorgkantoren.
- Een toenemend aantal burgerinitiatieven op het terrein van community care.
- Een toenemend aantal inwoners met de wens om thuis te sterven, die vervolgens ondersteund wordt door de wijkverpleging (bijvoorbeeld door outreachend werken en bedsideconsultatie in de thuissituatie).
- Reductie van de beddencapaciteit bij ziekenhuizen en (meer) sturing op verkeerde-bedproblematiek.
- De komst van alternatieve, meer geclusterde woonvormen.

Blik op de toekomst | Kwalitatieve duiding

Anders werken in de palliatieve zorg

Er wordt een tekort verwacht aan medewerkers in de wijkverpleging, huisartsen én vrijwilligers[18], wat direct invloed heeft op hospicevoorzieningen.

Mede ingegeven door dit toenemende tekort zien we verschillende ontwikkelingen in het kader van anders werken in de palliatieve terminale zorg, die kunnen bijdragen om de toegankelijkheid te borgen:

- Aansluiten bij regionale transferpunten, wat helpt om de juiste zorgvrager op de juiste plek te krijgen.
- Verbetering van transmurale samenwerking. Dit zorgt naar verwachting voor meer 'juiste zorg op de juiste plek, met de juiste deskundigheid'.
- Vergroten van de toepassing van proactieve zorgplanning (ACP), wat kan leiden tot een beter planbare vraag, en de juiste zorgvrager op de juiste plek ondersteunt.
- Inzet op verdere taakherschikking (zowel tussen zorgprofessionals als van formele naar informele zorg) en scholing van generalisten (zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen) in palliatieve zorg.
- Digitalisering en de inzet van technologie. Naar verwachting neemt de inzet van ondersteunende technologie en domotica toe, wat invloed heeft op de manier van werken en mogelijk ook tot arbeidsbesparing leidt.

Berenschot

Prognoses toekomstig benodigde capaciteit

Prognoses voor toekomst | Toelichting

Doel van deze prognoses

Doel van het project Versterken Hospicezorg is een impuls te geven aan het toekomstbestendig inrichten van hospicezorg, waarin resultaten zichtbaar worden op capaciteit, kwaliteit én samenwerking. Om de regio's hierin te ondersteunen zijn vanuit het NPPZ II middelen beschikbaar gesteld én zijn er een aantal informatiebronnen: het publieksrapport van *HOPEVOL*[1], het rapport *De Olifant de kamer uit*[2], de jaarlijkse Registratierapportage[17] en de uitkomsten van het voorliggende onderzoek.

Het veld van ondersteuning en zorg, en ook de palliatieve zorg, is continu in beweging en zal zich ook in de komende jaren blijven ontwikkelen. De politieke koers die komende jaren voor de zorg zal worden gevaren, ingegeven door macro-financiële druk om de zorg betaalbaar te houden én de arbeidsmarktkrapte, zal van grote invloed zijn op hoe de zorg zich in de komende vijftien jaar zal ontwikkelen.

Daarmee zijn harde voorspellingen over wat in de toekomst nodig is aan capaciteit lastig. Wél kunnen we op basis van nu bekende ontwikkelingen onderbouwde prognoses maken van wat in de toekomst nodig zou kunnen zijn aan capaciteit. De prognoses betreffen daarmee een inschatting van hoe de toekomst zich kan ontwikkelen.

De opgestelde prognoses over de toekomstig benodigde capaciteit dienen daarmee vooral als handvat en input voor het landelijke én regionale gesprek over hoe het hospicelandschap zich de komende jaren *kan* ontwikkelen.

Daarnaast kunnen de huidige prognoses dienen als nulmeting waarop de komende jaren vanuit de landelijke koepels kan worden gemonitord en bijgestuurd:

- Hoe ontwikkelen verschillende trends zich?
- Wat is dan de verwachte impact op de hospicecapaciteit?

Tot slot is het goed om te benoemen dat deze prognoses nadrukkelijk níét normstellend zijn voor of een finaal oordeel zijn over hoe de capaciteit er in de toekomst uit moet komen te zien. Het is de opdracht aan de hospicevoorzieningen in elke regio zelf om, met elkaar en met ketenpartners en financiers, na te denken over het toekomstige regionale hospicelandschap. Deze prognoses kunnen daarbij een hulpmiddel zijn. Daarbij is belangrijk om te benoemen dat in deze prognoses wordt uitgegaan van de huidige vorm van hospicezorg. Mogelijk zullen toekomstige ontwikkelingen ook leiden tot andersoortige vormen van hospicezorg, wat invloed heeft op de benodigde capaciteit. Hier is in de huidige prognose geen rekening mee gehouden.

Prognoses voor toekomst | Toelichting

Werkwijze

De zorg als geheel, en ook de palliatieve zorg, is continu in beweging en zal zich ook blijven ontwikkelen, mede ingegeven door macrofinanciële druk om de zorg betaalbaar te houden, én zo te organiseren dat een antwoord op de arbeidsmarktkrapte wordt gevonden. Daarmee zijn harde voorspellingen over wat in de toekomst nodig is aan capaciteit lastig. Wél kunnen we op basis van nu bekende ontwikkelingen een inschatting maken van wat in de toekomst nodig kan zijn aan capaciteit.

We weten op basis van dit onderzoek de bekende beddencapaciteit in 2022, namelijk 1.326 bedden. De huidige capaciteit is het vertrekpunt voor de verdere prognoses. Doordat in deze onderzoeksronde de capaciteit vollediger in beeld is, zijn ook de prognoses aangescherpt. Met de huidige capaciteit als vertrekpunt zijn, op basis van de landelijke en regionale duidingssessies en de deskstudy, een aantal factoren gedefinieerd die invloed hebben op de toekomstig benodigde capaciteit.

We maken daarbij onderscheid tussen:

- niet-discriminerende factoren: deze gelden in alle prognoses en zijn eenduidig voorspelbaar richting de toekomst
- discriminerende factoren: de precieze impact van deze factoren en de werkelijke situatie in de toekomst zijn onzeker; daarom zijn per factor een minimale, een maximale en een verwachte impact bepaald.

De drie effecten per discriminerende factor zijn na zorgvuldige afweging met de landelijke begeleidingscommissie en het Kernteam tot stand gekomen. Belangrijk uitgangspunt daarbij is dat elke factor ‘in isolatie’ doorwerkt op de basisprognose, dus het minimum, de verwachting en het maximum zijn de optelsom van alle onderliggende factoren.

Op basis van deze factoren zijn vier verschillende prognoses voor toekomstig benodigde capaciteit ontwikkeld:

- basisprognose: op basis van enkel de niet-discriminerende factoren;
- verwachte prognose: op basis van het verwachte effect per factor;
- minimale prognose: op basis van het minimale effect per factor;
- maximale prognose: op basis van het maximale effect per factor.

De effecten van de prognoses zijn landelijk bepaald, de uitkomsten zijn ook doorgerekend per zorgkantoorregio (zie deel B van de rapportage). Voor het vervolgproces en -gesprek in de regio is het daarmee van belang om óók met elkaar het gesprek te voeren over hoe de genoemde factoren in de eigen regio spelen, wat het verwachte effect dan is voor de eigen regio en of er in de eigen regio mogelijk aanvullende factoren een rol spelen die nog niet meegenomen zijn in deze prognose.

Op de volgende pagina’s gaan we eerst in op de basisprognose en vervolgens op de verwachte, minimale en maximale prognose.

Prognoses voor toekomst | Toelichting basisprognose

In de basisprognose maken we op basis van de volgende factoren een prognose van de benodigde hospicecapaciteit in 2030, 2035 en 2040:

1. het bekende aantal hospicebedden in 2022 op basis van voorliggend onderzoek.
2. de verhouding tussen onverwachte en niet-onverwachte sterfgevallen in 2022 op basis van de 'kerncijfers palliatieve zorg'[12], gecorrigeerd naar de sterftecijfers zoals CBS over 2022 heeft geregistreerd.[6]
3. landelijke prognosecijfers van het totale aantal sterfgevallen in 2030, 2035 en 2040.[7]
4. Een aanname over de toekomstige verhouding tussen onverwachte en niet-onverwachte sterfgevallen; deze aanname is gedaan op basis van de pre-covidverhoudingen tussen de twee vormen van sterfte[12] en is getoetst met de landelijke begeleidingscommissie voor het project Versterken Hospicezorg.

In de basisprognose wordt verder geen rekening gehouden met andere (discriminerende) factoren. Deze worden 'ceteris paribus' verondersteld. Met andere woorden: we gaan ervan uit dat al het overige constant blijft ten opzichte van de situatie in 2022.

In deze basisprognose wordt géén rekening gehouden met eventuele capaciteitstekorten in 2022. Op basis van de de vragenlijst en de verschillende regionale sessies hebben we signalen dat ten minste in delen van het land momenteel op momenten gedurende het jaar een tekort wordt ervaren. Circa 90% van de respondenten geeft aan gedurende het jaar gasten te hebben moeten weigeren omdat alle bedden bezet waren. Ook in de regionale duidingssessies kwam een dergelijk signaal regelmatig naar voren. Tegelijkertijd zijn er ook signalen dat de bezetting met 'pieken en dalen' gaat, waarbij er vaak ook een mogelijkheid is om bij pieken door te verwijzen naar collega's in de regio.

Op basis van het huidige onderzoek zijn er dus signalen dat de huidige capaciteit niet overal voldoende is. Daarmee is deze basisprognose waarschijnlijk een voorzichtige inschatting.

Prognoses voor toekomst | Berekening basisprognose

De factoren zoals hiervoor beschreven zien er als volgt uit:

1. De hospicebeddencapaciteit in 2022 (voor zover bekend) bedroeg 1.326 bedden landelijk (dataset november 2024).
2. In 2022 waren er 111.463 niet-onverwachte sterfgevallen conform de kerncijfers palliatieve zorg[12], oftewel 65,9% van de totale sterfte. De definitieve sterftecijfers van het CBS[6] wijken iets af van de kerncijfers. Wanneer daarvoor gecorrigeerd wordt, komt, uitgaande van dezelfde verhouding onverwacht versus niet-onverwacht, de niet-onverwachte sterfte in 2022 uit op 112.147 sterfgevallen.
3. De verwachte totale sterfte landelijk[7] in 2030, 2035 en 2040 bedraagt respectievelijk 176.136, 188.565 en 198.463. De stijging in absolute sterfte tussen 2022 en 2040 bedraagt 28.351 overlijdens landelijk, een stijging van 16,7%.
4. In de pre-covidjaren lag het aandeel niet-onverwachte overlijdens tussen de 74% en 72,4%. In de covid-periode zijn deze cijfers vertekend door oversterfte en sterfte door covid (wat is meegenomen onder acute sterfte). De laatste twee jaren (2018 en 2019) lag het aandeel niet-onverwachte overlijdens respectievelijk op 72,6% en 72,4%. We doen in deze prognose de aanname dat dit de komende jaren op 72,5% zal liggen.

Op basis van deze factoren zien we in de basisprognose een verwachte groei van 28,3% niet-onverwachte overlijdens tussen 2022 en 2040. Onder gelijkblijvende omstandigheden impliceert dit in de basisprognose een groei van 28,3% hospicebedden in dezelfde periode. Dat is per saldo een stijging van 375 bedden (landelijk).

Wat	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022[12]	2022[6]	2030	2035	2040
1. Absolute aantal overlijdens	146.200	148.038	149.193	152.404	150.928	167.700	170.051	169.075	170.112	176.136	188.565	198.463
2. Aantal niet-onverwachte overlijdens	108.256	109.507	109.572	110.273	109.522	105.812	106.582	111.463				
3. Aandeel onverwachte overlijdens	26,0%	26,0%	26,6%	27,6%	27,4%	*36,9%*	*37,3%*	*34,1%*	*34,1%*	27,5%	27,5%	27,5%
4. Aantal overlijdens met behoefte aan palliatieve zorg	74,0%	74,0%	73,4%	72,4%	72,6%	*63,1%*	*62,7%*	*65,9%*	*65,9%*	72,5%	72,5%	72,5%
5. Berekende aantal niet-onverwachte overlijdens									112.147	127.699	136.710	143.886
6. Groei ten opzichte van 2022									100%	113,9%	121,9%	128,3%
7. Aantal bedden (basisprognose)									**1.326**	**1510**	**1616**	**1701**

Prognoses voor toekomst | Minimaal, maximaal, verwacht

Naast de basisprognose op basis van sterftecijfers zijn acht factoren bepaald die naar verwachting invloed zullen hebben op de toekomstig benodigde capaciteit. Dit betreft ontwikkelingen waarvan we met de huidige kennis inschatten dat deze de komende jaren zullen optreden en ook invloed kunnen gaan hebben op de behoefte aan hospicebeddencapaciteit. Deze ontwikkelingen zijn bepaald op basis van verzamelde input uit de verschillende duidingssessies in de zeven consortiumregio's, gesprekken met de landelijke begeleidingscommissie en deskresearch.

Deze factoren kennen meer onzekerheid dan de factoren die in de basisprognose zijn gehanteerd. Omdat deze factoren meer onzekerheid kennen, zijn voor elke factor drie mogelijke niveaus van effect op de beddencapaciteit in de basisprognose bepaald:

- minimaal: het kleinst mogelijke effect dat we verwachten
- maximaal: het grootst mogelijke effect dat we verwachten
- verwachting: het punt op de bandbreedte minimaal-maximaal dat we, op basis van de huidige inzichten, het meest waarschijnlijk achten.

Deze effecten zijn inschattingen, gemaakt in samenspraak met de landelijke begeleidingscommissie en het Kernteam dat dit onderzoek begeleid heeft, op basis van de huidige beschikbare kennis en ervaring in de praktijk.

Op basis van deze effecten zijn drie aanvullende prognoses ontwikkeld ten opzichte van de basisprognose. Daarbij is de veronderstelling dat deze acht factoren in beginsel eigenstandig kunnen plaatsvinden en los van elkaar effect hebben op de benodigde beddencapaciteit. Het betreft de volgende drie prognoses:

- de verwachte prognose: de cumulatie van alle verwachte effecten ten opzichte van de basisprognose.
- de minimale prognose: de cumulatie van alle kleinst mogelijke effecten ten opzichte van de basisprognose
- de maximale prognose: de cumulatie van alle grootst mogelijke effecten ten opzichte van de basisprognose

Op de volgende pagina's geven we eerst een toelichting op de acht factoren. Vervolgens lichten we per factor de drie niveaus van effect toe.

Prognoses voor toekomst | Minimaal, maximaal, verwacht

Factoren	Toelichting
1. Politieke koers ten aanzien van intramurale capaciteit.	De huidige politieke koers is dat er geen verpleeghuisplekken bij komen; ook zullen er naar verwachting geen ziekenhuisbedden bij komen. Dit impliceert dat er in 2040 ten opzichte van 2022 28.351 éxtra mensen op een andere plek zullen sterven dan in een intramurale voorziening of ziekenhuis.
2. Arbeidsmarkttekort in de (thuis)zorg.	In 2040 zijn er, zonder veranderingen, meer dan twee miljoen mensen nodig in de zorg (tegenover 1,4 miljoen werkenden in de zorg in 2020). Nu werkt een op de zeven werknemers in de zorg; in 2040 moet dat een op de vier worden (volgens de Sociaal-Economische Raad[13]). In 2032 is er een verwacht arbeidsmarkttekort van 189.900 werknemers, waarvan 51.900 in de sector V&V, 27.400 in de thuiszorg en 5.900 in de huisartsenzorg (volgens het Prognosemodel Zorg en Welzijn[14], 2024). Deze ontwikkeling kan mogelijk invloed hebben op de mogelijkheden voor palliatieve terminale thuiszorg. Het Zorginstituut Nederland heeft in juli 2023 de uitspraak gedaan dat bij een terminale patiënt er altijd een medische noodzaak is voor verblijf in een instelling. Als palliatief terminale zorg niet thuis geleverd wordt is er een indicatie voor verblijf in verband met geneeskundige zorg onder de Zvw. Daarbij zien we ook dat er breder in de zorg een beweging op gang komt naar het leveren van geclusterde zorg. Tegelijkertijd zal het arbeidsmarkttekort óók iets betekenen voor de wijze waarop de zorg in hospicevoorzieningen georganiseerd wordt.
3. Proactieve zorgplanning en verbeteringen in de keten.	Op dit moment zijn er op veel plekken initiatieven rondom ACP (proactieve zorgplanning). Uit de regionale duidingssessies kwamen diverse signalen over gasten die gemiddeld langer in het hospice verblijven, maar ook juist van hele korte opnames in hospices. Uit de gesprekken komt naar voren dat beide situaties mede ontstaan door (1) gebrek aan proactieve zorgplanning en aan het tijdig voeren van het gesprek over de laatste levensfase en (2) onvoldoende samenwerking en coördinatie met ketenpartners zoals ziekenhuizen.
4. Ontwikkeling mantelzorgers en zorgzame buurten. *	In de regionale duidingssessies werd duidelijk dat relatief veel eenzame, 'alleenstaande' mensen in hospices terechtkomen, voor wie dan ook relatief veel georganiseerd moet worden. De landelijke prognose is dat het mantelzorgpotentieel afneemt van tien mantelzorgers per oudere nu naar vier mantelzorgers per oudere in 2040.[10] Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen in de samenleving die bij kunnen dragen aan meer oog voor elkaar in de maatschappij, zoals communitycare, wijksteunsystemen en sociale cohesie. Dit kan er mogelijk toe leiden dat juist méér voor elkaar gezorgd kan worden dan nu het geval is.
5. Complexer wordende zorgvraag, onder andere onder invloed van multimorbiditeit en toename van sterfte door dementie. *	Het percentage mensen dat overlijdt aan dementie zal toenemen van circa 10% van de totale sterfte in 2022 tot circa 20% in 2040. Uit de regionale sessies blijkt dat mensen met dementie op dit moment veelal geen doelgroep zijn voor hospices. Daarnaast komt uit de regionale sessies een beeld naar voren van toenemende complexiteit van de zorgvraag an sich (meer multimorbiditeit en psychiatrische problematiek).
6. Maatschappelijk bewustzijn en toenemende regie over het levenseinde.	In de maatschappij is er een toenemend bewustzijn over het levenseinde, de keuzes die je hierin als individu kunt maken en de mogelijkheden, zoals hospicezorg, die er zijn. Het taboe rondom euthanasie en bewust stoppen met eten en drinken lijkt daarbij ook af te nemen.
7. Technologische ontwikkelingen in de thuissituatie.	Door technologische ontwikkelingen kunnen zorgvragers langer zelfstandig thuis blijven wonen. Dit leidt er mogelijk toe dat men later in de palliatieve terminale fase een noodzaak krijgt voor hospicezorg.
8. Behoefte aan hospicezorg bij mensen met een migratieachtergrond.	Op dit moment zijn Nederlanders met een migratieachtergrond ondervertegenwoordigd in de hospicezorg. Op basis van CBS-prognoses[11] zijn er in 2040 6,7 miljoen Nederlanders waarvan zijzelf of hun ouders buiten Nederland geboren zijn; in 2022 waren dit er circa 4,5 miljoen.

* Er is steeds meer wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat de complexiteit van de zorgvraag in de palliatieve zorg beïnvloed wordt door een samenspel van de context én het ziektebeeld (of de ziektebeelden) en dat deze ook op elkaar inspelen. Voor nu hanteren we deze twee factoren als afzonderlijk; mogelijk worden er in de toekomst meer en betere integrale prognoses gemaakt. Zie bijvoorbeeld Grant, M. de, Graaf, E., Teunissen, S., A systematic review of classifications systems to determine complexity of patient care needs in palliative care.[15]

Prognoses voor toekomst | Minimaal, maximaal, verwacht

Factor	Minimaal	Toelichting	Maximaal	Toelichting	Verwacht	Toelichting
1. Politieke koers ten aanzien van intramurale capaciteit	0%	Het aandeel overlijdens in hospicevoorziening blijft gelijk aan de basisprognose.	+ 10%	We verwachten dat van de extra sterfte in 2040 ten opzichte van 2022 maximaal 20% in een hospice plaatsvindt. Dit betekent in absolute zin dat in 2040 5.670 mensen méér in een hospice overlijden dan in 2022 (20% van 28.351). Tegen een bezettingsgraad van 74,6% en een gemiddelde ligduur van 24,0 dagen, betekent dit dat er 500 bedden extra nodig zijn ten opzichte van 2022. Ten opzichte van de basisprognose is dit een extra toename van ongeveer 10%.	+ 5%	Er zijn geen inzichten bekend over de exacte impact van het bevriezen van de intramurale capaciteit op de benodigde hospicecapaciteit. De verwachting is dat mensen langer zelfstandig thuis moeten blijven wonen. Omdat we geen andere onderbouwing hebben, nemen we als verwachting het punt halverwege de bandbreedte.
2. Arbeidsmarkt-tekort in de (thuis)zorg	0%	Door arbeidsmarktkrapte, ook bij huisartsen en bij wijkverpleegkundigen, blijft het minimale effect gelijk aan de basisprognose.	+ 15%	Door arbeidsmarktkrapte voorzien we een verschuiving naar meer geclusterde palliatieve terminale zorg, waardoor een maximale toename van benodigde hospicecapaciteit wordt verwacht van 15%. Daarnaast zal méér hospice-kennis 'buiten' het hospice gebracht moeten worden.	+ 10%	We weten dat de arbeidsmarktkrapte komende jaren zal toenemen én er zijn al diverse bewegingen en adviezen dat geclusterde zorg zoals hospicezorg een oplossingsrichting is (zoals het advies van het Zorginstituut[3]). Daarom verwachten we een beweging richting het maximale effect.
3. Proactieve zorgplanning en verbeteringen in de keten	-/- 13%	Door betere ketenzorg en proactieve zorgplanning kan het aantal gasten op de juiste plek toenemen, waardoor het aantal gasten dat gemiddeld langer in het hospice ligt, afneemt. Ook kan het aantal gasten dat gemiddeld korter in het hospice verblijft, afnemen. Per saldo verwachten we dat in het minimale effect de gemiddelde ligduur omlaaggaat met drie dagen. Dit betekent dat de benodigde capaciteit omlaaggaat met (3 gedeeld door 24,0 =) 13%.	0%	Het lukt niet om de netwerkzorg significant te verbeteren ten opzichte van huidige situatie, en proactieve zorgplanning heeft niet het verwachte effect, waardoor de gemiddelde ligduur gelijk blijft aan de basisprognose.	-/- 4%	We verwachten dat betere netwerkzorg zeker effect zal hebben op 'de juiste patiënt op juiste plek'. We verwachten echter dat dit niet landelijk overal het maximale effect zal hebben, maar slechts ten dele. We rekenen daarom in de verwachte prognose met een gemiddelde ligduurverkorting van één dag, wat een effect heeft van -/- 4% op de benodigde capaciteit.

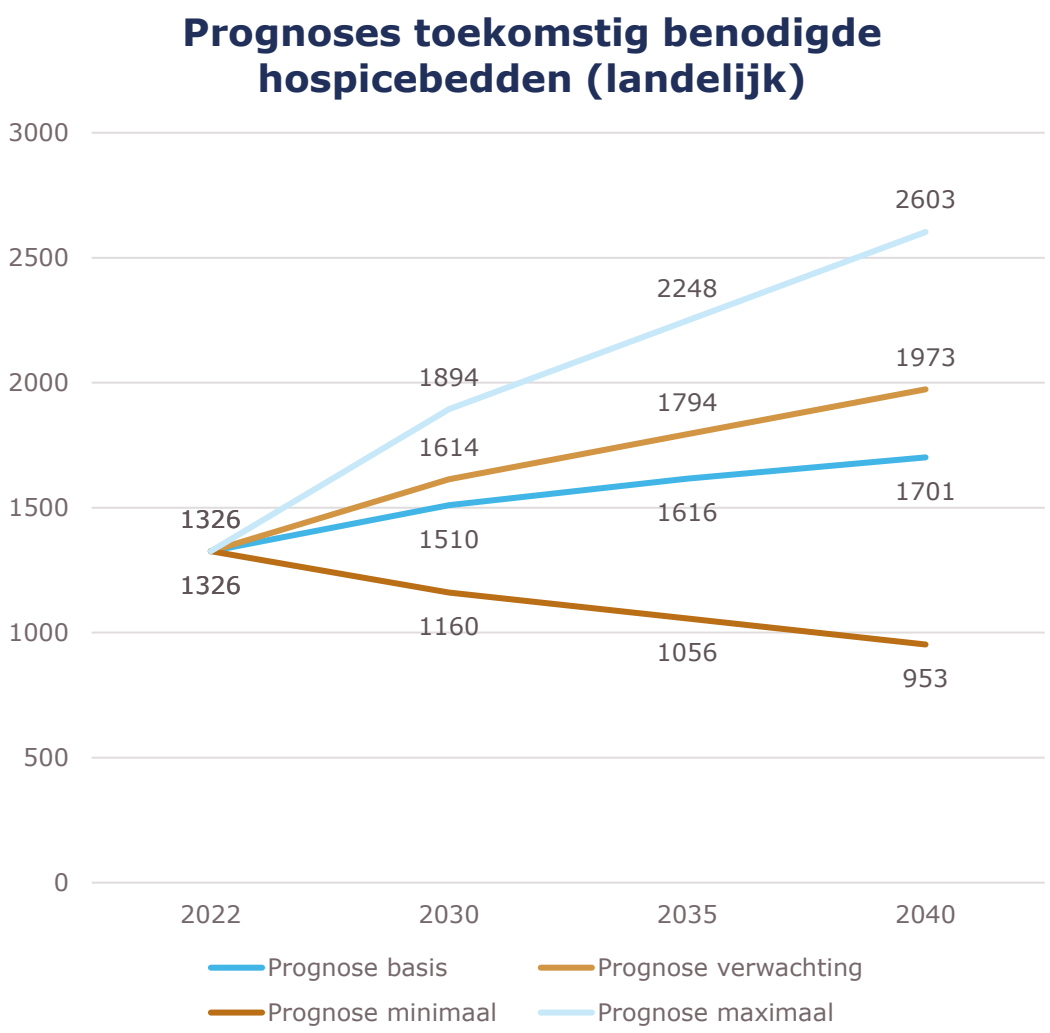
Prognoses voor toekomst | Minimaal, maximaal, verwacht

Factor	Minimaal	Toelichting	Maximaal	Toelichting	Verwacht	Toelichting
4. Ontwikkeling mantelzorgers en zorgzame buurten	-/- 5%	Zorgzame gemeenschappen en woonvormen zullen een vlucht nemen, waardoor minder mensen in eenzaamheid sterven en daarmee minder een beroep wordt gedaan op hospicezorg. We verwachten als minimaal effect een afname van 5%.	+ 10%	We zien verdere afname van mantelzorgpotentieel van 10 op 1 nu naar 4 op 1 in 2040. Hier komt niet tijdig genoeg een goed alternatief voor in de vorm van een zorgzame samenleving. Daarom zullen meer mensen in eenzaamheid de terminale fase in gaan en behoefte hebben aan hospicezorg. We verwachten een maximaal effect van 10% op de benodigde capaciteit.	+ 2%	Het realiseren van een zorgzame samenleving vraagt een verandering in de maatschappij. Dergelijke veranderingen kosten tijd en zullen mogelijk ook niet overal tot bloei komen. Daarom verwachten we een effect halverwege de bandbreedte.
5. Complexer wordende zorgvraag, onder andere onder invloed van multi-morbiditeit en toename van sterfte door dementie	-/- 10%	Het aantal mensen dat overlijdt door dementie neemt toe van circa 10% tot circa 20% van de totale sterfte in 2040 (volgens een prognose van het RIVM[8]). Op dit moment lijken hospices geen passende zorg voor deze groep te kunnen bieden en de verwachting is dat dit in de toekomst niet verandert. In absolute zin zijn er in 2022 17.500 mensen met deze doodsoorzaak en in 2040 39.100, een toename van 21.600. We gaan in de minimale prognose ervan uit dat deze doelgroep primair in het verpleeghuis zal worden opgenomen en daarmee deze (groeiende) doelgroep niet in een hospice zal overlijden. Daarmee verwachten we als minimaal effect een daling van de benodigde capaciteit van 10%.	+ 10%	De doelgroep voor hospicevoorzieningen verbreedt zich ten opzichte van 2022 doordat hospices zich (deels) specialiseren in de complexere doelgroepen. Daarmee kan een groter aandeel van de terminale zorgvragers een plek vinden bij een hospice dan in 2022 het geval was. We verwachten een maximaal effect van +10%.	+ 2%	De groep ouderen met dementie en complexere zorgvragen zal toe gaan nemen, ook in de thuissituatie. De verwachting is dat in toenemende mate ook voor deze doelgroep passende palliatieve zorg gewenst zal zijn en dat deze specialistische kennis en expertise vanuit hospicevoorzieningen ook meer extern zal worden ingezet bijvoorbeeld in psychogeriatrische voorzieningen. Desondanks zal naar verwachting óók een deel van deze doelgroep in hospicevoorzieningen worden opgenomen, waarmee we een lichte stijging van de benodigde capaciteit verwachten.

Prognoses voor toekomst | Minimaal, maximaal, verwacht

Factor	Minimaal	Toelichting	Maximaal	Toelichting	Verwacht	Toelichting
6. Maatschappelijk bewustzijn en toenemende regie over het levenseinde	-/- 3%	Door afname van het taboe in de samenleving en meer maatschappelijk bewustzijn rondom het eigen levenseinde verwachten we twee ontwikkelingen: (1) Men leert de mogelijkheden van een hospice beter kennen; dit leidt mogelijk tot een toename in de vraag naar hospicezorg. (2) Men kiest er bewuster voor om thuis te sterven en waar nodig eerder in de terminale fase eigen regie op het overlijden te nemen; dit leidt tot een dalend effect in de vraag naar hospicezorg. Per saldo verwachten we als minimaal effect dat (2) meer impact heeft dan (1), met een afname in benodigde capaciteit van 3%.	+ 3%	We verwachten als maximale prognose dat de genoemde ontwikkelingen bij het minimale scenario anders doorwerken. Daarbij heeft de bekendheid met hospicevoorzieningen en -zorg een groter effect dan de wens om thuis te sterven. Als maximaal effect verwachten we een toename van 3%	0%	Zowel de minimale als de maximale prognose is op basis van de huidige kennis en inzichten denkbaar. Er is geen harde voorspelling te doen welke kant het op zal bewegen. In de verwachte prognose rekenen we met het effect halverwege de bandbreedte.
7. Technologische ontwikkelingen in de thuissituatie	-/- 8%	Door technologie en innovatie zullen mensen die terminaal zijn langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, waardoor ze, áls ze instromen in een hospicevoorziening, dat later zullen doen. We verwachten dat dit leidt tot een afname van de gemiddelde ligduur van maximaal twee dagen. Dit betekent dat de benodigde capaciteit omlaaggaat met 2 gedeeld door 24,0 = 8%.	0%	De technologische ontwikkelingen gaan niet zo snel en/of hebben geen duidelijk effect op het instroommoment in hospicevoorzieningen.	-/- 2%	De afgelopen jaren laten een vrij stabiel beeld zien in ligduur in hospicevoorzieningen, ook al hebben er de afgelopen jaren ook de nodige innovaties plaatsgevonden. De verwachting is daarom dat dit beperkt effect zal hebben en een reductie in de gemiddelde ligduur van 0,5 dag. Per saldo leidt dit tot een afname in benodigde capaciteit van 2%.
8. Behoefte aan hospicezorg bij mensen met een migratieachtergrond	-/- 5%	Het aantal inwoners dat zelf buiten Nederland geboren is of wier ouders buiten Nederland geboren zijn, groeit van circa 4,5 miljoen in 2022 naar 6,7 miljoen in 2040. Op basis van de regionale sessies lijkt het erop dat deze groep op dit moment ondervertegenwoordigd is in hospices, mede door culturele verschillen. Doordat deze groep qua omvang groter wordt ten opzichte van de huidige doelgroep van hospices, verwachten we een daling in de benodigde hospicecapaciteit van 5%.	+ 5%	In de toekomst zal een groter aandeel van deze groep wél behoefte hebben aan hospicezorg dan in 2022. We verwachten een toename in zorgvraag van 5%.	+ 3%	De verwachting is dat een steeds groter deel van deze groep Nederlanders behoefte krijgt aan hospicezorg, doordat zij steeds meer onderdeel worden van de Nederlandse cultuur. We verwachten daarom dat het effect eerder richting het maximale punt beweegt. Wel vraagt dit iets in de organisatie van hospicezorg en hospicevoorzieningen: meer inclusiviteit en aandacht voor culturele diversiteit. Gezien de groei van deze groep verwachten we dat hospicevoorzieningen deze stap zullen gaan zetten.

Prognoses voor toekomst | Doorrekening



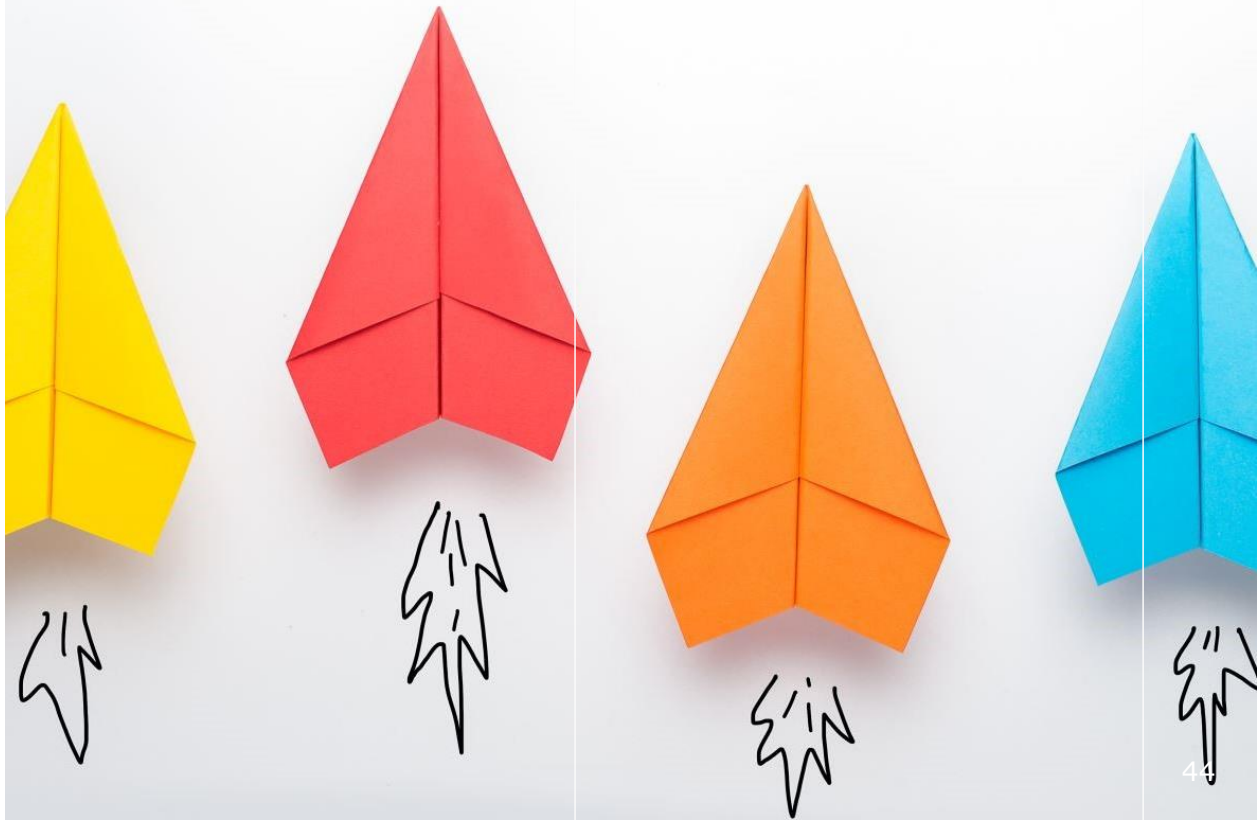
De grafiek hiernaast toont de vier prognoses zoals op voorgaande pagina's toegelicht:

- Basisprognose: De prognose voor toekomstig benodigde capaciteit op basis van enkel de niet-discriminerende factoren leidt tot een toename van 1.326 bedden in 2022 naar 1.701 benodigde bedden in 2040.
- Verwachte prognose: De prognose voor toekomstig benodigde capaciteit op basis van het verwachte effect per factor leidt tot een toename van 1.326 bedden in 2022 naar 1.973 benodigde bedden in 2040.
- Minimale prognose: De prognose voor toekomstig benodigde capaciteit op basis van het minimale effect per factor leidt tot een afname van 1.326 bedden in 2022 naar 953 benodigde bedden in 2040. Deze prognose wordt als absoluut minimum gezien en impliceert dat alle factoren volledig het minimale effect zullen kennen.
- Maximale prognose: De prognose voor toekomstig benodigde capaciteit op basis van het maximale effect per factor leidt tot een toename van 1.326 bedden in 2022 naar 2.603 benodigde bedden in 2040. Deze prognose wordt als absoluut maximum gezien en impliceert dat alle factoren volledig het maximale effect zullen kennen.

Hoofdstuk 4.

Aanbevelingen voor vervolg

In dit hoofdstuk geven we een aantal aanbevelingen aan de landelijke koepels en de regio's voor hoe in het vervolg met capaciteitsvraagstukken omgegaan kan worden.



Aanbevelingen voor vervolg

Dit onderzoek is een eerste stap in het versterken van het hospicelandschap. We hebben hiermee een scherper beeld verkregen van het huidige landschap en de toekomstig benodigde capaciteit. Dit eindrapport en de rapportages per zorgkantoorregio dienen als een startpunt voor het vervolgtraject in de regio. In deel B van dit rapport presenteren we de uitkomsten en ook de doorrekening van de prognoses per zorgkantoorregio.

Daarnaast doen wij op deze plek graag een aantal aanbevelingen voor het vervolg.

Herhaal periodiek dit onderzoek én monitor de factoren in prognoses

Allereerst adviseren wij het NPPZ II en de drie hospicekoepels om dit geen eenmalige exercitie te laten zijn. Idealiter wil je (in onze ogen) landelijk en als regio periodiek inzicht hebben en houden in de werkelijke hospicecapaciteit en de ontwikkelingen hierin. Belangrijk daarbij is om dit, ook in de toekomst, in gezamenlijkheid te blijven doen, zodat een integraal beeld blijft bestaan. Mogelijk kan de reeds bestaande Registratierapportage hiervoor worden doorontwikkeld en verbreed naar alle hospicekoepels. Daarbij is het van belang het bereik voor deze uitvraag en bijbehorend responspercentage onder de leden van alle hospicekoepels te vergroten.

Daarbij adviseren we om ook periodiek met elkaar te bepalen hoe de in dit traject opgestelde prognoses en de onderliggende factoren zich door de tijd heen ontwikkelen. Deze zijn nu op basis van beschikbare kennis zo goed mogelijk ingeschat, maar het is niet ondenkbaar dat de toekomst tóch anders zal blijken te zijn.

Door deze exercitie jaarlijks te herhalen kun je landelijk en regionaal de komende jaren ook de vinger aan de pols houden of de ingezette vervolgstappen het beoogde effect hebben, én kun je gaan bijdragen aan de gewenste ontwikkeling van de capaciteit van hospicevoorzieningen.

Voor een volgende exercitie adviseren we daarbij om specifiek na te denken over hoe de ligduur en bezettingsgraad in kaart worden gebracht. In dit onderzoek zijn deze op organisatieniveau bepaald op jaargemiddeldes. Uit de verschillende gesprekken blijkt dat deze gemiddeldes niet alles zeggen, en dat ook de variatie in ligduur (tussen zorgvragers) en bezettingsgraad (gedurende het jaar) interessante inzichten kan bieden.

Aanbevelingen voor vervolg

Werk aan (betere bekendheid van) eenduidige definities
Als tweede adviseren wij om landelijk tot eenduidige definities te komen voor de verschillende typologieën. 'Hospice' is geen beschermde titel, waarmee er ruimte wordt geboden aan diversiteit in het hospicelandschap. Tijdens het onderzoek is gebleken dat hospicevoorzieningen momenteel verschillende ideeën kunnen hebben over welk type hospicevoorziening zij zijn. Hierdoor kan mogelijk onduidelijkheid ontstaan over het huidige aanbod aan hospicevoorzieningen.

Wat hierin van belang is, is dat in de financiering van hospicezorg wel degelijk verschillen bestaan tussen de verschillende varianten. Waarbij een verschil bestaat in financiering tussen wel of geen '24-uurs continue formele zorg'. Hieraan zijn ook voor de zorgvrager (financiële) consequenties verbonden ten aanzien van eigen risico en eigen bijdrage

Daarbij kunnen we ons goed voorstellen dat ook voor verwijzende partijen niet altijd duidelijk is wat de verschillen zijn tussen de verschillende hospices in de regio, terwijl deze verschillen en bijvoorbeeld specifieke kennis en doelgroepen wel van belang kunnen zijn voor verwijzing.

Door heldere, eenduidige definities vast te stellen én uit te dragen, kan de vraag naar de verschillende typologieën en daarmee de toekomstig benodigde capaciteit beter in kaart gebracht worden.

Bepaal scherper hoe de hospicedoelgroep eruitziet en maak hier vervolgens ook beleid op
Ten derde adviseren wij om op landelijk niveau te bepalen wie er tot de doelgroep van hospicevoorzieningen behoren. Er zijn op dit moment geen eenduidige, gedeelde ideeën over welke zorgvragers tot de hospicedoelgroep behoren. Daarbij zijn er met oog op de toekomst verschillende doelgroepen die in omvang groeien en nu niet (of zeer beperkt) in hospicevoorzieningen komen (onder andere mensen met dementie en mensen met een migratieachtergrond).

Door landelijk duidelijkere definities en een afbakening van de doelgroep te bepalen, wordt duidelijkheid gecreëerd en kan het opnamebeleid hierop worden aangepast. Ook kan de doelgroep hierdoor centraal gesteld worden en kan er in het aanbod rekening gehouden worden met hun wensen en behoeften.

Aanbevelingen voor vervolg

Hoe regionaal vervolg te geven aan deze uitkomsten

Ook doen wij enkele aanbevelingen voor het vervolg specifiek op regionaal niveau.

Allereerst adviseren wij om op regionaal niveau met elkaar in gesprek te gaan over wat de uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor het hospicelandschap in de desbetreffende regio. Door de prognoses verder te duiden en afspraken te maken hoe hiermee om te gaan, kan de regio beter toegerust worden voor de toekomstige vraag naar hospicevoorzieningen.

Wij adviseren regio's dan ook om afspraken te maken in de keten. Verbetering van transmurale samenwerking, zowel in de keten met ziekenhuizen als richting de eerste lijn, maakt een betere toeleiding van gasten mogelijk en zorgt er naar verwachting voor dat de juiste zorgvrager op de juiste plek de juiste zorg ontvangt.

Mogelijk onderdeel van deze afspraken is het inrichten van regionaal capaciteitsmanagement. Hiermee kan betere afstemming tussen ketenpartners plaatsvinden, kan er beter gebruikgemaakt worden van de beschikbare beddencapaciteit, zullen wachtlijsten zoveel mogelijk voorkomen worden, en kan personeelscapaciteit optimaal worden ingezet.

Onderzoek sturingsmogelijkheden voor bezettingsgraad

De gemiddelde bezettingsgraad landelijk bij hospices ligt lager dan wat we in andere intramurale zorgvoorzieningen zoals verpleeghuizen (>95%) zien. Ten dele is dit ook begrijpelijk gezien de kortere ligduur, waardoor meer doorstroom plaatsvindt. En gezien het kleinere aantal bedden, waardoor één leeg bed direct relatief grote invloed heeft op de bezettingspercentages. Tegelijkertijd zien we tussen hospices in dit onderzoek verschillen in bezettingsgraad wat de suggestie geeft dat hier wél op te sturen is. Door de bezettingsgraad over de hele linie te verhogen kan ook een deel van de toekomstige capaciteitsvraag mogelijk opgevangen worden.

Aanbevelingen voor vervolg

Bepaal regionaal de impact van wijziging in bekostiging

Na het uitkomen van de eerste versie van deze rapportage in mei 2024 zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit de betaaltitel en tarieven voor hospicezorg bij PU's en HCH's gepubliceerd. In deze vernieuwde regelgeving worden voortaan HCH's en PU's op basis van de prestatie Eerstelijnsverblijf voor palliatieve, terminale zorg (elv ptz) bekostigd. Daarbij is dit tarief ook opnieuw vastgesteld, waarbij een verhoging van het elv ptz tarief plaatsvindt van 407,92 euro naar 589,14 euro per 2025.

Naast deze wijziging voor de HCH's en PU's wordt momenteel ook een dagtarief in de BTH's afgesproken door de zorgverzekeraars met de thuiszorgorganisaties. Ook dit kan consequenties hebben voor de dienstverlening in de BTH. Kan er bijvoorbeeld, in het geval dat dit bij een BTH momenteel van toepassing is, nog 24-uurs zorg worden geleverd als de bekostiging van de 24-uurs zorg met het dagtarief niet meer voldoende is?

Met deze wijzigingen in bekostiging kan de businesscase voor hospices veranderen. Het is denkbaar dat deze wijzigingen ook impact heeft op de toekomstige aantallen bedden en eventueel geplande of te plannen uitbreidingen. Daarmee is het van belang om in de regionale gesprekken deze nieuwe inzichten ook een plek te geven.

Bijlagen

De volgende bijlagen horen bij deze rapportage:

A. Vragenlijst
B. Bronnenlijst
C. Samenstelling Kernteam Versterken Hospicezorg

Bijlage A | Vragenlijst

Op deze en de volgende pagina's treft u de vragenlijst aan zoals deze in samenspraak met het Kernteam Versterken Hospicezorg is opgesteld en gebruikt. Deze vragenlijst is digitaal verspreid via Qualtrics. Hieronder vindt u de introductietekst, op de volgende pagina's de feitelijke vragen.

Introductietekst

Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) heeft Berenschot opdracht gegeven om een onderzoek uit te voeren naar de huidige én toekomstig benodigde capaciteit van hospicezorg voor zorgvragers in Nederland. Hierbij gaat het voornamelijk om beddencapaciteit, maar wij zijn ook benieuwd of de personele capaciteit hierop van invloed is.

Dit onderzoek is bedoeld als eerste stap in een groter onderzoek met als doel het nader duiden, inrichten en versterken van het hospicelandschap, zodat in de toekomst een mogelijk nog grotere bijdrage kan worden geleverd aan de vraagstukken die op de zorg, en specifiek de eerste lijn daarbinnen, afkomen.

Het capaciteitsonderzoek moet leiden tot een methode om met elkaar gefundeerde beslissingen te kunnen nemen over uitbreidingsplannen en nieuwe initiatieven in de diverse regio's. De vragenlijst is uitgezet onder alle hospices die lid zijn van VPTZ Nederland, de Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) en ActiZ. Daarnaast zijn enkele niet aangesloten hospices aangeschreven. Hiermee streven we naar één landelijk én regionaal overzicht van het aantal hospicebedden.

De vragen zijn bedoeld om een beeld te kunnen schetsen van de huidige capaciteit per regio en reeds voorziene capaciteitsuitbreidingen. De vragen hebben enkel betrekking op het hospicegedeelte van uw organisatie.

Het invullen van de vragenlijst duurt circa 10 minuten. We vragen u om bijgaande vragenlijst zo spoedig mogelijk, en uiterlijk 22 januari 2024, in te vullen.

Let op: mocht uw organisatie meerdere hospice-locaties hebben, dan verzoeken we u om de vragenlijst meermaals in te vullen, 1x per hospice.

Als u vragen heeft over de vragenlijst of technische knelpunten tegenkomt, dan kunt u contact opnemen met onze helpdesk via [redacted]. Wij streven ernaar u binnen 24 uur te antwoorden (op werkdagen).

Alvast veel dank voor uw medewerking!

Bijlage A | Vragenlijst (vervolg)

Algemene informatie

- Naam hospice
- Straatnaam
- Huisnummer
- Postcode
- Plaatsnaam
- Naam contactpersoon
- Functie contactpersoon
- E-mailadres contactpersoon
- Telefoonnummer contactpersoon
- Mogen uw contactgegevens door het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II bewaard worden om ook ná dit onderzoek met u te communiceren over het programma?

Vragenlijst

1. Kruis aan wat op uw hospice van toepassing is:
   - *Wij zijn een Bijna Thuis Huis waarbij waarbij ondersteuning en zorg door deskundige vrijwilligers (informele zorg) wordt geleverd en ondersteund door beroepsmatige zorgverleners (formele zorg) op indicatie en in de nacht.*
   - *Wij zijn een Bijna Thuis Huis waarbij waarbij ondersteuning en zorg door deskundige vrijwilligers wordt geleverd en ondersteund door beroepsmatige zorgverleners, wel of niet 24 uur per dag, afhankelijk van het aantal gasten en hun indicatie.*
   - *Wij zijn een Bijna Thuis Huis waarbij waarbij ondersteuning en zorg door deskundige vrijwilligers wordt geleverd en ondersteund voor beroepsmatige zorgverleners, standaard 24 uur per dag.*
   - *Wij zijn een 'high care'-hospice met 24 uur per dag continue zorg, die geleverd wordt door verpleegkundigen, verzorgenden (formele zorg) en vrijwilligers (informele zorg) gezamenlijk.*
   - *Wij zijn een Palliatieve Unit, dit is een onderdeel van een professionele ouderenzorgorganisatie waar beroepsmatige zorgverleners en (vaak in beperkte mate) deskundige vrijwilligers werken.*
   - *Anders, namelijk …*

Bijlage A | Vragenlijst (vervolg)

2. Wij zijn lid van:
   - *ActiZ*
   - *AHzN*
   - *VPTZ Nederland*
   - *Geen lidmaatschap bij een koepelvereniging*

3. Over hoeveel bedden beschikt uw hospice **in 2022** in totaal?

Het gaat hier om het totale aantal bedden, inclusief eventuele flexibel in te zetten bedden voor respijt-, logeer- of crisiszorg.

4. Hoeveel van deze bedden zijn in beginsel bedoeld voor gasten in de **palliatieve terminale fase**?

5. Heeft u uitbreidingsplannen wat betreft het aantal bedden voor gasten in de **palliatieve terminale fase**?
   - *Ja*
   - *Nee*
   - *We overwegen uitbreiding maar hebben nog geen concrete plannen*

6. U gaf bij de vorige vraag aan dat u uitbreidingsplannen heeft wat betreft het aantal bedden voor gasten in de palliatieve terminale fase. Om hoeveel bedden gaat dit?

7. Per wanneer wilt u uitbreiden?

Vraag 6-7 enkel indien vraag 5 met 'Ja' is beantwoord

Vul onderstaande gegevens aan voor uw hospice voor het jaar 2022:

8. Aantal gasten in zorg in de **palliatieve terminale fase**:

9. Totaal aantal ligdagen dat uw organisatie zorg heeft geleverd aan gasten **in de palliatieve terminale fase**:

Hiermee bedoelen we niet het aantal dagen dat u open bent geweest in 2022, maar de som van het aantal dagen per unieke cliënt (bijvoorbeeld: cliënt X is 30 dagen in zorg geweest, cliënt Y is 15 dagen in zorg geweest; dan is het totale aantal dagen 45).

Bijlage A | Vragenlijst (vervolg)

10. Wie zijn uw belangrijkste verwijzers?
Verdeelt u 100% over de verschillende mogelijke verwijzers, waarbij de verwijzer met de meeste verwijzingen naar uw hospice het hoogste percentage krijgt.
    - *Huisartsen*
    - *Wijkverpleging*
    - *Ziekenhuizen*
    - *Zonder verwijzing*
    - *Overig*

11. Heeft u **in 2022** gasten niet kunnen opnemen omdat u 100% bedbezetting had?
    - *Ja, aantal bekend, namelijk …*
    - *Ja, aantal onbekend*
    - *Nee*

12. Heeft u **in 2022** gasten niet kunnen opnemen vanwege personeelstekorten of een tekort aan vrijwilligers?
    - *Ja, aantal bekend, namelijk …*
    - *Ja, aantal onbekend*
    - *Nee*

13. Heeft u **in 2022** aanmeldingen gehad waarbij gasten toch in een ander hospice opgenomen zijn?
    - *Ja, aantal bekend, namelijk …*
    - *Ja, aantal onbekend*
    - *Nee*
    - *Onbekend*

14. Heeft u nog opmerkingen of een toelichting die u met ons wilt delen?

Bijlage B | Bronnenlijst

Nummer (overeenkomstig verwijzingen in rapport)	Bronnenlijst
1	Publieksrapport HOPEVOL, de Graaf, E., Grant, M., van der Baan, F., Leget, C. en Teunissen, S. (2022)
2	De olifant de kamer uit, Gupta Strategists (2024)
3	Advies – Verdelen van schaarste in de wijkverpleging, Zorginstituut Nederland (2023)
4	Palliatieve ZorgZoeker, IKNL & PZNL, via www.palliaweb.nl/
5	RegioAtlas: indeling zorgkantoorregio's, ministerie van Binnenlandse Zaken (verkregen april 2024)
6	Tabel 'Overledenen; geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, regio', CBS (verkregen maart 2024)
7	Tabel 'Prognose overledenen; geslacht en leeftijd, 2023-2070', CBS (verkregen maart 2024)
8	Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018, RIVM (2018)
9	Tabel 'Prognose huishoudens op 1 januari; kerncijfers 2022-2070', CBS (verkregen maart 2024)
10	Werkende mantelzorgers van ouderen, RIVM (2021)
11	Tabel 'Prognose bevolking; geslacht, leeftijd, herkomstland, 2024-2070', CBS (verkregen maart 2024)
12	Kerncijfers palliatieve zorg, IKNL, via www.palliaweb.nl
13	Zorg voor de toekomst, SER (2020)
14	Prognosemodel Zorg en Welzijn, ABF Research en ministerie van VWS (verkregen maart 2024)
15	A systematic review of classifications systems to determine complexity of patient care needs in palliative care, Grant, M., de Graaf, E., Teunissen, S., gepubliceerd in Palliative Medicine, 2021
16	Het hospice: 'De voorpoort naar de hemel', Maaike van der Meulen, ROS Friesland (mei 2023)
17	VPTZ Registratierapportage 2022 (juli 2023)
18	CBS, Onderzoek Sociale samenhang en welzijn 2019 – 2021 (2022)
19	NZa, nieuwsbericht 'NZa verhooft tarieven ELV palliatieve terminale zorg per 2025' (12 juli 2024)

Bijlage C | Samenstelling Kernteam Versterken Hospicezorg

Organisatie	Rol	Naam
Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II	Projectleider Versterken Hospicezorg, voorzitter Kernteam	Mevrouw Mirjam Segers
Associatie Hospicezorg Nederland	Lid Kernteam namens AHzN	Mevrouw Ingrid Heidema
ActiZ	Lid Kernteam namens ActiZ	Mevrouw Annemiek Florisson
VPTZ Nederland	Lid Kernteam namens VPTZ Nederland	De heer René Edinga
Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II	Senior projectadviseur Versterken Hospicezorg	Mevrouw Ilse Brummelhuis
Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II	Projectsecretaris Versterken Hospicezorg	Mevrouw Deidre Theysen
Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II	Communicatieadviseur	Mevrouw Ank Louwes

Berenschot

Berenschot

www.berenschot.nl

linkedin.com/berenschot

71721-Openbaar