

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 februari 2009

5 février 2009

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een verbetering van het
palliatief zorgaanbod om het beter af te
stemmen op de behoeften**

(ingediend door
mevrouw Véronique Salvi c.s.)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à une amélioration de l'offre de
soins palliatifs en vue d'une meilleure
adéquation aux besoins**

(déposée par
Mme Véronique Salvi et consorts)

cdH	:	centre démocrate Humaniste	
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams	
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen	
FN	:	Front National	
LDD	:	Lijst Dedecker	
MR	:	Mouvement Réformateur	
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie	
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten	
PS	:	Parti Socialiste	
sp.a	:	Socialistische partij anders	
VB	:	Vlaams Belang	

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	
DOC 52 0000/000:	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000:	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)	CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN:	Plenum	PLEN:	Séance plénière
COM:	Commissievergadering	COM:	Réunion de commission
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen:</i>	<i>Commandes:</i>
Natieplein 2	Place de la Nation 2
1008 Brussel	1008 Bruxelles
Tel. : 02/ 549 81 60	Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be	www.laChambre.be
e-mail : publicaties@deKamer.be	e-mail : publications@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Achtergrond en ontwikkelingsgang

De eerste initiatieven inzake palliatieve zorg werden in België ontplooid tijdens de jaren '80, dankzij gezondheidswerkers die oog hadden voor dat vraagstuk: thuiszorgteams, residentiële eenheden en mobiele ziekenhuisteam.

«Ces structures et équipes se développent sans appui financier des pouvoirs publics. Les acteurs des soins palliatifs se regroupent en 1989 au sein d'une Fédération belge des soins palliatifs. Entre 1992 et 1995, la Fédération belge des soins palliatifs se scinde en trois fédérations: flamande, bruxelloise et wallonne.»¹

Tijdens de jaren '90 heeft het ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken in financiering voorzien voor proefprojecten met palliatieve zorg in ziekenhuizen en thuis. In aansluiting daarop werden door de toenmalige verplichte «verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen» tegemoetkomingen toegekend. *«En 1997, plusieurs arrêtés sont publiés en vue de développer les soins palliatifs à l'hôpital, en unités résidentielles et en maison de repos et de soins.»²*

In die periode werden de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg erkend. Er werden multidisciplinaire teams voor palliatieve thuiszorg opgezet, en een forfait voor palliatieve zorg bepaalde *«l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile.»³*

Vanaf het jaar 2000 werden de bewustmaking en de opleiding het personeel van de rusthuizen (ROB) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT) in opeenvolgende fasen financieel ondersteund. Het remgeld werd afgeschaft voor verpleegkundige en geneeskundige zorg en voor bij huisbezoeken aan palliatieve patiënten verstrekte kinesitherapeutische prestaties.

In 2002 werd de palliatieve zorg in een wet opgenomen, en erkend als een voor iedereen toegankelijk recht.

¹ Portalsite voor palliatieve zorg in Wallonië, www.soinspalliatifs.be

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Historique

En Belgique, c'est durant les années 1980 que, grâce à des professionnels de la santé sensibilisés à la question, les premières initiatives en soins palliatifs se développent: des équipes à domicile, des unités résidentielles et des équipes mobiles intrahospitalières.

«Ces structures et équipes se développent sans appui financier des pouvoirs publics. Les acteurs des soins palliatifs se regroupent en 1989 au sein d'une Fédération belge des soins palliatifs. Entre 1992 et 1995, la Fédération belge des soins palliatifs se scinde en trois fédérations: flamande, bruxelloise et wallonne.»¹

Durant les années 90, le ministère de la Santé publique et des Affaires sociales finance des expériences en soins palliatifs aussi bien à l'hôpital qu'à domicile. Dans la foulée, des interventions de l'assurance obligatoire «soins de santé et indemnités» sont alors accordées. *«En 1997, plusieurs arrêtés sont publiés en vue de développer les soins palliatifs à l'hôpital, en unités résidentielles et en maison de repos et de soins.»²*

C'est à cette période que les plates-formes en soins palliatifs sont reconnues. Des équipes d'accompagnement multidisciplinaires en soins palliatifs sont développées, un forfait soins palliatifs *«détermine l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile.»³*

Durant les années 2000, la sensibilisation et la formation en soins palliatifs du personnel des maisons de repos (MR) et des maisons de repos et de soins (MRS) est soutenue financièrement, par étapes successives. Le ticket modérateur est supprimé pour les soins infirmiers, pour les soins médicaux et pour les prestations de kinésithérapie à domicile du patient en soins palliatifs.

C'est en 2002 que les soins palliatifs sont intégrés dans une loi et reconnus comme un droit accessible à tous.

¹ Portail des soins palliatifs en Wallonie, www.soinspalliatifs.be

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

Palliatieve zorg is toen, in samenhang met de parlementaire debatten over euthanasie uitgebreid besproken in de Kamer van volksvertegenwoordigers en in de Senaat.

Sindsdien is in dagcentra een proefproject opgezet.

Definities

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft palliatieve zorg als een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkómen en het verlichten van lijden door middel van een vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van de pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Palliatieve zorg als zorgbenadering verlicht de pijn en de andere hinderlijke symptomen, eerbiedigt het leven en ziet de dood als een normaal proces, heeft de intentie de dood noch te bespoedigen noch uit te stellen, integreert de psychologische en spirituele aspecten van de zorg voor patiënten, biedt aan patiënten een ondersteuningssysteem om een zo actief mogelijk leven te kunnen leiden tot aan hun dood, biedt aan de familie een ondersteuningssysteem om te helpen zich te redden tijdens de ziekte van de patiënt en tijdens hun eigen rouwproces, maakt gebruik van een teamaanpak om te voorzien in de behoeften van patiënten en hun families, desnoods inclusief rouwverwerking, kan de kwaliteit van het leven verhogen en beïnvloedt zo mogelijk het ziekteverloop positief, is vroeg in het ziekteverloop toepasbaar, in combinatie met een verscheidenheid aan andere potentieel levensverlengende behandelingen, zoals chemotherapie en radiotherapie, en omvat onderzoeken die nodig zijn om klinische complicaties beter te begrijpen en te behandelen (vertaling)⁴.

Artikel 2 van de Belgische wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg bevat meer bepaald de volgende omschrijving van dergelijke zorg: «het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van

Les soins palliatifs ont été largement débattus à cette époque, aussi bien à la Chambre des représentants qu'au Sénat, en lien avec les débats parlementaires sur l'euthanasie.

Depuis lors une expérience pilote de centres de jour a été menée.

Définitions

L'OMS définit les soins palliatifs comme «les soins qui cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.»⁴.

L'article 2 de la loi belge du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs décrit plus précisément les soins palliatifs comme étant «l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à

⁴ Zie voor de definitie van palliatieve zorg volgens de Wereldgezondheidsorganisatie: <http://www.access2pallcare.org.uk/definition.shtml>

⁴ Les soins palliatifs d'après l'Organisation mondiale de la Santé – OMS 2002, voir: www.reseau-spes.com/pdf/textes_officiels/def_oms.pdf

het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.».

Huidige context

70% van de terminaal zieke patiënten wil thuis sterven, maar slechts 30% van de betrokkenen kan die wens verwezenlijken. Die situatie blijft onaanvaardbaar.

Palliatieve zorg strekt er in de eerste plaats toe de levenskwaliteit bij het levenseinde van de patiënt te verbeteren. De palliatieve zorg middelen verschaffen, zal in samenwerking met alle zorgverleners kunnen zorgen voor minder therapeutische hardnekkigheid. Momenteel zijn alle zorgsectoren erbij betrokken: de thuiszorg, het ziekenhuis en het rusthuis. Voorts bestaan er ook gespecialiseerde voorzieningen: de residentiële eenheden en de dagcentra. Palliatieve zorg kan in België weliswaar terugvallen op kwantitatief gesproken goede voorzieningen, maar op kwalitatief vlak zijn nog inspanningen nodig.

Hoewel palliatieve zorg in België al sinds meer dan twintig jaar bestaat, wordt in de opleiding van de verpleegkundigen, de artsen of andere beroepsbeoefenaars van een zorgberoep geen expliciete aandacht besteed aan «palliatieve zorg» of aan «pijn». In 2008 kan men dus nog steeds een gezondheidszorgberoep uitoefenen zonder enige kennis te bezitten van palliatieve zorg of pijnbestrijding.

De koninklijke besluiten van 1997⁵ tot regeling van de palliatieve zorg bevatten de verplichting tot een gespecialiseerde opleiding voor het medisch en verplegend personeel (66%). Verpleegkundigen kunnen, als ze dat wensen, sinds 1988 een opleiding volgen in het onderwijs voor sociale promotie. De bijzondere beroepstitel van verpleegkundige in de palliatieve zorg werd in 1994 bij koninklijk besluit in het leven geroepen⁶. Tot dusver is dat echter nog steeds geen kwalificerende opleiding.

In Franstalig België hebben de artsen slechts éénmaal toegang gehad tot een interuniversitaire opleiding. Sindsdien is er niets meer.

Zolang de artsen, dat wil zeggen de voorschrijvers, niet opgeleid zijn, zullen de opgeleide verplegers hun beroepsbekwaamheid niet ten volle kunnen aanwenden ten behoeve van de patiënten.

⁵ Zie het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

⁶ Koninklijk besluit van 18 januari 1994 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamingen voor de beoefenaars van de verpleegkunde.

optimaliser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre.».

Contexte actuel

70% des patients malades en phase terminale souhaitent mourir à domicile, mais seulement 30% d'entre eux peuvent réaliser ce souhait. Cette situation continue à être inacceptable.

Les soins palliatifs ont pour objectif premier d'améliorer la qualité de fin de vie du patient. Donner des moyens aux soins palliatifs permettra d'aboutir, avec l'ensemble des soignants, à une diminution de l'acharnement thérapeutique. Actuellement, tous les secteurs de soins sont concernés: le domicile, l'hôpital, et la maison de repos; il existe aussi des structures spécialisées: les unités résidentielles et les centres de jour. Les soins palliatifs reposent en Belgique sur une bonne structure de base en termes quantitatifs, mais des efforts doivent encore être fournis en termes qualitatifs.

Bien que les soins palliatifs datent de plus de vingt ans en Belgique, les études d'infirmière, de médecine, ou autres professionnels ne comportent pas explicitement de contenu «soins palliatifs» ou «douleur». On peut donc toujours – en 2008 – obtenir le droit d'exercer un métier de la santé sans aucune compétence en soins palliatifs ou dans le traitement de la douleur.

Les arrêtés royaux de 1997⁵ établissant les soins palliatifs comportent l'obligation de formation spécialisée pour les membres du personnel médical et infirmier (66%). Les infirmières peuvent, si elles le souhaitent, se former dans l'enseignement de promotion sociale depuis 1988; la qualification particulière en soins palliatifs a été créée par arrêté royal en 1994⁶. Cette formation n'est cependant toujours pas qualifiante à l'heure actuelle.

Les médecins n'ont eu accès qu'une fois à une formation interuniversitaire en Belgique francophone. Depuis, plus rien n'est mis en place.

Tant que les médecins, c'est-à-dire les prescripteurs, ne seront pas formés, les infirmières formées ne pourront faire bénéficier les patients de tous leurs acquis professionnels.

⁵ Voir l'arrêté royal du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée.

⁶ Arrêté royal du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier.

Het is belangrijk palliatieve zorg te ontwikkelen en ze bekendheid te geven bij het publiek en bij de zorgverleners. Dat vereist noodzakelijkerwijs dat de opleiding van de beroepsbeoefenaars van de zorgberoepen en van de vrijwilligers verder wordt ontwikkeld. Enerzijds moeten de beroepsbeoefenaars bewust worden gemaakt van het bestaan van het palliatief zorgalternatief en van de technieken ervan en anderzijds moeten de hoofden van de diensten voor palliatieve zorg de middelen krijgen om hun collega's op te leiden. Zulks is meer in het bijzonder het geval in de rust- en verzorgingstehuizen, waar het voor die opleiding bestemde «palliatief forfait» volkomen ontoereikend is.

Op termijn moeten de financiële middelen voor palliatieve zorg worden opgetrokken. Dat zou de bestaande structuren in staat stellen op zijn minst de continuïteit van de zorgverlening te, meer bepaald de 24-uursdiensten. Voor de palliatieve thuiszorg is in niets structureels voorzien inzake de nachtdiensten. Thans moeten de naasten op een of andere manier de zorgcontinuïteit op zich nemen. In tal van gevallen kan de familie dat om diverse redenen (van financiële, emotionele, professionele of andere aard) niet langer aan en heeft ze geen andere uitweg dan een opname in het ziekenhuis.

Voorts is het fundamenteel de palliatieve zorg te integreren in de curatieve zorg. Palliatieve zorg is immers geen «tweederangszorg» en moet deel uitmaken van de traditionele therapeutische schema's, in het meest aangewezen stadium van de evolutie van de ziekte en in een perfecte symbiose met de eerstelijnsverzorgingsteams. Meer bepaald de huisarts speelt een centrale rol die moet worden gehervat. De integratie van de palliatieve zorg in de verschillende structuren moet met een minimum aan eisen gepaard gaan.

Over de keuze van de strategieën op het gebied van palliatieve zorg moet onvermijdelijk overleg worden gepleegd met de diverse bevoegde gezagsniveaus.

Il est important de développer les soins palliatifs et de les faire connaître au public et aux soignants. Cela passe nécessairement par un développement de la formation des professionnels de la santé et des bénévoles. Il faut d'une part sensibiliser les professionnels sur l'existence et les techniques de l'alternative palliative, et d'autre part donner les moyens aux responsables de structures de soins palliatifs de former leurs collègues. Il en est ainsi en particulier dans les maisons de repos et de soins, où le «forfait palliatif» destiné à cette formation est tout à fait insuffisant.

À terme, les moyens financiers affectés aux soins palliatifs doivent augmenter. Ce surcoût permettrait aux structures en place d'assurer au minimum la continuité des soins, notamment les permanences. En ce qui concerne les soins palliatifs à domicile, rien n'est mis en place de manière structurelle en ce qui concerne les gardes de nuit. Actuellement, la continuité des soins doit être prise en charge d'une manière ou d'une autre par l'entourage. Dans de nombreux cas, les familles qui ne peuvent plus faire face pour diverses raisons (financières, émotionnelles, professionnelles, etc.), se trouvent acculées à un recours à l'hospitalisation.

Par ailleurs, il est fondamental d'intégrer les soins palliatifs dans les soins curatifs: les soins palliatifs en effet ne sont pas des soins de «seconde zone». Ils doivent s'intégrer dans les schémas thérapeutiques traditionnels, à un stade adéquat de l'évolution de la maladie, en parfaite symbiose avec les équipes soignantes de première ligne; le médecin généraliste en particulier joue un rôle central qu'il convient de valoriser. L'intégration des soins palliatifs dans différentes structures doit se réaliser avec un niveau minimum d'exigence.

Le choix des stratégies en matière de soins palliatifs doit faire l'objet d'une concertation incontournable entre les différents niveaux de pouvoirs compétents.

Véronique SALVI (cdH)
Georges DALLEMAGNE (cdH)
Marie-Martine SCHYNS (cdH)
David LAVAUX (cdH)
Brigitte WIAUX (cdH)

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

1. gelet op de koninklijke besluiten van 1997, waarbij de palliatieve zorg wordt geregeld en houdende de verplichting voor 66% van het medisch en verzorgend personeel om een gespecialiseerde opleiding te volgen;

2. overwegende dat meer werk moet worden gemaakt van palliatieve zorg voor patiënten, zowel thuis als in een thuisvervangende omgeving;

3. overwegende dat meer subsidies moeten worden toegekend aan de overkoepelende structuren die palliatieve zorg coördineren;

4. overwegende dat de bestaande dagcentra voor palliatieve zorg een structurele oplossing en een correcte financiering behoeven;

5. overwegende dat in België kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg nog meer moet worden uitgebouwd;

6. overwegende dat kwalitatief hoogstaande zorg vereist dat goed opgeleid personeel wordt ingezet;

7. gelet op het RIZIV-rapport 2004, waarin duidelijk wordt aangegeven dat er tussen de diverse teams grote verschillen bestaan inzake werkmethodes;

8. overwegende dat met name in de rust- en verzorgingstehuizen (RVT) de directies moeten meewerken om er kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg uit te bouwen;

9. overwegende dat er bij palliatieve thuiszorg oog moet zijn voor zorgcontinuïteit;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

in samenwerking met de diverse voor volksgezondheid bevoegde ministers van de deelgebieden:

1. uitvoering te geven aan de koninklijke besluiten van 1997, waarbij palliatieve zorg wordt geregeld en wordt voorzien in de verplichting voor 66% van het medisch en verzorgend personeel om een gespecialiseerde opleiding te volgen;

2. te bevorderen dat palliatieve zorg wordt verstrekt in de rust- en verzorgingstehuizen (RVT);

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

1. considérant les arrêtés royaux de 1997 établissant les soins palliatifs et l'obligation de formation spécialisée pour les membres du personnel médical et infirmier (66%);

2. considérant le besoin de renforcer les soins palliatifs pour les patients à domicile ou en milieu de substitution;

3. considérant le besoin d'une meilleure subvention pour les structures organisationnelles qui coordonnent les soins palliatifs;

4. considérant le besoin d'une solution structurelle et un financement correct pour les centres de jour pour soins palliatifs existants;

5. considérant la nécessité de développer davantage les soins palliatifs de qualité en Belgique;

6. considérant que des soins de qualité nécessitent un personnel formé;

7. considérant le rapport INAMI 2004, lequel mettait en évidence des disparités importantes de méthodes de travail entre équipes;

8. considérant que dans les maisons de repos et de soins (MRS), notamment, l'implication des directions est indispensable pour y intégrer des soins palliatifs de qualité;

9. considérant que les soins palliatifs à domicile doivent assurer la continuité des soins;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

en collaboration avec les différents ministres des entités fédérées compétents en matière de santé publique:

1. l'application des arrêtés royaux de 1997 établissant les soins palliatifs et l'obligation de formation spécialisée pour les membres du personnel médical et infirmier (66%);

2. l'instauration de la fonction palliative dans les maisons de repos et de soins (MRS);

3. werk te maken van een bewustmakings- en opleidingsprogramma ten behoeve van de directies van de rusthuizen;

4. te voorzien in de structurele uitbouw van nachtdiensten voor palliatieve thuiszorg, teneinde de zorgcontinuïteit te waarborgen;

5. de voor de personeelsformaties van de multidisciplinaire begeleidende thuiszorgteams geldende beperkingen ongedaan te maken, door een personeelsuitbreiding toe te staan in geval een team het maximum te factureren forfaits heeft gehaald;

6. te meten welke financiële weerslag de subsidies hebben op de anciënniteit van het personeel van de platformen voor palliatieve zorg;

7. een doorgedreven evaluatie te maken van de projecten voor dagcentra, alvorens de mogelijkheid te overwegen in de toekomst nieuwe centra op te richten;

8. te werken aan kennisuitwisseling, met het oog op een gestructureerde sensibilisering en opleiding van de gezondheidswerkers;

9. ondersteuning te geven aan de uitwisseling van beste professionele praktijken;

10. een model uit te bouwen om gegevens samen te brengen en te analyseren, teneinde aanbod en behoeften inzake palliatieve zorg beter op elkaar af te stemmen.

2 februari 2009

3. le développement d'un programme de sensibilisation et de formation des directions des maisons de repos (MR);

4. le développement structurel de la garde de nuit pour les soins palliatifs à domicile, afin d'assurer la continuité des soins;

5. la suppression de la restriction imposée au cadre du personnel des équipes d'accompagnement multidisciplinaires en soins à domicile, en autorisant une extension du personnel, si l'équipe a atteint le nombre maximum de forfaits à facturer;

6. une mesure de l'impact financier des subsides sur de l'ancienneté du personnel des plates-formes de soins palliatifs;

7. l'évaluation fine des projets existants de centres de jour avant d'envisager la possibilité d'en créer de nouveaux dans le futur;

8. le développement de l'échange de connaissances en vue de la sensibilisation et de la formation des professionnels de santé dans un cadre structuré;

9. le soutien de l'échange des pratiques professionnelles;

10. le développement d'un modèle en vue de récolter et d'analyser des données qui permettront de mieux faire correspondre l'offre et les besoins en matière de soins palliatifs.

2 février 2009

Véronique SALVI (cdH)
Georges DALLEMAGNE (cdH)
Marie-Martine SCHYNS (cdH)
David LAVAUX (cdH)
Brigitte WIAUX (cdH)