

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdelingen "Programmatie & Erkenning" en "Financiering"

Ref. : NRZV/D/131-4(*)

**Gezamenlijk advies van de Afdelingen P&E en financiering
betreffende de organisatie van de palliatieve zorg**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line that ends in a small flourish.

De Secretaris

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 22 september 2016

De gemengde werkgroep vanuit het bureau van de NRZV wordt opgestart om een antwoord te bieden op de advies vraag vanwege minister De Block. De vragen richten zich op het al dan niet verhogen van de programmatiecriteria inzake Sp-bedden S4, maar zijn verder gespecificeerd in vier deelvragen.

1. Hoe kunnen we -op een budgetneutrale manier- de palliatieve zorg (palliatieve bedden in ziekenhuizen, in andere zorgsettings, palliatieve teams,...) in België beter organiseren en financieren, wetende dat de meerderheid van de Belgen thuis wenst te sterven?
2. Rekening houdende met het antwoord op vraag 1 en met de beschikbare wetenschappelijke evidentie: wat is volgens de NRZV een correctie inschatting van de huidige en toekomstige behoefte aan Sp-bedden (subkenletter S4) en aan ondersteuning van de palliatieve zorg in ziekenhuizen?
3. Mocht de Raad in haar antwoord op vraag 1 en 2 tot het besluit komen dat er bijkomende Sp-bedden S4 nodig zijn, welke mechanismen ziet de Raad als instrument om deze bedden toe te wijzen per regio.
4. Welke reconversieregels zijn aangewezen om op een budgetneutrale manier acute bedden capaciteit om te schakelen naar S4-bedden?

De gemengde werkgroep heeft vier momenten uitgetrokken om zich over deze vragen te buigen en een advies te formuleren nl. 27/6, 12/7, 30/8 en 8/9.

Deze adviesnota wordt opgebouwd op basis van drie delen. Het eerste deel geeft de elementen weer vanuit de huidige betrokken wetgeving, de huidige werking en financiering en vanuit verschillende studies die relevant kunnen zijn voor de antwoorden op de respectievelijke vragen. Een tweede deel geeft een overzicht van de huidig vastgestelde knelpunten en verbeterpunten. Deze oplijsting vormt een samenvatting van de discussie tijdens de twee ad hoc werkgroepen in aanwezigheid van experts (zie lijst van aanwezigheid). Ten slotte wordt een derde hoofdstuk gewijd aan de antwoorden op de vier gestelde vragen.

Het voorstel van advies werd uitvoerig becommentarieerd in zowel de sectie financiering, de sectie erkenning en programmatie als in het bureau van 22 september 2016.

Voor de zorg aan palliatieve patiënten zijn momenteel in België talrijke structuren en diensten ontwikkeld. Het onderstaande overzicht illustreert de verschillende federale initiatieven m.b.t. palliatieve zorg.

Huidige wetgeving (ziekenhuizen).

Via het Koninklijk besluit van 15 juli 1997 (B.S., 31 juli 1997). - Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, werden de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd verder bepaald. Onder rubriek B. worden de specifieke normen voor de Sp-dienst (palliatieve verzorging) beschreven.

19 JUNI 1997. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend (B.S. 8 juli 1997). Dit besluit beschrijft de normen waaraan een palliatief samenwerkingsverband dient te voldoen. Dit netwerk is intussen over het ganse landsgedeelte verspreid nl. 15 netwerken in Vlaanderen, 1 netwerk in Brussel, 8 netwerken in Wallonië en 1 netwerk in het Duitstalig deel.

13 OKTOBER 1998. (B.S. 4 nov. 1998) Koninklijk besluit tot bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten voldoen.

25 APRIL 2002. - KB betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget financiële middelen van de ziekenhuizen

Voorafgaand willen we zeker vermelden dat er ook structuren uitgebouwd zijn in de thuiszorg en de residentiële zorg. In thuismilieus zorgen de multidisciplinaire thuiszorgteams voor het ondersteunen van de verzorging van palliatieve patiënten die thuis wensen te blijven. Het palliatief zorgforfait dekt gedurende 2 maanden de extra kosten die het verblijf thuis met zich mee brengt. Bovendien houdt dit ook in dat voor deze patiënten geen persoonlijk aandeel wordt aangerekend in het geval hij/zij beroep doet op thuisverpleegkundige, kinesitherapeut of huisarts.

De palliatieve dagcentra vervolledigen dit plaatje en zorgen er voor dat de noodzakelijke mantelzorg in een thuissituatie haalbaar blijft. Ten slotte is de uitbouw van palliatieve support teams in woon- en zorgcentra een belangrijke schakel in het palliatief extra-muraal landschap.

De opstart van palliatieve netwerken (1997) heeft tot doel om de cultuur van palliatieve zorg te ondersteunen en de kennis omtrent palliatieve zorg te verhogen o.m. via opleiding. De taak ligt er ook verder in om de verschillende initiatieven tussen en binnen organisaties te coördineren en te evalueren. Palliatieve Support Teams (PST) hebben begin de jaren 2000 hun intrede gekend in de Belgische ziekenhuizen dankzij de koppeling met financiering en normering. De opdracht van een PST is vierledig:

1. de palliatieve zorgcultuur invoeren en het gezamenlijke ziekenhuispersoneel bewust maken,
2. advies verstrekken aan de beoefenaars van de geneeskunde, de beoefenaars van de verpleegkunde en de leden van de paramedische beroepen van het ziekenhuis, alsook de ziekenhuisdirectie adviseren over het ter zake te voeren beleid,
3. zorgen voor de permanente opleiding van het ziekenhuispersoneel inzake palliatieve zorg,
4. zorgen voor de continuïteit van de zorgverlening wanneer de patiënt die zich in een terminale fase bevindt, het ziekenhuis verlaat om naar huis te gaan of in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis te worden opgenomen.

Specifiek voor kinderen werden liaisonteams pediatrie palliatieve zorg georganiseerd. Het gaat over vijf teams pediatrie liaison.

TEAMS PEDIATRISCHE LIAISON

UZ Gent (1990)

Verantwoordelijk arts: dr. Els Vandecruys

UZ Leuven (1990)

Verantwoordelijke arts: dr. Marleen Renard - Coördinator Ilse Ruysseveldt

CHR de la Citadelle (Centre Hospitalier Régional de la CITADELLE)

Verantwoordelijke arts Jean Paul Misson

St. Luc Woluwe (1992)

Verantwoordelijk arts: dr. Bénédicte Brichard

Kon. Fabiolakinderziekenhuis (2002)

Verantwoordelijke arts: dr. Christine Fonteyne

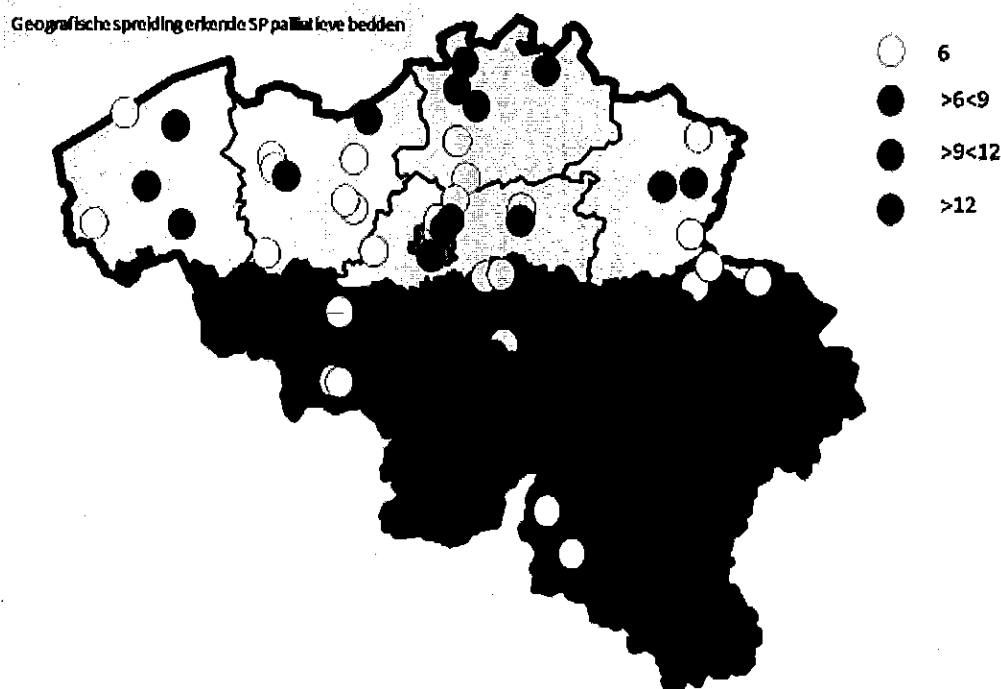
ERK	150	322	403	412	670
ZIEKENHUIS	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIDLA (MUDERF)	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KU L.	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT
ADRES	AVENUE J.J. GROCQ 15	HERESTRAAT 49	AVENUE HIPPOCRATE 10	BOULEV. DU 12E DE LIGN	DE PRITELAAN 185
POST	1020	3000	1200	4000	9000
GEMEENTE	BRUXELLES-2	LEUVEN	BRUXELLES-20	LIEGE	GENT
PROVINCIE	Bruxel-Bruxelles	Vlaams-Brabant	Bruxel-Bruxelles	Liege	Oost-Vlaanderen
SOORT ZIEKENHUIS	Algemeen ziekenhuis - Hôpital général	Universitair ziekenhuis	Universitair ziekenhuis - Hôpital universitaire	Hôpital général à caractère régional	Universitair ziekenhuis
STATUUT	Openbaar - Public	Privaat	Privaat-Privé	Public	Openbaar
PEDIATRISCHE LIAISON	Pediatrie liaison - Liaison pédiatrique	Pediatrie liaison	Liaison pédiatrique	Liaison pédiatrique	Pediatrie liaison

Naast de opstart van interne en externe palliatieve supportteams is er een tweede type van palliatieve zorgstructuur opgericht nl. de palliatieve zorgeenheid. Het initiatief voorziet in 379 palliatieve bedden die gegroepeerd worden via palliatieve zorgeenheden van minstens 6 bedden en maximum 12 bedden. De onderstaande figuur illustreert de spreiding over het landsgedeelte.

Bijlage I geeft een overzicht van de toekenning per ziekenhuis weer.

Huidig aanbod van Palliatieve bedden georganiseerd in palliatieve zorgeenheden

Figuur 1: Spreiding sp bedden S4



Voor 2016 bedraagt het nationaal budget € 59.217.293,32 voor de palliatieve zorgeenheden. Per palliatief bed komt dit neer op € 156.246,15.

In onderstaande tabel 2 wordt de verdeling over de verschillende onderdelen van BFM toegelicht.

Tabel 1: Répartition du Budget global S(4) par sous-partie - 2016

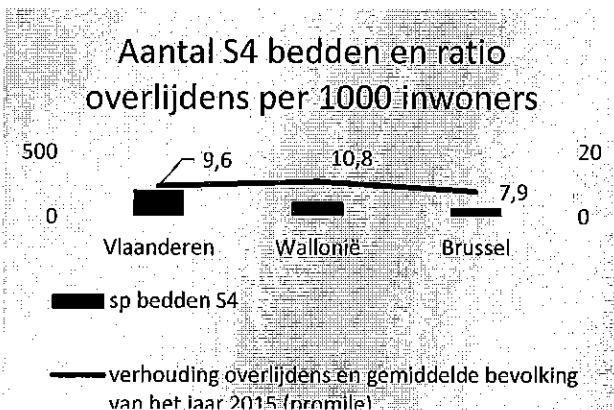
Sous-partie	Montant (€)	Pourcentage
A1	4.757.664,23	8,03%
A2	464.230,41	0,78%
B1	8.971.889,01	15,15%
B2	38.539.707,17	65,08%
B4	4.745.122,79	8,01%
B5	486.127,29	0,82%
B6	2.547,03	0,00%
B9	1.140.682,63	1,93%
C2	553.393,19	0,93%
C3	-42.510,28	-0,07%
C4	-401.560,15	-0,68%

Voor de financiering van de palliatieve functie is een jaarbudget voorzien van € 17.752.631,1 (exclusief de categorale ziekenhuizen € 294.993,02)

Vanuit de KCE studie zijn een aantal berekeningen gemaakt om een vergelijking te kunnen maken qua kostprijs tussen verschillende zorgsettings. De interpretatie van de kost per zorgstructuur is

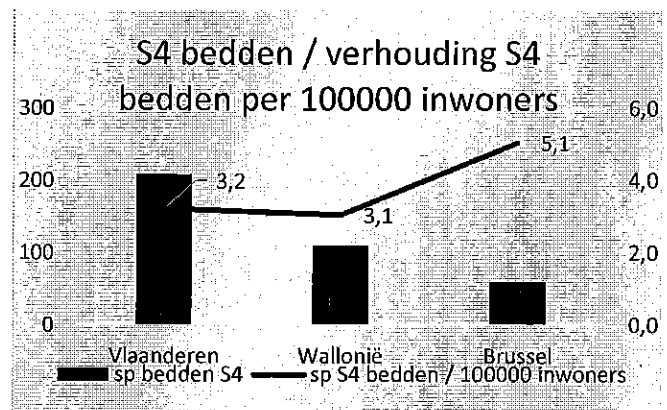
echter niet éénvoudig gezien niet alle componenten zijn meegenomen. Een doordachte inzet van een passende zorgvoorziening blijft heel cruciaal. Een belangrijke opmerking in de literatuurreview binnen de studie van KCE is dat er geen bewijs werd geleverd dat er een verschil is in outcome tussen de verschillende palliatieve zorgstructuren en zorgmodellen. Wel werd gewezen op het belang van multidisciplinair teamwerk en de opleiding van de medische zorgverleners.

Tijdens de werkgroep werd gesuggereerd om in onze analyse ook bijkomende parameters mee te nemen, bijvoorbeeld de bevolkingsaantallen en het aantal overlijdens. Onderstaande figuren 2 en 3 illustreren de verdeling zowel aantal S4 bedden per gewest en volgens het aantal inwoners als volgens de verhouding van overlijdens per 100.000 inwoners. Qua overlijdens per inwoner heeft Wallonië de hoogste ratio. Bij het bekijken van de verhouding S4 bedden per 100.000 inwoners valt op dat Vlaanderen en Wallonië een gelijkaardige verhouding hebben en valt de hoge ratio in Brussel op. Een verklaring voor dit verschil schuilt in de specificiteit van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Als metropool met een uitgebreid aanbod van gespecialiseerde en academische zorg en met ziekenhuizen die een zorggebied bedienen dat de grenzen van het beperkte grondgebied van het Gewest natuurlijk overschrijdt, verzorgen de Brusselse ziekenhuizen een groot aantal niet-Brusselse patiënten. Een strikte afbakening per Gewest lijkt dan ook niet aangewezen.



Bron: <http://statbel.fgov.be/>

Figuur 2: aantal Sp bedden S4 t.o.v. ratio overlijdens per 1000 inwoners



Figuur 3: aantal Sp bedden S4 t.o.v. verhouding Sp bedden S4 per 100.000 inwoners

Binnen Zorgnet icuro werd in een bevraging van de Vlaamse ziekenhuizen aangaande de bijkomende nood aan Sp-bedden een behoefteraming genoteerd van 168 bedden. In bijlage 2 is een overzicht te vinden van de resultaten. Deze bijkomende behoefte moet samen kunnen onderzocht worden in relatie met de nood aan middle care bedden binnen een regio en binnen een netwerk van ziekenhuizen en andere partners.

De werkgroep hanteert volgende definitie voor **middle care** bedden:

“Verblijfsomgeving waar de patiënten gespecialiseerde en/of complexe technische zorgen kunnen krijgen die doorgaans zijn voorbehouden aan het ziekenhuismilieu. Hun toestand is stabiel en het zorgplan omvat de verschillende mogelijke evoluties, en vermeldt de eventuele beslissingen en attitudes

die eruit zouden voortvloeien. Om organisatorische, logistieke of andere redenen is terugkeren naar huis tijdelijk of definitief onmogelijk. De omgeving van een acuut ziekenhuis is niet vereist.

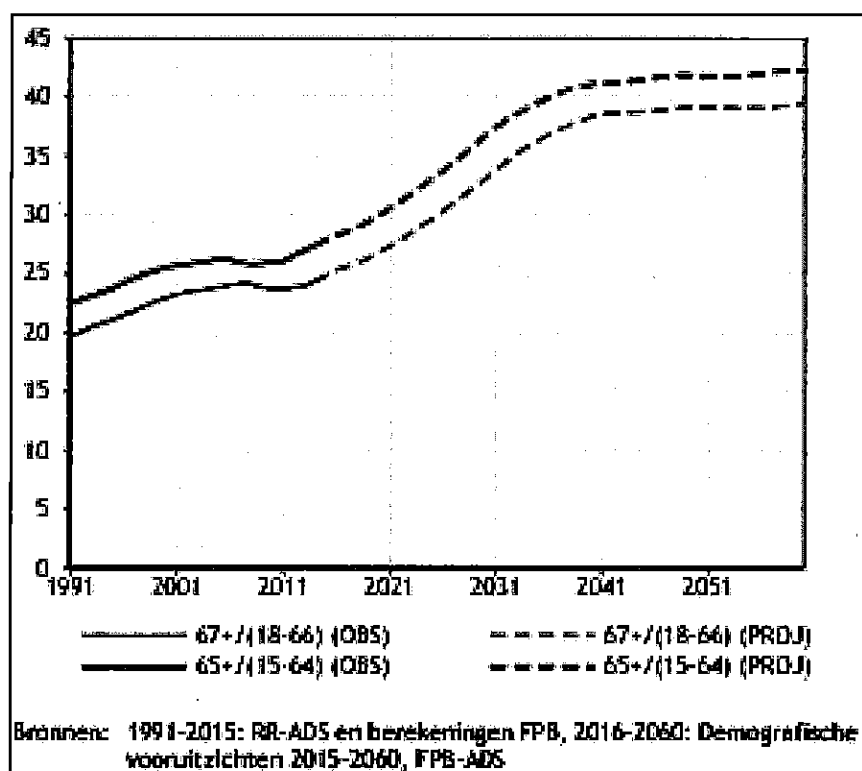
NB: De patiënt

- is te jong om te worden opgenomen in een ROB/RVT
- zou geen baat hebben bij een verblijf in SP palliatief
- heeft geen nood aan acute technieken en diensten ongeacht de oriëntatie van de behandeling
- zou in een later stadium naar huis kunnen terugkeren, bij voorbeeld nadat de nodige ruimtes werden ingericht

zou verzorgd worden door verpleegkundigen met een opleiding in de technieken die al dan niet verbonden zijn aan die verblijfsomgevingen (eventueel verpleegkundigen thuishospitalisatie)".

Een belangrijke aanvulling zag de werkgroep in een prognose van de demografische samenstelling (vergrijzing van de bevolking). In onderstaande figuur 4 wordt een illustratie gegeven van de **afhankelijkheidsratio**. Dit is de ratio van de inactieven versus de actieve bevolkingsgroep. De prognose loopt van 2015 tot 2051.

Figuur 4: Afhankelijkheidsgraad van de ouderen voor België



	2015 Aantallen	2015-2030		2015-2060	
		Bijkomende aantallen	Groelvoet	Bijkomende aantallen	Groelvoet
Brussels Hoofdstedelijk Gewest					
0-17	267 922	39 156	15 %	86 929	32 %
18-66	770 119	83 637	11 %	200 588	26 %
67+	137 132	22 925	17 %	92 159	67 %
85+	26 456	-702	-3 %	23 470	89 %
Vlaams Gewest					
0-17	1 252 370	86 957	7 %	193 452	15 %
18-66	4 092 909	-54 738	-1 %	16 891	0 %
67+	1 098 848	373 663	34 %	671 466	61 %
85+	171 247	67 637	40 %	317 553	185 %
Waals Gewest					
0-17	756 866	29 196	4 %	77 186	10 %
18-66	2 287 865	128	0 %	79 776	3 %
67+	545 013	199 277	37 %	401 551	74 %
85+	90 712	11 663	13 %	148 003	163 %

Bronnen: 2015: waarnemingen, RR-AD5; 2016-2060: Demografische vooruitzichten 2015-2060, FPB-AD5
 Noot: waarnemingen t.e.m. 01/01/2015; projectie reikt verder.

De werkgroep stelt dat de huidige structuren (mits een aantal doordachte aanpassing) zeker het potentieel hebben om een antwoord te bieden op de uiteenlopende vragen m.b.t. palliatieve zorg, terminale zorg. Een juiste indicatiestelling is hierbij primordiaal en dit op basis van objectieve zorgvragen en minder op basis van de geschatte levensverwachting.

De aanwezige experts lichtten het Palliatief Care Indicator Tool (PICT) toe als een bruikbaar oriënterend instrument dat bovendien in bepaalde ziekenhuizen al succesvol geïmplementeerd is. Zij zien vooral voordelen op vlak van vroegtijdige sensibilisatie van de professionals, van een snelle identificatie van elke volwassen patiënt ongeacht de aandoening, van een differentiatie in palliatief statuut, van getrapte inzet (staging) van palliatieve zorg en van re-evaluatie van de situatie van de patiënt. De leden missen wel de link tussen de zorgvraag en de passende zorgstructuur. Het is evenwel voor de Raad heel duidelijk dat dit instrument geen toepassingsgebied heeft binnen de financiering.

Het is van belang dat in deze discussie een zelfde begrippenkader wordt gehanteerd. Achtereenvolgens wordt de definitie volgens WHO, de Federale overheid en KCE geciteerd. De WHO definieert in 2002 de palliatieve zorg als *“een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van mensen en naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard”*. Specifiek voor kinderen wordt de definitie: de palliatieve zorg voor kinderen is *“de actieve totaalzorg van het lichaam, de ziel en geest van het kind, met inbegrip van ondersteuning van de familie; deze zorg start wanneer de aandoening wordt gediagnosticeerd, en loopt door ongeacht of een kind al dan niet behandeld wordt voor deze aandoening; professionele zorgverleners moeten de fysieke, psychologische en sociale ongemakken van het kind evalueren en verlichten; effectieve palliatieve zorg vereist een brede multidisciplinaire benadering die zich ook richt naar de familie en die gebruik maakt van de beschikbare bronnen in de maatschappij. Palliatieve zorg kan succesvol ingezet worden, ook al zijn de middelen beperkt; palliatieve zorg kan aangeboden worden in gespecialiseerde zorginstellingen, in gezondheidsvoorzieningen in de eerste lijn, en bij de kinderen thuis”*.

De publicatie van 21 JULI 2016. - Wet tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg, geeft aan dat elke patiënt heeft, ongeacht zijn

levensverwachting, recht op palliatieve zorg als hij zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte.

Een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid, staan er borg voor dat dit soort zorg voor alle patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod.

Onder palliatieve zorg wordt verstaan: alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. Voor een begeleiding van deze patiënten wordt multidisciplinaire totaalzorg gewaarborgd op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en desgevallend spiritueel vlak. Palliatieve zorg biedt de zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en een maximale autonomie. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn naasten en mantelzorgers voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren. Palliatieve zorg wordt ingezet vanaf het ogenblik dat de patiënt als palliatief wordt geïdentificeerd tot en met de terminale fase. Palliatieve zorg kan eveneens reeds ingezet worden wanneer er nog ziektebehandeling plaatsvindt tot en met de zorg voor naasten en mantelzorgers tot na het overlijden. De inzet van palliatieve zorg verloopt idealiter progressief in functie van de zorgnoden en -wensen, onafhankelijk van de levensverwachting.

De Koning bepaalt de nadere regels voor de verdere uitwerking van wetenschappelijke richtlijnen, die voor zowel de identificatie van de zieke als palliatief, als voor het inschatten van de zorgwensen en -noden worden gehanteerd."

Het KCE rapport I 15A,2009 hanteert de volgende omschrijving van de palliatieve patiënt: 'een patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke progressieve, levensbedreigende ziekte, zonder enige mogelijkheid tot remissie, stabilisatie of beheersing van deze ziekte'.

Tot slot werden de volgende resultaten uit de verschillende studie's of nota's als relevant weerhouden in de formulering van de adviezen.

Door zorgverleners is een schatting gemaakt van om en bij de 10.000 à 20.000 patiënten in België die nood hebben aan palliatieve zorg. Een opvallend gegeven is dat de bespreking van de vroegtijdige zorgplanning bij artsen moeilijk loopt. Dit blijkt ook uit de vaststelling dat in 25% van de gevallen de wensen van de patiënt inzake behandelopties niet gekend zijn. Sluitende communicatie multidisciplinair en transmuraal is hierbij een belangrijke oplossing. Een specifieke training in palliatieve zorg is een duidelijke meerwaarde in het herkennen en erkennen van een palliatieve situatie en in het benutten van de bestaande structuren. Immers heeft slechts een op de tien huisartsen een beroep gedaan op palliatieve zorgstructuren het afgelopen jaar. (KCE Reports I 15 p.172-177)

De studie van CM publiceerde dat 45% van de patiënten overlijdt in een ziekenhuis, 25% thuis, 25% in Rusthuis/RVT en 5% in palliatieve zorgeenheden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Groot-Brittannië en Wales waar het % overlijdens in ziekenhuizen respectievelijk 70% en 54% bedraagt.

Ten slotte blijkt dat 75% van de palliatieve patiënten die in het thuismilieu worden verzorgd en dit wensten thuis konden sterven, bijna alle bewoners van RH/RVT konden sterven in hun vertrouwde RH/RVT en 70% van de patiënten die in het ziekenhuis aangaven te willen terugkeren naar huis, dit ook konden realiseren (78% indien incl. RH/RVT).

Vooraleer de vragen te beantwoorden willen we wijzen op een aantal fundamentele knelpunten die de goede werking van de diverse geïmplementeerde structuren belemmeren. Een oplossing hiervan dient dus deel uit te maken van het globale palliatieve zorgplan.

- a. Binnen de medische opleiding van HAIO (huisartsen in opleiding) en ASO (artsen specialisten in opleiding) kan de zorg voor palliatieve patiënten en einde leven een duidelijke plaats innemen onder meer via een specifieke stage. Deze stage zou ervoor kunnen zorgen dat de kennis en de gevoeligheid voor het thema levenseinde wordt gestimuleerd complementair aan de curatieve opleiding. Vanzelfsprekend mag dit er niet toe leiden dat omwille van bepaalde normen de medische erkenning in het gedrang zou komen.
- b. Er is soms nog te veel en te lang inzet van dure en zinloze therapie (interventies, medicatie,...). Ook de vroegtijdige waarheidsmededeling samen met de patiënt speelt in het beslissingsproces een cruciale rol. Het inzetten op GSF (Gold Standard Framework) kan helpen in het structureel vermijden hiervan.
- c. Te weinig aandacht en gebruik van vroegtijdige zorgplanning (advanced care planning) waardoor de wens van de patiënt (incl. familie) te laat gekend is wat het kwalitatief proces van einde leven niet ten goede komt.
- d. Binnen de huidige bestaande structuren zijn er geen step-up zorgmogelijkheden tussen thuisvoorzieningen en de palliatieve zorgeenheden. De mogelijkheden van implementatie van middle care units moeten zeker verkend worden, evenals de noodzakelijke juridische, functionele als bestaansvoorwaarden.
- e. Hier sluit een goede indicatiestelling naadloos aan. Het feit dat op vandaag geen gevalideerd instrument gebruikt wordt maakt die stap van indicatiestelling minder formeel. Een gevalideerd instrument (bijvoorbeeld PICT) kan hier een strategische plaats innemen en de zorgverstrekkers ondersteunen en sensibiliseren om de juiste zorgvraag te beantwoorden met de juiste zorgstructuur in dialoog met de patiënt.
- f. Financiering van huidige palliatieve zorg eenheden en de mobiele intramurale palliatieve zorgteams. De huidige financiering van PZE en de impact op het functioneren van professionals hierin is een ernstig knelpunt. Het voornaamste probleem is de financiering van de medische equipe door een onvoldoende honorering van de nomenclatuur. Daarnaast laat de huidige financiering het voorzien van een leidinggevende en van andere zorgprofessionals (paramedici, psychologen, levensbeschouwelijke diensten,...) niet toe waardoor een multidisciplinair palliatief beleid vanuit verschillende perspectieven minder tot zijn recht komt. De financiering van de palliatieve support teams binnen ziekenhuizen schiet tekort. De financiering van 118.818,76€ dient de loonkost van een 0.5VTE arts, 0.5VTE verpleegkundige en 0.5VTE psychologe te dekken. Bovendien zal gezien de grotere transmurale rol van deze mobiele equipes een versterking van deze teams en een toereikende financiering essentieel zijn

g. Nood aan bijkomende erkenning

Er is momenteel geen recente behoeftemeting beschikbaar die op basis van de zorgvraag een duidelijk inzicht geeft over het gebruik van de huidige Sp-bedden en de eventuele nodige uitbereiding van de Palliatieve bedden in België.

Er zijn indicaties dat er binnen de gemeenschappen noden zouden zijn qua uitbereiding van de programmatieruimte en in de erkenning en exploitatie van extra Sp-palliatieve bedden.

Zo werd vanuit Zorgnet-Icuro in 2016 een vraag gesteld aan de Vlaamse ziekenhuizen. Het betreft een gepercipieerde nood aan 168 bedden. Een tweede indicatie zou kunnen zijn dat een aantal Brusselse en Waalse ziekenhuizen met eigen financiële middelen niet erkende palliatieve bedden hebben gecreëerd om een antwoord te kunnen geven op de zorgvragen van hun patiënten.



I. Hoe kunnen we – op een budget neutrale manier- de palliatieve zorg in België beter organiseren en financieren, wetende dat de meerderheid van de Belgen thuis wenst te sterven?

Het antwoord vanuit de federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen is hierin genuanceerd. We zijn er van overtuigd dat een combinatie van initiatieven de meeste kans op succes zal hebben.

Vooraleer in te gaan op de uitbreidingsmodaliteiten van palliatieve zorgeenheden willen we vooral klemtoon leggen op een beter gebruik van de bestaande structuren door in te zetten op volgende elementen:

- Beleid van vroegtijdige zorgplanning verder uitbouwen;
- Oriëntatie en identificatie van palliatieve patiënt via gevalideerd instrument;
- Rol van mobiele palliatieve equipes intra-extra en transmuraal ondersteunen en (financieel) versterken;
- Het opnemen van palliatieve stages voor alle zorgberoepen waardoor de sensitiviteit voor beleid einde leven wordt gestimuleerd. Hierbij mag dit element niet penaliserend zijn in het kader van behoud van medische erkenning
- Het meenemen van de globale knelpunten m.b.t. de bestaande palliatieve zorgstructuren. We herhalen hierbij de huidige norm voor PZE waar de hoofdverpleegkundige, paramedische disciplines en medisch discipline niet toereikend worden gefinancierd. Naast de toereikende financiering van de palliatieve support teams blijft de nood bestaan om via deze teams een 24u continuïteit te kunnen verzekeren op medisch en verpleegkundig gebied;
- Het feit dat verschillende overheden betrokken partij zijn inzake het palliatief zorgbeleid betekent een extra complexiteit.

Concreet stelt de NRZV voor om binnen een netwerk van ziekenhuizen, eerstelijnszorgpartners en residentiële voorzieningen de huidige zorgstructuren in kaart te brengen en het huidige gebruik ervan te evalueren. Hiernaast kunnen de leemtes en reële tekorten geïnventariseerd worden op basis van een set van criteria zoals demografische prognoses, sociale parameters, proximateit, case mix van ziekenhuis, de referentie domeinen,... . De centrale doelstelling blijft om de patiënt zo veel en zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving de passende zorg te kunnen bieden en in nauw overleg met de patiënt en zijn mantelzorg naar andere zorgstructuren toe te leiden.

Een beperkte en selectieve uitbreiding van Sp-bedden in bepaalde netwerken kan n oplossing voor de mogelijke leemtes in de opstelling van de huidige erkende PZE opleveren. Verder kan gekozen

worden voor een aanvulling op of uitbereiding en differentiatie van de bestaande structuren bijvoorbeeld via step-up afdelingen zoals middle care units. Een differentiatie in het type palliatieve zorg structuren kan ook bijdragen aan een betere inzet van middelen aan zorgvragen. De NRZV pleit ten slotte voor het gezamenlijk exploiteren van een PZE binnen een netwerk van ziekenhuizen en idealiter in combinatie met andere zorgsettings (eerste lijnspartners, geestelijke gezondheidszorg, residentiële ouderenzorg,...).

De raad stelt ook dat ook op een creatieve wijze omgesprongen kan worden met de beschikbare reconversie ruimte vanuit acute verantwoorde bedden. Hierin kan het concept van vermaatschappelijking van de zorg, dat binnen de geestelijke gezondheidszorg gehanteerd wordt (art. 107), mogelijks inspireren. Het versterken van mobiele teams die in regio's transmuraal en echelon overschrijdend worden ingezet, kan er mee toe leiden dat, rekening houdend met de wensen van de patiënt met de draagkracht van de mantelzorg en met de ernst van de zorgvraag, de patiënt kan rekenen op de meest passende zorg. Hierbij kan een gevalideerd instrument er toe bijdragen dat de zorgernst uniform wordt ingeschat en de patiënt de meest passende zorgstructuur wordt toegeleid. Hieruit kan een efficiënter en effectiever gebruik van dure structuren resulteren. Ook de creatie van evidence based zorgtrajecten kan hierbij ondersteunend werken.

Ten slotte kan een onderling afstemmen en standaardiseren van de taal en de schalen die transmuraal worden gebruikt een bijdrage leveren. De wederzijdse communicatie, de interoperabiliteit en de tijdige en zorgvuldige beslissingen met en over de patiënt kan een grote efficiëntie mogelijk maken. Bijvoorbeeld is de DNR code niet compatibel met de ABC code die in woon- en zorgcentra wordt gebruikt.

In tabel 2 illustreert de werkgroep via een schematische weergave de verschillende zorgstructuren in relatie met de toepassingsgebieden. Hierbij maakt de Raad een aantal randbemerkingen namelijk:

- De wens van de patiënt primeert. In de meeste gevallen is dit de thuissituatie
- Residentiële zorgvorm is aangewezen indien:
 - o de patiënt deze zorgvorm verkiest boven thuis verzorgd/verpleegd te worden
 - o de professionele zorgverlening thuis onvoldoende (snel) kan afgestemd worden op de zorgnoden wegens te veranderlijk en/of te complex
 - o er geen of onvoldoende mantelzorg mogelijk is
- De noodzaak om het zorgaanbod zo te organiseren dat het gemakkelijk toegankelijk is (afstand, maar ook op vlak van wachttijden of andere drempels zoals betaalbaarheid). Netwerkgedachte, leemtes in het huidige zorgaanbod invullen.
- Het belang van het groeperen van verschillende zorgvormen in netwerken, zodat flexibiliteit binnen het zorgaanbod mogelijk is en zoveel mogelijk kan vermeden worden dat patiënten in deze laatste levensfase nog moeten getransfereerd worden naar een andere (vreemde) zorginstelling.
- De uiterst belangrijke rol van de palliatieve support teams en de palliatieve mobiele teams zouden, zowel in de thuissituatie als in de residentiële zorgvormen.

Tabel 2 Palliatieve zorgstructuren in relatie tot de aard van de zorgnoden, de rand accommodatie en de continuïteit van het zorgaanbod.

Deze tabel stelt de verschillende mogelijkheden voor van de verschillende zorgstructuren in relatie met de toepassingsmogelijkheden nl. de aard van de zorgnoden, de rand accommodatie, de continuïteit van het zorgaanbod en de doelgroep. Het zijn een aantal voorbeelden en het overzicht heeft zeker niet de ambitie om volledig te zijn. Bovendien zullen andere elementen gedurende het ganse proces de periodieke herevaluatie noodzakelijk maken.

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

2. Rekening houdende met het antwoord op vraag 1 en met de beschikbare wetenschappelijke evidentie: wat is de huidige en toekomstige behoefte aan Sp-bedden (S4) en aan ondersteuning van de palliatieve zorg in ziekenhuizen?

Het programmatiecriteria is bepaald via het KB van 21-03-1977 tot vaststelling van de criteria die van toepassing zijn voor de programmatie van verschillende types van ziekenhuisdiensten.

Voor de diensten van specialiteiten (kenletter Sp) is dit programmatiecriteria 0,52 bedden per duizend inwoners. Binnen dit programmatiecriteria kunnen voor het rijk maximum 360 Sp bedden worden opgericht, bestemd voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve hulp behoeven.

De nog uit te voeren netwerkcoördinatie onder de vorm van een zorg strategisch plan per netwerk kan er toe bijdragen dat meer in detail de nood aan Sp-bedden kan worden aangetoond en onderbouwd, naast het doeltreffend en doelmatig gebruik van alle andere beschikbare palliatieve structuren in kaart te brengen.

De vergrijzing van de bevolking en de stijging van het aantal overlijdens door deze vergrijzing zal de druk op de bestaande structuren verhogen. Op dat vlak is het onze overtuiging dat de goed overwogen en selectieve investering in bijkomende bedden en/of mobiele teams intra-, intra- als transmuraal de beste keuze is al dan niet in combinatie met de creatie van een diversiteit aan structuren (step-up, middle care, PZE)

3. Indien op basis van vraag 1 en 2 zou blijken dat een uitbereiding van Sp-bedden S4 noodzakelijk zou zijn, welk mechanisme kan dienen om deze bedden toe te wijzen per regio?

De raad benadrukt de duidelijke bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gewesten en gemeenschappen. De aanpassing van de programmatie Sp palliatieve bedden is duidelijk federale bevoegdheid, daar waar de toekenning van bedden gemeenschapsmaterie is.

De raad staat achter een brede analyse per netwerk dat resulteert in een zorg strategisch plan op vlak van palliatieve zorg. Het is echter wel noodzakelijk dat er voldoende flexibiliteit wordt toegestaan in de inzet en keuze voor palliatieve zorgstructuren met voldoende stabiel financiële en juridisch kader. Er moet hier wel op gelet worden dat binnen elk netwerk de beschikbare reconversieruimte vanuit verantwoorde bedden naar SP Palliatieve bedden wel degelijk aansluit op een nood of omgekeerd elk netwerk met een geobjectiveerde nood beschikt over voldoende reconversieruimte. De minister heeft in dit laatste geval steeds de mogelijkheid om hiaten in het palliatief aanbod te remediëren mocht blijken dat bepaalde gebieden dreigen achter te blijven en niet slagen in het opzetten van een kwalitatief palliatief zorgaanbod.

4. Welke reconversieregels zijn aangewezen om op een budget neutrale manier acute bedden capaciteit om te schakelen naar S4-bedden?

De raad ziet een klassieke reconversie binnen een budget neutrale context niet haalbaar.

Daarom stelt de raad voor om een grondige reflectie op te starten rond een reconversie I/I mits aandacht voor volgende aspecten:

1. Een beperkte en selectieve reconversiemogelijkheid;
2. Een terugverdieneffect door afbouw acute behandeling bij palliatieve patiënten waardoor minder uitgaven op vlak van medicatie, beeldvorming en klinische biologie (zie KCE) door snellere detectie van palliatief statuut;
3. Reconversie opentrekken vanuit alle kenletters.

Bovendien zou deze reflectie bijkomend moeten kunnen resulteren in andere reconversieregels naar andere zorgstructuren o.a. middle care, mobiele teams,...

OVERZICHT FIGUREN EN TABELLEN

Figuren

- Figuur 1: Spreiding sp bedden S4p4
- Figuur 2: Aantal Sp bedden S4 t.o.v. ratio overlijdens per 1000 inwonersp5
- Figuur 3: Aantal Sp bedden S4 t.o.v. verhouding Sp bedden S4 per 100.000 inwoners.....p5
- Figuur 4: Afhankelijkheidsgraad van de ouderen voor België.....p6

Tabellen

- Tabel 1: Répartition du Budget global S(4) par sous-partie – 2016.....p4
- Tabel 2: Palliatieve zorgstructuren in relatie tot de aard van de zorgnoden, de randaccomodatatie en de continuïteit van het zorgaanbod.....p12

BRONNEN

1. 2015-12-23; Krachtlijnen en adviezen m.b.t. middle care palliatief WG PZE
2. 2015-12-23; Knelpuntennota i.f.v. fed eval cel WG PZE
3. 2016-07-12; Scharniermomenten in de zorg, Vilvoorde PVB
4. 2016-05-25; Pict-identificatieschaal prevalentie
5. 2016-05-25; Pict-ernst zorgnoden prevalentie
6. 2009; Organisatie van palliatieve zorg in België KCE Report I 15A

BIJLAGEN

Bijlage I Tabel I: overzicht van erkende Sp-bedden S4

Regio	Erkennings nr	Naam ziekenhuis	Gemeente	Eind totaal
Brussel	38	SILVA MEDICAL VZW	WAVER	6
	76	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ST. PIERRE	BRUSSEL	6
	77	CHU BRUGMANN	BRUSSEL	10
	87	HIS - IZZ	ETTERBEEK	6
	110	KLINIEK ST.- JAN	BRUSSEL	12
	111	EUROPAZIEKENHUIZEN V.Z.W.	UKKEL	20
Tot. Brussel				60
Vlaanderen	9	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN VZW	ANTWERPEN	12
	12	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	DENDERMONDE	6
	26	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. MAARTEN	MECHELEN	6
	49	A.Z. ST. JAN BRUGGE - OOSTENDE	BRUGGE	9
	57	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	6
	63	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	TURNHOUT	8
	97	HEILIG HART ZIEKENHUIS V.Z.W.	LIER	6
	99	GZA- ZIEKENHUIZEN	ANTWERPEN	12
	106	ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT- MARIA	HALLE	6
	108	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	LEUVEN	6
	117	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	ROESELARE	9
	126	ONZE LIEVE VROUW ZIEKENHUIS	AALST	6
	176	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS A.V.	AALST	6
	204	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	VILVOORDE	6
	243	JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	7
	290	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	GENT	12
	322	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	LEUVEN	9

	371	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	9
	396	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	KORTRIJK	10
	525	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	OOSTENDE	6
	550	A.Z. GLORIEUX	RONSE	6
	595	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	SINT-NIKLAAS	8
	670	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS	GENT	6
	710	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	BRASSCHAAT	14
	713	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	GENT	6
	716	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	TONGEREN	6
	719	MARIA ZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	OVERPELT	6
Totaal Vlaanderen				209
	7	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	6
	10	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	CHARLEROI	12
	37	ISOSL, CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR - PERI	LIEGE	8
	42	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	6
	43	CLINIQUE SAINT PIERRE	OTTIGNIES-LOUVAIN-LA-NEUVE	6
	103	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	6
	152	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN - ST. JOSEPH	LIEGE	6
	166	CLINIQUE MATERNITE STE-ELISABETH	NAMUR	10
	168	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT-CHEVIGNY	6
	246	VIVALIA - CLINIQUE DU SUD-LUXEMBOURG	ARLON	6
	254	C.H.U. ET PSYCHIATRIQUE DE MONS-BORINAGE	MONS	6
	266	CHR MONS - HAINAUT	MONS	6
	325	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE A. VESALE	MONTIGNY-LE-TILLEUL	8
	534	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE	TOURNAI	12
	722	FOYER SAINT JOSEPH	PLOMBIERES	6
Tot. Wallonie				110

Bijlage 2 Overzicht van uitbereidingsvraag Vlaamse ziekenhuizen binnen Zorgnet-Icuro

Naam ziekenhuis	Gemeente	S1	S2	S3		S5	S6	totaal	
AZ ALMA	EKLO		20	25				45	6
AZ DAMIAAN	OOSTENDE		20	20	6		24	70	3
AZ GLORIEUX	RONSE		30		6			36	
AZ GROENINGE	KORTRIJK	25			10	60	30	125	0
AZ JAN PALFIJN	GENT	29		27	6		23	85	
AZ JAN PORTAELS	VILVOORDE		30		6			36	
AZ KLINA en de De mick	BRASSCHAAT		56	40	14	20		130	
AZ MONICA	ANTWERPEN		81					81	10
AZ NIKOLAAS	SINT-NIKLAAS		46		8			54	
AZ OUDENAARDE	OUDENAARDE		24					24	11
AZ SINT AUGUSTUSTINUS	VEURNE								6
AZ SINT BLASIUS	DENDERMONDE		20		6			26	
AZ SINT DIMPNA	GEEL		30					30	
AZ SINT ELISABETH	HERENTALS		30					30	
AZ SINT ELISABETH	ZOTTEGEM		30					30	6
AZ SINT JOZEF	MALLE		20					20	6
AZ SINT LUCAS	BRUGGE		20	20				40	3
AZ SINT LUCAS	GENT			23	12	24		59	
AZ SINT MAARTEN	MECHELEN	20	44		6			70	4
AZ ST JAN BRUGGE-OOSTENDE	BRUGGE		20	20	9			49	
AZ STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	20	20		6	20		66	
AZ TURNHOUT	TURNHOUT		20	20	8			48	
AZ VESALIUS	TONGEREN		30		6	24		60	0
BELGISCH ZEE-INSTITUUT VOOR ORTHOPEDIE	OOSTENDE		125					125	
GEZONDHEIDSZORG OOSTKUST	KNOKKE-HEIST	20	20					40	3
GZA	ANTWERPEN				12			12	12
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LEUVEN			20	6			26	4
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER		22		6	22		50	4
HEILIG HARTZIEKENHUIS (Delta)	ROESELARE		26	20	9			55	
HEILIG HARTZIEKENHUIS	TIENEN		27					27	6
IMELDA ZIEKENHUIS	BONHEIDEN			20		20		40	6
INKENDAAL	SINT-PIETERS-LEEUEW	25	30	123				178	6
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER		46		6		21	73	
JESSAZIEKENHUIS	HASSELT		55	35	7		20	117	
KEI	KOKSIJDE	20	60	50			35	165	

MARIA ZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	HALLE	30	29		6		20	85	
MARIA ZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	OVERPELT				6			6	
NATIONAAL MULTIPLE SCLEROSE CENTRUM	STEENOKKERZEEL			134				134	
O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	WAREGEM		20					20	6
OLV AALST	AALST				6	30		36	6
PROVINCIAAL ZORGCENTRUM LEMBERGE APB	MERELBEKE					63		63	
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT			120				120	
REVALIDATIEZIEKENHUIS "REVARTE"	EDEGEM		142					142	
SINT ANDRIES ZIEKENHUIS	TIELT								6
SINT TRUDO	SINT-TRUIDEN		20					20	6
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM		20					20	6
SINT-JOZEFKLINIEK "TEN BOS" VZW, nu bij AZ Izegem	IZEGEM	24						24	6
STEDELIJK ZIEKENHUIS, nu Delta	ROESELARE					60		60	
UZ GENT	GENT		20		6			26	
UZ K.U.L.	LEUVEN		59		9			68	3
VERPLEEGINRICHTING "DE DENNEN"	MALLE					38		38	
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN V.Z.W.	MAASEIK		20					20	
ZNA	ANTWERPEN		165	60	12		111	348	6
ZOL	GENK		22		9		30	61	3
UZ Brussel									6
UZA									6
SINT REMBERT	TORHOUT		20						6
MARIA MIDDEMARES	GENT								6
		213	1519	777		381	314	3413	168