



## **Jaarplan 2022**

**J.C.A. Kremers MAH**

## **1. Inleiding**

Voor u ligt het jaarplan 2022. Dit jaarplan is een afgeleide van het strategisch beleidsplan 2021-2025. Het jaarplan 2022 is echter afwijkend van hetgeen normaal wordt gepresenteerd. 2022 staat namelijk geheel in het teken van een drietal zeer grote projecten, waarin in dit jaarplan naar wordt verwezen. Deze projecten hebben in goed overleg met de Raad van toezicht prioriteit gekregen boven alle andere activiteiten. Elk project wordt inleidend samengevat, waarna er een korte beschrijving van alle activiteiten plaatsvindt. Tenslotte wordt al dan niet via hyperlinks verwezen naar het betreffende project. Gezien de omvang van de projecten zijn er feitelijk meerdere (jaar)plannen ontstaan. Ik wens u veel leesplezier.

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

## 2. Positionering, visie en missie

### 2.1 Positionering

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

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

### 2.2 Missie

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

### 2.3 Visie

De visie is dat de aangeboden palliatieve zorg:

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

### 2.4 PZD biedt palliatieve zorg

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

### 2.5 High-care Hospice

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

### 2.6 Vrijwillige terminale thuiszorg door vrijwilligers

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

### 2.7 MPT

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

### 2.8 Onderwijs en educatie

Om aan ontwikkelingen en kwaliteitsborging van de palliatieve zorg tegemoet te komen wordt in Calando meegewerkt aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de palliatieve zorg.

De opgedane expertise van de medewerkers van de PZD wordt door middel van (bij-)scholingen, stagemogelijkheden en onderwijs aangeboden aan collega- instellingen en zorgaanbieders.

## **2.9 Patiëntenperspectief**

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

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

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

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

## **2.10 Beslissingen rondom het levenseinde**

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

## **2.11 Cliëntenvertegenwoordiging**

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

## **2.12 Organisatie PZD**

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

## **2.13 Pioniersfunctie en ketenvorming**

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

Binnen de regio is er een samenwerking tot stand gekomen in de vorm van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Hollandse eilanden (NPZZHE) waarvan de regio Goeree-Overflakkee een subnetwerk (NPZGO) is. Met de meeste regionale zorgaanbieders die met palliatieve zorg te maken hebben, is er een convenant gesloten. De intentie is dat een zorgvraag op het gebied van palliatieve zorg geboden kan worden op de plaats waar iemand wil zijn mits dit haalbaar is. Binnen het netwerk is er zodoende een keten gevormd waarin organisatorisch geen

belemmeringen zijn om dit te garanderen. Het Netwerk PZ ZHE valt onder de stichting PZD. PZD is voorzitter van het subnetwerk NPZGO en fungeert tevens als correspondentieadres voor het NPZZHE. Binnen het NPZZHE is er een nauwe samenwerking met de Ketenzorg Dementie.

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

#### **2.14 Identiteit**

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

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

#### **2.15 Medisch ethisch beleid**

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

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

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

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

De 'Trendanalyse palliatieve zorg' beschrijft 8 trends voor de komende 10 jaar. De vraag is wat de impact van deze trends en ontwikkelingen zijn op de Stichting Palliatieve zorg Dirksland. Deze impact wordt uitgebreid beschreven in het eerder genoemde strategisch beleidsplan 2021-2025,

In dit hoofdstuk wordt samengevat welke impact de verschillende trends en ontwikkelingen hebben op het palliatieve zorglandschap. De implicaties daarvan krijgt zijn uitwerking in hoofdstuk 4.



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

##### Impact

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

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

##### Impact

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

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

#### **Impact**

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

### **Trend 4: Langer thuis**

#### **Impact**

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

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

#### **Impact**

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

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

#### **Impact**

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

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

### **Impact**

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

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

### **Impact**

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

### **Samengevat**

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

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

Wat dat betekent voor het jaarplan 2022 wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.



## 4. Het jaarplan 2022

In goed overleg met de Raad van Toezicht heeft de Raad van Bestuur besloten om geen standaard jaarplan te presenteren, aangezien er een drietal projecten zijn die zeer veel tijd en energie vergen en feitelijk al meerdere plannen als deliverable kennen. In dit jaarplan wordt per project samengevat wat het project op grote lijnen inhoudt, worden de activiteiten op hoofdlijnen beschreven en wordt al dan niet via hyperlinks verwezen naar betreffend project.

De 3 projecten zijn:

1. **Participatie in de pilot consultatie in de palliatieve zorg:** passende en pro-actieve inzet van de in Palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners met passende bekostiging in combinatie met herinrichting netwerk palliatieve zorg
2. **Structuurverandering:** Van twee coördinatoren naar een teamleider en een vrijwilligerscoördinator
3. **Nieuwbouw:** Hospice Calando start in November 2022 met nieuwbouw.

### 4.1. De pilot consultatie in de palliatieve zorg

Het consulententeam van Hospice Calando (lees het netwerk) ontvangt via PZNL een subsidie van het ministerie van VWS om de consultatieve beschikbaarheid van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners te faciliteren, momenteel vormgegeven door middel van een 7x24 uur telefonische beschikbaarheid; Hospice Calando en PZNL nemen echter samen het initiatief tot doorontwikkeling van deze consultatievoorziening, omdat zij hiervoor diverse verbetermogelijkheden zien;

Deze doorontwikkeling is gericht op een meer passende en proactieve werkwijze van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener in de netwerkregio, in netwerkzorg, inclusief de bekostiging ervan; PZNL en Hospice Calando willen deze werkwijze gezamenlijk ontwikkelen via een zogenaamde pilot;

#### 4.1.1. Activiteiten

1. Partijen zijn bereid samen te werken aan de pilot die globaal de volgende aanpak kent
  - a. In kaart brengen huidige, regionale situatie van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener;
  - b. Bepalen van de gewenste werkwijze van de pro-actieve (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener;
  - c. Het maken van een verschillenanalyse tussen de huidige en de gewenste situatie voor wat betreft werkwijze, bekostiging en procesinrichting;
  - d. Maken van een plan van aanpak voor de implementatie van de nieuwe werkwijze ten aanzien van onder andere bekostiging en procesinrichting;
  - e. Het implementeren, realiseren van de nieuwe werkwijze;
  - f. Het beëindigen of aanpassen van de door PZNL gefaciliteerde consultatievoorziening;
  - g. Het evalueren van de resultaten van de samenwerking in de pilot.
2. Partijen komen overeen dat het eindproduct van de pilot is
  1. een regionaal door Netwerk(en) Palliatieve Zorg gedragen,
  2. (ver)nieuw(d)e werkwijze van de (consultatieve) inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener waardoor (groepen) patiënten adequate en continue palliatieve zorg ontvangen zoveel mogelijk conform de essenties van het Kwaliteitskader en
  3. met passende bekostiging in het huidige stelsel van wetten en regels en in de context van ontwikkelingen binnen VWS/NZa/ZiNL.

#### **4.1.2. Verwijzingen naar het project, deelplannen, projectplannen**

- [Beschrijving van de huidige en gewenste situatie](#)
- [PP presentatie pilot](#)
- [Regiobeeld](#)
- [Pad naar de toekomst](#)

#### **4.2 Structuurwijziging**

Aangezien het team verpleegkundigen in de nieuwbouw minstens 2 keer zo groot wordt, is de RVB voornemens om in 2022 een structuurwijziging door te voeren. De span of control voor de directie als enige hiërarchisch leidinggevende wordt erg groot wordt (ca 45 verpleegkundigen en 45 vrijwilligers). 2 functies komen vacant:

Teamleider zorg (hiërarchisch leidinggevende, FWG 55) en Vrijwilligercoördinator (functioneel leidinggevende, FWG 50). Het betreft in beide gevallen een functie van 20-24 uur, verdeeld over minimaal 4 dagen. De functie van vrijwilligerscoördinator blijft dus bestaan, maar krijgt iets meer gewicht in de zin dat hij/zij de VPTZ organisatie beter moet gaan inrichten en het vrijwilligerswerk beter moet gaan uitnutten, met veel aandacht voor scholing, binden en boeien. Het blijft echter een functionele aansturing en geen hiërarchische aansturing omdat er bij vrijwilligers geen sprake is van een formele arbeidsverhouding. De functie van coördinator zorg vervalt en wordt vervangen door een teamleider, met hiërarchische bevoegdheden en verantwoordelijkheden (beoordelingsgesprekken, functioneringsgesprekken etc)

##### **4.2.1. Activiteiten**

1. Voornemen structuurwijziging voorleggen aan RVT
2. Taakfunctieomschrijving teamleider en vrijwilligerscoördinator maken
3. Procedure opstarten
4. Brieveselectie door RVB
5. Uitnodiging voor gesprek met sollicitatiecommissie (RVB, 2 verpleegkundigen en lid cliëntenraad)
6. Bij potentiële geschiktheid wordt een essential assessment ingezet voor in principe elke geschikte kandidaat
7. Keuze kandidaat door selectiecommissie
8. Benoeming per 1-1-23 of eerder in 2022 (e.e.a. afhankelijk van ontwikkelingen nieuwbouw)

#### **4.3 Nieuwbouw Calando**

Al geruime tijd is Hospice Calando bezig zich te beraden op de toekomst, vanwege een aantal belangrijke redenen. Ten eerste is er mede door de dubbele vergrijzing, een toenemende vraag naar palliatieve (hospice)zorg. De vigerende wachtlijst is weliswaar vervuld, omdat cliënten zich dikwijls aanmelden bij meerdere hospices, maar in de wetenschap dat Hospice Calando jaarlijks tussen de 70 en 80 bewoners opneemt, hebben we vanaf 2019 tot heden, maar liefst een zelfde hoeveelheid hospicebewoners niet op kunnen nemen vanwege het feit dat het enerzijds aan opnamecapaciteit ontbrak (minimaal 52 aanmeldingen) en anderzijds het een categorie zorgvragers (28) betreft die door hun aandoening (dementiële, psychiatrische of andersoortige problematiek) geëxcludeerd werden. Daarnaast zien we een veranderende sociale kaart en is er gebrek aan 24 uren thuiszorg, waardoor de opnamedruk in het hospice alleen maar is toegenomen.

Een andere belangrijke reden om na te denken over de toekomst is het feit dat het huidige hospice niet meer voldoet aan de eisen van deze tijd. Het huidige gebouw kent zijn beperkingen, welke tijdens de coronacrisis pijnlijk duidelijk zijn geworden. Niet iedere bewoner heeft zijn eigen sanitair en hoewel goed geoutilleerd, zijn de bewonerskamers niet goed toegankelijk en is er sprake van ruimtegebrek. Secundaire afwegingen om na te denken over de toekomst zijn de kwetsbaarheid van Calando als kleine organisatie en de te verwachten veranderende financiering welke voorziet in een gunstiger exploitatiescenario, de

financiële mogelijkheden van het voorzieningsfonds en het adherentiegebied van Calando. (De laatste jaren is ca. 45% van de cliënten afkomstig van GO en ca. 55% afkomstig uit VPR. Dit in tegenstelling tot de eerste jaren, waar het percentage klanten uit GO veel groter was).

Echter zijn er in het Rapport Trendanalyse palliatieve zorg (2020) meer dan genoeg redenen te lezen om af te zien van uitbreiding. Deze redenen zijn het toenemend personeels- en vrijwilligerstekort, de concurrentie in verpleeghuizen en particuliere initiatieven, de toename van transmuraal georganiseerde zorg, de trend en de wens om langer thuis te zijn en het ondernemersrisico. Wat de discussie helemaal lastig maakt, zijn de bezettingscijfers door de coronacrisis, die onder normale omstandigheden absoluut geen aanleiding zouden zijn geweest om het woord uitbreiding of nieuwbouw in de mond te nemen.

Toch heeft met name de eerste alinea geleid tot het nadenken over een nieuwe strategie en zijn er feitelijk 3 opties ontstaan: verbouwen, uitbreiding of nieuwbouw

Een verbouwing van het huidige hospice bleek al heel snel geen reële optie te zijn, omdat de toch al zo beperkte opnamecapaciteit daarmee nog meer zou afnemen.

Het is daarom dat in tweede instantie de RVB in overleg met de RvT het besluit genomen had om uitbreiding, middels een tweede Hospice op Voorne-Putten te onderzoeken. Echter werd in februari 2021 duidelijk dat later in het jaar een nieuw hospice met 8 bedden zijn deuren opent in Rozenburg. Aangezien dit nieuwe hospice en Hospice Calando voorzien in de normatieve hospicebehoefte\* in het adherentiegebied is besloten om dit traject niet verder te vervolgen, maar in te zetten op versterking c.q. uitbreiding van het hospice aanbod op Goeree Overflakkee.

*\*volgens de richtlijnen van de VPTZ en de Associatie zijn er op 175.000 inwoners gemiddeld 11-14 hospicebedden nodig. Goeree heeft 50.000 inwoners, Voorne-putten heeft 160.000 bewoners, minus Nissewaard met 80.000 bewoners, welke niet tot ons verzorgingsgebied behoort. Netto blijven er dus 130.000 bewoners over met een hospicebehoefte van ca 10 bedden. Met Rozenburg en Calando wordt in die behoefte voorzien.*

Om echter te kunnen voldoen aan de wens om innovatieve hospicezorg en daarmee kwalitatieve hoogwaardige palliatieve zorg voor zoveel mogelijk mensen toegankelijk te maken, is gekozen voor een strategie, waarbij én het aantal reguliere hospicebedden wordt uitgebreid én ingezet wordt op die zogenaamde toegankelijkheid middels doelgroepbedden. Toegankelijkheid dus voor die doelgroep, die nu vaak in het reguliere hospicecircuit wordt gemeden. Om deze strategie gestalte te geven, is nieuwbouw noodzakelijk. In feite zijn we daarmee terug aan het begin. Tenslotte is Calando in 1998 opgericht omdat de reguliere zorg onvoldoende kon voorzien in hospicezorg. Nu kunnen we voorzien in de vraag, maar helaas niet voor iedereen.

Op zoek naar geschikte locaties c.q. bouwkavels zijn er uiteindelijk 3 locaties gevonden en gewogen: de locatie Boezemweg in Dirksland, de locatie Mozartsingel in Dirksland en de locatie Oudelandsedijk in Middelharnis. Om vele redenen bleek de locatie Mozartsingel onhaalbaar en zijn vooral de overige twee bouwkavels steeds vergeleken en bediscussieerd.

M.b.t. de nieuwbouw leek in eerste instantie de op handen zijnde verkoop van de voormalige personeelsflat van CuraMare, gelegen aan de boezemweg te Dirksland, een uitgelezen mogelijkheid om op die betreffende locatie een nieuw hospice te bouwen. Een uitgelezen mogelijkheid temeer omdat deze locatie zich bevindt in Dirksland, dichtbij de huidige locatie en op een steenworpafstand van het ziekenhuis, waarbij in feite alles bij het oude zou blijven in vooral medische, logistieke en personele zin. Deze optie werd dan ook vanwege die redenen, sterk omarmd door zowel de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, de cliëntenraad, personeel en vrijwilligers.

Echter bleek al snel dat de beoogde exploitatie van doelgroepbedden en de beoogde verblijfskwaliteit van invloed is op de fysieke omvang van de nieuwbouw, waarbij helaas de conclusie moest worden getrokken dat de locatie Boezemweg te klein is voor het gewenste programma. Dit programma kan feitelijk alleen maar worden gerealiseerd, wanneer ook het achterliggende terrein wordt aangekocht, met uiteraard gevolgen voor wat betreft het totale investeringsbedrag. Mede door andere haken en ogen werd de locatie Boezemweg minder aantrekkelijk en kreeg de locatie Middelharnis langzaam maar zeker de voorkeur, met dien verstande dat de huidige locatie in Dirksland moet worden opgegeven.

Omdat intern onderzoek heeft uitgewezen dat het huidige niveau van de medische zorg, mits deze anders wordt georganiseerd, kan worden gehandhaafd op de locatie in Middelharnis en daarnaast de conclusie kon worden getrokken dat de nabijheid van het ziekenhuis weliswaar voordelen biedt, maar niet van cruciale aard is, is in nauw overleg met de Raad van Toezicht, de cliëntenraad, personeel en vrijwilligers, besloten om Dirksland te verlaten en ons te gaan vestigen in Middelharnis.

#### **4.3.1. Activiteiten**

1. Voorbereiden strategische herziening op basis van CPB cijfers, trendanalyse, verkennend marktonderzoek
2. Maken Swotanalyse op basis van marktonderzoeken, vigerende cijfers en trandanalyse
3. Externe onderbouwing van de keuze voor doelgroepbedden
  - a. Inwinnen advies diverse medici
  - b. Inwinnen advies hoogleraren palliatieve zorg
  - c. Inwinnen advies specialisten ouderengeneeskunde
  - d. Bezoeken doelgroepen hospices
4. Locatiekeuze voorbereiding: Voor en tegens en financiële consequenties en haalbaarheid
5. Businesscase en financiële paragraaf
  - a. Personele begroting op basis van een bruto netto berekening
  - b. Exploitatiekosten op basis van verschillende exploitatiescenario's
6. Onderbouwing duurzame bekostiging; Opini preferente zorgverzekeraar en zorgkantoor
7. Opzet stichtingskosten: op basis van schetsontwerp
8. Bouwplan
9. Communicatieplan:
  - a. Stakeholders
  - b. Middelen
  - c. Planning
10. Planning
11. Keuze aanbesteding en of bouwteam
  - a. Selectiecriteria
  - b. Afwegingscriteria bouwteam
  - c. Afwegingscriteria aanbesteding
12. Selectieprocedure Aannemers
13. Formeren bouwteam
14. Bouwvergaderingen
15. Van VO fase naar DO fase
16. Werkvergaderingen

#### **4.3.2. Verwijzingen naar het project, deelplannen, projectplannen**

- [Projectplan Nieuwbouw](#)

