



Transitionele rouwbegeleiding in het Vlaamse zorglandschap: Analyserapport van de bevraging bij Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra

Onderzoekscentrum Zorg in Connectie
Karel de Grote hogeschool

KdG Research
Karel de Grote Hogeschool

Transitionele rouwbegeleiding in het Vlaamse zorglandschap

**Analyserapport van de bevraging bij Vlaamse ziekenhuizen en
woonzorgcentra**

Sophie Albrecht MsC, Dr. Jente Bontinck

Onderzoekscentrum Zorg in Connectie
Onderzoek PWO middelen
2024-2025

INHOUD

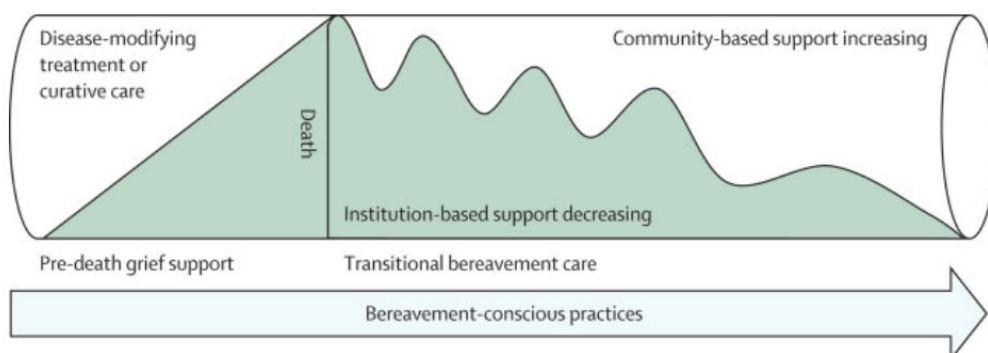
Inleiding	3
PROJECT OBJECTIEVEN EN ONDERZOEKSVRAGEN	6
Studie objectieven	6
Onderzoeksvragen:	6
METHODE	7
RESULTATEN	8
1.1 Beschrijving van de respondenten	8
1.1.1 Ziekenhuizen	8
1.1.2 Woonzorgcentra	9
1.2 Uitvaartsector	11
1.3 Documenten ziekenhuizen	12
1.3.1 Hoe wordt rouwzorg ingevuld binnen de ziekenhuizen?	13
1.3.2 Conclusie ziekenhuizen	15
1.4 Documenten woonzorgcentra	16
1.4.1 Hoe wordt rouwzorg ingevuld in de woonzorgcentra?	17
1.4.2 Besluit woonzorgcentra (WZC)	20
1.5 Documenten in de uitvaart sector	21
1.6 Discussie	22
1.7 Aanbevelingen	24
Referenties	25

Inleiding

Verliezen van een naaste is een ingrijpende gebeurtenis die een rouwperiode initieert. Het rouwproces van nabestaanden vat aan voor het effectieve overlijden en stopt niet op een vastgelegd tijdstip (1). Als deze rouwperiode niet juist omkaderd is, kan ze de gezondheid bedreigen. Nabestaanden lopen een verhoogde kans op fysieke- en psychische problemen.

Omgaan met het verliezen van een naaste door overlijden is een tekenende gebeurtenis die eenieder treft (1). In 2022 stierven 108 647 Belgen een natuurlijke dood (na langdurige ziekte of leeftijdsgebonden) en 7 717 Belgen stierven een onnatuurlijke dood (ongeval, suïcide,...). Dit wil dus zeggen dat het verliezen van een naaste niet altijd voorbereid is. Nabestaanden zijn in die gevallen niet of slecht ingelicht en begeleid in wat hen te wachten staat.

Rouw is een natuurlijk proces dat ontstaat na dit verlies. De wijze waarop mensen rouwen is echter divers en hangt af van persoonlijke, culturele en maatschappelijke factoren (2). In Vlaanderen, evenals in veel andere Europese regio's, wordt steeds meer aandacht besteed aan de behoefte aan gespecialiseerde ondersteuning tijdens het rouwproces. Gezondheidszorgverstrekkers worden geacht rouwende nabestaanden te begeleiden bij de overgang van het institutionele (bv. ziekenhuizen en woonzorgcentra) naar de eigen sociale omgeving (buurt, familie, en bredere context) (3). Ze worden eveneens veronderstelt de sociale omgeving te versterken zodat rouwende nabestaanden duurzaam kunnen ondersteund worden. Wanneer nabestaanden ondersteund worden door zowel professionals als het eigen netwerk, leeft de verwachting dat de ondersteuning vanuit de zorgorganisaties zal afnemen met de loop van de tijd, waarbij de ondersteuning van het eigen netwerk van de nabestaande een steeds grotere rol gaat spelen. Deze shift verloopt echter niet lineair, maar eerder in een fluctuerende beweging tussen meer professionele zorgnoden op het ene moment en voldoende steun bij het sociale netwerk op het andere (3). Dit wordt benoemd als **transitionele rouwzorg**.



(Lichtenhal et al., 2024, Lancet) (3).

Traditionele vormen van rouwbegeleiding zijn vaak onvoldoende afgestemd op de lange termijn behoeften van rouwendenden. Transitionele rouwzorg zou deze kloof kunnen overbruggen door voortdurende ondersteuning aan te bieden die inspeelt op de veranderende noden in verschillende fasen van het rouwproces. De ondersteuning gebeurt niet alleen vanuit de instellingen, er is een samenwerking en doorstroom vanuit de professionele wereld naar omgeving en het sociale weefsel van de buurt rond de rouwende.

In de meeste gevallen verloopt een rouwproces volgens verschillende stadia die resulteren in een manier van plaats geven aan het verlies. Bij een aantal rouwendenden (volgens studies een 10%) (4,5) ontwikkelt zich een gecompliceerde of persisterende rouw, wat leidt tot een verhoogde kans op ziekte, mentale problemen en sociaal isolement (6). Dit kan verstrekken gevolgen hebben voor de samenleving. Mensen met gecompliceerde rouw ervaren vaker problemen met hun werk, relaties, en sociale functioneren. Dit leidt niet alleen tot persoonlijk leed, maar heeft ook economische en maatschappelijke consequenties. **Onderzoek naar transitionele rouwzorg in Vlaanderen is essentieel om strategieën te ontwikkelen die gecompliceerde rouw kunnen voorkomen of effectief kunnen behandelen.**

Transitionele rouwzorg is een benadering binnen de rouwzorg die gericht is op het begeleiden van rouwendenden tijdens overgangsfasen in hun leven. Het concept erkent dat rouw niet een lineair proces is, maar een dynamisch en individueel pad waarin mensen zich voortdurend aanpassen aan veranderingen in hun persoonlijke, sociale en existentiële context. Het concept is ontstaan uit de behoefte om rouwzorg meer te integreren in een breder psychosociaal en existentieel kader. In plaats van alleen te focussen op het verminderen van symptomen van rouw, zoals verdriet of wanhoop, benadrukt transitionele rouwzorg de veerkracht van rouwendenden en hun vermogen om nieuwe betekenissen te vinden in hun veranderde omstandigheden, fluctuerend ondersteund door naasten of zorgmedewerkers. Voor professionals in de rouwzorg biedt dit model een rijker kader om rouwendenden te ondersteunen. De belangrijkste voordelen zijn het **Holistisch perspectief**: Het helpt zorgmedewerkers om verder te kijken dan de rouwsymptomen en in te zoomen op hoe verlies iemands bredere levensloop beïnvloedt. **Individueel maatwerk**: Door rekening te houden met iemands unieke transitieën en contexten, wordt zorg beter afgestemd op de behoeften van de rouwende. **Empowerment**: Transitionele rouwzorg moedigt aan om niet alleen te focussen op het verlichten van pijn, maar ook op het versterken van zelfredzaamheid en zingeving. **Praktische handvatten**: Professionals krijgen tools om rouwendenden te ondersteunen bij het hervinden van balans, bijvoorbeeld door aandacht te geven aan rituelen, routines en nieuwe sociale verbindingen.

Hoewel het niet de bedoeling is om rouwbegeleiding te medicaliseren of professionaliseren, is het wel noodzakelijk om een duidelijke **rolverdeling en taakomschrijving vast te stellen voor zowel professionals als de samenleving. Dit helpt om rouwendenden effectief te ondersteunen en, waar nodig, door te verwijzen naar passende hulp.** Het transitioneel rouwmodel leent zich ertoe om de professionele

en zorg uit de samenleving beter op elkaar af te stemmen en te versterken waar mogelijk en nodig. Hiervoor is er “rouw geletterdheid” nodig bij zowel professionals als de maatschappij.

De moeilijkheid om dit model te implementeren in het Vlaamse zorglandschap ligt dus niet alleen in de onduidelijkheid wie op welk moment een taak gaat opnemen in dit model. Er is een samenspel tussen professioneel geboden zorg en ondersteuning vanuit de samenleving, er is echter nergens omschreven wie en hoe deze rol kan opgenomen worden. Daarnaast verloopt elk rouwproces anders. De individuele belevingen van naasten die het proces doormaken is niet rechtlijnig of voor iedereen hetzelfde en de duurtijd van een rouwproces is geen vaststaand gegeven, waardoor het onmogelijk is om één standaard protocol op te stellen hetwelk voor iedere situatie toepasbaar is. Om dit te kunnen bevatten moeten professionals en de maatschappij rouw geletterd en capabel zijn.

PROJECT OBJECTIEVEN EN ONDERZOEKSVRAGEN

Studie objectieven

Met dit exploratief onderzoek wordt in kaart gebracht:

1. Welke protocollen en richtlijnen beschikbaar zijn en toegepast worden door professionals in zorginstellingen ter ondersteuning van naasten in de eerste uren tot 12 maanden na een overlijden van een dierbare.
2. Wat de achterliggende redenen zijn waarom rouwbegeleiding in deze zorginstellingen al dan niet wordt uitgevoerd (barrières en drivers).

Onderzoeksvragen:

1. Hoe verloopt transitionele rouwbegeleiding momenteel in Vlaamse ziekenhuizen, woonzorgcentra en uitvaartzorg?
2. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren die een invloed kunnen hebben op rouwbegeleiding door en voor deze professionals?

METHODE

Dit rapport omvat het eerste deel van een exploratieve studie mixed-methods studie, waarin zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden worden ingezet om de onderzoeksvragen uitgebreid te onderzoeken.

In dit rapport wordt het resultaat van de documentenanalyse weergegeven. Bestaande protocollen en richtlijnen die via verschillende instellingen wordt verkregen, worden thematisch geanalyseerd.

In de periode oktober 2024-december 2024 werd volgende vraag via mail uitgestuurd naar ziekenhuizen, woonzorgcentra en uitvaartsector:

1. Heeft uw instelling een protocol voor rouwbegeleiding van naasten na het overlijden van een persoon? Zo ja, hoe ziet dit eruit?
2. Zijn er verschillen tussen de verschillende afdelingen in de uitvoering van deze begeleiding?
3. Hoe worden deze protocollen in de praktijk toegepast?

RESULTATEN

1.1 Beschrijving van de respondenten

1.1.1 Ziekenhuizen

Er werden 29 ziekenhuizen gecontacteerd via contactadressen die publiek beschikbaar waren op hun website:

- 4 universitaire ziekenhuizen
- 25 algemene ziekenhuizen;

Grootte van de ziekenhuizen volgens officieel erkende beddenaantal en totaal over campen heen:

Tabel 1: Aantal bedden en aantal ziekenhuizen in Vlaanderen

Aantal bedden	Aantal ziekenhuizen
<500	15
500-1000	10
>1000	4

9/29 ziekenhuizen → vraag doorgestuurd naar persoon die hier mee bezig is.
6/29 ziekenhuizen → reactie na doorsturen intern naar juiste persoon

Profielen contactpersonen:

- Eerste contact niet altijd de persoon die ermee bezig was.
- Vaak (meerdere) interne doorverwijzingen
- Intern niet altijd duidelijk wie bevoegd was

Tabel 2: Deelnemers Ziekenhuizen (N=6)

ID	Type	Aantal bedden	Profiel respondent
ZH1	Regionaal algemeen ziekenhuis	>500	Klinisch psycholoog
ZH2	Regionaal algemeen ziekenhuis	>500	Diensthofd patiënten begeleiding
ZH3	Universitair ziekenhuis	>1000	Rouw- en verliesconsulent
ZH4	Regionaal algemeen ziekenhuis	>500	Hoofdverpleegkundige palliatieve eenheid
ZH5	Universitair ziekenhuis	>1000	pastor
ZH6	Regionaal algemeen ziekenhuis	<500	pastor/ coördinator

1.1.2 Woonzorgcentra

In Vlaanderen is de woonzorgsector opgedeeld volgens beheer in openbare sector (uitbating door gemeenten of OCMW's; kleinste aantal in gehele zorgveld), private non-profit (uitbating door VZW's, soms gekoppeld aan private for-profit, grootste aantal in gehele zorgveld) en private for-profit (commerciële bedrijven of investeringsgroepen) organisaties.

Tabel 3: Overzicht aangeschreven organisaties per beheerstype en aantal erkende bedden (cijfers Departement zorg 2024 (7))

Juridische beheersvorm	Aantal WZC	Aantal bedden
For-profit (FP)	148	27300
Non-profit (NP)	453	84100
Openbaar (O)	217	22000 - 25000

6 groepen van WZC werden via persoonlijke mail van directie gecontacteerd, slechts bij één groep werd de vraag overgemaakt aan hun sites met een reactie tot gevolg.

Op datum van 3 januari 2024 zijn er 817 erkende WZC in Vlaanderen (8). Deze werden gemaild via contactenlijst departement Zorg:

Van de **25 woonzorgcentra (WZC)** die reageerden:

- **15** bezorgden een protocol, richtlijn of andere schriftelijke informatie over hun aanpak;

- 4 gaven een mondelinge toelichting;
- 6 reageerden niet meer, ondanks herhaalde pogingen tot contact.

Tabel 4: Deelnemers woonzorgcentra (WZC) (N=19)

ID	Type	Behorend tot commerciële groep (ja/nee)	Aantal bedden (residentieel + kortverblijf)	Functie respondent
WZC1	NP	nee	1800	kwaliteitscoördinator
WZC2	NP	nee	1270	stafmedewerker
WZC3	O	nee	79	directeur
WZC4	NP	nee	448	medewerker
WZC5	NP	nee	100	teamcoördinator
WZC6	O	nee	112	Ref PZ
WZC7	NP	nee	476	medewerker
WZC8	NP	nee	109	campushoofd
WZC9	O	nee	+1000*	psycholoog
WZC10	O	nee	155	psycholoog
WZC11	NP	nee	129	stafmedewerker
WZC12	O	nee	92	kwaliteitscoördinator
WZC13	NP	nee	54	Psychologisch consulent
WZC14	O	nee	80	Maatschappelijk assistent
WZC15	O	nee	67	coördinator
WZC16	NP	nee	135	psycholoog
WZC17	NP	nee	64	ergotherapeut
WZC18	NP	ja	126	directeur
WZC19	O	nee	115	Vpk consulent

WZC Woonzorgcentra; NP non-profit; O openbaar

*Overheen verschillende camp

1.2 Uitvaartsector

In de uitvaartsector werd dezelfde oproep verspreid via de koepelorganisatie, de twee grote overkoepelende uitvaarbedrijven, één uitvaartverzekeringsmaatschappij en acht particuliere uitvaartorganisaties met de vraag om deze verder te delen binnen het uitvaartlandschap of zelf te antwoorden.

Uiteindelijk bezorgden één uitvaart/ verzekeringsmaatschappij en één particuliere uitvaartorganisatie bijkomende informatie.

Tabel 5: Deelnemers uitvaartsector (N=2)

ID	Type	Aantal vestigingen	Profiel respondent
UV1	uitvaartverzorging	134 (B)	Rouw- en verliesconsulent
UV2	uitvaartmaatschappij	3	zaakvoerder

In 2024 werden in België 112 029 overlijdens gemeld; in de categorie 85-plus gaat dit over 49 211 inwoners (9). Vooral bij 85-plussers werd er in die periode een groter aantal overlijdens vastgesteld dan in de periode 2021-2023. Gezien de demografische evolutie (een toename van het aantal inwoners die de leeftijd van 85 jaar overschrijden) is dit verklaarbaar (10). Dit heeft ook tot gevolg dat het aantal overlijdens binnen de WZC stijgt. In 2022 bijvoorbeeld overleden in totaal 21 544 bewoners in WZC, wat een stijging was van bijna 2,5% ten opzichte van 2021 (11). In de ziekenhuizen is er een lichte dalende trend in het aantal overlijdens, al blijven de absolute cijfers daar wel hoger dan in de WZC.

Het gevolg is dat de noodzaak om passende rouwondersteuning te bieden aan nabestaanden een precair punt blijft binnen de bevroagde sectoren.

Hierna volgt de omschrijving van de huidige stand van zaken met betrekking tot rouwondersteuning aan nabestaanden binnen ziekenhuizen, WZC en uitvaartzorg.

1.3 Documenten ziekenhuizen

Protocol

Van de zes deelnemende ziekenhuizen, rapporteren drie ziekenhuizen dat ze een specifiek protocol rond rouw hebben (ZH2, ZH3 en ZH5). Drie ziekenhuizen hebben geen (specifiek) protocol (ZH1, ZH4 en ZH6). Deze drie ziekenhuizen beschikken wel over enige vorm van checklist of interne afspraken over wat te doen (wie bellen, praktische afspraken, aankleden van de kamer) bij overlijden van een patiënt.

Invulling “rouw”

In twee ziekenhuizen wordt rouw niet louter gezien als een proces dat zich ontplooit na een overlijden (ZH3 en ZH5). Zij omschrijven rouw eveneens als een proces dat bestaat wanneer een patiënt de diagnose van een chronische ziekte krijgt. In de overige vier ziekenhuizen is er geen duidelijke omschrijving van het concept rouw omhanden.

Aanwezigheid van protocollen op de afdelingen

In ZH2 beschikken zowel de verschillende verpleegeenheden als de spoedafdeling over een protocol “zorg bij overlijden”. Het rouwcentrum beschikt over een RIO-reglement met betrekking tot nazorg bij overlijden. In ZH3 is er een protocol aanwezig specifiek bestemd voor de NICU van het ziekenhuis. Andere afdelingen in het ziekenhuis (waaronder de palliatieve eenheid) hebben geen specifiek rouwprotocol. ZH5 heeft voor elke afdeling een (aangepaste) rouwkoffer waar voorwerpen in zitten die kunnen gebruikt worden bij het levenseinde en overlijden (kaarsen, aroma streamer enzovoort). In deze koffers zitten de praktische checklists die een overzicht bieden over wat te doen bij overlijden.

Is het bestaan van de protocollen gekend?

Binnen ZH 3 geeft een medewerker aan geen kennis te hebben van bestaande protocollen. Al zijn er binnen dit ziekenhuis wel richtlijnen (welke zij als protocol omschrijven) aanwezig. Ook in ZH5 wordt omschreven dat personeelsleden die minder frequent in contact komen met overlijdens, moeite hebben om te weten wat ze moeten doen. In ZH6 zijn er op elke afdeling medewerkers aanwezig die kennis hebben van de procedures.

Inhoud protocol of checklist

De ziekenhuisprotocollen zijn hoofdzakelijk gericht op het beschrijven van technische en praktische procedures, en fungeren dus eerder als operationele stappenplannen dan als richtlijnen voor de psychosociale opvang van nabestaanden. In ZH2 en ZH5 bevatten ze voornamelijk informatie over de interne procedures (op afdelingen) en standaard opbaring en begroeting door naasten, de rituele wassing, het afscheid met stadsuitvaart enzovoort (binnen het rouwcentrum). In ZH 3 beperkt het zich tot zeer praktische afspraken op neonatologie (wie contacteren in het ziekenhuis, naar waar breng je de baby,...). In ZH6 werd extra aandacht besteed aan de protocollen rond lijktooi zorgender te maken voor zowel de nabestaanden als de personeelsleden. Daarnaast wordt er in

het gehele ziekenhuis gewerkt met de dienst zinzorg (spiritueel begeleider in alle materie aangaande “verlies”) en de eventuele begeleidingsequipes die al bij de patiënt komen.

1.3.1 Hoe wordt rouwzorg ingevuld binnen de ziekenhuizen?

Gesprekken met nabestaanden

Gesprekken met nabestaanden worden voornamelijk aangeboden, aan nabestaanden van patiënten die al begeleid werden door het oncologisch / palliatief support team (ZH1, ZH2, ZH3, ZH4). Nabestaanden mogen variërend vijf (ZH4) vier maal (ZH1) of driemaal (ZH3) op rouwgesprek komen bij een aangewezen zorgverlener in het ziekenhuis. Indien er langere begeleiding nodig is, wordt de nabestaande doorverwezen naar een zorgverlener buiten het ziekenhuis (ZH1, ZH3, ZH4). Deze informatie wordt mondeling (ZH1) of via een brochure (ZH3 algemeen) of via een gepersonaliseerd schrijven (ZH3 hematologie en ZH4) aan nabestaanden kenbaar gemaakt. Aalmoezeniers of spirituele begeleiders blijken meer ruimte te hebben om gedurende een langere periode deze gesprekken op zich te nemen. Enkel in ZH5 wordt er uitdrukkelijk gezegd dat de pastor telefonisch contact opneemt met de nabestaanden na het overlijden van de patiënt. Dit is meestal één maand na het overlijden. ZH6 geeft aan dat nabestaanden zelf contact moeten nemen indien ze een gesprek willen. Enkel binnen de dienst intensieve zorgen neemt de hoofdverpleegkundige zelf contact op. Specifiek voor oncologische patiënten is er de mogelijkheid om gebruik te maken van een inloophuis waar ook na hun overlijden de nabestaanden terecht kunnen.

Wie voert deze gesprekken?

De zorgprofessionals die de gesprekken met nabestaanden op zich nemen, is divers en kan zelfs binnen de ziekenhuisdiensten fluctueren. Het palliatief support team (PST) (ZH1, ZH2, ZH5, ZH6) en (onco)psycholoog (ZH1, ZH2) zijn de vaakst aangehaalde beroepsprofielen die de begeleiding van nabestaanden op zich nemen. Op de dienst hematologie en de palliatieve eenheid (ZH3) nemen de leden van het verpleegkundig team deze rol op. Daarnaast worden ook de sociale dienst (ZH2), interne liaison geriatrie (ZH2) en spirituele begeleiders (ZH2, ZH3, ZH5) ingeschakeld om nabestaanden op te vangen. In ZH6 is de dienst zinzorg verantwoordelijk voor opvolging van patiënten in het hele ziekenhuis en niet louter op oncologische of palliatieve eenheden. Zij voeren samen met de referentie verpleegkundigen palliatieve zorg de gesprekken.

Fysieke en temporele ruimte om afscheid te nemen

In ZH2 is er een rouwcentrum ingericht waar nabestaanden in alle rust kunnen afscheid nemen. Hier is eveneens info beschikbaar over rouwconsulenten, literatuur over rouw enzovoort. In ZH3 krijgen nabestaanden van overledenen op de palliatieve eenheid gedurende 12u de tijd om op de afdeling zelf afscheid te nemen van hun naaste. Binnen ZH5 moet expliciet toestemming gevraagd worden aan het management om tijd vrij te maken voor het voeren van gesprekken. Voor de zorgverleners zelf wordt er een

terugkoppelingsmoment voorzien om cases te bespreken. De pastorale dienst daar voorziet opleidingen voor alle werknemers over hoe ze een rouwvraag kunnen herkennen.

Rituelen en herdenking

Binnen ZH3 zijn er verschillende manieren waarop nabestaanden worden gesteund in hun rouwproces door middel van rituelen en herdenkingen. Op de palliatieve eenheid mag de familie deelnemen aan de laatste zorgen. Na 1 maand wordt een troostpakketje met begeleidende brief met het aanbod om langs te komen op de afdeling aan de contactpersoon gestuurd. Er wordt ook verwezen naar een aantal instanties in dit pakketje (brochure over rouw, een candlebag om een theelichtje te branden, een kaart met een mooie tekst, een kaartje met bloemzaden waarop de naam van de naaste met kaligrafie is geschreven). Na 1 jaar krijgt de contactpersoon een kaart toegestuurd om te laten weten dat de overledenen nog niet vergeten is op de PE. Over alle afdelingen van het ziekenhuis heen wordt er vier maal per jaar een herdenkingsviering georganiseerd (voor de volwassen patiënten) en aparte momenten voor neonatologie.

In ZH4 worden nabestaanden tot maximaal 6 maand na het overlijden van hun naaste uitgenodigd op een bemoedigingsavond. Hier wordt informatie gegeven over rouw, is er mogelijkheid om met het team na te praten in een gemoedelijk kader met muziek en gebak. Na één jaar wordt een herinneringskaartje gestuurd vanuit het PST.

ZH5 start met begeleiding van de patiënt en naasten vanaf er een terminale fase wordt gemarkeerd. De pastorale dienst eert overledenen met het aansteken van een kaars. Er wordt eveneens drie maal per jaar een herinneringsevent voorzien voor ouders na een (vroeg) zwangerschapsverlies vroeg- en doodgeboorte. Dit wordt bijgewoond door zowel de ouders als de zorgverleners.

Tastbare herinnering

De palliatieve eenheid van ZH3 maakt specifiek melding dat het mogelijk is om tastbare herinneringen van de overledene te maken. Zij nemen bv een handafdruk, haarlok,... die ze aan de nabestaande geven na het overlijden.

1.3.2 Conclusie ziekenhuizen

Rouwzorg in ziekenhuizen: gefragmenteerde praktijken en beperkte structurele verankering

Protocollen

Hoewel interne afspraken en checklists gangbaar zijn, ontbreken rouwprotocollen binnen de ziekenhuissector. De inhoud van zowel de weinig beschikbare protocollen als checklists zijn praktisch en technisch van aard, met focus op lijktooi, administratieve procedures en standaardpraktijken bij overlijden. Emotionele of relationele aspecten van rouwzorg worden nauwelijks tot niet benoemd. Weinig medewerkers zijn op de hoogte van het bestaan van de interne richtlijnen, waardoor er geen uniforme handelswijze is.

Wat is rouw?

Het concept rouw wordt slechts in twee ziekenhuizen breder omschreven als louter een toestand na overlijden van een geliefde. Bij de vier overige is er geen duidelijke omschrijving over wat rouw is.

Gesprekken na het overlijden

Het aanbieden van gesprekken aan nabestaanden gebeurt, vaak via het palliatief support team (PST) of psychologen én wanneer er reeds contact was met het PST voor overlijden. Vooral voor nabestaanden van patiënten die overleden na een palliatief-, oncologisch traject of na vroeggeboorte is er aandacht voor rouwbegeleiding. De tijdspanne varieert van enkele weken tot enkele maanden na het overlijden. Slechts in één ziekenhuis wordt er outreachend gewerkt door ook telefonisch contact op te nemen met de nabestaanden. In de helft van de deelnemende ziekenhuizen moeten nabestaanden zelf initiatief nemen om ondersteuning te krijgen. De betrokken zorgverleners in dit aanbod van gesprekken en rouwopvolging zijn divers: PST, psychologen, verpleegkundigen, spirituele begeleiders, sociale dienst en zinzorg. Veelal worden de verdere gesprekken opgenomen door psychologen en pastoraal medewerkers.

Afscheid nemen en herdenken

De mogelijkheid om fysiek en op een rustige manier afscheid te nemen vlak na het overlijden wordt bij de helft van de deelnemende ziekenhuizen aangeboden. Herdenkingsmomenten en aandenkens voor de nabestaanden worden slechts bij de helft van de respondenten aangeboden. Een aantal ziekenhuizen nodigen in een periode van zes maand tot een jaar na het overlijden, nabestaanden uit op één of andere vorm van herdenking. Hier is vooral mogelijkheid om in contact te komen met andere nabestaanden. Voor ouders die een kind verloren door vroeggeboorte zijn er specifieke herinneringsmomenten voorzien. Slechts één instelling maakt melding dat zij voor alle nabestaanden de mogelijkheid voorzien om tastbare herinneringen (haarlok, handafdruk,...) mee te nemen .

Nota: Er zijn organisaties in Vlaanderen die zich toeleggen op het creëren van tastbare herinneringen na het overlijden, vooral bij het verlies van (zeer jonge) kinderen (vb Berrefonds,

Boven de Wolken,...). Deze organisaties worden door geen enkele respondent benoemd. Dit doet vermoeden dat hun werking volledig los staat van de werking van het ziekenhuis. Bovendien vallen deze organisaties buiten de eigen werking van de organisatie, waardoor er geen vermelding is in de eigen protocollen.

In ziekenhuizen vertoont de nazorg voor nabestaanden, ondanks de bestaande initiatieven op het vlak van rouwzorg, nog een gefragmenteerd karakter en is sterk afhankelijk van de afdeling of van individuele zorgverleners. De positie van rouwzorg binnen het ziekenhuis, over alle afdelingen heen, is onvoldoende verankerd en roept vragen op over de structurele integratie en continuïteit van de zorg. Het transitioneel rouwmodel is momenteel geen gangbare praktijk binnen de ziekenhuissector.

1.4 Documenten woonzorgcentra

Protocol

Van de 19 deelnemende woonzorgcentra, geeft één WZC (WZC6) aan dat zij een uitgebreid protocol rond rouw hebben.

De overige centra beschikken niet over een formeel protocol, maar hanteren wel andere vormen van richtlijnen of gewoontes in de praktijk.

Invulling “rouw”

In drie WZC wordt rouw niet louter als voorkomend bij het levenseinde omschreven maar eerder als een continu proces. Rouw bij verlies van gezondheid, achterlaten van de thuissituatie en dergelijke wordt omschreven (WZC6, WZC7, WZC9) als rouwervaring. In WZC10 wordt rouwzorg omschreven als maatwerk, waarbij een protocol als belemmerend wordt gezien om rouwzorg op maat te kunnen bieden.

Inhoud protocol, richtlijn of checklist

De procedure rouw (WZC6) omvat praktische richtlijnen voor zorgverleners om zowel bewoners als naasten en personeel op te vangen bij verlieservaringen. Deze gaan breed en beperken zicht niet alleen tot het overlijden. Er wordt een rouwvragenlijst gebruikt om de zorgverlening af te stemmen en zo nodig een doorverwijzing te doen. De praktische richtlijnen en afspraken rond het uitvoeren van de ondersteunende taken is beschreven.

Binnen procedures bij overlijden (WZC1 en WZC7) of overbrengen overledene (WZC14), wordt de aandacht vnl. gelegd op administratieve processen (leegmaken kamer, keuze begrafenisondernemer enzovoort). Ze bevatten slechts een klein deeltje rouwondersteuning.

Visie- (WZC3), missietekst (WZC18) of folders (WZC2; WZC7) bevatten praktische richtlijnen voor levenseindebeslissingen (zoals wat is een DNR code, bevoegdheden van personeel...) en de werking van het WZC in de aanpak van levenseindezorg.

Het gebruik van een “koffer” (WZC2, WZC7, WZC16, WZC17) bij het levenseinde met materialen die rituelen rond afscheid ondersteunen en hulpmiddelen die de laatste

levensfase voor de bewoner en diens naasten omkadert is divers in invulling. Het gaat hier over bijvoorbeeld boekjes om gevoelens neer te schrijven, aroma streamers, kaarsen, kleine decoratie enzovoort. Het omvat vaak ook bijkomende praktische richtlijnen zoals deze in folders omschreven staan.

Hierbij sluiten de checklists en brochures (WZ12, WZC19) aan die administratieve richtlijnen of hulp voor nabestaanden bevatten.

In één WZC (WZC 4) werd een beleidsvoorstel rond menswaardig levenseinde opgesteld. Hier wordt ook aandacht geschonken aan de verlieservaringen van personeelsleden.

Vaak heersen er ongeschreven afspraken of regels rond begeleiden van familieleden binnen de WZC (WZC5, WZC8, WZC9, WZC10, WZC11, WZC13, WZC15). De inhoud en variëren sterk van maatwerk en dus niet in richtlijnen te omschrijven tot het ad hoc reageren van medewerkers.

1.4.1 Hoe wordt rouwzorg ingevuld in de woonzorgcentra?

Gesprekken met nabestaanden

De familie wordt bij aanvang van een palliatieve behandeling mee uitgenodigd om te praten over deze laatste levensfase (WZC3). Familie wordt een zes weken na het overlijden gevraagd op een nazorggesprek (WZC4) of telefonisch gecontacteerd om te beluisteren hoe het met hen gaat (WZC6). Dit gesprek is zowel om na te gaan hoe de zorg werd ervaren (WZC4), als om te ontdekken of de nabestaanden verdere ondersteuning nodig hebben (WZC4, WZC6). Er wordt de kanttekening gemaakt dat niet alle zorgverleners zich comfortabel voelen om te praten over sterven en rouw (WZC5, WZC18). De familie wordt gecontacteerd vlak na het overlijden om te horen hoe het gaat (WZC8) en krijgen de mogelijkheid een gesprek te hebben met de psychologisch consulent (WZC13) of een psychologe (WZC18). Eerder informele gesprekken worden gevoerd op herdenkingsmomenten (WZC7, WZC8, WZC10, WZC12). Er is ook aandacht voor de achter gebleven medebewoners. Wanneer een bewoner overlijdt, zal er een gesprek zijn met de medebewoners wanneer het geweten is dat ze een goede band hadden (WZC19).

Één WZC maakt melding van gesprekken met familieleden voor het overlijden van de naaste (WZC14), gesprek met de psycholoog, zeker in palliatieve setting, is daar een mogelijkheid om de nabestaanden ook na het overlijden op te vangen.

Twee WZC (WZC9 en WZC15) hebben geen specifieke gesprekken met nabestaanden. Zij geven aan dat ze het belangrijker vinden om voor het overlijden van de resident al in gesprek te gaan met de familie. In één WZC (WZC16) is het voor naasten van bepaalde bewoners (vnl dementie problematiek) al mogelijkheid om in gesprek te gaan met een psychologe nog voor het overlijden van de resident. Bij twee respondenten (WZC11 en WZC 17) is er momenteel geen actieve aanbieding van gesprekken aan nabestaanden.

Wie voert deze gesprekken?

Tweemaal wordt vermeld dat gesprekken rond rouw worden aangegaan door alle medewerkers (WZC11, WZC12). In twee organisaties nemen vooral de hoofdverpleegkundige of afdelingsverantwoordelijken deze taak op zich (WZC4 en WZC8). In acht organisaties nemen de leden van het palliatief team dit voor hun rekening (WZC1, WZC3, WZC4, WZC5, WZC6, WZC7, WZC17, WZC19). Dit team zelf is in alle zorgorganisaties op een andere manier samengesteld. In vijf organisaties nemen de maatschappelijk werker (WZC14), de psychologe (WZC2, WZC18), de pastor (WZC2, WZC7). Éénmaal wordt melding gemaakt van de schoonmaakmedewerkers (WZC7) al wordt hun rol niet verder weergegeven. Vier organisaties geven geen antwoord op deze vraag (WZC9, WZC10, WZC13, WZC15).

Ruimte (fysiek en tijd) om afscheid te nemen

Voor het overlijden wordt aan de nabestaanden in verschillende organisaties het aanbod gedaan om te blijven overnachten bij hun dierbare (WZC3, WZC7, en WZC17). Na het overlijden zijn de mogelijkheden om afscheid te nemen op de kamer van de overledene beperkt. Slechts in drie WZC wordt melding gemaakt van de mogelijkheid voor nabestaanden om rustig hun tijd te nemen om afscheid te nemen vooraleer de overledene moet weggebracht worden (max 24 uur volgens de richtlijn overbrenging van de overledene door het agentschap Zorg en gezondheid (WZC2, WZC7, WZC14).

Rituelen en herdenking

Nabestaanden krijgen de mogelijkheid om de laatste zorgen mee toe te dienen (WZC2). In verschillende organisaties worden rouwkaartjes (WZC2, WZC6, WZC7, WZC11, WZC13), al dan niet gepersonaliseerd, uitgestuurd naar de nabestaanden. Ook de aanwezigheid van een afvaardiging van personeel(sleden) op de uitvaartdienst is een gangbare vorm van ondersteuning uiten aan de nabestaanden, ongeacht de duur van het verblijf in het WZC (WZC2, WZC4, WZC6, WZC12).

Een herdenkingsmoment of terugkomdag waar de nabestaanden worden op uitgenodigd, is de meest toegepaste vorm van ondersteuning (WZC2, WZC3, WZC6, WZC7, WZC8, WZC10, WZC11, WZC12, WZC13, WZC14, WZC18) en dit wordt op verschillende manieren vorm gegeven. De ingerichte herdenkingsmomenten worden minimaal éénmaal per jaar georganiseerd. De invulling is verschillend per WZC, de rode draad is dat er vaak gewerkt wordt met foto's waarbij familieleden en medewerkers herinneringen ophalen. Op deze herdenkingsmomenten is het voor nabestaanden mogelijk om in gesprek te gaan met de aanwezige zorgverleners die op dat moment contact hebben met de nabestaanden. Slechts in één WZC (WZC14) wordt maandelijks een herdenking met de bewoners georganiseerd voor de medebewoners die zijn overleden. Familieleden worden niet uitgenodigd op deze herdenkingsmomenten.

Nazorggesprek

In WZC4 worden nabestaanden 6 weken na overlijden uitgenodigd. Dit gesprek wordt aangewend om de situatie van de nabestaande in beeld te krijgen. Als in het

nazorggesprek blijkt dat de rouwverwerking erg moeilijk is, dan wordt het advies gegeven om contact op te nemen met de huisarts. Eveneens voorziet dit gesprek feedback voor het WZC omdat wordt bevraagd hoe nabestaanden terugkijken op de periode van ziekte en sterven en op de verleende zorg. In WZC6 worden nabestaanden telefonisch gecontacteerd om te bevragen hoe het met hen gaat. Zo nodig volgt er een nazorggesprek. In één WZC (WZC13) is een gesprek met een psychologisch consulent mogelijk. In één WZC is er een mogelijkheid om de psychologe te spreken (WZC18), dit vooral nadat er door het zorgteam op voorhand al wordt aangegeven dat er problemen in rouwverwerking te verwachten zijn.

Tastbare herinnering

Een boekje met foto's en anekdotes geschreven door personeel en medebewoners (WZC4, WZC13, WZC14) worden na één tot enkele weken na het overlijden met een klein aandenken (kaars, bloemzaadjes, tekstje) aan de nabestaanden bezorgd.

Op de afdeling wordt een foto geplaatst in een rouwhoekje die nadien op de afdeling op een centrale plaats behouden blijft (WZC11).

1.4.2 Besluit woonzorgcentra (WZC)

Rouwzorg in woonzorgcentra: Informele, diverse praktijken met nood aan structurele verankering

Protocollen

Uit de bevraging van 19 WZC blijkt dat rouwzorg binnen deze instellingen op diverse en vaak informele wijze wordt vormgegeven. Slechts één woonzorgcentrum beschikt over een uitgebreid en formeel protocol inzake rouwzorg. De overige centra hanteren alternatieve vormen van richtlijnen, gewoontes of impliciete afspraken, wat wijst op een gebrek aan structurele verankering en uniformiteit in de aanpak van rouw binnen de sector. De inhoud van bestaande richtlijnen varieert sterk, van louter administratieve procedures bij overlijden tot ondersteuning van bewoners, familieleden en personeel. Rituelen zoals het gebruik van een afscheidskoffer, herdenkingsmomenten en keep sakes worden in meerdere centra toegepast, maar verschillen in vorm, frequentie en doelstelling.

Wat is rouw?

In enkele woonzorgcentra wordt rouw niet uitsluitend geassocieerd met het levenseinde, maar benaderd als een doorlopend proces dat ook andere verlieservaringen omvat, zoals het verlies van gezondheid of het verlaten van de vertrouwde woonomgeving. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat rouwzorg maatwerk vereist, waarbij rigide protocollen als belemmerend kunnen worden ervaren voor een gepersonaliseerde benadering.

Gesprekken na het overlijden

Gesprekken met nabestaanden gebeuren zowel vóór als na het overlijden, zij het vaak op een informele manier. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij diverse personeelsleden, waaronder het palliatief team, hoofdverpleegkundigen, psychologen, pastores en in enkele gevallen ook andere medewerkers. De opmerking wordt gemaakt dat niet alle zorgverleners zich comfortabel voelen in het voeren van gesprekken over sterven en rouw, wat wijst op een nood aan gerichte ondersteuning en vorming.

Afscheid nemen en herdenken

De fysieke en tijdelijk ruimte voor afscheid nemen is beperkt aanwezig in enkele WZC. Herdenkingsmomenten en nazorggesprekken vormen een belangrijke pijler in de ondersteuning van nabestaanden, maar ook hier is de invulling divers. Sommige centra voorzien in persoonlijke herdenkingshoekjes, wat de betrokkenheid van personeel en medebewoners onderstreept.

Deze analyse toont aan dat hoewel formele protocollen vaak ontbreken, er wel degelijk zorgzame en diverse praktijken bestaan rond rouw en levenseinde. De betrokkenheid van multidisciplinaire teams en de aandacht voor rituelen en nazorg illustreren een breed gedragen engagement binnen de woonzorgcontext. Echter is rouwzorg nog onvoldoende systematisch en beleidsmatig ingebed. Er is

nood aan een gedeeld kader dat enerzijds ruimte laat voor maatwerk en context-specifieke invulling en anderzijds zorgverleners houvast biedt in het omgaan met verlieservaringen van (mede)bewoners, familieleden en personeel. Het transitionele rouwmodel is binnen de WZC in zeker mate aanwezig, zij het non-intentioneel.

1.5 Documenten in de uitvaart sector

Uit de uitvaartsector werden slechts twee antwoorden geregistreerd. Beide respondenten geven aan niet over een rouwprotocol te beschikken. Er is nochtans wel aandacht voor rouwondersteuning bij nabestaanden. Bij F1, een grote groep van uitvaartcentra, wordt individuele psychologische ondersteuning (5u) of familiale ondersteuning (1u) aangeboden tot 3 jaar na de uitvaart wanneer de overledene een uitvaartverzekering had bij hun organisatie. Wie er nood aan heeft kan terecht bij psychologen die zijn aangesteld door de verzekeraar of een psycholoog naar keuze. De terugbetaling is voorzien aan een marktconform tarief voor 5u. Daarnaast beschikken ze over allerlei informatie die nabestaanden kunnen raadplegen in de vorm van boeken en apps. In F2, een kleine onderneming, is er vooral aandacht in de begeleiding van nabestaanden tijdens de afscheidsmomenten (groeten, viering). Wanneer de zaakvoerder opmerkt dat een bredere ondersteuning nodig is in de dagen volgend op het overlijden, wordt de nabestaande aangeraden contact op te nemen met de huisarts of een rouwcoach naar keuze. Er wordt geen specifieke aanbeveling gedaan. Het belang van een goede ondersteuning vanuit de sector in de periode direct volgend op het overlijden tot de afscheidsviering heeft een belangrijke rol in de verdere verwerking, volgens de uitvaartmedewerkers. Deze gedachte wordt onderschreven door meerdere uitvaartmedewerkers die werden gecontacteerd voorafgaand aan dit onderzoek.

1.6 Discussie

In zowel de ziekenhuis als woonzorgsector is er in bepaalde mate aandacht voor rouwondersteuning van nabestaanden. In de woonzorgsector worden de zorgverleners meer geconfronteerd met overlijdens van de personen die zij gedurende een langere periode verzorgen dan in ziekenhuizen. In vele gevallen is er een nauwere band met de nabestaanden door het langdurige karakter van het verblijf van de overledene binnen de WZC. Dit heeft niet tot gevolg dat een rouwprotocol een gangbare zaak is in de WZC. Echter zijn er wel meer al dan niet neergeschreven afspraken over hoe nazorg aan nabestaanden wordt gegeven. Binnen de WZC bereikte onze bevraging sneller de personen die effectief met rouwondersteuning bezig zijn. In de ziekenhuissector daarentegen bleek het minder evident om de meest geschikte contactpersoon te bereiken om op de vraag te antwoorden.

Afgetoetst aan het transitioneel zorgmodel wordt hier een eerste moeilijkheid blootgelegd: het eigenaarschap over en het opnemen van rouwondersteuning aan nabestaanden (3). Vooral binnen de ziekenhuizen blijkt dit niet duidelijk afgesproken. De verantwoordelijkheid komt veelal terecht bij psychologen en zorgpastores, waardoor er geen breed gedragen aanpak is binnen de organisatie. Binnen de WZC is het duidelijker wie de rouwbegeleiding ondersteunt, waardoor het ook vlotter verliep om antwoord te verkrijgen op de vragen. Wanneer het eigenaarschap niet duidelijk is, heeft in feite niemand binnen de organisatie de expliciete taak om nabestaanden te ondersteunen. Dit heeft gevolgen voor de effectiviteit van de rouwondersteuning: als het idee is leeft dat alle medewerkers dit doen, dan draait het er toch vaak op uit dat niemand het doet.

Een tweede struikelblok is het ontbreken van een procedure rond rouwondersteuning en de manier waarop dit wordt gedefinieerd en benaderd. Idealiter bestaat er een omschrijving over hoe de organisatie rouw ziet (louter na een overlijden of bredere verlieservaringen) en wordt de ondersteuning al toegepast voor het overlijden van de patiënt of bewoner. Echter bestaan deze omschrijvingen van rouwondersteuning in de meeste organisaties niet of zijn ze niet gekend door de werknemers. In de ziekenhuissector blijkt dit een groter issue dan in de WZC. Binnen het ziekenhuis leeft de vraag bij zorgverleners of het überhaupt wel de taak is van de daar werkende zorgverleners om ondersteuning te bieden aan nabestaanden na een overlijden. In deze setting wordt vaak naar psychologen of zorgpastores gekeken om de rol van ondersteuner op te nemen. In de ziekenhuizen is er vooral aandacht rond ondersteuning bij nabestaanden wanneer zij enerzijds een (zeer jong) kind verliezen of wanneer hun naaste ondersteund werd in een palliatief (oncologisch) traject. Hierdoor vallen vele nabestaanden die niet in een dergelijk traject werden gevolgd uit de boot. Door de rouwondersteuning (voornamelijk in ziekenhuizen) vooral door psychologen en zorgpastores wordt uitgevoerd, wordt deze groep zorgverleners sterk overbevraagd. Naast rouwondersteuning hebben zij immers ook verschillende andere taken op te nemen binnen het ziekenhuis. Hierdoor bestaat het risico dat nabestaanden die nood hebben aan ondersteuning deze niet zullen krijgen, juist door de overbelasting van de zorgverlenersgroep. Het transitioneel rouwmodel wil dit tegengaan door alle

zorgverleners een basis aan rouwondersteuning te laten opnemen. Op die manier worden enkel de nabestaanden die het risico lopen op bijvoorbeeld langdurige rouw doorverwezen naar gespecialiseerde zorgverleners. De aangeboden ondersteuning in ziekenhuizen beperkt zich eerder tot het aanbieden van een moment om afscheid te nemen en een eventueel herdenkingsmoment om bij te wonen. In woonzorgcentra zijn de ondersteuningsactiviteiten uitgebreider. Ze sluiten aan bij eerder uitgevoerd literatuur onderzoek (12). Om het transitioneel rouwmodel gekend en verankerd te krijgen in Vlaamse ziekenhuizen en WZC moet er een inspanning worden geleverd binnen zowel de zorgorganisaties als de instanties die opleiden tot zorgberoepen. Ziekenhuizen en woonzorgcentra moeten, naast de ontwikkeling van een duidelijk kader, blijvend inzetten op educatie van hun medewerkers. Door hen kennis bij te brengen rond de verschillende vormen van rouw en hoe deze ondersteunt kunnen worden, is de sprong naar het bieden van rouwondersteuning kleiner voor alle zorgverleners. Dit kan de psychologen en zorgpastores deels ontlasten zodat deze zich kunnen toeleggen op de meer specialistische steun. De educatie moet wel afgestemd zijn op de noden en verwachtingen van de specifieke doelgroep, anders is de kans klein dat zorgverleners de educatie effectief zullen volgen, waardoor hun rouwgeletterdheid onvoldoende toeneemt. Om dit deze verwachtingen bloot te leggen is er een doorgedreven samenwerking nodig tussen de ziekenhuis- en woonzorgsector, onderzoek en onderwijs.

Een wetenschappelijk onderbouwd beleid rond rouwondersteuning is hier onontbeerlijk. Hiervoor is het echter noodzakelijk dat rouwgeletterdheid meetbaar wordt, terwijl er momenteel geen bruikbare meetschaal voor rouwgeletterdheid bij zorgverleners bestaat. De ontwikkeling van een rouwgeletterdheidsschaal, die kan worden ingezet om interventies binnen een organisatie te evalueren is daarom van groot belang. Dit kan een helpende factor zijn om het beleid in de zorg- en welzijnssector op een structurele manier aandacht te laten besteden aan rouwondersteuning, een vaak onderbelichte en onvoldoende uitgevoerde taak van zorg- en welzijnsmedewerkers. Bovendien kan het gebruik van deze schaal bijdragen aan het professionaliseren van de zorg, het verhogen van de kwaliteit van ondersteuning aan nabestaanden, en het strategisch inzetten van middelen en opleidingen binnen organisaties.

Tot slot heeft dit onderzoek ook enkele beperkingen: de respons op de oproep was eerder naar de lage kant, waardoor er geen generalistische conclusies kunnen getrokken worden binnen elke sector op zich. Er zijn tussen de twee sectoren wel duidelijke tendensen zichtbaar die een deur openzetten naar verder onderzoek.

1.7 Aanbevelingen

Om het transitioneel rouwmodel ingeburgerd te krijgen in de Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra moet er op verschillende onderdelen ingezet worden:

- **Gerichte educatie voor alle zorgmedewerkers**

Het is aangewezen om in te zetten op doelgerichte educatie inzake rouw en rouwondersteuning voor het volledige zorgpersoneel. Een dergelijke brede vorming draagt bij tot een versterking van de basiscompetenties van alle betrokkenen en voorkomt dat de verantwoordelijkheid voor rouwbegeleiding onevenredig rust op specifieke beroepsgroepen, zoals psychologen en pastores. Op die manier wordt een gedeelde en geïntegreerde benadering van rouwzorg binnen de organisatie bevorderd.

- **Een algemeen rouwprotocol als ondersteunend kader**

Het opstellen van een organisatiebreed rouwprotocol kan fungeren als een waardevol referentiekader, mits het voldoende ruimte laat voor afdelingsspecifieke invulling en individuele benadering. In het protocol dient duidelijk omschreven te worden wat de organisatie onder rouw en rouwondersteuning verstaat, welke taken en verantwoordelijkheden aan welke functies worden toegewezen, en op welke wijze de praktische uitvoering kan worden georganiseerd. Het is daarbij van belang dat het protocol niet wordt gereduceerd tot een louter administratief instrument, maar eerder een inspirerend en verbindend kader vormt voor kwaliteitsvolle rouwzorg.

- **Evaluatie van de impact van rouweducatie**

Er dringt zich een nood op om systematisch na te gaan in welke mate educatie rond rouwzorg bijdraagt tot het verbreden van kennis en vaardigheden van individuele zorgmedewerkers, en bij uitbreiding tot verandering in de praktijk binnen de organisatie. Het ontwikkelen van passende evaluatie-instrumenten kan helpen om de effecten van rouweducatie te objectiveren. Deze inzichten kunnen vervolgens worden aangewend om de implementatie van rouwondersteuning structureel te verankeren in het zorgbeleid.

- **Erkenning vanuit het Vlaamse en Federale beleid dat rouwondersteuning vanuit zorgorganisaties en zorgprofessionals een zorgtaak is met een belangrijke preventieve rol binnen de samenleving.**

Referenties

1. Levesque DA, Lunardini MM, Payne EL, Callison-Burch V. Grief in the Workplace: Challenges and Solutions. *Am J Health Promot AJHP*. maart 2023;37(3):426-9.
2. Waller A, Turon H, Mansfield E, Clark K, Hobden B, Sanson-Fisher R. Assisting the bereaved: A systematic review of the evidence for grief counselling. *Palliat Med*. februari 2016;30(2):132-48.
3. Lichtenthal WG, Roberts KE, Donovan LA, Breen LJ, Aoun SM, Connor SR, e.a. Investing in bereavement care as a public health priority. *Lancet Public Health*. 1 april 2024;9(4):e270-4.
4. InfoNu [Internet]. [geciteerd 14 november 2024]. Pathologische rouw: Langdurig en intens rouwproces. Beschikbaar op: <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/186472-pathologische-rouw-langdurig-en-intens-rouwproces.html>
5. Hengst S, Smid G. Hoe herken en behandel je traumatische rouw? *GZ - Psychol*. 1 februari 2023;15(1):20-4.
6. Levesque DA, Lunardini MM, Payne EL, Callison-Burch V. Grief in the Workplace: Challenges and Solutions. *Am J Health Promot*. 1 maart 2023;37(3):426-9.
7. Eigendomsstructuur van woonzorgcentra in Vlaanderen [Internet]. *Geron*. [geciteerd 17 november 2025]. Beschikbaar op: <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/hoe-ver-is-de-privatisering-geevolueerd/>
8. Zorg D. Departement Zorg. [geciteerd 17 november 2025]. Overzicht zorgaanbod residentiële ouderenzorg. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/overzicht-zorgaanbod-residentiele-ouderenzorg>
9. Overlijdens | Statbel [Internet]. [geciteerd 14 oktober 2025]. Beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/loop-van-de-bevolking/overlijdens>
10. Ruim 112.000 overlijdens in 2024, meer 85-plussers gestorven dan verwacht [Internet]. [geciteerd 14 oktober 2025]. Beschikbaar op: <https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/ruim-112-000-overlijdens-in-2024-meer-85-plussers-gestorven-dan-verwacht.html>
11. Zorg D. Departement Zorg. [geciteerd 14 oktober 2025]. Plaats van overlijden. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/plaats-van-overlijden>
12. Boven C, Dillen L, Van den Block L, Piers R, Van Den Noortgate N, Van Humbeeck L. In-Hospital Bereavement Services as an Act of Care and a Challenge: An Integrative Review. *J Pain Symptom Manage*. maart 2022;63(3):e295-316.

Colofon

Transitionele rouwbegeleiding in het Vlaamse zorglandschap: Analyserapport van de bevraging bij Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra

Auteurs

Sophie Albrecht (MSc, RN)

Jente Bontinck (PhD)

Dit rapport kwam tot stand met de middelen van

Karel de Grote Hogeschool

Met dank aan

Onze adviesraad: Liesbeth De Donder (VUB), Johan Wens (UA), Johan Dexters (FUNEBRA), Maartje Wils (UZ Leuven), Lindsay De Smet (Beroepsvereniging Zorgpastores), Catherine Carton (WhoCares)

Gelieve naar deze publicatie te verwijzen als volgt:

Albrecht, S., Bontinck, J, (2025). Transitionele rouwbegeleiding in het Vlaamse zorglandschap: Analyserapport van de bevraging bij Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Onderzoekscentrum Zorg in Connectie, Karel de Grote Hogeschool.

© 2025 - Karel de Grote Hogeschool, Katholieke Hogeschool Antwerpen vzw, Brusselstraat 45, B-2018 Antwerpen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, openbaar gemaakt of op andere wijze worden gereproduceerd, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Karel de Grote Hogeschool, Katholieke Hogeschool Antwerpen vzw.