



Pallion

PALLIATIEVE ZORG
LIMBURG VZW

Zorg Palliatieve Patiënt: belang van de eerste lijn

Dr. Stulens Jan

Huisarts – Equipe-arts Pallion

19 juni 2025

Modulaire opleiding pijn ZOL Genk

Communicatie!

Huisarts

Verpleging

MBE

Specialist

*Palliatieve patiënt
thuis*

Familiehulp

...

Zorgkundigen

Familie

Een waardevolle, boeiende,
genuanceerde en vaak complexe
uitdaging met vele aspecten...

“

Palliatieve zorg

is alles wat men nog kan doen,
als men denkt dat er niets
meer gedaan kan worden.

- Cicely Saunders

- Cicely Saunders

meer gedaan kan worden.

Palliatieve zorg!?

Palliatieve zorg wil het comfort verbeteren van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening

Comfort!? → 4 pijlers

Pijn- en symptoomcontrole

Sociale ondersteuning

TEAMWORK!!!

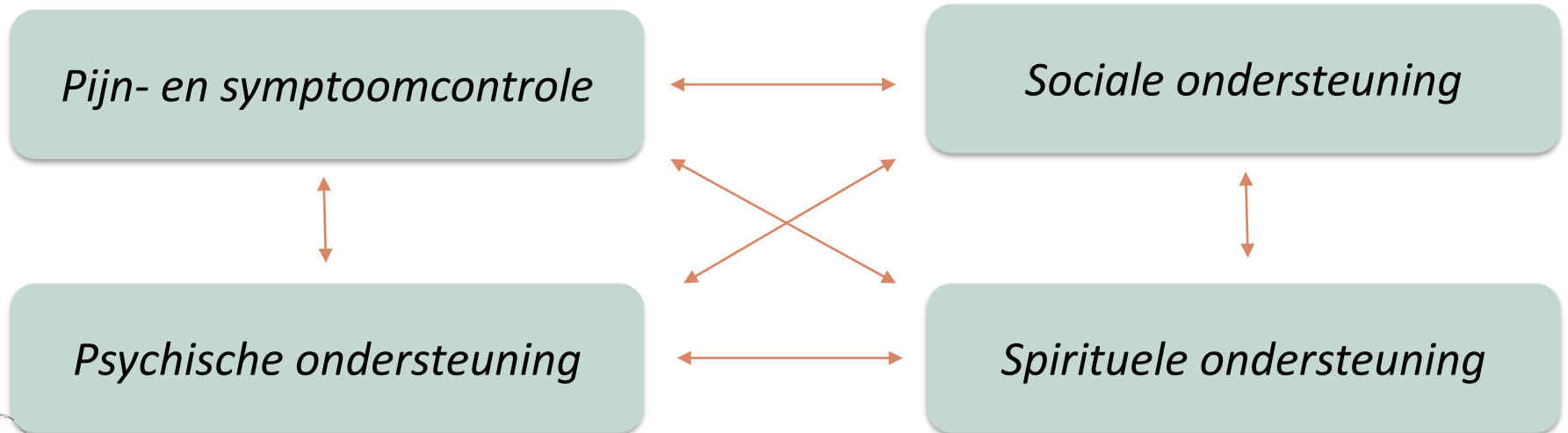
Psychische ondersteuning

Spirituele ondersteuning

Palliatieve zorg!?

Palliatieve zorg wil het comfort verbeteren van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening

Aandacht voor alle aspecten en interacties binnen deze pijlers → complex, maar cruciaal!



Palliatieve zorg: het probleem vandaag...

“Misverstanden”

“Te laat”

“Taboe”

*“Terminaal vs
palliatief”*

Palliatieve patiënt kan nog maanden, zelfs tot een jaar levensverwachting voor zich hebben...

“Surprise question”

Palliatieve zorg: het probleem vandaag...

*Niet alleen voor kankerpatiënten...
“Vergeten” palliatieve patiënt*

Patiënten met gevorderde dementie
Patiënten met zwaar hartfalen
Patiënten met zwaar longlijden
Patiënten met gevorderde neurologische aandoeningen (MS, ALS,...)

...

PICT-schaal

Palliatieve zorg: het probleem vandaag...

- Communicatie van slecht nieuws wordt vaak uitgesteld:

Goede en vroege palliatieve zorg wordt hierdoor vaak late terminale zorg

- Palliatief statuut te laat gestart
- Gebrek aan **goede VZP**
- Palliatieve patiënten te laat opgespoord → **PICT**

Zou ik verrast zijn als deze patiënt binnen het jaar overlijdt?

- 1. Kanker
 - Functionele achteruitgang door oncologische behandeling of enkel zinvol voor symptoomcontrole. (1.2)
- 2. Hartaandoeningen of perifere arteriële ziekte
 - Huid- of NYHA III-IV, CVD, of andere ernstige aandoening die tot dyspnoe of angor bij rust of bij

Nee

Twee of meer frailty-indicatoren?

- Luchtwegobstructie (FEV1 < 50%) of restriktief longen (vitaal capaciteit < 60% en een omruiscapaciteit < 40%) gepaard gaand met dyspnoe in rust of bij minimale inspanning tussen twee exacerbaties (3.1)
- Indicatie voor lange termijn zuurstoftherapie (PaO2 < 55 mm Hg of PaO2 < 60 mm Hg + pulmonaire hypertensie) (3.2)
- Respiratoire insufficiëntie die behandeling vereist, mogelijk maakt, of contra-indicatie voor ventilatie (3.3)
- 4. Nieraandoeningen
 - Chronische nierfalen in stadium 3 of hoger (creatinine > 300 µmol/l of GFR < 30 ml/min) met achteruitgang van de gezondheidstoestand (4.1)
 - Stopzetting of weigering van dialyse (4.2)
 - Nierinsufficiëntie bij een aandoening of bij een behandeling van een patiënt met een beperkte levensverwachting (4.3)
- 5. Leveraandoeningen
 - Gevoerdende cirrose met complicaties gedurende de afgelopen twaalf maanden door ascites die niet reageert op diuretica of hepatocel-

Ja

Neen

Vertoont uw patiënt ≥ 1 criterium van ongeneeslijkheid bij een potentieel lethale aandoening?

Eén of meer criteria van potentieel lethale aandoening

Uw patiënt komt niet in aanmerking voor palliatieve zorg.

Uw patiënt komt in aanmerking voor palliatieve zorg

- Verslechtering van functionele en/of cognitieve toestand ondanks optimale behandeling (6.1)
- Spraak- en/of slikproblemen (6.2)
- Recidiverende pneumonie en/of dyspnoe door respiratoire insufficiëntie (6.3)
- 7. Dementie of frailty syndroom
 - Stappen van zich aankleden of eten met behulp van hulp (7.1)
 - Incontinentie voor urine of stoelgang (7.2)
 - Vrijwillig verminderde voedsel- of vochtinname en/of ondervoeding (7.3)
 - Onvermogen om zich verandering verstaanbaar te maken en/of beperkte sociale interactie (7.4)
 - Femurfractuur en/of recent herhaald vallen (7.5)

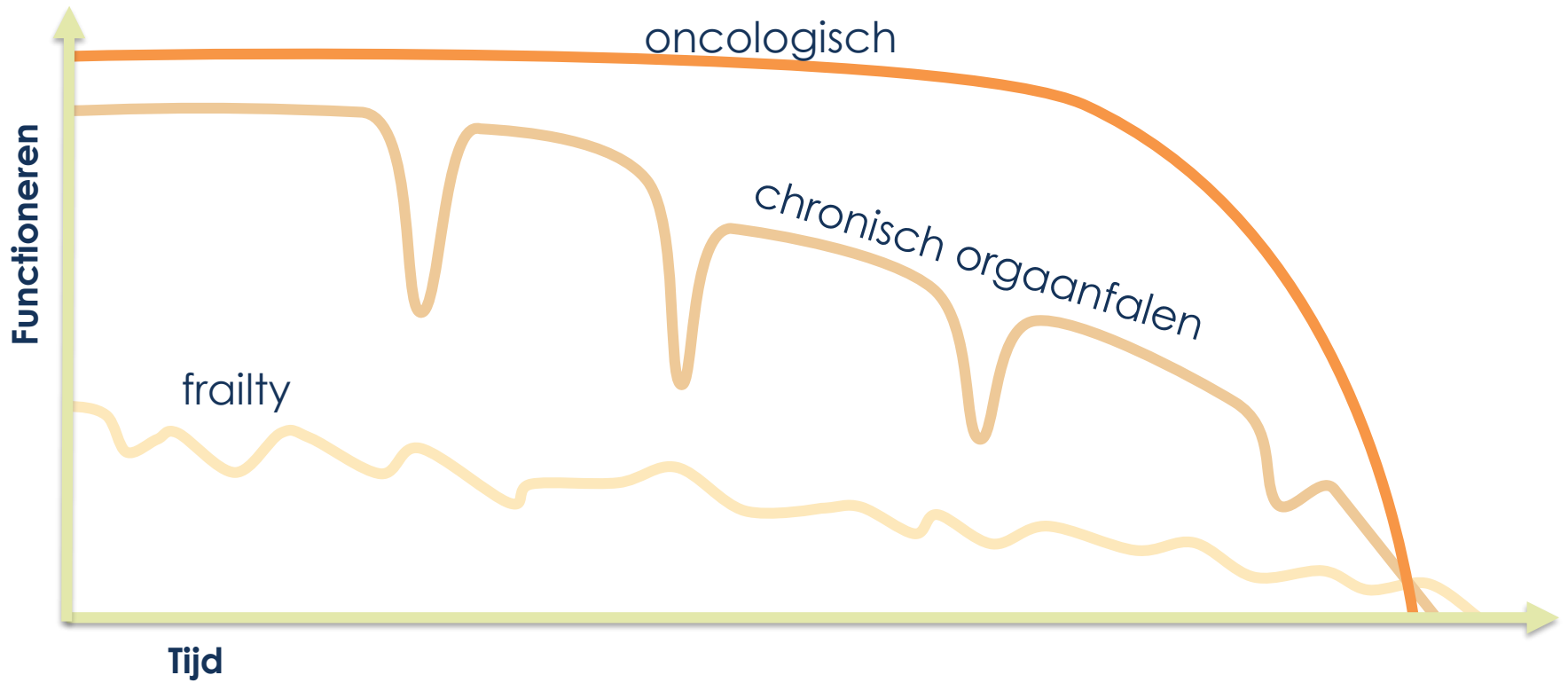
Ja

Patiënt heeft nood aan palliatieve zorg

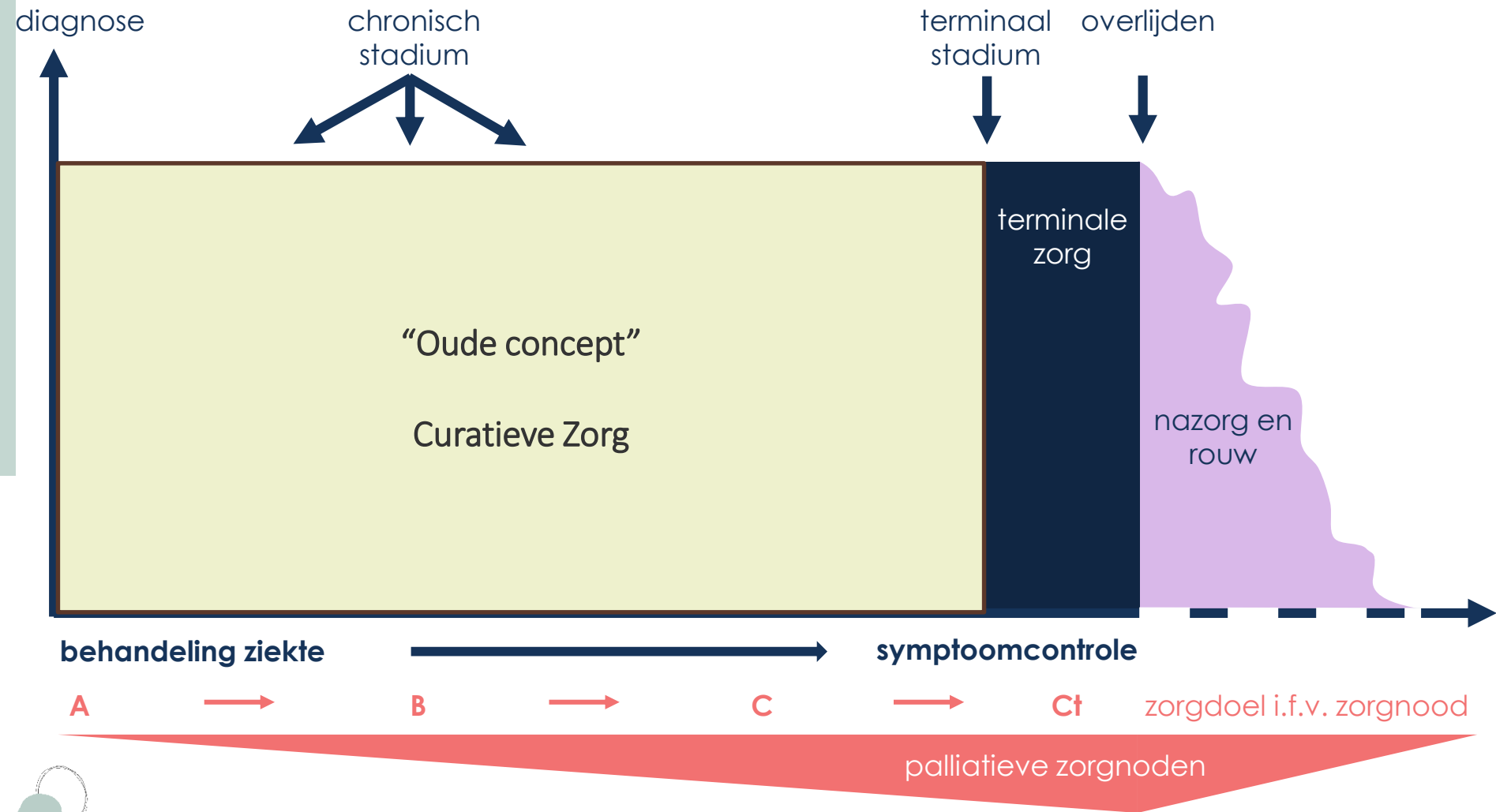
- Definieer, samen met uw patiënt en in interdisciplinair overleg, een zorgplan en een vroegtijdige zorgplanning
- Bepaal het palliatief statuut aan de hand van de schaal van de ernst van de zorgnoden

Verskillende Ziekte-trajecten

Aandacht voor de
"vergeten palliatieve
patient"



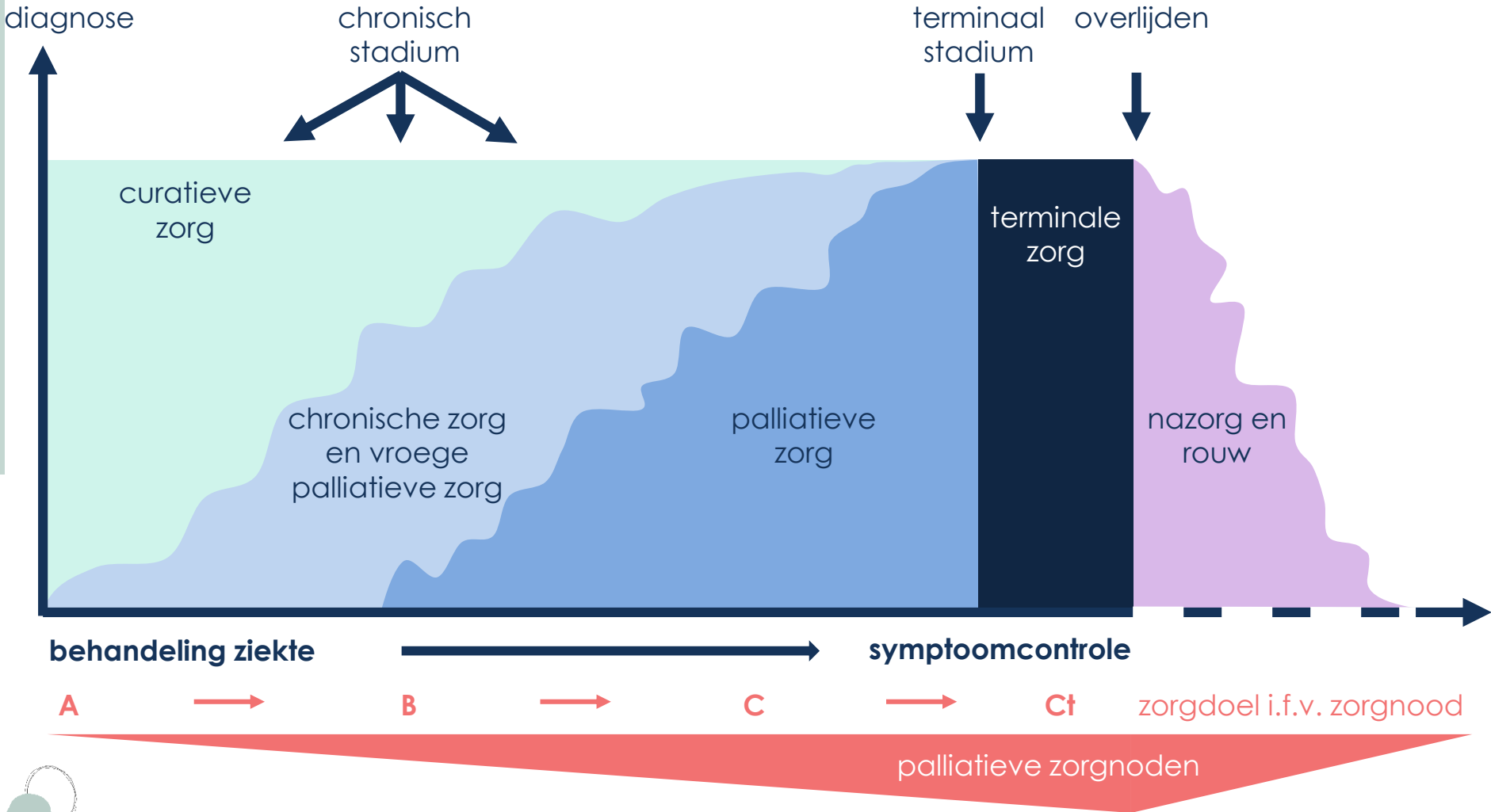
Van Cure naar Care



Van Cure naar Care

Palliatief ≠ terminaal

Theorie VS praktijk?



KNIPPERLICHTEN VOOR DE OPSTART VAN PALLIATIEVE ZORG



Paradox
expertisecentrum
dementie

Contact
expertisecentrum
dementie

**palliatieve
zorg**
Gem. ZKZ

Pallion
PALLIATIEVE ZORG
LIMBURG VZW



Bespreek de zorgdoelen en zorgplanning met bewoner en/ of naasten i.f.v. palliatieve benadering

Project "tijdig opstarten van palliatieve zorg (bij personen met dementie)"

In de palliatieve fase...

Onmacht Familie

Onmacht Patiënt

Onmacht
Zorgverleners



“Willen Handelen”
Taak als
familie/zorgverlener

VS

On-macht om te
handelen
Palliatieve fase

“DOEN”

“ZIJN”

VZP?



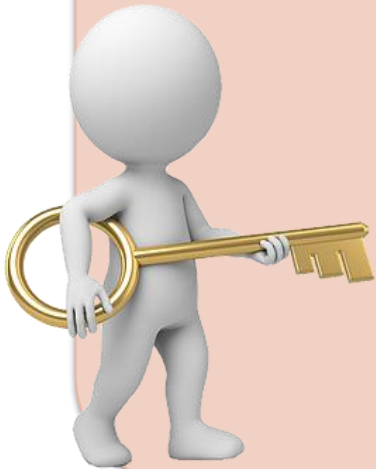
Definitie VZP?

- ✓ Gesprekken patiënt – vertegenwoordigers – zorgverleners rond gewenste richting (levenseinde)zorg
- ✓ Duidelijkheid bij wilsonbekwaamheid
- ✓ Vrijwillig en continu evoluerend



Kernelementen VZP

- ✓ **Wanneer?** PROCES > uitkomst: vroeg en anticiperend
- ✓ **Wie?** getrainde zorgverleners → HA - verpleegkundigen!
- ✓ **Wijze?** Doelgericht: A/B/C-model
gedocumenteerd en geïmplementeerd



1. Introduceren onderwerp
2. Evalueren toekomstverwachting
3. Identificeren doelen laatste levensperiode
4. Documenteren richtlijnen
5. Herzien en updaten

Code Beperking Therapie (CBT)

Formulier bewaren in medisch dossier en zorgdossier

Naam en voornaam bewoner:

Geboortedatum:

Naam en voornaam van behandelende arts:

Stempel behandelende arts:

Handtekening behandelende arts:

Overleg met:

Coördinerend arts

Naam:

Datum:

**LET OP!!! VZP NIET
HERLEIDEN TOT ALLEEN
CBT!**

Zorgcodes ABC (Raes et al, 2010)

*Niet alleen... wat doen we niet meer...
Maar ook... welke weg ligt er nog voor ons...*

CODE 0: GEEN BEPERKING VAN THERAPIE Datum:

Code 2 en 3 zijn slechts van toepassing wanneer ook code 1 is aangekruist.

CODE 1: NIET REANIMEREN Datum:

In geval van circulatie- en/of ademhalingsstilstand, worden geen reanimatiemaatregelen getroffen, inclusief defibrilatie, intubatie, kunstmatige beademing, thoraxcompressie of medicatie. Overigens zal de patiënt alle nodige therapie krijgen, tenzij hieronder anders gespecificeerd. De waardigheid en het comfort van de patiënt blijven de hoogste prioriteit.

Handtekening + stempel van geneesheer

CODE 2: THERAPIE NIET UITBREIDEN Datum:

Therapie blijft behouden. Deze wordt alleen opgedreven indien dit aanleiding geeft tot verbetering van het comfort van de patiënt. Bij circulatiestilstand niet reanimeren. Pijnstilling en andere comfortzorg kan te allen tijde gestart of uitgebreid worden.

Niet starten met:

Antibiotica Subcutane vochttoediening

Vasopressoren of inotropica Hospitalisatie voor diagnostische en therapeutische doeleinden tenzij comfortzorg

Enterale sondevoeding

Andere:

Handtekening + stempel van geneesheer

Pijnstilling en andere comfortzorg kan te allen tijde gestart of uitgebreid worden

CODE 3: THERAPIE AFBOWEN Datum:

Afbouwen/stoppen van volgende therapie:

.....

.....

.....

Handtekening + stempel van geneesheer

Pijnstilling en andere comfortzorg kan te allen tijde gestart of uitgebreid worden

ANNULEER ONMIDDELIJK BOVENSTAANDE RICHTLIJN (EN) Datum:

Gelieve bovenstaande richtlijnen door te strepen en het formulier te klasseren in het medisch dossier. Annuleer en vervang dit formulier in het zorgdossier.

Handtekening + stempel van geneesheer

Code	Prognose	Interventie
A: Alles doen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbetering 	<ul style="list-style-type: none"> • CPR • Hospitalisatie • Maximale medische behandeling
B: Behoud functie	<ul style="list-style-type: none"> • Verbetering - stabilisatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen CPR, ICU, Hemodialyse • Hospitalisatie?
C: Comfortzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Langzame achteruitgang • Snelle achteruitgang – sterven op (relatief) korte termijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicatie i.f.v. Levenskwaliteit en comfort • Symptoombestrijding • Palliatieve zorg

Kernelementen VZP

✓ *Wat?*

- Vertegenwoordiger – vertrouwenspersoon
- Bestaande VZP-beslissingen, wilsverklaringen
- Vroegtijdige wensen, weigering behandeling (→ doel)
- CBT/DNR

Voordelen VZP

Verminderen ingrijpende beslissingen

Positief verband palliatieve zorg

Verbeteren communicatie

Minder angsten, depressie, stress familie

Algemene tevredenheid stijgt

Betere documentatie

VZP
“The Big Problem”
Nuance VS Tijd

45 min?

Begripsverwarring

VZP

DNR/CBT

Positieve – negatieve wilsverklaring

Actueel verzoek

Vertegenwoordiger –

Vertrouwenspersoon

....

Volledige uitklaring VZP



Aandachtspunten

- Getrainde moderator → waardevol document
- VZP niet herleiden tot invullen DNR-CBT /ABC
- “Levende documenten”
- Beschikbaarheid en implementatie
- Duidelijkheid: midden tussen “info op maat” en “heldere vraagstelling”
- Besproken met patiënt en naasten?
- VZP en dementie: specifieke aandacht/aanpak!

*Let op met vraagstelling:
“Wilt gij nog naar het ziekenhuis, mevrouw?”*

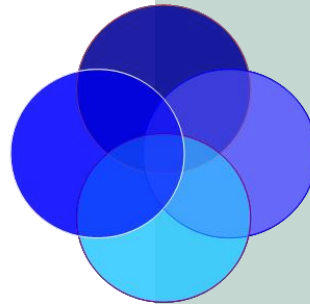
*Pijncontrole in palliatieve
thuiszorg:
Enkele praktische
“handvaten”*



Totale pijn

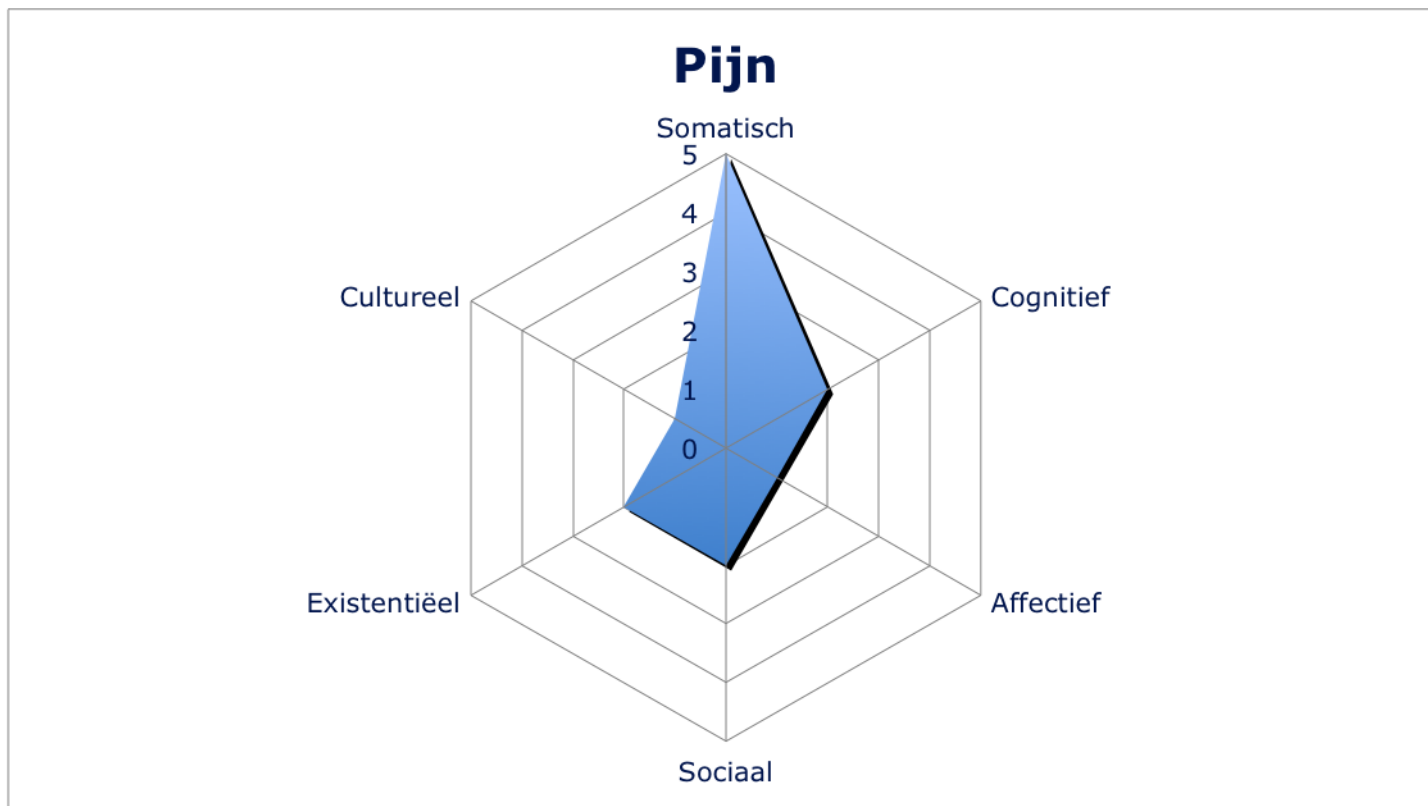
Lichamelijk
te wijten aan ziekte/aandoening

Sociaal
praktisch
familiale zorgen
financieel
...



Spiritueel
nood aan zingeving
religieuze
aangelegenheid
...

Psycho-emotioneel
verdriet
depressie
angst
ongerustheid
...



Grotere oppervlakte → complexere pijn

Impressie van pijn.

Expressie van pijn.

Pijn

Pijn
beleving

Pijn-
gedrag

Morfinegevoeligheid

Nociceptieve

Somatische pijn: sterk M+ gevoelig

Nociceptieve

Viscerale pijn: matig M+ gevoelig

Neuropathische pijn: zwak M+ gevoelig

Basisregels Pijntherapie

By the clock – By the patient – By the ladder

Extra aandacht thuiszorg...

Adequate diagnose!

Tijdig starten!

Voldoende geven!

Systematisch en de klok rond!

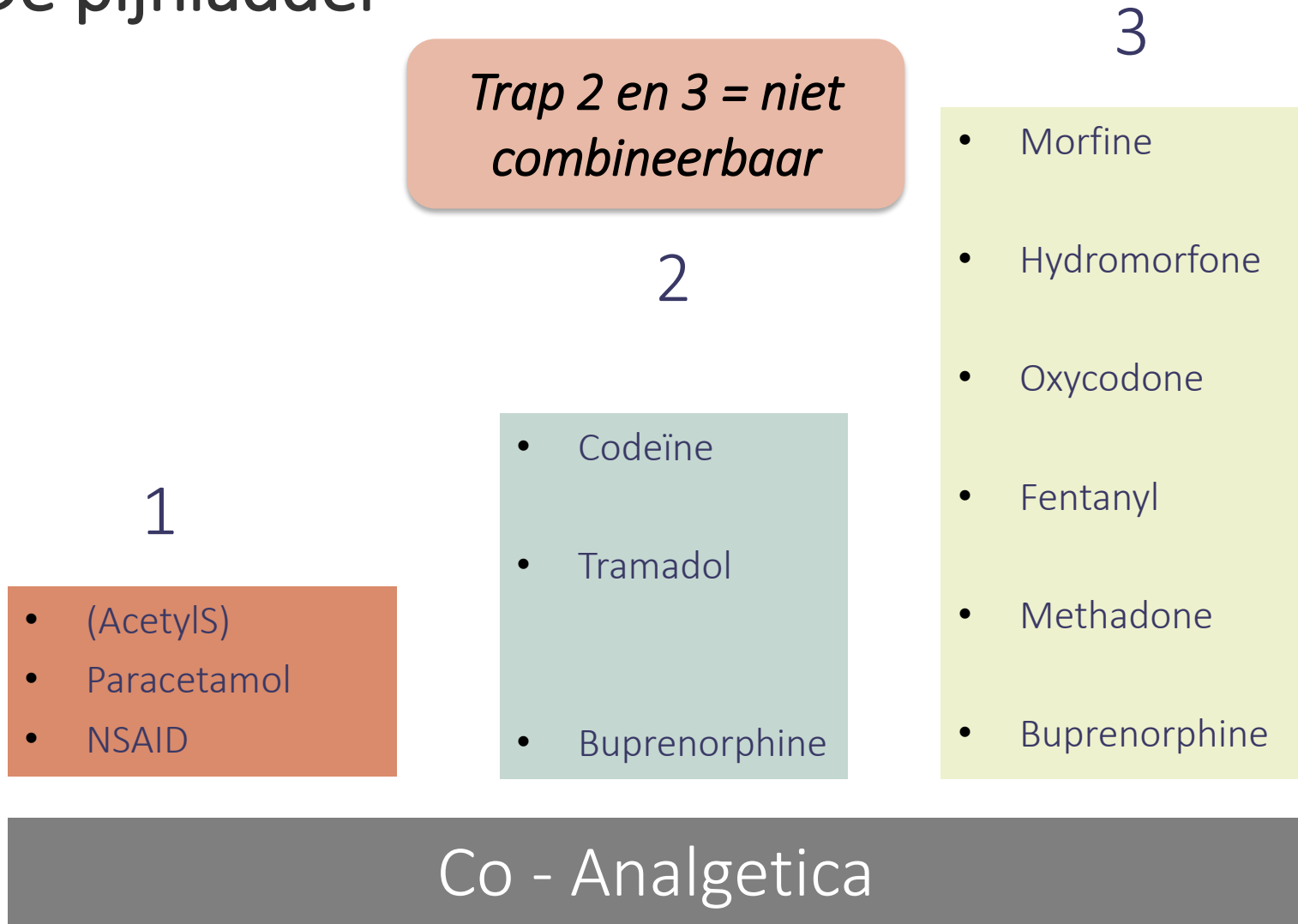
Herevalueer tijdig!

Voorzie DBP dosis!

Denk aan co-analgetica!

*Anticiperen op komende uren –
dagen!*

De pijnladder



Zwakke – sterke opiaten

- Kunstmatige grens
- Hoge dosis zwakke opiaten kan evenwaardig zijn aan lage dosis sterke opiaten
- Zwakke opiaten hebben plafond-effect
- Worden toegevoegd aan en niet ter vervanging van niet-opiaat
- Bij onvoldoende effect ondanks max. dosis en regelmatige toediening, overschakelen naar sterk opioïd

Wat is het meest geschikte middel bij deze specifieke patiënt in deze specifieke thuissituatie?

VERHOUDING OPIOIDEN

100x
Fentanyl
Durogesic[®]

2X
Oxycodone
Oxynorm instant[®]
Oxycontin[®]

M+ Hcl

MS Direct[®]
MS Contin[®]

7,5x
Hydromorfone
Palladone IR[®]
Palladone SR[®]

70-100x
Buprenorfine
Transtec[®]

DOSIS MORFINE =
berekenen ≠ schatten

CONVERSIETABELLEN

AANDACHTSPUNTEN TRANSDERMALE PLEISTERS

- Cave opioïd-naïeve patiënten – Geriatrische/Fraile patiënt
- Bij *stabiele* pijn
- Verwarmde huid : sneller verbruikt
- Lichaamsgewicht min. 45 Kg
om de 2 ipv 3 dagen
- 1^{ste} dosis of ophoging morfine:
eerste 12u pijnstilling doorgeven

AANDACHTSPUNT: Evaluatie

Langwerkend prep.: 12h

Kortwerkend prep.: 4h

→ snelle evaluatie: 1h bij PO toediening

Pleisters: 3d

→ na 36 h pas evalueerbaar

AANDACHTSPUNT

Bijwerkingen Opioiden + Behandeling

Sedatie	R/ Rilatine®
AH depressie	R/ Naloxone®/ pijn
Nausea /braken	R/ Haloperidol
Constipatie	R/ Laxativa (verzachters)
Myoclonus	R/ Diazepam/Rivotril®
Zweten	R/ Dexam./NSAID
Urineretentie	R/ Catheterisatie
Jeuk	R/ Antihistaminica
Hallucinaties	R/ Haloperidol

AANDACHTSPUNT: Basisregels Opiaten

*Berekeningen =
opiaten omzetten
naar M+ PO*

*Opiaat
“pijn”pleister
blijft ter plekke*

*Durogesic[®] 25µg/u
=
Transtec[®] 35µg/u
=
+- 60mg M+ PO/24u*

*Subcutane dosis
=
Oraal M+/2*

*Oxycodone
=
Oraal M+/2*

*Intraveneuze
dosis
=
Oraal M+ /3*

*Marge! Benaderend!
Af te stemmen op individuele patiënt
(dosisvermindering nodig?)*

!!! DOORBRAAKPIJN !!!

Definitie :

DBP bij (kanker)pijn is gedefinieerd als **plotse episodes van intense pijn** welke optreedt ondanks de aanwezigheid van (anders effectieve) basis-pijntherapie.

Incidenteel: beweging/houding
(verzorging/manipulatie)
voorspelbaar

Spontaan: koliekpijn/zenuwpijnscheuten
onvoorspelbaar

End of dose: dosis te laag
interval te lang

!!! DOORBRAAKPIJN !!!

Voorwaarden pijnmedicatie DBP

Snelle inwerking

Korte werkingsduur

Gemakkelijk toe te dienen

Minimale bijwerkingen

!!! DOORBRAAKPIJN !!!

- Incidentele/spontane pijn:

*BP =
1/6 a 1/10 van totale dagdosis opioïden*

- End of dose pijn:
aanpassen interval
(respecteer halfwaarde–tijd)
basisdosis verhogen

*Af te stemmen op individuele patiënt
(dosisvermindering nodig?)*

Aandachtspunten DOORBRAAKPIJN

- Doorbraakdosering geldt voor de opioïden als extra dosis, niet ter vervanging
- Snel evalueren
- Noteren om tijdig basistherapie aan te passen
- Indien 4 of meer DBPdosissen per dag, de totale basisbehandeling verhogen.

VAS < 5 → verhoog totale dagdosering opioïden 30%

VAS ≥ 5 → verhoog totale dagdosering opioïden 50%

*Af te stemmen op individuele patiënt
(dosisvermindering nodig?)*

!!! Co-Analgetica !!!

Analgetische werking als neveneffect

corticoïden

antidepressiva

anti-epileptica

NMDA receptor.channel blokker

antispasmodica

spierrelaxantia

bifosfonaten

anxiolytica

*Veel mogelijkheden met orale medicatie
thuissetting!*

Belang bij neuropathische pijn!



Pallion

PALLIATIEVE LIMBURGSE ONDERSTEUNINGSEQUIPE
SAMEN VEERKRACHTIG OP DE GRENS VAN LEVEN EN DOOD

Spuitaandrijver Palliatieve Fase

Wat is een spuit aandrijver?

- Pompsysteem
- Continue toediening van medicatie
- Aangedreven door batterij/elektriciteit
- Kan zowel subcutaan als intraveneus (enkel digitale spa)

Indicaties

- Medicatie per os niet meer mogelijk
- Slikstoornissen
- Mond- en keelaandoeningen
- Verwardheid
- Verminderd bewustzijn
- Refractaire symptomen
 - Onrust, braken, ondraaglijke pijn...

Voordelen

- Continue toedieningsweg
- Combinatie van verschillende medicatie mogelijk
- Eenvoudig in gebruik
- Goedkoop
- Dagdagelijkse medicatie aanpassing mogelijk

Aandachtspunten

- ALTIJD op voorschrift van de huisarts!
- Tijdig in huis halen (CAVE weekend!)
- Rekening houdend met medicatie die vooraf genomen werd
- Op geleide van pijn en symptomen ...
- Zorg voor voldoende materiaal en reservebatterij
- Zorg voor voldoende medicatie
- Mogelijkheid van plaatsing driewegkraan tussen vleugelnaald en verlengleiding voor toediening van extra medicatie o.a. doorbraakpijnmedicatie
- Licht patiënt en familie in
- Zorg voor een 24/24 permanentie!

Soorten Spuitaandrijvers

NIKI T 34



BD
BODYGUARD



CANAFUSION 700



NIKI T LARGE (met herlaadbare batterij)

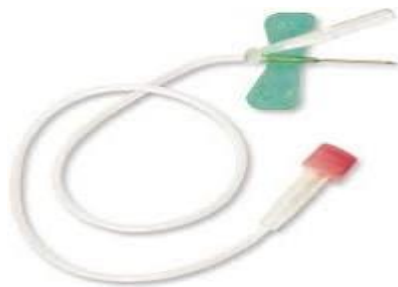


Analoge D-SLT



Nodig bij opstart

- Vleugelnaaldje Terumo[®] CNK 0944-751 (25GA 0,75IN)
- Verlengleiding Medac[®] CNK 9913-337 (1,5 x 4,1mm, 150 cm)
- Spuit Terumo[®]/BD Plastipac[®] 5-10-20-30-50 ml luerlock-systeem
- Tegaderm[®] 3M CNK 1224-740
- (Driewegkraan Braun[®] CNK 0908-658 – 0383-182 (zonder leiding))
- (IV katheter Venflon[®] CNK 0246223)



SPA: Meest voorkomende medicatie

F
I
N
A
L

F
O
U
R

MORFINE®

10, 20, 30mg/ 1ml (let op!)

REKENREGELS/CONVERSIETABEL!

- R/ pijn, dyspnee
- 40 mg/ 1ml niet terugbetaalbaar thuis

Let op: leiding purgeren!

HALDOL®

5mg/ 1ml

- R/ Nausea, braken, verwardheid, hallucinaties, onrust, (hik, sedatie,...)
- Zowel medicatie- (opiaten!) als ziekte-gerelateerde symptomen

SCOPOLAMINE®

(0,25mg/1 ml) – 0,50mg/ 1ml

- R/ Reutels – ook anti-emetisch (Cave sederend)

MIDAZOLAM®

15mg/ 3ml – 5mg/5ml – 50mg/10ml (let op!)

- palliatieve sedatie → richtlijn (nuance!)

- ✓ Buscopan®: 20mg/1ml
 - R/reutels → minder sederend
- ✓ Nozinan® (levomepromazine): 25mg/ 1ml en Etumine® (clotiapine): 40 mg/4ml
- ✓ Kepra® : 500 mg /5ml
- ✓ Methadone: Mephenon® 10 mg /1 ml (neuropathische pijn)

Praktische regels SPA

1. **PIJNPLEISTER blijft ter plekke bij opstart SPA!**
Bv. Durogesic[®] – Transtec[®]
(Tenzij uitzonderlijk morfinepomp owv slechte opname pleistermedicatie)
2. **CORTICOSTEROÏDEN worden in shot gegeven**
Bv. Aacidexam[®] 5mg
STOOT-effect
3. **DENK AAN DOORBRAAKPIJNDOSIS!**
4. **Bij complexe SYMPTOOMCONTROLE + SEDATIE = eventueel
2 SPA gebruiken**
5. **DOSIS MORFINE = berekenen ≠ schatten**

*Heldere en tijdige
communicatie...
Belang van vermijden van
misverstanden...*



Heldere en genuanceerde communicatie

Tussen zorgverlener, familie en patiënt...

- *Iedereen “mee” in hetzelfde verhaal?*

Tussen zorgverleners onderling...

- *Heldere en brede communicatie tussen thuiszorg en ziekenhuis*
- *Hoe optimaal info delen?*

Misverstanden rond pijn- en symptoomcontrole...

Morfine...

- *Versnelt de dood...?*
- *Te vroeg starten leidt tot onvoldoende effect later...?*
- *Leidt tot suf worden...?*

Spuitaandrijver...

- *Eindelijk, nu kan het wat sneller gaan!*
- *Mijn mama kreeg een pijnpomp en 2 uur later was ze dood, dit wil ik niet!*
- *Morfine versnelt alles...*
- *Dit is passieve euthanasie.*

Bij een comfortabele, terminale patiënt – goede symptoomcontrole onder SPA... Sleept enkele dagen aan...

Familie: “Dokter, doe iets! Zo laat je nog geen hond afzien”

Arts: “We gaan de medicatie wat ophogen...”

Aandachtspunten

- Wat wordt er bedoeld met “slapen” / “helpen” / “ophogen medicatie”?
- Andere perceptie zorgverlener VS patiënt
- Bij acute verslechtering soms confrontatie met eerdere uitspraken
- Tijdig uitklaren met patiënt en naasten
- Verloop terminale fase bespreken “final common pathway” met pt en naasten

Wanneer je tijdig te verwachten moeilijkheden communiceert, vermijd je vaak echte moeilijkheden later in het proces...

Pijnbestrijding VS Palliatieve sedatie VS Euthanasie

(Broeckaert, 2003)

Pijntherapie in Palliatieve Fase

Intentie
Handeling

Resultaat

Pijnbestrijding

symptoombehandeling
zoveel medicatie als nodig
om pijn onder controle te
krijgen (proportionaliteit)

levensverkorting zeer
uitzonderlijk (levensverlenging
daarentegen niet)

Palliatieve sedatie

symptoombehandeling
zoveel medicatie als nodig
om symptoom
onder controle te krijgen
(proportionaliteit)

levensverkorting uitzonderlijk

Actieve levensbeëindiging

levensbeëindiging
zoveel medicatie als
nodig om leven te beëindigen

levensbeëindiging (per definitie)

Palliatieve zorg in thuissetting...

*Er is enorm veel mogelijk in de thuissetting...
Vaak een uitdrukkelijke vraag/wens van
patiënt...*

Belang van bespreking - zorgplanning vooraf

*MBE kan hierin een adviserende en
coachende rol spelen...*



PALLIATIEVE ZORG
LIMBURG VZW

LIMBURG VZW
PALLIATIEVE ZORG



PALLIATIEVE ZORG
LIMBURG VZW

Pallion contacteren...

Vragen in verband met een concrete situatie, patiënt...

Telefonisch:

011 81 94 74

Op werkdagen tussen 9u00 en 17u00
en daarbuiten voor dringende vragen
van zorgverleners

Andere vragen, inlichtingen...

Via mail:

info@pallion.be

Of telefonisch: 011 81 94 74
Op werkdagen tussen 9u00 en 17u00

Vragen over vormingen:

vorming@pallion.be

Bedankt voor jullie interesse
en aandacht!

www.pallion.be

www.pallialine.be

www.palliatievezorgvlaanderen.be

www.vancurenaarcare.be



Bronnen

Palliatief Support Team UZ Leuven. *Palliatieve zorg in de praktijk; zakboekje voor hulpverleners*. Acco, Leuven/Den Haag; 2009. 166p.

Presentatie “*Werken met de PICT*” – Dr. Gert Huysmans en PZV

Presentatie “*Pijnbestrijding in de Palliatieve Fase*” – Dr. Joke Bossers/Dr. Jan Stulens (Pallion)

Richtlijnen Palliatieve Zorg; Palliatieve Zorg Vlaanderen. <http://www.pallialine.be>

Gootjes J.R.G., Jobse A.P., A. De Graeff. *Palliatieve zorg zakboekje*. Integraal Kankercentrum Nederland, Utrecht; 2013. 429 p.

Broeckaert B. *Medisch Begeleid sterven: een begrippenkader*. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen: Wemmel; 2006. 12p.

Twycross R., Wilcock A. *Palliative Care Formulary – PCF4*. Palliativedrugs.com Ltd, Nottingham; 2012. 799p.

www.vancurenaarcare.be