

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

BRUSSEL, 08/09/2011

**Directoraat-generaal Organisatie
Gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

**GEMENGDE WERKGROEP
“P& E – FINANCIERING - RVT”**

Kenm. : NRZV/D/403-1 (*)

Advies van de ad-hocwerkgroep Palliatieve dagverzorgingscentra

Namens de Voorzitter,

Dhr Peter Degadt

De Secretaris

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 8 november 2012

Inleiding

Tijdens de Interministeriële Conferentie “Volksgezondheid” van 14 december 2009 hebben de Ministers bevoegd voor gezondheid de nota “Palliatief dagverzorgingscentrum, zoeken naar een structurele formule” goedgekeurd.

In het verlengde van de voornoemde nota heeft Minister Onkelinx een beroep gedaan op de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, en meer in het bijzonder op de permanente werkgroep “Rust- en verzorgingstehuizen”, om een advies uit te brengen over de erkenningsnormen en de programmatiecriteria van de hierboven vermelde centra, die sinds 2002 in de vorm van proefprojecten zijn opgestart.

De uiteindelijke bedoeling is om een reglementaire basis voor die initiatieven te kunnen geven.

Tijdens de plenaire vergadering van 12 mei 2011 heeft de afdeling “programmatie en erkenning” kennis genomen van een ontwerp van advies dat is uitgewerkt door de permanente werkgroep “Rust- en verzorgingstehuizen”; het resultaat van die eerste discussies heeft het Bureau van de Raad ertoe gebracht om een ad-hocwerkgroep bestaande uit leden van de twee plenaire afdelingen en uit leden van de bovenvermelde permanente werkgroep op te richten. Aan deze werkgroep is de opdracht gegeven om een stand van zaken op te maken van dit dossier in het licht van het ontwerp van advies van de werkgroep “RVT”.

Dit document wil aldus een aanvullend ontwerp van advies zijn op het ontwerp van advies van de permanente werkgroep “RVT”.

De ad-hocwerkgroep is vier keer samengekomen

De werkgroep is als volgt samengesteld:

Voorzitter: Dr. Baeyens

Leden: Dr. Devos- Dhr. De Boeck - Dhr. Dejace - Dhr. Heuschen - Mevr. Hotterbeex - Dr. Husden - Mevr. Nolis - Dr. Pauwels - Mevr. Fontaine - Dhr. Van Kersschaever - Mevr. Castermans - Dhr. Windey - Dhr. Rik Thys (expert)

Beschouwingen betreffende het ontwerp van advies

De werkgroep is zijn besprekingen gestart met de analyse van de voorstellen betreffende de erkenningsnormen en de programmatiecriteria zoals opgenomen in bovenvermeld ontwerp van advies, elementen die bovendien overgenomen zijn uit de nota van de Interministeriële Conferentie van december 2009; de werkgroep heeft ook kennis genomen van het “*globaal rapport betreffende de activiteiten van de dagcentra voor palliatieve verzorging 2006-2007-2008-2009-2010*” in het Vlaams Gewest.

Verschillende elementen trokken de aandacht van de leden van de werkgroep:

- De toekenning van de erkenning via een RO/RVT deed vragen rijzen: na toelichting blijkt dat het hier vooral gaat om een artificiële constructie die toelaat de centra te financieren; deze formule draagt evenwel geen goedkeuring weg van de leden, de leden zijn veeleer voorstander van een link met een platform voor palliatieve zorg; Anderzijds is er in het Vlaams Gewest voor de RVT in de toekomst een gelijkaardige opdracht voorzien; er wordt hier verwezen naar het “Vlaamse woonzorgdecreet” dat op 1 januari 2010 in werking is getreden.
- De huidige centra zijn niet aan de rust- en verzorgingstehuizen verbonden; dat zou op het terrein tot praktische problemen kunnen leiden...

- De verplichting van een functionele samenwerking met een ziekenhuis dat over een *dienst intensieve zorg* beschikt; dit element blijkt niet coherent te zijn met de filosofie die in het ontwerp wordt verdedigd.
- Het gebrek aan verduidelijking wanneer er sprake is van omkaderingsnormen voor 15 gebruikers.
- De rol die de zorgkundige zou kunnen spelen (en niet de “verzorger” cfr. KB 78); wat zouden zijn activiteiten in dit soort centra zijn?
- Het gebrek aan een globale visie en perspectieven voor de toekomst.
- Het gebrek aan duidelijkheid over wat de toegevoegde waarde zou zijn van dit soort zorgaanbod; uit de proefprojecten blijkt dat, op het vlak van activiteit, de toegevoegde waarde nogal gering is; op dit vlak wordt erop gewezen dat het belangrijk is dat die centra zich meer doen gelden.

Zoals vermeld in het ontwerp van advies van bovenvermelde permanente werkgroep gaat de ad-hocwerkgroep akkoord met het verzoek om het onderscheid op te nemen tussen “dagverzorgingscentra voor zorgbehoevende ouderen” en “dagverzorgingscentra voor personen die aan een ernstige ziekte lijden” en bijgevolg het KB van 21 09 2004 in volgende zin aan te passen:

1. de tekst van het besluit aanpassen om het besluit in overeenstemming te brengen met de nieuwe versie van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen (verwijzing naar artikel 170 van de wet op de ziekenhuizen en niet meer naar artikel 5 van de wet van 27 juni 1978)
2. de omkaderingsnormen van de dagverzorgingscentra voor ouderen aanpassen teneinde de wijzigingen in de referentienormen voor de financiering (souplesse inbegrepen) hierin te integreren

Voorstel van advies

Al die elementen hebben de werkgroep ertoe gebracht om de volgende elementen te formuleren:

In de eerste plaats zijn de leden van mening dat de palliatieve dagverzorgingscentra zich moeten aansluiten bij een dynamiek waarbij rekening wordt gehouden met het vereiste continuüm inzake de behandeling van de patiënt, gaande van de thuiszorgverstrekkers tot de ziekenhuisinstellingen; in dit kader is het in termen van programmatie van belang dat het aantal centra wordt bepaald op basis van een evaluatie van de behoeften van de regio.

Rekening houdend met de reeds op het terrein bestaande initiatieven en het aantal Sp-bedden voor palliatieve zorg van het bestreken gebied, zijn de leden van mening dat er een objectieve evaluatie van de behoeften noodzakelijk is. Deze evaluatie zou kunnen worden verricht door, per arrondissement, de geografische spreiding van de personen die een palliatief forfait hebben aangevraagd, in overweging te nemen. Een andere piste die naar voren wordt geschoven, is dat men zou bekijken hoeveel personen in die dagverzorgingscentra voor ouderen verblijven op basis van de terugbetalingen die door de ziekenfondsen worden gedaan en dit ook per geografische zone. Hierdoor zou kunnen worden uitgemaakt of er een geografische correlatie bestaat tussen de palliatieve forfaits en het veelvuldig verblijven in de dagverzorgingscentra voor ouderen; zo zou men kunnen bepalen of er behoeften bestaan in de dagopvang voor de palliatieve patiënten en uitmaken of men al dan niet een correlatie kan maken met de geografische spreiding per regio/arrondissement van de patiënten die een palliatief forfait hebben gekregen. Deze correlatie zou het mogelijk moeten maken om de behoeften in de geografische zones te bepalen waar geen proefproject is geïmplementeerd. Na informatie te hebben gekregen van het RIZIV en het Intermutualistisch College zijn de cijfers helaas momenteel nog te beperkt om een statistische betekenis te hebben.

Naar het voorbeeld van de programmatie van de 360 Sp-bedden voor palliatieve zorg voor het Koninkrijk wordt ook voorgesteld om 1 plaats palliatief dagverzorgingscentrum per schijf van 30.000 inwoners te voorzien.

Op het vlak van de erkennings- en financieringsvoorwaarden, en rekening houdend met de elementen die hierboven zijn opgenomen, en dus voor zover er een behoefte kan worden geïdentificeerd, zou de door de werkgroep in aanmerking genomen formule erin bestaan om een basisfinanciering van 100.000 euro vrij te maken voor een centrum dat zijn activiteit opstart; deze financiering zou de aanwezigheid van vier personen mogelijk maken met minimum 3 openingsdagen/week en minimum 5 plaatsen om te beginnen. Afhankelijk van een gunstige evolutie van de activiteit zullen het aantal plaatsen en het aantal openingsdagen kunnen evolueren, wat recht zou geven op een aanpassing van het forfaitaire bedrag. In deze forfaitaire financiering dient er rekening te worden gehouden met eventuele subsidies die de verschillende Gemeenschappen aan de beginnende centra geven. Dit forfaitair bedrag omvat, naast het verblijf, de financiering die gekoppeld is aan de dagelijkse bezighheidsactiviteiten.

De personeelsnorm zou vergelijkbaar zijn met de norm die voorzien is voor de “dagverzorgingscentra voor zorgbehoevende ouderen” en de “dagverzorgingscentra voor personen die aan een ernstige ziekte lijden”, verhoogd met de medische coördinatie en de aanwezigheid van verpleegkundigen (cfr. artikel 148bis, respectievelijk 1^e en 2^e lid van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen¹²).

De verschillende voorstellen kunnen als volgt schematisch worden samengevat:

- Erkenning die wordt toegekend voor minstens 5 plaatsen, het maximum wordt vastgelegd naar rata van de populatie van het bestreken gebied.
- Op het ogenblik van de aanvraag tot erkenning moeten de centra beschikken over een selectieprocedure (intake) overeenkomstig de criteria opgenomen in het KB van 3 juli 1996 (artikel 148bis, 1^e en 2^e lid).
- Omkaderingsnormen: dezelfde als voor de “dagverzorgingscentra voor zorgbehoevende ouderen” en de “dagverzorgingscentra voor personen die aan een ernstige ziekte lijden”, verhoogd met de uren voor de aanwezigheid van de verpleegkundigen en de uren voor medische coördinatie (5 uren/week/15 plaatsen).
- Programmatie op basis van het aantal inwoners en de behoeften van de regio.
Progressieve financiering op basis van de reële activiteit van de initiatieven; (de initiatieven die starten krijgen een basisfinanciering van 100.000 euro; afhankelijk van de positieve

1 1° voor sommige handelingen van het dagelijks leven afhankelijk is van zowel de verzorging als van de bijstand door derden;

2° gedurende ten minste zes uur per dag is opgenomen in een inrichting die door de bevoegde overheid is erkend en die een overeenkomst als bedoeld in artikel 47 van de gecoördineerde wet heeft gesloten;

3° beantwoordt aan de hierna vermelde afhankelijkheidscriteria :

- ofwel is hij fysiek afhankelijk : hij is afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én is afhankelijk (voor transfer en verplaatsingen) en/of naar het toilet te gaan;

- ofwel is hij psychisch afhankelijk: hij is gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én is afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.

2 1° zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte bevindt, ongeacht zijn of haar levensverwachting ;

2° met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke nioden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen.

3° die thuis verblijft en de intentie heeft om verder thuis te verblijven ;

4° die, gemotiveerd door zijn irreversibele aandoening(en) tijdens de laatste 3 maanden het voorwerp heeft uitgemaakt van :

minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie) ;

verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinesitherapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe;

5° die naar het centrum verwezen wordt door de behandelend arts.

evolutie van de activiteit wordt een verhoging toegekend onder de vorm van een forfait/dag/patiënt).

Naar analogie met het project “coma” wordt er een overgangperiode van drie jaar voorzien alvorens over te gaan naar een financieringssysteem per forfait.

- Palliatief dagverzorgingscentrum dat verbonden is aan een netwerk palliatieve zorg en aan een residentiële eenheid voor palliatieve zorg (“Sp”-dienst).
- Verwijzing naar artikel 170 van de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 10 juli 2008; wat het aspect “werking” betreft, moeten de bestaande modellen zoals ze binnen de platformen voor palliatieve zorg bestaan geïntegreerd worden.
- Wat het financiële aspect betreft moeten de bestaande regels gevolgd worden.
