

Hoofdstuk 2

Palliatieve dagzorg in Vlaanderen

P. Demeulenaere, MD MSc Pall Care

Samenvatting De toenemende vergrijzing en de betere levensomstandigheden maken dat steeds meer mensen zeer oud worden. Op hoge leeftijd kunnen partners echter moeilijker voor elkaar zorgen en/of leven patiënten alleen, zonder passende mantelzorg. Nieuwe oncologische therapievormen en geavanceerde cardiologische zorg, die steeds doeltreffender worden, maken dat er steeds meer palliatieve patiënten langer in relatief goede conditie verkeren. Deze mensen hebben behoefte aan zorg en ondersteuning, advies en ontspanning in een setting die niet puur gericht is op medische en/of verpleegkundige behandeling. Veel van deze patiënten hebben de uitdrukkelijke wens om thuis ondersteund te worden en thuis te kunnen sterven. Palliatieve dagzorg kan hierop een antwoord bieden, vooral voor de opvang van vergevorderde, uitbehandelde patiënten die weinig mantelzorg hebben. Anderzijds biedt palliatieve dagzorg opvang voor patiënten in het grijze gebied van ‘vroege palliatie’, met name zij die worstelen met emotionele en/of zingelevingsvragen. Palliatieve dagzorg ontlast de mantelzorgers.

2.1 Inleiding

De Belgische wetgeving schrijft voor dat een patiënt, ongeacht waar deze begeleid wordt of sterft, recht heeft op adequate palliatieve zorg. In Vlaanderen heeft men vanaf het begin geijverd om palliatieve patiënten thuis te verzorgen in hun vertrouwde omgeving, rekening houdend met de wens van vele patiënten. Er zijn vier gestructureerde vormen van palliatieve zorg in Vlaanderen: de mobiele thuiszorgequipes, de residentiële eenheden voor palliatieve zorg (‘hospices’), de palliatieve supportteams in de ziekenhuizen en in de woon- en zorgcentra, en tot slot de palliatieve dagcentra.^[1]

Steeds meer palliatieve patiënten leven langer en in een betere conditie. Deze mensen hebben behoefte aan zorg en ondersteuning, advies en ontspanning in een

palliatief arts in centrum voor palliatieve zorg (hospice, hospital support team, dagcentrum), GZA Ziekenhuizen Centrum Palliatieve Zorg, Wilrijk (België)

P. Demeulenaere, MD MSc Pall Care (✉)

GZA Ziekenhuizen Centrum Palliatieve Zorg, Wilrijk, België

setting die niet puur gericht is op medische en/of verpleegkundige behandeling. Bovendien blijkt uit onderzoek dat veel patiënten de uitdrukkelijke wens hebben thuis te kunnen sterven. Tussen de uitersten van enerzijds genezing en anderzijds terminale zorg, blijft het grijze gebied: van het zoeken en uitproberen van nieuwe of alternatieve behandelingsmogelijkheden, terugkeer van de ziekte, van emotionele ontwrichting, van hoop en wanhoop, van het aanpassen aan de nieuwe levensomstandigheden. Behalve voor de opvang van vergevorderde, uitbehandelde patiënten, zijn palliatieve dagcentra aangepast om patiënten in dit grijze gebied van 'vroegge palliatie' op te vangen.[2]

Uit onderzoek van de End of Life Care Research Group van de Universiteit Brussel concluderen Van Den Block en Deliëns dat patiënten in de laatste maanden voor hun overlijden zeer diverse zorgtrajecten doorlopen en heel dikwijls in het ziekenhuis worden opgenomen.[3] Palliatieve dagzorg kan hierop ten dele een antwoord zijn. Patiënten krijgen er steun op die moeilijke momenten van de overgang van curatie naar palliatie, op de momenten dat ze keuzes moeten maken en beslissingen moeten nemen ('ga ik door met de chemo of niet?'), de momenten van hoop en wanhoop.

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 duidelijk: dagopvang moet zonder twijfel deel uitmaken van het zorgaanbod. Het volgende 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.[4]

2.2 Palliatieve dagzorg in het Verenigd Koninkrijk

Internationaal is met palliatieve dagzorg vooral ervaring opgedaan in Engeland. Palliatieve dagzorg wordt omschreven als een essentieel onderdeel van palliatieve zorg.[5,6] Davies en Higginson omschrijven palliatieve dagzorg als: 'een dienst die de onafhankelijkheid en de kwaliteit van het leven tracht te vergroten door revalidatie, bezigheidstherapie, fysiotherapie, het bestrijden van symptomen en psychologische ondersteuning'.[7] Volgens Leiper zijn de volgende drie principes essentieel voor de organisatie van palliatieve dagzorg: de dagzorg moet toegankelijk zijn voor allen die er baat bij zouden kunnen hebben, de zorg is multidisciplinair en professioneel georganiseerd, en de dagzorg dient geïntegreerd te worden met andere vormen van palliatieve zorg.[8] Uit onderzoek blijkt dat patiënten die dergelijke voorzieningen bezoeken, daarover zeer tevreden zijn. Verder blijkt dat patiënten vooral het ontmoeten van andere mensen in dezelfde situatie waardevol vinden. Het geeft hen inzicht in hoe anderen omgaan met hun situatie.[9]

In het Verenigd Koninkrijk zijn er verschillende modellen voor palliatieve dagzorg. Opgemerkt wordt dat een combinatie van het medische en sociale model de voorkeur geniet. Een van de modellen is het sociale model, waar patiënten voornamelijk verblijven als respijtzorg voor de mantelzorg of om sociaal isolement tegen te gaan. Bij dit type voorziening worden geen strikte opname- of ontslagcriteria gehanteerd. Patiënten hebben geen of in beperkte mate toegang tot een multidisciplinair team. Het tweede model is het medisch/klinisch model. Hier is het doel van verblijf hetzelfde als bij het sociale model, maar ook symptoomcontrole (zowel fysiek als psychologisch) is een doel. Men heeft regelmatig contact met het multidisciplinaire team. In dit model is er veelal sprake van een intake en van een doorgaand proces van het formuleren en bijstellen van doelstellingen en het evalueren van de uitkomsten van de geboden zorg. Een derde model, dat het minst voorkomt, is het therapeutisch model. Dit type voorziening lijkt meer op een polikliniek, waarbij een intake plaatsvindt en er vervolgens afspraken worden gemaakt met specifieke professionals of waarbij men deelneemt aan counseling, complementaire therapie of aan één of meerdere groepssessies.[10]

In 2005 publiceerde de Association of Palliative Day Care leaders een reeks van standaarden die een kader bieden waarbinnen palliatieve dagzorg zich verder zou kunnen ontwikkelen. De Associatie van Palliatieve Dagzorgleiders erkent alle modellen en hanteert als uitgangspunt dat ieder hospice het model moet gebruiken dat het best past bij de behoeften van zijn patiënten, middelen en geografische locatie. Het multidisciplinaire team dient ervoor te zorgen dat de zorg holistisch is en uitgaat van de behoeften van de patiënt.[11]

2.2.1 Wat is de doelgroep voor deze voorzieningen en wat zijn uitsluitingscriteria?

Een aantal hospices staat alleen open voor mensen met kanker, maar dit is langzaam aan het veranderen. Veel hospices nemen zowel patiënten met kwaadaardige aandoeningen op als patiënten met niet-kwaadaardige aandoeningen (zoals neurologische aandoeningen, hart-, long- en leveraandoeningen). Het hoofdcriterium is dat patiënten palliatieve zorg nodig hebben. Toch laten sommige instellingen geen patiënten toe met ziekten van chronische aard, zoals MS of COPD. Patiënten met ernstige infecties of psychiatrische ziekten worden voorafgaand aan deelname geselecteerd. Wat leeftijd betreft wordt iedereen van 18 tot 100 jaar toegelaten.[11]

2.2.2 Hoe ziet een programma eruit?

De programma's variëren sterk en zijn afhankelijk van het model van dagzorg. In de meeste gevallen wordt er voor de lunch gezorgd en voor versnaperingen. Gedurende de dag kunnen patiënten een consult hebben bij een lid van het multidisciplinaire team in verband met symptoomcontrole. Men kan een bloedtransfusie krijgen

of andere intraveneuze medicatie toegediend krijgen (maar geen chemotherapie). Veel hospices hebben faciliteiten zoals een badkamer en een kapper. Veel patiënten maken gebruik van complementaire therapie en creatieve therapie. Er worden groepsgesprekken georganiseerd en er is tijd voor ontspanning in groepsverband. Sommige hospices verzorgen ook dagen of bijeenkomsten speciaal voor mantelzorgers.[11]

2.2.3 Welke disciplines werken in voorzieningen voor dagzorg?

Verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, artsen, geestelijk verzorgers, complementair therapeuten, activiteitenbegeleiders en creatief therapeuten worden ondersteund door secretaresses en vrijwilligers. Veel hospices hebben een combinatie van genoemde disciplines in dienst en minimaal één verpleegkundige. Het merendeel van de voorzieningen wordt geleid door een verpleegkundige. De verpleegkundige bespreekt de behoeften van de patiënt en verwijst dan zo nodig naar de leden van het multidisciplinaire team.[11]

2.2.4 Hoe worden de voorzieningen georganiseerd en gefinancierd?

Veel voorzieningen voor dagzorg zijn verbonden aan intramurale voorzieningen. Er zijn echter ook zelfstandige voorzieningen voor dagzorg. Een klein aantal hospices is verbonden aan ziekenhuizen, maar het merendeel is onafhankelijk. De regering heeft een richtlijn uitgevaardigd voor lokale fondsen (local primary care trusts, die onderdeel vormen van het National Health Service-systeem), om hospices financieel te ondersteunen in hun kerntaken. Dit dekt ongeveer 30% van de kosten, maar varieert van gebied tot gebied. De rest wordt bijeengebracht door fondsenwerving, via liefdadigheidsinstellingen en via eigen winkels en afdelingen. Fondsenwerving. De algemene filosofie van de hospices is dat voorzieningen voor dagzorg gratis worden geboden en dat er een eerlijke en voor iedereen gelijke toegang is tot dagzorg. Patiënten worden meestal door andere professionals verwezen. Transportmogelijkheden variëren afhankelijk van de locatie en de beschikbare middelen. Veel hospices maken gebruik van vrijwilligers die patiënten van en naar de palliatieve voorzieningen brengen. De ervaring leert dat de afstand tussen de voorziening en de thuissituatie van de patiënt maximaal 30 km mag bedragen, gezien de belasting van het vervoer voor de patiënt. Wat betreft de inrichting van de voorziening wordt aanbevolen over de volgende ruimten te beschikken: een comfortabele, grote ruimte voor de groep; enkele kleinere ruimten met bedden (privacy); een ruimte voor creatieve activiteiten; een ruimte voor complementaire therapie, fysiotherapie en voor de arts, en een kantoor. De managementstructuur varieert van hospice tot hospice, maar over het algemeen is er een dagzorgmanager, die verantwoording aflegt aan de

verpleegkundig manager of de algemeen manager van het hospice. Ten aanzien van het aanbod wordt uitgegaan van 1 plaats per 10.000 inwoners.[11]

Uit onderzoek blijkt dat palliatieve dagzorg een gunstige invloed heeft op het welbevinden van patiënten, doordat het sociale isolement afneemt en de sociale ondersteuning verbetert.[12,13] Tot op heden ontbreekt echter empirisch wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat palliatieve dagzorg effectief ook invloed heeft op de levenskwaliteit of op een betere beheersing van de symptomen. Dit heeft te maken met de complexiteit van de onderzoeksmethodologie, die het niet mogelijk maakt om eenduidige conclusies te trekken.

2.3 Palliatieve dagzorg in Vlaanderen

Eind jaren negentig van de vorige eeuw werden de eerste drie palliatieve dagcentra opgericht: TOPAZ te Wemmel, CODA te Wuustwezel en Bethanië te Brussel. Zij krijgen vanaf de oprichting een jaarlijkse subsidie via de actie Kom op tegen Kanker (Vlaamse Liga tegen Kanker). De dagcentra moesten het voor de rest van privé-initiatieven hebben.

De andere palliatieve dagcentra zijn rond 2002 opgericht in het kader van een pilotproject palliatieve dagzorg, gefinancierd door de federale overheid. De eerste jaren waren moeilijk: de kennismaking met het concept palliatieve dagzorg liep bij het grote publiek en de hulpverleners niet van een leien dakje. Veel palliatieve dagcentra stopten hun activiteiten dan ook vroegtijdig in de eerste drie jaar, wegens gebrek aan patiënten. Aanvankelijk waren de opnamecriteria die de federale overheid had opgelegd vrij streng: alleen patiënten met een levensverwachting van maximaal drie tot zes maanden konden er terecht. De evaluatie van de pilotprojecten in 2005 was – niet geheel onverwacht – tamelijk ontgoochelend: te weinig patiënten en de goede werking werd onvoldoende aangetoond.[14]

Nadat de federale overheid de financiering in het kader van de pilotprojecten (einde 2005) plots had beëindigd, dreigde het gros van de palliatieve dagcentra te verdwijnen. Dankzij de onvoorwaardelijke en billijke steun van de Vlaamse Liga tegen Kanker kon een beperkt aantal initiatieven toch voortgezet worden. In 2005 en 2006 onderhandelde de Vlaamse Gemeenschap met de federale overheid om financiële middelen over te hevelen vanuit het federale niveau; einde 2006 is dit uiteindelijk gelukt. Op die manier werden vijf palliatieve dagcentra door de Vlaamse Gemeenschap erkend en gesubsidieerd als expertisecentra voor palliatieve dagzorg. De dagcentra kregen er dus een opdracht bij als expertise- en vormingscentrum, een totaal nieuwe dimensie.

Sinds 2006 zijn de wettelijke criteria, nu opgelegd door de Vlaamse overheid, versoepeld en kunnen patiënten met een iets langere prognose dan twaalf maanden ook terecht in het dagcentrum. We kunnen dan ook stellen dat het aanbod van een palliatief dagcentrum eerder ondersteunend is, en niet uitsluitend is gefocust op de terminale zorg. Dit is een essentieel verschil met de residentiële eenheden.

Het verhaal van de palliatieve dagcentra is dus vooral een Vlaams verhaal. Momenteel zijn er in Vlaanderen vijf erkende palliatieve dagcentra: Topaz in Wemmel (provincie Brabant), het Heidehuis in Brugge (provincie West-Vlaanderen), De Kust in Oostende (provincie West-Vlaanderen), Coda Hospice in Wuustwezel (provincie Antwerpen) en Sint-Camillus in Wilrijk (provincie Antwerpen). Al deze initiatieven bestaan inmiddels iets meer dan tien jaar. In de provincies Oost-Vlaanderen en Limburg zijn tot op heden geen palliatieve dagcentra. Aan de andere kant van de taalgrens in Wallonië en ook het hoofdstedelijk gewest Brussel zijn er geen palliatieve dagcentra. De Vlaamse overheid zoekt ondertussen naar een model (en financiering) om palliatieve dagzorg beter beschikbaar te maken over heel Vlaanderen. [15] Ter vergelijking: in 2007 zijn er in heel het Verenigd Koninkrijk (60 miljoen inwoners tegenover 6 miljoen inwoners in Vlaanderen) 255 palliatieve dagcentra bekend. Het eerste palliatief dagcentrum opende er zijn deuren in 1978.

Palliatieve dagzorg is in Vlaanderen nog steeds relatief onbekend. De dagcentra fungeren als een aanvulling op de thuiszorg. Zij bieden overdag (tijdens kantooruren) holistische zorg op maat, de patiënt keert 's avonds terug naar zijn thuismilieu. Palliatieve dagzorg is complementair aan de andere vormen van palliatieve zorg die de patiënt al ontvangt in de thuiszorg, met name van de huisarts, de thuisverpleegkundige en de mobiele palliatieve thuisbegeleidingsequipes. De huisarts is en blijft de spil van de zorg. Het motto luidt: 'een dagje uit voor de zieke en een dagje vrij voor de mantelzorg'; op die manier blijft de draagkracht van de familie en andere mantelzorgers langer behouden. Bovendien heeft de patiënt in het dagcentrum sociaal contact met lotgenoten en kan hij/zij ondersteunende behandelingen krijgen, waarvoor hij anders naar het ziekenhuis moet en/of die in de thuiszorg niet mogelijk of moeilijk zijn: ascitespunctie, onderhoud poortkathetersysteem, bloedtransfusies, een verwen-wasbeurt in een speciaal hoog-laagbad, psychologische ondersteuning.[16]

Uit vergelijkend onderzoek tussen palliatieve dagcentra en geriatrische dagcentra blijkt dat er duidelijke verschillen zijn tussen beide zorgvormen: zowel het patiëntenprofiel (meer alleenstaanden, gemiddeld jongere patiënten en meer oncologische diagnoses in een palliatief dagcentrum) als het zorgaanbod verschilt. Patiënten, zorgverleners en verwijzers blijken zeer tevreden te zijn.[17]

Huisartsen in Vlaanderen geven aan dat ze palliatieve dagcentra willen aanraden aan hun patiënten als aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Er moet een reële samenwerking zijn tussen de huisarts en het dagcentrum, waarbij de huisarts de spil van de zorg blijft. Verder moet de patiënt fysiek nog in staat te zijn om vervoerd te worden en bovendien moet er een passende oplossing zijn voor het vervoer van de patiënt. Verder stellen huisartsen dat ze de fysiek georiënteerde dienstverlening zinvoller vinden dan de psychosociale opvang.[18]

De eerste ervaringen met palliatieve dagzorg in Nederland lijken sterk op die in Vlaanderen. In juni 2006 startte het Academisch Hospice Demeter in De Bilt als eerste in Nederland met het aanbieden van palliatieve dagzorg.[19]

In het model dat de Vlaamse palliatieve dagcentra voor de federale overheid ontwierpen ter gelegenheid van het erkenningsdossier lezen we:

Het palliatief dagcentrum biedt ondersteuning aan patiënten met een ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende aandoening en aan hun naasten tijdens moeilijke periodes van hun leven. Met ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende aandoeningen worden bedoeld: kanker in een vergevorderd, gegeneraliseerd stadium (patiënt staat al dan niet nog onder actieve behandeling), gevorderd orgaanfalen (hartfalen, COPD, levercirrose, nierfalen, etc.), vergevorderde neurologische en neuromusculaire aandoeningen. Moeilijke periodes in het leven zijn crisismomenten op fysiek, psychisch, sociaal of spiritueel gebied, waarbij de patiënt zich gedwongen ziet om nieuwe copingstrategieën te ontwikkelen.[20]

De ondersteuning gebeurt door:

1. pijn- en symptoomcontrole bij psychisch en/of fysiek lijden ten gevolge van ziekteprogressie en/of gerelateerde behandelingen (bijv. chemo- en radiotherapie);
2. aangepaste, complementaire zorg (bijv. ondersteunende intraveneuze behandelingen, bloedtransfusies, ascitespuncties, etc.) die in het thuismilieu niet goed mogelijk is;
3. brugfunctie tussen intra- en extramurale zorg om continuïteit van zorg te verzekeren;
4. psychosociale ondersteuning van patiënt en/of naasten om hun draagkracht in stand te houden of te vergroten;
5. ondersteuning van de mantelzorg ('een dagje uit voor de patiënt en een dagje vrij voor de familie/thuisverzorgers');
6. resocialisatie/rehabilitatie door lotgenotencontact en aangepast activiteiten aanbod;
7. kortom, een alternatief bieden wanneer behandelingen en onderzoeken zinloos worden.

De palliatieve dagcentra in Vlaanderen profileren zich verder als expertisecentra. De dagcentra waren zich vanaf het begin bewust van het belang van het doorgeven en uitwisselen van expertise. De centra geven interdisciplinair advies, bieden ondersteuning aan andere soorten dagverzorgingscentra en andere thuiszorgdiensten via stages, praktijkopleidingen, cursussen en professionele adviezen. Hierdoor kan een palliatief dagcentrum een educatieve en maatschappelijke rol vervullen. Door de extra subsidie van de Vlaamse Gemeenschap werden de dagcentra ook effectief erkend als 'excellentiecentra' voor de (thuis)zorg.

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 thuis kunnen blijven. 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 worden bijgestaan door gekwalificeerd personeel (arts, verpleegkundigen en psycholoog). Zo kan hun ontslag uit het ziekenhuis bijna naadloos gebeuren met de geruststelling dat zij thuis ook verzorgd blijven. Eenmaal thuis bezoekt de patiënt af en toe het dagcentrum.

2.4 Conclusie

Het belang van de palliatieve dagcentra is niet te onderschatten in een veranderende maatschappij met steeds minder mantelzorg. De gezinskern wordt alsmäär kleiner en bestaat vaak uit twee werkende partners. Wanneer één van beiden ernstig ongeneeslijk ziek wordt, kan de werkende partner overdag geen zorg verlenen. We worden steeds meer geconfronteerd met situaties waarin jonge mensen met een levensbedreigende aandoening tevergeefs naar opvang zoeken in een voor hen 'leefbare' omgeving. Een noodgedwongen hospitalisatie of opvang in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) kan door dagopvang vermeden of uitgesteld 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. Initiatieven zoals een palliatief dagcentrum vormen een perfect alternatief om tegemoet te komen aan deze problematiek.

Ondanks de drempels (de naam: palliatief!) bij hulpverleners en patiënten, om gebruik te maken van palliatieve dagzorg, verdient deze zorgvorm zeker zijn plaats binnen het bredere palliatieve zorglandschap in Vlaanderen. Het ondersteunende karakter ervan is vooral geschikt voor patiënten in de 'vroeg-palliatieve' fase. Een palliatief dagcentrum kan deze patiënten helpen keuzes te maken in de behandeling: palliatieve dagcentra zijn op die manier ook een middel om 'therapeutische hardnekkigheid' tegen te gaan. Promotie en bekendheid geven blijven belangrijke aandachtspunten. Hiervoor moet een platform gecreëerd worden en moeten ook de nodige middelen voorzien worden.

Literatuur

1. Demeulenaere P. 'Hallo met de referentie-arts': een andere manier om huisartsen te ondersteunen in de palliatieve thuiszorg? Cahiers Bijblijven. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
2. Buys Ballot B, et al. Palliatieve dagzorg in een internationaal perspectief: een ontbrekende schakel in de Nederlandse keten. Ned Tijdschr Pall Zorg 2006:55-7.
3. Block L van den, et al. Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors (Senti-Melc study). BMC Health Service Research 2007;7(69):1-9.
4. 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 860e vergadering van de Ministeriële Vertegenwoordigers.)
5. Hospice and Palliative Care Directory UK and Ireland. Help the hospices, 2007.
6. Hearn J, et al. Palliative Day Care in practice. Oxford: Oxford University Press, 2001.
7. Davies E, Higginson I. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. Supp Cancer Care 2005:607-27.
8. Leiper M. Day hospices. Scottish Partnership Agency, 1995.

9. 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
10. Noble S, et al. Hospice Day Care. *Eur J Pall Care* 2002:153–5.
11. Standards for palliative daycare. Ass for palliative day care, 2005.
12. Bradley S, et al. Patients psychosocial experiences of attending Specialist Palliative Daycare, a systematic review. *Pall Med* 2011:210–28.
13. Stevens E, et al. The outcomes of palliative care day services. A systematic review. *Pall Med* 2010:153–69.
14. Distelmans W, Bauwens S, Storme S, Tielemans L. Palliative day care in Belgium: first observations. *Eur J Pall Care* 2005;12(4):170-3.
15. www.zorg-en-gezondheid.be/palliativedagcentra.aspx
16. Distelmans W. Een waardig levenseinde. Antwerpen: Hautekiet, 2005.
17. Verstaen A. Palliatieve dagopvang in West-Vlaanderen: een kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de aard van en behoefte aan palliatieve dagopvang binnen de provincie West-Vlaanderen. *TVW* 2009 februari;3:297.
18. Herman I. Hoe zien huisartsen de rol van een palliatief dagcentrum binnen het geheel van de gezondheidsvoorzieningen voor palliatieve patiënten? Een explorerend beschrijvend onderzoek. *Ned Tijdschr Pall Zorg* 2004:102–3.
19. Koppenol M. Palliatieve Daggzorg van Academisch Hospice Demeter: de eerste ervaringen met palliatieve dagzorg in Nederland. *Ned Tijdschr Pall Zorg* 2011:26–35.
20. Distelmans W, Demeulenaere P. Model palliatieve dagzorg Vlaanderen, ontwerp tekst Federale Overheid, 2010-2011.

Inzichten in de palliatieve zorg

Voor de huisartspraktijk

Berendsen, A.J.; van Soest, F.M. (Eds.)

2014, X, 163 p., Softcover

ISBN: 978-90-368-0825-5