

Het zorgmodel 'supportief dagcentrum'

Het zorgmodel 'supportief dagcentrum' kan in België intussen op **12 jaar ervaring** steunen en heeft door deze jarenlange expertise een duidelijk profiel gekregen (**bijlage 1**). Het dagcentrum TOPAZ heeft bovendien bewezen dat dit model een meerwaarde biedt en niet meer weg te denken is uit het zorgaanbod. In 2008 waren er in TOPAZ, dankzij **correcte professionele omkadering en infrastructuur**, gemiddeld 16 patiënten per openingsdag aanwezig (terwijl de oorspronkelijke capaciteit op 10 per dag was berekend). Onderstaande tekst bespreekt de elementen die noodzakelijk zijn bij het uitschrijven van een degelijke RIZIV-conventie voor het actueel zorgmodel 'supportief dagcentrum'.

1. Situering

Het concept dagcentrum voor palliatieve verzorging ontstond in het **Verenigd Koninkrijk**. Momenteel zijn er daar ongeveer **250 dagcentra (met wachtlijsten!)**. Vertaald naar België zou dat bij ons overeenkomen met 40-45 dagcentra.

De eerste centra in België zagen het licht op het eind van de jaren '90. Het eerste, TOPAZ, werd opgericht in 1997 door het UZ Brussel te Wemmel. Nadien volgden snel het dagcentrum CODA in Wuustwezel en Bethanië in Brussel (verbonden aan het AZ St Jan). Dankzij het beleidsplan 'Palliatieve Zorg 2000-2003' van de ministers Magda Aelvoet en Frank Vandenbroucke werd er een experimenteel RIZIV-budget vrijgemaakt voor het concept 'dagcentrum'. Sinds 2002 sloten een 10-tal dagcentra een RIZIV-conventie.

De centra hebben een **brugfunctie** tussen ziekenhuis en thuiszorg. Ze bevorderen de terugkeer naar huis vanuit het ziekenhuis en maken het in het algemeen mogelijk dat patiënten langer kunnen thuisblijven. Voor de 'langliggers' die aarzelen tussen de 'veiligheid' van het ziekenhuis en het verlangen naar huis werkt het faciliterend: tijdens hun hospitalisatie kunnen de patiënten af en toe naar het dagcentrum gaan, waar ze bijgestaan worden door gekwalificeerd personeel (**arts, verpleegkundigen en psycholoog**). Zo kan hun ontslag uit het ziekenhuis bijna naadloos gebeuren met de geruststelling dat zij thuis ook omkaderd blijven. Terug thuis bezoekt de patiënt af en toe het dagcentrum. De draagkracht van de familie en andere mantelzorgers blijft hierdoor behouden en de zwaar zieke moet niet meer om de haverklap gehospitaliseerd worden: **'een dagje uit voor de zieke en een dagje vrij voor de mantelzorg'**.

Bovendien heeft de patiënt hier sociaal contact en kan hij **supportieve behandelingen** krijgen waarvoor hij anders naar het ziekenhuis moet: bloedtransfusies, evacuerende puncties, psychologische ondersteuning.

Er hangt een luchtige, ontspannen sfeer terwijl de professionelen alert blijven voor eventuele fysieke en psychische problemen. Het dagcentrum is **complementair aan de thuiszorg** en is gericht op 'leven'. De klassieke thuiszorg is er welkom: de kinesist voor revalidatie-oefeningen, de thuisverpleegkundige voor een wondverzorging, de huisarts voor een evacuerende punctie. **Samenwerken met andere door de patiënt gekozen zorgverleners** en zorgvoorzieningen is vanzelfsprekend om de patiënten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Bovendien lopen diverse zorgverleners in opleiding hier stage. Vandaar dat de Vlaamse overheid de dagcentra ook als **'expertisecentra'** heeft erkend (**bijlage 2**).

'Palliatief' betekent niet exclusief 'terminaal'. Het onderscheid is kunstmatig, in de praktijk is de overgang tussen curatief, palliatief en terminaal vaak onduidelijk. Kankerpatiënten met een recidief en een onzekere prognose kunnen in het dagcentrum tijdelijk op adem komen. Aids-patiënten die het psychisch zwaar hebben en het moeilijk hebben met de therapietrouw geraken door een dagcentrum opnieuw gestructureerd en gemotiveerd om de antivirale therapie strict te volgen. Ze integreren zich opnieuw in de maatschappij. Patiënten van een dagcentrum zijn bovendien gemiddeld jonger – vaak met werkende partners – dan deze die door de andere palliatieve teams worden gevolgd.

Dankzij de beschikbaarheid van gekwalificeerde professionele zorgverleners kunnen dagcentra ook een bijdrage leveren in het **terugdringen van zinloze verdere onderzoeken en behandelingen**. De zin en onzin van actieve behandelingen en hospitalisaties kan op een bijna informele wijze besproken worden.

Palliatieve zorg is ruimer dan enkel de opvang voor terminale patiënten: alle mensen met een ernstige, progressieve en ongeneeslijke aandoening hebben recht op ondersteuning zelfs indien ze nog 'actief' worden behandeld d.m.v. chemotherapie, bestralingen of chirurgie.

Palliatieve zorg omvat dus zowel supportieve zorg als terminale zorg. Door palliatieve zorg te verenigen tot terminale zorg, worden de palliatieve teams véél te laat (of nooit) ingeschakeld en is er teveel *vermijdbaar* leed.

De aanvankelijke benaming 'palliatief dagcentrum' werd bijgevolg vervangen door '**supportief dagcentrum**'. Dit gebeurde ook naar aanleiding van de reacties van de patiënten op het begrip 'palliatief', dat voor velen nog altijd gelijk staat met 'terminaal'. Voor veel mensen is deze confrontatie te bedreigend en dat verhoogt de drempel. Ook de reguliere hulpverleners hebben tijd nodig om met het juiste profiel van een 'dagcentrum-patiënt' vertrouwd te raken. Men denkt nog te veel in het klassieke verwachtingspatroon van de geneeskunde: curatief behandelen en enkel wanneer dit niet meer mogelijk is, worden de patiënten 'overgelaten' aan de palliatieve zorgequipes. Tussen de 2 uitersten van genezing en terminale zorg, blijft er het (grootste) grijze gebied van palliatie, namelijk het gebied van 'trial and error', van herval, van emotionele ontwrichting, van hoop en wanhoop, van het zoeken en uitproberen van levensverlengende en levenskwaliteit-bevorderende behandelingsmogelijkheden, van het aanpassen aan de nieuwe levensomstandigheden. Buiten de opvang van reeds vergevorderde patiënten, zijn dagcentra ook uitermate geschikt om patiënten vanuit dit grijze gebied van palliatie te begeleiden.

Het recent rapport (mei 2008) van de **federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg** benadrukt het belang van het concept 'dagcentrum' en pleit voor een verderzetting en uitbreiding ervan.

De **aanbevelingen van de Raad van Europa** (Rec 2003/24 van het Comité van Ministers aan de lidstaten betreffende de organisatie van de palliatieve zorg) zijn eveneens formeel: dagopvang moet zonder twijfel deel uitmaken van het zorgaanbod. Volgend citaat komt letterlijk uit deze aanbevelingen: *'Patiënten kunnen één of meerdere dagen per week aanwezig zijn. De aangeboden voorzieningen kunnen medisch van aard zijn (bloedtransfusies, herziening van het beleid om pijn en symptomen onder controle te houden enz.) of sociaal (douche/bad), betrekking hebben op rehabilitatie (fysiotherapie, activiteitentherapie), ontspannend van aard zijn (massage) of gericht zijn op het verzetten van de zinnen (kunst en handvaardigheid). Ook bieden zij de primaire zorgverlener de mogelijkheid om wat vrije tijd te hebben.'*

Het belang van **dagcentra** is niet te onderschatten in een veranderende **maatschappij** met steeds **minder mantelzorg**. De gezinskern wordt alsmaar kleiner en bestaat vaak uit 2 werkende partners. Wanneer één van beide ernstig ongeneeslijk ziek wordt (denk bv. aan de toenemende incidentie van hersentumoren) kan de werkende partner er overdag geen zorg voor dragen. De gemiddelde leeftijd van de gasten bedraagt 50-55 jaar. Meer en meer worden we geconfronteerd met situaties waarbij **jonge mensen** met een levensbedreigende aandoening tevergeefs naar opvang zoeken in een voor hen “leefbare” omgeving. Een verplichte (noodgedwongen) hospitalisatie of opvang in een RVT kan door dagopvang vermeden worden.

Bovendien overleven steeds **méér mensen met chronische en vaak levensbedreigende aandoeningen** door uitbreiding van de medische technologie en door de toenemende **vergrijzing**. Ook hier zal men intensief naar valabele andere mogelijkheden voor residentiële (ouderen)voorzieningen moeten zoeken: deze zijn niet oneindig uitbreidbaar. Initiatieven zoals een supportief dagcentrum vormen een perfect alternatief om tegemoet te komen aan deze problematiek.

Dat ouderen beroep doen op het dagcentrum, sluit aan bij de visie van het Koninklijk Besluit van 2 juli 2009 dat tot doel heeft regels te bepalen waardoor het RIZIV overeenkomsten kan afsluiten met projecten voor alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen. Doel van dit besluit is dat vanuit het werkveld strategieën worden ontwikkeld om de autonomie van de oudere maximaal te ondersteunen en een vroegtijdige opname in een rusthuis of RVT te vermijden.

FOD, sociale zekerheid publicatie 2009-01-16 de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, L.Onkelinx

Supportieve dagcentra dragen bij tot het welzijn en de gezondheidszorg van de ernstig, ongeneeslijk zieke patiënt door zijn levenskwaliteit te bevorderen. **Gezondheidszorg en welzijn zijn in de praktijk onlosmakelijk aan elkaar verbonden**. Bijdragen tot het welzijn/ de gezondheid van de patiënt heeft automatisch een gunstig effect (ook financieel) op gezondheid/welzijnszorg.

De FOD voor gezondheid en de Vlaamse Gemeenschap voor Welzijn zijn in deze materie aanvullend bevoegd.

beknopt

het zorgmodel supportief dagcentrum

heeft **12 jaar ervaring**

is **patiëntgericht** ('paradox van de thuiszorg': 70 % wil thuis verzorgd worden tot het einde, maar meer dan 70 % overlijdt in ziekenhuizen en ouderenvoorzieningen) en bedoeld om de **levenskwaliteit en autonomie** te verhogen

de beoogde populatie zijn alle patiënten met een **ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende aandoening** tijdens **moeilijke periodes** van hun ziekte en niet enkel terminale patiënten (**bijlage 1**)

het is **complementair** aan andere zorgvoorzieningen en zoekt **samenwerking** met andere zorgverleners.

moet **beschikken** over **gespecialiseerd personeel (arts: niet alleen voor de supportieve behandelingen maar ook om zinloos (geworden) medisch handelen te vermijden; verpleegkundigen: niet alleen voor lichamelijke zorg, maar ook voor sociaal verpleegkundige hulp en voor de opvang van vrijwilligers; psycholoog niet alleen voor de patiënten maar ook voor de opvang van de vrijwilligers)**

is **goedkoop**

het gaat daarenboven niet over een supplementair budget: wanneer men *voldoende* middelen uittrekt voor supportieve dagcentra (naast de andere palliatieve/supportieve voorzieningen) worden er automatisch véél minder (dure) zinloze behandelingen en onderzoeken uitgevoerd en wordt er minder gehospitaliseerd. Het biedt dus een **degelijk alternatief voor zinloze medische handelingen**

is een **expertisecentrum** / heeft een **voorbeeldfunctie als zorgmodel** voor de **toenemende incidentie** van **chronische aandoeningen**

2. Minimale vereisten voor een supportief dagcentrum

De vereisten steunen op gegevens van het 'project palliatieve zorg' (RIZIV juli 2004; hoofdstuk 5) aangevuld met 12 jaar ervaring van het supportief dagcentrum TOPAZ (3 openingsdagen) en geëxtrapoleerd naar 5 openingsdagen.

De onderstaande voorwaarden moeten vervuld zijn om een degelijke meerwaarde te kunnen bieden. Supportieve dagcentra horen niet thuis in de ouderenzorg (**bijlage 2**), maar moeten wel een **link** hebben met een **acuut ziekenhuis** (voor bloedtransfusies e.d.).

2.1. Noodzakelijke elementen voor de berekening van een RIZIV-conventie

2.1.1. infrastructuur

voldoende ruim voor de (uitbreidbare) opvang van 10 patiënten, gemiddeld 6-7 vrijwilligers, de professionelen, collega's van de thuiszorg, stagiaires, familieleden van de gasten

badkamer: hoog-laagbad; voorzieningen voor lichaamsverzorging

tuin/terras

eetkeuken (waar de vrijwilligers evt. samen met patiënten voedzame maaltijden bereiden)

polyvalente living (schilderen, praten, televisiekijken, lezen, gezelschapspellen, ...)

consultatie/verzorgingsruimte

ruimte voor de professionelen

2.1.2. personeel

Gebaseerd op 5 openingsdagen en 15 patiënten per dag

30-35 vrijwilligers (6-7 vrijwilligers per dag: **noodzakelijk** en **complementair** aan de professionelen: creatieve aandacht voor de gasten, signaalfunctie, bereiden maaltijden, vervoer, ...)

½ VTE gespecialiseerde arts

5 VTE verpleegkundigen

½ VTE klinisch psycholoog

2.1.3. begroting (€)

afschrijvingen/huur/algemene onkosten 51.949 (A)

werkingskosten* (verwarming, administratie, was en linnen, voedingskosten, medische kosten) 49.524 (B)

totaal 101.473

personeel

½ VTE arts (barema adviserend geneesheer bij een verzekeringsinstelling)

57.000

5 VTE verpleegkundigen met ervaring (paritair comité 305.1)

275.000

½ VTE klinisch psycholoog met ervaring (idem) 35.000

totaal 367.000 (C)

*De dienstverlening is gratis zoals bij de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE's) of via een aangepaste hospitalisatieverzekering. Er is enkel een kleine bijdrage voor de maaltijd en het vervoer.

Deze begroting is gebaseerd op 5 openingsdagen met gemiddeld 15 patiënten per dag. Het betreft een **vast deel (A)** en een **variabel deel (B en C)** wanneer men een ander aantal patiënten of minder openingsdagen heeft.

2.2. Vergoeding via een forfaitair bedrag per patiënt per dag

2.2.1. voorbeelden

5 openingsdagen/week en 15 patiënten per dag (10-15 patiënten)

totaal: $A + B + C = 51.949 + 49.524 + 367.000 = 468.473$

aantal patiëntenplaatsen per jaar: $15 \times 5 \times 52 = 3900$ is **120 € per patiënt per dag**

3 openingsdagen/week en 15 patiënten per dag (10-15 patiënten) = actuele situatie TOPAZ

totaal: $A + 3/5(B + C) = 51.949 + 29.714 + 220.200 = 301.863$

aantal patiëntenplaatsen per jaar: $15 \times 3 \times 52 = 2340$ is **129 € per patiënt per dag**

5 openingsdagen/week en 5 patiënten per dag (1-5 patiënten)

totaal: $A + 1/3(B + C) = 51.949 + 16.508 + 122.333 = 190.790$

aantal patiëntenplaatsen per jaar: $5 \times 5 \times 52 = 1300$ is **147 € per patiënt per dag**

3 openingsdagen/week en 5 patiënten per dag (1-5 patiënten)

totaal: $A + 1/5(B + C) = 51.949 + 9904 + 73.400 = 135.253$

aantal patiëntenplaatsen per jaar: $5 \times 3 \times 52 = 780$ is **173 € per patiënt per dag**

Voor de bestaande dagcentra, die allemaal minimaal 3 dagen per week open zijn, schommelt het forfaitair bedrag per dag en per patiënt tussen 120 en 173 €.

2.2.2. algemene formule voor berekening van het forfaitair bedrag

$$A + \frac{\text{aantal openingsdagen} \times (\text{aantal patiënten per dag}^*) \times (B + C)}{5 \times 15}$$

* veelvoud van 5 (bv. 1-5 patiënten per dag komt overeen met 5; 6-10 met 10 enz.)

A = vast deel (vaste kosten zoals huur)

B = variabele kosten zoals voedingskosten

C = variabele personeelskosten

2.2.3. forfaitair bedrag voor dagopvang vergeleken met een ziekenhuisopname (voorbeeld UZ Brussel)

De ligdagprijs in het UZ Brussel is 550.28 € in een gemeenschappelijke kamer en 620.28 € (supplement van 70 €) in een éénpersoonskamer. Voor de gemiddelde patiënt betekent dit resp. een eigen bijdrage van 14.14 € en 84.40 € (14.14 € + 70 €). De maatschappelijke kost bedraagt in beide gevallen: $550.28 \text{ €} - 14.14 \text{ €} = 536.14 \text{ €}$.

Het jaarlijks budget van een supportief dagcentrum (5 openingsdagen; 15 patiënten) bedraagt (zie hoger 2.2.1): **468.473 €** (inclusief personeelskosten).

De maatschappelijke kost voor een hospitalisatie van 2 weken (15 dagen) voor 60 patiënten is: $\text{ligdagprijs} \times 15 \text{ dagen} \times 60 \text{ patiënten} = 536.14 \text{ €} \times 15 \times 60 = \mathbf{482.526 \text{ €}}$

Wanneer men dus - dankzij opvang in een dagcentrum dat 5 dagen open is - jaarlijks 60 patiënten 2 weken *minder* moet hospitaliseren is de maatschappelijke kost van een dagcentrum, dat 5 dagen per week 15 patiënten opvangt, *volledig* gedekt (*inclusief [para]medische en psychologische hulp*).

Bovendien moet de ligdagprijs in het ziekenhuis nog vermeerderd worden met de honoraria van de arts(en), de kosten van de onderzoeken en de behandelingen.

bijlage 1

Doelgroep, zorgaanbod en expertisecentrum

De werking van het supportief dagcentrum TOPAZ is gebaseerd op 12 jaar ervaring, internationale literatuurgegevens en is conform aan onze oorspronkelijke visie.

Het supportief dagcentrum biedt *ondersteuning* aan patiënten met een *ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende aandoening* en aan hun naasten tijdens *moeilijke periodes* van hun leven.

Ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende aandoening:

- kanker in een vergevorderd, gegeneraliseerd stadium, patiënt al dan niet onder actieve behandeling
- orgaanfalen (hartfalen, COPD, levercirrhose,...) al dan niet onder actieve behandeling
- HIV/aids onder HAART
- vergevorderde neurologische/musculaire aandoeningen al dan niet onder actieve behandeling.

Het dagcentrum richt zich tot mensen die te ziek zijn om op sociaal en/of professioneel vlak te functioneren. Zij verloren heel wat rollen en activiteiten maar zijn niet totaal bedlegerig.

Moeilijke periodes:

Crisismomenten op fysiek, psychisch, sociaal of spiritueel gebied waarbij de patiënt zich gedwongen ziet om nieuwe copingstrategieën te ontwikkelen.

Soms is verdere begeleiding noodzakelijk om terugval te voorkomen.

Ondersteuning door:

- pijn- en symptoomcontrole bij psychisch en/of fysiek lijden t.g.v. ziekteprogressie en/of gerelateerde behandelingen (bv. chemo- en radiotherapie)
- aangepaste, complementaire zorg (bv. supportieve intraveneuze behandelingen, bloedtransfusies, ascitespuncties, ...) die in het thuismilieu niet of moeilijk kan en die hospitalisatie overbodig maakt
- brugfunctie tussen intra en extramurale zorg om continuïteit van zorg te verzekeren
- psychosociale ondersteuning van patiënt en/of naasten om hun draagkracht in stand te houden of te vergroten
- ondersteuning van de mantelzorg ('een dagje uit voor de patiënt en een dagje vrij voor de familie/thuisverzorgers')
- resocialisatie/rehabilitatie door lotgenotencontact en aangepast activiteitsaanbod
- een alternatief bieden wanneer behandelingen en onderzoeken zinloos worden.

Expertisecentrum

Het dagcentrum was zich van in het begin bewust van het belang van sensibilisering en het doorgeven/uitwisselen van expertise. Het centrum geeft interdisciplinair advies, biedt ondersteuning aan dagverzorgingscentra en andere thuiszorgdiensten via stages, praktijkopleidingen, cursussen en professionele adviezen. Hierdoor kan een dagcentrum een educatieve en maatschappelijke rol spelen.

Door de extra betoelaging van de Vlaamse Gemeenschap werden de dagcentra effectief erkend als

‘excellentiecentra’ voor de (thuis)zorg.

bijlage 2

Financiële problematiek van de supportieve dagcentra

1. Situering

Eind 1990 werden de eerste 3 dagcentra opgericht: TOPAZ te Wemmel, CODA te Wuustwezel en Bethanië te Brussel. Zij worden vanaf dan jaarlijks gesubsidieerd door de actie Kom op tegen Kanker (Vlaamse Liga tegen Kanker) en moesten het voor de rest hebben van privé-initiatieven (pensenkermessen, service-clubs enz.). Tijdens het ambtstermijn van de ministers Frank Vandenbroucke en Magda Aelvoet werden beide ministers overtuigd van het maatschappelijk belang van dergelijk dagcentrum, dat tevens model kan staan voor de extramurale opvang van diverse chronische aandoeningen, wat zeker onontbeerlijk wordt in een steeds verder vergrijzende samenleving met geen oneindig toenemende residentiële opvangmogelijkheden.

Vanaf midden 2002 kon een experimentele RIZIV-conventie worden afgesloten. Een 10-tal gelijkaardige dagcentra hebben deze mogelijkheid aangegrepen. In het contract werd ook gestipuleerd dat er eind 2004 een evaluatie zou plaats vinden om de verdere invulling en uitbreiding bij te sturen. Gezien er een beperkt budget voor het experiment was uitgetrokken (50 miljoen Belgische Frank of ongeveer 1.25 miljoen €) wenste men op het RIZIV budgetoverschrijding te vermijden hetgeen resulteerde in een zéér stricte normering die bovendien nauwelijks experimentele ruimte liet.

Medio 2004 verscheen een tussentijds rapport van het RIZIV waarin o.a. de lage bezettingsgraad en de hoge leeftijdsgrens van de patiëntenpopulatie (gebaseerd op een steekproef van 10 patiënten!) werd aangehaald. Deze gegevens hadden vnl. betrekking op de pas opgestarte dagcentra (eind 2002) maar golden niet voor het eerder opgerichte TOPAZ. Hierdoor zou minister Demotte besloten hebben om de experimenten 'in de huidige vorm' te stoppen, zonder te wachten op de aanbevelingen van de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg.

Volgens minister Demotte is de verdere financiering een taak van de gemeenschappen. Voor 2006 vallen de dagcentra in Vlaanderen daardoor terug op een heel wat lagere financiering, meer bepaald 1/3^{de} van de experimentele toelage in 2005. De palliatieve dagcentra komen hierdoor in grote financiële problemen.

De oplossing die nu voorligt en waarbij geput wordt uit de middelen van het ouderenzorgbeleid, schiet tekort. Het protocol nr. 3, dat gesloten werd tussen de federale regering en de Gemeenschappen en Gewesten legt tot 2010 vast hoe sterk de capaciteit in de ouderenzorg jaarlijks mag groeien. Dit wordt uitgedrukt in bijkomende RVT-equivalenten. Eén RVT-equivalent geeft recht op de opening van een nieuw bed in een rust- en verzorgingstehuis. Met een RVT-equivalent gaat een federale subsidie van €55 per dag per patiënt gepaard. Het protocol bepaalt dat de bijkomende RVT-equivalenten ook kunnen dienen voor plaatsen in de palliatieve dagcentra. Hierbij geldt de regel dat één RVT-equivalent staat voor één plaats in de palliatieve dagcentra, en dus voor een bijhorende subsidie van €55. Voor de dagcentra is die subsidie echter te beperkt. In de RIZIV-betoelaging kregen de palliatieve dagcentra driemaal zoveel, €165 per dag per patiënt die echter aan een zeer stricte normering moest voldoen.

Met €55 kan een dagcentrum onmogelijk de professionele omkadering betalen die nodig is om aan palliatieve patiënten de gespecialiseerde medische zorg en de levenskwaliteit te bieden waar ze recht op hebben. Om te overleven waren heel wat palliatieve dagcentra toen al aangewezen op steun van serviceclubs en solidariteitsacties als Kom op tegen Kanker van de VLK.

De VLK is hen daarom ter hulp gekomen met een overbruggingskrediet. Voor 2006 heeft de VLK uit haar campagnereserve €200.000 extra vrijgemaakt voor de palliatieve dagcentra. Die steun komt bovenop de reguliere toelage van €250.000 voor 2006 en 2007. De €200.000 extra steun voor 2006 is uitzonderlijk en eenmalig. Ten eerste omdat de VLK van oordeel is dat het niet de taak is van een NGO om een financiering van essentiële diensten, die door de overheid wordt stopgezet, over te nemen. Ten tweede beschikt de VLK gewoonweg niet over voldoende middelen om meer dan één jaar een overbruggingskrediet te verstrekken.

Het protocol nr. 3 bepaalt dat de regel die één RVT-equivalent gelijk stelt met één plaats in een dagcentrum, op korte termijn geëvalueerd en aangepast moet worden. Er wordt gelobbyd om een aangepaste financiering voor de dagcentra te verkrijgen. Tegenover één plaats in de palliatieve dagcentra zouden drie RVT-equivalenten moeten staan, zodat de financiering van €165 per persoon per dag behouden blijft. Indien dit niet kan, dringen we erop aan om meer Vlaamse middelen vrij te maken voor de palliatieve dagcentra. Extra uitgaven voor palliatieve zorg zijn budgettair zeker verantwoord. Ze zullen zinloze therapieën tegengaan, ze kunnen leiden tot een sterke daling van de kosten van therapeutische zorg en tot een verhoging van het welzijn van veel patiënten in de laatste levensmaanden.

Los van heel de bovenstaande technische redenering lijkt het geen goede oplossing om supportieve dagcentra onder te brengen bij de ouderenzorg, gezien de gemiddelde leeftijd van de patiënten 50-55 jaar bedraagt (en er dus ook heel jonge mensen van 30-40 jaar aanwezig zijn, bv. met hersentumoren).

Door het RIZIV wordt steeds het belang van de aanwezigheid van een arts in vraag gesteld. Maar het is juist door deze aanwezigheid dat de patiënten willen komen en ze het dagcentrum een valabel alternatief vinden voor een ziekenhuisopname..

2. Toekomst

Uit een onderhoud op het toenmalig kabinet Vanackere (24 september 2007) werd weerhouden dat de Vlaamse gemeenschap de 5 resterende dagcentra zal blijven erkennen en zo snel mogelijk (waarschijnlijk te implementeren vanaf 2008, ten laatste 2009) naar verdere gestructureerde financiële ondersteuning zal zoeken. Er werd letterlijk gezegd dat de dagcentra “*als een verworven entiteit worden beschouwd waarvan de meerwaarde niet meer moet aangetoond worden*”. Bovendien wil ze ook de provincies die nog niet over een dagcentrum beschikken (o.a. Limburg) helpen bij de oprichting ervan. Buiten de gelden via de RVT-equivalenten deed de Vlaamse Gemeenschap voor 2008 reeds de inspanning om €20.000 in surplus te geven als blijk van erkenning van dagcentra als ‘excellentiecentra’ (zie hoger).

Sinds het nationaal kankerplan van Laurette Onkelinx bestaat er opnieuw federale interesse in de supportieve dagcentra. Het is te hopen dat hierdoor ook in het Franstalig landsgedeelte meer dagcentra (en niet alleen in Hermalle-sous-Argenteau, Luik) kunnen opstarten.

3. Referenties

Bauwens S, Distelmans W. A New model for psychosocial care for cancer patients in Belgium. *J Pain and Symptom Management*, 2000:20, 6, S88.

Hearn J, Myers K. *Palliative Day Care in practice*. Oxford University Press, 2001

Bauwens S, Distelmans W. TOPAZ: first palliative day care centre in Belgium. *The Hospice Bulletin*, 2001:9, 3:1-2

Distelmans W, Bauwens S, Storme G, Tielemans L. Palliative Day Care in Belgium: Improving the quality of life in the terminally ill. *Quality of Life News Letter*. Fall Issue, 2003: 31, 7-8.

Council of Europe. Aanbeveling Rec (2003) 24 van het Comité van Ministers aan de lidstaten betreffende de organisatie van de palliatieve zorg. (Aangenomen door het Comité van Ministers op 12 november 2003 op de 860^e vergadering van de Ministeriële Vertegenwoordigers)

Sarah White, Miriam Johnson. What do doctors actually do in the day hospice? *European J Palliative Care*, 2004:11(3)107-109.

Distelmans W, Bauwens S, De Maegd M, Rooze M, Van de Gaer K. Palliative day care in Belgium: from terminal care towards care for incurable patients. *Palliat Med* 2004:18:375-376.

Distelmans W, Bauwens S, Storme S, Tielemans L. Palliative day care in Belgium: first observations. *European Journal of Palliative Care* 2005:12, 4, 170-173.

Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg. Jaarrapport 2005.

Payne M. Safeguarding adults at end of life: audit and case analysis in a palliative care setting. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2007:3(4):31-46.

Bekaert R, De Maegd M, De Neef R, Distelmans W, León J, Romefort G. TOPAZ? Recepten voor een beter leven(s)einde. Houtekiet, 2007.

Distelmans W, Bauwens S. Palliative care is more than terminal care. *Belgian Journal of Medical Oncology*, 2008;2, 16-20.

Cochrane E, Colville E, Conway R. Addressing the needs of patients with advanced non-malignant disease in a hospice day care setting. *Int J Palliat Nurs*. 2008 ;14(8):382-7.

Cochrane E, Colville E, Conway R. Providing palliative day care for non-malignant conditions. *Nurs Times*. 2008:11-17;104(45):32-5.

Supportief dagcentrum TOPAZ. Jaarverslag, 2008.

Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg. Jaarrapport 2008.

Partridge M, Khatri A, Sutton L, Welham S, Ahmedzai Sh. Palliative care services for those with chronic lung disease. *Chron Respir Dis*. 2009 ;6(1):13-7.

Svidén G, Fürst C, von Koch L, Borell L. Palliative day care - a study of well-being and health-related quality of life. *Palliat Med*. 2009 Apr 7.