

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

2 maart 2009

2 mars 2009

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

over de kinderthuiszorg

(ingediend door
mevrouw Florence Reuter c.s.)

PROPOSITION DE RÉOLUTION

relative aux soins pédiatriques à domicile

(déposée par
Mme Florence Reuter 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 Dedeker		
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>
Bestellingen:	Commandes:
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,

Op 13 mei 1986 heeft het Europees Parlement een resolutie aangenomen met het verzoek een handvest op te stellen dat voorziet in normen voor de verzorging van kinderen in de Europese ziekenhuizen. In 1988 hielden twaalf organisaties, die betrokken waren bij het vraagstuk van in het ziekenhuis opgenomen kinderen, de eerste Europese conferentie over «Het kind en het ziekenhuis». Zij hebben toen, zonder het initiatief van de Europese Commissie af te wachten, uit eigen beweging een handvest opgesteld over de verzorging van zieke kinderen, het «Europees Handvest van het kind in het ziekenhuis» (tevens bekend als het Handvest van de *European Association for Children in Hospital* (EACH)). Dit Handvest bevat een lijst van de rechten waarover een kind voor, tijdens en na zijn verblijf in het ziekenhuis beschikt. De daarin opgenomen rechten kunnen in verband worden gebracht met die van het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind, dat door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 20 november 1989 werd aangenomen. Het Handvest van het kind in het ziekenhuis bevat een artikel over de kinderthuiszorg: «De opname in een ziekenhuis van een kind mag slechts plaatshebben wanneer de vereiste verzorging thuis, via externe raadpleging of daghospitaal, niet mogelijk is.».

Zonder dat zij op dat vlak even ver gaan als het voormelde artikel, vinden de indiensters dat de patiënten in ons land de keuze moeten hebben naar huis te gaan wanneer de behandeling die zij in het ziekenhuis krijgen, ook thuis kan worden verleend. Idealiter zou de behandeling in het ziekenhuis kunnen worden vervangen door thuiszorg, en zou de patiënt in het ziekenhuis worden voorbereid op zijn terugkeer naar huis. Ofschoon dat knelpunt wel op lokaal vlak wordt aangepakt, is een alomvattende oplossing op nationaal niveau vereist, zoals dat in andere landen het geval is.

Kinderthuiszorg kan in bepaalde gevallen de ziekenhuisopname vervangen. Dat begrip omvat alle zorghandelingen en (para)medische behandelingen die thuis worden verleend aan kinderen van wie de toestand geen voortdurend ziekenhuisverblijf rechtvaardigt. De kinderthuiszorg vult dus de ziekenhuisopname aan en is in zekere zin de uitloper ervan, met inbegrip van alle kwaliteits- en veiligheids garanties op het vlak van de behandeling. Dankzij de thuiszorg wordt de zorgverlening niet onderbroken, noch voor aandoeningen die ingewikkelde zorg vereisen, noch voor ziekten waarvoor dat minder het geval is. Het ligt niet in de bedoeling de

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le 13 mai 1986, le Parlement européen a adopté une résolution demandant que soit rédigée une charte prévoyant des normes relatives aux soins à dispenser aux enfants dans les hôpitaux européens. En 1988, douze organisations, impliquées dans la problématique de l'enfant hospitalisé, se sont rassemblées lors de la première conférence européenne sur le thème «L'enfant et l'hôpital». Une charte fut alors rédigée spontanément, sans attendre une initiative de la Commission européenne, dans le domaine des soins aux enfants malades. Il s'agit de la «Charte européenne de l'enfant hospitalisé», également connue sous la dénomination «Charte EACH». Celle-ci contient une liste des droits des enfants avant, pendant, et après leur séjour à l'hôpital. On peut mettre les droits décrits dans la Charte EACH en liaison avec ceux repris dans la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1989. C'est dans cette charte de l'enfant hospitalisé que l'on trouve un article concernant les soins pédiatriques à domicile: «L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.»

Sans aller aussi loin que cet article, il semble nécessaire qu'en Belgique, les patients aient le choix de rentrer chez eux lorsque le traitement qui leur est dispensé en milieu hospitalier pourrait l'être à domicile. L'idéal serait d'avoir une alternative à l'hospitalisation et une possibilité, en milieu hospitalier, de préparation du retour à domicile. Des solutions locales existent, mais il faudrait une solution globale au niveau national, comme cela existe dans d'autres pays.

Les soins pédiatriques à domicile constituent, dans certains cas, une alternative à l'hospitalisation. Ils recouvrent l'ensemble des soins et traitements médicaux et paramédicaux dispensés à domicile à des patients pédiatriques dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Les soins pédiatriques à domicile sont donc un complément à l'hôpital et, d'une certaine manière, son prolongement, avec toutes les garanties de qualité et de sécurité. Ils permettent d'éviter une rupture dans la prise en charge des soins tant pour les maladies complexes que pour les maladies moins complexes. Il ne s'agit pas d'installer l'hôpital à la

gezinswoning om te vormen tot een ziekenhuis, maar wel te voorkomen, indien mogelijk, dat het kind vaak of langdurig in het ziekenhuis moet verblijven.

Bovendien is het aan de kinderthuiszorg te danken dat de ziekte van de patiëntjes geen afbreuk hoeft te doen aan hun welzijn; ze verblijven immers in de geborgenheid van het eigen gezin. Zo het kind dit wenst, kan zijn terugkeer naar huis – voor zover die goed wordt voorbereid, in overleg en in samenwerking met de diensten van het ziekenhuis en die daarbuiten – voor hem een ware opluchting betekenen, zodat het kind helemaal opbloeit en zijn genezing wordt bevorderd. Zeker in het geval van heel jonge kinderen is een verblijf in het ziekenhuis vaak een nare ervaring.

De kinderzorg is vragende partij voor de totstandbrenging van partnerschappen tussen de ziekenhuizen en de extramurale diensten. Dat is slechts mogelijk wanneer alle partners een complementaire taak hebben, met name wanneer voorafgaand aan de zorgoverdracht wordt overlegd en gecoördineerd, een specifiek multidisciplinair team wordt opgericht om ingewikkelde kinderzorg te verlenen, en rekening wordt gehouden met het verschil in kosten die het gezin moet dragen voor de verzorging in het ziekenhuis en thuis. Daartoe moeten alle instanties – zowel op gemeentelijk, provinciaal, gewestelijk en federaal niveau, alsook van de OCMW's – de meest kansarme gezinnen bijstaan.

Door een wettelijk raamwerk in te stellen, kan worden voorzien in passende structuren die de kwaliteit en de veiligheid van de kinderzorg garanderen, alsook in een gedeeltelijke terugbetaling van de verzorgingskosten, zodat de patiënt niet wordt benadeeld. Het spreekt vanzelf dat de kinderthuiszorgprojecten in de mate van het mogelijke zullen voortbouwen op de bestaande structuren, zoals de gdt's (geïntegreerde diensten voor thuiszorg).

Uit een financieel oogpunt kan de thuiszorg het RIZIV besparingen opleveren. Geraamd wordt dat de besparing oploopt tot bijna de helft voor een ziekenhuisopname, en tot bijna een derde voor een dagziekenhuisopname. Aangezien momenteel echter niet in een wettelijk kader is voorzien, kost de kinderthuiszorg de ouders veel meer dan wanneer hun kind dezelfde behandeling in het ziekenhuis zou krijgen.

Voor de organisatie van de kinderthuiszorg moet een beroep worden gedaan op een multidisciplinair team, bestaande niet alleen uit ziekenhuisartsen, de behandelende arts en thuisverpleegkundigen die opgeleid zijn om ziekenhuisbehandelingen uit te voeren, maar eventueel tevens uit gezinshelpers, thuisoppassen en kinderverzorgers. Het zieke kind en het gezin moeten

maison, mais d'éviter à l'enfant, quand c'est possible, de fréquents ou longs séjours hospitaliers.

Les soins pédiatriques à domicile permettent, en outre, de préserver le bien-être des patients durant leur maladie en évitant une rupture avec le milieu familial. Si le jeune patient le désire, un retour à domicile, bien préparé en partenariat concerté et coordonné entre les services hospitaliers et extra-hospitaliers, peut constituer un soulagement pour lui et favoriser son épanouissement, voire sa guérison. Le cas des enfants les plus jeunes est le plus révélateur, car l'expérience d'une hospitalisation est bien souvent une épreuve difficile à vivre.

Les soins pédiatriques demandent d'établir des partenariats entre le monde hospitalier et extra-hospitalier, qui ne seront possibles que dans la complémentarité du rôle de tous les partenaires, à savoir la concertation et la coordination préalables au transfert de la prise en charge, la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire spécifique pour les soins pédiatriques complexes, la prise en considération des différences de coût pour les familles entre soins hospitaliers et extra-hospitaliers. Pour cela, il faut que toutes les instances, tant communales, du CPAS, provinciales, régionales et fédérales puissent être à côté des familles les plus défavorisées.

La fixation d'un cadre permettant d'organiser des structures adéquates garantira aux patients la qualité et la sécurité ainsi qu'une intervention dans les coûts des soins de santé qui ne pénalise pas le patient qui y recourt. Il est évident que les projets de soins pédiatriques à domicile s'appuieront autant que faire se peut sur les structures actuelles telles que les SISD (services intégrés de soins à domicile).

Sur le plan financier, les soins à domicile pourraient permettre à l'INAMI de réaliser des économies. L'économie estimée est de quasiment la moitié pour une hospitalisation et pratiquement un tiers pour une hospitalisation en hôpital de jour. Toutefois, à l'heure actuelle, comme aucun cadre légal n'existe, le coût d'une hospitalisation à domicile supporté par les parents est beaucoup plus important que ces mêmes soins prodigués à l'hôpital.

L'organisation des soins pédiatriques à domicile doit se faire dans le cadre d'une organisation pluridisciplinaire comprenant les médecins hospitaliers, le médecin traitant et les infirmières à domicile formées aux traitements hospitaliers, mais aussi éventuellement les aides familiales, les gardes à domicile et les puéricultrices. L'enfant malade et la famille ne sont donc pas seuls pour affronter

de ziekte dus niet alleen torsen, maar zullen gedurende de hele behandeling worden begeleid. Het zijn evenwel de ouders en het kind die te kennen moeten geven dat zij thuiszorg wensen, op voorwaarde dat het medisch personeel daarmee instemt.

Kinderthuiszorg is bedoeld voor het welzijn van het kind, waarbij wordt gewaarborgd dat het thuis even goed wordt verzorgd als in het ziekenhuis. Dat vergt bijgevolg de valorisatie van het overleg en de onderlinge afstemming van de gegevens van de verschillende medische en paramedische actoren.

Los van alle voordelen die dit voorstel van resolutie beoogt, mogen de ouders zich niet verplicht voelen hun kind thuis te verzorgen. Kinderthuiszorg is een mogelijkheid die hen wordt geboden; het moet dus een vrije keuze blijven, en mag geen verplichting zijn.

la maladie, mais ils seront au contraire encadrés tout au long du traitement. Néanmoins, la mise en place de soins pédiatriques à domicile doit émaner d'une volonté des parents ainsi que de l'enfant, en accord avec le personnel médical.

L'objectif visé est le bien-être de l'enfant tout en lui garantissant des soins aussi performants qu'à l'hôpital. Pour ce faire, il faut donc valoriser le travail de concertation et la mise en convergence des informations reçues entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux.

Au-delà de tous les bienfaits visés par cette proposition de résolution, les soins pédiatriques à domicile ne doivent pas constituer une contrainte pour les familles. C'est une possibilité offerte aux parents pour leur enfant, mais cela doit rester un libre choix et non une obligation.

Florence REUTER (MR)
Katia della FAILLE (Open Vld)
Maya DETIÈGE (sp.a)
Camille DIEU (PS)
Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Véronique SALVI (cdH)
Tinne VAN DER STRAETEN (Ecolo-Groen!)

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A) brengt onder de aandacht dat een ziekenhuis essentieel is in de zorgverstrekking, maar kinderen angst kan inboezemen en dus gezondheidsproblemen kan veroorzaken, omdat hun dagelijkse bezigheden en hun gewone omgeving wegvallen en ze hun gezinsleden moeten missen;

B) wijst erop dat alle elementen die bijdragen tot de beperking van de verblijfsduur in het ziekenhuis in het algemeen ook bijdragen tot het terugdringen van het aantal gevallen van ziekenhuisinfecties;

C) beseft dat de kinderthuiszorg kan inspelen op een wens van zowel de kinderen als de ouders;

D) meent dat de minderjarige patiënt conform de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt moet worden gehoord vooraleer een behandeling van zijn ziekte wordt opgestart, en dat ook de vrije keuze van de ouders in acht moet worden genomen;

E) attendeert erop dat ingewikkelde behandelingen in het kader van de kinderthuiszorg een multidisciplinaire aanpak vergen: zij moeten door de ziekenhuiskinderarts, in samenwerking met de huisarts, worden voorgeschreven, en wel voor een beperkte en voor herziening vatbare periode, afhankelijk van de evolutie van de gezondheids-toestand van het kind. Die handelingen moeten ook vóór het ontslag uit het ziekenhuis met de huisarts worden besproken en via een gemeenschappelijk therapeutisch project de betrokkenheid gedurende de hele behandeling buiten en in het ziekenhuis inhouden van al wie in de leef- en ziekenhuisomgeving zorg verstrekt;

F) is zich ervan bewust dat de ouders, die het zieke kind elke dag moeten verzorgen, niet opgeleid zijn zoals bekwame verzorgers, hoewel die thuiszorg voortdurende aandacht vergt en wetenschappelijke kennis vereist, waarbij de aanwijzingen voor een gezonde levenswijze in acht moeten worden genomen en de door de zorgverlener voorgeschreven behandeling moet worden gevolgd, er ook rekening mee houdend dat de medische methodes en technieken evolueren;

G) wijst erop dat de beroepsloopbaan van de persoon die zich wijdt aan de verzorging van een verwant, daar direct of indirect onder lijdt;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A) considérant que l'hôpital remplit une fonction essentielle pour dispenser des soins, mais peut représenter un lieu angoissant, et donc potentiellement pathogène pour l'enfant, car en rupture avec son quotidien, ses proches et son cadre de vie habituel;

B) considérant que de manière générale, tout ce qui contribue à réduire les durées d'hospitalisation contribue à réduire le nombre de maladies nosocomiales;

C) considérant que dispenser des soins pédiatriques à domicile peut répondre à un souhait des enfants et des parents;

D) considérant que le patient mineur d'âge doit, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, être entendu avant la mise en place de tout projet thérapeutique le concernant et que le libre choix des parents doit également être respecté;

E) considérant que les soins pédiatriques complexes à domicile doivent être organisés de manière multidisciplinaire : ils doivent être prescrits par le pédiatre hospitalier, en collaboration avec le médecin généraliste, pour une période limitée et révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'enfant. Ces soins doivent également être préparés avant la sortie de l'hôpital avec le généraliste et doivent impliquer, via un projet thérapeutique commun, l'ensemble des prestataires de soins en milieu de vie et en milieu hospitalier durant tout le traitement hors et dans l'hôpital;

F) considérant que les parents, qui auront quotidiennement à charge l'enfant malade, ne sont pas formés comme un personnel soignant compétent, tandis que la prise en charge à domicile d'un enfant malade demande une attention constante, des connaissances scientifiques nécessitant le respect des consignes d'hygiène de vie et l'observance des thérapeutiques définies par les prestataires de soins; sachant par ailleurs que les méthodes et les techniques médicales évoluent de manière continue;

G) considérant que la personne qui consacre son temps à soigner un proche subit des préjudices directs ou indirects dans le cadre de sa carrière professionnelle;

H) beseft dat de behandelende arts, en met name de huisarts en de kinderarts, een belangrijke plaats in het gezin bekleden;

I) wijst erop dat de behandelende arts op de hoogte moet zijn van de evolutie van de behandeling van zijn patiënten;

J) geeft aan dat de kosten voor kinderthuiszorg afwijken van de kosten voor de behandeling van het kind in het ziekenhuis;

K) wijst op het bestaan van tal van maatschappelijke-hulpverleningsregelingen;

L) wijst erop dat de Federale Staat, de gemeenschappen en de gewesten elk gedeeltelijk bevoegd zijn voor de organisatie van steun- en zorgverlening.

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

– in overleg met de medische en de paramedische organisaties,

1) via een RIZIV-overeenkomst het opstarten van stuurprojecten voor ingewikkelde behandelingen in het kader van de kinderthuiszorg te steunen door voor die projecten voldoende middelen uit te trekken, teneinde te zorgen voor zo goed mogelijk gestructureerde thuiszorg alsook overleg tussen wie thuiszorg verstrekt en het ziekenhuis, zulks middels de multidisciplinaire teams (waaronder bijvoorbeeld de GDT's);

2) te bepalen welke soorten van ingewikkelde zorg-handelingen in het kader van de kinderthuiszorg mogen worden gesteld;

3) vooraf te bepalen aan welke medische, sociale en materiële voorwaarden moet worden voldaan om de patiënt thuis te mogen verzorgen, opdat de patiënt in alle veiligheid wordt behandeld en er zich goed bij voelt;

4) de patiënt centraal te stellen in de gezondheidszorg, zowel wat de kwaliteit van de zorgverlening als wat zijn welzijn betreft;

5) met alle middelen de onderlinge coördinatie te versterken tussen ziekenhuisarts, huisarts, ziekenhuisverpleegkundige, thuisverpleegkundige en familie, waarbij ten minste twee multidisciplinaire raadplegingen plaatsvinden, de ene vóór het ziekenhuisontslag en de andere ter evaluatie bij afloop van de behandeling; die raadplegingen zullen zo vaak als de toestand vereist, worden overgedaan;

H) considérant que le médecin traitant, c'est-à-dire le médecin généraliste et le pédiatre, tient une place prépondérante au sein de la famille;

I) considérant que le médecin traitant doit avoir connaissance de l'évolution des traitements de ses patients;

J) considérant que le coût de la prise en charge des soins pédiatriques à domicile n'est pas identique à celui de la prise en charge en milieu hospitalier;

K) considérant que de nombreux systèmes d'aide sociale existent;

L) considérant que l'organisation de l'aide et des soins à domicile est une compétence qui relève en partie de l'État fédéral, des Communautés et des Régions;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

– en concertation avec les organisations médicales et paramédicales,

1) de soutenir, via une convention INAMI, la mise en œuvre de projets pilotes de soins pédiatriques complexes à domicile en leur octroyant les moyens suffisants pour permettre de structurer au mieux les soins à domicile et la concertation entre domicile et hôpital via des équipes multidisciplinaires (dont les Services intégrés de soins à domicile (SISD) par exemple);

2) d'établir quels types de soins peuvent être délivrés dans le cadre de soins pédiatriques complexes à domicile;

3) de déterminer, en amont, les conditions médicales, sociales et matérielles indispensables à la prise en charge thérapeutique à domicile afin que celle-ci allie bien-être et sécurité des soins;

4) de mettre et maintenir les patients au centre des dispositifs de santé, tant pour la qualité des soins que pour leur bien-être;

5) de renforcer par tous les moyens la coordination entre le médecin hospitalier, le médecin généraliste, l'infirmière hospitalière, l'infirmière à domicile et la famille, avec au minimum deux concertations multidisciplinaires, l'une avant la sortie de l'hôpital et l'autre en fin de traitement pour évaluation. Ces concertations seront répétées autant de fois que le nécessite la situation;

6) te voorzien in een passende financiering voor de coördinatie, de uitrusting en de specifieke ingewikkelde zorghandelingen die momenteel niet in de bestaande nomenclatuur zijn opgenomen;

7) de relatie tussen het thuiszorgteam, de behandelende arts en het ziekenhuispersoneel te valoriseren en te verbeteren, opdat de zorgverlening naadloos wordt voortgezet, door die arts ertoe aan te zetten de patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis te bezoeken en erop toe te zien dat hij betrokken wordt bij het beëindigen van de ziekenhuisopname;

8) de (para)medische teams de vereiste middelen te verlenen om de kinderthuiszorg uit te bouwen;

9) de spilpositie van de huisarts en van de kinderarts (de behandelende arts) te revaloriseren en te verdedigen, door te voorzien in een specifieke nomenclatuur voor kinderthuiszorg;

10) in het kader van het plan om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken, bijzondere aandacht te besteden aan de aantrekkelijkheid van het beroep van thuisverpleegkundige, door de prestaties van de verpleegkundigen te revaloriseren;

11) de bijzondere beroepstitel van «kinderverpleegkundige» te erkennen en te valoriseren, net zoals dat voor de andere bijzondere beroepstitels is gebeurd;

12) de in het ziekenhuis gebruikte geneesmiddelen toegankelijker maken in de gewone apotheken, erop toe te zien dat ze in die apotheken worden verkocht tegen dezelfde prijs als in het ziekenhuis, dat ze daar even beschikbaar zijn en dat de verpakking ervan afgestemd is op het gebruik in het kader van de kinderthuiszorg;

13) binnen het RIZIV een adviescomité op te richten, dat zou worden gelast de kinderthuiszorg te optimaliseren;

– in overleg met de gemeenschappen en de gewesten,

6) de prévoir un financement approprié pour la coordination, les équipements et les soins spécifiques complexes non prévus dans la nomenclature actuelle;

7) de valoriser et d'améliorer la relation entre l'équipe soignante à domicile, le médecin traitant et le personnel hospitalier dans un but de continuité des soins en développant les visites de ce médecin durant l'hospitalisation et en veillant à l'impliquer au moment de l'organisation de la sortie;

8) de donner aux équipes médicales et paramédicales les moyens indispensables à la mise en œuvre des soins pédiatriques à domicile;

9) de revaloriser et de défendre la place pivot du médecin généraliste et du pédiatre, c'est-à-dire le médecin traitant, en établissant une nomenclature spécifique pour les soins pédiatriques à domicile;

10) d'accorder, dans le cadre du plan d'attractivité de la profession d'infirmière, une attention particulière à l'attractivité de la profession de l'art infirmier à domicile en revalorisant les prestations de l'art infirmier;

11) de reconnaître et de valoriser, à l'instar des autres titres professionnels particuliers, le titre professionnel particulier d'«infirmier pédiatrique»;

12) de faciliter l'accès aux médicaments à usage hospitalier dans les pharmacies de ville en veillant à ce que les prix et la disponibilité des médicaments soient identiques en pharmacie et à l'hôpital et à ce que le conditionnement des médicaments soit adapté à un usage dans le cadre des soins pédiatriques à domicile;

13) de créer un comité consultatif au sein de l'INAMI qui aurait pour tâche l'optimisation de la prise en charge pédiatrique à domicile;

– en concertation avec les Communautés et les Régions,

14)

1° een fiscaal en een sociaal statuut uit te werken voor de mantelzorger die zich wijdt aan de verzorging van een verwant;

2° thuiszorg uit te bouwen waarmee die kinderzorg concreet vorm kan krijgen.

13 februari 2009

14) d'élaborer:

1° un statut fiscal et social pour l'aidant qui consacre son temps à la prise en charge d'un proche;

2° l'organisation des soins à domicile permettant la concrétisation de ces soins pédiatriques.

13 février 2009

Florence REUTER (MR)
Katia della FAILLE (Open Vld)
Maya DETIÈGE (sp.a)
Camille DIEU (PS)
Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Véronique SALVI (cdH)
Tinne VAN DER STRAETEN (Ecolo-Groen!)