

PALLIATIEVE 'MIDDLE CARE':  
EEN ONMISBARE SCHAKEL IN HET BELGISCHE NETWERK VOOR PALLIATIEVE ZORG

---

*Dit rapport is opgesteld door de werkgroep 'Palliatieve Middle Care'<sup>1</sup> van de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg, voorgezeten door dr. A. Peltier. Deze cel heeft als opdracht om "de noden inzake palliatieve zorg en de kwaliteit van de gevonden oplossingen"<sup>2</sup> te evalueren.*

*Met dit document wil de werkgroep de beleidsniveaus en organiserende machten bewust maken van de noodzaak om het Belgische palliatieve zorgnetwerk uit te breiden met een nieuw type infrastructuur, de zgn. "Palliatieve Middle Care"<sup>3</sup>.*

*"Palliatieve Middle Care" moet het mogelijk maken om patiënten op te vangen van wie de gezondheidstoestand geen verblijf in het acuut ziekenhuis of in een palliatieve zorgenheid Sp S<sub>4</sub> (meer) vereist, maar die op dat moment ook niet thuis<sup>4</sup> of in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) kunnen blijven.*

*Het rapport bestaat uit 4 delen:*

- *Het eerste deel belicht de beperkingen van het huidige palliatieve zorgnetwerk<sup>5</sup>.*
- *Het tweede deel stelt een typologie op van palliatieve patiënten<sup>6</sup> die niet (meer) passen in één van de structuren van dit netwerk.*
- *In het derde deel wordt ingezoomd op de manier waarop deze patiënten in het buitenland en door enkele innoverende structuren in België worden opgevangen<sup>7</sup>.*
- *In het laatste deel wordt een referentiekader ontwikkeld voor de ontwikkeling van een "Palliatieve Middle Care" in België.<sup>8</sup>*

*Dit document gaat uitsluitend over volwassen patiënten, aangezien de situatie van kinderen erg specifiek is.*

---

<sup>1</sup> In de werkgroep zetelen D. Bouckenaere, M. Desmedt, L. Fontaine, G. Huysmans, M. Morel, A.F. Nollet, A. Peltier, P. Vanden Berghe.

<sup>2</sup> Volgens artikel 8 van de Wet betreffende de palliatieve zorg van 14 juni 2002 (B.S. van 26 oktober 2002).

<sup>3</sup> In Vlaanderen ook "palliatieve medium care" genoemd.

<sup>4</sup> Dans ce document, on entend par « domicile » le domicile privé du patient, de l'entourage ou tout autre lieu d'hébergement.

<sup>5</sup> Aanvankelijk zou dit deel van het rapport gebaseerd zijn op de resultaten van een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij professionals uit de sectoren van de thuiszorg, rusthuizen, ziekenhuizen en de gespecialiseerde palliatieve zorg. Het project werd evenwel stopgezet vanwege een gebrek aan financiële middelen en structurele steun. Het huidige document is daarom gebaseerd op getuigenissen van zorgverleners die verbonden zijn met de Belgische Federaties voor palliatieve zorg of die in het kader van wetenschappelijk werk zijn verzameld.

<sup>6</sup> Een "palliatieve patiënt" is een patiënt die voldoet aan de criteria van het Koninklijk Besluit van 21 oktober 2018 (B.S. van 20 november 2018).

<sup>7</sup> Met de hulp van de Belgische Federaties voor palliatieve zorg werd een register van de huidige en geplande initiatieven in België opgesteld. Dat register is opgenomen in de bijlage 1 bij dit verslag.

<sup>8</sup> Een kadaster van de bestaande initiatieven werd in België met de hulp van de Belgische Federaties palliatieve zorgen. Het kadaster is in de bijlage 1 van dit rapport terug te vinden.

#### *Verruiming van de scope van de palliatieve zorg*

De toegang tot palliatieve zorg is een recht dat sedert meer dan 15 jaar in de Belgische grondwet is vastgelegd<sup>9</sup>. In 2016 werd het toepassingsgebied ervan uitgebreid tot "*elke patiënt die zich in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte bevindt, ongeacht zijn of haar levensverwachting*"<sup>10</sup>..

Tegenwoordig is palliatieve zorg niet langer voorbehouden voor personen met terminale kanker. Palliatieve zorg wordt ook verstrekt aan patiënten met andere ongeneeslijke ziekten en aan patiënten met een levensverwachting van meer dan enkele maanden<sup>11</sup>.

#### *Vergrijzing van de bevolking*

Net als de meeste Westerse samenlevingen zal ook België in de komende decennia geconfronteerd worden met een versnelde vergrijzing. Deze vergrijzing zal gevolgen hebben voor de zorgbehoefte en zal onvermijdelijk leiden tot een grotere vraag naar palliatieve zorg.

#### *Meer chronisch zieken met complexere behoeften*

Dankzij de medische vooruitgang is de levensverwachting in België in zes decennia gestegen van 70 naar 81 jaar. Maar de levensverwachting in goede gezondheid is slechts 64 jaar<sup>12</sup>. Steeds meer patiënten lijden aan ongeneeslijke chronische ziekten<sup>13</sup>; hun medische behoeften zijn diverser en complexer geworden en hun behandelingsperiode is ook langer geworden. Het wordt noodzakelijk om een palliatieve benadering in hun ziekteverloop op te nemen.

#### *Maatschappelijke veranderingen*

Veranderingen in het gezinsmodel (kleinere gezinnen, gezinsfragmentatie, alleenstaand ouderschap, werkende vrouwen, enz.) en de toenemende sociale en financiële onzekerheid<sup>14</sup> hebben ook belangrijke gevolgen voor de gezondheidszorg. Steeds meer patiënten kunnen niet meer rekenen op de hulp van familieleden en/of hebben niet de financiële middelen om bij hun levenseinde thuis of in een rust- en verzorgingstehuis te worden opgevangen.

Kortom, het huidige palliatieve zorgstelsel moet mee evolueren om gelijke tred te houden met al deze ontwikkelingen, en om steeds meer patiënten met complexere behoeften gedurende een langere periode te verzorgen.

---

<sup>9</sup> Artikel 2 van de Wet betreffende de palliatieve zorg van 14 juni 2002 (B.S. van 26 oktober 2002).

<sup>10</sup> Wet van 21 juli 2016 (B.S. van 29 augustus 2016), Koninklijk Besluit van 21 oktober 2018 (B.S. van 20 november 2018).

<sup>11</sup> Het Koninklijk Besluit van 21 oktober 2018 (B.S. van 20/11/2018) specificeert de criteria waaraan een patiënt moet voldoen om als "palliatieve patiënt" te worden beschouwd.

<sup>12</sup> Volgens de statistieken van Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>).

<sup>13</sup> Volgens een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het aantal chronisch zieken tussen 2010 en 2015 met meer dan 12 % gestegen.

<sup>14</sup> Volgens Eurostat liep in 2018 één op de vijf Belgen het risico om in armoede te vervallen, waarbij 65-plussers en mensen die in grote steden wonen een verhoogd risico lopen.

Het palliatieve zorgaanbod is niet hervormd sinds het einde van de jaren negentig. Het netwerk is vrijwel ongewijzigd gebleven. De structuren hebben zich moeten aanpassen aan de huidige context, maar de middelen zijn dezelfde gebleven als voorheen, toen palliatieve nog synoniem was van terminale zorg. Dit brengt grote problemen met zich mee, omdat er geen plaats (meer) is voor bepaalde palliatieve patiënten. Deze evolutie is in alle gezondheidszorgsectoren merkbaar.

### *Limieten van thuiszorg*

De meeste patiënten in de palliatieve zorg willen in hun thuismilieu worden verzorgd.

Helaas, en ondanks de <sup>15</sup>beschikbare financiële<sup>16</sup> en structurele steunmaatregelen, is thuiszorg voor velen niet langer een optie.

#### KENMERKEN VAN DE PALLIATIEVE PATIËNT DIE NIET (MEER) THUIS KAN WORDEN VERZORGD

*Volwassen van om het even welke leeftijd - levensverwachting van een paar dagen tot enkele maanden, en*

- Een onbeheersbaar symptoom of complicatie in de thuisomgeving *en/of*
- Interventies die door hun zorgzwaarte<sup>17</sup>, complexiteit of continuïteit buiten de mogelijkheden van het thuiszorgpersoneel vallen *en/of*
- afwezigheid, onvoldoende beschikbaarheid of uitputting van familieleden *en/of*
- een financiële situatie die de kosten van de thuiszorg niet kan dekken<sup>18</sup>.

Van deze patiënten worden de ouderen doorverwezen naar een RVT, op voorwaarde dat hun medische toestand, hun financiële situatie en de wachttijden van de betreffende instelling dit mogelijk maken. Logischerwijze, of bij gebrek aan andere opvangmogelijkheden, worden de andere patiënten doorverwezen naar het ziekenhuis (AZD<sup>19</sup> of PZE<sup>20</sup>).

### *Beperkingen van rust- en verzorgingstehuizen (RVT)*

Door de vergrijzing hebben RVT's een steeds grotere rol in de palliatieve zorg. RVT's beschikken in principe over een palliatieve functie en kunnen daarbij een beroep doen op de diensten van een tweedelijns ondersteuningsteam.

In sommige gevallen is een verblijf in een RVT echter niet meer mogelijk.

#### KENMERKEN VAN DE PALLIATIEVE PATIËNT DIE NIET (MEER) IN EEN RVT KAN WORDEN VERZORGD

*Volwassen ouder dan 65 jaar - levensverwachting van een paar dagen tot enkele maanden, en*

- een symptoom of complicatie die niet in een RVT kan worden beheerst *en/of*
- interventies die door hun zorgzwaarte<sup>21</sup>, complexiteit of continuïteit buiten de mogelijkheden van het zorgpersoneel van een RVT vallen.

Logischerwijze, of bij gebrek aan andere opvangmogelijkheden, worden deze patiënten doorverwezen naar het ziekenhuis (AZD of PZE).

---

<sup>15</sup>Bijvoorbeeld de interventie van een tweedelijns ondersteuningsteam (ook wel 'multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging' of 'multidisciplinair ondersteuningsteam' genoemd) of de ondersteuning door een palliatief dagcentrum.

<sup>16</sup> Palliatieve status, palliatief zorgforfait, palliatief verlof

<sup>17</sup> Bijvoorbeeld meer dan 3 bezoeken per dag of systematische nachtbezoeken.

<sup>18</sup> Bijvoorbeeld de kosten van ziekenoppassers.

<sup>19</sup> Acute ziekenhuisdienst

<sup>20</sup> Palliatieve zorgeenheid

<sup>21</sup> Bijvoorbeeld herhaalde verpleegkundige bezoeken tijdens de nacht.

### *Beperkingen van een acute ziekenhuisdienst (AZD)*

Heel wat palliatieve patiënten worden in een AZD opgenomen<sup>22</sup> voor verdere diagnose, een gespecialiseerde behandeling, de behandeling van een acute medische complicatie of de bestrijding van een symptoom.

De verblijfsduur in een AZD is erg kort.

Als de levensverwachting van de patiënt voldoende kort is en zijn medische en/of sociale gezinssituatie geen terugkeer naar huis of overplaatsing naar een RVT mogelijk maakt, dan wordt hij doorverwezen naar een PZE. Een langere levensverwachting zal deze heroriëntatie moeilijk, zo niet onmogelijk, maken.

#### KENMERKEN VAN DE PALLIATIEVE PATIËNT DIE NIET (MEER) IN EEN AZD (OF ELDERS) KAN WORDEN VERZORGD

- Volwassenen van alle leeftijden - levensverwachting van meer dan enkele weken, en*
- Een mogelijk onstabiel symptoom of een complicatie die thuis of in een RVT snel onbeheersbaar kan worden<sup>23</sup> *en/of*
  - Interventies die door hun zorgzwaarte of complexiteit buiten de mogelijkheden van het thuiszorgpersoneel of RVT-personeel vallen *en/of*
  - Afwezigheid, onvoldoende beschikbaarheid of uitputting van familieleden *en/of*
  - Een financiële situatie die de kosten van de thuiszorg of RVT niet kan dekken.

Bij gebrek aan een alternatief zullen deze patiënten hun verblijf in de AZD verlengen of gevraagd worden deze te verlaten om onmiddellijk opnieuw te worden opgenomen.

### *Beperkingen van de palliatieve zorgenheid (PZE)*

Een PZE is een ziekenhuisdienst voorbehouden voor mensen die aan het einde van hun leven staan en die meer intensieve zorg nodig hebben, of voor palliatieve patiënten met complexe zorgbehoeften die gespecialiseerd personeel nodig hebben.

Afgezien van enkele bijzonder complexe situaties is de duur van een verblijf in een PZE beperkt tot enkele weken<sup>24</sup>.

Patiënten met een zeer kortdurende levensbedreigende aandoening zullen er hun leven beëindigen. De anderen zullen naar huis gaan of naar een RVT worden doorverwezen zodra ze gestabiliseerd zijn. Er zijn echter situaties die deze doorverwijzing moeilijk, zo niet onmogelijk, maken.

#### KENMERKEN VAN DE PALLIATIEVE PATIËNT DIE NIET MEER IN EEN PZE (OF ELDERS) KAN WORDEN VERZORGD

- Volwassenen van alle leeftijden - levensverwachting van meer dan enkele weken, en*
- Een mogelijk onstabiel symptoom of een complicatie die thuis of in een RVT snel oncontroleerbaar kan worden<sup>25</sup> *en/of*
  - Interventies die door hun zorgzwaarte of complexiteit buiten de mogelijkheden van het thuiszorgpersoneel of RVT-personeel vallen *en/of*
  - Afwezigheid, onvoldoende beschikbaarheid of uitputting van familieleden *en/of*
  - Een financiële situatie die de kosten van de thuiszorg of RVT niet kan dekken.

<sup>22</sup> Bijvoorbeeld in de oncologie, geriatrie, neurologie, cardiologie, enz.

<sup>23</sup> Bijvoorbeeld een subocclusieve aandoening, een risico op epilepsie of bloedingen.

<sup>24</sup> Volgens het rapport 2014 van de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg duurt een gemiddeld verblijf in een PZE niet langer dan 3 weken; de gemiddelde verblijfsduur vertoont ook een dalende trend.

<sup>25</sup> Bijvoorbeeld een subocclusieve aandoening, een risico op epilepsie of bloedingen.

Bij gebrek aan een alternatief zullen deze patiënten hun verblijf in de PZE verlengen of van de ene ziekenhuisstructuur naar de andere worden overgeplaatst.

## 2. TYPOLOGIE VAN PATIËNTEN DIE NIET (MEER) IN HET HUIDIGE PALLIATIEVE ZORGNETWERK KUNNEN VERZORGD WORDEN

---

Op basis van het vorige hoofdstuk kunnen we concluderen dat sommige patiënten niet (meer) kunnen worden opgevangen in het huidige palliatieve zorgaanbod en dat zorgverleners soms muurvast zitten wanneer ze deze patiënten moeten doorverwijzen.

Om aan de behoeften van alle patiënten te voldoen, moet de palliatieve zorg dus worden gediversifieerd.

Hiertoe moet een zo nauwkeurig mogelijk profiel worden opgesteld van de populatie waarvoor het zorgaanbod niet toereikend is.

### TYPOLOGIE VAN DE PATIËNT DIE NIET/NIET MEER IN HET HUIDIGE PALLIATIEVE ZORGNETWERK KAN VERZORGD WORDEN

*Patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke en progressieve ziekte, die voldoet aan de wettelijke criteria om te worden erkend als "palliatief", wiens zorgproject uitsluitend of hoofdzakelijk gericht is op zijn levenskwaliteit en die voldoet aan een van de volgende 4 profielen:*

1. Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, met een of meer symptomen of complicaties die na een ziekenhuisopname in een PZE of AZD mogelijk onstabiel blijven en snel onbeheersbaar kunnen worden thuis of in een RVT.
2. Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens zorg of behandeling na een verblijf in een PZE of AZD te zwaar of te complex blijft voor thuiszorg of verzorging in een RVT.
3. Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.
4. Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en ook niet naar een RVT kan verhuizen, en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.

Twee profielen van patiënten met een korte levensverwachting kunnen aan deze typologie worden toegevoegd als men de ziekenhuisopnames in een PZE wil beperken en de efficiëntie van de AZD's wil verbeteren:

5. Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van minder dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.
6. Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van minder dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en ook niet naar een RVT kan worden overgebracht en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.

Er zijn een aantal zorginfrastructuren ontwikkeld om de in het vorige hoofdstuk beschreven patiënten op te vangen.

#### *In Zwitserland*

Het Zwitsers organisatiemodel van de palliatieve zorg voorziet in palliatieve zorgstructuren buiten de ziekenhuizen<sup>26</sup>. Het "*Maison de Tara*"<sup>27</sup> is hier een voorbeeld van. Deze structuur opende haar 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 een grote zorgbehoefte hebben. Voor hen is thuiszorg niet langer een optie en een verblijf in een PZE of 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 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*

Er bestaan een aantal instellingen, 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*<sup>28</sup> is hier een voorbeeld van. 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.

#### *In Nederland*

Nederland telt zo'n 200 zorginstellingen buiten ziekenhuizen, "hospices" genaamd. Deze structuren verwelkomen patiënten met een korte levensverwachting (doorgaan 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 wordt verstrekt door professionals in de thuiszorg of personeel verbonden aan het RVT (*low care hospice*) of door intern personeel gespecialiseerd in palliatieve zorgen (*high care hospice*). *Huis Xenia*<sup>29</sup> is een voorbeeld van een *high care hospice*. Deze instelling, met 6 kamers, elk met sanitaire voorzieningen, verwelkomt jongvolwassenen (<40 jaar oud) wier zorg de aanwezigheid en tussenkomst vereist van personeel gespecialiseerd in palliatieve zorg. De meesten blijven er tot het einde. Sommigen komen er om even bij te komen of tijdens overgangperiodes.

---

<sup>26</sup> Gespecialiseerde structuren voor palliatieve zorg in Zwitserland, Office Fédéral de la Santé Publique, 2012.

<sup>27</sup> <https://lamaisondetara.ch/fr-fr>

<sup>28</sup> <http://lamaisondegardanne.org/la-maison/unites-d-accueil/villa-izoi/>

<sup>29</sup> [www.xenialeiden.nl](http://www.xenialeiden.nl)

Er bestaan verschillende initiatieven in België. De meeste verkeren nog in een projectfase, maar een aantal initiatieven zijn reeds operationeel. Ze kwamen tot stand zonder duidelijk wettelijk kader, maar beantwoorden aan een reële behoefte. Hun toekomst is evenwel vrij onzeker, en dus ook de opname van patiënten, aangezien zij slechts weinig financiële steun krijgen.

Er werd een vragenlijst naar deze instellingen gestuurd om te peilen naar hun type patiënten, de verstrekte zorgen, de begeleiding die ze krijgen en hun financiering<sup>30</sup>.

Al deze structuren hebben verschillende punten gemeen.

- Ze zijn bedoeld voor palliatieve patiënten die niet langer thuis of in een RVT kunnen blijven en voor wie een opname in een PZE of AZD niet (meer) vereist is.
- Ze beschikken een multidisciplinair begeleidingsteam.
- Ze verzorgen hun patiënten op holistische wijze.
- Ze hebben aandacht voor het onthaal en de steun van de familieleden en vrienden.

Ze hebben ook een aantal specifieke kenmerken, zoals hun locatie, het profiel van de opgevangen patiënten, de complexiteit van de zorg, de toegestane verblijfsduur of de financieringswijze.

#### *Cité Sérine*

"*Cité Sérine*" is een "zorghotel". Het is een autonome, familiale, extramurale structuur met een twintigtal studio's, waarvan vijftien zijn voorbehouden voor palliatieve patiënten. *Cité Sérine* richt zich tot patiënten van alle leeftijden, ongeacht hun pathologie of handicap, voor zover zij niet lijden aan ernstige gedragsstoornissen. De verblijfsduur is beperkt maar kan worden verlengd als er nog steeds aan de toelatingscriteria wordt voldaan. Sommige patiënten komen hier voor een overgangperiode, anderen blijven er tot het einde. Er is dag en nacht verpleegkundig toezicht. Onder toezicht van de huisarts van de patiënt en de coördinerende arts van de instelling kan gespecialiseerde technische zorg worden verleend. Het zorgteam kan complexe situaties beheersen, zoals bloedingen, epilepsieaanvallen of ademhalingsproblemen. *Cité Sérine* wordt gesubsidieerd door de Franse Gemeenschapscommissie. De medische, paramedische en verpleegkundige diensten worden gefinancierd door de ziekenfondsen, net als de thuisverzorging. De dagkost wordt aan de patiënt gefactureerd, die indien mogelijk steun krijgt van verschillende organisaties.

#### *Hospice Aulighem (Woonzorgcentrum Sint-Vincentius)*

*Woonzorgcentrum Sint-Vincentius* beschikt in zijn afdeling "kort verblijf" over twee bedden voor palliatieve patiënten ouder dan 65 jaar met autonomieverlies ( $PPS \leq 60\%$ ), met een geschatte levensverwachting van minder dan 3 maanden en die snel moeten worden opgenomen in een omgeving van het type "RVT" in de buurt van hun huis. De medische opvolging wordt verzorgd door de huisarts van de patiënt. Het personeel van het RVT, dat specifiek is opgeleid in palliatieve zorg, staat in voor de permanentie en de zorgverstrekking. De zwaarte en complexiteit ervan is vergelijkbaar met de zorgverstrekking in de rest van de instelling. De verblijfsduur is beperkt tot 3 maanden en beide bedden worden gefinancierd als bedden voor 'kort verblijf'.

---

<sup>30</sup> Deze informatie is gebundeld in de bijlage 1 van dit rapport.

### *Zorghuis (Limburg, De Dijlevallei, Oostende)*

Het *Zorghuis* is ondergebracht in een privéwoning. Het vangt volwassen kankerpatiënten van alle leeftijden (ongeacht het stadium van de ziekte) op voor wie thuiszorg tijdelijk of definitief onmogelijk is. Deze instellingen beschikken niet over voldoende capaciteit om te zorgen voor patiënten met ernstige gedragsstoornissen of personen die te afhankelijk zijn geworden. De verblijfsduur is beperkt tot 3 maanden. De zorg wordt verleend door professionals uit de thuiszorg en de omkadering wordt aan vrijwilligers toevertrouwd. Het "*Zorghuis*" wordt door het gewest gesubsidieerd en de prestaties van het zorgteam worden gefactureerd aan de ziekenfondsen, alsof ze thuis worden geleverd. De patiënt betaalt een kleine dagvergoeding.

### *Hospice (ZOHrg Tienen)*

Er werd een hospice genaamd "De Klaproos" (association caritative) uitgebouwd in WZC Huize Nazareth. Daarin worden 2 bedden voorzien voor levenseindezorg door het bestaande zorgteam (eerste en tweedelijnsactoren) rond de patiënt. In de regio sterven veel palliatieve chronische patiënten in het ziekenhuis. Deze structuur biedt een alternatief in een palliatieve situatie waar de persoon niet meer thuis verzorgd kan worden en toch de eigen regie kan behouden, en verhoogt zo de zorgkwaliteit voor deze patiënten.

Voor wie? Voor terminale patiënten met een beperkte prognose (<3mnd) waarbij adequate palliatieve zorgen in de thuis (vervangende) omgeving niet georganiseerd kunnen worden. Ondersteuning van de mantelzorgers waarbij de draagkracht onvoldoende is. Professionele zorgverleners die hun vertrouwde patiënten in de laatste levensfase willen blijven zorg bieden en ondersteunen, maar waar dat niet kan in de thuissituatie.

Het algemeen ziekenhuis, de Alexian Zorggroep Tienen en de eerstelijnspartners beheren samen een wachtlijst voor de Hospice.



Teneinde<sup>31</sup> tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten voor wie geen plaats (meer) is in de huidige structuren van het palliatieve zorgnet, zouden de clusters "Thuiszorg", "RVT" en "Ziekenhuis", kunnen versterkt worden met een zorgcluster "Palliatieve Middle Care".

Palliatieve Middle Care zou zich moeten richten tot patiënten die voldoen aan de criteria van het Koninklijk Besluit van 21 oktober 2018 (B.S. 20 november 2018)<sup>32</sup> en voor wie het zorgproject uitsluitend of prioritair gericht is op het comfort van deze patiënten met specifieke behoeften, zoals hierboven beschreven. Patiënten zouden baat hebben bij medische verzorging en psychologische en sociale ondersteuning door een multidisciplinair team en vrijwilligers opgeleid in de palliatieve zorg. Familie en vrienden zouden 24 uur per dag welkom moeten zijn en zouden over een ontspanningsruimte moeten beschikken. Er zou een formele en functionele link moeten bestaan met de andere structuren van het palliatieve zorgnet. De verblijfsduur zou beperkt worden, maar zou verlengbaar zijn indien nog steeds aan de toelatingscriteria wordt voldaan.

#### DRIE MODELLEN VAN PALLIATIEVE MIDDLE CARE

Er zouden drie complementaire modellen van "Palliatieve Middle Care" moeten worden ontwikkeld (*tabellen 1, 2 en 3*).

##### *Het "home-like" model*

De "home-like" Palliatieve Middle Care zou een intermediaire zorgstructuur in een familiale omgeving zijn, een tussenvorm tussen thuiszorg en zorg verleend in het ziekenhuis. Patiënten zouden er snel terecht kunnen. Het werkingsmodel zou geïnspireerd kunnen zijn op de zorghuizen in Zwitserland en Frankrijk, zoals *Cité Sérine* en het *Zorghuis*. Er zou 24 uur per dag permanentie en verpleging zijn. Er zouden indien nodig gespecialiseerde technische zorgen<sup>33</sup> worden verleend door een tweedelijns ondersteuningsteam of een arts verbonden aan het zorghuis, onder toezicht van de huisarts van de patiënt. Er zou ook een tussenkomst van paramedisch personeel (psycholoog, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, enz.) of maatschappelijk werkers moeten worden voorzien.

##### PROFIEL VAN DE PATIËNTEN DIE ZIJN OPGENOMEN IN EEN "HOME-LIKE" INSTELLING IN DE PALLIATIEVE MIDDLE CARE

- Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.
- Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van minder dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.
- Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens zorg of behandeling na een verblijf in een PZE of AZD te zwaar of te complex blijft voor thuiszorg of verzorging in een RVT.

<sup>31</sup> Daarnaast zouden ook andere maatregelen kunnen worden genomen om de patiënten zo lang mogelijk thuis te houden, zoals bijvoorbeeld een verhoging van het palliatief zorgforfait of de terugbetaling van bepaalde prestaties van ziekenoppassers.

<sup>32</sup> Koninklijk Besluit tot vaststelling van de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren

<sup>33</sup> Bijvoorbeeld: een intraveneuze behandeling, enterale en parenterale voeding, peritoneale dialyse.

Het verblijf in een Palliatieve Middle Care "home-like" instelling zou beperkt worden tot 6 maanden. Een verlenging zou uitzonderlijk mogelijk zijn, maar moet geval per geval worden bekeken. Sommige patiënten zouden in de instelling blijven tot het einde. Anderen zouden er tijdelijk verblijven, voordat ze naar huis terugkeren, naar een RVT worden doorverwezen of worden overgeplaatst naar een PZE (als de zorg te complex wordt of als de symptomen en complicaties onbeheersbaar worden).

#### *Het "RVT-like" model*

De "RVT-like" Palliatieve Middle Care zou een intermediaire zorgstructuur zijn, tussen thuiszorg en zorg verleend in een RVT. Deze structuur zou in een RVT worden geïntegreerd. De werking ervan zou geïnspireerd kunnen zijn op de bedden voorbehouden voor palliatieve zorgen in het "Woonzorgcentrum Sint-Vincentius". De structuur zou een snelle opname van patiënten moeten garanderen. De huisarts van de patiënt of de coördinerend arts van de instelling zou instaan voor de medische opvolging van de patiënt, indien nodig bijgestaan door een tweedelijns ondersteuningsteam. Er zou 24 uur per dag permanentie en basisverpleging zijn. Er zou meer omkadering door zorgpersoneel zijn dan in een RVT, maar minder dan in een PZE of andere modellen van Palliatieve Middle Care, omdat de zorgzwaarte en -complexiteit beperkter zou zijn.

#### PROFIEL VAN DE PATIËNTEN DIE ZIJN OPGENOMEN IN EEN "RVT-LIKE" INSTELLING IN DE PALLIATIEVE MIDDLE CARE

- Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en ook niet naar een RVT kan verhuizen, en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.
- Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van minder dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en ook niet naar een RVT kan worden overgebracht en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.

Het verblijf in een Palliatieve Middle Care "RVT-like" instelling zou beperkt worden tot 6 maanden. Een verlenging zou uitzonderlijk mogelijk zijn, maar moet geval per geval worden bekeken. Sommige patiënten zouden in de instelling blijven tot het einde. Anderen zouden er tijdelijk verblijven, voordat ze naar huis terugkeren, naar een RVT worden doorverwezen of worden overgeplaatst naar een AZD of een PZE (als de zorg te complex wordt of als de symptomen en complicaties onbeheersbaar worden).

#### *Het "hospital-like" model*

De "hospital-like" Palliatieve Middle Care zou een zorgstructuur in een ziekenhuis zijn, met de klok rond medische en verpleegkundige aanwezigheid. De patiënten zouden er gespecialiseerde zorgen en behandelingen krijgen,<sup>34</sup> en indien nodig door specialisten worden bijgestaan en/of toegang krijgen tot een technisch platform. De structuur zou nauw samenwerken met een AZD, maar zou minder personeelsomkadering nodig hebben omdat de patiënten minder instabiel zijn.

---

<sup>34</sup> Bijvoorbeeld een bloedtransfusie, pleurapunctie, pleuradrainage, hemodialyse.

- Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, met een symptoom of complicatie die na een ziekenhuisopname in een PZE of AZD mogelijk onstabiel blijft en snel onbeheersbaar kan worden thuis, in een RVT of in een andere instelling van Palliatieve Middle Care.
- Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens zorg of behandeling na een verblijf in een PZE of AZD te zwaar of te complex blijft voor de thuiszorg, een RVT of een andere instelling van Palliatieve Middle Care.

Het verblijf in een Palliatieve Middle Care "hospital-like" instelling zou beperkt worden tot 3 maanden. Een verlenging zou uitzonderlijk mogelijk zijn, maar moet geval per geval worden bekeken. Sommige patiënten zouden in de instelling blijven tot het einde. Anderen zouden er tijdelijk verblijven, voordat ze naar huis terugkeren of naar een RVT of een andere middle care instelling worden doorverwezen of worden overgeplaatst naar een AZD of PZE (als de symptomen en complicaties onbeheersbaar worden).

---

#### INTEGRATIE VAN PALLIATIEVE MIDDLE CARE IN HET ZORGNETWERK

---

Het Belgische gezondheidszorgsysteem werd ontworpen om palliatieve patiënten zo lang mogelijk in hun vertrouwde leefomgeving te houden en beoogt een bepaalde gradatie in de zorgverlening. Bij de oprichting van een Palliatieve Middle Care zorgstructuur moet ook worden nagedacht over de manier waarop deze nieuwe structuur in het huidige systeem zal passen en over de coördinatie van de acties ervan met de huidige zorgclusters. Dit moet ervoor zorgen dat elke patiënt in om het even welke situatie de *beste* zorgen in de *beste* omgeving en op het *juiste* moment krijgt.

Overleg en coördinatie is nodig, omdat palliatieve patiënten een verscheidenheid aan zorgtrajecten hebben, waarbij talrijke actoren binnen en buiten ziekenhuizen betrokken zijn. De mobiele palliatieve zorgteams in ziekenhuizen en de tweedelijns ondersteuningsteams, die onder meer tot taak hebben om de continuïteit van de zorg te coördineren en te waarborgen, zouden een rol kunnen spelen in de doorverwijzing van patiënten bij opname in of ontslag uit een Palliatieve Middle Care instelling (*figuur 1*). Ook de regionale palliatieve zorgplatforms zouden hierbij betrokken kunnen worden.

---

#### PROEFPROJECTEN

---

Er moet zo snel mogelijk werk worden gemaakt van de reorganisatie van het huidige palliatieve zorgstelsel en de integratie van de Middle Care structuur, zoals reeds is voorgesteld door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen<sup>35</sup>.

In eerste instantie zouden de 3 palliatieve Middle Care modellen moeten worden getoetst in het kader van proefprojecten, om zeker te zijn dat deze structuren wel goed aansluiten op de noden van patiënten die niet (meer) kunnen worden opgevangen in het huidige palliatieve zorgnetwerk. Deze projecten moeten multidisciplinair zijn, in een netwerk worden ondergebracht<sup>36</sup> en een antwoord bieden op de noden van verschillende types van patiënten. Ze kunnen lichte variaties vertonen om rekening te houden met de specifieke kenmerken van elke regio en bijvoorbeeld worden uitgevoerd in het kader van een piloot-revalidatie-overeenkomst, inclusief een evaluatieprotocol en experimentele financiering.

---

<sup>35</sup> Verslag NRZV/D/131-3 van 22/09/2016

<sup>36</sup> Palliatieve middle care structuren moeten bijvoorbeeld samenwerkingsovereenkomsten sluiten met ziekenhuizen, PZE, AZD, tweedelijns ondersteuningsteams en regionale palliatieve zorgplatforms om een continuüm van zorg te garanderen en de overdracht van patiënten tussen de verschillende zorgclusters te vergemakkelijken.

TABEL 1: VERGELIJKING VAN DE WERKINGSWIJZE VAN DE 3 MODELLEN VAN PALLIATIEVE MIDDLE CARE ZORG

	"RVT-LIKE" MODEL	"HOME-LIKE" MODEL	"HOSPITAL-LIKE" MODEL
Locatie	Buiten het ziekenhuis Dichtbij of geïntegreerd in een RVT	Buiten het ziekenhuis	In het ziekenhuis Dichtbij of geïntegreerd in een PZE
Lokalen	Kamers met 1 en 2 bedden Gemeenschappelijke ruimte (eetzaal, ontspanningsruimte, ruimte voor animaties)	Familiale omgeving Kamers met 1 en 2 bedden Gemeenschappelijke ruimte (eetzaal, ontspanningsruimte, ruimte voor animaties)	Kamers met 1 en 2 bedden Gemeenschappelijke ruimte (eetzaal, ontspanningsruimte, ruimte voor animaties)
Snelle opname in de structuur	+	+	-
Complexiteit van zorg en behandelingen	-	+	++
Rechtstreekse toegang tot een technisch platform met mogelijkheid tot snel advies van gespecialiseerde artsen	-	-	+
Multidisciplinair	zorgteam Omkadering: + Opleiding in PZ: +	Multidisciplinair Omkadering: ++ Opleiding in PZ: +	Multidisciplinair Omkadering: +++ Opleiding in PZ: +++
Verplegend personeel	Aanwezigheid verzekerd 24 uur per dag	Aanwezigheid verzekerd 24 uur per dag	Aanwezigheid verzekerd 24 uur per dag
Medisch personeel	Huisarts Bezoek op aanvraag Wacht aan huis Coördinerend arts	Huisarts Bezoek op aanvraag Wacht aan huis Arts verbonden aan het huis	Ziekenhuisarts verbonden aan de PZE of in een mobiel ziekenhuisteam Systematisch dagelijks bezoek Ziekenhuiswacht
Paramedicus	Van het RVT of extern	Extern	Van het ziekenhuis
Interventie van het tweedelijns team	+	+	-
Team van vrijwilligers	+++	+++	+++
Opvang van familie en vrienden	24 u/24	24 u/24	24 u/24
Verblijf	Tijdelijk of tot het overlijden Verblijfsduur beperkt tot 6 maanden, verlengbaar	Tijdelijk of tot het overlijden Verblijfsduur beperkt tot 6 maanden, verlengbaar	Tijdelijk of tot het overlijden Verblijfsduur beperkt tot 3 maanden, verlengbaar
Formele en functionele link	Tweedelijns ondersteuningsteam RVT Ziekenhuis (mobiel team), PZE Palliatieve Middle Care Regionaal platform	Tweedelijns ondersteuningsteam RVT Ziekenhuis (mobiel team), PZE Palliatieve Middle Care Regionaal platform	Tweedelijns ondersteuningsteam RVT Ziekenhuis (mobiel team), PZE Palliatieve Middle Care Regionaal platform

TABEL 2: VERGELIJKING VAN DE TOELATINGSCRITERIA VAN DE 3 MODELLEN VAN PALLIATIEVE MIDDLE CARE

	"RVT-LIKE" MODEL	"HOME-LIKE" MODEL	"HOSPITAL-LIKE" MODEL
<p>TOELATINGSCRITERIA (TC)  <i>Patiënten die voldoen aan de criteria van "palliatieve patiënt" zoals gedefinieerd in het KB en voor wie het zorgproject uitsluitend of hoofdzakelijk gericht is op comfort.</i></p>	<p>TC 1: Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en ook niet naar een RVT kan verhuizen (omdat er geen plaats is of bij gebrek aan financiële middelen) en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.</p> <p>TC 2: Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van minder dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en ook niet naar een RVT kan worden overgebracht en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.</p>	<p>TC 1: Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.</p> <p>TC 2: Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van minder dan enkele weken, die door zijn sociaal-familiale en/of financiële situatie niet (meer) thuis kan blijven en voor wie een verblijf in een PZE of AZD geen substantieel voordeel zou opleveren.</p> <p>TC 3: Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens zorg of behandeling na een verblijf in een PZE of AZD te zwaar of te complex blijft voor thuiszorg of verzorging in een RVT.</p>	<p>TC 1: Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, met een symptoom of complicatie die na een ziekenhuisopname in een PZE of AZD mogelijk onstabiel blijft en snel onbeheersbaar kan worden thuis, in een RVT of in een andere instelling van Palliatieve Middle Care.</p> <p>TC 2: Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens zorg of behandeling na een verblijf in een PZE of AZD te zwaar of te complex is gebleven voor de thuiszorg, een RVT of een andere instelling van Palliatieve Middle Care.</p>
PLAATS VAN HERKOMST	Patiënt opgenomen vanuit zijn huis* , en bij uitzondering vanuit het ziekenhuis (spoedgevallendienst, AZD, PZE) **	Patiënt opgenomen vanuit zijn huis* voor TC 1 en TC 2, en vanuit het ziekenhuis ** (AZD, PZE, middle care ziekenhuis) voor TC 3	Patiënt opgenomen vanuit het ziekenhuis (AZD, PZE) **

\* Op voorstel van het tweedelijns ondersteuningsteam

\*\* Op voorstel van het mobiele ziekenhuisteam

TABEL 2: VERGELIJKING VAN DE ONTSLAGCRITERIA VAN DE 3 MODELLEN VAN PALLIATIEVE MIDDLE CARE

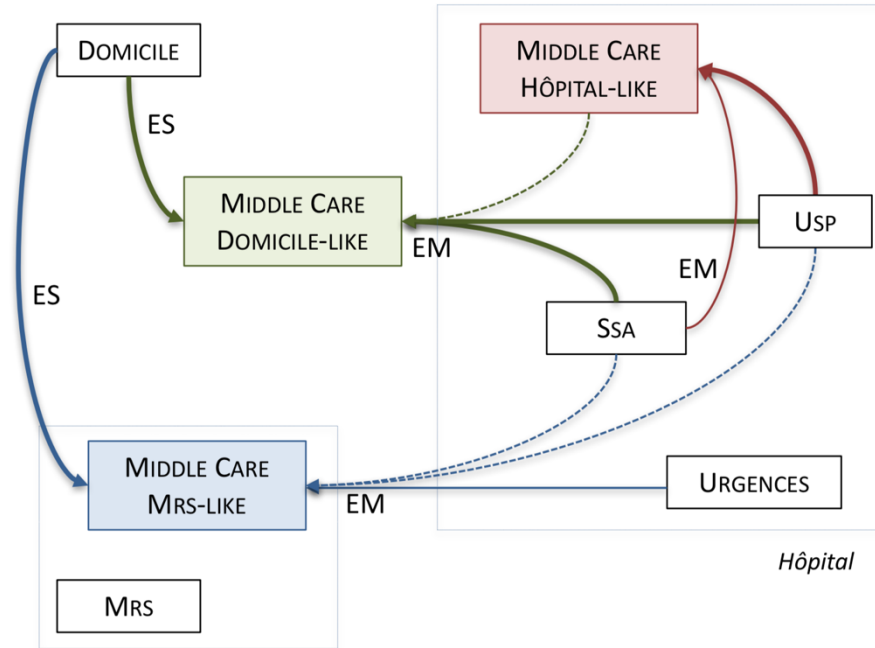
	"RVT-LIKE" MODEL	"HOME-LIKE" MODEL	"HOSPITAL-LIKE" MODEL
<p>ONTSLAGCRITERIA (OC)  <i>Afgezien van een overlijden tijdens het verblijf in de Middle Care structuur</i></p>	<p>OC 1: Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het thuiszorgpersoneel en wiens sociaal-familiale en financiële situatie deze heroriëntatie mogelijk maakt.                      OC 2: Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het zorgpersoneel van een RVT                      OC 3: Volwassene ouder dan 65 jaar, wiens symptomen of complicaties onbeheersbaar zijn in Middle Care of wiens zorg en behandeling te zwaar of te complex zijn voor het zorgpersoneel</p>	<p>OC 1: Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het thuiszorgpersoneel en wiens sociaal-familiale en financiële situatie deze heroriëntatie mogelijk maakt.                      OC 2: Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het zorgpersoneel van een RVT                      OC 3: Volwassene van om het even welke leeftijd, wiens symptomen of complicaties onbeheersbaar zijn in Middle Care of wiens zorg en behandeling te zwaar of te complex zijn voor het zorgpersoneel</p>	<p>OC 1: Volwassene van om het even welke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het thuiszorgpersoneel en wiens sociaal-familiale en financiële situatie deze heroriëntatie mogelijk maakt.                      OC 2: Volwassene ouder dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het zorgpersoneel van een RVT                      OC 3: Volwassene van elke leeftijd, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging niet beheersbaar zijn voor het thuiszorgpersoneel of het personeel van een RVT, maar die wel kan verzorgd worden in een Middle Care van het type "home-like"                      OC 3 bis: Volwassene jonger dan 65 jaar, met een levensverwachting van meer dan enkele weken, wiens medische toestand en verzorging beheersbaar zijn voor het thuiszorgpersoneel, maar wiens sociaal-familiale en financiële situatie deze heroriëntatie verhindert                      OC 4: Volwassene van om het even welke leeftijd, wiens symptomen of complicaties onbeheersbaar zijn in Middle Care of wiens zorg en behandeling te zwaar of te complex zijn voor het zorgpersoneel</p>
<p>PLAATS VAN ONTSLAG</p>	<p>Patiënt die de thuiszorg verlaat* voor OC 1, het RVT voor OC 2, of die naar het ziekenhuis wordt overgebracht (noodgeval, AZD, PZE) ** voor OC 3.</p>	<p>Patiënt die de thuiszorg verlaat* voor OC 1, het RVT voor OC 2, of die naar het ziekenhuis wordt overgebracht (noodgeval, AZD, PZE) ** voor OC 3.</p>	<p>Patiënt die de thuiszorg verlaat* voor OC 1, het RVT voor OC 2, wordt overgebracht naar een Middle Care van het type "home" voor OC 3 of naar het ziekenhuis** (AZD, PZE) voor OC 4</p>

\* Bij voorkeur met tussenkomst van het tweedelijns ondersteuningsteam

\*\* Bij voorkeur met tussenkomst van het mobiele ziekenhuisteam

FIGUUR 1: OPNAME- EN ONTSLAGSTROMEN IN DE 3 MODELLEN VAN PALLIATIEVE MIDDLE CARE

MODALITEITEN VOOR OPNAME IN PALLIATIEVE MIDDLE CARE

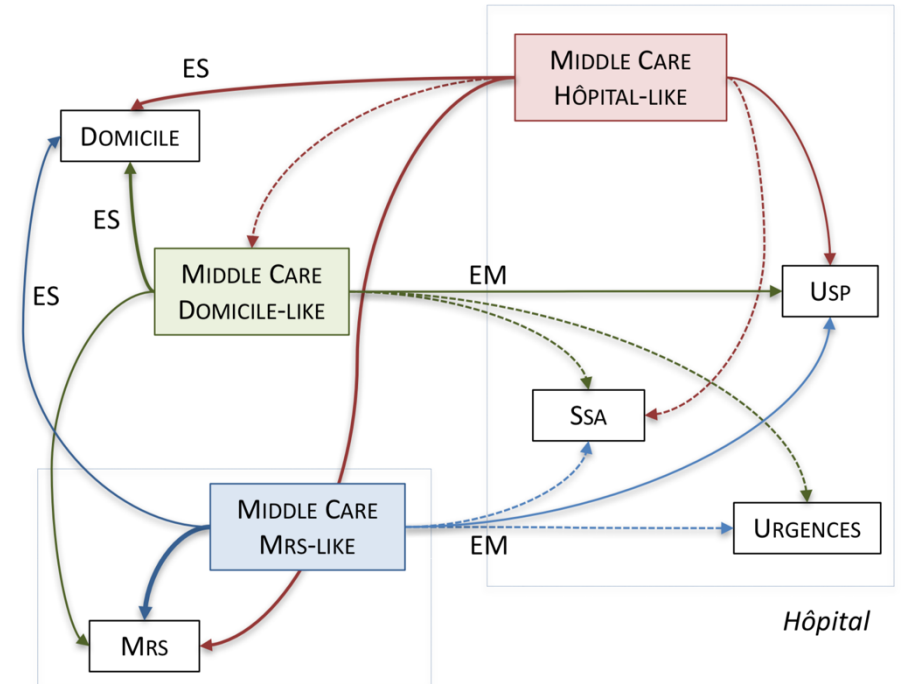


MRS

ES : sur proposition de l'équipe de soutien de 2<sup>ème</sup> ligne  
 EM : sur proposition de l'équipe mobile hospitalière

- - - - - : admission possible à titre exceptionnel

MODALITEITEN VOOR ONTSLAG UIT PALLIATIEVE MIDDLE CARE



MRS

ES : de préférence avec l'intervention de l'équipe de soutien de 2<sup>ème</sup> ligne  
 EM : de préférence avec l'intervention de l'équipe mobile hospitalière

- - - - - : lieu de sortie envisageable à titre exceptionnel

## Bijlage 1 – Verwezenlijkte projecten

### Doelpopulatie

	Cité Serine	St Vincenzius	Woonzorgcentrum Huize Nazareth
<b>Inclusiecriteria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiënten met ernstige, evolutieve ziekte</li> <li>- Individueel zorgtraject op basis van de behoeften, wensen en medische situatie</li> <li>- Respijtzorg mogelijk</li> <li>- Dagprijs gefinancierd door de patiënten of door een organisatie (bv. OCMW, Fedasil)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prognose &lt; 3 maanden</li> <li>- PICT: volledige status</li> <li>- GPP ≤ 60 %</li> <li>- Leeftijd &gt; 65 jaar (maar uitzonderingen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bejaarden en kwetsbare volwassenen</li> <li>- Prognose &lt; 3 maanden</li> </ul>
<b>Uitsluitingscriteria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gedragsproblemen (bv. dementie)</li> <li>- Onstabiele psychische stoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leeftijd en prognose (zie supra)</li> <li>- De zorg mag niet te complex zijn</li> </ul>	
<b>Leeftijd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen beperking</li> <li>- Kinderen &lt; dan 12 moeten worden vergezeld door een ouder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leeftijd &gt; 65 jaar</li> </ul>	
<b>Type pathologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle pathologieën</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle pathologieën</li> </ul>	
<b>Prognose/verblijfsduur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen duur bepaald</li> <li>- Het verblijf duurt zolang het zorgtraject loopt</li> <li>- Cité Serine is in geen geval een definitieve plaatsing die een WZC kan vervangen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximum 3 maanden</li> </ul>	



## Structuur, omkadering, type zorg

	Cité Serine	St Vincenzius	Woonzorgcentrum Huize Nazareth
<b>Type structuur Aantal bedden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extramurale structuur, type zorghotel</li> <li>- 25 zorgstudio's, waarvan een vijftiental voor palliatieve zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen een WZC, kortverblijfafdeling met 8 bedden waarvan 2 bedden permanent beschikbaar voor 'versnelde palliatieve opvang voor ouderen'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospice gebouwd binnen het WZC Huize Nazareth met 2 bedden voor de terminale of levenseindezorg (uitbreiding mogelijk, na evaluatie, naargelang de geïdentificeerde behoeften en evolutie).</li> <li>- Liefdadigheidsorganisatie</li> </ul>
<b>Openingsdatum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinds 2001 zijn er 7 individuele zorgflats</li> <li>- In september 2015 een huis met 25 zorgflats waarvan 18 toegankelijk voor personen met een beperkte mobiliteit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1/09/2015</li> </ul>	
<b>Interne omkadering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verpleegkundigen: 7,5 VTE (0,5 VTE/bed, op basis van 15 bedden)</li> <li>- Hulp in het dagelijks leven (AJV): 6</li> <li>- Secretariaat: 1 VTE</li> <li>- Maatschappelijk assistent: 1,5 VTE</li> <li>- Verwijzend arts (telefoonpermanentie voor advies + pluridisciplinaire vergadering 1/maand) + consultants op verzoek van het MT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verpleegkundige: 1 VTE/bed</li> <li>- Zorgkundige: 0,325/bed</li> <li>- Kinesitherapeut: 0,1 VTE/bed</li> <li>- Psycholoog: 0,2 VTE/bed</li> <li>- Vrijwilligers: 0,5 VTE/bed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinair team (eerste- en tweedelijnsactoren).</li> <li>- Coördinator: staat in voor de continuïteit tussen de thuiszorgsituatie en de zorg in het WZC. Organisatie van multidisciplinair overleg met de patiënt, het team voor palliatieve zorg en het team voor thuiszorg met het oog op de continuïteit van de zorg.</li> </ul>
<b>Externe omkadering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medische opvolging door de behandelende arts</li> <li>- Kinesitherapeut</li> <li>- Psycholoog (verbonden aan de structuur)</li> <li>- Ergotherapeuten/logopedisten/voetverzorgers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medische opvolging door de behandelende arts</li> <li>- Multidisciplinair begeleidingsteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medische opvolging door de huisarts opgeleid in palliatieve zorg (groep die instaat voor de permanentie in het hospice)</li> <li>- Psycholoog</li> <li>- Multidisciplinair begeleidingsteam</li> </ul>

<b>Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet-medisch kader, met een grote tuin met bomen</li> <li>- Specialisatie in technische handelingen (ook chemotherapie, antibiotica-infuzen, peritoneale dialyse, enz.)</li> <li>- Ook voor kinderen</li> <li>- Biedt ook respijtzorg</li> <li>- Theoretische en praktische opleidingen (stagiairs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zo snel mogelijke opname.</li> <li>- Positief effect op de ontwikkeling van een palliatieve cultuur binnen de WZC in hun geheel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Netwerking, kruisbestuiving</li> <li>- Hulp aan kwetsbare gezinnen, patiënt wordt niet geïsoleerd behandeld maar als lid van een gezin.</li> </ul>
<b>Technische handelingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, maar geen transfusies of pleurapuncties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijk indien niet complex</li> <li>- Geen transfusies of puncties</li> </ul>	
<b>Permanentie 24/7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysieke aanwezigheid van verpleegkundige 24/7</li> <li>- Fysieke aanwezigheid hulp in het dagelijks leven (AJV) 12 uur/dag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja</li> </ul>

## Huidige financieringsbronnen

	Cité Serine	Sint-Vincentius	
<b>Palliatieve status</b>	Aangezien Cité Sérine wordt beschouwd als "domicilie/thuisomgeving" hebben patiënten met een palliatieve status recht op een palliatief forfait en terugbetaling van het remgeld (artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten)	Nee	
<b>Regionale subsidie</b>	Cocof in het kader van palliatieve en continue zorg	Forfait WZC kortverblijf	
<b>RIZIV-facturatie van de verstrekkingen</b>	Facturatie verpleegkundige verstrekkingen (zorg, technische forfaits) gericht aan de ziekenfondsen, volgens de RIZIV-nomenclatuur		
<b>Ziekenfondsen</b>	Gedeeltelijke terugbetaling beperkt in verblijfsduur, door bepaalde ziekenfondsen, in het kader van de aanvullende verzekering		
<b>Persoonlijk aandeel</b>	De dagprijs in de vorm van het persoonlijk aandeel van de patiënt of bijdrage door een organisatie (bv. CEE, OCMW, Fedasil, Artsen Zonder Grenzen, enz.) moet gevraagd worden voor de financiële leefbaarheid van het project. Er zijn helaas geen uitzonderingen. De tussenkomst van externe organisaties komt frequent voor.	Het persoonlijk aandeel van de patiënt (dagprijs kortverblijf WZC)	
<b>Giften, inzameling van fondsen</b>	Ja		

