

Terugblik bijeenkomst - 21 januari 2026

‘Toekomstbestendige hospicezorg in Noordoost-Nederland’

VOORWOORD

Op 21 januari 2026 vond de bijeenkomst 'Toekomstbestendige hospicezorg in Noordoost-Nederland' plaats. Een interactieve bijeenkomst waarin professionals uit de hospicezorg uit Noordoost-Nederland samen aan de slag gingen met scenario's voor de toekomst.

Met dit document kijken we terug op deze middag. Op de inspirerende keynote van lector Marieke Groot over spanningsvelden binnen de hospicezorg. En op de (resultaten van de) vijf workshops waarin door de deelnemers volop gediscussieerd werd over hoe de toekomst van hospicezorg in onze regio eruit zou kunnen zien.

We kijken terug op een geslaagde bijeenkomst met mooie uitkomsten. Met die uitkomsten kunnen we verder richting de toekomst. Bij deze bedanken we dan ook alle deelnemers, gasten en begeleiders voor hun energie en inhoudelijke bijdragen. Graag zien we iedereen dit najaar terug voor een volgende, afsluitende bijeenkomst over hospicezorg in Noordoost-Nederland.

Namens de voorbereidingscommissie,

Gabriëlla Jansen (Ligare)

Patrick Jansen (HHM)

Albertus Laan (HHM)

Mirthe Zuidema (Stichting PZNL)

INHOUDSOPGAVE

Keynote	1
Uitkomsten Workshop 1 'De ziel van het hospice'	2
Uitkomsten Workshop 2 'Balanceren tussen regelgeving, financiering en de kern van hospicezorg'	4
Uitkomsten Workshop 3 'Hospicecapaciteit van de toekomst'	9
Uitkomsten Workshop 4 'Toekomstscenario's 2035 voor hospicezorg'	14
Uitkomsten Workshop 5 'Verbeteren van triage-afspraken in de regio'	22
Evaluatie	25



KEYNOTE

Marieke Groot – lector 'De laatste 1000 dagen'

Hogeschool Rotterdam

Tijdens de bijeenkomst van 21 januari 2026 nam Marieke Groot de deelnemers mee in de spanningsvelden rond hospicezorg.

Dit deed zij vanuit drie perspectieven:

- burgerinitiatieven
- public health palliative care
- toekomst(scenario's) voor en (concept)visie voor hospicezorg in 2050.

Haar volledige presentatie is terug te vinden op de website van Ligare. ([link](#))

In haar presentatie maakte Marieke gebruik van diverse links naar bijvoorbeeld websites, video's, podcasts en publicaties.

Deze vermelden we nog graag apart:

- De vimeo over public health palliative care: 'What is Public Health Palliative Care' on [Vimeo](#)
- De [video](#) van het filmpje van de 'value of death'
- De [link](#) naar de podcast 'Stervelingen' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: 'Stervelingen' | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
- En hun [rapport](#) zelf: 'Stervelingen - Beter samenleven met de dood' | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
- De Laatste Hulp Cursus, zie [Laatste Hulp | FiniVita](#)

Workshop 1

‘DE ZIEL VAN HET HOSPICE’

HOSPICE DNA-KAART

UITKOMSTEN WORKSHOP 1 'DE ZIEL VAN HET HOSPICE'

Onze kern *(waar alles uit voortkomt)*

- Zingeving: "betekenisvol blijven tot het einde"
- Tijd: "niets hoeft, alles mag"
- Nabijheid: "er zijn, zonder iets te hoeven oplossen"
- Informeel en laagdrempelig: "contact van mens tot mens"
- Bijna thuis: "warm, menselijk, herkenbaar"
- Aansluiten: "afgestemd op de gast"
- Welkom: "zonder voorwaarden"
- Oprechte aandacht: "zien, horen, blijven"
- Comfort: "lichamelijk, emotioneel, existentieel"
- Betrokkenheid: "gedeelde verantwoordelijkheid"

Kernwaarden *(dit zijn we)*

- Persoonlijke aandacht en voldoende tijd
- Laagdrempelig en gastvrij
- Deskundig en menselijk
- Kleinschalig
- Maatwerk
- Bijna-thuisgevoel
- Autonomie en eigen regie
- Gedragen door vrijwilligers en gemeenschap

Zo zie je onze kern terug in de praktijk *(wat doen we anders dan anderen)*

- Niets moet
- We sluiten aan bij de vraag van de gast
- Veel tijd, echte aanwezigheid
- Laagdrempelig contact
- Denken in mogelijkheden, niet in protocollen
- Gasten en familie voelen zich gezien en gehoord
- Sfeer van rust, geen haast, geen stress
- 'Er zijn' is een bewuste keuze

Ontwikkelingen die onze kern raken

- Financiering
- Individualisering van de samenleving
- Wet- en regelgeving

Dit beschermen we koste wat kost

- Tijd en aandacht voor gasten en naasten
- Zorg in alle vier domeinen (lichamelijk, psychisch, sociaal, existentieel)
- Deskundige zorg waarin professionals en vrijwilligers elkaar versterken
- Kleinschaligheid en laagdrempeligheid
- Maatwerk passend bij wensen en behoeften gasten
- Autonomie en eigen regie van de gast

Wat voegen we bewust toe om onze kern te beschermen *(vernieuwing met een functie)*

- Minder bureaucratie
- Transmuraal werken
- Zelfcompassie en intervisie
- Meer kennis en tools voor zelfzorg en zorg voor elkaar
- Bewustwording en zichtbaarheid van hospicezorg
- Vrijwilligers als ambassadeurs
- Digitalisering

Het hospice-DNA in één zin:

We zijn een hospice waar we met oprechte tijd en aandacht maatwerk bieden aan gasten en naasten, zodat mensen waardig kunnen leven tot het laatst en kunnen sterven, ook wanneer thuis geen optie meer is.

Workshop 2

'BALANCEREN TUSSEN REGELGEVING,
FINANCIERING EN DE KERN VAN HOSPICEZORG'

UITKOMSTEN WORKSHOP 2

‘BALANCEREN TUSSEN REGELGEVING, FINANCIERING EN DE KERN VAN HOSPICEZORG’

Binnen de hospicezorg wordt voortdurend bewogen tussen twee werelden. Aan de ene kant is er de wereld van wet- en regelgeving, financiering, kwaliteitskaders en verantwoording. Aan de andere kant staat wat voor velen de kern vormt van hospicezorg: huiselijkheid, nabijheid, aandacht, vrijwilligers en informele zorg.

Beide werelden zijn reëel.

Beide zijn noodzakelijk.

Tegelijkertijd kunnen ze met elkaar schuren.

In deze workshop is verkend hoe dit spanningsveld zich in de praktijk manifesteert, hoe dit de kern van hospicezorg raakt en waar mogelijke handelingsruimte ligt.



De weegschaal

Hospicezorg vraagt dagelijks om balanceren tussen de systeemwereld en de leefwereld van hospicezorg. De weegschaal staat symbool voor het voortdurende zoeken naar evenwicht tussen deze twee.

Stysteemwereld

Regels, financiering, kwaliteitskaders, verantwoording en toezicht.

- Registratielast
- Concurrentie
Bijna-thuis-huis (BTH), Palliatieve unit (PU) en High Care hospice (HCH)
- Weinig invloed
- Hospice als oplossing
- Schaalvergroting
- Vinkjes: toetsingskader kwaliteit
- Efficiëntie
- Polarisatie
- Verharding



Leefwereld

Huiselijkheid, nabijheid, aandacht, vrijwilligers en informele zorg.

- Betrokkenheid vrijwilligers
- Veel invloed
- Tijd voor zorg
- Vrijheid om het zelf in te vullen
- Vinkjes: gasten/vrijwilligers
- Hospice als ketenonderdeel
- Draagkracht
- Veiligheid
- Nabijheid
- Kwaliteitseisen Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)

Tijdens de workshop zijn twee scenario's besproken:

1. Groei en professionalisering: "Groter worden zonder jezelf te verliezen"
2. Financiële sturing versus hospice-identiteit: "Wat als het geld leidend wordt?"

Scenario 1: Groter worden zonder jezelf te verliezen

Situatie

Het hospice groeit: er komen meer bedden, meer medewerkers en meer samenwerkingspartners. Deze groei vraagt om meer structuur, afstemming en professionalisering.

Dilemma

Met groei ontstaat ook afstand. Wat ooit vanzelfsprekend en persoonlijk was, moet nu worden georganiseerd.

Hierdoor kan spanning ontstaan tussen:

- groei en professionalisering
- het behoud van huiselijkheid en de sfeer van een bijna-thuis-huis
- daarnaast kunnen financiële ontwikkelingen ertoe leiden dat processen opnieuw moeten worden ingericht

Spanning

Hoe professionaliseer je zonder dat huiselijkheid, betrokkenheid en korte lijnen verloren gaan?

Mogelijke denkrichtingen:

- Voorfinanciering bij uitbreiding
- Goede beschikbaarheid van huisarts en thuiszorg
- Professionalisering van vrijwilligers
- Een professionele schakel tussen systeemwereld en leefwereld: iemand die beide werelden begrijpt en kan verbinden
- Beter inzicht krijgen in vraag en aanbod van hospicezorg per regio

Scenario 2: Wat als het geld leidend wordt?

Situatie

Door financiële druk wordt steeds kritischer gekeken naar:

- bezettingsgraad
- inzet van personeel
- verblijfsduur
- kosten per gast

Dilemma

Keuzes die financieel logisch zijn, kunnen botsen met wat men verstaat onder goede hospicezorg: rust, tijd nemen en zorg zonder haast.

Spanning

Hoe blijf je trouw aan de hospice-identiteit in een context waarin financiële prikkels steeds nadrukkelijker aanwezig zijn?

Ervaren knelpunten:

- Aanpassing van processen
- Continuïteit van zorg
- Dagvergoeding voor inzet van vrijwilligers
- Minder inzet van professionele zorg door het dagtarief
- Extra belasting voor vrijwilligers

Mogelijke denkrichtingen:

1. Via VPTZ meer begrip creëren in de systeemwereld voor de leefwereld van hospicezorg
2. Collectiviteit versterken: besturen meer gezamenlijk laten optrekken

Slotopmerking

Door tijdgebrek is het ontwikkelen van concrete strategieën slechts beperkt aan bod gekomen. Het blijft een belangrijke opgave om praktische strategieën te ontwikkelen waarmee hospices binnen bestaande kaders trouw kunnen blijven aan hun hospice-identiteit.

Workshop 3

'HOSPICECAPACITEIT VAN DE TOEKOMST'

UITKOMSTEN WORKSHOP 3

‘HOSPICECAPACITEIT VAN DE TOEKOMST’

Samen bouwen aan een regionale aanpak voor toekomstige hospicecapaciteit

Tijdens workshop 3 verkenden we hoe hospicecapaciteit in de toekomst kan meegroeien met de regionale vraag. De oorspronkelijke bedoeling was om scenario's te ontwikkelen voor de uitbreiding met zes extra bedden. In de workshop is echter een stap teruggezet naar een fundamentele vraagstuk: hoe komen we tot effectieve regionale samenwerking om tot een gedeelde afstemming op hospicecapaciteit te komen?

Het gesprek verschoof van het maken van scenario's per organisatie naar de onderliggende voorwaarden om überhaupt regionaal tot keuzes, scenario's en planning te kunnen komen. Deze terugkoppeling geeft regio's richting voor de vervolgstappen.

1. Startpunt: sterke punten, knelpunten en kansen

De workshop begon met een gezamenlijke verkenning van de huidige situatie. Deelnemers benoemden:

- Sterke punten in de huidige hospicezorg, zoals kleinschaligheid, spreiding van de capaciteit in de

regio, sterke betrokkenheid en een stevige rol van de gemeenschap.

- Knelpunten, waaronder personeelsschaarste, beperkte vrijwilligerscapaciteit, vastgoedbeperkingen en gebrek aan regionale afstemming en de vrijblijvendheid hiervan.
- Kansen, zoals samenwerking met andere aanbieders en nieuwe burgerinitiatieven.

Deze uitwisseling creëerde een gezamenlijk beeld van waar de regio's nu staan.

2. Belangrijk inzicht: regionale samenwerking is voorwaardelijk voor capaciteitsplanning

Hoewel de bedoeling was om scenario's te ontwikkelen voor zes extra bedden, werd duidelijk dat dit alleen zinvol is wanneer regio's eerst in staat zijn om gezamenlijk naar vraag en aanbod te kijken.

Het huidige patroon, waarin individuele aanbieders zelf uitbreidingsplannen maken en anderen daarover informeren, leidt tot:

- Onvoldoende samenhang
- Risico op mismatch tussen capaciteit en vraag
- Concurrentie in plaats van samenwerking
- Onvoldoende zicht op regionale behoeften.

Deelnemers gaven breed aan dat de toekomst vraagt om een regionale benadering, gebaseerd op gezamenlijke inzichten en gezamenlijke kaders. Kortom: effectieve scenario-ontwikkeling kan pas ontstaan als samenwerking het vertrekpunt is.

3. Wat is er nodig om tot regionale samenwerking te komen?

Tijdens de workshop zijn de factoren geïdentificeerd die essentieel zijn om tot duurzame regionale samenwerking te komen. Dit zijn de voorwaarden die regio's als eerste stap moeten vormgeven:

1. Elkaar kennen en opzoeken

- Relatie en vertrouwen zijn de basis voor afstemming.
- Structurele ontmoetingen voorkomen ad-hoc overleg bij incidenten of uitbreidingsplannen.

2. Externe stimulans

Samenwerking komt sneller op gang wanneer er een externe prikkel is, zoals:

- VPTZ als neutrale verbinder.
- Financiers (zorgverzekeraars, gemeenten) die een regierol willen pakken of een financiële prikkel geven.
- Urgentie door demografische ontwikkelingen, druk op capaciteit of keuzes van individuele aanbieders.

3. Koplopers die het proces trekken

- Regionale samenwerking vraagt initiatief.
- Meerdere koplopers zorgen voor draagvlak, continuïteit en beweging.
- Belangrijk dat zowel intramurale aanbieders als BTH-partijen vertegenwoordigd zijn.

4. Gezamenlijke ambitie en gedeelde taal

- Een duidelijke gemeenschappelijke doelstelling geeft richting, bijvoorbeeld: “Iedere inwoner heeft tijdig toegang tot passende hospicezorg, georganiseerd vanuit regionale samenhang.”
- Een gezamenlijke ambitie maakt belangen bespreekbaar en verenigbaar.

5. Waardering van de rol van BTH

- Een Bijna Thuis Huis (BTH) is een belangrijke vorm van palliatieve ondersteuning vanuit de gemeenschap.
- Erkenning hiervan als volwaardige partner versterkt het regionale gesprek en draagt bij aan gelijkwaardigheid.

6. BTH, High Care Hospices (HCH) en Palliatieve Units (PU) uit de concurrentiesfeer halen

- Concurrentie belemmert regionale transparantie.
- Deelnemers benadrukten dat BTH, HCH en PU elkaar moeten versterken, niet bevechten.
- Dit vraagt om gezamenlijke kaders en afspraken.

7. Inzicht in huidige en toekomstige regionale capaciteit

Transparantie over:

- aantal bedden en locaties
- wachtlijsten en mobiliteit
- inzet van vrijwilligers en professionals
- trends en prognoses.

Dit vormt de feitelijke basis voor capaciteitsplanning.

Deze factoren vormen samen het fundament voor een regionale aanpak waarin scenario's kunnen worden ontwikkeld die wél recht doen aan vraag en aanbod.

4. Richting voor het regionale vervolgproces

Op basis van de workshopresultaten kunnen regio's nu de volgende stappen zetten:

Stap 1 – Organiseer een regionaal startgesprek

Met alle betrokken partijen: BTH, HCH en PU, huisartsen, thuiszorg, financiers. Doel: elkaar leren kennen, gedeelde ambitie formuleren, basis leggen voor samenwerking.

Stap 2 – Maak de regionale situatie inzichtelijk

Breng gezamenlijk in kaart:

- Huidige capaciteit
- Knelpunten
- Toekomstige zorgvraag
- Regionale trends en demografie
- Kansen voor samenwerking.

Stap 3 – Formuleer gezamenlijke uitgangspunten

Bijvoorbeeld:

- We zetten de gast en diens naasten centraal.
- Kleinschaligheid blijft uitgangspunt.
- We maken geen uitbreidingsplannen zonder regionale afstemming.
- BTH, HCH en PU worden als gelijkwaardig gezien.

Stap 4 – Ontwikkel regionale scenario's

Nu pas volgt de stap die oorspronkelijk in de workshop gepland stond: uitwerking en keuze van scenario's. Maar dan op regionaal niveau, zoals:

- Gespreide uitbreiding
- Eén grotere locatie met satellieten

- Combinatie intramuraal en thuis
- Versterking BTH als alternatieve capaciteit
- Hybride modellen per subregio.

Stap 5 – Gezamenlijke besluitvorming en governance

- Wie neemt verantwoordelijkheid voor monitoring?
- Hoe worden besluiten genomen?
- Hoe blijven partijen betrokken?
- Hoe worden scenario's meegewogen met kernwaarden, vraag en uitvoerbaarheid?

5. Conclusie: wat geven we regio's mee?

De workshop liet helder zien dat de eerste stap richting toekomstbestendige hospicecapaciteit niet gaat over bedden, aantallen of locaties, maar over het bouwen van een regionaal fundament van samenwerking. Als regio's dit fundament leggen, ontstaat de ruimte om samen scenario's te ontwikkelen en weloverwogen keuzes te maken. Scenario's die passen bij hun populatie, cultuur, geografische context en toekomstbestendige zorg.

Workshop 4

'TOEKOMSTSCENARIO'S 2035 VOOR HOSPICEZORG'

UITKOMSTEN WORKSHOP 4

‘TOEKOMSTSCENARIO’S 2035 VOOR HOSPICEZORG’

In deze workshop is verkend “hoe hospicezorg er in 2035 uit zou kunnen zien”. Niet om de toekomst te voorspellen, maar om beter voorbereid te zijn op verschillende mogelijke richtingen.

Daarbij is gewerkt met drie toekomstscenario’s, te weten:

- Community-based hospice: “Zorg van en voor de gemeenschap.”
- Gespecialiseerd hospice: “Expertise voor complexe zorg.”
- Netwerk- en ketenzorg hospice: “Samen georganiseerd, regionaal gestuurd.”

Door deze naast elkaar te leggen, werd inzicht gekregen in trends, onzekerheden en keuzes die vandaag al relevant zijn.

Elke scenariobeschrijving wordt gevolgd door een beschrijving van:

1. de kansen: welke nieuwe mogelijkheden biedt dit scenario voor hospicezorg?
2. de risico’s en onzekerheden: wat zijn belangrijke bedreigingen, spanningen of kwetsbaarheden?
3. de prioritaire acties: welke keuzes of acties zijn nú al nodig om voorbereid te zijn op dit scenario?

Scenariokaart 1: Community-based hospice “Zorg als gedeelde verantwoordelijkheid”

Kernbeeld 2035

Hospicezorg is sterk ingebed in de lokale gemeenschap. Formele zorg is beperkt; informele zorg door vrijwilligers, naasten en buurtinitiatieven staat centraal. Het hospice fungeert als verbindende hub.

Hoe ziet hospicezorg eruit?

- Zorg vindt grotendeels plaats in de wijk of thuis.
- Hospice als ontmoetingsplek, kenniscentrum en steunpunt.
- Veel aandacht voor sociale en emotionele ondersteuning.

Organisatie & samenwerking

- Klein professioneel kernteam.
- Groot netwerk van vrijwilligers, mantelzorgers en lokale initiatieven.
- Intensieve samenwerking met gemeenten en welzijnsorganisaties.

Professionals & vrijwilligers

- Vrijwilligers zijn de ruggengraat van de zorg.
- Professionals coachen, trainen en ondersteunen.
- Grote nadruk op onderlinge verbondenheid en gemeenschap.

Ervaring van patiënt en naasten

- Veel herkenning, nabijheid en vertrouwtheid.
- Zorg voelt persoonlijk en lokaal.
- Risico: verschillen in kwaliteit en beschikbaarheid per wijk of regio.

Spanningsvraag

Hoe borgen we kwaliteit en gelijkwaardigheid in een zorgmodel dat sterk leunt op de gemeenschap?

Scenariokaart 1: Community-based hospice “Zorg als gedeelde verantwoordelijkheid”

Community-based

Kansen

- Zichtbaarder in de wijk
 - Aanbod respijtzorg
 - Meer de wijk in
-

Risico's

- Rolverdeling
 - Sociaal netwerk
 - Balans professionals - vrijwilligers
-

Kwetsbaarheid

- Is er een community?
 - Maak je daar deel van uit?
 - Wie is eindverantwoordelijk?
 - Kwaliteit en veiligheid (het gaat om kwetsbare mensen)
-

Acties

- Gast is regievoerder
- Proactieve zorgplanning (PZP)-technologie
- Normaliseren dood
(educatie/gespreksvoering/zichtbaar)

Scenariokaart 2: Gespecialiseerd hospice “Expertise voor de meest complexe zorg”

2

Kernbeeld 2035

Hospices zijn kleinschalig, maar sterk gespecialiseerd. Ze richten zich op mensen met complexe medische, psychologische en existentiële zorgvragen waarvoor hoogstaande expertise nodig is.

Hoe ziet hospicezorg eruit?

- Hoogcomplexe palliatieve zorg.
- Intensieve multidisciplinaire samenwerking.
- Minder bedden, hogere zorgintensiteit per patiënt.

Organisatie & samenwerking

- Kleine, expertgedreven teams.
- Nauwe verbinding met academische en gespecialiseerde zorg.
- Duidelijke selectie van doelgroep en zorgprofiel.

Professionals & vrijwilligers

- Professionals met specialistische opleiding en ervaring.
- Vrijwilligers aanvullend en zorgvuldig geselecteerd.
- Hoge eisen aan reflectie, scholing en intervisie.

Ervaring van patiënt en naasten

- Zeer hoge kwaliteit en veiligheid.
- Veel aandacht voor psychische en existentiële zorg.
- Minder laagdrempelig en minder huiselijk.

Spanningsvraag

Hoe combineren we topkwaliteit en expertise met toegankelijkheid en menselijkheid?

Scenariokaart 2: Gespecialiseerd hospice “Expertise voor de meest complexe zorg”

Gespecialiseerd hospice

Kansen

- Gespecialiseerde zorginstituties (kleine voorziening)
- Doelgroepexpertise
- Passende zorg en thuis kunnen sterven

Risico's

- Te zwaar voor vrijwilligers
- Keuzevrijheid cliënt?
- Lange en zware belasting thuis
- Strikte triage en toeleiding

Kwetsbaarheid

- Zorg en ondersteuning door zorgprofessionals
- Inzet vrijwilligers en mantelzorger beperkt
- Is zorg in thuissituatie altijd haalbaar?

Acties

- Nieuw plan ontwikkelen o.b.v. nieuwe visie
- Intervisie en zelfreflectie vrijwilligers

Scenariokaart 3: Netwerk- en ketenzorg hospice “Hospicezorg als onderdeel van een groter systeem”

3

Kernbeeld 2035

Hospicezorg is onderdeel van regionale of landelijke zorgnetwerken. Capaciteit, expertise en middelen worden op regionaal niveau afgestemd en gestuurd.

Hoe ziet hospicezorg eruit?

- Regionale regie op bedden, personeel en expertise.
- Hospices functioneren als schakels in een keten.
- Duidelijke afspraken over doorverwijzing en samenwerking.

Organisatie & samenwerking

- Sterke samenwerking met ziekenhuizen, verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en thuiszorg.
- Meer standaardisatie en gezamenlijke kaders.
- Bestuurlijke afstemming op regionaal niveau.

Professionals & vrijwilligers

- Medewerkers werken vaker netwerkbreed.
- Vrijwilligers zijn verbonden aan locaties én aan het netwerk.
- Minder autonomie per locatie, meer samenhang.

Ervaring van patiënt en naasten

- Betere doorstroming en toegankelijkheid.
- Minder afhankelijk van toeval of plek.
- Risico: verlies van lokale identiteit en eigenheid.

Spanningsvraag

Hoe behouden we de ziel en identiteit van het hospice binnen een groter zorgsysteem?

Scenariokaart 3: Netwerk- en ketenzorg hospice “Hospicezorg als onderdeel van een groter systeem”

Netwerk- en ketenzorg hospice

Kansen

- Brede/duidelijke plek
- BTH'en: krachten bundelen
- Zekerheid voortbestaan

Risico's

- Regievoering
- Capaciteit professionals
- Autonomie/eigenaarschap
- Handhaven kaders

Kwetsbaarheid

- Transparantie
- Wederzijds vertrouwen
- Bouwen community

Acties

- Gesprek over positionering
- Gesprek over patiëntenstromen
- Proactief zijn

Workshop 5

‘VERBETEREN VAN TRIAGE-AFSPRAKEN IN DE REGIO’

UITKOMSTEN WORKSHOP 5

‘VERBETEREN VAN TRIAGE-AFSPRAKEN IN DE REGIO’

In deze workshop zijn we begonnen met het in kaart brengen van de verschillende routes van aanmelding. Vervolgens hebben we stilgestaan bij mogelijke ‘alarmbellen’. Tot slot hebben we de knelpunten besproken.

Routes van aanmelding

We zijn gestart met het in kaart brengen van verschillende ‘routes’ van aanmelding:

1. Aanmelding vanuit familie/naasten/patiënt

- Terugverwijzing naar de huisarts.
- Huisarts neemt contact op met wijkverpleging (indicatie) en coördinatoren (wachtlister & beschikbaarheid vrijwilligers).

2. Aanmelding vanuit het ziekenhuis

Transferbureau neemt contact op met wijkverpleging en coördinator. Wijkverpleging zoekt vervolgens contact met de huisarts

3. Aanmelding vanuit de huisarts

Huisarts neemt contact op met wijkverpleging.

4. Aanmelding vanuit verpleeghuis of andere instellingen zoals Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Gehandicaptenzorg (GHZ)

We zien weinig verschillen in werkwijze tussen de aanwezige organisaties. Vaak is er sprake van een tandem tussen de coördinator en de wijkverpleging. De wijkverpleging neemt meestal contact op met de huisarts. We vragen ook altijd om een overdracht naar de huisarts. In sommige hospices wordt de intake uitgevoerd door vrijwilligers. Wat dat verder betekent weten we niet.

Afwegingen/Criteria/Contra-indicaties

We hebben met elkaar besproken wat mogelijke ‘alarmbellen’ zijn. Hieronder een niet-uitputtende lijst:

Contra-indicatie:

- Dwaalgedrag, psychisch gedrag, afwijkend gedrag.
- TPV (totale parenterale voeding) wordt in principe mee gestopt in het hospice, vraagt dus om extra toelichting, sondevoeding (in principe stoppen we met sondevoeding in het hospice), tillift (kan wel, maar

vraagt om toelichting bij de intake) .

- Hartfalen: zijn we extra kritisch op de terminaliteitsverklaring, omdat deze groep moeilijk in te schatten is qua overlijden.
- Belastbaarheid vrijwilligers. Zijn er twee zorgverleners nodig, dan is dat in principe een contra-indicatie voor opname.
- Stoppen met eten en drinken. Kan bij de meeste hospices wel. Criteria: thuis starten, huisarts betrokken en bij voorkeur ook de verpleegkundigen vanuit het hospice. Een contra-indicatie kan zijn als er teveel van deze aanvragen in een kort tijdsbestek achter elkaar worden opgenomen.
- Euthanasie kan wel, maar niet denken dat het op dezelfde dag gebeurt. Vraagt een nauwkeurig proces.
- Vastlopende thuissituatie en overbelaste mantelzorgers. Hierbij zijn we extra alert op de terminaliteit van de gast.

Knelpunten rondom intake en triage

- Verkeerde inschatting markering terminale fase.
- Onvoldoende voorbereiding, zowel medisch (bijv. sondes) als sociaal (wat staat er te gebeuren?).
- Afbouw medicatie pas in het hospice (verspilling van medicatie).
- Geen goede zorgafspraken: overdracht ziekenhuis en thuiszorg.
- Geen thuiszorg voorafgaand aan hospice.
- Pijnbeleid morfinepomp: pompen die niet ingesteld zijn.



Evaluatie

EVALUATIE

ALGEMENE WAARDERING: 7,6

De drie tops van deze bijeenkomst:

1. De keynote van Marieke Groot. Volgens een groot deel van de deelnemers gaf haar presentatie een breder perspectief op hospicezorg. Blikverruimend en inspirerend.
2. De workshops. Zij daagden de deelnemers uit om out of the box te denken. Er was volgens de deelnemers voldoende keuze om een onderwerp te kiezen die bij hun als persoon, bij het hospice waar ze werken en/of de actualiteit paste. De begeleiding van de workshops werd als positief ervaren, evenals de inspirerende uitwisseling en de ruimte om met elkaar de discussie aan te gaan en te sparren.
3. De ontmoeting met collega's uit de regio. De deelnemers gaven aan het enorm te waarderen dat hen tijdens de bijeenkomst de mogelijkheid werd geboden om samen te werken en samen na te denken

over belangrijke thema's in hospicezorg en de toekomst van de hospicezorg. Zo konden de deelnemers van elkaar leren.

De drie belangrijkste tips naar aanleiding van de bijeenkomst:

1. De workshops werden in sommige gevallen te kort bevonden door de deelnemers. Daardoor was er te weinig tijd om het onderwerp echt goed uit te diepen. Dit vraagt om het behoud van een strakke regie op de uitwisseling tijdens de workshops.
2. Is er een microfoon? Gebruik deze dan gewoon! Zodat iedereen alles goed kan verstaan tijdens het plenaire deel.
3. Volgens de deelnemers is samenwerking in de breedste zin van het woord een heel belangrijk thema. Hier zou nog meer aandacht aan besteed mogen worden en gelegenheid toe geboden mogen worden, geeft een groot deel van hen aan.

Dit kan bijvoorbeeld door een breder publiek uit te nodigen, meer gelegenheid te geven voor samenwerking tijdens de bijeenkomst en een platform voor samenwerking te bieden buiten deze bijeenkomst. Het kan ook gaan om het doorbreken van de 'eilandcultuur' (bij ons...) en meer te denken vanuit de gedachte 'we doen dit samen'.

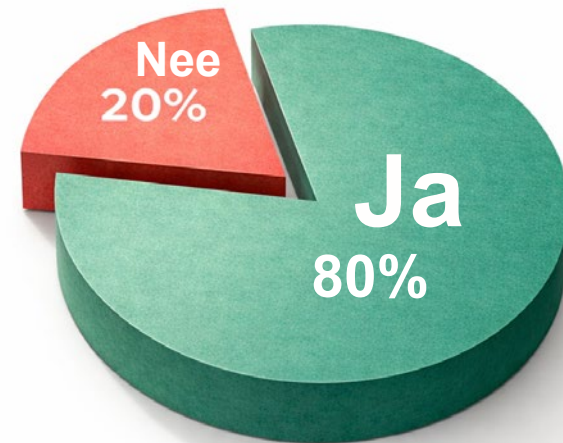
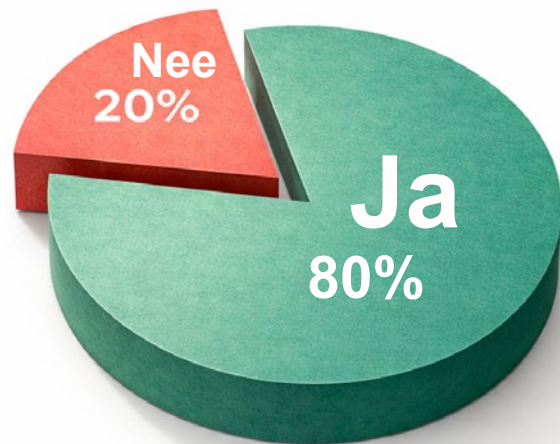
De belangrijkste inzichten en thema's die deelnemers meenemen in hun werk:

1. Deelnemers vinden het belangrijk meer met elkaar te gaan samenwerken en af te stemmen. Elkaar beter te leren kennen en elkaar actief op te zoeken. Niet alleen als hospices onderling, maar ook partners uit de keten van palliatieve zorg. Vragen die naar voren komen om samen op te pakken zijn bijvoorbeeld: kunnen we een visie op hospicezorg met elkaar in de regio opstellen? Kunnen we gezamenlijk optrekken richting de

zorgverzekeraars? Hoe kunnen we goede triage vormgeven? Spreken we allemaal dezelfde taal? Hoe kunnen we onze eigenheid behouden en toch professionaliseren?

2. Hospices kunnen een grotere publieke functie innemen en meer onderdeel worden van de samenleving, zo vinden veel deelnemers. In plaats van 'buiten' naar 'binnen' halen, kan een hospice zich ook meer tonen aan de buitenwereld. Bijvoorbeeld door meer het contact aan te gaan met bijvoorbeeld de bewoners in de straat, de buurt en de wijk, maar ook door meer contact te hebben met andere instellingen in de keten van palliatieve zorg zoals een eerstelijnsverblijf en verpleeghuizen.

Heb je behoefte aan een jaarlijks terugkerende bijeenkomst rond hospicezorg?



Heb je behoefte aan een bijeenkomst in het najaar van 2026?

ligare
Schakel in palliatieve zorg
Noordoost-Nederland

Volg Ligare!

 LinkedIn ([link](#))

 Palliaweb ([link](#))