

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

6 november 2007

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een betere ondersteuning
van de palliatieve zorg**

(ingediend door de heren Koen Bultinck,
Guy D'haeseleer, Hagen Goyvaerts
en Gerolf Annemans en mevrouw
Rita De Bont)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

6 novembre 2007

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

pour un meilleur soutien des soins palliatifs

(déposée par MM. Koen Bultinck,
Guy D'haeseleer, Hagen Goyvaerts
et Gerolf Annemans et Mme Rita De Bont)

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

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
<i>DOC 52 0000/000 :</i>	<i>Parlementair document van de 52^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	<i>DOC 52 0000/000 :</i>	<i>Document parlementaire de la 52^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	<i>QRVA :</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>	<i>CRIV :</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>	<i>CRABV :</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>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)</i>	<i>CRIV :</i>	<i>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)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Plenum</i>	<i>PLEN :</i>	<i>Séance plénière</i>
<i>COM :</i>	<i>Commissievergadering</i>	<i>COM :</i>	<i>Réunion de commission</i>
<i>MOT :</i>	<i>moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>	<i>MOT :</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

*Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be*

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

*Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be*

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel van resolutie neemt de tekst over van het voorstel DOC 51 3044/01.

Reeds eerder liet het Vlaams Belang zijn bijzonder grote interesse blijken voor de uitbouw van de palliatieve zorgen. Dit gebeurde via parlementaire tussenkomsten, programmateksten of wetsvoorstellen. Via dit parlementair initiatief willen we nog eens scherp stellen op de palliatieve zorgen.

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert palliatieve zorg als 'de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert'. Totaalzorg betekent de zorg op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel vlak. Het doel van palliatieve zorg is de best mogelijke levenskwaliteit te bereiken voor de patiënten en zijn nabestaanden. Palliatieve verzorging wordt verleend aan huis, in rust- en verzorgingstehuizen, dagcentra, palliatieve zorgeenheden en ziekenhuizen.

Buiten de ziekenhuismuren is de Vlaamse overheid bevoegd voor het uitbouwen van de palliatieve zorg. De samenwerkingsverbanden vervullen hierin een belangrijke rol. Zij staan in voor het verspreiden van de cultuur van de palliatieve zorg in hun regio en coördineren lokale acties. De kernopdrachten van een samenwerkingsverband zijn informatie en sensibilisering, opleiding en navorming, het opstellen van samenwerkingsprotocollen en het voeren van een regionaal beleid. Elk regionaal palliatief samenwerkingsverband beschikt over één of meerdere multidisciplinaire begeleidingsequipes.

Voor wat betreft de palliatieve zorg in thuisvervangende milieus is er vooreerst de sector van de rustoorden (ROB) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT). Vervolgens zijn er de palliatieve dagcentra. Deze centra zijn complementair aan de thuiszorg en kunnen een belangrijke ondersteuning geven aan de mantelzorg.

Van de 60.000 mensen die jaarlijks sterven, werden er in 2001 minstens 10.898 palliatief verzorgd. In 2004 zouden het er tussen 15.000 en 20.000 zijn. Van de 10.898 mensen die palliatief werden verzorgd, werden er ruim 4.000 thuis behandeld, nog eens 4.000 in het ziekenhuis en bijna 3.000 in een gespecialiseerde zorgeenheid. Slechts 200 mensen kozen dat jaar voor

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de résolution reprend le texte de la proposition DOC 51 3044/001.

Par le passé, le Vlaams Belang a déjà manifesté, par l'intermédiaire d'interventions parlementaires, de textes de programmes ou de propositions de loi, son très vif intérêt pour le développement des soins palliatifs. La présente initiative parlementaire constitue une nouvelle réflexion sur les soins palliatifs.

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme «l'ensemble des soins actifs apportés aux patients dont la maladie ne réagit plus à des thérapies curatives». Par «l'ensemble des soins actifs», on entend les soins physiques, psychiques, sociaux et spirituels. Le but des soins palliatifs est de procurer la meilleure qualité de vie possible aux patients et à leurs proches. Les soins palliatifs sont dispensés à domicile, dans les maisons de repos et de soins, dans les centres de jour, dans les unités de soins palliatifs et dans les hôpitaux.

En dehors du milieu hospitalier, ce sont les autorités flamandes qui sont compétentes en matière de développement des soins palliatifs. Les associations jouent en l'espèce un rôle important. Elles assurent la diffusion de la culture des soins palliatifs dans leur région et coordonnent les actions locales. Les missions de base d'une association sont l'information et la sensibilisation, la formation et la formation continuée, la rédaction de protocoles de coopération et la mise en œuvre d'une politique régionale. Chaque association régionale de soins palliatifs dispose d'une ou plusieurs équipes d'accompagnement pluridisciplinaires.

En ce qui concerne les soins palliatifs dans les environnements de remplacement, il y a d'abord le secteur des maisons de repos (MRPA) et des maisons de repos et de soins (MRS). Ensuite, il y a les centres de jour palliatifs. Ces centres sont complémentaires par rapport aux soins à domicile et peuvent offrir un soutien important aux personnes qui dispensent des soins de proximité.

Sur les 60.000 personnes qui décèdent chaque année, au moins 10.898 ont reçu des soins palliatifs en 2001. En 2004, ils auraient été entre 15.000 et 20.000. Parmi les 10.898 personnes qui ont reçu des soins palliatifs, près de 4.000 ont été soignés à domicile, 4.000 à l'hôpital et près de 3.000 dans une unité de soins spécialisée. Seules 200 personnes ont opté cette année-là pour

euthanasie. Hoewel 7 op 10 kankerpatiënten met een terminale tumor aangeven thuis te willen sterven kan dit slechts voor 28% van hen gerealiseerd worden. Dit is de zogenaamde «palliatieve paradox» van de thuiszorg. Deze paradox wordt nog sterker geaccentueerd doordat thuisverzorging, in vergelijking met sterven in het ziekenhuis, duurder is voor de patiënt maar goedkoper voor de maatschappij. Het jaarlijks budget voor palliatieve zorg vertegenwoordigt slechts een fractie van de gigantische kosten voor de maatschappij die het geven van maximale curatieve zorg aan terminale patiënten zonder (voldoende) ethische (team) reflectie over de vraag «is dit de juiste medische aanpak?» met zich meebrengt. Therapeutische hardnekkigheid vormt een van de grootste hindernissen voor kwalitatieve en vooral tijdige palliatieve zorg in ons land.

Nochtans tonen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve thuiszorg en de palliatieve samenwerkingsverbanden aan dat zij invloed hebben op de plaats van overlijden voor patiënten met kwaadaardige tumoren die meer dan anderen thuis overlijden. Palliatieve zorg vereist echter specifieke deskundigheid en dit kost tijd én geld.

Momenteel is de huidige financiering van deze samenwerkingsverbanden nog steeds ontoereikend en worden de multidisciplinaire begeleidingsequipes overbevraagd. Door het financieringstekort kunnen niet alle maatregelen worden genomen in de sector van palliatieve zorg.

Niet alleen geldtekort ligt aan de basis van het feit dat niet alle nodige maatregelen kunnen worden genomen. Vandaag zijn de bevoegdheidspakketten niet homogeen, wat leidt tot verkeerde beleidsimpulsen. De verschillende opvattingen en praktijk tussen de twee gemeenschappen passen niet in een uniform federaal wetgevend kader. Op basis van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg werd een Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg opgericht die geregeld de noden inzake kwalitatieve zorg en de kwaliteit van de gevonden oplossingen dient te evalueren en om de twee jaar een evaluatieverslag moet voorleggen. In mei 2005 werd een eerste evaluatierapport opgesteld en daarin werden de hier beschreven knelpunten opgenomen, waarvan een groot gedeelte tot de Vlaamse bevoegdheid behoort. De Vlaamse overheid heeft gevraagd te mogen participeren aan deze cel maar kreeg een negatief antwoord. Zij werd zelfs niet op de hoogte gesteld van het bestaan van dit evaluatierapport.

Op 11 mei 2006 werd in de Senaat een voorstel van resolutie voor een betere ondersteuning van de palliatieve zorg aangenomen.

l'euthanasie. Bien que 7 patients sur 10 atteints d'un cancer en phase terminale déclarent vouloir mourir à la maison, ce n'est possible que pour 28% d'entre eux. C'est le «paradoxe palliatif» des soins à domicile. Ce paradoxe est d'autant plus frappant que les soins à domicile coûtent plus cher au patient, et moins cher à la collectivité qu'un décès à l'hôpital. Le budget annuel des soins palliatifs est dérisoire par rapport au coût gigantesque que représente, pour la société, la prestation de soins curatifs maximaux aux patients en phase terminale sans qu'une réflexion éthique (d'équipe) (suffisante) soit menée sur la question de savoir si cette approche médicale est la bonne. Dans notre pays, l'acharnement thérapeutique est l'un des principaux obstacles au développement de soins palliatifs de qualité et, surtout, de soins palliatifs pouvant être prodigués en temps opportun.

Pourtant, les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs à domicile et les associations en matière de soins palliatifs montrent qu'elles ont une influence sur le lieu de décès des patients souffrant de tumeurs malignes, qui décèdent plus que les autres chez eux. Toutefois, les soins palliatifs nécessitent des compétences spécifiques, ce qui coûte du temps et de l'argent.

Aujourd'hui, le financement de ces associations est toujours insuffisant et les équipes d'accompagnement multidisciplinaires sont submergées de demandes. Ce sous-financement empêche de prendre toutes les mesures nécessaires dans le secteur des soins palliatifs.

Il n'y a pas que le manque d'argent qui explique que toutes les mesures nécessaires ne puissent pas être prises. Actuellement, les paquets de compétences ne sont pas homogènes, ce qui génère des impulsions politiques erronées. Les divergences de conceptions et de pratiques entre les deux communautés ne s'intègrent pas à un cadre législatif fédéral uniforme. La loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs a institué une cellule fédérale d'évaluation, chargée d'évaluer régulièrement les besoins en matière de soins palliatifs et la qualité des réponses qui y sont apportées et de présenter un rapport d'évaluation tous les deux ans. Un premier rapport d'évaluation a été rédigé en mai 2005. Il reprenait les problèmes dont nous avons fait état. Une grande partie de ceux-ci relève de la compétence flamande. Les autorités flamandes ont demandé de pouvoir participer à cette cellule, mais ont reçu une réponse négative. Elles n'ont même pas été informées de l'existence de ce rapport d'évaluation.

Le 11 mai 2006, une proposition de résolution pour un meilleur soutien des soins palliatifs a été adoptée au Sénat.

Een ander voorbeeld van een verschillende visie tussen de twee gemeenschappen zijn de palliatieve dagcentra. Deze zijn vooral in Vlaanderen populair. De federale overheid staat in voor de erkenning maar de Vlaamse overheid is sinds kort verantwoordelijk voor de financiering ervan. De erkenning van deze dagcentra staat ieder jaar weer op de helling. In het kader van de begroting 2006 werd door het Vlaams parlement een amendement aangenomen dat strekte tot toevoeging van een hoofdstuk XXVbis – Dagcentra voor palliatieve verzorging – dat de werking van deze dagcentra moest garanderen voor 2006. Het betrof echter een overgangsmaatregel, beperkt tot het jaar 2006 en niet een structurele oplossing. Vlaanderen wenst echter een visie te ontwikkelen op het gewenste aanbod binnen de palliatieve functie maar heeft daarvoor niet voldoende bevoegdheden. In afwachting van een onafhankelijk Vlaanderen, dringt een overheveling van de integrale bevoegdheid over de gezondheidssector naar Vlaanderen zich dan ook op.

Zoals bij alle vormen van gezondheidszorg is er nood aan onderbouwing van palliatieve zorg met objectief wetenschappelijk onderzoek. Behoeftedonderzoek, kwaliteit van leven, kwaliteit van de geboden zorg, tevredenheid en evaluatie van organisaties van palliatieve zorg zijn de onderwerpen die in ons land onderbelicht zijn. Ondanks het feit dat we in Vlaanderen ver staan op het gebied van palliatieve zorg lopen we op het vlak van onderbouwing van palliatieve zorg met objectief wetenschappelijk onderzoek achter op de buurlanden. Zo zijn overlijdensstatistieken voor Vlaanderen slechts beschikbaar tot 2002. Dit vormt niet alleen een probleem voor de evaluatie van de palliatieve zorg maar dit betekent ook dat we in het kader van internationale vergelijkingen niet in staat zijn om recente gegevens te leveren.

Palliatieve zorg gaat vooral om 'zijn' en minder om 'doen': luisteren, ruimte en aandacht besteden aan een ziekte- en stervensproces. Dit vraagt specifieke deskundigheid. In de uitbouw van dergelijke cultuur moet zeer veel energie gaan naar bewustwording, vorming en opleiding. Naast het permanent informeren over de mogelijkheden van palliatieve zorg is er vooral nood aan vorming op vlak van communicatie.

Enerzijds communicatie van zorgverstrekkers tegenover de patiënten: deze laatste zijn immers niet steeds op de hoogte van wat palliatieve zorg juist inhoudt. Naast de bekommernis over het lijden en de uitzichtloosheid van hun ziekte stellen zij zich vooral vragen over hun familie. Zij willen hun niet tot last zijn en «kiezen» daarom vaak voor euthanasie. Het communiceren over palliatieve

Les centres palliatifs de jour constituent un autre exemple de cette divergence de vues entre les deux communautés. Ces centres sont surtout populaires en Flandre. Les autorités fédérales sont chargées de leur agrément, mais les autorités flamandes sont depuis peu responsables de leur financement. L'agrément de ces centres de jour est remis en cause chaque année. Dans le cadre du budget 2006, le parlement flamand a adopté un amendement qui visait à ajouter un chapitre XXVbis – Centres palliatifs de jour – qui devait garantir le fonctionnement de ces centres de jour pour 2006. Il s'agissait toutefois d'une mesure transitoire, limitée à l'année 2006, et non d'une solution structurelle. La Flandre souhaite cependant développer une vision sur l'offre souhaitée au sein de la fonction palliative, mais n'a pas suffisamment de compétences à cet égard. Dans l'attente de l'indépendance de la Flandre, il s'impose dès lors de transférer l'intégralité de la compétence en matière de soins à la Flandre.

Il y a lieu de fonder les soins palliatifs, comme toutes les autres formes de soins de santé, sur une recherche scientifique objective. L'étude des besoins, la qualité de vie, la qualité des soins proposés, la satisfaction et l'évaluation des organisations de soins palliatifs sont autant de domaines qui ne bénéficient pas d'un intérêt suffisant dans notre pays. Bien que les soins palliatifs soient bien développés en Flandre, en ce qui concerne la recherche scientifique objective servant d'assise aux soins palliatifs, nous accusons un retard important par rapport aux pays voisins. C'est ainsi que les statistiques de mortalité ne sont disponibles que jusqu'en 2002 pour la Flandre. Cette lacune pose non seulement problème pour l'évaluation des soins palliatifs, mais signifie également que, dans le cadre de comparaisons internationales, nous ne sommes pas en mesure de fournir des données récentes.

Plus que l'«action», les soins palliatifs privilégient la «présence»: l'écoute, l'espace et l'attention accordés au processus de maladie et de fin de vie. Cette approche demande une expertise spécifique. Le développement d'une telle culture implique un très grand investissement dans la conscientisation et la formation. En plus de l'information permanente à propos des possibilités qu'offrent les soins palliatifs, il importe surtout d'assurer une formation en matière de communication.

D'une part, la communication entre dispensateurs de soins et patients: ces derniers ne sont en effet pas toujours informés de ce que recouvrent exactement les soins palliatifs. Outre leurs inquiétudes face à leur souffrance et à l'incurabilité de leur maladie, les patients se posent surtout des questions concernant leur famille. Souhaitant ne pas être une charge pour leur

zorg en het bijbrengen van de palliatieve cultuur kan er toe leiden dat de familie en de patiënt ook tijdens het levenseinde leren «samenleven».

Anderzijds vorming op het vlak van communicatie van artsen: zij grijpen vaak naar een therapie die niet meer efficiënt is omdat ze niet hebben geleerd dat er andere mogelijkheden zijn. Palliatieve zorg wordt door hen vaak gezien als opgeven van de patiënt. Het bespreekbaar maken met patiënten en familieleden van het feit dat er geen adequate curatieve mogelijkheden meer zijn en dat men moet overschakelen op palliatieve interventies en ondersteuning is voor veel zorgverstrekkers emotioneel belastend. Adequate vorming kan hen hiertoe beter toerusten.

Omwille van de toenemende professionalisering van de sector is de tijd gekomen om de beroepsbekwaming voor palliatieve zorg verder te normeren en te erkennen en aldus de kwaliteit en autoriteit van de desbetreffende zorgverleners te verhogen.

Op heden bestaan verschillende vormingsinitiatieven maar van een echte coördinatie, zowel wat de inhoud betreft als inzake de opleiders of deelnemers is geen sprake. Hierin hebben de palliatieve netwerken een rol te vervullen. De palliatieve zorgopleiding moet tot hun takenpakket behoren. Naast opleiding omvat de deskundigheidsbevordering in de palliatieve zorg ook de begeleiding en ondersteuning van de zorg- en hulpverleners. Door het ontwikkelen van een opleidingscurriculum per discipline en van competentieprofielen in de palliatieve zorg kunnen opleidingen meer en meer op elkaar afgestemd en gestandaardiseerd worden, wat de kwaliteit van de opleidingen alleen maar ten goede kan komen.

Investeren in onderzoek en opleiding/vorming is een diepteinvestering en levert zijn vruchten af: financieel en kwalitatief.

Er is eveneens behoefte aan een modulair en uniform registratieinstrument dat in heel de sector van de palliatieve zorg kan worden gebruikt zodanig dat een vergelijking van palliatieve diensten en opvolging van palliatieve patiënten mogelijk wordt.

Koen BULTINCK (VB)
Guy D'HAESELEER (VB)
Hagen GOYVAERTS (VB)
Gerolf ANNEMANS (VB)
Rita DE BONT (VB)

famille, ils «optent» dès lors souvent pour l'euthanasie. La communication à propos des soins palliatifs et la familiarisation avec la culture palliative peuvent permettre à la famille et au patient d'apprendre à «vivre ensemble» même en fin de vie.

D'autre part, la formation communicationnelle des médecins: ils se rabattent souvent sur une thérapie qui n'a plus d'effet parce qu'ils n'ont pas été informés de l'existence d'autres possibilités. En orientant un patient vers les soins palliatifs, ils ont souvent l'impression de le condamner. Sur le plan émotionnel, de nombreux dispensateurs de soins ont du mal à dire aux patients et aux familles qu'il n'y a plus de possibilités curatives adéquates et qu'il y a lieu de se tourner vers les interventions et l'accompagnement palliatifs. Une formation adéquate peut mieux les armer à cet effet.

En raison de la professionnalisation croissante du secteur, il est temps de fixer des normes supplémentaires pour la qualification professionnelle en matière de soins palliatifs, de reconnaître cette qualification et d'accroître ainsi la qualité et l'influence des prestataires de soins concernés.

Si plusieurs initiatives existent déjà en matière de formation à l'heure actuelle, les activités visées ne sont pas réellement coordonnées, ni quant à leur contenu, ni pour les formateurs ou les participants concernés. Les réseaux de soins palliatifs ont un rôle à jouer à cet égard. La formation en soins palliatifs doit faire partie de leurs attributions. La spécialisation en soins palliatifs englobe, outre la formation, l'accompagnement et le soutien des prestataires de soins et des prestataires d'aide. L'élaboration d'un programme de formation par discipline et de profils de compétences en soins palliatifs permettra de mieux coordonner les formations, de les standardiser et, partant, d'en améliorer la qualité.

Investir dans la recherche et dans la formation (théorique et pratique), c'est investir durablement et cela permet d'obtenir des résultats tant sur le plan financier que sur le plan qualitatif.

On devrait également disposer d'un outil d'enregistrement modulable et uniforme qui pourrait être utilisé dans tout le secteur des soins palliatifs pour comparer les services de soins palliatifs et assurer le suivi des patients concernés.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS:

Overwegende dat:

A. momenteel de meerderheid van de patiënten (75%) thuis wenst te sterven terwijl in de realiteit slechts 28% daadwerkelijk thuis sterft;

B. de kosten van therapeutische hardnekkigheid extravagant hoog zijn in vergelijking met een adequate en kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg; het jaarlijks budget voor palliatieve zorg slechts een fractie uitmaakt van de gigantische kosten van de gezondheidszorg waardoor niet alle maatregelen kunnen genomen worden in de sector van de palliatieve zorg;

C. er nood is aan een onderbouwing van palliatieve zorg met objectief wetenschappelijk onderzoek;

D. omwille van de toenemende professionalisering van de sector er eveneens nood is aan bewustmaking, opleiding en beroepsbekwaamheid van de zorgverstrekkers; dat het ontwikkelen van een opleidingscurriculum per discipline en het standaardiseren van opleidingen via het ontwikkelen van competentieprofielen enkel de kwaliteit van de opleidingen ten goede kan komen;

E. een vergelijking van palliatieve diensten en opvolging van palliatieve patiënten mogelijk moet zijn;

F. vandaag de bevoegdheidspakketten niet homogeen zijn wat leidt tot verkeerde beleidsimpulsen, verschillende opvattingen en praktijk tussen de twee gemeenschappen die niet passen in een uniform federaal wetgevend kader en dus Vlaanderen niet over de bevoegdheden beschikt om een structurele visie te ontwikkelen op het gewenste aanbod binnen de palliatieve functie;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

1. de nodige acties te ondernemen zodat de voorwaarden kunnen worden gecreëerd voor een menswaardig sterven in de omgeving die de patiënt verkiest;

2. te voorzien in een fundamentele verhoging (minstens 25%) van het budget voor een adequate en kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS:

Considérant:

A. qu'aujourd'hui, la majorité des patients (75%) souhaite mourir chez eux, alors qu'en réalité, ils ne sont que 28% à être effectivement dans ce cas;

B. que le coût de l'acharnement thérapeutique est exorbitant comparé à celui de soins palliatifs de qualité et adéquats; le budget annuel prévu pour les soins palliatifs ne constitue qu'une fraction du coût gigantesque des soins de santé, si bien qu'il est impossible de prendre toutes les mesures dans le secteur des soins palliatifs;

C. qu'il est nécessaire qu'une recherche scientifique objective serve d'assise aux soins palliatifs;

D. qu'en raison de la professionnalisation croissante du secteur, il faut également conscientiser et former les prestataires de soins; que l'élaboration d'un programme de formation par discipline et la standardisation des formations par le développement de profils de compétences ne peuvent qu'améliorer la qualité des formations;

E. qu'il doit être possible de comparer les services de soins palliatifs et d'assurer le suivi des patients palliatifs;

F. qu'aujourd'hui, les paquets de compétences manquent d'homogénéité, ce qui génère des impulsions politiques erronées, des conceptions et une pratique différentes d'une communauté à l'autre, ce qui est inconciliable avec un cadre législatif fédéral uniforme et que la Flandre ne dispose donc pas des compétences nécessaires pour élaborer une vision structurelle de l'offre souhaitée en matière de soins palliatifs;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de prendre les mesures qui s'imposent de manière à créer les conditions nécessaires permettant au patient de mourir dignement dans l'environnement qu'il a choisi;

2. de prévoir une augmentation budgétaire fondamentale (d'au moins 25%) afin que des soins palliatifs adéquats et de qualité puissent être dispensés;

3. een tijdspad te ontwikkelen voor de stijging van de middelen voor palliatieve zorg;

4. een structurele visie te ontwikkelen op het gewenste aanbod binnen de palliatieve functie in het algemeen en een structurele oplossing voor de palliatieve dagcentra in het bijzonder;

5. te investeren in sensibilisering, opleiding en vorming van de zorgverstrekkers;

6. objectief wetenschappelijk onderzoek als onderbouwing van palliatieve zorg te stimuleren en de verwerking van overlijdensstatistieken in het bijzonder systematisch bij te houden en te verwerken;

7. een modulair en uniform registratieinstrument uit te bouwen dat in heel de sector van de palliatieve zorg kan worden gebruikt;

8. een onderzoek in te stellen naar het fenomeen van de therapeutische hardnekkigheid;

9. onmiddellijk werk te maken van de overdracht van de integrale bevoegdheid van de gezondheidssector naar Vlaanderen.

25 oktober 2007

Koen BULTINCK (VB)
Guy d'HAESELEER (VB)
Hagen GOYVAERTS (VB)
Gerolf ANNEMANS (VB)
Rita DE BONT (VB)

3. d'élaborer un calendrier de l'augmentation des moyens destinés aux soins palliatifs;

4. de développer une vision structurelle de l'offre souhaitée au sein de la fonction palliative, en général, et une solution structurelle pour les centres de jour spécialisés dans les soins palliatifs, en particulier;

5. d'investir dans la sensibilisation et la formation des prestataires de soins;

6. de stimuler la recherche scientifique objective en tant qu'assise des soins palliatifs et d'assurer, en particulier, la collecte et le traitement des statistiques de mortalité de manière systématique;

7. de développer un instrument d'enregistrement uniforme et modulaire, susceptible d'être utilisé dans l'ensemble du secteur des soins palliatifs;

8. de réaliser une étude sur le phénomène de l'acharnement thérapeutique;

9. d'effectuer immédiatement le transfert de la compétence intégrale du secteur des soins de santé à la Flandre.

25 octobre 2007