

Palliatieve zorg

- EEN ZORGBENADERING MET FOCUS OP DE MEEST GEPASTE ZORG
- EEN MOGELIJK ANTWOORD OP FINANCIËLE UITDAGINGEN BIJ LEVENSEINDEZORG

Onderzoekstrajecten aan de End-of-Life Care research group (VUB/UGent) hebben op verschillende niveaus en in diverse zorgsettings aangetoond dat betere palliatieve zorg niet alleen een grote meerwaarde betekent voor de patiënt inzake levenskwaliteit aan het levenseinde. Ook de maatschappelijk-economische meerwaarde van degelijke palliatieve zorg is frappant: hoewel meer gepaste zorg en dus meer kwalitatieve palliatieve zorg, zowel thuis als in palliatieve dagcentra, een bijkomende investering vraagt, is de globale besparing door beperkter gebruik van ongepaste zorg, substantieel.

Palliatieve zorg wordt vaak (te) laat opgestart. Alle besparingen die in deze nota worden beschreven en door het onderzoek werden blootgelegd, vonden plaats in louter de laatste maand of laatste twee weken van het leven van een patiënt. Daarom: hoe hoog zouden deze besparingen verder oplopen mocht palliatieve zorg tijdig opgestart worden?

Deze nota gaat dieper in op volgende conclusies:

- Het vergroten van gepaste zorg aan het levenseinde verbetert de kwaliteit voor de patiënt, maar zorgt ook voor besparing.
- Regio-overschrijdende lerende netwerken kunnen zorgen voor meer efficiënte inzet van middelen.
- Palliatieve thuiszorgondersteuning heeft een positieve impact op de kwaliteit van zorg én de uitgaven aan zorg.
- Palliatieve dagcentra faciliteren kwalitatieve zorg en bieden tegelijk een economisch antwoord op hoge zorgkosten aan het levenseinde.

Vragen kunnen gericht worden aan prof. dr. Joachim Cohen, professor Public Health and Palliative Care (Joachim.Cohen@vub.be) en prof. dr. Kenneth Chambaere, professor Public Health, Sociology & Ethics (Kenneth.Chambaere@ugent.be) van de End-of-Life Care research group (VUB/UGent)
www.endoflifecare.be

Handvatten voor het meten en verbeteren van kwaliteit van zorg

WAARVOOR STAAT GEPASTE ZORG AAN HET LEVENSEINDE?

Om in te schatten of de zorg voor mensen met een levensverkortende aandoening gepast is, moeten de verwachte voordelen en nadelen van een behandeling tegen elkaar afgewogen worden.

In 2017 publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een rapport dat een grote bezorgdheid uitdrukt voor ongepaste levenseindezorg in België. Uit dat rapport bleek dat mensen met levensverkortende aandoeningen in België vaak behandelingen en medicatie krijgen waarvan de positieve effecten de negatieve effecten niet overstijgen.

Als de vraag 'Wat is gepaste zorg aan het levenseinde?' wordt gesteld, is **palliatieve zorg** de zorgbenadering bij uitstek om hier het antwoord op te formuleren. Palliatieve zorg is vooral gericht op levenskwaliteit, symptoombestrijding en existentiële zorg. Ook rouwzorg en zorg voor mantelzorgers maken er deel van uit. Agressieve levensverlengende behandelingen die de levenskwaliteit sterk verlagen (bv. ziekenhuisopname, chemotherapie of chirurgie kort voor het overlijden) kunnen in dat geval ongepast zijn. Om gepaste zorg te verlenen is het bovendien belangrijk dat palliatieve zorg tijdig opgestart wordt en dat de zorg gepland wordt volgens de wensen van de patiënt.

HOE METEN VAN GEPASTHEID VAN ZORG AAN HET LEVENSEINDE?

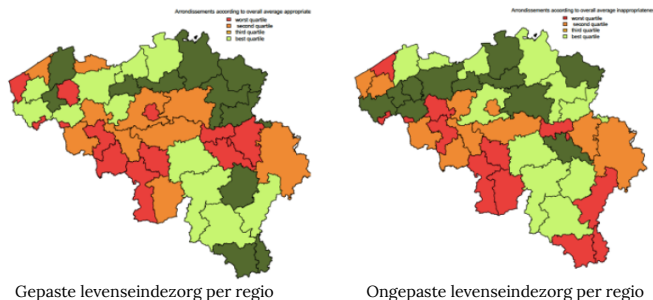
Om vergelijkbaar te kunnen bepalen of er al dan niet gepaste zorg aan het levenseinde wordt toegepast, werd een set van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om de gepastheid en ongepastheid van zorg aan het levenseinde bij personen met kanker (26 indicatoren), COPD (28 indicatoren) en dementie (28 indicatoren) in België te monitoren.

Het onderzoeksteam doorliep een uitgebreid ontwikkelingsproces (o.a. literatuurstudie, expertenpanels, ...) om een indicatorenset te ontwikkelen waarmee de gepastheid van zorg aan het levenseinde kan worden gemeten aan de hand van administratieve data (IMA-data, gelinkt met Statbel en het Kankerregister). Met deze reeks barometers kan de kwaliteit van levenseindezorg in heel België geëvalueerd worden. Ook systematische vergelijkingen tussen zorgregio's, zorgverstrekkers, ... zijn hiermee mogelijk.

Enkele voorbeelden uit deze kwaliteitsindicatorensets van gepaste en ongepaste zorg aan het levenseinde:

	Indicator van gepaste levenseindezorg	Indicator van ongepaste levenseindezorg
VOOR MENSEN MET KANKER	Het percentage mensen met een toename in huisartscontact de laatste maand voor overlijden	Het percentage mensen die chemotherapie kregen in de laatste week voor overlijden
VOOR MENSEN MET COPD	Het percentage mensen die opioïden kregen toegediend in de laatste 3 maanden voor overlijden	Het percentage mensen die gereanimeerd werden na een intubatie tijdens de laatste week voor overlijden
VOOR MENSEN MET DEMENTIE	Het percentage mensen die thuis overleden of in het woonzorgcentrum waar ze voordien woonden	Het percentage mensen die diagnostische testen onderging de laatste week voor overlijden

BENCHMARKING KWALITEIT VAN LEVENSEINDEZORG



Op basis van de monitoring van de kwaliteitsindicatoren kunnen we de gepastheid van de zorg tussen verschillende regio's systematisch vergelijken en relatieve en haalbare standaarden opstellen.

Een risicocorrectie is toegevoegd aan deze benchmarking: zoveel mogelijk verschillen in kwaliteit van zorg worden gemeten en niet de verschillen in risicoprofielen van de bevolking. Er wordt o.a. gecorrigeerd voor leeftijd, ziekte, comorbiditeiten, ...

De kwaliteitsindicatoren en het benchmarking systeem kunnen voor de verschillende regio's binnen België een nuttig startpunt vormen om te leren van elkaar hoe men erin slaagt de zorg doelmatiger te gebruiken. Er zijn namelijk opvallende verschillen in gepastheid van zorg tussen zorgregio's. Dat roept de vraag op naar leren en verbeteren.

ABSOLUTE CIJFERS ROND GEPASTE EN ONGEPASTE ZORG AAN HET LEVENSEINDE

Voor mensen met **kanker**
(26.464 mensen overleden in 2012)

Gepaste levenseindezorg

- 29,5% stierf thuis
- 47,1% kreeg gespecialiseerde palliatieve zorg

Voor mensen met **COPD**
(4.231 mensen overleden in 2015)

Ongepaste levenseindezorg

- 60% werd gehospitaliseerd in de laatste 30 dagen voor het overlijden
- 11,8% kregen specialiseerde palliatieve zorg

Voor mensen met **dementie**
(10.629 mensen overleden in 2015)

Gepaste levenseindezorg

- 68,4% stierf thuis of in de thuisvervangende omgeving

Ongepaste levenseindezorg

- 25,6% werd naar spoed gebracht in de laatste 30 dagen voor het overlijden

Belangrijkste vaststellingen uit de analyse van de absolute cijfers

- Relatief veel spoedopnames vlak voor het overlijden
- Bij mensen met dementie: gebruik van mogelijks ongepaste medicatie aan het levenseinde neemt toe
- Late opstart van gespecialiseerde palliatieve zorg (vaak pas laatste 14 dagen voor het overlijden)
- Trendmetingen zijn uitgevoerd, daar is slechts beperkte kwaliteitsverbetering vastgesteld doorheen de tijd

AANBEVELINGEN

Om gepaste levenseindezorg aan te moedigen, is de terugbetaling van behandeling en medicatie voor deze zorg aan te bevelen. Momenteel wordt palliatieve zorg door huisartsen of in woonzorgcentra niet expliciet terugbetaald. Door terugbetaling zou er meer rechtstreekse positieve impact kunnen zijn op de kwaliteit van levenseindezorg in België. Als oplossing kunnen financiële incentives gecreëerd worden om goede zorg te bieden: nu loont het meer om veel interventies voor te schrijven of te verstrekken dan in te zetten op het beperken ervan. De overheid draagt hierbij een verantwoordelijkheid om een performant systeem op te zetten dat gepaste zorg terugbetaalt en aanmoedigt. Dat ten voordele van de meest kwetsbare mensen in de bevolking, zoals mensen aan het levenseinde.

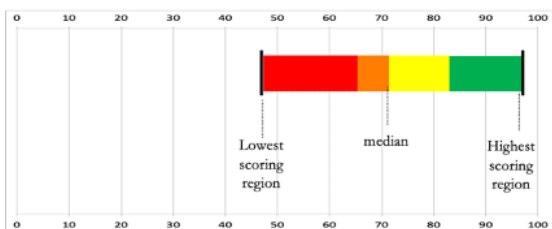
Inzetten op gepaste levenseindezorg creëert opportuniteiten voor betere besteding middelen

GEPASTE LEVENSEINDEZORG GEMATCHT MET TOTALE UITGAVEN VAN DE ZORG

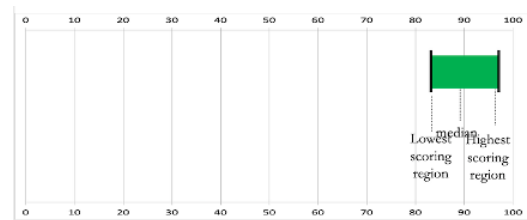
De toepassing van de kwaliteitsindicatorenset heeft substantiële regionale verschillen blootgelegd in de gepastheid van levenseindezorg. Dat geeft aan dat er groot potentieel tot het verbeteren van levenseindezorg is. **Mocht de gepastheid van zorg geoptimaliseerd worden en alle arrondissementen minimaal de relatieve streefnormen halen voor gepaste zorg, zou dat ook een substantiële verschuiving in de uitgaven én besparing betekenen.**

In deze analyse werden de resultaten per kwaliteitsindicator van elke regio geplot op een balk. De laagst scorende regio bevindt zich uiterst links op de balk; de hoogst scorende regio uiterst rechts. De rode zone bevat het laagst scorende kwartiel; in de groene zone bevindt zich het kwartiel met de best scorende regio's.

In de simulatie die volgt, werd gekeken naar wanneer alle regio's de minimale benchmark halen van de hoogst scorende regio's. Aangezien dit een relatieve streefnorm is, is deze ook haalbaar en realistisch.



Huidige situatie: verschillende toepassing van gepaste levenseindezorg

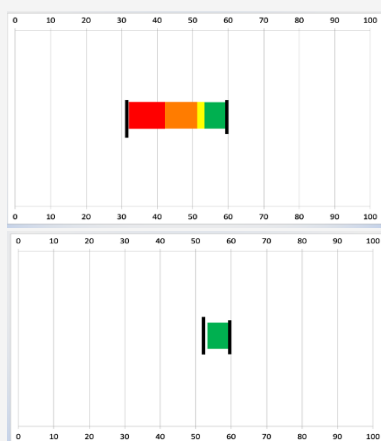


Geoptimaliseerde situatie van gepaste levenseindezorg

BESPAREN IN DE ZORG DOOR GEPASTE LEVENSEINDEZORG

Meer gepaste zorg vraagt bijkomende investeringen in specifieke aspecten van de zorg (*)

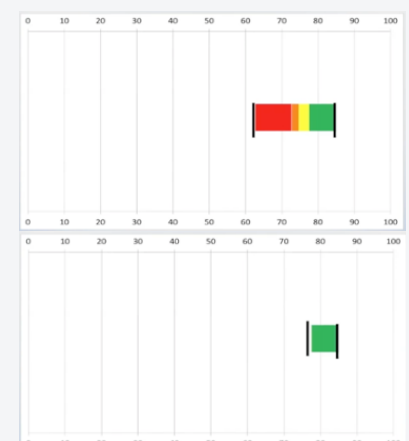
Opdat alle zorgregio's de streefnorm van **palliatieve zorg (meer gepaste zorg)** bij mensen die sterven aan kanker halen, is een bijkomende uitgave van **+935.463 EUR** nodig om deze zorg te kunnen bieden. Deze meerkost moet worden toegevoegd aan de bijkomende noodzakelijke uitgaven rond bewustwording, opleiding, ...



Mochten **opioiden** in de laatste 30 dagen van het leven gepast worden aangereikt, zou dit een toename betekenen van het gebruik ervan. Gezien de beperkte kostprijs van opioiden, zou dit slechts een stijging in de uitgaven betekenen van **+29.950 EUR**.

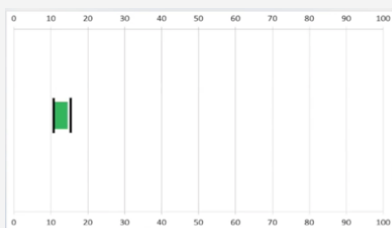
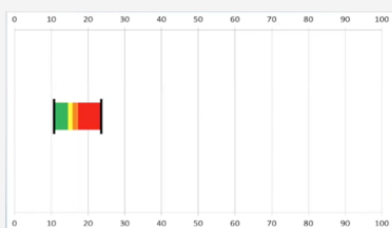


Mocht de **huisarts gemiddeld vaker geconsulteerd** worden in de laatste levensmaand en zo de minimale streefnorm volgens de kwaliteitsindicatorenset gehaald worden, dan zou dit een bijkomende uitgave betekenen van **+246.973 EUR**.

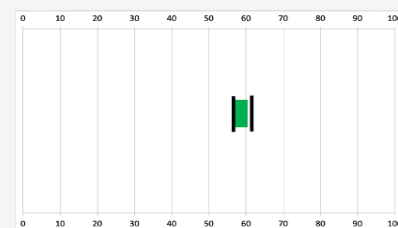
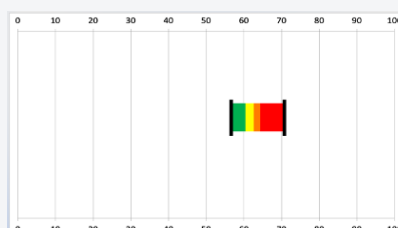


Meer gepaste zorg, minder uitgaven (*)

Minder onnodige chemo-behandelingen aanreiken tijdens de laatste maand van het leven, kan een besparing opleveren van **-308.570 EUR**. Vandaag ligt dit bedrag wellicht veel hoger (analyse uit 2015), rekening houdend met het KCE-rapport (2021) over de hoge kosten bij innovatieve kankermedicatie.



Tegelijk zal door meer gepaste zorg aan het levenseinde, het aantal **ongepaste ziekenhuis-opnames** substantieel **afnemen**. Dat brengt een kostenbesparing van **-4.612.422 EUR** met zich mee.

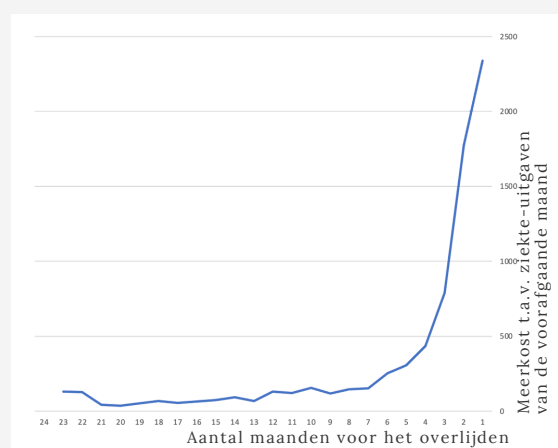


BESLUIT & AANBEVELINGEN

Kwaliteitsverbetering in de palliatieve zorg brengt investeringskosten met zich mee, maar op de totale balans levert dat een besparing op.

Om verbetering van kwaliteit duurzaam te gaan realiseren, lijkt bijkomend de inzet van lerende systemen een valabele optie om naar een cultuur van kwaliteitsevaluatie en verbetering gaan. Via lerende systemen en zelfevaluatie kan onder meer blootgelegd worden hoe het komt dat de zorg zo verschilt tussen de zorgregio's. Wat kunnen zorgregio's van elkaar leren over hoe ze die uitkomsten realiseren? Een regio-overschrijvend lerend platform installeren kan hier een oplossing voor bieden.

Deze grafiek geeft de meerkost in ziekte-uitgaven ten aanzien van de voorafgaande maand weer in de laatste maanden voor het overlijden. Een grote stijging in deze meerkost is duidelijk te zien in de laatste twee levensmaanden. Hierbij rijst de vraag welke impact meer gepaste zorg aan het levenseinde zou hebben op deze significante stijging.



Ruim 1.600 euro per capita minder totale zorguitgaven in laatste twee weken van het leven door palliatieve thuiszorg

MEER GEPASTE PALLIATIEVE THUISZORG: MINDER UITGAVEN IN DE ZORG

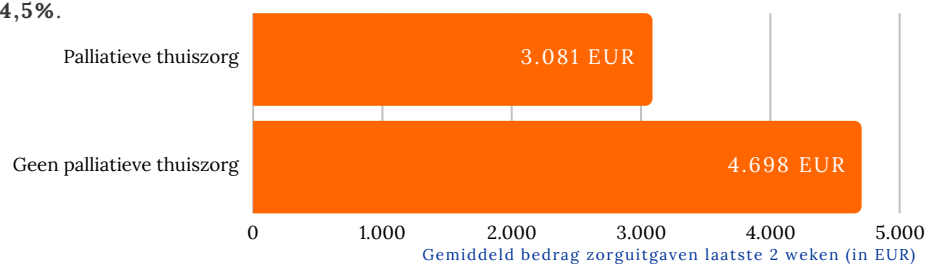
De zorguitgaven en bijkomende uitgaven van 8.837 personen die thuis woonden en palliatieve thuiszorg ontvingen in de laatste twee jaar van hun leven, werden vergeleken met de zorg- en gerelateerde uitgaven van evenveel personen met een gelijkaardig profiel die eveneens thuis woonden, maar geen palliatieve thuiszorg ontvingen gedurende deze periode.

Personen die palliatieve thuiszorg ontvangen:

- hebben tot drie keer meer contact met hun huisarts;
- hebben de helft minder kans om aan het levenseinde nog opgenomen te worden in het ziekenhuis of een spoeddienst, in vergelijking met personen die geen palliatieve thuiszorg ontvangen;
- overlijden veel vaker thuis (meer dan de helft van de personen die palliatieve thuiszorg ontvangen).

Daarnaast liggen de kosten van zorg aan het levenseinde lager wanneer palliatieve thuiszorg wordt ingeschakeld.

De totale maatschappelijke kost voor zorg gegeven in de laatste twee weken van het leven bedraagt gemiddeld **4.698 EUR** wanneer **geen palliatieve thuiszorg** wordt ingeschakeld, en gemiddeld **3.081 EUR** wanneer **palliatieve thuiszorg wel** wordt ingeschakeld - **een totaal verschil van 1.617 EUR**, ofwel een **verlaging van 34,5%**.



Onderzoek naar kostenuitgaven, en meer bepaald besparingen, bij palliatieve thuiszorg op niveau van specifieke ziektebeelden geven gelijkaardige resultaten:

COPD

Bij patiënten met COPD wordt palliatieve thuiszorg heel beperkt (bij 3% van de patiënten) en erg laat (bij meer dan 60% pas in de laatste 30 dagen voor het overlijden) opgestart. Het gebruik van palliatieve thuiszorg bij COPD wordt tegelijk sterk geassocieerd met minder gebruik van agressieve medische middelen en meer gepaste zorg. Bovendien liggen de gemiddelde zorgkosten bij COPD-patiënten die wel toegang hadden tot palliatieve thuiszorg 1.569 EUR lager dan bij COPD-patiënten zonder deze specifieke zorg (5.034 EUR vs. 6.603 EUR).

Dementie

Tijdige palliatieve zorg bij thuiswonende ouderen met dementie betekent een duidelijke verbetering van de levenskwaliteit voor deze mensen. Tegelijk verlaagt het ook de totale directe medische kosten van de zorg, tot 30% minder uitgaven in de laatste 30 dagen van het leven (5.164 EUR vs 7.293 EUR).

AANBEVELINGEN

Toekomstig beleid zou gericht moeten zijn op het verbeteren van kennis over en toegang tot palliatieve thuiszorgondersteuning bij het grotere publiek. Uiteindelijk is meer en betere gepaste thuiszorg een win-win voor zowel de patiënt - ongeacht het ziektebeeld - als de maatschappij. Bovendien is een uitbreiding van de principes van palliatieve zorg naar alle reguliere zorg, noodzakelijk. Palliatieve zorg zou diffuus ingezet moeten worden in de gezondheidszorg.

PALLIATIEVE DAGCENTRA: EEN TWEEDE THUIS IN DE LAATSTE LEVENSFASE

Palliatieve dagcentra (PDC) bieden opvang en begeleiding aan mensen met een (chronische) levensbedreigende aandoening. Deze zorg wordt georganiseerd in een huiselijke omgeving, waarbij multi-disciplinaire teams deze mensen één of meerdere dagen per week ondersteunen. In Vlaanderen zijn vijf palliatieve dagcentra: Coda Dagcentrum (Wuustwezel), Dagcentrum voor complementaire zorg De Kust (Oostende), Heidehuis (Brugge), Sint-Camillus (Wilrijk) en Topaz (Wemmel).

VOORDELEN VAN PALLIATIEVE DAGCENTRA VOOR BEZOEKER & MANTELZORGER

Palliatieve dagcentra komen grotendeels tegemoet aan de fysieke en psychosociale zorgnoden van de bezoekers. Ze zijn complementair met het andere zorgaanbod waar vaak minder aandacht is voor emotionele en sociale ondersteuning.

Voor mantelzorgers bieden palliatieve dagcentra een grote meerwaarde. Ze zijn een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg als **respijtzorg voor de mantelzorger**. Respijt creëren bij de mantelzorger is een belangrijke randvoorwaarde voor patiënten om langer thuis te kunnen blijven in de laatste levensfase. Daarnaast fungeren deze centra als plaats waar ruimte is voor **lotgenotencontact** tussen zowel bezoekers als mantelzorgers. Dagcentra lijken zo dus een bestaande niche binnen de palliatieve zorg op te vullen, complementair met palliatieve thuiszorg.

EEN GREEP UIT DE REDENEN VOOR GEBRUIK VAN HET PALLIATIEF DAGCENTRUM

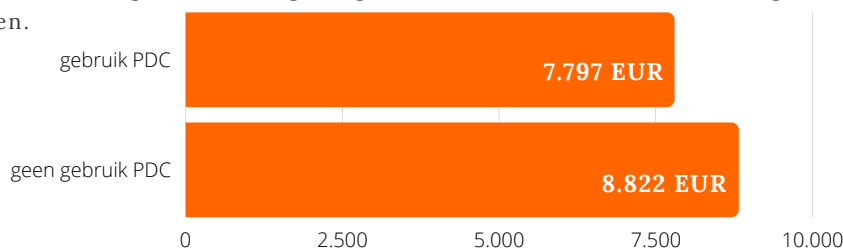
	Bezoekers	Mantelzorgers
Om de mentale belasting voor de mantelzorger te verminderen <i>Ik kan nu beter omgaan met de emotionele belasting van de mantelzorgtaken.</i>	42%	65% (51%)
Om de lichamelijke belasting voor de mantelzorger te verminderen <i>Ik ervaar nu minder problemen met mijn lichamelijke gezondheid (bv. minder vaak ziek, minder vermoeid, minder lichamelijke overbelasting, ...).</i>	32%	47% (31%)
Zodat de mantelzorger meer tijd heeft voor zichzelf en/of andere familieleden <i>Nu kan ik weer deelnemen aan de samenleving.</i>	35%	39% (39%)

GEZONDHEIDSECONOMISCHE ANALYSE PALLIATIEVE DAGCENTRA: MEER GEPASTE ZORG EN LAGERE UITGAVEN

Palliatieve dagcentra bepalen zelf de ligdagprijs voor bezoekers (+/- 16 EUR per dag). Deze huidige standaarden zijn te beperkt om tegemoet te komen aan de hoge uitgaven die PDC moeten doen om deze specifieke zorg kwalitatief te leveren. Momenteel worden de PDC mee ondersteund door Kom op Tegen Kanker, maar die steun is onzeker naar de toekomst toe.

Palliatieve dagcentra leiden tot gepaster zorggebruik aan het levenseinde. **Meer gepaste zorg** is aangetoond: er zijn veel minder dagopnames in het ziekenhuis, minder gebruik van intensieve zorg en spoeddiensten, minder medische beeldvorming en minder invasieve ventilatie geconstateerd in de laatste maand voor het overlijden.

Het gebruik van palliatieve dagcentra leidt door die hogere mate van gepaste zorg tot een **lagere totale uitgavenkost van 11,6% in kosten in de laatste maand voor overlijden** per persoon. De gemiddelde uitgaven in de laatste maand van een persoon aan het levenseinde verschillen naargelang het gebruik van het palliatieve dagcentrum of geen gebruik ervan, en dat los van het gebruik van andere palliatieve zorgdiensten.



Hoewel meer gepaste zorg wordt beschreven, wordt thuis sterven niet gefaciliteerd vanuit de palliatieve dagcentra. Er wordt opvallend **vaak doorverwezen naar palliatieve zorgunits in het ziekenhuis om te sterven**. Hierdoor daalt de totale kost van de zorg in de laatste maand voor het overlijden minder sterk, want de 'winst' door het gebruik van een palliatief dagcentrum wordt een groot deel teniet gedaan door de opnames in palliatieve zorgunits. Deze 'winst' zou nog groter zijn mochten bezoekers niet zo vaak doorverwezen worden naar palliatieve zorgunits om te sterven.

Sterven in het ziekenhuis wordt niet aangemoedigd vanuit de PDC. **Thuis sterven** lijkt in veel gevallen gewoon **heel moeilijk** gezien de vaak **precaire situaties en beperkte ondersteuningsmogelijkheden thuis** voor PDC-bezoekers. In praktijk vangen palliatieve zorgunits in de ziekenhuizen vaak mensen op wegens sociale redenen, eerder dan om high-care noden. Middle-care initiatieven kunnen hier een oplossing bieden, maar betere stervensbegeleiding thuis evenzeer.

BESLUIT & AANBEVELINGEN

Het aanbod van de dagverzorgingscentra voor palliatieve verzorging en hun plaats in het thuiszorgaanbod zijn nog steeds te weinig bekend bij de (potentiële) gebruikers en doorverwijzers. Tegelijk zijn er (veel) te weinig PDC, wat de vindbaarheid bemoeilijkt. Onder andere de precaire leefbaarheid door gebrek aan structurele steun, houdt de oprichting van veel palliatieve dagcentra tegen. Hoewel hun grote meerwaarde is aangetoond, kunnen de palliatieve dagcentra vandaag slechts aan een te beperkte groep mensen hun diensten aanbieden.

De vraag naar deze ondersteunende palliatieve zorg zal in de toekomst toenemen en de huidige vijf PDC zullen op termijn niet voldoende zijn om aan deze vraag te beantwoorden. Tegelijk is de financiering van de PDC vandaag al ontoereikend. Als deze niet wordt aangepast, zullen PDC genoodzaakt zijn om hun dagprijs te laten stijgen. Dat heeft een directe impact op de toegankelijkheid van deze zorg. Bezoekers melden zich minder snel aan dan dat ze zouden willen en wat wenselijk is voor hun specifieke situatie. Dat is uiteraard nefast voor de kwaliteit van leven in de laatste levensfase van de bezoekers en de mantelzorger.

PALLIATIEVE ZORGHOUING IN DE ZORG & MAATSCHAPPIJ

De wetenschappelijke evidentie dat palliatieve zorg betere levenskwaliteit en meer gepaste zorg aan het einde van het leven met zich meebrengt, is ontegensprekelijk. Bovendien is het aangetoond dat het financieel interessant is om in te zetten op meer en kwalitatieve palliatieve zorg. Een warme oproep om beleidsmatig in te zetten op bredere implementatie van de palliatieve zorghouding, zich manifesterend op verschillende zorgniveaus, is dus evident.

In de **specifieke, gespecialiseerde palliatieve zorg** dient innovatie in de organisatie van zorg aangemoedigd te worden - door bv. investeringen in pilootprojecten met een evaluatielook. Enkel via innovatieve projecten kan in de toekomst geëvolueerd worden naar een sterk kwalitatief en gedifferentieerd aanbod van zorg voor alle mensen die nood hebben aan palliatieve zorg. Meer palliatieve dagcentra en innovaties m.b.t. 'middle care' in de palliatieve zorg zijn daar mooie voorbeelden van.

Binnen de **generalistische zorg** zouden de principes van palliatieve zorghouding meer toegepast moeten worden. Deze principes ondersteunen de grote noodzaak om, naast uiteraard het behandelen van ernstige ziekte, ook het welzijn van de patiënt en zijn omgeving als essentieel onderdeel van een zorgtraject te incorporeren. Een expliciete koppeling van welzijn aan de gezondheidszorg, waarbij actieve communicatie, het exploreren van wensen, verwachtingen en prioriteiten van patiënten en naasten als minimale standaarden worden geïncorporeerd, zijn basisvoorwaarden om de noodzakelijke cultuuromslag in de zorg te realiseren.

Maar niet alleen de zorg is uitsluitend accountable. De uitdagingen rond levenseinde, en daarmee gerelateerde zaken als ernstige ziekte, mantelzorg, sterven en rouwen, gaan verder dan wat professionele gezondheidszorg vandaag soms kan bieden en in de toekomst zal kunnen bieden. Nieuwe palliatieve zorgmodellen, zoals *compassionate communities*, waarin de **vermaatschappelijking van zorgen, sterven en rouw** centraal staat, bieden een antwoord op die prangende noodzaak om iedereen opnieuw nauw te betrekken bij ondersteuning van verlies, rouw en zorg aan het levenseinde. Nieuwe palliatieve zorgmodellen die zich richten op het betrekken van hele gemeenschappen in plaats van nieuwe gezondheidszorgdiensten en specialisten te creëren, kunnen mogelijks bijdragen aan het verbeteren van het vermogen in de samenleving om met de dood, sterven en verlies om te kunnen gaan. **Een holistische benadering van de palliatieve zorghouding in de samenleving**, kan mogelijks ook een betere verdeling van de maatschappelijke kosten met zich meebrengen. Dat is lopend onderzoek via de *Compassionate Communities*-onderzoeken binnen de End-of-Life Care onderzoeksgroep (VUB/UGent).

REFERENTIES

1/ GEPASTE ZORG AAN HET LEVENSEINDE IN BELGIË

- De Schreye, Robrecht (2020). [Population-level evaluation of the appropriateness of end-of-life care in Belgium](#). Vrije Universiteit Brussel (VUB) & Universiteit Gent (UGent), Brussel & Gent

2/ BESPAREN DOOR GEPASTE LEVENSEINDEZORG

- <https://vimeo.com/533926713> - Using big data to benchmark the quality of end-of-life care and estimate cost implications of quality improvement, prof. dr. Joachim Cohen (EAPC, 2020)

3/ PALLIATIEVE THUISZORG: GEPAST EN BESPAREND

- Maetens, Arno (2019). [The availability, uptake and impact of palliative home care: a population-level study using administrative data](#). Vrije Universiteit Brussel (VUB) & Universiteit Gent (UGent), Brussel & Gent
- Scheerens C, Faes K, Pype P, et al. [Earlier Palliative Home Care is associated with Patient-Centered Medical Resource Utilisation and lower costs in the last 30 days before death in COPD: a Population-level Decedent Cohort study](#). Eur Respir J 2020; in press (<https://doi.org/10.1183/13993003.01139-2019>)
- Miranda, Rose (2021). [Palliative care for older people with dementia in nursing homes and at home: multi-country descriptive and interventional research](#). Vrije Universiteit Brussel (VUB) & Universiteit Gent (UGent), Brussel & Gent

4/ PALLIATIEVE DAGCENTRA

- Rapport 'Meerwaarde van supportieve en palliatieve dagcentra', Chambaere K, Dierickx S, Faes K, Beernaert K, Verhaert R - met de steun van Kom op Tegen Kanker
- Faes K, Dierickx S, Beernaert K, Verhaert R, Chambaere K. Palliative day care in Belgium: health economic analysis using population-level administrative data (forthcoming).
- Dierickx S, Beernaert K, Faes K, Verhaert R, Chambaere K. [The added value of palliative day care centres: A full-population cross-sectional survey among clients and their family caregivers in Flanders, Belgium](#). Health Soc Care Community. 2021 Jun 11. doi: 10.1111/hsc.13467. Epub ahead of print. PMID: 34114703.