

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Brussel, 12/11/2009

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

NATIONALE RAAD VOOR DE ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling «Programmatie en Erkenning »

O/Ref. : NRZV/D/RVT/315-2 (*)

**ADVIES BETREFFENDE DE VERSTERKING VAN DE PALLIATIEVE FUNCTIE IN
DE RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN EN IN DE RUSTOORDEN VOOR
BEJAARDEN**

**Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt**

**De Secretaris
C. Decoster**

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 12 november 2009

Context

Op zijn vergadering van 11 juni 2009 heeft de werkgroep « Sp-bedden » van de NRZV, die onder andere de opdracht heeft om zich uit te spreken over de programmatie van de Sp-bedden, een analyse gemaakt van de aanbevelingen vervat in het verslag van de federale evaluatiecel voor palliatieve zorg van mei 2008. Dit verslag adviseert een verdere versterking van de palliatieve thuiszorg en van de palliatieve zorg in de RVT's en ROB's, eerder dan het aantal Sp-bedden palliatief te verhogen; dit zou de patiënt in de gelegenheid stellen om zoveel mogelijk in zijn vertrouwde omgeving te worden verzorgd en te overlijden. De permanente werkgroep werd dan ook gevraagd zich over dit probleem te buigen.

Om zijn advies te formuleren is de permanente werkgroep uitgegaan van de aanbevelingen geformuleerd in punt 2. 2 « Palliatieve zorg in RVT's en in ROB's » van het evaluatieverslag van de federale evaluatiecel voor palliatieve zorg van mei 2008. Deze aanbevelingen worden aangepast in functie van de opmerkingen geformuleerd door de permanente werkgroep.

Advies van de permanente werkgroep

1. Erkenningnormen

Conform de erkenningnormen gelden momenteel volgende opdrachten voor het RVT. Deze erkenningnormen gelden enkel voor de RVT's en zijn dus niet van toepassing voor ROB's zonder RVT-bedden : deze normen moeten worden verruimd naar de ROB's (aanwezigheid van een coördinerend en adviserend geneesheer, van een hoofdverpleegster en van een referentiepersoon voor palliatieve zorg)

2. Financiering van de opleidingen in palliatieve zorg

2.1. Wat de financieringsnormen betreft voorziet het RIZIV in een forfaitaire tegemoetkoming voor de opleiding en de sensibilisering van het personeel van de RVT's en sommige ROB's (op voorwaarde dat de ROB's tijdens de referentieperiode minstens 25 patiënten in de categorie B en/of C huisvestten die minstens 40 % van het aantal erkende bedden bezetten). Een forfait van 0.30 € wordt toegekend per dag en per opgenomen patiënt die is gerangschikt in de afhankelijkheidscategorieën B of C van de Katz-schaal. Deze financiering moet worden verruimd naar alle ROB's (met navenante verhoging van de financiering) ; bovendien is het wenselijk dat alle opleidingen in de palliatieve zorg worden verstrekt in overleg met de regionale samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg.

2.2. In dit kader herinnert de permanente werkgroep eraan dat elke instelling lid moet zijn van een regionaal samenwerkingsverband voor palliatieve zorg.

3. Palliatief zorgforfait.

3.1. In RVT's/ROB's kunnen de palliatieve patiënten nog steeds geen aanspraak maken op het palliatief zorgforfait (tot 2 maal 491,22 €). Het is wenselijk dat deze ongelijkheid zou weggewerkt worden, aangezien ook deze patiënten met hoog oplopende uitgaven kunnen geconfronteerd worden; om discriminatie te voorkomen tussen personen die thuis verblijven en personen die in RVT/ROB verblijven, moet het palliatief statuut verruimd worden naar de bewoners van RVT's/ROB's met opname van een forfait dat een verhoogde tussenkomst voor de geneesmiddelen insluit (ook al blijven er verschillen bestaan met het thuisverblijf wat de terugbetaling van de zorg betreft).

3.2. Bovendien moeten de RVT's/ROB's beschikken over het noodzakelijke specifieke materiaal (bv. : morfinepomp) hetzij via hun eigen materiaal, hetzij via het multidisciplinaire begeleidingsteam. Een specifieke financiering moet voorzien worden.

4. Versterking van de palliatieve functie.

Voorgesteld wordt de palliatieve functie in de RVT/ROB te versterken en ze op te splitsen in twee delen :

1. Het palliatief ondersteuningsteam
2. De referentiepersoon voor palliatieve zorg binnen de voorziening.

Het uitgangspunt is dat de palliatieve functie in een ROB/RVT gekoppeld is aan een palliatief ondersteuningsteam dat minstens is samengesteld uit **de referentiepersoon voor palliatieve zorg**, de CRA, de hoofdverpleegkundige en de directie (minstens één vertegenwoordiger ervan). Samen bepalen zij het palliatief beleid dat wordt gecoördineerd door de referentiepersoon, en dit in akkoord met de directie van de instelling.

4.1. Het palliatief ondersteuningsteam

Zoals bovenvermeld, bestaat dit multidisciplinaire team, naast de **referentiepersoon voor palliatieve zorg**, minimaal uit de coördinerende en raadgevende arts (CRA), de hoofdverpleegkundige en de directie, en mag het eventueel naar keuze worden aangevuld met elke persoon die ter zake bekwaam is en die binnen de instelling werkt.

In dit kader is voor de CRA een belangrijke taak weggelegd om een beleid van vroegtijdige zorgplanning binnen de instelling te faciliteren.

De CRA dient hiervoor **voldoende te kunnen optreden ten aanzien van de behandelende artsen van de palliatieve bewoners die in de instelling verblijven**. In de erkenningsnormen van de RVT's wordt bepaald dat alle artsen die één of meer bewoners behandelen, zich ten aanzien van de beheerder ertoe verbinden zo efficiënt mogelijk mee te werken aan de interne medische organisatie van de instelling zoals omschreven in het huishoudelijk reglement betreffende de medische activiteit. Maar de CRA dient ook in de mogelijkheid gesteld te worden om dit te kunnen bewerkstelligen. Daarom moet het huishoudelijk reglement betreffende de medische activiteit de rol van de huisarts integreren in het kader van het palliatief zorgbeleid. De huisarts moet zich er onder meer toe verbinden om desgevallend met de CRA in dialoog te treden over de te nemen maatregelen.

Voor de kleine instellingen, kan de functie van coördinerende en raadgevende arts (CRA) verzekerd worden onder de vorm van een liaisonfunctie door een samenwerking/associatie van artsen.

Het is ook noodzakelijk dat de CRA in de toekomst zou beschikken over een vorming in palliatieve zorg. Voorgesteld wordt dat de CRA, naar analogie met de arts van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve thuiszorg, een vorming in de palliatieve zorg van minimum 40u dient aan te tonen, namelijk een onderdomping van 40 uren in een Sp-dienst palliatieve zorg. Bij wijze van overgangmaatregel wordt een periode van 2 jaar gehanteerd, waarin de CRA's die al actief zijn het nodige aantal uren vorming kunnen verwerven. Indien de CRA echter het bewijs kan leveren dat hij een specifieke opleiding in palliatieve zorg heeft gevolgd, is hij van deze verplichting vrijgesteld.

In het kader van het palliatiefbeleid zal een specifieke aandacht worden besteed aan de opleiding « Advance care planning¹ » ; dit zal opgenomen worden in de beleidsverklaring van de instelling.

Het palliatief ondersteuningsteam vervult een tweedelijfn functie en werkt beleidsmatig :

- uitwerking, informatie en sensibilisering,
- implementatie,
- registratie en
- evaluatie van het palliatief beleid, na goedkeuring door de raad van bestuur;

en inhoudelijk:

Het palliatief ondersteuningsteam coördineert de palliatieve werkzaamheden van de zorgteams, onder ander door kennisoverdracht, vorming en ondersteuning aan de palliatieve zorgverstrekkers en door opvolging van patientendossiers, vroegtijdige zorgplanning en bewaking en evaluatie van de palliatieve zorg.

4.2. Referentiepersoon voor palliatieve zorg

Deze referentiepersoon

- coördineert de palliatieve werkzaamheden van het palliatief ondersteuningsteam binnen de voorziening (voor voorzieningen met minder dan 40 bewoners leidt hij/zij het overleg met de multidisciplinaire begeleidingsequipe van de regio)
- is intern en extern aanspreekpunt en maakt zo mogelijk namens de instelling deel uit van de regionale samenwerkingsverbanden voor palliatief zorg
- zorgt voor een goede netwerking met alle andere relevante actoren in het palliatieve werkveld.

De referentiepersoon palliatieve zorg beschikt over communicatieve en sociale vaardigheden, heeft minimaal bachelorniveau (bij voorkeur verpleegkundige of een diploma uit de lijst van het personeel voor reactivering van het RIZIV), of gebrevetteerde verpleegkundige. De referentiepersoon palliatieve zorg moet binnen de voorziening werken (interne referentiepersoon) en moet deelnemen aan de werkzaamheden van het regionale samenwerkingsverband voor palliatieve zorg (extern referentiepersoon) : zijn opleiding moet erkend zijn en het aantal opleidingsuren moet 80 uren bedragen. De inhoud van deze opleiding moet nog worden bepaald. Hij moet zich permanent bijscholen. Bij wijze van overgangsmaatregel zouden de instellingen 2 jaar de tijd hebben om zich in regel te stellen met deze bepalingen aangezien er momenteel instellingen zijn waar de taak van referentiepersoon nog niet wordt vervuld door een persoon die aan deze diplomaverenisten beantwoordt.

4.3. De financiering van de referentiepersoon palliatieve zorg en het palliatief ondersteuningsteam zou gebeuren d.m.v. een vergoeding, bedoeld om deze personen maandelijks een aantal uren vrij te stellen om de activiteiten in het kader van de palliatieve functie te vervullen. Het aantal uren vrijstelling zou afhankelijk zijn van de schaalgrootte van de instelling.

Advance care planning (ACP) : ACP is het proces waardoor een patiënt zijn wensen kenbaar maakt m.b.t. zijn toekomstige gezondheidszorg in overleg met de zorgverstrekkers, familieleden en andere significante mensen in hun leven. Het is gebaseerd op het ethische principe van autonoom beslissingsrecht en het wettelijk beginsel van de toestemming van de patiënt. ACP zorgt ervoor dat het begrip van de toestemming wordt gerespecteerd wanneer de patiënt zelf onbekwaam wordt om nog deel te nemen aan de beslissingen inzake zij behandeling.

Voor de financiering van de referentiepersoon palliatieve zorg stelt de permanente werkgroep voor de link te leggen met het aantal bewoners B en C : men moet rekenen op ½ VTE beneden de 100 bedden, en 1 VTE boven de 100 bedden, inclusief de plaatsen voor kortverblijf.

5. Nood aan specifiek verzorgingsmateriaal en personeel

Naar schatting zou een bijkomend budget van 9 miljoen € voor specifiek verzorgingsmateriaal nodig zijn.

Het is noodzakelijk over voldoende, beter opgeleide zorgpersoneel te beschikken om een kwalitatieve palliatieve zorg te kunnen verlenen. Het lijkt echter raadzaam om de voortgang van de reconversie van ROB- naar RVT-bedden af te wachten. In 1998 op gang gebracht, worden de gevolgen ervan op het terrein nu geleidelijk aan zichtbaar. Zolang deze reconversie niet voltooid is, kan echter niet ingeschat worden of deze maatregel al dan niet voorziet in voldoende bijkomend zorgpersoneel, ook voor het verlenen van goede palliatieve zorg.

6. Registratie en gebruik van het personeel.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat er momenteel geen recente gegevens beschikbaar zijn over palliatieve zorg in de ROB's/RVT's. In het kader van de financiering voor de opleiding en de sensibilisering van het personeel dienen de instellingen normaal gezien een registratieopdracht te vervullen, maar deze gegevens worden niet opgevraagd bij de instellingen. Gevraagd wordt dat dit voortaan wel zou gebeuren, zodat ook voor de palliatieve zorg binnen deze setting een opvolging en evaluatie mogelijk wordt.

De permanente werkgroep wijst op de noodzaak om te beschikken over een operationele registratie en over snelle feedback en verwijst hiervoor naar het RIZIV.