

Beleidsplan

2022 - 2025

Stichting Hospice Groep
Midden-Kennemerland



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Missie	4
2. Van missie naar doen	4
3. Logeerzorg.....	5
4. Trends en hun impact op de palliatieve zorg.....	7
5. Covid-19	9
6. Behouden, versterken	9
6.1 Analyse	10
6.2 Aandachtspunten	10
7. Interne organisatie	11
7.1 Vrijwilligers.....	11
7.2 Coördinatoren en waarnemend coördinatoren.....	12
7.3 Bestuur.....	12
7.4 Professionaliteit en kwaliteit.....	13
7.5 Financiën	14
7.6 Stichting El Ombū	15
7.7 Werkgebied.....	15
8. Organisatie & omgeving.....	15
8.1 Samenwerking extern	16
8.2 Public Relations	16
9. Beleidsvoornemens 2022-2024.....	17
10. Bronnen en afkortingen.....	20

Voorwoord

In het beleidsplan zijn de contouren aangegeven voor het beleid van de komende jaren van Stichting Hospice Groep Midden-Kennemerland (SHG M-K).

Dit beleidsplan staat niet op zichzelf, maar sluit aan op het beleid en de ontwikkelingen van de voorgaande jaren. De doelstellingen van de beleidsperiode van 2019-2021 zijn geëvalueerd als voorbereiding op het nieuwe meerjarenbeleidsplan.

Verder is gekeken naar zowel externe als interne ontwikkelingen. Aan de hand van deze ontwikkelingen en gesprekken met coördinatoren en medewerkers zijn voornemens voor het beleid 2021 – 2025 geformuleerd.



Uitgangspunt is: het van betekenis zijn in de dagelijkse zorg voor mensen die in de eindfase van hun leven zijn gekomen en die een beroep doen op de zorg van medewerkers van SHG M-K. Het gaat hierbij om thuisinzet en om zorg in het huis gevestigd aan de Zeestraat 92 te Beverwijk. Het betreft zorg die betrekking heeft op hospicezorg en logeerszorg.

December 2021 (addendum juli 2024)

*Oprechte aandacht, het grootste
geschenk dat je iemand kunt geven*

1. Missie

Het verlenen van algehele Palliatieve Terminale Zorg, die zich richt op het verminderen van het lijden en op verbetering van de kwaliteit van het leven van de zieke mens in zijn of haar laatste levensfase, waarbij de autonomie van de zieke mens en zijn of haar naasten het streven is.

De essentie van de zorg die wij geven is "Er zijn".

2. Van missie naar doen



Goede palliatieve zorg is geen voorrecht, ieder mens zou je goede zorg gunnen. We onderschrijven dit voluit, hetgeen ons heeft doen besluiten de zorg in de palliatieve fase verder uit te breiden.

Vanaf de tweede helft van 2022 zal logeertzorg (respijtzorg) in het hospicehuis worden geboden.

Naast thuisinzet, hospicezorg en logeertzorg: ondersteuning in de thuissituatie en in het hospicehuis.

Ieder mens is uniek en waardevol, zowel in het leven als in het sterven. Het is belangrijk om het leven goed en waardig af te ronden. Met de aangeboden zorg trachten we onze cliënten te ondersteunen bij het optimaliseren van de kwaliteit van het leven in de palliatieve fase en het goed en waardig afronden van het leven. We streven ernaar om die ruimte en vrijheid te geven waar men behoefte aan heeft, met als uitgangspunt dat de zieke mens zoveel mogelijk de eigen regie houdt. Het is belangrijk dat de zieke mens zelf de keuze kan maken waar en op welke manier de laatste fase van het leven wordt doorgebracht.

- ⊕ Zorg thuis: ondersteuning door getrainde vrijwilligers bij de palliatieve cliënt thuis of in het verpleeg- of verzorgingshuis. De mantelzorg kan enkele uren de zorg uit handen geven.
- ⊕ Logeertzorg: kortdurende zorg in de palliatieve fase in het hospicehuis, waarbij met name de mantelzorg tijdelijk de zorg uit handen kan geven en nieuwe energie kan opdoen. In hoofdstuk 3 wordt dieper ingegaan op deze vorm van zorg.
- ⊕ Hospice zorg: zorg in de laatste fase van het leven binnen het hospicehuis.

De vrijwilligers hebben een cruciale rol in het bieden van de zorg en het ondersteunen van de mantelzorger, door middel van praktische ondersteuning en het bieden van sociaal-emotionele steun. Er is nauwe samenwerking met de professionele zorg.

Zorg zoveel als mogelijk aangepast aan het bestaande levenspatroon:

- ⊕ Zorg afgestemd op de individuele behoeften
- ⊕ Benodigde deskundigheid oproepbaar bij het omgaan met het naderend levenseinde
- ⊕ Naasten ruimte geven om hun wensen en behoeften te uiten en hieraan zoveel mogelijk gestalte geven.

De Hospice biedt de zorg in een huiselijke omgeving, in een sfeer van rust, warmte en persoonlijke aandacht. Het gevoel van veiligheid wordt gerealiseerd door de aanwezigheid en deskundigheid van een enthousiaste, betrokken en deskundige groep vrijwilligers, aangestuurd door de coördinatoren.

De verpleegkundige zorg wordt geregeld door een klein hecht team van verpleegkundigen van de thuiszorgorganisatie de ZorgSpecialist (ZSp).

De, zo mogelijk eigen, huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk.

Om deze zorg te kunnen geven is er continu aandacht voor deskundigheidsbevordering en teambrede samenwerking.

- ⊕ Verpleegkundigen geschoold in het geven van palliatieve zorg
- ⊕ Voldoende en goed opgeleide vrijwilligers
- ⊕ Betrokkenheid van bestuur en coördinatoren bij cliënt en medewerker

3. Logeerszorg



De afgelopen jaren is met regelmaat de vraag neergelegd, zowel door zorgverleners van buiten als vanuit overleggen met o.a. gemeentelijke instellingen, of wij als hospicegroep respijtzorg (logeerszorg) kunnen bieden. In de huidige setting is er met name wat betreft capaciteit geen mogelijkheid om hospicebedden hiervoor beschikbaar te stellen. De bedbezetting is hoog (2020 - 90%), ruim 60 maal per jaar kan een potentiële cliënt (palliatief terminaal ziek) niet worden opgenomen, omdat de bedden bezet zijn.

Wel wordt in de thuissituatie ondersteuning geboden, welke gezien kan worden als respijtzorg, immers het heeft als doel om de mantelzorger van een cliënt te ontlasten.

In 2021 is een onderzoek gestart naar de mogelijkheden het hospicehuis geschikt te maken voor verdere uitbreiding met een tweetal bedden. Deze gaan benut worden als logeerbedden of voor een kortdurende opname als hospice-bed.

Respijtzorg is zorg geven aan een zorgbehoevende, met als doel om diens mantelzorger te ontlasten en vrijaf te geven. Mantelzorgers kunnen de zorg langer volhouden als zij deze af en toe uit handen kunnen geven en zelf nieuwe energie kunnen opdoen.

De overname van de zorg kan incidenteel zijn, tijdens een korte periode van afwezigheid van de mantelzorger. Het kan ook gaan om meer structurele zorg, zoals een week per twee maanden of een weekend per maand. Die verscheidenheid is nodig om deze vervangende zorg te kunnen afstemmen op specifieke beperkingen, leeftijd en leefstijl van de verzorgde en diens mantelzorg.

Naast overname van de zorg biedt het huis ook een plek om tot rust te komen en te herstellen van palliatieve behandelingen.

We gaan ons richten op logeerszorg aan mensen in de palliatieve fase, de fase voorafgaand aan de terminaal palliatieve fase van de hospicezorg van maximaal drie maanden. Kwaliteit van leven is het uitgangspunt bij de behandeling en zorg.

Het directe doel daarbij is dat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen door proactieve ondersteuning van mantelzorgers en het vergroot de kans om in de eigen omgeving te sterven. Thuis sterven is, zo blijkt terugkerend uit onderzoeken, door een meerderheid van de zorgvragers gewenst.

En wie vraagt de mantelzorger hoe het met hem gaat



Het opzetten van respijtzorg brengt, indien je vanaf de basis moet beginnen, de nodige (financiële) risico's met zich mee. Omdat er gebruik kan worden gemaakt van bestaande voorzieningen van de hospicezorg, zijn de risico's beperkt te noemen (tuin, keuken, huiskamer e.d.). Natuurlijk brengt het geschikt maken van het pand kosten met zich mee, de financiering hiervan is echter door enkele grote donaties veiliggesteld.

Het traject dat wordt gevolgd om te komen tot ingebruikname van logeerbedden gaat in nauwe samenspraak met de vrijwilligers. Het is immers ook hier dat vrijwilligers een heel belangrijke rol gaan spelen.

Het is bijzonder om de opbouwende kritische gesprekken met de medewerkers te volgen. De hieruit voortkomende aandachtspunten worden meegenomen in de besluitvorming. Hoe komen we tot een werkwijze die zowel onze gasten (hospicezorg en logeerszorg) als onze vrijwilligers ten goede komt? Bijzondere aandacht richt zich met name op het behoud van de eigenheid van het huis, met zijn rust en huiselijke uitstraling.

4. Trends en hun impact op de palliatieve zorg



Het rapport trendanalyse palliatieve zorg gaat in op de trends en ontwikkelingen die de komende jaren het domein van palliatieve zorg in Nederland beïnvloeden en dus ook van invloed zijn (of kunnen zijn) op de zorg die we binnen de Hospice bieden. Drijvende krachten van invloed op de palliatieve zorg zijn onder meer:

- ⊕ Groei, vergrijzing en internationalisering van de bevolking
- ⊕ Grotere rol voor technologieën ter ondersteuning in de thuissituatie
- ⊕ Veranderde arbeidsmarkt, minder zorgverleners en ondertussen meer ouderen
- ⊕ Ouderen blijven langer thuis, de wens thuis te sterven is een belangrijke waarde
- ⊕ Politieke keuzes zijn aan verandering onderhevig
- ⊕ De zorgkosten stijgen, besluiten rond financiering kunnen gevolgen hebben
- ⊕ Juiste zorg op de juiste plaats, mede onder invloed van participatiegedachte en bezuinigingen
- ⊕ Gevolgen van COVID-19 vormen een drijver voor doorontwikkeling van de palliatieve zorg

De zorg die wij bieden loopt in de pas of vooruit op de hier genoemde aandachtspunten.

(1) Langer leven met meer aandoening

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

(2) Eigen regie en persoonlijke wensen

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

(3) Meer aandacht voor het levenseinde

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

(4) Langer thuis

- ⊕ Steun sociale netwerk is onmisbaar
- ⊕ Technologie speelt grote rol bij langer thuis wonen
- ⊕ Meer gevraagd van zorgverleners in de thuiszorg
- ⊕ Zorgvraag in verpleeghuizen en hospices verandert
- ⊕ Langer thuis verstevigt de wens om thuis te sterven
- ⊕ Meer leven en sterven in eenzaamheid

(5) Anders werken in de palliatieve zorg

- ⊕ Technologie en zorg: de grootste verandering moet nog komen
- ⊕ Focus op duurzame inzetbaarheid van medewerkers
- ⊕ Meer druk op organiseren palliatieve zorg, vooral in de thuissituatie

(6) Informele zorg verandert

- ⊕ Groter en zwaarder beroep op de informele zorg
- ⊕ Grenzen formele en informele zorg vervagen
- ⊕ Kans op overbelasting mantelzorgers en vrijwilligers neemt verder toe, meer aandacht voor ondersteuning
- ⊕ Werven, binden en boeien van de vrijwilliger blijft onverminderd belangrijk

(7) Meer aandacht voor kwaliteit van zorg in de palliatieve fase

- ⊕ Op weg naar een systeem om de kwaliteit van de palliatieve zorg inzichtelijk te maken
- ⊕ Continu leren en verbeteren

(8) Palliatieve zorgveld in ontwikkeling

- ⊕ Inzet op verbetering transmurale samenwerking, rol voor netwerken palliatieve zorg
- ⊕ Naar een landelijke structurele bekostiging
- ⊕ Palliatieve zorg voor verschillende doelgroep

5. Covid-19

De uitbraak van corona heeft flinke impact op de hospicezorg. Veel is er uiteraard op gericht om besmetting te voorkomen. Dat betekent een flinke extra werkbelasting voor de coördinatoren en ook van onze vrijwilligers wordt het nodige gevraagd. Er blijft steeds een grote bereidheid diensten in te vullen die uitvallen, omdat een streng beleid wordt gevoerd aangaande wie, wanneer kan komen werken.

Verwacht wordt dat het gevoerde beleid nog geruime tijd zal blijven bestaan. Toetsing vindt regelmatig plaats binnen het team (coördinatoren/bestuur). De communicatielijnen met de Zorgspecialist en GGD zijn kort en verlopen in goede harmonie. Heldere informatie richting gasten en medewerkers blijft bestaan.

Afspraak: schaal niet te snel af, maatregelen invoeren die kortgeleden zijn vervallen brengt alleen onrust en verwarring met zich mee.

6. Behouden, versterken

Na evaluatie van het beleidsplan van voorgaande jaren kan gesteld worden dat de voornemens veelal zijn uitgevoerd of doorontwikkeld. Vanzelfsprekend zijn er onderwerpen die continue aandacht vragen. Deze worden dan ook meegenomen in het nu voorliggende beleidsplan.

6.1 Analyse

De uitkomst van de beleidsbijeenkomst gehouden eind oktober 2021 toont op welke onderwerp we met name aandacht op willen houden, later vertaald in hoofdstuk 9 beleidsvoornemens 2022 - 2025.

6.2 Aandachtspunten

Hospicezorg, logeertzorg en cliënten thuis

- ⊕ Niet alleen de laatste weken van het leven van de palliatief zieke mens en zijn naasten willen we verlichten, ook een ruime periode daarvoor. Als er zo nu en dan ondersteuning beschikbaar is voor de zieke heeft diens naaste de mogelijkheid tussendoor op adem te komen, waardoor deze het geven van de zorg thuis langer kan volhouden.
- ⊕ Er is veel kennis onder alle medewerkers over de palliatieve zorg in het hospicehuis en bij de inzet van zorg thuis aan mensen met een palliatieve zorgbehoefte. Het over de volle breedte benutten van deze kennis en het sfeervolle hospicehuis met zijn gespecialiseerde vrijwilligers en verpleegkundigen openstellen voor het gehele palliatieve traject is het doel.
- ⊕ Deze uitbreiding van zorg geeft ruimte aan vrijwilligers keuzes te maken waar zij hun inbreng willen geven. Er is een breed pallet van mogelijkheden: kookvrijwilliger, logeertzorg, hospicezorg, complementaire zorg, ondersteunende activiteiten.

Scholing en begeleiding

- ⊕ De scholing zal naast vaststaande trainingen, gericht zijn op de verschillende zorgvormen en de rol van de vrijwilliger naast die van de verpleegkundige. Kennis en aandacht ten aanzien van complementaire zorg en spirituele zorg is hiervan een onderdeel. De spirituele zorg wordt mede vormgegeven door de inzet van een tweetal opgeleide vrijwilligers.
- ⊕ Coördinatoren zullen naast de vrijwilligers staan en het team ondersteunen waar mogelijk en noodzakelijk. Het bestuur heeft hierbij een belangrijke rol als sparringpartner, betrokken en verantwoordelijkheid nemend waar nodig, waarbij op gepaste afstand van het werkproces wordt gebleven.

Kwaliteitsaspecten

- ⊕ Bij het leveren van kwaliteit is vooral continuïteit van belang en dus ook de overdracht van de ene dienst naar de andere. Naast mondeling gebeurt dit in het digitale zorgsysteem. Van de vrijwilligers wordt verwacht dat zij zich ten alle tijden houden aan de afspraken die zijn gemaakt rondom privacy.

- ⊕ Het kan voorkomen dat er fouten worden gemaakt, hierover vindt open communicatie plaats. Gemaakte fouten zijn na analyse vertrekpunt voor verbeteringen.
- ⊕ De PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) wordt gehanteerd bij het kwaliteitsbeleid.

Communicatie

- ⊕ Het belang van goede communicatie met onze vrijwilligers wordt benadrukt. Vooral nu er veranderingen voor de deur staan (logeerzorg) weegt de behoefte van de vrijwilliger zwaar. Wensen en zorgen van de vrijwilligers ten aanzien van het proces van o.a. verbouw, werving, planning en scholing worden zorgvuldig geïnventariseerd en opgenomen in de plannen waar mogelijk.
- ⊕ Het onder de aandacht brengen van ons aanbod bij potentiële cliënten blijft een grote uitdaging en vraagt continue aandacht. Er wordt gewerkt aan uitbreiding van de PR-groep en het opstellen van een communicatieplan.

7. Interne organisatie

7.1 Vrijwilligers

Onze organisatie is een vrijwilligersorganisatie; de vrijwilligers nemen de belangrijkste plaats in binnen de organisatie. Het zijn mensen die zeer betrokken zijn bij de organisatie en bij de cliënten. Die inzet wordt bijzonder gewaardeerd. Iedere vrijwilliger neemt eigen bagage mee. Vrijwilligers geven tijd, gebruiken persoonlijke vaardigheden, zetten hun kwaliteiten in en doen dat op grond van persoonlijke interesse.

In het algemeen kan gesteld worden dat het werken met vrijwilligers het ons mogelijk maakt een zowel kwalitatief als kwantitatief breed en gevarieerd palet aan zorg aan te bieden.

Het gaat niet om protocollen en richtlijnen.

Compassie is naast iemand staan, invoelen wat hij of zij heeft en meedenken hoe je iets voor hem of haar kunt oplossen.

En vooral om dat je er bent samengevat als 'Er zijn'.

De rol van de vrijwilligers binnen de Hospice is vergelijkbaar met de taak van de familie en verdere mantelzorgers in de thuissituatie. Zij zijn onmisbaar en vormen de kurk waar onze hospice op drijft. De vrijwilligers zijn in belangrijke mate bepalend voor de goede sfeer in de Hospice. Iets dat in hoge mate wordt gewaardeerd door onze gastbewoners en hun naasten.

Het is dan ook belangrijk dat de vrijwilligers gemotiveerd en betrokken blijven. Training, scholing, begeleiding en een individuele benadering zijn daarin onmisbaar.

De vrijwilligers regelen in afstemming met de coördinator veel zaken zelf. Deze zelfstandigheid is wenselijk; vrijwilligers weten als geen ander wat noodzakelijk is om de Hospice goed te laten draaien.

Iedereen die zich als vrijwilliger aanmeldt volgt, na een proefperiode waarin

wordt meegewerkt als vrijwilliger, verplicht een basistraining. Na het volgen van deze interne meerdaagse cursus kan de vrijwilliger zelfstandig gaan werken in de Hospice. Om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren en individuele betrokkenheid en ontwikkeling te bevorderen is er een ruim aanbod van workshops en trainingen. Ook functioneren er meerdere intervisiegroepen waarin de vrijwilligers, onder begeleiding van de coördinator, met elkaar hun functioneren bespreken.

Voortgangsgesprekken met de medewerkers vinden jaarlijks groepsgewijs plaats. Het blijkt dat het groepsgewijs evalueren mensen stimuleert mee te denken over kwaliteit van werken en andere onderwerpen. De mogelijkheid een persoonlijk gesprek te voeren blijft vanzelfsprekend bestaan. Viermaal per jaar vindt een werkoverleg plaats.

Aandacht houden we voor het enthousiasmeren van potentiële vrijwilligers voor het werk binnen de Hospice, voor alle vormen van zorg die we bieden.

7.2 Coördinatoren en waarnemend coördinatoren

De coördinatoren zorgen voor een 'klimaat' waarin iedere vrijwilliger goed tot zijn recht komt en in staat gesteld wordt om de gastbewoners met hospicezorg of logeerszorg, de zieke thuis en diens naasten met zorg en aandacht bij te staan. De coördinatoren zijn het aanspreekpunt voor de vrijwilligers en verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken. Zij zorgen voor de werving, coaching en deskundigheidsbevordering en zij ondersteunen de vrijwilligers door de randvoorwaarden te organiseren. De vrijwilligers voelen zich gezien, ondersteund en gewaardeerd.

Respect en autonomie voor diegene die wij ondersteunen in de laatste levensfase is leidraad voor ons handelen

Ook relatiebeheer en vertegenwoordiging van de Hospice in relevante netwerken, contacten met ketenpartners, lokale initiatieven en de VPTZ, vallen onder de verantwoordelijkheid van de coördinatoren.

De coördinatoren dragen er zorg voor dat de missie en visie door alle medewerkers wordt uitgedragen en hebben daarin zelf een voorbeeldfunctie.

Zij worden ondersteund door zes waarnemend coördinatoren (vrijwilligers) die hen vervangen in weekenden, bij ziekte, vakantie, cursus of overlegmomenten van de coördinatoren.

De coördinatoren hebben wekelijks werkoverleg met elkaar. Ongeveer eenmaal in de zes weken is er een overleg van coördinatoren en waarnemend coördinatoren.

7.3 Bestuur

Het bestuur wil betrokken zijn en verantwoordelijkheid dragen waarbij wel op gepaste afstand van het werkproces wordt gebleven. Dit vraagt om balans tussen 'te veel' en 'te weinig' bemoeien met de werkzaamheden. Als hier een onbalans ontstaat kan dat betekenen dat de afstand tussen bestuur en vrijwilligers te groot wordt, anderzijds kan het ook betekenen dat ieder initiatief of creativiteit van de werkvloer gesmoord wordt. Het bestuur formuleert het beleid, samen met de coördinatoren. Dit vraagt om een goede communicatie en informatie-uitwisseling tussen de coördinatoren en het bestuur.

Jaarlijks vindt een viertal gezamenlijke overleggen plaats met vrijwilligers, coördinatoren en bestuur.

Ongeveer 10 maal per jaar vindt een bestuursvergadering plaats, waaraan de coördinatoren actief deelnemen.

Tweewekelijks vindt overleg plaats met de coördinatoren en een vast bestuurslid. Hierin is onder andere aandacht voor personele ontwikkelingen, kwaliteit van zorg en knelpunten in lopende zaken.

Bestuur vergroot kennis en houdt kennis bij middels kanalen zoals huidige werkkringen, webinars.

Het bestuur bestaat uit vijf leden en zij zijn onbezoldigd actief voor de stichting.

7.4 Professionaliteit en kwaliteit

Professionaliteit en kwaliteit worden enerzijds bepaald door voorschriften en wettelijke regels, waaraan we moeten voldoen. Anderzijds wordt het bepaald door de inzet en gedrevenheid van onze vrijwilligers. Om de kwaliteit en de professionaliteit van het vrijwilligerswerk te bewaken is er ruim aandacht voor scholing en training.

Het is een belangrijke taak voor de coördinatoren en waarnemers om de sfeer, cultuur, professionaliteit en kwaliteit binnen de Hospice te waarborgen en daar waar mogelijk te verbeteren. Dit betekent dat continu met alle betrokkenen wordt gekeken, welke middelen er aangereikt kunnen worden om het gewenste niveau te bereiken, dan wel te behouden.

Het streven is te komen tot zorg die alle dimensies (fysiek, psychisch, sociaal, spiritueel) van palliatieve zorg behelst. Het 'Kwaliteitskader Palliatieve Zorg' is hierbij richtinggevend.

Uitgangspunten van het kwaliteitskader:

- ⊕ Opgeleide vrijwilliger telt mee als volwaardig teamlid, met heldere taakverdeling tussen de verschillende zorgverleners.
- ⊕ Vrijwilliger is op de hoogte van/wordt benoemd in het zorgplan
- ⊕ Vrijwilliger erkent mantelzorger

Naast bovengenoemd kwaliteitskader maken we gebruik van de kwaliteitsbouwstenen van het kwaliteitskompas van de VPTZ. Coördinatoren en bestuur hebben deelgenomen aan bijeenkomsten aangaande de ontwikkeling van dit kompas. Deze beleidsperiode wordt benut om verder te bouwen aan de kwaliteit, waarbij we gebruik maken van voorliggend systeem.

Kwaliteitsbouwstenen

Relationele kwaliteit

- ⊕ Feedback van gasten/cliënten en naasten
- ⊕ Reflectie- en dialooginstrumenten
- ⊕ Individueel zorgplan

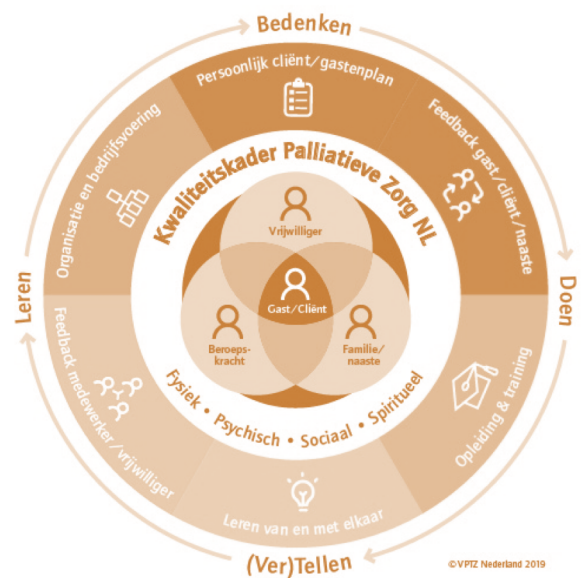
Professionele kwaliteit

- ⊕ Feedback medewerkers
- ⊕ Deskundigheid medewerkers
- ⊕ Samenhang formele en informele zorg
- ⊕ Incidentenmelding

Organisatorische kwaliteit

- ⊕ Processen, protocollen, werkinstructies
- ⊕ Plannen en verslagen
- ⊕ Interne audits
- ⊕ Externe audits
- ⊕ Lerend netwerk
- ⊕ Veilige en gezonde organisatie
- ⊕ Bedrijfsvoering & bestuur

Kwaliteitskompas VPTZ



7.5 Financiën

Om strategische resultaten te realiseren zijn voldoende financiële middelen noodzakelijk. Deze middelen borgen de continuïteit, investeringen en een reserve (buffer) ingeval van financiële tegenspoed. De financiële situatie van de Hospice is gezond.

De introductie van logeerszorg brengt beperkte tot geen financiële risico's met zich mee. De bouwkosten en investeringen komen grotendeels uit donaties en giften. De exploitatiekosten zijn gering, een haalbaarheidsonderzoek laat zien dat hier weinig risico wordt gelopen. Er vinden gesprekken plaats met omliggende gemeenten om deels bij te dragen aan deze vorm van zorg.

Verder bestaat de financiering uit subsidies van de overheid, eigen bijdragen van gastbewoners en uit donaties, legaten en gelden afkomstig van specifieke acties. De hoogte van de eigen bijdragen van de gasten loopt achter ten aanzien van de gangbare prijsvoering binnen de hospices. De eigen bijdrage zal dan ook worden opgehoogd. Deze eigen bijdrage van 30 euro per dag die vanaf 2022 aan gasten wordt gevraagd kan soms door de zorgverzekeraars worden vergoed. Dit is afhankelijk van de

verzekering die mensen hebben afgesloten. Uitgangspunt is dat gebrek aan financiën geen belemmering mag zijn voor een opname in de Hospice.

De dagelijkse medische en verpleegkundige zorg wordt net als in de thuissituatie gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

De armslag van de ZorgSpecialist, de thuiszorgorganisatie die de Hospice verpleegkundig ondersteunt, wordt groter doordat logeerszorg wordt geïncorporeerd. Blijft dat de overheidssubsidie en bijdragen van de gastbewoners niet geheel kostendekkend zijn, zoals in de meerderheid van hospices. Dit betekent dat alleen met voldoende steun van derden de Hospice bestaansrecht heeft. Overigens heeft de stichting een dusdanige buffer opgebouwd dat enkele karige jaren kunnen worden overbrugd.

Het is goed dat gemeenten vanuit ons aandachtsgebied de Hospice steunen met een nu nog jaarlijkse subsidie, waar het lijkt dat men overgaat tot structurele subsidieverstrekking.

7.6 Stichting El Ombū

Stichting El Ombū (SEO) beheert het pand aan de Zeestraat en is tevens Vriendenstichting van de SHG M-K. Het bestuur bestaat statutair uit vijf leden, waarvan twee leden komend uit het bestuur van de SHG M-K. Tweemaal per jaar vergadert het bestuur van SEO en vindt een terugkoppeling plaats naar het bestuur van SHG M-K. Het initiatief om te komen tot logeerszorg, wordt ondersteund door SEO. Zij dragen zorg voor een groot deel van de verbouwkosten om het huis geschikt te maken.

7.7 Werkgebied

Het werkgebied van SHG M-K omvat de gemeenten Beverwijk (inclusief Wijk aan Zee), Heemskerk, Uitgeest en Castricum. Binnen het werkgebied past ook Velsen-Noord, waarvan de inwoners grotendeels op Beverwijk zijn gericht.

Ook buiten dit gebied wordt gewezen op het bestaan en het goed functioneren van thuisinzet en hospicehuis.

De komende periode worden de zorgaanbieders binnen voornoemd werkgebied op de hoogte gesteld van onze ambitie een breed aanbod te leveren van palliatieve zorg, met name de nieuwe zorgvorm logeerszorg.

Verder werken de verschillende hospices in de regio samen, zowel om kennis met elkaar te delen, als bij het overnemen van gastbewoners indien er op een bepaald moment in de eigen regio geen kamers beschikbaar zijn.

8. Organisatie & omgeving

Met onderstaande organisaties en instellingen worden contacten onderhouden en is al dan niet structureel overleg.

8.1 Samenwerking extern

- ⊕ VPTZ; De stichting is lid van VPTZ Nederland. VPTZ Nederland is de koepelorganisatie voor organisaties in de vrijwillige palliatieve terminale zorg. Zij ondersteunen hun leden met kennis en kunnen spreekbuis zijn voor de hospices in het landelijk politieke veld. Tevens verzorgt de VPTZ trainingen/cursussen t.b.v. vrijwilligers, coördinatoren en bestuur.
- ⊕ Netwerk Palliatieve Zorg; vanwege de samenhang in- en uitwisseling van de deskundigheid van hulpverleners op het gebied van de palliatieve zorg.
- ⊕ Regio-overleg hospices; kennis en ervaring wordt uitgewisseld met andere hospices. Tevens wordt dit regio-overleg gezien als een lerend netwerk middels onder andere intervisiebijeenkomsten van de coördinatoren.
- ⊕ Huisartsen; vanwege de medische eindverantwoordelijkheid voor de zorg van hun patiënten en omdat zij cliënten naar ons verwijzen. Twee huisartsenpraktijken uit Beverwijk, die indien nodig vervangend huisarts zijn voor cliënten van buiten Beverwijk/ Heemskerk, zijn ook sparringpartner voor de Hospice.
- ⊕ Zorgspecialist; deze thuiszorgorganisatie levert met een klein gespecialiseerd team de palliatief verpleegkundige zorg binnen de Hospice (hospicezorg en logeerszorg).
- ⊕ Ziekenhuizen; de transferverpleegkundigen zorgen voor de doorverwijzing van het ziekenhuis naar de Hospice.
- ⊕ Apotheek; om te komen tot een verantwoord medicatiebeleid, medicatieafgifte en medicatiebeheer.
- ⊕ Zorgverleners overig; verpleegkundigen van de diverse thuiszorgteams en maatschappelijk werk en verpleegkundigen van intramurale zorg in verband met de inzet van vrijwilligers thuis en in de intramurale zorg. Maatschappelijk werk, casemanagers dementie, mantelzorgvertegenwoordigers, et cetera als verwijzers.
- ⊕ Gemeentes in ons werkgebied; vanwege de maatschappelijke functie die de Hospice voor de gemeentes heeft.

8.2 Public Relations

De verantwoordelijkheid voor PR en het communicatiebeleid ligt bij het bestuur en de coördinatoren. De PR-groep blijft ervoor zorgen dat de Hospice bekendheid houdt/krijgt bij de inwoners, zorgverleners en andere belanghebbenden van onze regio. Vooral wordt onder de aandacht gebracht dat een breed palet van zorg geboden wordt: zorg thuis (de zogenaamde thuisinzet), zorg in de Hospice aan gastbewoners in de terminale fase en ook in de palliatieve fase door het bieden van logeerszorg.

Daarnaast worden passende acties ondersteund om sponsorgelden of donateurs te interesseren voor het werk binnen de Hospice.

Ook op gemeentelijk niveau zijn goede contacten ontstaan, die we graag bestendigen.

9. Beleidsvoornemens 2022-2025

Ambities – acties	
	Logeertzorg ⊕ Bieden van logeertzorg aan cliënten in de palliatieve fase. ⊕ Het hospicehuis uitbreiden met twee logeerbedden. ⊕ Het zo nodig werven van vrijwilligers. ⊕ Het bijscholen van de medewerkers. ⊕ Werkprocessen opstellen in samenspraak met ZorgSpecialist. ⊕ Donateurs interesseren voor deze vorm van zorg. ⊕ Gemeenten betrekken bij logeertzorg. ⊕ Communicatie op hoog niveau met medewerkers.
	Deskundigheidsbevordering ⊕ Intervisiegroepen, waarnemers, vrijwilligers en coördinatoren. ⊕ Basisscholing organisatie-breed evalueren en aanpassen (P-D-C-A cyclus). ⊕ Zorgbehoefte bij psychogeriatric, psychiatrie in basis- en vervolgtrainingen. ⊕ ARBO en BHV vast onderwerp van scholing/ werkoverleg. ⊕ Terugkerende tilvaardigheidstrainingen. ⊕ Specifieke trainingen gericht op zorgbehoeften cliënten pre-terminale fase. ⊕ Training basisvaardigheden PC en iPad voor waarnemers en geïnteresseerde vrijwilligers. ⊕ Scholing complementaire zorg en zingevingondersteuning door vrijwilligers. ⊕ Cultuur: scholing gericht op professionalisering, communicatie en veiligheid. ⊕ Interculturele zorg: afstemming op de behoeften komend vanuit een andere culturele achtergrond. ⊕ Bewust stoppen met eten en drinken: vergroten van kennis. ⊕ Kookvrijwilligers: opleiding maaltijdbereiding palliatieve fase. ⊕ Casusbesprekingen vast onderdeel werkoverleg.

	Opnamebeleid ⊕ Tegengaan van (consequenties van) onjuist geplaatste zorgvragers (te lange ligduur, onhoudbare situatie door gevaarlijk gedrag zorgvrager). ⊕ Domotica uitbreiden, zoals sensoren. ⊕ Voorlichten belanghebbenden over nieuwe vorm van zorg: logeerszorg. ⊕ Vastleggen en analyseren incidenten. ⊕ Overleg V&V aanbieders over mogelijke spoed overplaatsingen.
	Thuisinzet ⊕ Aandacht binnen de basistraining van vrijwilligers voor deze zorg. ⊕ Begeleiding bij eerste inzetten van vrijwilligers. ⊕ Werven vrijwilligers specifiek voor thuisinzet. ⊕ Vervolgtrainingen aanbieden. ⊕ Samenwerking thuiszorg en verpleging intramurale zorg bestendigen (teamniveau en beleidsniveau/ scholing en beleid). ⊕ Gestructureerde evaluatie van de individuele inzet en groepsgewijze evaluatie/ intervisie. ⊕ Informeren cliënten thuisinzet over logeerszorg en vice versa.
	Vrijwilligersbeleid ⊕ Minimale inzet per week flexibiliseren; kaders vaststellen. ⊕ Persoonlijk ontwikkelplan/ begeleidingsplan. ⊕ Individuele begeleiding door coördinatoren d.m.v. gestructureerde coaching en evaluatie (inzet: kwaliteit en kwantiteit, individuele wensen en plannen) ook gericht op ouder wordende vrijwilligers. ⊕ Inzet vrijwilligers op projectbasis. ⊕ Diversiteit binnen de vrijwilligersgroep vergroten.
	Financiering ⊕ Dagprijs naar 30 euro voor hospicezorg en logeerszorg. ⊕ Logeerszorg meenemen in exploitatie. ⊕ Subsidies van gemeentes permanent/structureel maken. ⊕ Aanvragen fondsen indien nodig/ mogelijk.

	Public relations ⊕ Werven van vrijwilligers en donateurs. Bekendheid bij verwijzers en cliënten behouden/vergroten met name betreffende logeerszorg. ⊕ Aanpassen website met nieuw aanbod en advies uit gebruiksvriendelijkheidsonderzoek invoegen. ⊕ Info-folders upgraden.
	Kwaliteitssystemen ⊕ Richtlijnen actualiseren en medewerkers op de hoogte houden. ⊕ Openstaande elementen VPTZ-kompas implementeren: o.a. cliënttevredenheidsmetingen, lerend netwerk verder vormgeven. ⊕ Analyse cliënt/ medewerkers incidenten en acties daarop inzetten (in samenwerking met verpleging).
	Samenwerking ⊕ Bestaande samenwerking met verwijzers, partners et cetera bestendigen. ⊕ Lerend netwerken: bestuur → Haarlem en Santpoort, coördinatoren → Haarlem, Santpoort en Krommenie. ⊕ Nieuwe samenwerkingen aangaan met o.a. collega logeerhuizen, mantelzorgorganisaties. ⊕ VPTZ: o.a. kwaliteitssysteem, gegevensuitwisseling, scholing. ⊕ Netwerk Palliatieve zorg.
	Organisatiestructuur ⊕ Behoud kleinschaligheid en huiselijkheid; minimale bureaucratie, maximale toegankelijkheid en ondersteuning vrijwilligers. ⊕ Input van vrijwilligers bij beleid; bestuur is zichtbaar en toegankelijk voor iedereen in de organisatie. ⊕ Voortzetten en waarborgen huidige werkwijze met waarnemers; tijdig werven van nieuwe waarnemers. ⊕ Overlegstructuur; animo van vrijwilligers voor werkoverleg vergroten.

	Digitalisering ⊕ Digitale dossier cliënten (PinkBee) verder in gebruik nemen, ⊕ Digitaal personeelsdossier (PinkBee) en koppeling met rooster doorvoeren. ⊕ Digitale aanmelding en overige communicatie met verwijzers (huisartsen/ ziekenhuis/ thuiszorg) stroomlijnen. ⊕ Veiligheid verbindingen en opslag van eigen data waarborgen (AVG).
	Duurzaamheid ⊕ Isoleren dak in samenwerking met SEO. ⊕ Isolatie raampartijen.

10. Bronnen en afkortingen

Bronnen

- ⊕ Beleidsplan 2019 – 2021 SHG M-K
- ⊕ Beleidsvoornemens 2021
- ⊕ Notitie: Haalbaarheidsonderzoek respijtzorg (logeerzorg) Hospice Beverwijk
- ⊕ Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland
- ⊕ Trendanalyse Palliatieve Zorg
- ⊕ VPTZ: Visie op kwaliteit en kwaliteitskompas
- ⊕ Bijeenkomsten coördinatoren-waarnemers-vrijwilligers-bestuur in najaar 2021

Afkortingen

- | | |
|---------------|--|
| ⊕ BHV | BedrijfsHulpVerlening |
| ⊕ PDCA-cyclus | Continu verbeteren: Plan-Do-Check-Act-cyclus |
| ⊕ ZSp | ZorgSpecialist (thuiszorgorganisatie) |
| ⊕ PR | Public Relations |
| ⊕ SHG M-K | Stichting Hospice Groep Midden-Kennemerland |
| ⊕ SEO | Stichting El Ombū (beheers-/vriendenstichting) |
| ⊕ VPTZ | Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg |