

“Leven toevoegen aan de dagen”

Voorstel voor de erkenning en financiering
van hospicezorg in Vlaanderen



Colofon

Redactie: Bernadette Van den Heuvel, Patrick Vyncke, Ken Wagner (Sint-Vincentius Avelgem - Hospice Aulighem)

Eindredactie: Lieve Dhaene, Jens De Wulf

Met dank aan de leden van de werkgroep hospicezorg Zorgnet-Icuro:
Christine De Cafmeyer (Palliatieve Zorg Vlaanderen), Hilde De Nutte (Zorgnet-Icuro), Stefan Devlieger (Home Vrijzicht – Hospice Asteria Ieper), Paula Langenaekens, (Huize Nazareth - Hospice De Klaproos Tienen), Bart Onselaere (Zorgnetwerk Trento Moerzeke), Isabelle Picard (Salvator Mundi Hasselt), Ilse Prims (Zorggroep Zusters van Berlaar), Antje Proost (De Wingerd Leuven), Wouter Ruyseveldt (Begralim Hasselt), Paul Vanden Berghe (Sint-Bernardus, Bertem), Paul Van Tendeloo (Emmaüs), Ellen Veeckman (De Bron Zottegem).

D/2024/12067/2
ISBN 9789491323539
2024 ©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als: Van den Heuvel, B. et.al. 2024. *Leven toevoegen aan de dagen. Voorstel voor de erkenning en financiering van hospicezorg in Vlaanderen*. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be



“Leven toevoegen aan de dagen”

Voorstel voor de erkenning en
financiering van hospicezorg in
Vlaanderen

Inhoud

Woord vooraf	5
1. Hospicezorg in het continuüm van palliatieve zorg	
1.1. Wat is hospicezorg?	6
1.2. Waarom hospicezorg?	6
1.3. Voor wie?	7
1.4. Hospicezorg in Zwitserland, Frankrijk en Nederland	7
1.5. Advies federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen over palliatieve zorg	9
1.6. Hospicezorg in Vlaanderen	11
1.6.1. Kwalitatief onderzoek naar hospicezorg	11
1.6.2. Visienota en Vlaams actieplan palliatieve zorg	13
2. Erkenningsvoorwaarden centrum voor hospicezorg	
2.1. Centrum voor hospicezorg: een nieuwe woonzorgvorm in het woonzorgdecreet	15
2.2. Hospicezorg: een nieuwe bijlage van het stambesluit van het woonzorgdecreet	16
3. Financieringsvoorwaarden centrum voor hospicezorg	
3.1. Drie mogelijke scenario's	22
3.2. Meerjarenbegroting	23
Besluit	24
Bijlagen	
Bijlage 1: Cijfers over (de plaats van) overlijdens in België en Vlaanderen	25
Bijlage 2: De huidige beschikbare palliatieve zorginfrastructuur	27
Geraadpleegde bronnen	30
Eindnoten	31

Woord vooraf

Onderzoek toont dat mensen de laatste dagen van hun leven graag thuis doorbrengen in aanwezigheid van familie¹. Thuis sterven is echter niet altijd mogelijk, ook niet wanneer er palliatieve thuiszorgondersteuning wordt ingeschakeld. Zo toonden verschillende studies aan dat mantelzorgers, zelfs wanneer ze palliatieve thuiszorgondersteuning krijgen, stress, gezondheidsproblemen en slaapmoeilijkheden ervaren². Dat leidt tot een zeer hoge *caregiver burden* en een dikwijls onhoudbare thuissituatie met een - niet wenselijke, maar noodzakelijke - ziekenhuisopname tot gevolg. Bovendien kan niet iedereen die zich in een palliatieve fase bevindt een beroep doen op een mantelzorger.

Er is nood aan een woonzorgvoorziening voor personen (van alle leeftijden) waarvoor palliatieve thuiszorg niet (meer) haalbaar is en het ziekenhuis noch het woonzorgcentrum een goede oplossing kunnen bieden. Hospicezorg kan die lacune in het zorglandschap invullen. De kracht van de zorgvorm is nabijheid en kwaliteit in de allerlaatste levensfase. In deze publicatie presenteren we de beleidsvisie van Zorgnet-Icuro op hospicezorg en de plaats ervan binnen het palliatieve zorglandschap.

Op dit moment zijn er in Vlaanderen vijf hospices die werken zonder normen- en financieel kader. Daarin zal de volgende Vlaamse Regering hopelijk verandering brengen. We reiken de bevoegde overheden een concreet voorstel aan voor het noodzakelijke normen- en financieringskader om beleidsmatig dit nieuwe type van woonzorgvorm te realiseren. Op die manier kan de hospicezorg in Vlaanderen volwaardig worden uitgebouwd.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

Koen Michiels
Voorzitter Zorgnet-Icuro

1. Hospicezorg in het continuüm van palliatieve zorg

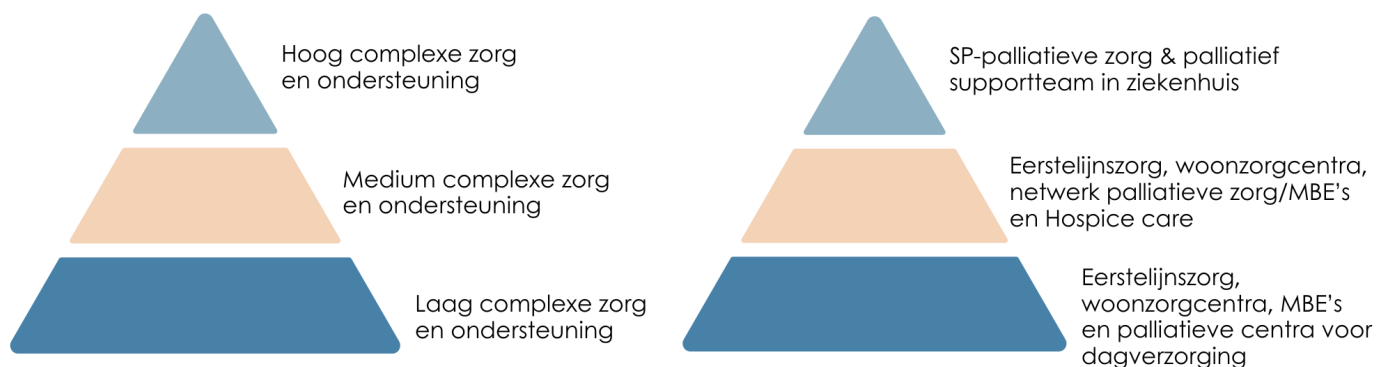
1.1. Wat is hospicezorg?

In Nederland wordt hospicezorg als volgt omschreven:

***Hospicezorg** is een vorm van zorg- en dienstverlening die plaatsvindt op (en/of vanuit) een locatie, ten behoeve van ernstig zieke mensen met een levensverwachting van maximaal drie maanden. De zorg wordt er verleend door naasten en familieleden, vrijwilligers en professionals. De naasten en familieleden ontvangen ook de nodige zorg van de vrijwilligers en de professionals. In de hospicezorg wordt een brede kijk op de bewoners en hun naasten gehanteerd. Zo is er aandacht voor alle noden die er kunnen zijn, op zowel fysiek, psychisch, sociaal als spiritueel-religieus vlak.*

Hospicezorg bevindt zich binnen het continuüm van de palliatieve zorginfrastructuur. Er zijn drie niveaus. Het hoogste niveau is dat van de **hoog complexe zorg en ondersteuning**. Dat blijft voorbehouden voor de SP-palliatieve bedden en de palliatieve supportteams in de ziekenhuizen. Het laagste niveau is de **laag complexe zorg en ondersteuning**. Die wordt toevertrouwd aan de eerstelijnszorg (zoals huisarts en thuisverpleegkundigen), de woonzorgcentra, de medische begeleidingsequipes en de palliatieve centra voor dagverzorging. De hospicezorg rekenen we samen met de eerstelijnszorg, de netwerken palliatieve zorg, de Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Zorg en de palliatieve zorg in de woonzorgcentra tot **medium complexe zorg en ondersteuning**, het middelste niveau.

In al deze palliatieve zorgvormen is de inbreng van de mantelzorgers en vrijwilligers heel belangrijk.



1.2. Waarom hospicezorg?

Hospicezorg, ook wel palliatieve *middle care* genoemd, wil een leemte binnen de palliatieve zorgvormen opvullen door een aangepaste behandeling te bieden aan de palliatieve patiënten die niet thuis of in een thuisvervangend milieu kunnen blijven of niet naar huis of een thuisvervangend milieu kunnen terugkeren en voor wie een ziekenhuisopname niet (meer) nodig is.

Hospicezorg is altijd een persoonlijke zorg die tot stand komt in dialoog, in een sfeer van respect, nabijheid, gelijkwaardigheid en aanwezigheid met compassie. Het uitgangspunt is om leven toe te voegen aan de dagen in plaats van dagen aan het leven. Dankzij de hospices moeten de +18-jarigen met een terminale aandoening niet naar het ziekenhuis. Een team van betrokken hulpverleners ondersteunt zowel de cliënt als de mantelzorger en richt zich op alle pijlers van de palliatieve zorg.

De kracht van hospicezorg is **nabijheid**. Mensen in de laatste levensfase krijgen in hun vertrouwde omgeving dichtbij huis en vlakbij vrienden en familie de beste zorgen. Hospices zijn kleinschalig en huiselijk ingericht; er heerst een bijna-thuis-sfeer en de naasten zijn dag en nacht welkom. Aangezien de nadruk ligt op regionale opvang kan de cliënt bovendien blijvend opgevolgd worden door zijn eigen huisarts met wie hij een vertrouwensband heeft opgebouwd.

De levenseindezorg is echter intensiever dan de zorg voor bewoners die in een woonzorgcentrum verblijven. De zeer korte verblijfsduur van de cliënt in het hospice vergt een acute en snelle aanpak van de wensen rond levenseindezorg. Precies daarin onderscheidt hospicezorg zich van een opname in een woonzorgcentrum, waar de gemiddelde verblijfsduur 2 tot 2,5 jaar bedraagt en de zorgplanning en psychosociale ondersteuning meer geleidelijk kunnen worden opgebouwd.

1.3. Voor wie?

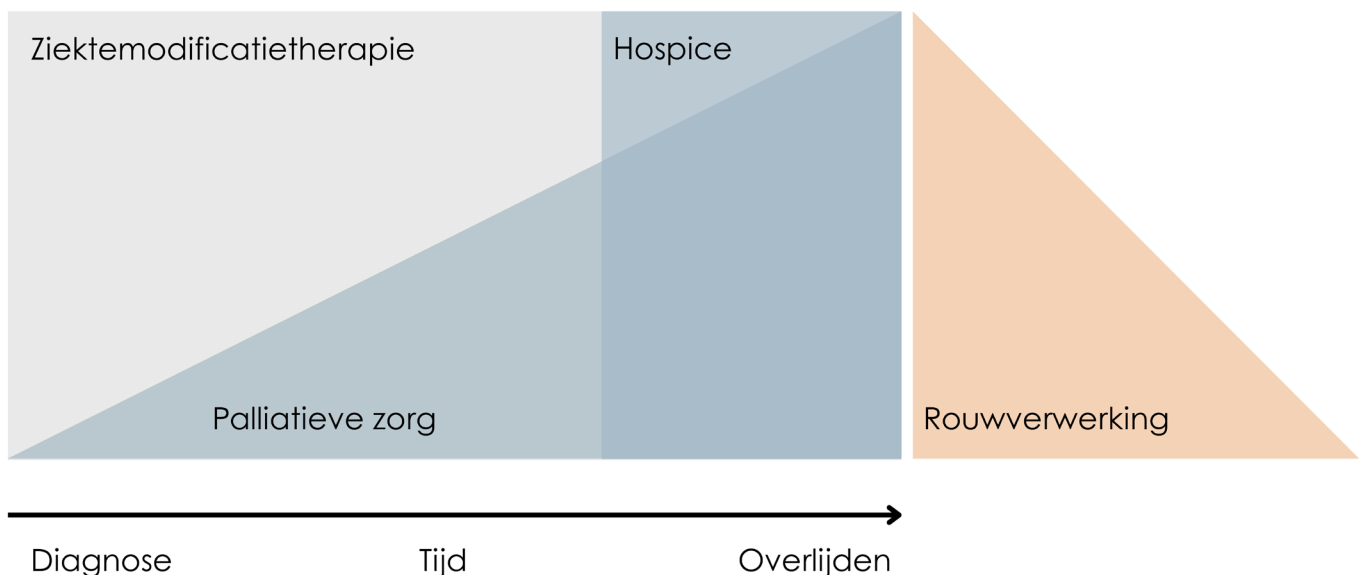
Hospicezorg is voor mensen in de laatste weken van hun leven:

- voor wie door omstandigheden thuis overlijden niet (meer) haalbaar is;
- bij wie hun mantelzorgers chronisch overbelast dreigen te raken. Een tijdelijke ontlasting van zorg is dan nodig om de mantelzorg op kracht te laten komen (respijtzorg);
- in kwetsbare instabiele situaties die gerichte integrale zorg en begeleiding vragen door een interdisciplinair team van zorgprofessionals en vrijwilligers met generieke en specialistische competenties;
- die in een crisis opgenomen dreigen te worden in een ziekenhuis.

Tijdens het verblijf in het hospice begeleidt een vast team de persoon in de palliatieve zorgfase en zijn naaste(n). Naast de somatische zorg wordt ook 24u op 24u maximaal ingezet op psychosociale ondersteuning, onder meer door aandacht te geven aan existentiële vragen.

1.4. Hospicezorg in Zwitserland, Frankrijk, Nederland

Internationaal is hospicezorg als concept zichtbaar in de palliatieve zorg.





Het **Zwitser**s organisatiemodel van de palliatieve zorg voorziet in palliatieve zorgstructuren buiten de ziekenhuizen. Het “Maison de Tara” is hiervan een voorbeeld. Deze structuur opende zijn deuren in 2011 in het kanton Genève en is gericht op palliatieve volwassenen van alle leeftijden van wie de medische toestand vrij stabiel is maar die veel zorg nodig hebben. Voor hen is thuiszorg niet langer een optie en een verblijf in een Palliatieve Zorgeenheid (PZE) of Acute Ziekenhuisdienst (AZD) zou hun situatie niet verbeteren. De omgeving is familiaal, weinig gemedicaliseerd en de verblijfsduur varieert van enkele dagen tot enkele maanden. Sommige patiënten komen hier voor een kort verblijf, anderen blijven er tot het einde. Gezondheidswerkers en vrijwilligers staan 24 uur per dag in voor de zorgen en de omkadering.



In **Frankrijk** bestaan een aantal voorzieningen, de zogenaamde *unités de soins palliatifs de longue durée*, voor palliatieve patiënten met een levensverwachting van enkele maanden die niet langer in aanmerking komen voor thuiszorg. Villa Izoï is hiervan een voorbeeld. Deze instelling is gespecialiseerd in jonge patiënten (< 60 jaar) met autonomieverlies, voor wie thuiszorg niet (meer) mogelijk is. Patiënten blijven er vaak enkele maanden. Deze extramurale zorgstructuur onderhoudt nauwe banden met de naburige PZE en legt de nadruk niet alleen op de palliatieve aanpak, maar ook op de sociale en relationele activiteiten, die door vrijwilligers worden aangeboden.



Nederland telt zo'n 250 zorgvoorzieningen buiten ziekenhuizen, “hospices” genaamd. Deze structuren verwelkomen patiënten met een korte levensverwachting (doorgaans minder dan 3 maanden), die om welke reden dan ook niet langer thuis of in het ziekenhuis kunnen blijven. Deze kleine entiteiten zijn opgericht in rusthuizen, stadswoningen of villa's. De zorgen worden verstrekt door professionals in de thuiszorg, personeel verbonden aan het RVT (*low care hospice*) of door intern personeel gespecialiseerd in palliatieve zorgen (*high care hospice*). Huis Xenia is een voorbeeld van een *high care hospice*. Deze instelling, met 6 kamers, elk met sanitaire voorzieningen, verwelkomt jongvolwassenen (jonger dan 40 jaar) bij wie de zorg de tussenkomst vereist van personeel gespecialiseerd in palliatieve zorg. De meesten blijven er tot het einde. Anderen komen er even op krachten of verblijven er tijdens overgangperiodes.

1.5. Advies Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over palliatieve zorg

De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) gaf in 2016 al een advies uit over de organisatie van de palliatieve zorg (NRZV/D/131-4). Dit zijn de krachtlijnen:

- Centrale doelstelling blijft om de patiënt zo veel en zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving de passende zorg te kunnen bieden.
- Een beter gebruik van de bestaande zorgstructuren door in te zetten op:
 - de verdere uitbouw van een beleid van vroegtijdige zorgplanning;
 - oriëntatie en identificatie van de palliatieve patiënt via een gevalideerd instrument;
 - de rol van de mobiele palliatieve equipes intra-, extra- en transmuraal te ondersteunen en financieel versterken;
 - het meenemen van globale knelpunten over de bestaande palliatieve zorgstructuren;
 - opnemen van palliatieve stages voor alle zorgberoepen.
- Een beperkte en selectieve uitbreiding van Sp-bedden in bepaalde ziekenhuisnetwerken kan een oplossing bieden voor de mogelijke leemtes in de opstelling van de huidige erkende PZE.
- Verder kan gekozen worden voor een uitbreiding en differentiatie van de bestaande structuren. Bijvoorbeeld via step up-afdelingen zoals *middle care units*. Dat kan bijdragen aan een betere inzet van middelen voor de zorgvragen.
- De FRZV staat achter een brede analyse per ziekenhuisnetwerk die resulteert in een zorgstrategisch plan voor palliatieve zorg.

De FRZV bracht de verschillende palliatieve zorgstructuren in relatie tot de aard van de zorgnoden, de randaccommodatie en de continuïteit samen in een tabel.

Palliatieve zorgstructuren			Dag- opvang	Dag- verzorging	Nacht- opvang	MBE* Pall zorg	Palliatief support team	Middle care	Palliatieve zorg- eenheid
Aard van de zorgnoden									
	Stabiliteit	Acuut, niet stabiel					X		X
		Chronisch, stabiel	X	X	X	X	X	X	
	Complexiteit	Hoog				X	X		X
		Matig		X	X	X	X	X	X
		Laag	X	X	X	X	X	X	
Randaccommodatie									
	Ziekenhuisomgeving vereist						X		X
	Kan aansluiten bij WZC		X	X	X	X		X	
	Kan op zichzelf bestaan		X	X	X	X		X	
Continuïteit zorgaanbod									
	Enkel overdag		X	X		X	X		
	Enkel 's nachts				X	X			
	24/7					X		X	X
Doelgroep									
	Enkel palliatieve patiënten					X	X		X
	Ook andere chronische ziekten vb. psychisch lijden		X	X	X	X	X	X	

*Multidisciplinaire begeleidingsequipe palliatieve zorg

Deze krachtlijnen vormden het vertrekpunt voor een geactualiseerd advies. De FRZV stelt vast dat er meerdere interventies nodig zijn om de problematiek van een gepaste opvang van palliatieve patiënten op te vangen.

Vier op de tien palliatieve patiënten krijgt momenteel geen palliatieve zorg

In juli 2023 deed Zorgnet-Icuro een bevraging over palliatieve patiënten in 28 Vlaamse ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat voor ruim 4 op de 10 palliatieve patiënten waarvoor in de laatste 5 jaar een opname in een palliatief bed werd aangevraagd, geen oplossing werd gevonden. 27% van de patiënten overleden in het ziekenhuis vooraleer ze konden worden opgenomen in een palliatief bed. Er waren grote variaties in deze percentages, afhankelijk van de regio. Sommige geriatrische afdelingen kiezen er soms voor zelf levenseindezorg te verlenen aan patiënten die bij hen reeds lang gekend zijn. Deze percentages zijn enkel richtinggevend.

De FRZV stelt vast dat er, naast de Sp4-bedden, een grote behoefte bestaat aan een andere vorm van palliatieve opvang, namelijk de *middle care* of *medium care* bedden. Het gaat dan om een residentiële opvang in een omgeving die op een minder intense manier de zorg voor palliatieve patiënten kan opnemen.

Vanuit de bezorgdheid over een goede toegankelijkheid voor elke patiënt wordt ook hier aangedrongen op een goede geografische spreiding en financiële toegankelijkheid. Gezien de specifieke nood aan palliatieve omkadering zal hier ook een numeriek voldoende hoge personeelsinzet en ondersteunende diensten aangeboden moeten worden³. Een nauwe samenwerking met het palliatief support team en de palliatieve thuiszorgteams is aangewezen. Voor het medisch toezicht is een huisarts of geriater volgens de FRZV het meest geschikte profiel, maar dit kan ook door andere artsen-specialisten met expertkennis in palliatieve zorg opgenomen worden. In ieder geval is een specifieke opleiding inzake palliatieve zorg noodzakelijk en dient er voldoende aandacht te zijn voor de holistische benadering van de patiënt. Het concept van *middle care* bedden dient niet noodzakelijk aan te sluiten bij de bestaande palliatieve eenheden.

Behoefte is groot en dringend

De FRZV stelt tegelijk vast dat er ook initiatieven zijn om dergelijke *medium care* bedden in te richten in andere residentiële settings dan ziekenhuizen. Woonzorgcentra zijn hiervoor een optie, maar de uitwerking valt buiten de scope van het advies van de FRZV, net als het concept van hospicezorg in het kader van andere initiatieven.

De FRZV merkt hierbij op dat de programmatie van Sp4-bedden in palliatieve eenheden in een acuut ziekenhuis slechts één element is in een waaier van mogelijkheden in de palliatieve zorg. De behoefte wordt als zeer groot en zeer dringend ervaren. Afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus is dan ook aangewezen om de organisatie van de palliatieve zorg zodanig af te stemmen dat de noden van de patiënt in zijn terminale levensfase op een kwaliteitsvolle manier kunnen worden opgevangen.

1.6. Hospicezorg in Vlaanderen

1.6.1. Kwalitatief onderzoek naar hospicezorg

In 2022 deden dr. Kirsten Hermans en prof. dr. Anja De Clercq van Lucas (KU Leuven) onderzoek naar de werking van de twee hospices in Vlaanderen⁴. Dit kwalitatief onderzoek wil de ervaringen met hospicezorg in kaart brengen van zowel zorgprofessionals als naasten van personen die het levenseinde naderen.

Bijna thuis

Zorgprofessionals en naasten benadrukten de meerwaarde van de rustige sfeer in de hospices. De gejaagdheid en drukte die soms in een ziekenhuis of zelfs thuis heerst, valt in een hospice weg. Mensen ervaren er over het algemeen een sterk “bijna-thuisgevoel”. Dat heeft enerzijds met de huiselijke inrichting in de hospices te maken maar ook met de familiale en vertrouwde manier waarop formele en informele zorgverleners de bewoners en naasten benaderen. Ook nabijheid wordt als grote meerwaarde beschouwd. Enerzijds gaat het over geografische nabijheid. Bewoners verblijven namelijk gewoonlijk in een hospice dicht bij hun thuisomgeving of in de omgeving waar de naasten wonen. Anderzijds gaat het over het feit dat er altijd iemand aanwezig of nabij is in de hospices. Dat maakt dat bewoners zich aan hun levenseinde minder angstig voelen. De belangrijke rol van vrijwilligers wordt in dit opzicht meermaals aangehaald. Mantelzorgers benadrukten bovendien dat ze zich ondersteund voelden. In het hospice voelt men zich geen zorgverlener en kan men opnieuw partner, kind of vriend zijn. Bovendien kan men er af en toe tussenuit aangezien er in het hospice altijd iemand aanwezig is. Ook hier wordt het verschil aangehaald met de thuissituatie en het ziekenhuis, waar mantelzorgers nog een groot deel van de zorgtaken op zich nemen.

Een bijkomende meerwaarde is de betrokkenheid van het zorgteam. Zorgprofessionals in een hospice bouwen op zeer korte tijd een vertrouwensband op met bewoners en hun naasten, werken zeer nauw samen en bieden multidimensionale zorg op psychisch, medisch, spiritueel en sociaal vlak. Ook de eigen huisarts en de CRA zijn sterk betrokken bij het palliatieve zorgtraject.

Eenvoudige communicatie

Een hospice hecht veel belang aan formele en informele communicatie. Op korte termijn organiseren zorgprofessionals verschillende interdisciplinaire overlegmomenten met de bewoner en zijn naasten om de noden en wensen te bespreken en om het behandelplan aan te passen. Naasten hebben het gevoel dat ze altijd bij iemand terecht kunnen met hun vragen en dat ze de kans hebben om zelf met de (huis)arts te communiceren. Ze appreciëren ook de vele informele babbels met de zorgprofessionals.

Tot slot worden het afscheid en het overlijden als positief en sereen ervaren en wordt er in de hospices veel belang gehecht aan nazorg. Zo krijgen partners die samen met hun naasten in een koppelkamer verbleven de mogelijkheid om in het hospice te blijven tot na de begrafenis. Bovendien nemen zorgprofessionals twee weken tot een maand na het overlijden contact op met de naasten om te bespreken hoe zij de zorgen in het hospice en de omstandigheden rond het overlijden hebben ervaren. De zorgprofessionals organiseren ieder half jaar een herdenkingsviering om de overledenen te eren. Hospice De Klaproos richt momenteel ook een troostplek in.

De meerwaarde van Hospice Care werd via deze kwalitatieve studie aangetoond, de knelpunten werden expliciet benoemd. Het onderzoeksrapport omvat concrete aanbevelingen voor de toekomst.

Hospices mogelijk maken voor meer mensen

De erkenning en subsidiëring van hospices door de overheid is op termijn noodzakelijk om het voortbestaan en de uitbreiding van hospices mogelijk te maken. Op die manier kunnen de prijzen voor de bewoners dalen, zodat hospices toegankelijk worden voor een bredere doelgroep. Bijkomende financiering kan ertoe bijdragen dat meer zorgprofessionals aangeworven kunnen worden (vooral voor 's avonds en 's nachts) en de nodige vormingen rond gespreksvoering over het levenseinde aan zorgprofessionals en vrijwilligers kunnen worden georganiseerd.

Huisartsen krijgen het advies om personen met palliatieve zorgnoden al vroeger op de hoogte te brengen van de mogelijkheid om naar een hospice te verhuizen in de terminale fase. Op die manier kunnen personen vooraf al een bezoek brengen aan het hospice en kennismaken met de zorgprofessionals. Bovendien kan zo een spoedopname in het ziekenhuis vermeden worden. Ook de zorgprofessionals van de hospices kunnen een bijdrage leveren aan de verdere bekendmaking. Huisartsen en zorgprofessionals in ziekenhuizen geven we het advies om ook meer mensen toe te leiden die geen oncologisch profiel hebben.

Momenteel zijn er vijf hospices in Vlaanderen, verbonden aan een woonzorgcentrum:

- [Hospice Aulighem verbonden aan WZC Sint-Vincentius, Avelgem](#)



- [Hospice De Klaproos verbonden aan WZC Huize Nazareth in Goetsenhoven-Tienen](#)



- [Hospice Asteria verbonden aan WZC Home Vrijzicht, Elverdinge - Ieper](#)



- [CODA in Wuustwezel \(als enige een combinatie van SP4 met woonzorg\)](#)



- Hospice Avondlicht in Koksijde, verbonden met woonzorgnetwerk Dunecluze.

Deze vijf hospices bieden zorg zonder dat hiervoor een aangepast normen- en financieringskader bestaat. Het aanbod is dus beperkt, terwijl de vraag steeds groter wordt. Om hospicezorg te optimaliseren, het voortbestaan van hospices mogelijk te maken en het huidige aanbod uit te breiden, zijn er echter meer empirische gegevens nodig over de meerwaarde en de knelpunten.

1.6.2. Visienota en Vlaams palliatief actieplan

Het Departement Zorg startte eind 2022 in opdracht van de minister van Welzijn een co-creatief proces om samen met het brede zorglandschap een nieuwe visie over de organisatie van palliatieve zorg in Vlaanderen vorm te geven. De focus ligt op die domeinen waar Vlaanderen voor bevoegd is en meer specifiek op de palliatieve zorg in de thuisomgeving. Daarbij wil men palliatieve zorg verder zijn plaats geven binnen de werking van de eerstelijnszones als toonbeeld van geïntegreerde zorg.

Dit resulteerde in een visienota op palliatieve zorg. De nota is opgebouwd rond 4 belangrijke pijlers:

- de palliatieve persoon staat steeds centraal;
- er wordt ingezet op toegankelijkheid en sensibilisering, zowel bij zorgverleners als bij het brede publiek;
- er is een tijdige detectie, zorgvuldige beoordeling en tijdige behandeling van de zorg- en ondersteuningsnoden van de palliatieve persoon;
- zorgcontinuïteit is belangrijk: reguliere zorg en palliatieve zorg vormen één geheel.

Bedoeling is dat palliatieve zorg integraal deel uitmaakt van het zorg- en ondersteuningsplan van iedere persoon, zodat alle betrokken welzijns- en zorgaanbieders optimaal kunnen samenwerken in functie van de wensen en noden van de palliatieve persoon. Daarnaast is er ook extra aandacht voor de mantelzorgers en de naasten. Ook hun noden en wensen zijn belangrijk bij het uitwerken van zorg op maat; hun keuzes en grenzen moeten daarbij gerespecteerd worden.

De persoon staat centraal		
1. Er is aandacht en respect voor de persoon 2. Er is een positieve visie op gezondheid 3. Zelfregie wordt maximaal bevorderd 4. Er is aandacht voor inclusie van alle groepen		
Sensibilisering en toegankelijkheid	Zorg- en ondersteuningsnoden	Zorgcontinuïteit
1. Er is een hoge palliatieve geletterdheid 2. Informatie op maat is beschikbaar en toegankelijk 3. Het aanbod is maximaal toegankelijk 4. Er is professionele begeleiding 5. Iedereen uit de omgeving wordt betrokken 6. Het administratief proces is eenvoudig en duidelijk	1. Er wordt gestart met palliatieve zorg 2. Keuzes worden gemaakt door de persoon zelf en gerespecteerd door iedereen 3. Er wordt rekening gehouden met alle aspecten 4. Er is een digitaal zorg- en ondersteuningsplan met levens(einde)doelen	1. Er is naadloze zorg 2. Er is continuïteit van palliatieve zorg en ondersteuning in de tijd 3. Er is zorgcoördinatie en case management (incl. conflictbemiddeling) 4. Er zijn voldoende zorg- en hulpverleners
Er is ook aandacht voor de mantelzorger / naasten		

Overzicht van het palliatief ecosysteem



In de visienota wordt niet verwezen naar hospicezorg, omdat die in de bestaande erkende palliatieve zorginfrastructuur onbekend is.

2. Erkenningsvoorwaarden centrum voor hospicezorg

2.1. Centrum voor hospicezorg: een nieuwe woonzorgvorm in het woonzorgdecreet

Om de hospicezorg in Vlaanderen verder uit te bouwen is het belangrijk om deze woonzorgvorm te integreren in een juridisch kader binnen de Vlaamse bevoegdheden, meer bepaald binnen het woonzorgdecreet. Op die manier kan hospicezorg geprogrammeerd, erkend en gesubsidieerd worden. De erkenning kan verleend worden aan een door de Vlaamse overheid reeds erkende voorziening zoals een woonzorgcentrum, een kortverblijf, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een groep van assistentiewoningen... op voorwaarde dat zij aan de erkenningsvoorwaarden voldoen.

Wij stellen voor het **woonzorgdecreet** van 2018 als volgt aan te passen:

Hoofdstuk 2. Doelstelling en opdrachten van de woonzorgvoorzieningen en de vereniging voor mantelzorgers en gebruikers

Nieuwe afdeling: centrum voor hospicezorg

Een centrum voor hospicezorg is een woonzorgvoorziening waar in een aangepaste infrastructuur gedurende een beperkte periode palliatieve zorg en ondersteuning aangeboden wordt aan personen vanaf 18 jaar met een terminale aandoening en een palliatief statuut, voor wie thuiszorg niet meer haalbaar is én voor wie een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is.

Artikel XX

Het centrum voor hospicezorg heeft de volgende opdrachten:

- 1° aangepaste huisvesting ter beschikking stellen;
- 2° de gebruikelijke huishoudelijke, logistieke en administratieve ondersteuning aanbieden;
- 3° interdisciplinaire palliatieve zorg en ondersteuning aanbieden op het vlak van:
 - a) persoonsverzorging, paramedische en verpleegkundige zorg;
 - b) psychosociale, agogische en existentiële ondersteuning;
 - c) medische zorg
- 4° levensbeschouwelijke begeleiding in het bereik brengen;
- 5° de ondersteuning van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk;
- 6° de ondersteuning en nazorg van de familie;
- 8° ervoor zorgen dat voor elke gebruiker een voor zorgverleners toegankelijk palliatief woonzorgleefplan wordt opgemaakt dat permanent wordt bijgewerkt en afgestemd is met de gebruiker, met als doel de palliatieve zorg en ondersteuning aan de gebruiker continu, persoonsgericht en op maat te laten verlopen in functie van zijn evoluerende palliatieve zorg- en ondersteuningsvraag.

De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een centrum voor hospicezorg verricht om zijn doelstelling uit te voeren naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid.

2.2. Hospicezorg: een nieuwe bijlage van het stambesluit van het woonzorgdecreet

Eens opgenomen als nieuwe woonzorgvorm in het woonzorgdecreet van 2018 kan eveneens een nieuwe bijlage toegevoegd worden aan het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

Hoofdstuk 1. Definities

Artikel 1.

In deze bijlage wordt verstaan onder:

- 1° centrum: een centrum voor hospicezorg;
- 2° gebruiker: een natuurlijke persoon die 18 jaar of ouder is en zich in een terminale fase bevindt;
- 3° gebruikersdossier: een document dat door het centrum in aansluiting op het digitaal zorgen en ondersteuningsplan en in samenspraak met de gebruiker wordt opgemaakt en dat de noden, de verwachtingen en de voorkeuren van de gebruiker op het vlak van het verblijf, de zorg en ondersteuning en het leven in het centrum bepaalt, de interventies daarvoor beschrijft en op regelmatige wijze evalueert;
- 4° hospicezorg: een vorm van zorg- en dienstverlening, die plaatsvindt op (en/of vanuit) een locatie, ten behoeve van ernstig zieke mensen met een levensverwachting van maximaal drie maanden. De zorg wordt er verleend door naasten en familieleden, vrijwilligers en professionals. De naasten en familieleden ontvangen ook de nodige zorg van de vrijwilligers en de professionals. In de hospicezorg wordt een brede kijk op de bewoners en hun naasten gehanteerd. Zo is er aandacht voor alle noden die er kunnen zijn, op zowel fysiek, psychisch, sociaal als spiritueel-religieus vlak.

Hoofdstuk 2. Programmatie

Artikel 2.

§ 1. Het programmacijfer voor de verblijfseenheden in de centra hospicezorg in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wordt vastgelegd op acht verblijfseenheden per eerstelijnszorgzone.

§ 2. De volgende criteria zijn de evaluatiecriteria voor de centra, vermeld in artikel 2, 2°: zijn:

- 1° de gemiddelde bezetting van de verblijfseenheden die al bestaan;
- 2° de visie op de hospicezorg;
- 3° een verslag van de initiatiefnemers waaruit blijkt dat het initiatief afgestemd werd met de zorgraad en de bestaande palliatieve zorgvormen werkzaam in de eerstelijnszone;
- 4° de samenwerkingsverbanden;
- 5° de verwachte rentabiliteit en prijszetting;
- 6° de professionele kwaliteitsgaranties van de initiatiefnemer;
- 7° de datum waarop de ontvankelijke aanvraag van een voorafgaande vergunning is ingediend.

Om erkend te worden dient het centrum voor hospicezorg minimaal over 2 en maximaal 4 verblijfseenheden te beschikken.

De minister kan de evaluatiecriteria aanvullen of specificeren.

Hoofdstuk 3. Specifieke erkenningsvoorwaarden

Afdeling 1. Algemene bepalingen

Artikel 3.

Aanvullend op artikel 4, 5, 7, 8, 25 tot en met 27, artikel 39, §2, artikel 48, 49, en 59 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 gelden voor de erkenning van centra voor hospicezorg specifieke voorwaarden, vermeld in dit hoofdstuk.

Afdeling 2. Voorwaarden voor de zorg en ondersteuning

Onderafdeling 1. Rechten en plichten

Artikel 4.

De gebruikers van een centrum en hun mantelzorgers hebben dezelfde rechten en plichten als de gebruikers van een woonzorgcentrum. Daarbij leven de centra de regels na over de overhandiging van een interne afsprakennota, het sluiten van een schriftelijke opnameovereenkomst, vermeld in artikel 12 tot en met 16 en artikel 19 van bijlage 11.

In afwijking van het eerste lid gelden specifiek voor een verblijf in een centrum al de volgende voorwaarden:

- 1° de schriftelijke opnameovereenkomst, tussen de gebruiker en het centrum, is van onbepaalde duur;
- 2° de termijn om de schriftelijke opnameovereenkomst op te zeggen bedraagt voor de gebruiker maximaal drie dagen en voor de voorziening minstens zeven dagen.

Artikel 5.

Als na een acute situatie die onmiddellijke actie vereist, het verblijf in het hospice niet langer duurt dan zeven dagen, hoeven de toepasselijke administratieve voorschriften niet te worden nageleefd. De hulpverlening verloopt altijd conform de geldende bepalingen in het woonzorgcentrum waarin het centrum voor hospicezorg is gevestigd. Het centrum kan aantonen dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op de eerste verblijfsdag schriftelijk is geïnformeerd over minstens de volgende elementen:

- 1° de dagprijs;
- 2° de supplementen.

Onderafdeling 2. Algemene bepalingen over de zorg en ondersteuning en de kwaliteit van de zorg en ondersteuning

Artikel 6.

Wat de zorg en ondersteuning en de kwaliteit ervan betreft, zijn op het centrum artikel 22 tot en met 26 van bijlage 11 van overeenkomstige bijlage woonzorgcentra van toepassing. Het centrum integreert zijn kwaliteitsbeleid in dat van het woonzorgcentrum waaraan het is gevestigd, maar het zorgt ervoor dat de relevante gegevens over zijn werking afzonderlijk raadpleegbaar blijven.

Artikel 7.

Voorafgaand aan het verblijf van een gebruiker wordt door het centrum twee inschalingsinstrumenten afgenomen:

1. de Palliative Care Indicator Tool (PICT).
2. de Palliative Performance Scale (PPS).

Na afname van deze schalen wordt binnen het interdisciplinair overleg beslist of de gebruiker in aanmerking komt voor verblijf in het centrum.

Aan de gebruiker wordt vanaf het moment van het verblijf in het centrum altijd op een interdisciplinaire wijze de nodige individuele palliatieve zorg en ondersteuning, vermeld in artikel 29 van bijlage 11, geboden.

Artikel 8.

Op de eerste verblijfsdag wordt voor elke gebruiker een palliatief zorgdossier opgemaakt, met instemming van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. In voorkomend geval sluit dat aan bij het palliatieve zorg- en ondersteuningsplan, opgemaakt door de gebruiker, zijn vertegenwoordiger of mantelzorgers en de zorgaanbieders in de thuiszorg voorafgaand aan het verblijf. Het gebruikersdossier bevat al de volgende gegevens:

1° Een administratief deel dat de volgende elementen bevat:

- a) de identiteitsgegevens;
- b) de inlichtingen over zijn sociale zekerheidssituatie die noodzakelijk zijn om eventueel aanspraak te kunnen maken op sociale tegemoetkomingen;
- c) de voor- en achternaam en de contactgegevens van de contactpersoon en, in voorkomend geval, van de vertegenwoordiger van de gebruiker, en van de mantelzorger(s);
- d) de voor- en achternaam en de contactgegevens van de behandelend(e) arts(en);
- e) de voorkeur van ziekenhuis;
- f) in voorkomend geval de naam en de contactgegevens van externe zorgverstrekkers op vraag van de gebruiker;

2° Een deel betreffende de palliatieve zorg en ondersteuning dat de volgende elementen bevat:

- a) persoonlijke kenmerken, gewoonten, levensloop;
- b) individuele wensen en verwachtingen op het vlak van de palliatieve zorg, het wonen en het leven in het centrum;
- c) individuele behoeften, verwachtingen en voorkeuren op het vlak van de palliatieve zorg;
- d) de afspraken en afstemming rond de individuele palliatieve zorg en ondersteuning;
- f) de afspraken rond de diëten en voedingsgewoonten;
- g) het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier;
- h) de liaisonfiche met de noodzakelijke gegevens in geval van nood of ziekenhuisopname.

3° Een medisch deel dat de volgende elementen bevat:

- a) de medische voorgeschiedenis en medische probleemlijst;
- b) de klinische gegevens op de eerste verblijfsdag en tijdens het verblijf;
- c) de allergieën, vaccinaties en dieetvoorschriften;
- d) in voorkomend geval, de DNR-code die geactualiseerd is en met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger afgestemd is;
- e) de afspraken over de palliatieve zorg en de levenseindezorg;
- f) het medicatieschema met de redenen om een geneesmiddel op te starten, te wijzigen of het gebruik ervan stop te zetten.

Artikel 9.

Er wordt gestructureerd en op interdisciplinaire wijze overlegd over het gebruikersdossier met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en, als de gebruiker dat wil, zijn mantelzorger(s). Daarbij wordt de keuzevrijheid en een maximale persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid van de gebruiker gewaarborgd op de volgende wijze:

1° de gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan altijd inzage vragen, in dat deel van het gebruikersdossier dat hem rechtstreeks aanbelangt en heeft het recht op rectificatie van zijn gegevens. Hij kan zelf gegevens noteren op een daarvoor vastgestelde ruimte. Die gegevens kunnen aanzetten tot dialoog en tot aanpassing van het gebruikersdossier;
2° het gebruikersdossier en de individuele dossiers van de behandelaars en de huisarts worden bewaard met de vereiste technische en organisatorische maatregelen ter bescherming van de persoonsgegevens, zodat alleen die personen die daarvoor bevoegd zijn er toegang toe hebben. Bij ontslag van de gebruiker uit het centrum begeleidt de beheersinstantie de gebruiker voldoende opdat hij met de nodige afspraken over de zorgafstemming naar zijn thuismilieu kan terugkeren.

Afdeling 3. Voorwaarden voor de organisatie en de werking

Onderafdeling 1. De organisatie van de zorg en ondersteuning

Artikel 10.

Wat de organisatie van de zorg en ondersteuning betreft, zijn artikel 32, 33, 38, 39 en 40 van bijlage 11 van overeenkomstige toepassing op het centrum.
Op het centrum is artikel 33/1 van bijlage 11 van overeenkomstige toepassing.

Onderafdeling 2. De inspraak van de gebruikers en de klachtenbehandeling

Artikel 11.

De gebruikers hebben dezelfde rechten om suggesties, opmerkingen of klachten te formuleren als de gebruikers van een woonzorgcentrum.

Onderafdeling 3. Facturatie

Artikel 12.

Op het centrum is voor de facturatie hoofdstuk 3, afdeling 3, onderafdeling 3, van bijlage 11, van overeenkomstige toepassing.

Afdeling 4. Voorwaarden voor de personeelsomkadering

Artikel 13.

Voor het centrum wordt het aantal personeelsleden in de zorg en ondersteuning op 30 verblijfseenheden bepaald op het dubbel aantal voltijdsequivalenten van het forfait C.

Huidige VTE voor forfait C voor 30 bewoners	Deel A1	Deel A2	Samen	Per/G
Verpleegkundigen	5	0,75	5,75	0,19
Zorgkundigen	6,2	0,93	7,13	0,24
Kinesitherapeut / ergo / logo / reactivering	1,6	0,24	1,84	0,06
Totaal	12,8	1,92	14,72	0,49

Huidig aantal VTE voor forfait C voor 30 bewoners X2	Deel A1	Deel A2
Verpleegkundigen	10	1,5
Zorgkundigen	12,4	1,86
Kinesitherapeut / ergo / logo / reactivering	3,2	0,48
Totaal	25,6	3,84

Omgezet in VTE per gebruiker geeft dit:

Huidige VTE voor forfait C voor 30 bewoners	Deel A1	Deel A2	Samen
Verpleegkundigen	0,33	0,05	0,38
Zorgkundigen	0,41	0,06	0,47
Kinesitherapeut / ergo / logo / reactivering	0,10	0,02	0,12
Totaal	0,84	0,13	0,97

Het centrum kan de **bijkomende VTE flexibel (interdisciplinair)** bovenop de personeelsnormen van het forfait C inzetten.

Al het zorgpersoneel dat actief is in het centrum heeft een opleiding palliatieve gevolgd en wordt continu bijgeschoold.

De 24 uur op 24 uur aanwezigheid van een verpleegkundige wordt gewaarborgd zoals bepaald en van toepassing voor het woonzorgcentrum pro rata.

Het keuken en onderhoudspersoneel wordt bepaald zoals van toepassing voor het woonzorgcentrum pro rata.

Artikel 14.

De directeur van het woonzorgcentrum voert ook de directie van het centrum.

Artikel 15.

Artikel 48 en 49 van bijlage 11 zijn van overeenkomstige toepassing.

Afdeling 5. Samenwerkingsverbanden

Artikel 16.

De initiatiefnemer sluit een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met:

- 1° een erkende dienst palliatieve zorg van een of meerdere ziekenhuizen;
- 2° een palliatief netwerk;
- 3° een multidisciplinaire begeleidingsequipe palliatieve zorg.

Artikel 17.

De coördinerend en raadgevende arts heeft zich aantoonbaar in het bijzonder vervolmaakt in de palliatieve zorgverlening.

Afdeling 6. Voorwaarden voor de infrastructuur

Onderafdeling 1. Veiligheid

Artikel 18.

Het centrum voldoet aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering van een woonzorgcentrum.

Onderafdeling 2. Het gebouw

Artikel 19.

Het gebouw van een centrum is architectonisch verbonden aan een woonzorgcentrum en voldoet aan al de volgende voorwaarden:

- 1° het centrum beantwoordt aan de voorwaarden voor de infrastructuur die van toepassing zijn op het woonzorgcentrum waaraan het is verbonden;
- 2° de hospicezorg wordt in een eenpersoonskamer aangeboden;
- 3° een rechtstreekse toegang tot het hospice voor cliënt en naasten/bezoek;
- 4° een aparte gespreksruimte en/of een eetruimte en/of een leefruimte;
- 5° toegang tot een aparte buitenruimte;
- 6° de woongelegenheden worden zo ingericht en correct onderhouden dat ze op elk moment in gebruik genomen kan worden.

3. Financieringsvoorwaarden centrum voor hospicezorg

Bij de beschrijving van de financiering van het centrum voor hospicezorg is het belangrijk te wijzen op de huidige structurele onderfinanciering van de residentiële zorg voor ouderen. Sinds heel wat jaren pleit Zorgnet-Icuro om het aantal VTE op te trekken van 0,6 naar 0,9 VTE. De zorgwaarde zal nog toenemen, evenals het aantal palliatieve zorgvragen in de woonzorgcentra. Dit is een gegronde en redelijke eis.

Het huidige forfait voor de financiering van de palliatieve functie in de basistegemoetkoming van 0,4 euro per dag per bewoner is op zijn minst onbillijk te noemen. Met andere woorden, naast de financiering van de hospicezorg dient dringend werk te worden gemaakt van de aanpassing van de gefinancierde zorgpersoneelsnormen in de woonzorgcentra.

Voor de verblijfseenheden in het centrum voor hospicezorg gaan we uit van een aangepaste en correcte zorgfinanciering en dit in functie van de specifiek bepaalde personeelsnormen in de hospicezorg,

Het huidig C-forfait wordt geraamd op 102,90 euro per dag¹⁴. Zoals eerder gesteld, ramen we het forfait voor hospicezorg grosso modo op **206 euro per dag** (het dubbele van het C-forfait).

3.1. Drie mogelijke scenario's

Voor de financiering van het verblijf in het centrum voor hospicezorg zijn er twee financieringskanalen: enerzijds de dagprijs (conform de bestaande regelgeving voor woonzorgcentra) en anderzijds een vergoeding van de effectieve zorgkosten.

Er zijn drie mogelijke scenario's voor de zorgfinanciering:

Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Zorgkost wordt volledig gefinancierd via de Vlaamse sociale bescherming	Zorgkost wordt volledig gefinancierd door de federale overheid aan de hand van een convenant	Zorgkost wordt deels gefinancierd via de Vlaamse sociale bescherming, aangevuld met de mogelijkheid om via RIZIV-prestaties de medische, verpleegkundige en paramedische zorg te factureren
Een aangepaste basistegemoetkoming wordt voorzien pro rata van 206 euro per dag	Een RIZIV-bedrag wordt voorzien van 206 euro per dag	Een aangepaste basistegemoetkoming wordt voorzien pro rata van 103 euro per dag
Infrastructuurforfait (VIPA)	Infrastructuurforfait (VIPA)	Infrastructuurforfait (VIPA)
Er wordt een bepaald percentage leegstand in de zorgkost ingecalculeerd (10%)	Er wordt een bepaald percentage leegstand in de zorgkost ingecalculeerd (10%)	Er wordt een bepaald percentage leegstand in de zorgkost ingecalculeerd (10%)
Gebruiker betaalt een dagprijs (vandaag gemiddeld 70 euro/dag)	Gebruiker betaalt een dagprijs (vandaag gemiddeld 70 euro/dag)	Gebruiker betaalt een dagprijs (vandaag gemiddeld 70 euro/dag)

3.2. Meerjarenbegroting

Voor de financiering van de zorgkost pleit Zorgnet-Icuro voor de opmaak van een meerjarenbegroting.

Programmatie van 8 verblijfseenheden per eerstelijnszone (60) = 480 verblijfseenheden. Wij stellen voor om gedurende de volgende 5 jaar elk jaar 96 verblijfseenheden in een centrum voor hospicezorg te erkennen en te financieren. Er wordt gerekend op een bezettingspercentage van minstens 90% op jaarbasis ($€206 + 10\% = €227$).

	Aantal bijkomende verblijfseenheden	Bedrag in euro	Gecumuleerd in euro
Jaar 1	96	7.954.080	7.954.080
Jaar 2	96	7.954.080	15.908.160
Jaar 3	96	7.954.080	23.862.240
Jaar 4	96	7.954.080	31.816.320
Jaar 5	96	7.954.080	39.770.400
Totaal	480		119.311.200

Voor de financiering van de infrastructuurkost wordt eveneens een meerjarenbegroting opgemaakt.

	Aantal verblijfseenheden	365 dagen x €6,07 infrastructuurforfait in euro	Gecumuleerd in euro
Jaar 1	96	212.693	212.693
Jaar 2	96	212.693	425.386
Jaar 3	96	212.693	638.079
Jaar 4	96	212.693	850.772
Jaar 5	96	212.693	1.063.465
Totaal	480		3.190.395

Besluit

Palliatieve zorg, waaronder hospicezorg, maakt deel uit van een kwaliteitsvolle gezondheids- en welzijnszorg. Naast preventie, *cure* en *care* is palliatieve zorg een volwaardig zorgaspect dat alle beleidsaandacht verdient.

Internationaal is hospicezorg als concept zichtbaar in de palliatieve zorg. Een centrum voor hospicezorg verbonden aan een woonzorgcentrum en al dan niet ingebed in een centrum voor kortverblijf of een groep van assistentiewoningen vervult een leemte in het Vlaamse palliatief zorglandschap. En, niet onbelangrijk, het kan ertoe bijdragen dat overbodige opnames in een ziekenhuis kunnen worden voorkomen.

Dankzij hospicezorg kan kwaliteitsvolle palliatieve zorg worden geboden aan personen in een terminale fase én aan hun naasten. Dit door een interdisciplinair team van formele en informele zorgverleners met als doel optimale kwaliteit van leven, rouw en sterven bereikbaar te maken. Patiënten kunnen toegeleid worden vanuit de thuiszorg of het ziekenhuis. Een belangrijk aandachtspunt in de hospicezorg is de coördinatie van het vrijwilligerswerk.

Elk centrum voor hospicezorg maakt deel uit van een netwerk van palliatieve zorgvoorzieningen binnen een eerstelijnszone. De erkende centra voor hospicezorg vormen in Vlaanderen een expertisenetwerk en delen op structurele wijze expertise, kennis en ervaring.

Zowel de Vlaamse als de federale overheid zijn verantwoordelijk voor een betaalbare, kwaliteitsvolle en beschikbare palliatieve zorg. Het is aan hen om ervoor te zorgen dat, naast toezicht en handhaving van de erkenningsnormen van de palliatieve zorg in alle zorgsettings, inclusief hospicezorg, ook de financiële leefbaarheid van de palliatieve zorgvoorzieningen wordt gevrijwaard. Net als de financiële toegankelijkheid voor de persoon die zich in een palliatieve fase bevindt.

Hospice Aulighem en hospice de Klaproos brachten met financiële steun van de Stichting tegen Kanker een **kortfilm** uit om hospicecare bekender te maken bij de overheid en bij de actoren in de zorgsector. Deze kortfilm wil het belang, de meerwaarde en de werking van een hospice in beeld te brengen. Er wordt voortgebouwd op de Belgische kankerbarometer, Editie 2021, hoofdstuk 6 (Palliatieve zorg), waarin staat:



"Eén manier om een antwoord te bieden op de noden van palliatieve patiënten die geen gepaste plaats vinden binnen de huidige structuren zou het toevoegen van een nieuwe setting zijn: medium care."

Bekijk hier de film

Bijlagen

Bijlage 1: cijfers over (de plaats van) overlijdens in België en Vlaanderen⁵

Achter de cijfers van het aantal overlijdens in België gaan regionale verschillen schuil. Voor de ruimere referentieperiode (2018-2019-2021-2022) zien we een daling van het aantal overlijdens in 2023:

- -3,2% voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- -1,6% voor het Waals Gewest.
- In het Vlaams Gewest bleef het aantal overlijdens vrijwel gelijk tegenover dit bredere gemiddelde (+0,3%).

In vergelijking met 2022 daalde in 2023 het aantal overlijdens:

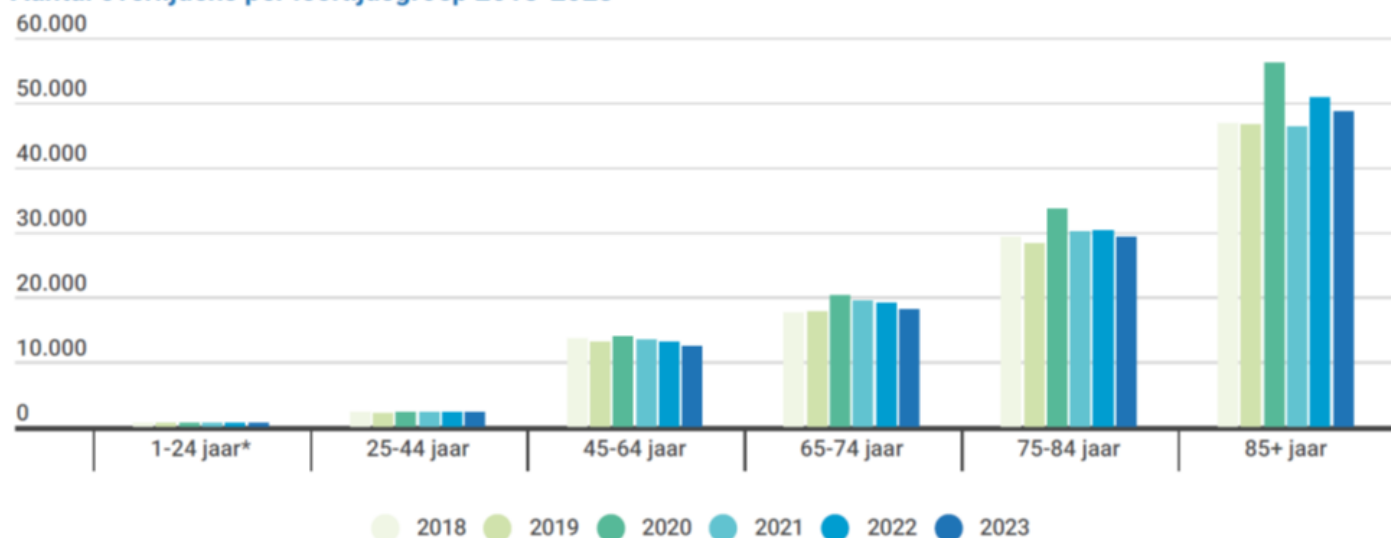
- -3,3% in Brussel
- -4,2% in Vlaanderen
- -4,7% in Wallonië

Misschien speelt het verschil in bevolkingsstructuur tussen de regio's een rol. Zo kende Vlaanderen op 01/01/2023 het grootste aandeel 85-plussers (3,3%), gevolgd door Wallonië (2,6%) en Brussel (2,1%).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolutie 2023 t.o.v. 2022 (in)	Evolutie 2023 t.o.v. gem. 2018- 2019- 2021-2022 (in %)
België	110.645	108.745	126.850	112.850	116.380	111.329	-4,3%	-0,6%
Vlaams Gewest	63.397	62.420	70.919	64.508	67.528	64.659	-4,2%	+0,3%
Waals Gewest	38.329	37.409	44.947	38.934	39.938	38.053	-4,7%	-1,6%
BHG	8919	8916	10.984	8849	8914	8617	-3,3%	

De veranderende bevolkingsstructuur speelt hoogstwaarschijnlijk ook een belangrijke rol bij de stijging van het aantal overlijdens die enkel bij 85-plussers werd waargenomen in 2023. Het aantal 85-plussers zit namelijk al een heel aantal jaren in stijgende lijn. Tussen 01/01/2018 en 01/01/2023 is er een stijging van het aantal 85-plussers met 6,8%. Dat verklaart minstens deels waarom het aantal overlijdens, ondank de globale daling in 2023, bij de 85-plussers stijgt.

Aantal overlijdens per leeftijdsgroep 2018-2023



Plaats van overlijden in Vlaanderen⁶

Zowel mannen als vrouwen overlijden vaak in het ziekenhuis. In 2020 vonden **46% van de sterfgevallen bij mannen** en **36% van de sterfgevallen bij vrouwen** plaats in het ziekenhuis. Maar voor het eerst overleden er duidelijk meer vrouwen in een woonzorgcentrum (45%) dan in een ziekenhuis (36%)⁷.

De hogere sterfte door covid heeft daarmee de trends van de voorbije jaren niet zozeer gewijzigd, maar vooral versterkt:

- het aandeel ziekenhuissterfte daalde gedurende de hele periode 2012-2020;
- het aandeel sterfgevallen in woonzorgcentra daarentegen steeg gestaag in dezelfde periode;
- het aandeel sterfgevallen thuis of op andere plaatsen bleef nagenoeg gelijk, op 25% bij mannen en 17,5% bij vrouwen.

	2017			2018			2019			2020		
	ALL	65-84	85+	ALL	65-84	85+	ALL	65-84	85+	ALL	65-84	85+
N-overlijdens	61.860	26.457	26.950	62.683	26.785	27.688	61.753	25.902	27.783	70.217	29.163	32.816
ZH	45,44%	52,75%	36,25%	44,83%	52,62%	35,18%	44,53%	52,83%	34,98%	41,02%	49,92%	31,28%
WZC	30,58%	20,46%	49,53%	31,22%	20,56%	50,00%	31,15%	20,08%	49,82%	34,97%	22,60%	54,10%
Thuis	21,21%	24,47%	13,20%	21,22%	24,23%	13,80%	21,57%	24,82%	14,07%	21,45%	25,33%	13,44%
Andere	2,77%	2,32%	1,02%	2,74%	2,59%	1,01%	2,76%	2,7%	1,13%	2,55%	2,15%	1,18%

Bijlage 2: de huidig beschikbare palliatieve zorginfrastructuur

Sp-bedden palliatief in algemene ziekenhuizen⁸

In België zijn er 379 erkende Sp-bedden voor palliatieve zorg⁹:

- In Vlaanderen zijn er 209 bedden, verspreid over 28 ziekenhuizen
- In het Waalse Gewest zijn er 116 Sp-bedden voor palliatieve zorg, verspreid over 18 ziekenhuizen
- Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beschikt over 54 Sp-bedden voor palliatieve zorg, verspreid over 5 ziekenhuizen

Sp-diensten voor palliatieve zorg zijn bestemd voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte in een terminale fase die palliatieve zorg nodig hebben. Deze diensten leggen zich specifiek toe op activiteiten als symptoomcontrole, psychologische begeleiding, rouwvoorbereiding en begeleiding en beschikken over minimum zes en maximum twaalf bedden.

Palliatieve support teams in algemene ziekenhuizen¹⁰

Elk ziekenhuis beschikt over een palliatief support team. Dat is een multidisciplinair team van deskundigen in palliatieve zorg, die advies en ondersteuning geven aan zorgverleners, patiënten en hun naasten. Aan elk PST-team is een arts, verpleegkundige en psycholoog verbonden. Dat kan aangevuld worden met andere disciplines, zoals maatschappelijk werkers en spirituele zorgverleners.

Palliatieve zorg in woonzorgcentra¹¹

Het Besluit van de Vlaamse Regering van 28/06/2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers (bijlage 11) beschrijft de erkenningsnormen van de woonzorgcentra op het vlak van de palliatieve zorg.

Van elk woonzorgcentrum wordt verwacht dat het een beleid voert over de vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg.

Wat betreft de organisatie van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg beschikt het woonzorgcentrum over een interdisciplinair team. Minstens de coördinerende en raadgevende arts en de door de initiatiefnemer aangestelde verantwoordelijke met een specifieke opleiding op het vlak van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg maken deel uit van dat interdisciplinair team. Dit interdisciplinair team wordt belast met:

- 1° de ontwikkeling van een palliatieve zorgcultuur, met respect voor de keuzes van de bewoner op het vlak van de vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak daarvan;
- 2° het formuleren van praktische en organisatorische adviezen over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg voor het personeel;
- 3° het bijwerken van de kennis en competenties van de personeelsleden, over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg;
- 4° de evaluatie van de kwaliteit van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg en de mate waarin deze worden afgestemd op de specifieke waarden, behoeften en keuzes van de bewoner.

Netwerken Palliatieve Zorg/Multidisciplinaire Begeleidingsequipes Palliatieve Zorg (MBE'S)¹²

Vlaanderen telt 15 Netwerken Palliatieve Zorg die samenwerken met een Multidisciplinaire Begeleidingsequipe Palliatieve Zorg (MBE'S). De netwerken en de MBE's worden gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

Een palliatief netwerk of samenwerkingsverband is een samenwerking rond palliatieve zorg tussen verschillende zorgverleners en zorgvoorzieningen in een bepaalde regio. Het netwerk biedt advies, informatie, ondersteuning en coördinatie aan alle zorgverleners die met palliatieve zorg te maken krijgen. Het doel is ervoor te zorgen dat de patiënt op een menswaardige manier kan sterven in de omgeving waar hij dat wenst.

Het netwerk voert de volgende opdrachten uit:

- de zorg- en hulpverlening rond een patiënt zo efficiënt mogelijk coördineren;
- raad geven aan hulp- en zorgverleners, ondersteuning en begeleiding bieden aan palliatieve patiënten en hun nabestaanden, in samenspraak met hun vertrouwde zorg- en hulpverleners;
- vorming organiseren voor zorg- en hulpverleners, vrijwilligers en andere betrokkenen. Een palliatieve deskundige zorgt mee voor de deskundigheidsbevordering;
- de bevolking inlichten over de beschikbare mogelijkheden in de palliatieve zorg.

Netwerken palliatieve zorg in Vlaanderen:

1. vzw netwerk palliatieve zorg Westhoek–Oostende
2. Heidehuis vzw (Noord-West-Vlaanderen)
3. Netwerk palliatieve zorg De Mantel vzw
4. Netwerk palliatieve zorg Zuid-West-Vlaanderen vzw
5. Netwerk palliatieve zorg Gent-Eeklo vzw
6. Netwerk levenseinde vzw (Zuid-Oost-Vlaanderen)
7. Netwerk palliatieve zorg Waasland vzw
8. Netwerk palliatieve zorg Aalst-Dendermonde-Ninove vzw
9. Forum palliatieve zorg (Brussel-Halle-Vilvoorde)
10. Palliatief netwerk arrondissement Leuven - PANAL vzw
11. Palliatief netwerk arrondissement Mechelen vzw - PNM
12. Palliatieve hulpverlening Antwerpen vzw - PHA
13. Netwerk palliatieve zorg Noorderkempen vzw
14. Palliatief netwerk arrondissement Turnhout vzw
15. Netwerk palliatieve zorg Limburg vzw

De MBE's gekoppeld aan de palliatieve netwerken:

De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE) zijn gespecialiseerde teams die zorgverleners en mantelzorgers ondersteunen bij de begeleiding van palliatieve personen die thuis of in een thuisvervangend milieu willen overlijden. Dat gebeurt in samenspraak met de huisarts van de palliatieve persoon en met zijn of haar zorgteam.

De begeleiding door de MBE is voor de persoon volledig gratis. Als er extra kosten zijn, bv. door bepaalde medicatie, moet de MBE de palliatieve persoon of zijn mantelzorger daarover altijd informeren.

De opdrachten van de MBE zijn:

- advies geven aan de betrokken zorgaanbieders
- in overleg met de betrokken zorgaanbieders (en met hun toestemming), palliatieve verzorging geven, organiseren en/of coördineren
- informatie verstrekken aan de palliatieve persoon, zijn familie en mantelzorgers over de palliatieve verzorging
- indien nodig, psychologische en morele ondersteuning bieden aan de betrokken zorgaanbieders, de palliatieve persoon, zijn familie en mantelzorgers
- een telefonische permanente bereikbaarheid verzekeren voor de zorgaanbieders van de eerste lijn die betrokken zijn bij de verzorging van een palliatieve persoon in zijn thuishmilieu
- een wekelijks intern interdisciplinair teamoverleg organiseren met de arts en alle andere betrokken eerstelijnszorgaanbieders.

Overzicht MBE's in Vlaanderen

Antwerpen

- ISPAHAN Palliatieve Zorgen Kempen
- Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA)
- Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen
- CODA, Wuustwezel

Limburg

- Pallion

Oost-Vlaanderen

- Netwerk Palliatieve Zorg Waasland
- Netwerk Palliatieve Zorg regio Aalst - arrondissement Dendermonde - regio Dendermonde - regio Ninove
- Netwerk Levenseinde, Oudenaarde
- Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo

Vlaams-Brabant

- Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven (PANAL)
- Forum Palliatieve Zorg, Wemmel

West-Vlaanderen

- Heidehuis, Sint-Michiels
- Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen
- Palliatieve Zorgen Westhoek-Oostende
- Netwerk Palliatieve Zorg De Mantel

Palliatieve dagcentra¹³

In Vlaanderen zijn er 5 erkende dagverzorgingscentra voor palliatieve patiënten die nog thuis verzorgd worden maar die één of meerdere dagen per week gebruik maken van het palliatief dagverzorgingscentrum. Zij worden erkend door de Vlaamse overheid als centrum voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor personen die lijden aan een ernstige ziekte. De palliatieve dagcentra zijn bestemd voor gebruikers die beantwoorden aan de afhankelijkheidscategorie Fp.

Palliatieve centra voor dagverzorging in Vlaanderen

- Dagcentrum De Kust - Oostende
- Heidehuis – Brugge
- Coda - Wuustwezel
- Ikaria - Mortsel
- Topaz - Wemmel

Geraadpleegde bronnen

Geraadpleegde literatuur

- Coomans, K., Annemans, M. en Heylighen, A. , 2022. The role of the built environment in experiences of hospice care : considerations for hospice design. The Evolving Scholar. ARCH22.
- Hermans, K. en Declercq, A., 2022. Hoe ervaren zorgprofessionals en naasten van personen die het levenseinde naderen hospicezorg. Lucas, Leuven.
- Meertens, K., 2011. De meeste mensen gaan hier dood. Leven in een hospice. Uitgeverij Balans, Amsterdam.
- Van den Heuvel, B., 2023. Zorg voor de zilveren generatie. Toekomsttoefening woonzorg voor ouderen. Zorgnet-Icuro, Brussel.

Rapporten en beleidsdocumenten

- [2020 Evaluatieverslag palliatieve zorg](#)
- [Belgische Senaat, zitting 2011-2012, 23 december 2011, B.S., schriftelijke vraag nr. 5-4053. Verdeling van de palliatieve Sp-bedden over België. Kostprijs van deze bedden](#)
- [Departement Zorg, 2023. Sterftcijfers in Vlaanderen](#)
- [F.O.D. Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en milieu. Desmedt M. ,2016. Identificatie van de palliatieve patiënt & toekenning van een statuut dat verband houdt met de ernst van de noden: het gebruik van een nieuw instrument "PICT"](#)
- [Palliatieve Zorg Vlaanderen. Scan 'Vroegtijdige Zorgplanning, Palliatieve Zorg en Levenseindezorg' in woonzorgcentra](#)
- [RIZIV \(FGOV.BE\) Advance Care Planning](#)
- [VIKZ. Indicatorfiche, indicator H het woonzorgcentrum als overlijdensplaats](#)
- [VIKZ. Indicatorfiche, indicator I zorg rond het levenseinde](#)

Geraadpleegde websites

- [Associatie Hospicezorg Nederland](#)
- [Coda Palliatieve zorg](#)
- [Departement Zorg, adressen van de palliatieve centra voor dagverzorging](#)
- [Departement zorg, de multidisciplinaire begeleidingsequipes palliatieve zorg Vlaanderen](#)
- [Departement Zorg \(2019\). Referentiekader palliatieve zorg, levenseindezorg en Vroegtijdige Zorg Planning](#)
- [Hervorming van de palliatieve zorg in Vlaanderen. Departement zorg Vlaanderen \(2023\).](#)
- [Hospice Aulighem](#)
- [Hospice De Klaproos](#)
- [Palliatieve zorg Nederland, hospice care](#)
- [Palliatieve Zorg Vlaanderen, overzicht netwerken palliatieve zorg Vlaanderen](#)
- [Palliatieve Zorg Vlaanderen, palliatieve zorg in cijfers](#)
- [Palliatieve Zorg Vlaanderen, PICT.](#)
- [Palliatieve Zorg Vlaanderen, palliatief support team in het ziekenhuis \(PST\)](#)
- [STATBEL, België in cijfers. Overlijdens in België. Overlijdens | Statbel \(fgov.be\)](#)
- [Sterftcijfers België 2022: Algemene sterfte - Naar een gezond België \(gezondbelgie.be\)](#)

Eindnoten

1 Higginson & Sen-Gupta, 2000

2 Harding et al., 2012

3 KCE-studie 2022-02

4 Hermans, K. en Declercq, A., 2022. Hoe ervaren zorgprofessionals en naasten van personen die het levenseinde naderen hospicezorg? LUCAS, Leuven met steun van de Koning Boudewijnstichting. Leuven

5 [Statbel, loop van de bevolking \(overlijdens\)](#)

6 [Departement Zorg, sterftcijfers in Vlaanderen \(plaats van overlijden\)](#)

7 [Departement Zorg, sterftcijfers in Vlaanderen](#)

8 [Belgisch Staatsblad, normen SP Palliatief](#)

9 [Schriftelijke vraag SENAAT Schriftelijke vraag nr. 5-4053 de Guido De Padt \(Open Vld\) aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen](#)

10 [Palliatieve zorg Vlaanderen, palliatief support team in het ziekenhuis](#)

11 Besluit van de Vlaamse Regering 28/06/2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers

12 [Departement Zorg, palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden](#)

13 Besluit van de Vlaamse Regering 28/06/2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers

14 Berekeningen Wagner, K., (2023). Woonzorgcentrum Sint-Vincentius. Avelgem



Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be