

Inspiratiebundel Vroegtijdige Zorgplanning: voordracht voor burgers

Deze inspiratiebundel werd ontwikkeld en aan de praktijk getoetst door een werkgroep van het project 'Vroegtijdige Zorgplanning in West-Vlaanderen'. Het is ontworpen voor personen en organisaties die een voordracht willen organiseren over Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) voor burgers. In deze bundel vind je praktische informatie voor het organiseren van een voordracht, tips voor het ontwerpen van een flyer en hulp bij het zoeken van een spreker. Daarnaast bevat de bundel een PowerPointpresentatie en een referentiekader voor de spreker als toelichting bij de PowerPoint. Het materiaal is bedoeld als kapstok. Organisatoren en sprekers kunnen en mogen er hun eigen toets aan geven. Het aangeboden materiaal wil een basis bieden om van te vertrekken.

1. De organisatie

1.1 Doelpubliek

De voordracht richt zich tot het brede publiek, van jongeren tot senioren. Vroegtijdige zorgplanning is iets voor elke leeftijd. Met de voordracht willen we mensen bereiken die er nog nooit mee zijn geconfronteerd en er eens willen over nadenken.

Naast de persoon die zijn vroegtijdige zorgplanning in orde wil brengen, is de voordracht ook bedoeld voor zijn wettelijke vertegenwoordiger en zijn vertrouwenspersoon. Op die manier komen zij te weten wat vroegtijdige zorgplanning inhoudt en wat hun rechten zijn.

De bedoeling van de voordracht is empowerment. Ze wil mensen prikkelen om met hun huisarts te spreken over hun vragen.

1.2 Bekendmaking en toegankelijkheid

Voor een goede opkomst mikt u best op een wijk, dorp of regio van 10.000 inwoners. Hoe ruimer de aankondiging gebeurt, hoe beter. Alle mensen die niet aanwezig zijn op de voordracht, maar wel de flyer gelezen hebben, zijn op een bepaalde manier ook geïnformeerd over VZP. De flyer met duiding kan dan beschouwd worden als informatiebrochure.

Om de jeugd te bereiken, kan er van gedachten worden gewisseld met jeugdleiding, jeugdleden, enz. U kunt werken met beeldmateriaal en herkenbare situaties om de voordracht attractief te maken. Getuigenissen, een bekend gezicht, peter- en meterschap kunnen helpen om mensen sneller aan te spreken. U kunt ook de buurtwerking betrekken, verenigingen aanspreken, een evenement aanmaken op Facebook, enz.

Het is belangrijk dat de locatie waar de voordracht doorgaat laagdrempelig is, bijvoorbeeld een lokaal dienstencentrum, een gemeenschapscentrum, een openbare bibliotheek, enz. Eventueel kunnen mensen zich inschrijven. Hiervoor zijn pro's en contra's.

Tips voor de flyer

- ✓ Heb aandacht voor de taal en de manier van communiceren. Zorg ervoor dat jong en oud zich aangesproken voelt.
Bv. "Heb jij al eens gepraat met je ouders?", "Heb jij al eens gepraat met je kinderen?"
- ✓ Prikkel de lezer door een aantal herkenbare vragen in het oog te laten springen.
Bv. "Wat als ik na een verkeersongeval in een coma terecht kom? Wat als ik wilsonbekwaam word? Wat is palliatieve zorg? Welke documenten zijn belangrijk? Wat is euthanasie? Moet ik ondraaglijk lijden? Wat zijn mijn rechten als patiënt?"
- ✓ Zorg bij voorkeur voor een herkenbare lay-out.
Bv. giet de flyer in de huisstijl van de organisator of van de gemeente, maak gebruik van herkenbare logo's, enz.
- ✓ De flyer kan verspreid worden via huis-aan-huisbedeling. Adverteren in een lokaal tijdschrift of krantje is ook een mogelijkheid.
Bv. Doe een vooraankondiging in een lokale krant twee maanden op voorhand en adverteer de flyer een tweetal weken vooraf.
- ✓ Daarnaast kunnen de flyers verspreid worden in publieke ruimtes.
Bv. in wachtzalen van artsen, bij apothekers, bij lokale handelaars, in bibliotheken, in sportcentra,...
- ✓ Bij wijze van voorbeeld vindt u hieronder de flyer die door de werkgroep werd ontwikkeld voor een proefvoordracht.

Achterzijde – voorzijde

Voordracht
Tijdig zorgen voor je zorg bij het levenseinde
Een goed idee voor oud én jong...?

Wanneer:
12 mei 2016
om 15u30 of om 19u30

Waar:
Lokaal Dienstencentrum De Garve
Pannebekestraat 33,
8000 Brugge

Sprekers:
Barbara Roose
stafmedewerker LEIF West-Vlaanderen
Valérie Muylle
psychologe vzw Heidehuis

Vroegtijdige Zorgplanning
in West-Vlaanderen

EIF
LEIF West-Vlaanderen
LEIF punt Brugge

heide huis
Lokaal dienstencentrum
in West-Vlaanderen

De inkom is gratis, inschrijven is niet nodig.

Vroegtijdige Zorgplanning
in West-Vlaanderen

'Wat als ik na een verkeersongeval in een **coma** terecht kom?'

'Wat als ik **wilsonbekwaam** word?'

'Wat is **palliatieve** zorg?'

'Welke **documenten** zijn belangrijk?'

'Wat is **euthanasie**?'

'Moet ik ondraaglijk **lijden**?'

'Wat zijn mijn **rechten** als patiënt?'

Heb jij er al eens met je kinderen over gepraat?

Heb jij er al eens met je ouders over gepraat?

Contacteer VZP:
info@VZPwvl.be

**Vroegtijdige
Zorgplanning**
in West-Vlaanderen

Van 's morgens vroeg tot 's avonds laat maken we kleine en grote plannen: opstaan, koffie zetten, tanden poetsen, ontbijten, boodschappen doen, werken, leren, sporten,...

Van 's morgens vroeg tot 's avonds laat praten we over kleine en grote onderwerpen: het weer, het verkeer, de school, het werk, het voetbal, het goede en het slechte in de wereld,...

Dag in dag ult maken we allertel plannen. We praten voortdurend over wat ons overkomt en wat op ons afkomt, maar zelden of nooit over hoe we (de zorg bij) ons levenseinde zien.

Regelmatig zien we mensen om ons heen - vrienden, kennissen, schoolvrienden, ouders, burens, collega's, grootouders - al dan niet plots, sterven.

Stilstaan bij het eigen levenseinde roept heel wat vragen op en maakt ons soms bang en onzeker. Het is confronterend om hierover te praten en toch voelen mensen zich vaak gerustgesteld als ze dit onderwerp kunnen bespreken met hun kinderen, ouders, huisarts, vertrouwenspersoon,...

We organiseren een voordracht die jong en oud wil doen nadenken over deze zorg bij het levenseinde.

Tijdens deze voordracht maken we je wegwijs in de wetgeving die hierover bestaat en in de administratie die hieromtrent kan gebeuren.

Ook proberen we een antwoord te bieden op de vragen die je hierover eventueel nog hebt.

En eenmaal goed geïnformeerd, beslist ieder voor zich of vroegtijdige zorgplanning al dan niet een goed idee is.

1.3 Partners

Het is belangrijk om lokale partners te betrekken en die naar aanloop van de voordracht even samen te brengen om hen in te lichten over de bedoeling ervan. Op die manier zijn ze niet enkel goed geïnformeerd, maar ook goed georganiseerd: waar kan men papieren halen, waar kan men terecht met vragen, enz. Ze kunnen mensen ook stimuleren om naar de voordracht te komen.

Onder lokale partners verstaan we onder andere: (huis)artsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, maatschappelijk werkers van de mutualiteit en van het OCMW/Sociaal Huis, woonzorgcentra, ziekenhuizen, lokale dienstencentra, LEIF, het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), het Netwerk Palliatieve Zorg, enz. Het SEL kan gecontacteerd worden om lokale partners te informeren. Indien gewenst kunt u via de LEIFlijn een LEIFarts contacteren om de lokale artsen bijeen te brengen. Ook het sociaal verenigingsleven, zoals jeugdbewegingen, sportverenigingen, culturele verenigingen kunnen worden uitgenodigd.

1.4 De spreker

De voordracht wordt het best gegeven door iemand die de mensen vertrouwen of iemand uit de regio die ze kennen. Dit maakt het laagdrempelig. Daarnaast is het ook belangrijk dat de spreker over voldoende deskundigheid en ervaring beschikt.

Op de website www.VZPwvl.be vindt u een overzicht van mogelijke sprekers. Dit kunnen mensen zijn die dit freelance of op zelfstandige basis doen of dit kunnen organisaties zijn waar mensen werken die dit op zich kunnen nemen. Het overzicht op de website bevat de meest recente gegevens. Daarnaast kunt u steeds terecht bij LEIF en de Netwerken Palliatieve Zorg in West-Vlaanderen.

Contact

- ✓ LEIF West-Vlaanderen
W www.levenshuis.be
- ✓ Netwerken Palliatieve Zorg West-Vlaanderen
W www.pzwvl.be

1.5 De voordracht zelf

Om een breed publiek aan te spreken kan de voordracht op twee verschillende dagdelen worden ingericht, bijvoorbeeld in de namiddag en 's avonds. De voordracht zelf duurt ongeveer 45 minuten. Nadien wordt er een pauze ingelast. Om de voortgang van de voordracht niet te onderbreken, worden vragen uit het publiek best gehouden tot na de pauze. Ruim gerekend duurt de volledige voordracht, inclusief vragenronde achteraf, ongeveer twee uur.

De voordracht kan worden afgesloten met een panelgesprek. Bij het binnenkomen krijgen de mensen een briefje mee waarop ze hun concrete vragen kunnen noteren. Tijdens de pauze krijgen ze de gelegenheid om hun vragen op papier te zetten en in de bus te stoppen. Deze vragen komen aan bod tijdens het panelgesprek. Hierop kunnen de spreker(s) en iemand uit het ziekenhuis, iemand uit het woonzorgcentrum, iemand uit de thuiszorg en een (huis)arts aanwezig zijn. Het is aangewezen dat een neutraal persoon het panelgesprek leidt (bv. de organisator, de gastheer of gastvrouw). Op deze manier kan iedereen aan bod komen om vragen te beantwoorden. De aanwezigheid van een arts wordt heel sterk aangeraden.

U kunt informatiestanden voorzien, bijvoorbeeld voor orgaandonatie, het woonzorgcentrum, het ziekenhuis, LEIF, het Netwerk Palliatieve Zorg, enz. Als u sprekers uitnodigt voor een panelgesprek en informatiestanden voorziet, dan worden deze best door de gastheer of gastvrouw voorgesteld. Het wordt ook aangeraden dat sprekers achteraf nog even blijven. Dit is een waardevol netwerkmoment. U kunt opteren om op het moment van de voordracht geen registratiedocumenten vroegtijdige zorgplanning mee te geven. Als alternatief kunt u wel een informatiebrochure voorzien. Dit moedigt mensen aan om te focussen op het proces en minder op de papieren. Het nodigt hen uit om in gesprek te gaan.

1.6 Nazorg

In de periode na de voordracht is het belangrijk dat mensen terecht kunnen bij een individuele zorgverlener die de begeleiding op zich neemt. Bezorg mensen na afloop van de voordracht de nodige contactgegevens. Dit zijn bijvoorbeeld de gegevens van de plaatselijke huisartsen, LEIF, de Netwerken Palliatieve Zorg, maatschappelijk werkers van de mutualiteit of van het OCMW/Sociaal Huis,... Deze contactgegevens kunnen geprojecteerd worden (bijvoorbeeld op de laatste slide), maar kunnen ook op papier meegegeven worden met de mensen.

1.7 Financieel

De kosten die bij het organiseren van een voordracht komen kijken, kunnen variëren naargelang de keuzes die u maakt. Informeer via uw sociaal netwerk of er partners zijn die u

iets kunnen aanbieden tegen een voordelige prijs. Bijvoorbeeld: het aanbieden van een zaal, het verspreiden van de flyer door vrijwilligers,...

Hou rekening met de mogelijke kosten voor volgende zaken:

- Flyer ontwerpen
- Flyer drukken
- Flyer adverteren
- Flyer verspreiden
- Gebruik van de zaal
- Catering
- Spreker en panelleden
- Onderhouden van sociale media en website (tijdsinvestering)

2. Referentiekader voor de spreker

In het eerste luik van deze inspiratiebundel gingen we in op de praktische elementen die voor de organisator van een voordracht voor de burger belangrijk zijn. In dit tweede luik richten we ons tot de spreker. Deze leidraad bevat 34 slides met per slide de nodige toelichting. Belangrijk is dat diegene die de voordracht geeft, de toelichting niet al te krampachtig volgt. Eigen voorbeelden gebruiken, verwijzen naar de actualiteit, enz. bieden uiteraard een meerwaarde. Het is een dynamisch gegeven. Niettemin moet de basisfilosofie van de voordracht gevolgd worden: respecteren van de zelfbeschikking en autonomie, aanspreken van jong en oud,...

Voorafgaand aan de voordracht in een wijk, deelgemeente of dorp is het wenselijk dat je de lokale eerstelijnsdiensten, artsenkringen en het verenigingsleven bijeenroept met tekst en uitleg zodat zij de voordracht mee kunnen dragen. In de voordracht verwijzen we naar de rol van de huisarts. Het is logisch dat de huisartsen vooraf weten dat in hun omgeving een voordracht over Vroegtijdige Zorgplanning plaatsvindt. Bij voorkeur organiseer je de voordracht in samenwerking met het lokale Netwerk Palliatieve Zorg en het LEIFpunt. Het Samenwerkingsinitiatief Eerste Lijnsgezondheidszorg (SEL) kan helpen bij het contacteren van lokale zorgpartners.

De voordracht bestaat uit twee delen, onderbroken door een pauze:

- Deel I: voordracht (45')
- Pauze (15')
- Deel II: beantwoorden van vragen (eventueel in een panelgesprek) en overzicht geven van diensten waar mensen terecht kunnen met hun individuele vragen (45')

De aanwezigen kunnen hun vragen tijdens de pauze in een vragenbus deponeren. Let erop dat iemand die voldoende onderlegd is in het onderwerp de vragen beantwoordt. De aanwezigheid van een arts (bijvoorbeeld een huisarts, LEIFarts of equipearts van een Thuiszorgequipe Palliatieve Zorg), biedt een meerwaarde.



TIJDIG ZORGEN VOOR JE ZORG

Een goed idee?

Voordracht over vroegtijdige zorgplanning

TOELICHTING bij SLIDE 1

(Kan als inspiratie dienen voor de flyer.)

Dag in dag uit maken we allerlei plannen.

Van 's morgens vroeg tot 's avonds laat maken we kleine en grote plannen. Opstaan, koffie zetten, tanden poetsen, ontbijten, boodschappen doen, werken, leren, sporten, een concert meepikken, de trein nemen, stofzuigen, uitgaan,...

We praten voortdurend over wat ons overkomt en wat op ons afkomt...

Van 's morgens vroeg tot 's avonds laat praten we over kleine en grote onderwerpen. Het weer, het verkeer, de school, het werk, het voetbal, het goede en slechte in de wereld,...

... maar niet over hoe we zelf onze zorg zien.

Regelmatig zien we mensen om ons heen -vrienden, kennissen, schoolvrienden, ouders, burens, collega's, grootouders- in een zorgafhankelijke positie geraken of -al dan niet plots-, sterven door ziekte, ongeval, ouderdom, zelfdoding, ... Stilstaan bij het eigen levenseinde roept vragen op en maakt ons soms bang en onzeker. Het is confronterend om hierover te praten en toch voel je je vaak gerustgesteld als je dit onderwerp bespreekt met je kinderen, ouders, huisarts, vertrouwenspersoon,...

Deze voordracht wil jong en oud doen nadenken over hun toekomstige zorg: wat zijn mijn rechten als patiënt? Wat als ik na een verkeersongeval in een onomkeerbare coma terecht kom? Wat als ik wilsonbekwaam word? Wie zal er voor mij beslissen als ik het niet meer kan? Wat is palliatieve zorg? Moet ik ondraaglijk lijden? Welke documenten zijn belangrijk? Wat is euthanasie?

Tijdens deze voordracht maken we je wegwijs in de wetgeving en administratie. We proberen een antwoord te bieden op de vragen die je hierover hebt. En eenmaal goed geïnformeerd, beslist je zelf of vroegtijdige zorgplanning niet een goed idee is.

GEBOREN WORDEN

LEVEN

STERVEN



GEBOREN WORDEN

In de voorbije jaren kwamen in ons land jaarlijks gemiddeld 125.000 kinderen ter wereld¹.

Geboortepanning is mogelijk dankzij voorlichting en voorbehoedsmiddelen.

Dankzij goede medische zorg en aangepaste begeleiding is België één van de betere landen om in geboren te worden: gynaecologen, kinderartsen, materniteiten, vroedvrouwen, diensten Kind en Gezin,...

In Kenia of Ethiopië, bijvoorbeeld, komen baby's in veel minder gunstige omstandigheden ter wereld.

LEVEN

In het voorbije jaar waren we met ongeveer 11 miljoen Belgen².

Dankzij goede omgevingsfactoren is België één van de betere landen om in te leven: wonen, onderwijs, werken, sociale zekerheid, cultuur, gezondheidszorg,...

STERVEN

In de voorbije periode stierven jaarlijks gemiddeld 100.000 Belgen³.

Dankzij goede medische zorg, voorzieningen en de wetgeving inzake patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie is België één van de betere landen om in te sterven en kan zinloos, ondraaglijk lijden vermeden worden. Met Nederland en het Groothertogdom Luxemburg staat België in de top drie in de wereld inzake waardig sterven.

¹(Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium. , 2016)

²(Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken, 2016)

³(Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium. , 2016)

ZIEKTES

O.a. kanker, orgaanfalen, psychische aandoeningen, de tand des tijds,...

GENEESLIJK

ONGENEESLIJK

- Behandelbaar:
 - Stabiel
 - (Zeer)(traag) evoluerend
- Niet meer behandelbaar:
 - (Zeer)(traag) evoluerend
 - Terminaal

ZIEKTES

Bijvoorbeeld:

Kankers: longen, borsten, prostaat, pancreas, slokdarm,...

Orgaanfalen: hart, longen, nieren, lever,...

Psychische aandoeningen: depressie, burn-out, angststoornis,...

Tand des tijds: verminderd zicht, gehoor, mobiliteit,...

Je kunt ziek-zijn op verschillende manieren opdelen. Eén mogelijke opdeling is: geneeslijke ziektes en ongeneeslijke ziektes. Bij de ongeneeslijke ziektes kunnen we nog een onderscheid maken tussen behandelbaar en niet-behandelbaar. Dus ongeneeslijk ziek-zijn betekent niet noodzakelijk terminaal-zijn of sterven.

GENEESLIJK

Meestal ligt de focus hier op jaren toevoegen aan het leven.

D.m.v. medicatie, operatie, chemotherapie, kinesithérapie, ... Dit kan onder begeleiding van de huisarts, specialisten, kinesitherapeuten, zelfhulpgroepen, ...

ONGENEESLIJK

- Behandelbaar
 - Stabiel
 - (Zeer)(traag) progressief
- Niet meer behandelbaar
 - (Zeer)(traag) progressief
 - Terminaal

HOE STERVEN WIJ ?

2/3 van de sterfgevallen is niet plots

TOELICHTING bij SLIDE 4

2/3 van de sterfgevallen is verwacht⁴.

Dit wil zeggen dat het in 2/3 van de gevallen mogelijk is om keuzes te maken omtrent de gewenste zorg of behandeling.

⁴ (Meeussen, 2009)

MOGELIJKE MEDISCHE BESLISSINGEN ROND HET LEVENSEINDE

1. Zinloos geworden behandeling niet opstarten
2. Zinloos geworden behandeling stoppen
3. Pijn- en symptoomcontrole
4. Levensbeëindiging zonder verzoek
LET OP: Dit is strafbaar volgens de wet
5. Hulp bij zelfdoding
LET OP: Dit is juridisch niet eenduidig in België!
6. Euthanasie: dit is levensbeëindiging op verzoek

MOGELIJKE MEDISCHE BESLISSINGEN RONDHET LEVENSEINDE

1. Stoppen zinloos geworden behandeling

Bv. stoppen van nierdialyse bij terminale nierpatiënt, tijdig stoppen met reanimatie,...

2. Niet opstarten zinloos geworden behandeling

Bij 1. en 2. vermijdt men therapeutische hardnekkigheid. Dit behoort tot de gewone deontologische code van artsen. In de praktijk mag de druk van familie en naasten niet onderschat worden.

Bv. geen chemokuur meer starten bij terminale kankerpatiënt, niet opstarten voeding en vocht bij terminale persoon,...

3. Pijn- en symptoomcontrole

a. Pijnbestrijding/sedatie

Bedoeling is dat de persoon pijnvrij is. De dosering pijnstilling is in verhouding met de ernst van de klacht.

a. Sedatie

Bij palliatieve sedatie krijgt een terminale persoon medicatie om zijn bewustzijn te verlagen en dit zoveel als nodig om één of meer weerbarstige symptomen onder controle te krijgen. Bv. onrust, verwardheid, verstikkingsgevoel, angst, pijn⁵.

4. Levensbeëindiging zonder verzoek

LET OP: Dit is niet wettelijk en strafbaar.

Bv. baby met extreme afwijkingen die lijdt en binnen enkele weken zou sterven, het zodanig opdrijven van medicatie op vraag van naasten en familie, waardoor het sterven bespoedigd wordt. Dit is niet wettelijk. Het grote verschil met euthanasie is dat de persoon hier in dit geval niet om heeft verzocht.

5. Hulp bij zelfdoding

Bijvoorbeeld: arts schrijft dodelijk middel voor. De persoon bepaalt zelf het tijdstip en

⁵ (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2012)

neemt het middel in zonder tussenkomst of bijzijn van de arts. In dit geval stelt de persoon dus zelf de dodende handeling. Hierin verschilt het van euthanasie.

LET OP: Het juridisch statuut van hulp bij zelfdoding is onduidelijk. De Belgische euthanasiewet zegt niets over hulp bij zelfdoding. In België is zelfdoding niet strafbaar en hulp bij zelfdoding dus ook niet. Juridisch kan de wetgever het beschouwen als schuldig verzuim. Deontologisch wordt het niet getolereerd.

6. Euthanasie

Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek. In dit geval is het de arts die de handeling stelt. De persoon moet zelf om levensbeëindiging vragen en moet hier dus toe in staat zijn (lees: wilsbekwaam zijn). Dit is een actueel verzoek. Óf de persoon is wilsbekwaam geweest en heeft een voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie op papier gezet. Dit verzoek is enkel geldig in geval van onomkeerbaar coma.

WAARDIG LEVENSEINDE

zinloos lijden vermijden via vroegtijdige zorgplanning

recht op zelfbeschikking bij beslissingen over persoonlijke zorg

dankzij

wetgeving palliatieve zorg, patiëntenrechten en euthanasie

ZELFBESCHIKKING EN WAARDIGHEID

In het Westen is er een evolutie naar een toenemende zelfbeschikking en autonomie. Bv. kiezen van partner, studies, werk, woonplaats, arts,... Verminderen van die autonomie wordt als verlies aan waardigheid ervaren. Bv. Alzheimer en andere vormen van dementie, waarbij vrije wil in denken en handelen wegvalt. Maar ook: slachtoffers van aanranding, zinloos geweld, uitroeiing op basis van ras of geloof,... Als mens ontwaard worden...

WAARDIG LEVENSEINDE

Obstakel: betutteling of paternalisme

In dit geval beslissen ziekenhuizen, woonzorgcentra, artsen, hulpverleners zelf wat het beste is voor de persoon: "Wij weten wat het beste voor je, wuvetje (of ventje)." Met de wil en de waardigheid van de persoon zelf wordt niet of nauwelijks rekening gehouden. Naar een 'oudje' dat afziet en het niet meer ziet zitten, wordt onvoldoende of niet geluisterd. Het eigen oordeel stelt zich boven de wil van de persoon. Wie door ziekte of ouderdom is afgetakeld, wordt hier niet als volwaardig aanzien.

Bv. een 81-jarige uitbehandelde en uitgeputte patiënte met nierdialyse, verhuist van thuis (mantelzorg) naar het ziekenhuis, waar ze nog 3 maanden verblijft ondanks het feit dat ze naar de palliatieve eenheid wil.

Bv. Voor de uitvoering van euthanasie verhuist 'het oudje' van het WZC naar de huiskamer van de dochter.

Veel mensen nemen door onmondigheid, angst of ontkenning hun autonomie niet op. Andere mensen stellen zich geen vragen of hebben voor de wijze waarop hun zorg verloopt, vertrouwen in de deskundigheid van de zorgomgeving.

Een goed contact tussen patiënt, huisarts en/of behandelende arts is van essentieel belang. Mondigheid ontmoet deskundigheid en omgekeerd. De arts informeert de patiënt. De patiënt beslist zelf met welke (palliatieve) zorg hij of zij instemt.

Een wakkere burger bereidt zich voor op zijn of haar eventueel patiënt-zijn. Bv. wat als ik plots een beroerte krijg? In een onomkeerbaar coma terecht kom? Enorm afzie? Mijn lichaam verlamd raakt en enkel mijn brein nog werkt?

Onze wetgeving uit 2002 biedt een goed uitgewerkt kader voor een waardig levenseinde.

PATIENTENRECHTEN

RECHT OP VERSTAANBARE EN WAARHEIDSGETROUWE DIAGNOSE EN PROGNOSE

RECHT OP ZELFBESCHIKKING

=

GOED GEÏNFORMEERDE PERSOON STEM TOE MET OF WEIGERT BEHANDELING

WET OP DE PATIËNTENRECHTEN

Dit houdt o.a. in:

- De patiënt heeft recht op alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. De communicatie met de patiënt gebeurt in een duidelijke taal.
- De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.
- De patiënt heeft recht op inzage in zijn patiëntendossier.
- De patiënt heeft recht op een vrije keuze van beroepsbeoefenaar. De patiënt kan zijn keuze steeds herzien en zich tot een tweede beroepsbeoefenaar wenden (recht op een 'second opinion').

Waargebeurd verhaal

Een 80 jarige zeer actieve man gaat regelmatig naar de huidspecialist voor het laten “verbranden” van kleine huidletsels in het aangezicht die telkens kankergezwellen blijken te zijn. Op een bepaald ogenblik worden die letsels rond het oor te groot en moet dit chirurgisch verwijderd worden. De chirurg neemt het letsel volledig weg maar in de volgende maanden blijkt de wonde niet te genezen.

In eerste instantie wordt er aan een infectie gedacht maar antibiotica blijken niet te helpen. Het gezwel rond het oor blijkt terug te komen. Er wordt mutilerende chirurgie met wegnemen van het volledige oor gesuggereerd. De nog steeds vitale man weigert dit en vraagt of er geen alternatieven zijn. Radiotherapie blijkt zinvol. Familie en man zijn hoopvol.

Alvorens de radiotherapie te starten wordt een volledige scan van het lichaam gemaakt en worden leverletsels vastgesteld. Een biopsie van die letsels toont dat het een uitzaaiing is van een kanker maar niet die huidkanker aan het oor. Familie en man zijn zeer bezorgd. Hij uit dat hij niet in een ziekenhuis wil opgenomen worden maar doet daar verder niets mee. Om zijn vrouw te sparen spreekt hij er weinig over.

Op aandringen van de artsen is hij wel bereid zich verder te laten onderzoeken om de primaire tumor te vinden. Uiteindelijk wordt een maagkanker gevonden die hem voorlopig geen enkele last bezorgt.

De therapeutische opties, chirurgie vs. chemotherapie vs. niets doen, worden met de man besproken. De prognose is bijzonder somber met een maximale overleving van zes maanden. Een operatie kan de prognose enkel met zes maanden verlengen. Hij wil niet geopereerd worden en verder wil hij niet afzien.

Artsen beloven hem ervoor te zorgen dat hij niet zal afzien. De man spreekt met zijn dochter over euthanasie maar uiteindelijk gebeurt er niets omdat de man zijn vrouw en zoon wil sparen.

Uiteindelijk sterft de man thuis plots en onverwachts na een hartstilstand zonder af te zien, waarschijnlijk ten gevolgen van een longembolie. Nog de avond voordien heeft hij met zijn familie thuis genoten van een “blonde Leffe” en nootjes bij de TV...

PATIENTENRECHTEN BIJ WILSONBEKWAAMHEID

VOORAF INVULLEN VAN DOCUMENT NEGATIEVE WILSVERKLARING

=

RECHT OP ZELFBESCHIKKING BIJ WILSONBEKWAAMHEID

PATIENTENRECHTEN BIJ WILSONBEKWAAMHEID

VOORAF INVULLEN VAN DOCUMENT NEGATIEVE WILSVERKLARING

*

in OVERLEG met je HUISARTS

*

AANSTELLEN van VERTEGENWOORDIGER

*

NEGATIEVE WILSVERKLARING toevoegen aan je MEDISCH DOSSIER bij huisarts

TOELICHTING bij SLIDE 9

Wanneer een persoon bij volle bewustzijn is, wilsbekwaam is en dus de diagnose en prognose van zijn of haar ziekte ten volle begrijpt, kan hij of zij de keuze maken: toestemmen of weigeren van een behandeling. Wanneer een persoon niet meer aanspreekbaar is, ontstaat een probleem.

Een persoon kan zelfs wanneer hij of zij zich in een toestand van definitieve en onomkeerbare wilsonbekwaamheid bevindt, weigeren dat levensverlengende behandelingen plaatsgrijpen. Bv. kunstmatig toedienen van vocht en voeding, reanimatie, antibiotica, kunstmatige beademing,...

Voorwaarde: vooraf en bij volle bewustzijn een negatieve wilsverklaring opstellen. Deze wilsverklaring wordt negatief genoemd omdat het hier gaat om het afwijzen van behandelingen en onderzoeken.

Sommige personen schrijven vooraf op wat zij wél willen wanneer zij het zelf niet meer kunnen vragen: heerkundige ingrepen, pijnstilling, ... Deze zogenaamde "positieve" wilsverklaring is richtinggevend, maar niet bindend voor de arts. Een arts is altijd verplicht om de beste zorg toe te dienen, zoals bv. pijnstilling. Men kan echter niet eisen dat artsen behandelingen en onderzoeken uitvoeren indien ze zinloos zijn geworden.

PATIENTENRECHTEN BIJ WILSONBEKAAMHEID

AANSTELLEN VAN EEN VERTEGENWOORDIGER

*

VERTEGENWOORDIGER ZELF AANSTELLEN

*

ZONIET SPEELT WETTELIJKE VOLGORDE

(tenzij BEWINDVOERDER)

- * samenwonende WETTELIJKE ECHTGENOOT
- * samenwonende WETTELIJKE PARTNER
- * samenwonende FEITELIJKE PARTNER
- * meerderjarig KIND
- * een OUDER
- * een meerderjarige BROER of ZUS
- * MEDISCH TEAM (ook: bij conflict)

Bij een meerderjarige persoon die wilsonbekwaam is geworden door ziekte of ongeval worden de rechten door een andere persoon (= vertegenwoordiger) overgenomen:

- Zelf een vertegenwoordiger aanduiden schept duidelijkheid. Dit hoeft niet noodzakelijk een familielid te zijn.
- Indien er geen vertegenwoordiger is aangeduid, wordt de wettelijke cascade gevolgd.
 - De partner (echtgenoot, wettelijk- of feitelijk samenwonend)
 - Een meerderjarig kind
 - Een ouder
 - Een meerderjarige broer of zus
- Sinds de nieuwe wet op de bewindvoering (2014) kan de vrederechter een bewindvoerder aanduiden die de patiëntenrechten van de persoon kan uitoefenen. Deze bewindvoerder kan beslissingen nemen over zorg en komt vóór de wettelijke cascade van vertegenwoordigers.

PATIENTENRECHTEN BIJ WILSONBEWAAMHEID

ROL VERTEGENWOORDIGER

- * OEFENT PATIËNTENRECHTEN van WILSONBEKWAME PERSOON UIT
- * staat GARANT voor de WIL van de PERSOON
- * SCHEPT DUIDELIJKHEID
- * VOORKOMT CONFLICTEN

PATIENTENRECHTEN BIJ WILSONBEKWAAMHEID

NEGATIEVE WILSVERKLARING

=

JURIDISCH AFDWINGBAAR

Een te overwegen voorbeeld:

Een dertiger (kinesitherapeut) heeft als hobby paardrijden, jumping. Hij heeft een negatieve wilsverklaring waarin staat dat hij niet verlamd wil leven. Tijdens het paardrijden loopt het fout en de dertiger valt van het paard dat bovendien ook nog zijn borstkast vertrappelt.

In het ziekenhuis wordt een onherstelbare dwarslaesie (verlamming) vanaf de navel vastgesteld. Bovendien dient hij ook beademd te worden omwille van een longscheur tgv ribfracturen. Om beademd te kunnen worden moet de dertiger een tijdlang in coma gehouden worden. Normaliter genezen longschade en ribfracturen zonder restletsel. Na het stoppen van de verdoving zal de dertiger dus opnieuw wilsbekwaam zijn

Tijdens de initiële dagen met noodzakelijke verdoving omwille van longletsel toont de vertegenwoordiger de negatieve wilsbeschikking. Indien nu de beademing zou gestopt worden zou de dertiger overlijden omdat de longen nog onvoldoende genezen zijn.

In dit voorbeeld dient ook aangekaart te worden dat mensen ook van gedacht kunnen veranderen eens ze met een medisch probleem geconfronteerd worden. Niemand wil in een rolstoel zitten, maar of je daarom liever dood bent dan uiteindelijk in een rolstoel te moeten leven is een andere vraag.

Het verhaal van de bekende triatleet Marc Hermans kan hier misschien ook voor dienen.

In bovenstaande reële casus wordt op medisch vlak de negatieve wilsbeschikking genegeerd en werd de dertiger behandeld. Na twee weken kon hij van de ventilator gehaald worden. Hij was dankbaar dat hij nog leefde, heeft een enorme zware revalidatie gehad en is opnieuw deeltijds aan het werk als kinesitherapeut.

SLIDE 13

SLIDE 14

SLIDE 15

DOCUMENT NEGATIEVE WILSVERKLARING

PALLIATIEVE ZORG

Definitie:

*“Palliatieve zorg is een benadering die de **kwaliteit van het leven** verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een **levensbedreigende aandoening**, door het **voorkomen en verlichten van lijden**, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van **pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.**”*

(Wereldgezondheidsorganisatie, 2002)

PALLIATIEVE ZORG...

- probeert zo goed mogelijk de klachten en problemen van een levensbedreigende aandoening te neutraliseren of minstens te verminderen.
- is alle zorg die kan aangeboden worden wanneer genezing niet mogelijk is.
- is zorg voor patiënt én omgeving.

“Palliatieve zorg is alles wat nog gedaan dient te worden, als men denkt dat er niets meer gedaan kan worden.” (Cicely Saunders)

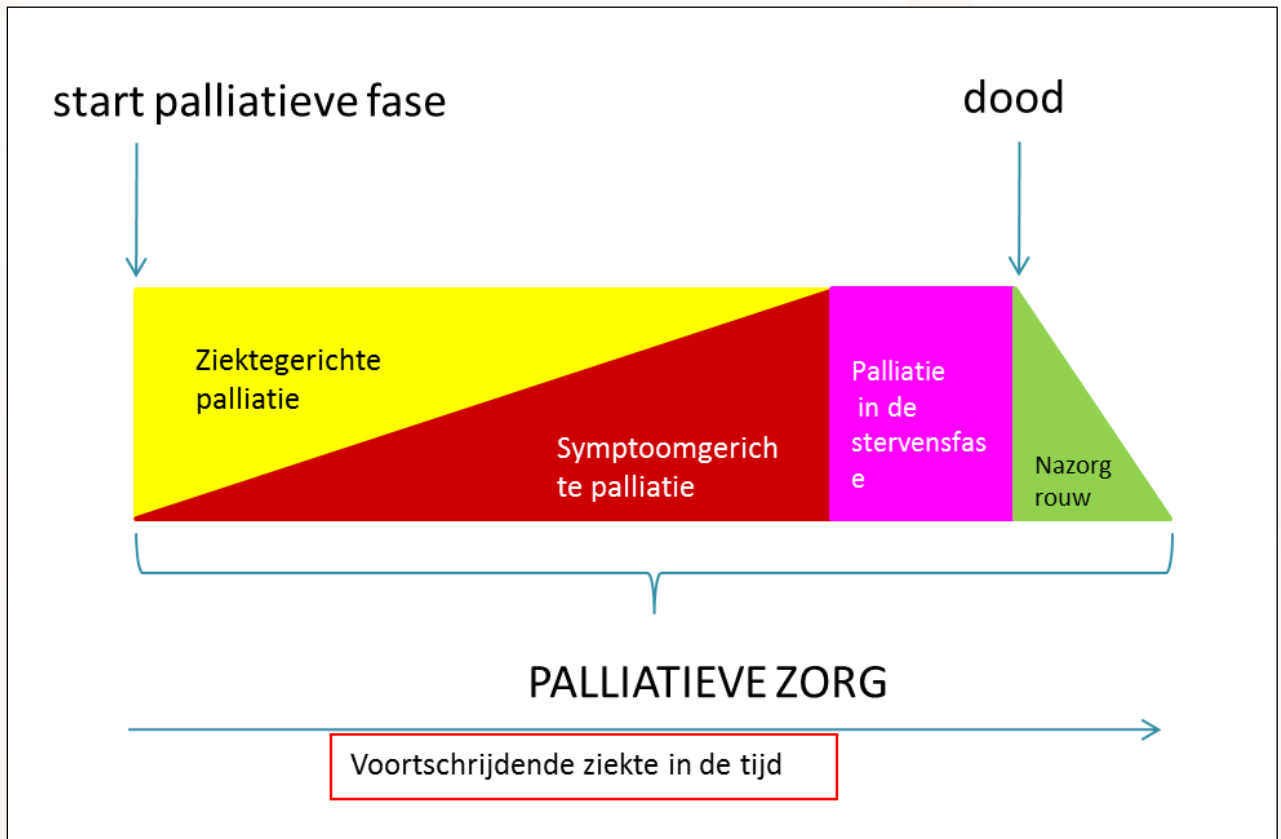
“Leven toevoegen aan de dagen, geen dagen toevoegen aan het leven.” (zuster Leontine)

“Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2002)

Volgens bovenvermelde definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie behoren hiertoe dus óók diabetespatiënten, patiënten met een hemiplegie na een CVA,...

Palliatieve zorg is dus méér dan de zorg in de stervensfase of de zorg voor een patiënt met kanker die maar een paar maanden meer te leven heeft.

Niet meer kunnen genezen is dus zéker niet hetzelfde als onmiddellijk sterven.



TOELICHTING bij SLIDE 17

Oorspronkelijk ging men uit van óf een curatief, óf een palliatief zorgtraject. De overgang was strikt gescheiden. Dit model heette het transitie-model.

Tegenwoordig doorloopt een patiënt meestal een hele periode een zorgtraject dat voor 100% curatief is. Naarmate de tijd voortschrijdt worden beslissingen en behandelingen meer en meer palliatief. Dit model heet het trajectmodel.

Opgelet: in bovenstaand model (zie afbeelding) wordt het rouwen pas vernoemd na het overlijden. In werkelijkheid kan het al veel vroeger starten.

Palliatieve zorg = TOTAALZORG

- *Fysieke* klachten en symptomen
- Aandacht voor *gevoelsleven*
- *Sociale* begeleiding
- *Spirituele* opvang

Palliatieve zorg = GEDEELDE ZORG

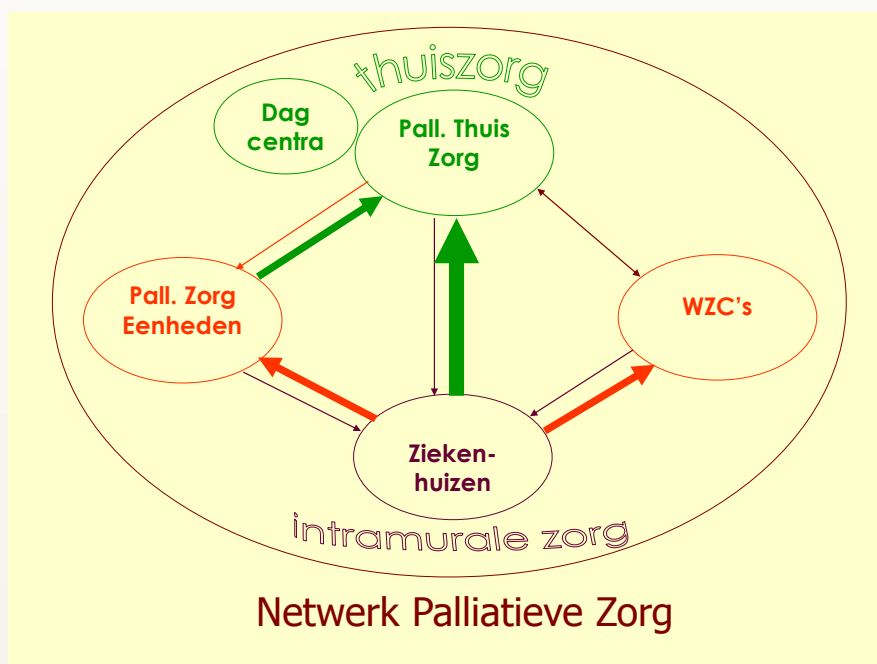
Palliatieve zorg = TOTAALZORG

- Opvang van *fysieke* klachten en symptomen
Bv. pijn, gevoel van benauwdheid of kortademigheid, misselijkheid, braken,...
- Aandacht voor *gevoelsleven*
Bv. angst om te sterven, afscheid nemen, confrontatie met fysieke beperking,...
- *Sociale* begeleiding
Bv. niet alleen voor de patiënt zelf, ook voor mantelzorgers
- *Spirituele* opvang
Bv. existentiële vragen over de essentie van het leven...

Palliatieve zorg = GEDEELDE ZORG

Nauwe samenwerking binnen een multidisciplinair team (met huisarts, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, psycholoog, vrijwilligers,...) waarbij de patiënt en zijn omgeving centraal staan.

ORGANIGRAM



PALLIATIEVE ZORG THUIS

- In eigen vertrouwde omgeving van de patiënt
- Palliatief thuiszorgteam (verpleegkundigen, artsen, psycholoog, vrijwilligers)
- Aanvullend op de andere zorgverleners in de thuiszorg (huisarts, thuisverpleging, thuiszorg,...)
- Gespecialiseerde hulp: adviserende en coördinerende rol

PALLIATIEF DAGCENTRUM

- Aanvullend op thuismilieu
- Dagopvang in huiselijke sfeer
- Elkaar ontmoeten, ontspannen, gezellig samenzijn, activiteiten aanbod (creatieve activiteiten, gezelschapsspelen, uitstapjes in de buurt, bubbelbad, massages...)
- Sociaal contact. Vereenzaming voorkomen
- Verhogen van draagkracht van familie: geeft ademruimte
- Ondersteuning van een volledig team: vrijwilligers, verpleegkundige, zorgkundige, arts, psycholoog

PALLIATIEVE ZORGEENHEID

- Voor wie niet thuis kan blijven (thuis vervangend)
- Totaalzorg op maat in een huiselijke omgeving
- Beperkt aantal bedden, mogelijkheid tot verblijf van de familie
- Team: verpleegkundigen, artsen, vrijwilligers, maatschappelijk werker, psycholoog, kinesitherapeut,...

PALLIATIEF SUPPORTTEAM

- Bij verblijf in het ziekenhuis
- Team met expertise in palliatieve zorg
- Team: verpleegkundigen, artsen, psycholoog, maatschappelijk werker
- Referentieverpleegkundigen op de afdeling
- Ondersteuning patiënt, familie, zorgverleners
- Organisatie verder verloop en ontslagregeling (thuiszorg, palliatieve zorgenheid,...)

WOONZORGCENTRA

- Coördinator en/of referentieverpleegkundige palliatieve zorg
- Palliatieve zorgcultuur ontwikkelen

EUTHANASIE

ACTUEEL EUTHANASIEVERZOEK

=

LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK

EUTHANASIE

ACTUEEL VERZOEK

WETTELIJKE VOORWAARDEN:

- * meerderjarige is WILSBEKWAAM
- * ONDRAAGLIJK LICHAMELIJK en/of PSYCHISCH LIJDEN
als gevolg van ONGENEESLIJKE, MEDISCH UITZICHTLOZE
AANDOENING
- * VERZOEK om euthanasie meermaals STELLEN
- * ARTSEN kunnen NIET VERPLICHT worden om euthanasie uit te voeren

=

JURIDISCH NIET AFDWINGBAAR

De persoon bevindt zich in een toestand waarin hij/zij aan volgende voorwaarden voldoet:

- hij/zij is wils- (bij meerderjarigen) of oordeelsbekwaam (bij minderjarigen) en bewust op het ogenblik van het verzoek
- het verzoek is vrijwillig, overwogen en herhaald en is niet tot stand gekomen als gevolg van enige externe druk
- het gaat om een medisch uitzichtloze situatie van ondraaglijk fysiek/psychisch lijden (ondraaglijk psychisch lijden: niet bij minderjarigen), dat niet gelenigd kan worden en het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening

Ter info:

De uitvoerende arts moet het registratiedocument aangetekend of digitaal binnen de vier werkdagen na de euthanasie opzenden naar de Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Het registratiedocument bevat in deel I strikt vertrouwelijke informatie over de patiënt(e) en de uitvoerende en geraadpleegde artsen. Dit deel wordt verzegeld en mag slechts onder voorwaarden geopend worden. Deel II gaat over de procedure en de voorwaarden. Het mag geen namen van artsen of patiënt(e) bevatten. De commissie kijkt in eerste instantie enkel deel II in. Alleen indien de procedure niet correct gevolgd lijkt te zijn, wordt deel I geopend.

EUTHANASIE BIJ MINDERJARIGEN

* De minderjarige is OORDEELSBEKWAAM

+ toestemming ouders

* In geval van FYSIEK ONDRAAGLIJK LIJDEN

VOORWAARDEN EUTHANASIE BIJ EEN NIET-ONTVOOGDE MINDERJARIGE

1. De minderjarige moet **oordeelsbekwaam** zijn en bewust (geen leeftijdsbeperking).
2. De oordeelsbekwame minderjarige moet zich bevinden in een medische uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk **fysiek** lijden (psychisch lijden is uitgesloten) dat niet gelenigd kan worden en binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg zal hebben (=terminaal zijn d.w.z. lijden aan een uitbehandelde en progressieve ziekte).
3. Het verzoek moet **vrijwillig, overwogen en herhaald** zijn en tot stand gekomen **zonder externe druk**.
4. De patiënt moet **ingelicht** worden over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, over de resterende therapeutische mogelijkheden en van de palliatieve zorg en zijn gevolgen.
5. De behandelende arts moet **zich verzekeren** van het aanhoudend fysiek lijden en het duurzaam karakter van het verzoek.
6. Een andere **onafhankelijke arts** raadplegen die zich moet uitspreken over de ernstige en ongeneeslijke aandoening en zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden.
7. Raadpleging van een **kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog**. Deze moet de **oordeelsbekwaamheid** van de minderjarige beoordelen en schriftelijk attesteren.
8. De behandelende arts bespreekt met de **wettelijke vertegenwoordigers** van de minderjarige alle informatie over de ziekte van de minderjarige zoals beschreven in punt 4 en vergewist zich ervan dat zij **akkoord** gaan met het verzoek van de minderjarige patiënt
9. Het verzoek van de patiënt alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers moet **op schrift** worden gesteld.
10. Het verzoek **bespreken** met het verpleegkundig team indien dit bestaat.
11. Het verzoek bespreken met de naasten en de personen die de minderjarige aanwijst.
12. Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld wordt **psychologische bijstand** geboden aan de betrokkenen.

EUTHANASIE

ACTUEEL VERZOEK OM EUTHANASIE

- Terminaal ziek
- Niet terminaal ziek, maar wel ongeneeslijk ziek

UITKLAREN EUTHANASIEVRAAG

UITVOEREN EUTHANASIE

EUTHANASIE

2000 casussen in 2015

LICHAMELIJK ondraaglijk lijden: = 97% = geen taboe

PSYCHISCH ondraaglijk lijden = 3% = taboe

ACTUEEL VERZOEK EUTHANASIE

1. Terminaal ziek

Bijvoorbeeld: magere, uitbehandelde en terminale kankerpatiënt in foetushouding.

- Behandelende arts is bereid en klaart vraag van persoon uit (vraag/lijden)
- Niet-bindend advies nodig van een tweede (onafhankelijke) arts
- Wanneer vraag ontvankelijk is: persoon bevestigt schriftelijk actueel verzoek met datum en handtekening.
- Persoon bepaalt zelf datum en tijdstip uitvoering.

2. Niet terminaal ziek, maar wel ongeneeslijk ziek

Bijvoorbeeld: niet-terminale 105-jarige in WZC met gezichts- en gehoorverlies, kan niet meer lezen, aan rolstoel gekluisterd, kan geen handwerkjes meer maken, man en kinderen al tijdje verloren, hart- en longlijden, depressie...

- Behandelende arts is bereid en klaart vraag van persoon uit (vraag/lijden)
- Niet-bindend advies nodig van een tweede (onafhankelijke) arts
- Niet-bindend advies nodig van een derde (onafhankelijke) arts, deskundig in dominerende aandoening(en): bv. een geriater, neuroloog, psychiater,...
- Wanneer vraag ontvankelijk is: persoon bevestigt schriftelijk actueel verzoek met datum en handtekening.
- Wachtijd van één maand voor uitvoering.
- Persoon bepaalt zelf datum en uitvoering.

EUTHANASIE BIJ ONOMKEERBAAR COMA

DOCUMENT

VOORAFGAANDE WILSVERKLARING EUTHANASIE

- * opgesteld door WILSBEKWAME persoon
- * TWEE GETUIGEN staan garant voor wilsbekwaamheid.
- * VERTROUWENSPERSOON ziet toe op wilsuitvoering.

- * VIJF JAAR GELDIG
- * na vijf jaar HERBEVESTIGING
- * REGISTRATIE bij BURGERLIJKE STAND GEMEENTE
niet verplicht maar wenselijk

- * OVERLEG met HUISARTS
- * document toevoegen bij MEDISCH DOSSIER
- * ARTSEN kunnen NIET VERPLICHT worden om euthanasie uit te voeren

=

JURIDISCH NIET AFDWINGBAAR

TOELICHTING bij SLIDE 24

Op het moment dat euthanasie gebeurt op basis van een wilsverklaring is de persoon niet meer wilsbekwaam (onomkeerbaar coma). Vandaar dat de voorwaarden voor het opstellen van deze wilsverklaring veel strenger zijn dan bij het opmaken van een actueel verzoek inzake euthanasie. Er werd door de wetgever meer zekerheid ingebouwd, zoals de aanwezigheid van twee getuigen en een geldigheidsduur van vijf jaar.

Conclusie na het overlopen van de voorwaarden actueel verzoek en wilsverklaring euthanasie:

De burger kan dus niet zomaar noteren dat hij in de toekomst euthanasie wil. Bv. “Als ik mijn vrouw niet meer herken, wil ik euthanasie...” kan NIET.⁶

⁶ voorbeeld ontleend aan Etienne Vermeersch

SLIDE 25

SLIDE 26

SLIDE 27

SLIDE 28

DOCUMENT VOORAFGAANDE WILSVERKLARING EUTHANASIE

VALT ER NU NOG IETS TE REGELEN?

ORGAANDONATIE

LICHAAM SCHENKEN AAN DE WETENSCHAP

AFSCHEID

DOCUMENT ORGAANDONATIE

ORGAANDONATIE

Organtransplantaties kunnen levensreddend zijn: hart, long, lever,...

Lichaam wordt niet verminkt.

Kosten: ziekteverzekering patiënt.

Orgaandonatie kan ook na euthanasie (uiteraard in een ziekenhuis).

Wet 13 juni 1986: iedereen in bevolkingsregister is potentiële donor.

Veel organen gaan verloren omdat artsen bezwijken onder druk van familie en naasten.

Wet 14 juni 2006: elke Belg vanaf 18 jaar kan laten registreren of hij of zij orgaandonor wil zijn of niet. In gemeentehuis verklaring orgaandonatie invullen en tekenen. Vermijdt conflict met familie en naasten.

ALLES VOOR DE WETENSCHAP

WILSBEKWAME PATIENT

*

HANDGESCHREVEN WILSBESCHIKKING

*

NA OVERLIJDEN LEVERT BEGRAFENISONDERNEMER
LICHAAM AAN UNIVERSITEIT NAAR KEUZE
Kosten voor erfgenamen en/of familie.

WILSBESCHIKKING ZEGT OOK: WAT MET LICHAAM ACHTERAF ?
Lichaam wordt na 1 of 2 jaar vrijgegeven: begrafenis, crematie,...

TOELICHTING bij SLIDE 31

Een persoon kan zijn lichaam beschikbaar stellen voor de wetenschap door een eigenhandig geschreven, gedateerde en ondertekende verklaring op te stellen en die naar een universitaire instelling naar keuze te sturen. De nodige documenten en voorwaarden kunnen verschillen van universiteit tot universiteit.

Belangrijk is ook dat als mensen beslissen om hun lichaam beschikbaar te stellen voor de wetenschap, ze er met hun naasten over spreken want voor hen kan dit gevolgen hebben (bv manier van afscheid nemen, kosten,...).

VERKLARING
BETREFFENDE DE LAATSTE WILSBESCHIKKING
INZAKE
DE WIJZE VAN TERAARDEBESTELLING

TOELICHTING bij SLIDE 32

Iedereen kan zijn voorkeuren wat betreft zijn uitvaart vastleggen. Zowel nabestaanden als de begrafenisondernemer zijn verplicht met deze wensen rekening te houden.

Bij een overlijden gaat de gemeente na of de overledene een laatste wilsverklaring heeft laten registreren (dienst Burgerzaken). Als dit het geval is, gaat de gemeente na of de nabestaanden de wens van de overledene respecteren.

WAAR KAN JE TERECHT VOOR INDIVIDUELE DIENSTVERLENING ?

[CONCRETE INFO]

TOELICHTING bij SLIDE 33

CONCRETE INFO

Zelf in te vullen, afhankelijk van je regio. Dit zijn bijvoorbeeld de gegevens van de plaatselijke huisartsen, LEIF, de Netwerken Palliatieve Zorg, maatschappelijk werkers van de mutualiteit of van het OCMW/Sociaal Huis,...

VRAAG EN ANTWOORD

Gerealiseerd door LEIF West-Vlaanderen en de West-Vlaamse Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) en Netwerken Palliatieve Zorg

Met de steun van de provincie West-Vlaanderen, de Koning Boudewijnstichting en de Nationale Loterij