FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Brussel, 18/01/2024

Kenm.: FRZV/D/594-3 (*)

Advies betreffende de programmatie van de bedden Sp palliatief (deel 2)

Namens de voorzitster van de FRZV,

Margot Cloet,

Sabine Stordeur (Authentication)

Digitally signed by Sabine Stordeur (Authentication)
Date: 2024.01.30 17:08:39 +01'00'

Sabine Stordeur

Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd (per e-mail) door de plenaire op 18/01/2024 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

1. Inleiding

Op 13 februari 2023 werd door minister Vandenbroucke een adviesaanvraag gericht aan de FRZV betreffende programmatie en financiering van Sp-bedden. In een eerste stap werd door de FRZV een advies uitgebracht over de revalidatiezorg (FRZV/D/581/2 - Advies m.b.t. programmatie en aanbod revalidatiezorg – Spbedden (deel 1)).

In deze adviesvraag werd door de minister ook de vraag gesteld om advies te verlenen betreffende Sp4-bedden (palliatieve zorg).

"Sp4-bedden
Mag ik de raad ook vragen om, zoals voorgesteld in het advies FRZV/D/549-2, mij advies te geven over een eventueel benodigde aanpassing op korte termijn van de programmatie van de Sp4-bedden en desgevallend hun financiering".

In het advies FRZV/D/581-2 werd door de FRZV voorgesteld om dit onderdeel van de adviesvraag afzonderlijk te behandelen in een volgend advies.

Het voorliggende advies formuleert een antwoord op deze specifieke en aanvullende adviesvraag. In een werkgroep samengesteld uit leden van de FRZV en experten op het vlak van de palliatieve zorg, werd in vier vergaderingen, het advies voorbereid (25/10/23, 7/11/23, 6/12/23, 10/01/2024) en finaal goedgekeurd op 18 januari 2024.

2. Verwijzing naar advies uit 2016 met herneming van de aandachtspunten

In het verleden werd omtrent de organisatie van de palliatieve zorg al een advies gegeven door de FRZV, namelijk het advies NRZV/D/131-4 "Gezamenlijk advies van de afdelingen P&E en financiering betreffende de organisatie van de palliatieve zorg".

De krachtlijnen van dit advies waren de volgende:

- Centrale doelstelling blijft om de patiënt zo veel en zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving de passende zorg te kunnen bieden.
- Een beter gebruik van de bestaande zorgstructuren door in te zetten op:
    - Verdere uitbouw van een beleid van vroegtijdige zorgplanning
    - Oriëntatie en identificatie van de palliatieve patiënt via een gevalideerd instrument
    - De rol van de mobiele palliatieve equipes intra, extra en transmuraal te ondersteunen en financieel versterken
    - Het meenemen van globale knelpunten m.b.t. de bestaande palliatieve zorgstructuren
    - Opnemen van palliatieve stages voor alle zorgberoepen
- Een beperkte en selectieve uitbreiding van Sp-bedden in bepaalde netwerken kan een oplossing voor de mogelijke leemtes in de opstelling van de huidige erkende PZE bieden.

- Verder kan gekozen worden voor een uitbreiding en differentiatie van de bestaande structuren bv via step-up afdelingen zoals middle care units. (kan bijdragen aan betere inzet van middelen aan de zorgvragen).
- De raad staat achter een brede analyse per netwerk dat resulteert in een zorg strategisch plan op vlak van palliatieve zorg

De raad kwam tot een tabel waarin de verschillende palliatieve zorgstructuren in relatie tot de aard van de zorgnoden, de randaccomodatie en de continuïteit in beeld gebracht werden:

Palliatieve zorgstructuren			Pall. dagopvang	Pall. dagverzorging	Pall. Nacht opvang	MBE* pall Zorg	Palliatief support team	middle care	Palliatieve zorg-eenheid
Aard van de zorgnoden									
	stabiliteit	acuut, niet stabiel					x		x
		chronisch, stabiel	x	x	x	x	x	x	
	complexiteit	hoog				x	x		x
		matig		x	x	x	x	x	x
		laag	x	x	x	x	x	x	
Rand accommodatie									
	ziekenhuisomgeving vereist						x		x
	kan aansluiten bij WZC		x	x	x	x		x	
	kan op zichzelf bestaan		x	x	x	x		x	
Continuïteit van het zorgaanbod									
	enkel overdag		x	x		x	x		
	enkel 's nachts				x	x			
	24/7					x		x	x
Doelgroep									
	enkel palliatieve patiënten					x	x		x
	ook andere chronische zieken vb. psychisch lijden		x	x	x	x	x	x	

*Multidisciplinaire begeleidingsequipe palliatieve zorg

Deze krachtlijnen werden als vertrekpunt genomen voor het huidige advies

Bij de uitwerking van het advies focust de Raad zich op het aanbod van palliatieve zorg voor volwassenen in de ziekenhuizen. In dit advies wordt niet ingegaan op de problematiek van palliatieve zorg bij kinderen en jongeren alhoewel ook daar nood is aan uitbreiding van de zorg. Naast de Sp4-bedden, waarover de minister advies vraagt, wil de Raad ook advies verlenen over de aanvullende initiatieven, waaronder de palliatieve supportteams in de ziekenhuizen en de middle care bedden.
Er zijn echter grote verschillen in de behoeften van palliatieve patiënten, waarvoor een complementair aanbod in andere settings meer aangewezen is. We denken hierbij o.a. aan palliatieve dagcentra, palliatieve thuiszorg of in woonzorgcentra, middle care bedden buiten de ziekenhuizen.
De Raad erkent de noodzaak van een correcte erkenning en financiering van deze verschillende zorgvormen, maar geeft, gezien zijn bevoegdheden, hierover geen uitgebreid advies.

3. <u>Behoefte aan bijkomende capaciteit van Sp4-bedden</u>

De concrete vraag in het advies van 2016 tot het verhogen van het aantal Sp4 bedden in de programmatie, werd in de afgelopen jaren niet gehonoreerd. Dit betekent dat er momenteel slechts 360 Sp4 bedden in de programmatie zijn opgenomen.

De FRZV betreurt dat er geen opvolging werd gegeven aan de voorstellen van het vorige advies. De problematiek blijft echter onveranderd en wijst op een tekort aan aangepaste residentiële infrastructuur om de nodige palliatieve zorgen toe te dienen.
We stellen vast dat de populatie verder veroudert waardoor de nood aan einde-leven zorg toeneemt en nog verder zal toenemen in de toekomst. Tevens stellen we vast dat heel wat patiënten overlijden in acute ziekenhuisbedden (op oncologische of geriatrische diensten oa.) omdat de beperkte opvangcapaciteit van de bestaande Sp4 bedden onvoldoende is om deze patiënten op te vangen en met gepaste zorg te omringen.

De FRZV stelt tegelijk vast dat in de afgelopen jaren de sector inspanningen heeft geleverd om op een creatieve manier, binnen de mogelijkheden die aanwezig zijn, alternatieve initiatieven op te starten om dit tekort aan opvangcapaciteit op te vangen.

De FRZV stelt vast dat de vraag naar een betere en meer consistent, o.a. geografische spreiding, van de erkende palliatieve eenheden tussen de ziekenhuizen, op generlei wijze is gerealiseerd (zie bijlage 1). Dit betekent dat de tekorten in aanbod van palliatieve zorg in de onmiddellijke leefomgeving van de patiënt (in de buurt van zijn woning of in de buurt van de instelling waar de patiënt gehospitaliseerd is) niet zijn gecorrigeerd. Dit verplicht de ziekenhuizen effectief om alternatieve oplossingen te zoeken voor deze kwetsbare populatie, voor wie een transfert naar een andere instelling niet altijd opportuun is. Deze nood aan een betere dekking van de behoeften aan bijkomende palliatieve eenheden blijft dan ook bestaan en de FRZV vraagt met aandrang om tegemoet te komen aan leemtes en reële tekorten op basis van een set van criteria.

Op basis van de input van de ziekenhuissector kan het aantal noodzakelijke bijkomende Sp4 bedden ingeschat worden op tenminste 140[1] toe te voegen Sp4-bedden in de programmatie. Dit is slechts een ruwe schatting. De Raad vraagt om de reële behoefte correcter in beeld te brengen op basis van een bevraging van de sector. Dit zou het mogelijk maken om een gedetailleerde cartografie uit te werken, o.a. rekening houdend met bestaande initiatieven en het gewenste palliatief zorgmodel teneinde een nauwkeurigere inschatting van het vereiste aantal SP4-bedden te maken.

Creatie van bijkomende bedden Sp palliatief door reconversie van verantwoorde bedden is voor de werkgroep geen haalbare piste. Er dient bijkomende financiering voor personeelsmiddelen te zijn om deze sp4-bedden te financieren.

[1] Om te komen tot 140 bijkomende bedden, werd voorgesteld om 1 palliatief bed te voorzien per 100 bedden. Voor 50.000 ziekenhuisbedden zou dit dan overeenkomen met 140 bijkomende Sp4-bedden.

De FRZV stelt vast dat er zoals hoger reeds vermeld al alternatieve oplossingen voor deze patiënten vanuit de sector werden ontwikkeld. Deze alternatieven kunnen echter geen beroep doen op een passende financiering om de activiteiten die in deze bedden worden ontwikkeld, te dekken. Er worden dan ook verder in dit advies voorstellen gedaan naar de uitbouw van deze alternatieve zorgvormen, maar met een passende financiering (zoals middle-care bedden, die de nood aan bijkomende Sp-4 bedden in ziekenhuiscontext mee kunnen beïnvloeden)). De huidige palliatieve zorg en opvang binnen C, D en G afdelingen (zie bijlages 2 en 3) gebeurt met een bestaffing die ongeveer een derde is van de bestaffing zoals deze wordt ingezet op de palliatieve eenheid. De verzorging en de begeleiding van deze patiënten in de palliatieve en terminale fase van hun leven kan op die manier niet gebeuren op de integrale, holistische manier zoals dit binnen de palliatieve zorg dient te gebeuren.

De opvang van mensen uit de doelgroep van palliatieve zorg in de thuisomgeving is een belangrijke optie. De meerderheid van de patiënten geven de voorkeur om in de thuisomgeving te overlijden. Toch stellen we vast dat 70% van de personen, die overlijden, in een residentiële setting overlijden[2].
Alhoewel dit buiten het kader van dit advies valt, kan de FRZV alleen maar vaststellen dat zelfs indien dit een gewenste evolutie zou zijn om naar meer thuiszorg en –omkadering te evolueren, ook deze thuiszorg zwaar onder druk staat. Deze druk is zowel gerelateerd aan de beschikbaarheid van de nodige personeelsinzet, aan de aanwezigheid en draagkracht van mantelzorgers, als aan financiële problemen die hier worden ervaren. Ook andere vormen die thuisopvang zouden moeten ondersteunen, zoals bv. dagopvang, staan onder druk en hebben slechts de mogelijkheid om een beperkt aantal patiënten een alternatief aan te bieden. De FRZV wil ook de aandacht trekken op verschillen in kostprijs ten laste van de patiënt die op heden kunnen ontstaan al naar gelang de setting waar palliatieve zorg plaatsvindt. We verwijzen hiervoor ook naar de studie van het KCE van 2023: Palliatieve zorg : Hoe financiële ondersteuning aanpassen aan de noden van de patiënt? Een verkennende studie: https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/palliatieve-zorg-hoe-financiele-ondersteuning-aanpassen-aan-de-noden-van-de-patient-een-verkennende

De FRZV stelt vast dat er meerdere interventies nodig zijn om de problematiek van een gepaste opvang van palliatieve patiënten op te vangen. Een uitbreiding van de programmatie van de Sp4-bedden is daarbij een eerste stap met bijzondere aandacht voor een goede, o.a. geografische spreiding: supplementaire Sp-4 bedden in ziekenhuiscontext dienen prioritair naar 'onderbediende' gebieden te gaan evenals in die gebieden waar de noodzaak zich laat voelen op basis van de specifieke case-mix van de instellingen of waar alternatieve oplossingen moesten worden uitgebouwd zonder toereikende financiering en op basis van pertinente criteria. Afstand, geografische en financiële toegankelijkheid zijn immers belangrijke criteria voor de palliatieve patient en zijn familie/mantelzorgers om een opname in een palliatieve eenheid te overwegen.

[2] Van de personen overleden in 2022, overleed 39% tijdens een ziekenhuisopname, 28% in een woonzorgcentrum (exclusief kortverblijf) en 1% tijdens kortverblijf. In 2012 bedroegen deze percentages respectievelijk 43%, 24% en 1% (bron: data CM leden 2012-2022; zie bijlage 2).

Van de overlijdens in de ziekenhuizen zijn er slechts 13% die plaats vinden op een palliatieve eenheid; het merendeel van de overlijdens vinden echter plaats op C- en D-diensten en een toenemend aantal ook op de G-diensten[3]. (zie bijlages 2 en 3)
Uit een bevraging van Zorgnet-Icuro in juli 2023 bij 28 Vlaamse ziekenhuizen blijkt dat voor 42% van de palliatieve patiënten, waarvoor de laatste 5 jaar een opname in een palliatief bed aangevraagd werd geen oplossing gevonden. Uit deze bevraging bleek eveneens dat 27% van de patiënten overlijden in het ziekenhuis vooraleer ze konden worden opgenomen in een palliatief bed. Er waren grote variaties in deze percentages, afhankelijk van de bestaande mogelijkheden van palliatieve zorg. Sommige geriatrische afdelingen kiezen ook soms voor het zelf verlenen van levenseindezorg aan bij hen reeds lang gekende patiënten. Deze percentages zijn enkel richtinggevend. Sommige ziekenhuizen geven aan dat bij patiënten met een ongunstige prognose de opname in een palliatieve zorgeenheid zelfs niet aangevraagd wordt. Zo worden niet-oncologische patiënten en patiënten waarvan de levensverwachting lnger dan 2 – 3 maand is, of met een onduidelijke levensverwachting vaak niet weerhouden.
Dit gaat gepaard met een inherente verzwaring van het profiel van deze diensten.
Een bijkomende ondersteuning om de opdrachten van palliatieve zorgverlening op een goede manier te kunnen uitvoeren is hier noodzakelijk (betere bestaffing, ruimte voor specifieke expertise,...).

In het vorige advies werd ook verwezen naar PICT (Palliative Care Indicator Tool) als een instrument om op een meer objectieve manier de nood aan palliatieve zorg bij een patiënt in te schatten. De FRZV stelt vast dat 7 jaar later de ervaringen met deze tool zeer uiteenlopend zijn. Zie ook de KCE studie rond de PICT tool die in 2023 werd afgerond en niet tot een éénduidig besluit kon komen mbt een betrouwbare en gevalideerde evaluatietool: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2023-03/KCE367A_Palliatieve_zorgen_synthese.pdf

In sommige instellingen is het gebruik van deze tool gestopt. Elders wordt er nog gebruik van gemaakt maar de precieze positionering is niet altijd duidelijk met het oog op het exact inschatten van de palliatieve behoeften van de patiënt. De FRZV stelt vast dat het detecteren van behoefte tot palliatieve zorg niet altijd op een voldoende manier kan gebeuren waardoor ook heel wat patiënten deze specifieke zorg niet krijgen. Vaak wordt door de artsen palliatieve zorg te laat ingeschakeld waardoor patiënten onvoldoende vroege toegang hebben tot palliatieve zorg. Door inbouw hiervan in bestaande ziektetrajecten (bv. bij ALS, COPD, hartfalen, frailty,…) kunnen behandelende artsen getriggerd worden om de gepaste zorg in te schakelen

Tevens wil de FRZV nogmaals de aandacht trekken op het tijdig opstarten van een traject “Advanced Care Planning” om het traject van de patiënt tijdig uit te tekenen.
De evolutie naar de klinische locoregionale ziekenhuisnetwerken, creëren wel de mogelijkheid tot samenwerking. De FRZV erkent dat het bundelen van expertise, uitwisselen van best practices, ... een belangrijke toegevoegde waarde heeft in de zorg voor de patiënt. Toch wil de

[3] Van de overlijdens tijdens ziekenhuisopname vindt 32% plaats op een D-dienst, 31% op een G-dienst, 18% op intensieve zorgen, 13% op een Sp4-dienst en 4% op een C-dienst (bron: data CM leden, 2022).

FRZV op wijzen dat er nood is aan zorg die dicht bij de patiënt georganiseerd wordt en de nabijheid van de verantwoordelijke zorgverstrekker vereist.

4. Positionering middle -care bedden

De FRZV stelt vast dat er een grote behoefte bestaat, naast de Sp4-bedden, naar een andere vorm van palliatieve opvang, namelijk de middle-care . Het betreft hierbij een residetiële opvang in een omgeving die op een minder intense manier de zorg voor palliatieve patiënten kan waarnemen. Er zijn in het verleden al meer gedetailleerde omschrijvingen van de doelgroep en omkadering van deze zorgomgeving[4] .

Vanuit de bezorgdheid over een goede toegankelijkheid voor elke patiënt wordt ook hier aangedrongen op een goede geografische spreiding en financiële toegankelijkheid. Gezien de specifieke nood aan palliatieve omkadering zal hier ook een numeriek voldoende hoge bestaffing en voldoende ondersteunende diensten aangeboden moeten worden[5]. Een nauwe samenwerking met het palliatief support team en de palliatieve thuiszorgteams is aangewezen. Voor het medisch toezicht is een huisarts of geriater volgens de FRZV het meest geschikte profiel, maar dit kan ook door andere artsen-specialisten met expertkennis in palliatieve zorg opgenomen worden. In ieder geval is een specifieke opleiding inzake palliatieve zorg noodzakelijk en dient er voldoende aandacht te zijn voor de holistische benadering van de patiënt.

Het concept van middle-care bedden dient niet noodzakelijk aan te sluiten bij de bestaande palliatieve eenheden.

De FRZV stelt tevens vast dat er ook initiatieven zijn om dergelijke middle-care bedden in te richten in andere residentiële settings dan ziekenhuizen. Het inrichten van een dergelijk initiatief in woonzorgcentra is een optie maar valt buiten de scope van dit advies. Ook het concept van hospicezorg in het kader van andere initiatieven is een optie maar valt eveneens buiten de scope van dit advies.

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

---

[4] We verwijzen o.a. naar het rapport 'palliatieve middle care: een onmisbare schakel in het Belgische netwerk voor palliatieve zorg'van de werkgroep 'Palliatieve Middle Care' van de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg.
[5] Wwe verwijzen hiervoor naar de lopende KCE-studie 2022-02: De plaats van de intermediaire palliatieve zorg in het Belgische palliatieve zorglandschap

5. Versterken palliatief support team in ziekenhuizen

Het is niet de bedoeling en haalbaar dat alle patiënten kunnen sterven op een palliatieve zorgeenheid. Voor patiënten die in acute bedden sterven moet kwalitatieve palliatieve zorg ook gegarandeerd worden. Hiervoor zijn verschillende zaken noden: een palliatieve zorgcultuur in het ziekenhuis, aangepaste bestaffing voor afdelingen waar veel mensen overlijden en een versterkende ondersteuning van het PST team.

Het palliatief support team heeft als opdracht andere teams in het ziekenhuis te ondersteunen en te verzelfstandigen in hun zorg voor palliatieve en terminale patiënten.

Dit doen ze door bij een consultvraag interprofessioneel samen te werken waarbij ze het andere team ondersteunen in de zorg voor hun patiënt, zonder dit over te nemen. Daarnaast sensibiliseren ze patiënt/naasten en hulpverleners door infobrochures, richtlijnen, enz te ontwikkelen en te implementeren.

Aan de hand van projecten realiseren ze structurele veranderingen in de palliatieve zorg in hun ziekenhuis en zetten ze zich in om de continuïteit van de transmurale zorg naar thuis,WZC of andere voorzieningen te garanderen. Ze registeren en werken mee aan onderzoek om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het implementeren van vroegtijdige zorgplanning en het ondersteunen van teams bij de realisatie daarvan (o.a. in het omgaan met euthanasievragen), waren opdrachten die nog niet aan de orde waren bij het bepalen van de vorige normering.

De FRZV stelt vast dat er nood is aan versterking van de PST teams om deze opdrachten kwaliteitsvol te blijven uitoefenen

De FRZV stelt dan ook een aangepaste financiering voor.

In artikel 65 van het KB van 25/04/2002 betreffende het budget van financiële middelen wordt de financiering van het palliatief supportteam geregeld.
De financiering bestaat uit een vast gedeelte en een variabel gedeelte.

Voor wat betreft het vast gedeelte stelt de raad de volgende bestaffing voor:

Voor ziekenhuizen met minder dan 500 bedden wordt als equipe voorgesteld (overeenkomend met een nieuw bedrag M):

- 1 FTE verpleegkundige
- 0.5 FTE arts
- 0.5 FTE (psycholoog, sociaal werker, spiritueel medewerker)

Voor ziekenhuizen van 500 bedden en meer zou het FTE verpleegkundigen zwaarder mogen doorwegen aangezien zij zorgen voor de continuïteit in de consultwerking. Gezien het verschil in werking tussen ziekenhuizen zou ieder ziekenhuis in vrijheid mogen bepalen op welke manier dit best kan ingevuld worden.

Er wordt wel gewezen op het belang van ondersteuning van de equipe door een palliatief arts.

De FRZV stelt het volgende voor:

Bovenop Bedrag M X het aantal erkende bedden van het ziekenhuis

500

Het bedrag dat hierdoor bekomen wordt moet flexibeler ingevuld kunnen worden met dien verstande dat er minstens voldaan wordt aan de vereiste van 1FTE verpleegkundige, 0,5 FTE psycholoog en 0,5 FTE arts.

Het resterende bedrag zou dan als volgt ingevuld kunnen worden:

- 50 % naar een aantal FTE verpleegkundigen
- 50 % naar een aantal FTE vrij te bepalen door het PST (VK, arts, psycholoog, sociaal werker, spiritueel medewerker)

De Raad stelt voor om de berekeningswijze van het variabel gedeelte (+/- 2,7 mio EUR), gebaseerd op MZG-gegevens, te behouden.

CONCLUSIES:

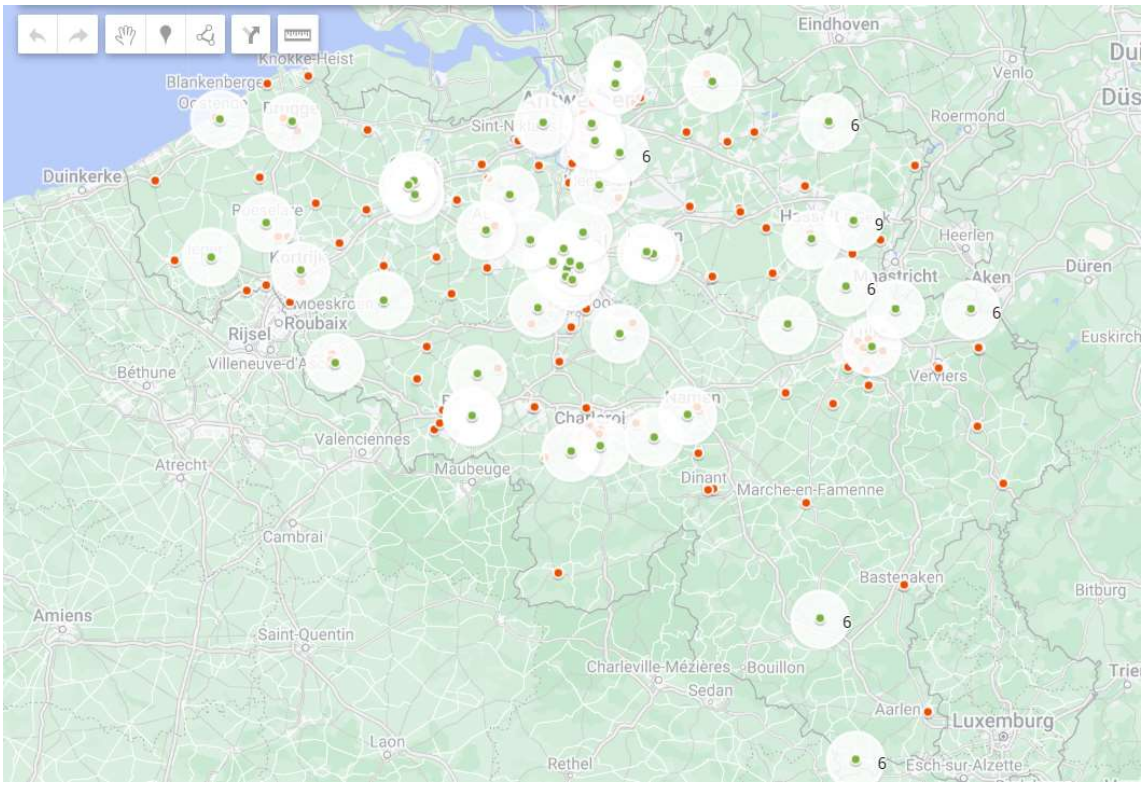
De Raad stelt vast dat de aanbeveling geformuleerd in het advies van 2016 (gezmanelijk advies van de afdelingen P&E en financiering betreffende de organisatie van de palliatieve zorg' nog steeds actueel zijn en grotendeels nog niet gerealiseerd.

De Raad geeft net als in haar advies van 2016 aan dat de vraag voor uitbreiding van de programmatie van Sp4-bedden nog steeds blijft bestaan. Een eerste inschatting van de behoeften vanuit de ziekenhuissector komt neer op minstens 140 bijkomende SP4-bedden. De Raad vraagt om de reële behoefte correcter in beeld te brengen op basis van een bevraging van de sector en op basis hiervan een nauwkeurigere inschatting van vereiste aantel bedden te kunnen maken.

Naast de SP4-bedden is er ook een grote behoefte aan minder intensieve residentiële opvang van palliatieve patiënten, met name de 'middle care bedden'. De bestaffing van deze bedden is verschillend van de SP4-bedden, maar moet toch voldoende hoog zijn en er moeten ook voldoende ondersteunende diensten aangeboden worden. Mogelijks kan de lopende KCE-studie over de plaats van intermediaire pallliatieve zorg hier een aantal bijkomende inzichten leveren.

Palliatieve supporteams in de ziekenhuizen ondersteunen en verzelfstandigen andere teams in het ziekenhuis in hun zorg voor de palliatieve patient. De Raad vraagt om een versterking van de PST-teams om deze opdrachten kwaliteitsvol te blijven uitoefenen. Zij doet hiervoor een concreet voorstel van aangepaste financiering.

Bijlage 1. Spreiding erkende Sp-4 bedden (n=379).

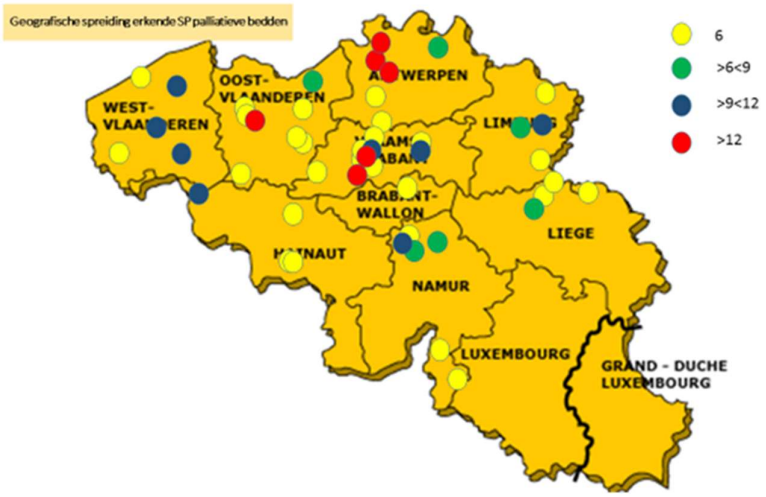


Elke marker op bovenstaande kaart duidt een campus van een algemeen ziekenhuis aan.

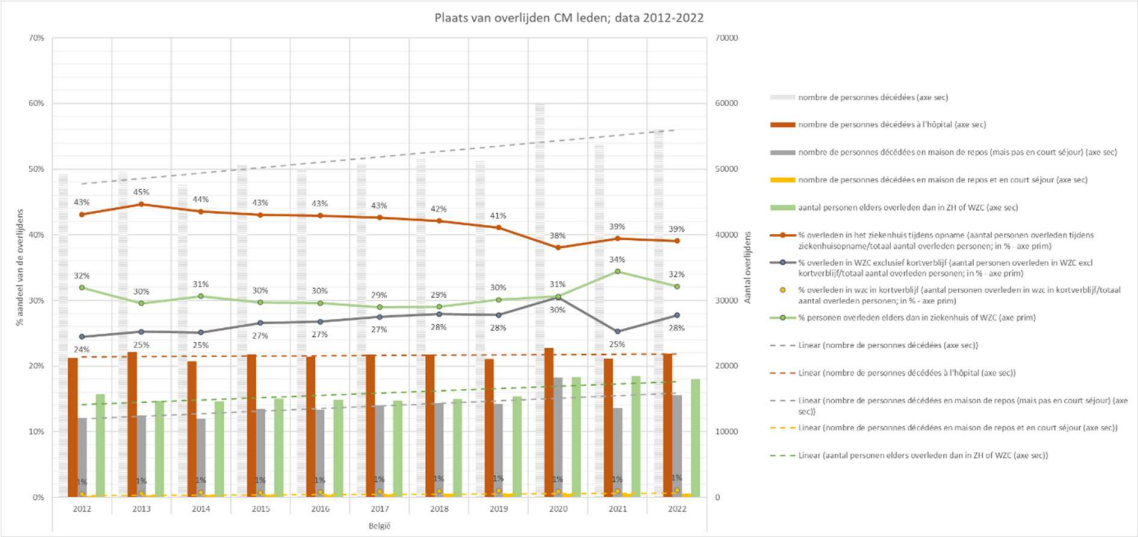
Een ziekenhuiscampus aangeduid in groen staat voor een campus met Sp4 bedden;
een ziekenhuiscampus aangeduid in rood staat voor een campus waar geen Sp4 bedden erkend zijn.

Bron: adressenlijst 09_2023 van de AZ en PZ - FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu - DG GS - Dienst Data & Beleidsinformatie; visualisatie via Google My Maps.

Geografische spreiding en grootte van de palliatieve eenheden (advies FRZV 2016)

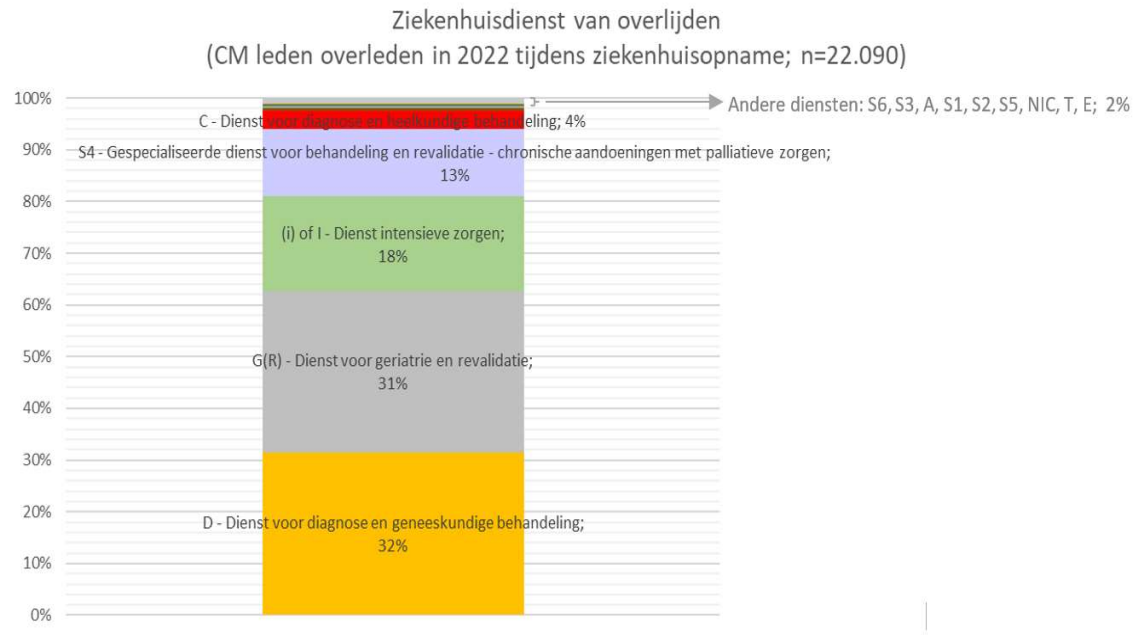

Geografische spreiding erkende SP palliatieve bedden
6
>6<9
>9<12
>12
WEST-
OOST-
WERPEN
LIEGE
NAMUR
LUXEMBOURG
GRAND - DUCHE
LUXEMBOURG

Bijlage 2. Evolutie van het aantal en van het procentuele aandeel van overlijdens volgens de plaats van overlijden (bron: data CM leden 2012-2022).

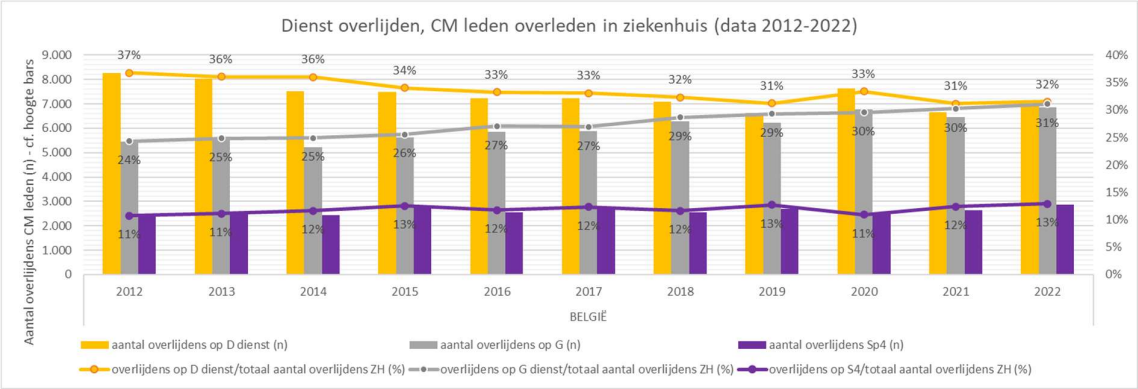


Bijlage 3. Evolutie van het aantal en procentueel aandeel overlijdens tijdens ziekenhuisopname: A) algemeen (alle ziekenhuisdiensten), en B) voor een selectie van diensten (G, D, Sp4) (bron: data CM leden, 2012-2022)

A)



B)



Analyse van CM data toont dat – nationaal beschouwd, in 2022 – 40% van de CM leden opgenomen op Sp4 een indicatie had van palliatieve thuiszorg in de 6 maanden voorafgaand aan de hospitalisatie (d.w.z. forfait de soins infirmiers pour patients palliatifs à domicile, forfait pour patient palliatif en centre de soins de jour, visites d'un·e médecin généraliste à un patient palliatif, séances de kinésithérapie pour patients palliatifs à domicile, le forfait pour patients palliatifs, ou interventions des équipes d'accompagnement multidisciplinaires pour les soins palliatifs).[6]

Bij 90% van de opnames op Sp4, overlijdt de patiënt (CM data, 2022). Bij patiënten die overlijden op Sp4, is de ligduur afgenomen doorheen de tijd (2012-2022). Daarentegen is de ligduur bij personen die niet overlijden bij een opname op Sp4, gelijk gebleven of zelfs wat gestegen doorheen de tijd (2012-2022), waarbij deze merkelijk langer is vergeleken met de ligduur bij patiënten die wel overlijden tijdens opname op Sp4.

[6] Op basis van attestering van (minstens) één van de volgende prestaties:
- 427011,427033,427055,427173,427070,427092,427114,427136,427195,427151
- 764912,463318,126073,264916
- 104370,104392,104414,104436,104451,104672,104694,104716,104731,104753
- 564211, 564233
- 740213
- 774056,476817,774071,476839,784092,476854,140014,140036,140058,290013,290057,290035