



**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# Vroegtijdige Zorgplanning in Woonzorgcentra

## Kwaliteitszorg en multidisciplinair overleg

**Afstudeerproject voorgedragen door:**  
Ingrid Erlingen en Mireille Warson

**Promotor:** Helga Heusdens

**Inhoudsdeskundigen:** Ronny Kuppens en Eddy Stevens

**Academiejaar 2015-2016**

**Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**







**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# Vroegtijdige Zorgplanning in Woonzorgcentra

**Kwaliteitszorg en multidisciplinair overleg**

**Afstudeerproject voorgedragen door:**  
Ingrid Erlingen en Mireille Warson

**Promotor:** Helga Heusdens  
**Inhoudsdeskundigen:** Ronny Kuppens en Eddy Stevens

**Academiejaar 2015-2016**  
**Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**



## Woord vooraf

Deze bachelorproef kadert in de opleiding tot het behalen van het diploma bachelor-na-bachelor Zorgmanagement aan de PXL te Hasselt.

Via deze weg willen we graag iedereen bedanken die mee heeft geholpen om deze bachelorproef te kunnen verwezenlijken.

Speciale dank richten we aan onze inhoudsdeskundigen Ronny Kuppens en Eddy Stevens en onze promotor Helga Heusdens. Zij hebben ons goed begeleid bij de uitwerking van onze bachelorproef.

Ook danken we de leden van het multidisciplinair overleg van woonzorgcentra Heyvis en 't Kempken. Zonder hun openheid hadden we dit niet kunnen realiseren. In het bijzonder danken we Nancy Stals en Petra Schmitz, die een brugfunctie voor ons hebben gevormd tussen ons en de leden van het multidisciplinair overleg.

We danken elkaar voor de steun en samenwerking die we hebben ervaren tijdens het uitwerken van deze bachelorproef. Ook een woord van dank aan ons thuisfront voor de onvoorwaardelijke steun bij onze keuze om deze opleiding te volgen.

Mede hierdoor hebben de we deze opleiding en deze bachelorproef tot een goed einde kunnen brengen.

Tot slot danken we PXL voor de ondersteuning die ze hebben geboden gedurende de hele opleiding.

## Inhoudsopgave

Woord vooraf	
Abstract	4
Inleiding	5
<u>Deel 1: Literatuuronderzoek</u>	7
1. Inleiding literatuuronderzoek	7
2. Vroegtijdige zorgplanning in België	8
2.1. Regelgevend en deontologisch kader	8
2.1.1. Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002	8
2.1.2. Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002	9
2.1.3. Wet betreffende de palliatieve zorg van 14 juni 2002	9
2.1.4. Wettelijke documenten betreffende het levenseinde	10
2.1.5. De Code Beperking Therapie	11
2.2. Definitie en begripsvorming	11
2.2.1. Definitie vroegtijdige zorgplanning	11
2.2.2. Brugs model vroegtijdige zorgplanning (figuur 1)	12
2.2.2.1. Stroomdiagram (figuur 2)	14
2.2.2.2. Stappenplan (figuur 3)	15
2.2.3. Communicatieproces vroegtijdige zorgplanning	15
2.2.3.1. Communicatieproces opname	15
2.2.3.2. Communicatieproces multidisciplinair overleg	16
2.2.3.3. Communicatieproces systematische opvolging tijdens verblijf	16
3. Woonzorgcentra en Rust- en verzorgingstehuizen in België	17
3.1. Woonzorgcentra: woonzorgdecreet van 13 maart 2009 en uitvoeringsbesluiten	17
3.2. Rust- en verzorgingstehuis (RVT): gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008 en Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als Rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004	18
4. Kwaliteitszorg in woonzorgcentra	19
4.1. Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003	19
4.2. Organisatie van de kwaliteitszorg in het woonzorgcentrum	19
4.2.1. Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen	20
4.2.2. Kwaliteitshandboek	20
4.2.3. Kwaliteitssysteem	21
4.2.3.1. Operationele elementen	21
4.2.3.2. Primaire processen	21
4.2.4. Kwaliteitsplanning	21
4.3. Vroegtijdige zorgplanning en kwaliteitszorg in het woonzorgcentrum	21
5. Multidisciplinair overleg	23
5.1. Regelgeving multidisciplinair overleg	23
5.2. Definitie multidisciplinair overleg	23
5.3. Doelstelling multidisciplinair overleg in functie van vroegtijdige zorgplanning	23
5.4. Ventilatiefiche	24

5.4.1. Definitie	24
5.4.2. Doelstelling	24
6. Besluit literatuuronderzoek	25
<u>Deel 2: Praktische uitwerking</u>	26
1. Inleiding praktische uitwerking	26
2. Situering van de organisaties	27
2.1. Woonzorgcentrum Heyvis	27
2.1.1. Afdelingen en bedden	27
2.1.2. Samenstelling populatie	28
2.1.3. Personeel	28
2.1.4. Indicator up-to-date plan voor de zorg rond het levenseinde	29
2.1.5. Visie en aanpak omtrent vroegtijdige zorgplanning	29
2.2. Woonzorgcentrum 't Kempken	29
2.2.1. Afdelingen en bedden	29
2.2.2. Samenstelling populatie	29
2.2.3. Personeel	30
2.2.4. Indicator up-to-date plan voor de zorg rond het levenseinde	31
2.2.5. Visie en aanpak omtrent vroegtijdige zorgplanning	31
2.3. Conclusie	32
3. Analyse stand van zaken vroegtijdige zorgplanning	33
3.1. Woonzorgcentrum Heyvis	33
3.2. Woonzorgcentrum 't Kempken	33
3.3. Conclusie	33
4. Methodiek praktische uitwerking	35
4.1. Methodiek: projectmatig werken	35
4.1.1. Initiatiefase	35
4.1.2. Definitiefase	35
4.1.3. Ontwerpfase	36
4.1.4. Voorbereidingsfase	36
4.1.5. Realisatiefase	36
4.1.6. Nazorgfase	36
4.2. Actoren	37
4.2.1. Stuurgroep	37
4.2.2. Multidisciplinair overleg	37
4.2.2.1. Directeur	37
4.2.2.2. Hoofdverpleegkundigen of coördinatoren bewonerszorg	37
4.2.2.3. Maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige	37
4.2.2.4. Kwaliteitscoördinator	38
4.2.2.5. Kinesitherapeut	38
4.2.2.6. Ergotherapeut	38
4.2.2.7. Animator	38
4.2.2.8. Coördinerend raadgevend arts	38
4.2.3. Bewoners en vertegenwoordigers	38
4.2.3.1. Gebruikersraad	38
4.2.3.2. Familieraad	39
5. Opmaken van een procedure vroegtijdige zorgplanning in het kader van de Kwaliteitswerking	40

5.1. Beschrijving van het proces	40
5.1.1. Voorbereidingsfase	40
5.1.2. Realisatiefase	40
5.1.3. Nazorgfase	42
5.2. Product	43
5.3. Conclusie	54
6. Introductie en implementatie van de ventilatiefiche in het multidisciplinair overleg	55
6.1. Beschrijving van het proces	55
6.1.1. Voorbereidingsfase	55
6.1.2. Realisatiefase	55
6.1.3. Nazorgfase	57
6.2. Product	58
6.3. Conclusie	59
7. Aanbevelingen	60
8. Besluit praktisch luik	61
9. Reflectie	62
9.1. Ingrid Erlingen	62
9.2. Mireille Warson	62
10. Literatuurlijst	64
10.1. Artikels	64
10.2. Boeken	64
10.3. Internetbronnen	64
10.4. Niet-gepubliceerde uitgaven	65
11. Bijlagen	66
11.1. Bijlage 1: KATZ-schaal	66
11.2. Bijlage 2: Vragenlijst	70
11.3. Bijlage 3: PowerPoint gebruikers- en familieraad	71
11.4. Bijlage 4: Documenten horende bij de procedure vroegtijdige zorgplanning	73
11.5. Bijlage 5: Leidraad gesprek vroegtijdige zorgplanning	92
11.6. Bijlage 6: PowerPoint voorstelling ventilatiefiche multidisciplinair overleg	95

## **Abstract**

**ACADEMIEJAAR:** 2015-2016

**NAMEN:** Erlingen Ingrid en Warson Mireille

**CONTACT:** [ingriderlingen@live.be](mailto:ingriderlingen@live.be) en [mireille.warson@gmail.com](mailto:mireille.warson@gmail.com)

**INHOUDSDESKUNDIGEN:** Ronny Kuppens, directeur woonzorgcentrum Heyvis Maasmechelen en Eddy Stevens, OCMW-secretaris Dilsen-Stokkem

**TITEL:** Vroegtijdige zorgplanning in Woonzorgcentra. Kwaliteitszorg en multidisciplinair overleg.

### **ABSTRACT**

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is heden ten dage niet meer weg te denken uit onze woonzorgcentra (WZC). Er is een toenemende aandacht voor het levenseinde en bewoners kiezen er meer en meer voor om zelf hun zorgdoelen te bepalen. Dit gebeurt aan de hand van het dynamisch communicatieproces tussen zorgverleners, familie en bewoners.

De twee bezochte WZC waren reeds actief bezig met VZP doch er was nog geen echte verankering van het thema in de organisatie.

Deze bachelorproef heeft enerzijds tot doel om mee te werken aan het opstellen van een nieuwe procedure VZP in het kader van de kwaliteitszorg, en anderzijds het uitwerken en implementeren van een ventilatiefiche in het multidisciplinair overleg (MDO).

In het eerste deel wordt er een literatuurstudie gedaan. Hierin wordt het regelgevend en deontologisch kader geschetst en wordt het multidisciplinair overleg besproken. Verder wordt er ingegaan op de ontwikkeling van de ventilatiefiche en de plaats ervan in het hele proces van VZP.

In het tweede deel vindt de praktische uitwerking plaats. Het proces van het tot stand komen van de procedure VZP in het kader van de kwaliteitszorg en het proces van de introductie en implementatie van de ventilatiefiche in het multidisciplinair overleg worden in dit deel uitvoerig besproken.

Tijdens het maken van deze bachelorproef werd opgemerkt dat VZP een thema is dat zeer sterk leeft in de WZC. Er werd echter nog geen vaste structuur ontwikkeld en heel veel zorgverstrekkers en organisaties geven hieraan een individuele invulling. Deze bachelorproef levert een bijdrage om VZP bespreekbaar te maken in het MDO en hierdoor een draagvlak te creëren. Uniformiteit in aanpak van VZP zorgt voor een betere kwaliteit van zorg.

**TREFWOORDEN:** Vroegtijdige zorgplanning, multidisciplinair overleg, kwaliteitszorg en wet- en regelgeving omtrent vroegtijdige zorgplanning en woonzorgcentra.

**COLLATIE:** aantal pagina's 65 en inclusief 32 bijlagen: 97 pagina's in totaal.



## Inleiding

Vroegtijdige zorgplanning vindt meer en meer zijn ingang in de woonzorgcentra.

Deze evolutie kent een aantal oorzaken.

Enerzijds is zorg rond het levenseinde een belangrijk aspect in de kwaliteitszorg van de bewoner<sup>1</sup> en doorheen de jaren meer bespreekbaar geworden. Anderzijds dient voor dit aspect van zorg maatschappelijke verantwoording afgelegd in de vorm van de registratie van de kwaliteitsindicator “up-to-date plan voor de zorg rond het levenseinde”.

De elementen kwaliteitszorg en maatschappelijke verantwoording bieden een aanknopingspunt om vroegtijdige zorgplanning op een gestructureerde wijze op te nemen binnen het beleid van woonzorgcentra Heyvis in Maasmechelen en 't Kempken in Dilsen-Stokkem.

De actuele situatie is dat in beide woonzorgcentra er een aanzet is voor de introductie van het thema vroegtijdige zorgplanning in de dagelijkse werking, de probleemstelling is dat er nog geen structurele verankering in de kwaliteitswerking is.

Vroegtijdige zorgplanning is een omvangrijk thema, zowel wat betreft de inhoudelijk aspecten als de toepassing ervan in de praktijk.

Wanneer de bewoner zijn noden, zorgen en behoeften omtrent toekomstige zorg kenbaar kan maken en erop kan vertrouwen dat dit toegepast zal worden dan kan de zorg hierop afgestemd worden. We spreken dan van onderhandelde zorg die vanuit het oogpunt van de bewoner als kwaliteitsvol ervaren wordt. Deze onderhandelde zorg moet passen binnen de economische en sociale realiteit waarbij gestreefd wordt naar een transparante prijs- en kwaliteitsverhouding. Er wordt vertrokken vanuit een multidisciplinaire aanpak waarvan de uiteindelijke doelstelling de borging van de visie, de missie en de methodiek van vroegtijdige zorgplanning binnen de organisatie is. Het team van zorgverleners van de woonzorgcentra moeten betrokken zijn vanuit hun specifieke rol als zorgverlener.

De scope van deze bachelorproef werd beperkt tot het ontwikkelen van instrumenten voor het op gestructureerde wijze bespreekbaar maken en bespreken van vroegtijdige zorgplanning in de eerste fase van verblijf na opname binnen het multidisciplinair overleg.

Implementatie van vroegtijdige zorgplanning in de gezondheidszorg, in dit geval specifiek in de woonzorgcentra, kan perfect ingepast worden in de trilogieparadox: kwaliteit van zorg, performantie en het team.

---

<sup>1</sup> De bewoner wordt consequent doorheen heel de tekst in zijn mannelijke vorm weergegeven. Dit om het leesgemak te bevorderen.

*Doodgewoon*

*Het doet goed om af en toe eens aan de dood te denken*

*Uw dagen worden er duidelijker van*

*U dient te weten dat geen mens voor je kan leven*

*Maar ook dat niemand anders voor je sterven kan*

*Ik spreek er 's avonds wel eens over met de kindr'en*

*Of 'k maak een grapje met de dood, dat kan geen kwaad*

*Als j'overpeinst waar je ten slotte komt te 'liggen'*

*Dan weet je af en toe beter waar je 'staat'.*

*Toon Hermans*

## **Deel 1: Literatuuronderzoek**

### **1. Inleiding literatuuronderzoek**

Vroegtijdige zorgplanning is een erg omvangrijk thema.

Het literatuuronderzoek is sterk afgebakend in functie van de toepassing ervan binnen de woonzorgcentra en op de structurele verankering ervan binnen de woonzorgcentra.

In functie van het bovenstaande hebben we gekozen om te werken rond vier kernbegrippen.

Als eerste hebben we de wet- en regelgeving omtrent vroegtijdige zorgplanning en woonzorgcentra opgezocht en beschreven. Daarna zijn we dieper ingegaan op de definitie en begripsvorming “vroegtijdige zorgplanning”.

Kwaliteitszorg in het woonzorgcentrum is het derde aspect dat uitgewerkt werd. Tot slot werd het multidisciplinair overleg omschreven en de relatie naar vroegtijdige zorgplanning gelegd.

In het tweede hoofdstuk wordt het regelgevend en deontologisch kader in België rond vroegtijdige zorgplanning uitgewerkt en de definitie en begripsvorming vroegtijdige zorgplanning omschreven.

Het derde hoofdstuk spitst zich toe op de wetgeving van de Woonzorgcentra en de Rust- en Verzorgingstehuizen in België omdat er daar aanknopingspunten zijn voor de implementatie van vroegtijdige zorgplanning.

In het vierde hoofdstuk wordt uitvoerig ingegaan op de kwaliteitszorg in de woonzorgcentra en de koppeling ervan met vroegtijdige zorgplanning.

In het vijfde hoofdstuk vindt het multidisciplinair overleg zijn aansluiting op het vorige hoofdstuk, over kwaliteitszorg in de woonzorgcentra. Het multidisciplinair overleg is een belangrijke schakel in de implementatie van vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra.

In de literatuurstudie wordt regelmatig verwezen naar regelgeving. In het kader van de 6<sup>e</sup> staatshervorming is Vlaanderen sedert 1 juli 2014 volledig bevoegd voor het beleid in verband met het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. De wet- en regelgeving van het federale en Vlaamse niveau bevindt zich volop in een transitie.

De federale Rust- en Verzorgingstehuis-regelgeving zou bijvoorbeeld opgenomen worden in de bijlage van het uitvoeringsbesluit van het woonzorgdecreet voor de woonzorgcentra.

De verwijzingen naar wet- en regelgeving in deze bachelorproef zijn een momentopname.

De conceptnota van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin stelt als doel om tegen 2018 een Vlaams welzijns- en zorgbeleid ontwikkeld te hebben.

Er kan verwacht worden dat de wet- en regelgeving geleidelijk aan aangepast zal worden in functie van hoger genoemde doelstelling.

## 2. Vroegtijdige zorgplanning in België

### 2.1. Regelgevend en deontologisch kader

In 2010 schreef Vandaele in de inleiding van zijn boek dat er begin jaren '90 een enorme spanning bestond tussen wat moreel aanvaard werd en wat er juridisch mogelijk was rond het levenseinde. Hij stelt dat sommige artsen zonder overleg met de patiënt of diens familie levenseindebeslissingen namen en dat vragen van patiënten vaak afgewezen werden op basis van juridische argumenten. Het ontstaan van de Wet betreffende de rechten van de patiënt, de wet rond palliatieve zorg en de wet rond euthanasie, heeft deze spanning wat doen afnemen. De oprichting van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en de wet op ethische commissies in ziekenhuizen heeft hier eveneens toe bijgedragen.

Vandaele (2010) geeft ook aan dat beslissingen omtrent het levenseinde ook in de culturele context moet worden geplaatst en dit op drie niveau's.

Het eerste niveau is de mens als cultuurwezen. Hij stelt dat de kritische mens een afweging zal maken tussen de natuurlijke omstandigheden waarin hij zich bevindt en zijn cultureel bestaan. Wanneer een cultureel bestaan onmogelijk wordt gemaakt, kan de levenseindevraag overwogen worden.

Een tweede niveau is de secularisering. De impact van het christelijke geloof is kleiner geworden op het maatschappelijk gebeuren. De vraag over leven en dood wordt hierdoor in een ander perspectief geplaatst. Door de vooruitgang van de medische technieken heeft men ervaren dat techniek efficiënter is dan religie. Het moreel aanvoelen over leven en dood is hierdoor gewijzigd.

Het derde niveau is de medische praktijk inzake levenseindebeslissingen. Vandaele (2010) verwijst naar een onderzoek van professor Mortier (Bio-eticus Universiteit Gent) waaruit blijkt dat in 1998 bij 39,3% (exclusief palliatieve sedatie) van de overlijdens een arts invloed had op de duur van het stervensproces. In 2007 is dit 47,9% (exclusief palliatieve sedatie). Uit deze cijfers blijkt dat het thema van levenseindebeslissingen niet weg te denken is in de gezondheidszorg.

In de richtlijn Vroegtijdige zorgplanning (2014) stellen Vanmechelen, Piers, Van den Eynde en De Lepeleire dat in België drie wetten de juridische omkadering vormen van vroegtijdige zorgplanning (VZP): wet betreffende de rechten van de patiënt (2002), wet betreffende de palliatieve zorg (2002) en wet betreffende de euthanasie (2002).

De wetgeving vormt het kader, het toepassen en realiseren ervan blijft mensenwerk.

#### 2.1.1. Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002

Sinds 22 augustus 2002 bestaat de wet betreffende de rechten van de patiënt. Deze wet bevordert de relatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar. De wet schept een duidelijk kader voor zowel de beroepsbeoefenaar als de patiënt. De patiënt heeft recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, de vrije keuze van een zorgverstreker, recht op informatie, geïnformeerde toestemming voor behandelingen, inzage in het medisch dossier, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en een beroep op bemiddeling.

De wet betreffende de rechten van de patiënt voorziet dat de patiënt een vertegenwoordiger kan aanduiden. Deze vertegenwoordiger kan in de plaats van de patiënt optreden om zijn rechten uit te oefenen. De vertegenwoordiger wordt aangeduid in een bijzonder schriftelijk mandaat dat zowel door de patiënt als de vertegenwoordiger wordt ondertekend (art 14 §1).

In 2006 stelt Keirse dat van al de rechten die aan de patiënt worden toegekend er drie zinvolle aanknopingspunten bevatten om tegengewicht te bieden aan het hervallen in therapeutische verbetering, namelijk het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, het recht op informatie over de gezondheidstoestand en het recht op toestemming na informatie.

Vervolgens vult Keirse in 2011 aan dat elke patiënt recht heeft op de beste zorg.

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening betekent niet dat een patiënt van zijn arts een behandeling kan eisen die de arts niet zinvol vindt. Omgekeerd mag een arts ook geen behandelingen voorstellen die niet meer zinvol zijn. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt moet gerespecteerd worden evenals zijn menselijke waardigheid (Keirse, 2011).

De beroepsbeoefenaar van zijn kant moet de patiënt de meest zinvolle behandeling voorstellen, informeren over zijn gezondheidstoestand en de mogelijke ontwikkeling van zijn gezondheidstoestand. Slechts in uitzonderlijke gevallen mag de beroepsbeoefenaar informatie voor de patiënt achterhouden (therapeutische exceptie) en dit na overleg met een andere beroepsbeoefenaar. De patiënt heeft het recht om een behandeling te weigeren of stop te zetten en heeft recht op de meest adequate pijnbehandeling en pijnbestrijding.

### **2.1.2. Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002**

Euthanasie is het opzettelijk beëindigen van het leven. In voornoemde wet staat duidelijk omschreven waarbinnen het opzettelijk beëindigen van het leven mag plaatsvinden, zowel de voorwaarden als de procedure, zodat dit niet als een misdrijf beschouwd wordt. Een patiënt kan euthanasie vragen maar het is geen recht. Wanneer de patiënt zijn rechten nog kan uitoefenen (handelingsbekwaam en bewust) dan kan hij de arts verzoeken om euthanasie. De arts zal nagaan of er aan de voorwaarden zoals voorzien in de wet betreffende de euthanasie (art 3) voldaan is (het verzoek moet vrijwillig en weloverwogen zijn, de patiënt moet handelingsbekwaam zijn en zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden, advies inwinnen bij een tweede arts) vooraleer op zijn verzoek in te gaan.

Een patiënt kan ook een voorafgaande wilsverklaring euthanasie opstellen. Dit document is echter juridisch niet bindend en euthanasie is enkel mogelijk bij een onomkeerbaar coma (art 4 §1).

Een arts kan weigeren om euthanasie uit te voeren. Hij moet dit tijdig melden aan de patiënt of diens vertegenwoordiger alsook zijn reden van weigering. In dit geval moet hij ook doorverwijzen naar een andere arts (art 14).

In verband hiermee stelt Keirse (2011) dat we rekening moeten houden met het feit dat de wetgeving over euthanasie relatief recent is. Veel artsen hebben dit in hun opleiding niet meegekregen. Hierdoor weten ze er weinig van en dat maakt dat velen zich onwennig voelen over het onderwerp euthanasie.

### **2.1.3. Wet betreffende de palliatieve zorg van 14 juni 2002**

Deze wet regelt de palliatieve zorg voor ongeneeslijk zieke patiënten. Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde (art 2). Het doel van palliatieve zorg bestaat erin om zowel de patiënt als de naasten fysiek, psychisch, sociaal en moreel ondersteuning te geven zodat een zo goede mogelijke levenskwaliteit wordt nagestreefd wanneer vastgesteld is dat een patiënt ongeneeslijk ziek is.

Het is het moment om over te schakelen van 'intensieve technische zorg' naar 'intensieve persoonlijke zorg' (Keirse, 2011).

In een recent onderzoek wordt geconcludeerd dat:

“Het laattijdig (h)erkennen van een palliatieve setting maakt dat patiënten dikwijls over hun diagnostische en therapeutische grens getrokken worden. Dit leidt tot ongemak, extra bijwerkingen, weinig zinvolle onderzoeken, behandelingen en verplaatsingen, alsook euthanasievragen in sommige gevallen. Het te lang uitstellen van palliatieve zorg leidt regelmatig tot een suboptimale patiëntenzorg, alsook tot frustratie bij de patiënt, diens familie en de zorgverleners. Dit vertaalt zich in crisisgedrag en extra moreel, psychisch, existentieel en fysiek lijden bij de patiënt”. (Van Beek en Menten, 2013, p. 539)

#### **2.1.4. Wettelijke documenten betreffende het levenseinde**

Volgens de brochure Leifblad op de website ([www.leif.be](http://www.leif.be)) bestaan er vijf wettelijke documenten inzake het levenseinde die opgesteld kunnen worden. De documenten worden hieronder kort beschreven.

Onderstaande documenten zijn geschreven uitdrukkingen van de wil van de patiënt.

- *Voorafgaande wilsverklaring euthanasie*  
Deze wilsverklaring wordt opgesteld door een patiënt die handelingsbekwaam en bewust is. In geval van een onomkeerbaar coma kan dit leiden tot het opstarten van een euthanasieprocedure. Deze wilsverklaring is niet afdwingbaar en heeft een geldigheidsduur van maximum 5 jaar. Ze is dus niet bindend, er wordt in principe wel rekening mee gehouden in de medische besluitvorming. Ze wordt ook wel een positieve wilsverklaring genoemd. De voorafgaande wilsverklaring euthanasie kan geregistreerd worden bij de gemeente maar is niet verplicht.
- *Voorafgaande negatieve wilsverklaring*  
Deze wilsverklaring drukt de wensen uit van latere zorg. Met de negatieve wilsverklaring kan een persoon eisen dat bepaalde medische handelingen niet meer gesteld worden wanneer hij of zij dit niet meer zelf kan beslissen. In tegenstelling tot de voorafgaande wilsverklaring euthanasie is deze wilsverklaring juridisch afdwingbaar en heeft een onbeperkte geldigheidsduur. De basis voor deze afdwingbaarheid is terug te vinden in de wet betreffende de rechten van de patiënt (art 8 §4).  
De voorafgaande negatieve wilsverklaring kan niet geregistreerd worden bij de gemeente.
- *Verklaring voor orgaandonatie*  
In principe is iedereen orgaandonor tenzij er verzet is geuit. Dit is vastgelegd in de wet betreffende het wegnemen en transplanteren van organen van 13 juni 1986, artikel 10 §1. Sedert 14 juni 2006 kan elke Belg die ouder is dan 18 jaar zich laten registreren als orgaandonor. Dit formulier kan geregistreerd worden op de gemeente en wordt automatisch gekoppeld aan het rijksregister. Deze registratie kan vermijden dat er bij een plots overlijden twijfel bij de familie ontstaat en zo worden conflicten vermeden.
- *Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling*  
Via dit formulier geeft iemand te kennen op welke manier hij ter aarde wordt besteld en kan hij ook beslissen over welke uitvaartplechtigheid je wenst. Dit formulier kan men laten registreren op de gemeente.
- *Document betreffende het lichaam schenken aan de wetenschap*  
Iemand die handelingsbekwaam is kan besluiten om zijn lichaam (of delen ervan) na zijn dood aan een universiteit af te staan voor wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor wordt een bijdrage geleverd aan de opleiding van toekomstige artsen en onderzoek naar nieuwe technieken en medische behandelingen. De persoon in kwestie stelt hiervoor een testament op in samenspraak met de universiteit van zijn keuze.

### 2.1.5. De Code Beperking Therapie

De Code Beperking Therapie vindt zijn oorsprong in de jaren 1940-1960, waar de medische wereld geconfronteerd werd met patiënten die na reanimatie voldoende vitale functies behielden maar hersendood waren. Destijds werden de eerste beslissingen genomen in verband met “Do Not Reanimate” (DNR).

In 1976 publiceerde het Massachusetts General Hospital een artikel in New England Journal of Medicine waarin aangeraden werd om de patiënten te rangschikken in vier categorieën. Deze vier categorieën leunen heel erg aan bij de classificatie die vandaag gebruikt wordt.<sup>2</sup>

Classificatie:

- Code 0: geen therapiebeperking, maximale behandeling
- Code 1: geen reanimatie, wel nog andere levensverlengende behandelingen
- Code 2: geen reanimatie, geen therapieuitbreiding, en specifiek aangeduide levensverlengende behandelingen worden niet meer gestart
- Code 3: geen reanimatie, geen enkele levensverlengende behandeling worden nog gestart en levensverlengende behandelingen worden afgebouwd of gestopt. Comfortzorg wordt opgestart.

De Code Beperking Therapie betreft een stapsgewijze beperking van de therapie in functie van de therapeutische winst die nog geboekt kan worden voor de patiënt. Dit wordt opgenomen in het patiëntendossier waarin de beslissing van de arts of artsen staat met betrekking tot het al dan niet starten van therapie in een bepaalde situatie.

Het instellen van een Code Beperking Therapie is van de beslissing van een arts of beslissing van artsen en vaak het zorgteam. In 2007 stelt het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek dat wanneer een behandeling voor de patiënt geen therapeutische winst meer betekent en dus ook niet zal bijdragen tot verbetering of behoud van een kwaliteitsvol leven of stervensproces, er overgegaan kan worden tot het instellen van een Code Beperking Therapie.

Steenhout en Rubens (2010) concluderen dat de arts door de wet van de rechten van de patiënt niet alleen deontologisch maar ook wettelijk verplicht is de patiënt of zijn vertegenwoordiger te betrekken. Tevens stellen ze ook dat het doel van het instellen van een Code Beperking Therapie is om therapeutische hardnekkigheid te voorkomen.

## 2.2. Definitie en begripsvorming

### 2.2.1. Definitie vroegtijdige zorgplanning

In de richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning wordt volgende definitie gebruikt:

“Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) is een vrijwillig en continu proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en de zorgverlener(s), waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. De oorspronkelijke doelstelling van VZP om schriftelijk en anticiperend behandelkeuzes vast te leggen, om een vertegenwoordiger aan te stellen en eventueel schriftelijke wilsverklaringen op te maken, werd verruimd met een proces van overleg waarbij de nadruk onder andere komt te liggen op het bespreken van zorgdoelen, rekening houdend met wat de patiënt waardeert als kwaliteitsvolle zorg. Deze zorgdoelen kunnen steeds aangepast worden aan de veranderde situatie van de patiënt en dienen de

---

<sup>2</sup> Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, advies nr. 41 van 16 april 2007 over de geïnformeerde toestemming en “DNR” – codes.

besluitvorming over de zorg te bevorderen op het ogenblik dat de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten.” (Vanmechelen et al., 2014)

Vanmechelen et al. (2014) stellen dat steeds de voorkeuren en waarden van de patiënt centraal moeten staan en men door dialoog tot zorgdoelstellingen of zorgafspraken tracht te komen, die in een zorgplan kunnen worden opgenomen.

B. Burnet en Wolff (2015) concluderen dat iedere patiënt keuzes maakt aan de hand van eigen normen en waarden. Deze keuzes moeten ten allen tijde gerespecteerd worden.

Een goede VZP zal de kwaliteit van zorg voor de betreffende patiënt enorm doen toenemen. Bovendien is het een recht van de patiënt om kwaliteitsvolle zorg te krijgen.

De conclusie uit de internationale literatuur is dat VZP een proces is waarvan het belangrijkste deel het proces zelf is en niet zozeer de uitkomst, namelijk het invullen van formulieren. Het is voornamelijk het communicatieproces tussen arts, zorgverleners, bewoner en naasten dat ervoor zorgt dat VZP als nuttig ervaren kan worden. Het is belangrijk dat men de wensen van de bewoner zo nauwkeurig mogelijk begrijpt en dat de bewoner zich begrepen voelt. Hierbij is een vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de bewoner van het grootste belang.

Vanmechelen et al. (2014) concluderen dat zowel in Vlaanderen alsook internationaal, er een toenemende interesse bestaat voor het bespreken van beslissingen rond het levenseinde. Het concept VZP getuigt van groeiende aandacht voor de autonomie van de bewoner als belangrijke waarde in het medisch handelen. De autonomie van de bewoner is tevens een centrale waarde in de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002.

In die zin kan aandacht voor VZP op elk moment in de zorgrelatie een meerwaarde bieden, en niet enkel naar het levenseinde toe.

### **2.2.2. Brugs model vroegtijdige zorgplanning**

Aangezien er in België geen wetgevend kader specifiek voor VZP voorhanden is, wordt het Brugse model overwegend als basis gebruikt.

Raes, Bogaerts en De Leperleire (2010) ontwikkelden in samenwerking met een multidisciplinaire werkgroep een model voor VZP in de woon- en zorgcentra van de Brugse regio. Zij baseerden zich op wat gekend is uit de internationale literatuur en op reeds bestaande literatuur en ervaring in Vlaanderen.

De meeste woon- en zorgcentra beschikken al over een aantal documenten voor afspraken rond therapiebepaling. VZP is echter een stapsgewijs proces waarbij het volledige team betrokken is gedurende de volledige duur van opname in het woon- en zorgcentrum.



Het Brugse model kiest voor het maken van afspraken in de vorm van zorgdoelen die vertaald worden in een A,B,C- code.

	Code A: 'Alles doen'	Code B: 'Behoud functie'	Code C: 'Comfortzorg'
<b>Doel</b>	Behouden en verlengen van het leven	Behoud van functie, met behandeling van acute aandoening	Comfort
<b>Vooruitzicht</b>	Verbetering van de toestand	Verbetering, stabilisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdere langzame achteruitgang</li> <li>• Snelle achteruitgang met sterven op relatief korte termijn</li> <li>• Sterven op korte termijn</li> </ul>
<b>Afspraken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopulmonale reanimatie</li> <li>• Hospitalisatie</li> <li>• Maximale medische behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen reanimatie, geen intensieve zorg, geen hemodialyse</li> <li>• Hospitalisatie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkel medicatie in functie van levenskwaliteit en comfort</li> <li>• Symptoombestrijding</li> <li>• Palliatieve zorg</li> </ul>

Figuur 1: tabel code van de VZP-zorgdoelen in het Brugse model (Huisarts Nu, september 2010, 39 (7)).

De communicatie hierover tussen zorgverleners en bewoners moet gestructureerd verlopen. In het Brugse model wordt de huisarts als best geplaatste persoon aanzien om deze gesprekken te voeren, omdat hij de bewoner de juiste medische informatie en prognose kan meedelen. Dit is echter niet altijd evident omdat er heel wat verschillende huisartsen werkzaam zijn in de woon- en zorgcentra en niet alle huisartsen even vertrouwd zijn met het onderwerp.

Daarom is het van zeer groot belang dat alle zorgverleners betrokken worden bij VZP.

De werkgroep ontwikkelde ook documenten om VZP in het dossier te noteren.

Het belangrijkste document is de VZP-zorgfiche.

Op deze fiche wordt een doel geïdentificeerd en in functie van dit zorgdoel kunnen de verschillende disciplines hun zorg specifiek omschrijven. Na het vastleggen van zorgdoelen wordt in het Brugse model een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd.

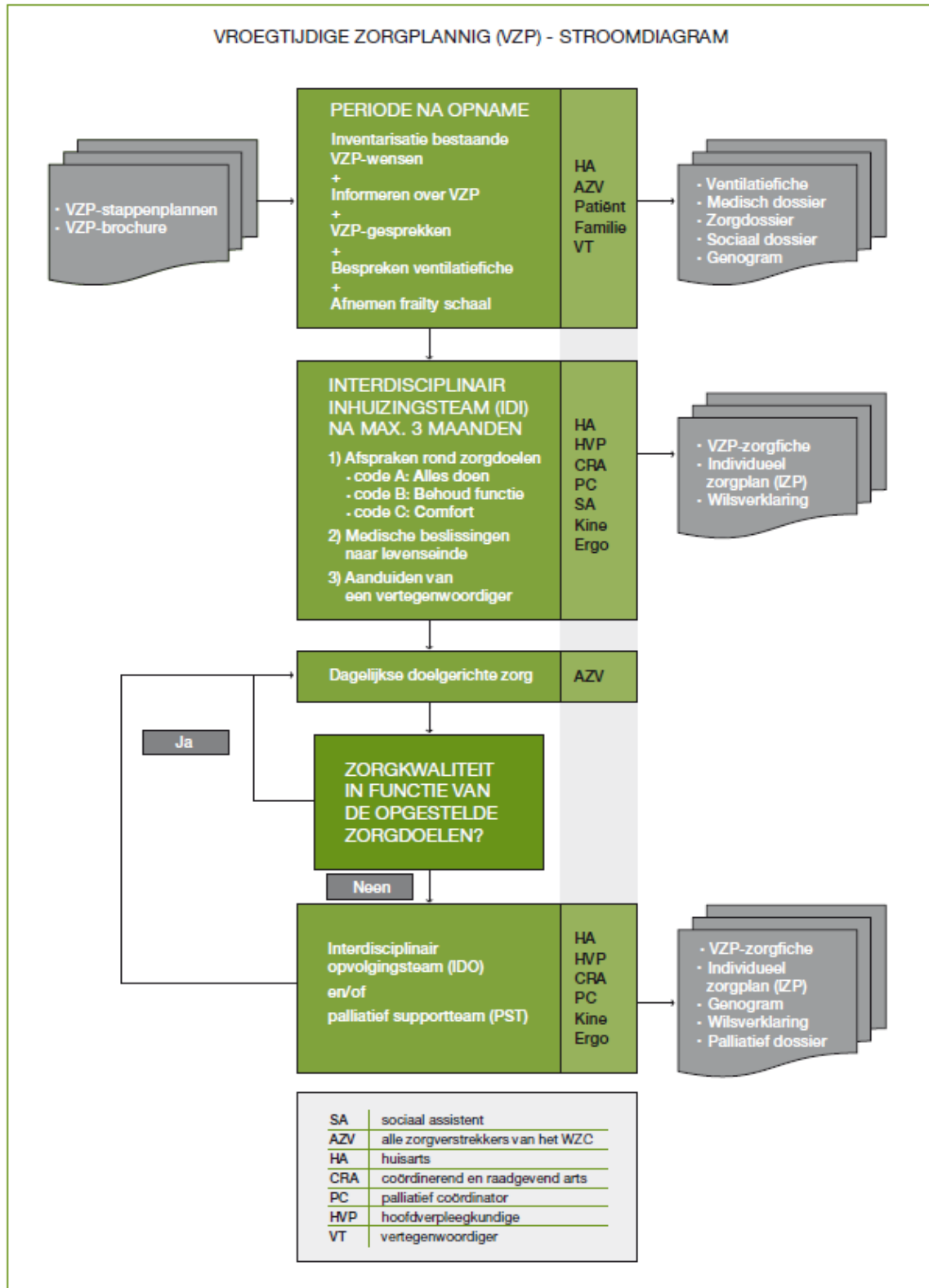
Hier worden de zorgdoelen besproken en voor elke discipline vertaald in concrete zorg. Zo kan men zeker zijn dat iedereen op de hoogte is van het gekozen zorgdoel. Beslissingen kunnen echter op elk moment herzien worden. Het is van zeer groot belang om bij elke beslissing de bewoner en de naasten zoveel mogelijk te betrekken.

Verder werd er ook een stroomdiagram opgesteld. Dit diagram kan door alle woon- en zorgcentra gebruikt en ingevuld worden naar eigen behoeften.

In het communicatieproces dat gevoerd wordt, is het van belang dat de zorgverlener detecteert wat de bewoner wel nog wenst in plaats van wat hij niet meer wenst.

### 2.2.2.1. Stroomdiagram

Onderstaand stroomdiagram wordt in het Brugse model gebruikt voor de implementatie van VZP.

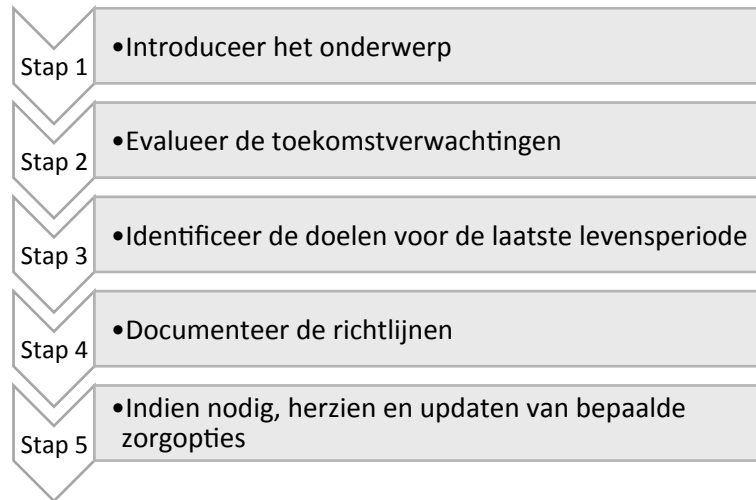


Figuur 2: Stroomdiagram vroegtijdige zorgplanning Brugse model (Huisarts Nu, september,2010, 39 (7))

### 2.2.2.2. Stappenplan

VZP is echter geen eenmalig gebeuren, maar een stapsgewijs proces. Het Brugse model, ontwikkeld door Raes et al. (2010), maakt gebruik van het stappenplan zoals voorgesteld door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen<sup>3</sup>.

Hierbij wordt het proces van VZP opgedeeld in vijf stappen:



Figuur 3: Stappenplan vroegtijdige zorgplanning van Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

### 2.2.3. Communicatieproces vroegtijdige zorgplanning

Over het tijdstip waarop VZP het best met de bewoners van de woon- en zorgcentra besproken wordt, bestaat in de literatuur geen echte overeenstemming.

Enerzijds wordt gezegd dat dit best zo vroeg mogelijk gebeurt bij de opname, omdat vele bewoners reeds beginnende cognitieve problemen hebben en de bewoners ook verwachten dat deze gesprekken plaatsvinden als zij nog in goede gezondheid zijn. Bovendien kan de opnameduur relatief kort zijn door een vroegtijdig overlijden van de bewoner kort na zijn opname in het woon- en zorgcentrum.

Anderzijds benadrukken andere artikels dan weer juist dat de gesprekken best niet te vlug na de opname plaatsvinden, maar op een moment dat de bewoner reeds wat ingeburgerd is.

In het Brugse model (Raes et al. 2010) werd gekozen voor een flexibel tijdstip voor de initiatie van de gesprekken, maar liefst toch relatief vroeg na de opname, met een interdisciplinair overleg ten laatste drie maanden na de opname.

#### 2.2.3.1. Communicatieproces opname

Bij opname tracht men bestaande wensen met betrekking tot VZP te inventariseren en te analyseren. Daarnaast informeert men de bewoner over VZP. De gesprekken over VZP starten met de bewoner, zijn familie en eventuele vertegenwoordiger. Daarnaast kunnen alle personen die belanghebbend zijn betrokken worden bij de gesprekken (dit zijn de actoren); de huisarts, alle zorgverstrekkers van

<sup>3</sup> Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen treedt op als representatieve organisatie voor alle belanghebbenden in palliatieve zorg in Vlaanderen. Als Federatie behartigt zij, samen met de netwerken palliatieve zorg, kwaliteitsvolle zorg voor elke burger. ([www.palliatief.be](http://www.palliatief.be))

het woon- en zorgcentrum, bewoner, familie en vertegenwoordiger zoals voorzien in het stroomdiagram op pagina 16.

#### 2.2.3.2. Communicatieproces multidisciplinair overleg

Alle informatie, verkregen in de periode na opname, wordt besproken tijdens het MDO, in het Brugse model ook wel interdisciplinair inhuizingsteam genoemd. Hier gaat men van start met de opmaak van een vroegtijdige zorgplanning-zorgfiche en een individueel zorgplan.

#### 2.2.3.3. Communicatieproces systematische opvolging tijdens verblijf.

Volgende situaties zijn sleutelmomenten om VZP te actualiseren of te initiëren:

- op vraag van bewoner, familie of zorgverlener,
- naar aanleiding van het stellen van een ernstige diagnose,
- naar aanleiding van een acute achteruitgang van een chronische ziekte,
- alle situaties die kunnen leiden tot wilsonbekwaamheid,
- bij de start van palliatieve zorg.

Een opname in een WZC is dus een belangrijk scharniermoment om het gesprek met de bewoner aan te gaan. Hierbij dient het tijdstip te worden gekozen naargelang de aanpassing aan de nieuwe omgeving en de evolutie van de gezondheidstoestand. De meest gangbare praktijk in vele instellingen is, ten laatste zes tot acht weken na opname.

### **3. Woonzorgcentra en Rust- en Verzorgingstehuizen in België**

#### **3.1. Woonzorgcentra: woonzorgdecreet van 13 maart 2009 en uitvoeringsbesluiten**

Het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 regelt de aanmelding, de erkenning en de subsidiëring van voorzieningen in de georganiseerde woonzorg. Het is de opvolger van het thuiszorgdecreet (1998) en het bejaardendecreet (1985).

Het heeft als doel de levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen door :

- 1° het ondersteunen van de zelfzorg en/of de mantelzorg,
- 2° het verlenen van gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg,
- 3° het bevorderen van de samenwerking en de afstemming tussen de verschillende actoren binnen de woonzorg (art 3).

Waar het bejaardendecreet (1985) zich hoofdzakelijk richtte op de materiële voorzieningen voor bejaarden legt het woonzorgdecreet meer de nadruk op woon- en leefklimaat. Het betrof dus meer dan een naamswijziging. Inhoudelijk is de focus meer en meer verlegd naar de zorg en het menselijke aspect.

Artikel 37 stelt dat een WZC een voorziening is, die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven in een thuisvervangend milieu, huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden.

In artikel 38 wordt gestipuleerd waaruit de ouderenzorg ten minste moet uit bestaan:

- 1° aangepaste huisvesting,
- 2° de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke zorg,
- 3° hygiënische en verpleegkundige zorg, in voorkomend geval van gedifferentieerde en gespecialiseerde aard,
- 4° (re)activering en psychosociale ondersteuning,
- 5° animatie en sociale netwerkvorming.

Het woonzorgdecreet stimuleert het waarborgen van de levenskwaliteit van de gebruiker (art 3). Er zijn allerlei voorzieningen (zoals bijvoorbeeld gezinszorg, oppashulp, WZC, ...) in het decreet beschreven, die de doelstellingen inzake levenskwaliteit in artikel 3 van het woonzorgdecreet (2009) helpen verwezenlijken (art 5 tem 36). De uitbouw van deze voorzieningen leidt ertoe dat het profiel van de bewoner van het WZC erg gewijzigd is. Men woont langer thuis gelet op de inzet op aangepast wonen. De opname in het WZC is later en met een verhoogd zorgprofiel. Men zet de stap naar het WZC pas als het "aangepast wonen thuis" ontoereikend is geworden.

De nadruk op zorg en levenskwaliteit heeft effectief zijn intrede gedaan. In artikel 4 van het woonzorgdecreet staat dat de erkende voorziening oog moet hebben voor de gehele zorgsituatie, inclusief palliatie.

Een erkend WZC zal op basis van dit decreet een visie moeten ontwikkelen omtrent palliatie en euthanasie, over het levenseinde.

De intentieverklaringen inzake euthanasie, dementie en palliatie zijn een eerste stap.

Een visie en beleid ontwikkelen omtrent VZP sluit hier op aan.

### **3.2. Rust- en verzorgingstehuis (RVT): Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008 en Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004**

In dit Koninklijk Besluit (KB) worden de normen vastgelegd waaraan een RVT moet voldoen om in aanmerking te komen voor erkenning door de overheid.

Dit KB legt de basis voor het kwaliteitsbeleid in de woonzorgcentra.

In het kader van VZP stelt het KB (2004) in de bijlage art. N1 onder punt 10 “kwaliteitsnormen”, dat het rust- en verzorgingstehuis de bewoners moet uitnodigen om in een open en ongedwongen sfeer hun wensen aangaande toekomstige zorgen en behandelingen kenbaar te maken. Indien de bewoner hierom verzoekt, worden zijn wensen ook vermeld in het verzorgingsdossier. Deze wensen zijn op ieder moment herroepbaar en het is van belang dat de zorgverstrekker steeds tracht de actuele wil van de patiënt te achterhalen<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004

## **4. Kwaliteitszorg in woonzorgcentra**

### **4.1. Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003**

Het decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen nodigt de voorzieningen uit om op een dynamische, systematische en continue manier met kwaliteit bezig te zijn.

In dit decreet worden een aantal bepalingen opgenomen, die garantie moeten bieden dat elke instelling verantwoorde zorg aanbiedt aan elke gebruiker, (art 3 §1) die voldoet aan bepaalde vereisten (art 3 §2) en dat er aan kwaliteitszorg wordt gedaan (art 4).

In artikel 3 §2 wordt gesteld dat verantwoorde zorg moet voldoen aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Bij het verstrekken van die verantwoorde zorg zijn respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en –behandeling, de informatie en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving gewaarborgd. Al de voorgaande aspecten zijn ook verankerd in de wet betreffende de rechten van de patiënt (2002).

### **4.2. Organisatie van kwaliteitszorg in het woonzorgcentrum**

Kwaliteitszorg in de woonzorgcentra is een uitwerking van het decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (2003). Het decreet bepaalt dat er een kwaliteitsbeleid (art 5 §1) gevoerd moet worden, een kwaliteitshandboek opgesteld en gebruikt moet worden, aan zelfevaluatie gedaan moet worden, er jaarlijks een kwaliteitsplanning opgesteld moet worden en dat er een jaarverslag moet gemaakt worden waarin het kwaliteitsbeleid beschreven wordt.<sup>5</sup>

In het ministerieel besluit van 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening, worden bepalingen inzake kwaliteitsbeleid vastgelegd.

Reeds in 1999 werd er een globaal plan van aanpak voorgesteld in de brochure kwaliteitszorg, handleiding bij het werk van de sectorale overleggroep ouderenvoorzieningen (1999).

Er wordt vastgelegd welke de normen voor kwaliteit zijn, wie deze vastlegt en er worden visies en missies vastgelegd. Verschillende invalshoeken worden bekeken: vanuit de gebruikers, de medewerkers en de organisatie.

Om te kunnen werken rond kwaliteit moet er eerst inhoud worden gegeven aan wat kwaliteit is: wat is de visie op kwaliteit? Daarnaast worden er een aantal activiteiten georganiseerd rond kwaliteit in de vorm van zelfevaluatie (art 5 §3): bepalen, beheersen, bewaken en verbeteren van kwaliteit. Dit volgens het principe van de PDCA-cyclus (Plan – Do – Check – Act).

Eens dit allemaal bepaald is, kan er op een systematische manier aan kwaliteitszorg gedaan worden. De Cleyn (2012) stelt dat kwaliteit van zorg een complex begrip is. Niet enkel het resultaat is belangrijk, maar ook het proces om tot het resultaat te komen. Door samen te reflecteren over wat kwaliteit van zorg is, kan je voor je zorginstelling een aantal regels ontwikkelen.

---

<sup>5</sup> [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be) decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Vleugels en Van den Heuvel (2005, p 301-302) stellen dat, om de koppeling te maken tussen de missie, het strategisch beleid, de operationele doelstelling van een voorziening en de concrete uitvoering ervan op het werkveld, het belangrijk is dat men een methode en/of een instrument ontwikkelt dat het effect van de vele middelen en inspanningen, die dagelijks worden ingezet of geleverd, zichtbaar/aantoonbaar maakt.

In de volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op de manieren waarop een WZC op een systematische manier haar kwaliteitszorg moet implementeren in haar organisatie. Kwaliteitszorg moet immers doorvertaald worden in de hele organisatie (art 5 §1).

Enerzijds moet de organisatie werken aan de kwaliteit van de zorg. Dit wordt geconcretiseerd in de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen. Anderzijds moet de kwaliteitszorg ook ingevoerd worden. Hiervoor wordt een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplanning opgesteld. Beide spelen op elkaar in.<sup>6</sup>

Het ministerieel besluit (MB) van 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg geeft de structuur weer hoe het intern kwaliteitsbeleid vorm gegeven moet worden.

#### **4.2.1. Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen**

De sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen (SMK's) zijn vastgesteld in de bijlage van het MB van 10 december 2001. Ze specificeren waaraan het begrip verantwoorde hulp- en dienstverlening minimaal moet voldoen.

Het begrip "verantwoorde hulp- en dienstverlening" wordt vertaald in vijf kernbegrippen:

- Gebruikersgericht
- Maatschappelijk aanvaardbaar
- Doeltreffend
- Doelmatig
- Continuïteit

Per kernbegrip werden er verschillende SMK's geformuleerd die minstens gerealiseerd moeten worden in de organisatie. Deze SMK's geven aan welke minimale kwaliteit inzake de vijf bovenvermelde kernbegrippen een WZC zeker moet voldoen.

#### **4.2.2. Kwaliteitshandboek**

Het kwaliteitshandboek bevat minstens de volgende elementen:

- Een inleiding
- Een weergave van het kwaliteitsbeleid waarin de opdrachtverklaring (missie, visie en waarden) en het hulp- en dienstverleningsaanbod vervat is
- Een weergave van het kwaliteitssysteem met conditionele, operationele en garantie-elementen.

---

<sup>6</sup> Brochure kwaliteitszorg. Handleiding bij het werk van de sectorale overleggroep ouderenvoorzieningen. Rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voorkortverblijf, serviceflats, woningcomplexen met dienstverlening (1999).



### **4.2.3. Kwaliteitssysteem**

Het kwaliteitssysteem geeft een overzicht van hoe dingen gebeuren in het WZC. Het is een weergave van afspraken en werkwijzen binnen de instelling. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen conditionele elementen, operationele elementen en garantie-elementen. In het kader van de finaliteit van de bachelorproef wordt er hier enkel dieper ingegaan op de operationele elementen binnen het kwaliteitssysteem.

#### **4.2.3.1. Operationele elementen**

Dit is een schriftelijke weergave van werkwijzen en afspraken over belangrijke processen binnen de instelling. Deze worden vastgelegd in procedures. In een procedure worden afspraken neergeschreven over het verloop van een proces. In een procedure worden een aantal aspecten beschreven zoals doel van de procedure, het toepassingsgebied, termen en definities, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de werkwijze en verwante documenten en hulpmiddelen. Er bestaan primaire processen, secundaire processen en managementprocessen. In het kader van de finaliteit van de bachelorproef wordt er hier enkel dieper ingegaan op de primaire processen binnen de operationele elementen.

#### **4.2.3.2. Primaire processen**

Dit zijn processen waarmee de gebruiker rechtstreeks in aanmerking komt of die gebruikersgericht zijn.

In het kader van VZP komen volgende procedures in beeld:

- procedure voor onthaal en opname
- procedure voor planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging (inclusief palliatieve zorg)
- procedure palliatieve zorg
- procedure inspraak
- procedure werken met een individueel begeleidingsplan

### **4.2.4. Kwaliteitsplanning**

De kwaliteitsplanning is in feite een jaarplanning waarin vooropgesteld wordt rond welke items inzake kwaliteit gewerkt zal worden. Het beschrijft het proces en de aanpak van de gekozen items. Het betreft projecten en activiteiten met betrekking tot kwaliteit met als doel de kwaliteit te bepalen, te verbeteren, te beheersen en te borgen (via zelfevaluatie).

## **4.3. Vroegtijdige zorgplanning en kwaliteitszorg in het woonzorgcentrum**

Binnen de vigerende regelgeving zijn er verschillende aanknopingspunten om VZP te implementeren in het WZC.

Het KB houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004 (p 16) biedt een duidelijk aanknopingspunt.

Het kwaliteitsdecreet (2003) stelt in art. 5 §3 dat er aan zelfevaluatie gedaan moet worden op vlak van kwaliteit.

Om hieraan tegemoet te komen werd er een referentiekader “Integrale kwaliteit van wonen en zorg in de woonzorgcentra” (2012) opgesteld. Op basis van vastgelegde kwaliteitsindicatoren wordt de kwaliteit gemeten in het WZC. Er is een kwaliteitsindicator “Up-to-date plan rond het levenseinde” vastgelegd. Elk jaar op 20 maart moet er gekeken worden welk het percentage van bewoners is dat beschikt over een up-to-date plan voor de zorg rond het levenseinde dat in overeenstemming is met de voorkeuren van de bewoner.

M. Detering, D.Hancock, C. Reade en Silvester (2010) concludeerden dat, wanneer er een communicatieproces rond VZP wordt opgezet tussen de bewoner, de familie en de zorgverleners, dit een positieve invloed heeft op de bewoner. Het respecteren van de wensen van de bewoner vermindert stress, angst en depressie bij familieleden van de overleden bewoner.

Detering et al. (2010) stellen wel dat VZP niet enkel gericht mag zijn op het invullen of voorzien van documenten betreffende het levenseinde. Het communicatieproces is het belangrijkste. VZP moet ook gecoördineerd en systematisch deel uitmaken van de zorg voor de bewoner.

## 5. Multidisciplinair overleg

### 5.1. Regelgeving multidisciplinair overleg

In het Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004, is vastgelegd dat er minstens tweemaandelijks een “pluridisciplinair” overleg georganiseerd moet worden en dat het de specifieke taak van de hoofdverpleegkundige is om de “pluridisciplinaire” werking te organiseren van de verschillende zorgverstrekkers.

### 5.2. Definitie multidisciplinair overleg

Het MDO is een overleg van deskundigen uit verschillende beroepsgroepen, onder andere huisarts, coördinerend raadgevend arts (CRA), hoofdverpleegkundige, kinesitherapeut, sociale dienst, ergotherapeut en palliatief coördinator.

Het MDO is een standvastig fenomeen, waar de professionals onderling spreken over relevante zaken die te maken hebben met het welzijn van de bewoner. In de literatuur wordt beschreven dat er de laatste tijd een kentering plaatsvindt waarbij organisaties het MDO openstellen voor de bewoner onder het mom: niet praten *over* maar *met* de bewoner. Dit is een veranderingstraject waarbij de bewoner centraal staat en mee beslist.

In de praktijk blijkt dat echter anders te zijn.

Uit navraag in drie verschillende woonzorgcentra (veldonderzoek) blijkt dat het MDO niet opengesteld is voor de bewoner en hiervoor in de nabije toekomst geen initiatieven op dit vlak gepland zijn. Er vinden wel gesprekken met de bewoner plaats buiten het MDO in verband met zijn verblijf en zorg in het WZC.

L. M. van der Meulen (2008) concludeert dat het MDO in de gezondheidszorg niet meer weg te denken is. Hij hanteert het discipline-overschrijdend samenwerken in een holistische context als adagium. Het concept van de multidisciplinaire samenwerking wordt gevormd door een gemeenschappelijke taal, een gemeenschappelijke probleemdefinitie en een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.

Het MDO moet steeds afgesteld en aangepast worden aan de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg, het steeds mondiger worden van de bewoner en de actuele wet- en regelgeving.

### 5.3. Doelstelling multidisciplinair overleg in functie van vroegtijdige zorgplanning

De doelstelling van MDO is om kennis vanuit meerdere disciplines gecombineerd in te zetten om de kwaliteit van zorg voor de patiënt zo hoog mogelijk te krijgen.

Het MDO speelt bijgevolg een belangrijke rol in de VZP. Alle zorgverleners moeten ten slotte op de hoogte zijn van de wensen van de bewoner. Zijn of haar keuzes dienen door iedereen en te allen tijde gerespecteerd te worden. Hierdoor zal de bewoner een groter gevoel van autonomie krijgen, wat voor hem of haar ook weer een betere kwaliteit van zorg betekent.

Van den Noordgate en Schauwen (2005) stellen dat dit ook kan betekenen dat de bewoner en/of zijn naaste ervoor kiest om geen verantwoordelijkheid op te nemen of ervoor kiest om *niet* te kiezen. Ook dit dient gerespecteerd te worden door de zorgverstrekkers. Het multidisciplinair samenwerken bij VZP is een enorme uitdaging waarbij duidelijke communicatie op alle niveaus van cruciaal belang is. Multidisciplinair teamwerk kan dan ook gezien worden als een verrijking voor zowel de bewoner als voor de zorgverlener zelf.

## **5.4. Ventilatiefiche als instrument**

### **5.4.1. Definitie**

In het Brugse model (Raes et al. 2010) wordt er gebruik gemaakt van een ventilatiefiche. Dit is een belangrijk hulpmiddel voor VZP.

Om de verschillende elementen uit gesprekken met de verschillende zorgverleners niet verloren te laten gaan, is het nuttig om een ventilatiefiche te introduceren in elk bewonersdossier. Deze ventilatiefiche werd ontwikkeld om zoveel mogelijk zorgverleners bij het proces van VZP te betrekken.

Ghijsebrechts, Van de Wiele en De Lepeleire (2009) concluderen dat er duidelijke afspraken moeten gemaakt worden rond interne communicatie over VZP. Het moet duidelijk zijn hoe bevindingen meegedeeld worden binnen de instelling. Hiervoor kunnen hulpmiddelen en instrumenten worden ingeschakeld zodat er een globale aanpak is voor de organisatie. De ventilatiefiche kan beschouwd worden als een hulpmiddel en instrument om de interne communicatie rond VZP te verbeteren.

### **5.4.2. Doelstelling**

Het is de bedoeling dat alle zorgverleners, die met de bewoner in contact komen, op deze fiche uitspraken en inzichten kunnen noteren die belangrijk kunnen zijn voor de VZP. Het is vaak in het alledaagse contact dat dingen worden gezegd, die in de gesprekken over VZP terug aan bod kunnen komen. De input op de ventilatiefiche kan belangrijke aanknopingspunten bevatten omtrent VZP voor de bespreking binnen het MDO.

## 6. Besluit literatuuronderzoek

VZP is meer dan het invullen van documenten. Het is vertrekken vanuit de noden en verlangens van de bewoner. Het is een dynamisch communicatieproces dat de zorginstelling aflegt met de zorgvrager om te komen tot onderhandelde zorg.

In een WZC kan dit benaderd worden vanuit de vraagstelling: wat verwacht de bewoner over zijn verblijf in het WZC?

Het is erg belangrijk om binnen een wettelijk kader te werken.

Van hieruit starten levert een aantal documenten op, die ter ondersteuning van de onderhandelde zorg best in het zorgdossier van de bewoner bewaard worden.

Het invullen en omschrijven van VZP is een heel persoonlijke aangelegenheid. De bewoner heeft hier de vrijheid om zijn noden, behoeften en zorgen kenbaar te maken en vast te leggen.

De methodiek echter, wordt best op een uniforme manier aangepakt. Daarom kan de ontwikkeling van een procedure VZP en een ventilatiefiche binnen de kwaliteitszorg een kader bieden voor een structurele verankering binnen de woonzorgcentra.

Een multidisciplinaire benadering bij het opmaken van de procedure en de ventilatiefiche is een belangrijke voorwaarde om het einddoel uiteindelijk te bereiken voor beide organisaties. Immers zonder draagvlak binnen alle disciplines van zorgverlening zal implementatie en borging niet gehaald worden.

## **Deel 2: Praktische uitwerking**

### **1. Inleiding praktische uitwerking**

Voor de uitwerking van het praktisch deel werden de finaliteit en de eindproducten van deze bachelorproef goed afgebakend. VZP is een heel uitgebreid onderwerp. Het is geen eenvoudig thema omwille van de inhoud als dusdanig. Bovendien rust nog een zeker taboe op dit onderwerp. Er zijn veel betrokkenen in dit proces en werken in vertrouwen is daarom erg belangrijk. Daarnaast is het zo dat we geen medewerkers zijn van de betreffende instellingen.

We kunnen beschouwd worden als externen met een specifieke opdracht. We hebben het vertrouwen van de instellingen gekregen om als externen hiermee bezig te zijn. Voor de instellingen kan het een voordeel zijn dat er een derde meekijkt in de organisatie voor een heel specifiek onderwerp als VZP.

De bachelorproef wordt opgevolgd door een stuurgroep samengesteld uit de inhoudsdeskundigen en de studenten.

Deze stuurgroep vergadert in functie van de noodwendigheid om de voortgang van de bachelorproef goed op te volgen en de nodige bijstellingen te voorzien. De stuurgroep handelt in consensus. Tussentijds worden er bilaterale contacten onderhouden om het proces en traject goed te begeleiden.

Het einddoel voor de organisaties is tweeledig:

- het ontwikkelen van een nieuwe procedure VZP in het kader van de kwaliteitszorg. Hierbij worden de overige procedures van het kwaliteitshandboek naar mogelijke aanpassingen in functie van het tot stand komen van de nieuwe procedure gescreend.
- het ontwikkelen en implementeren van een ventilatiefiche in het MDO een doel.

Voor ons, studenten, is de neerslag van het proces en onze rol hierin om te komen tot deze twee specifieke eindproducten, een procedure en een ventilatiefiche, een belangrijke doelstelling van deze bachelorproef.

In de eerste hoofdstukken van het praktisch deel worden de belangrijkste kenmerken van de twee woonzorgcentra geschetst en met cijfers onderbouwd en wordt de huidige stand van zaken van VZP geschetst. Het zijn twee verschillende organisaties die voldoende gezamenlijke kenmerken hebben om tot gezamenlijke aanbevelingen te komen over VZP. Uit de bevraging blijkt dat er voldoende wil en urgentie is om een beleid rond VZP te ontwikkelen binnen beide instellingen.

Hoofdstuk vier licht de methodiek toe en beschrijft de actoren en hun respectievelijke rollen. Hoofdstuk vijf en zes handelen heel specifiek over de twee eindproducten met name een procedure VZP en een ventilatiefiche. De procedure vormt een onderdeel van de kwaliteitswerking en de ventilatiefiche kan worden gebruikt door de leden van het MDO.

Hoofdstuk zeven geeft tot slot een aantal aanbevelingen over de verdere implementatie van VZP in beide woonzorgcentra.

## **2. Situering van de organisaties**

Beide organisaties zijn verschillend maar ze hebben toch voldoende gemeenschappelijke kenmerken om een gezamenlijke aanpak te verantwoorden.

Beide woonzorgcentra worden beheerd door een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW).

Het beheren van een WZC is geen verplichte opdracht van een lokaal bestuur. Dat zowel Maasmechelen als Dilsen-Stokkem een WZC beheren is een indicatie welk belang deze besturen hechten aan het beleid rond ouderenzorg in hun gemeente. Het beheren van een WZC staat niet op zichzelf maar vormt een onderdeel, een schakel in het zorgcontinuüm met betrekking tot ouderenzorg.

Het WZC Heyvis wordt beheerd door het OCMW van Maasmechelen.

Het WZC 't Kempken wordt beheerd door het OCMW van Dilsen-Stokkem.

De OCMW's treden hier naast hun rol als regisseur van het lokale beleid rond ouderenzorg ook op als actor.

De woonzorgcentra bieden huisvesting aan veelal zorgbehoevende ouderen maar staan in zekere mate ook open voor andere ouderen die omwille van gezondheids- en of sociale redenen het bijzonder moeilijk hebben om verder thuis te blijven.

In beide woonzorgcentra wordt er gewerkt met verschillende afdelingen. Dit is een indicatie dat men wenst te werken met kleinschalige leefeenheden waarbij er een evenwicht tussen efficiëntie en kleinschaligheid wordt gezocht.

De laatste jaren zijn er binnen de woonzorgcentra accentverschuivingen gebeurd. Vroeger lag het accent vooral op het bieden van zorg in de medische zin. Nu is het accent meer verschoven naar een combinatie van het bieden van zorg en een aangenaam woon- en leefklimaat. Aandacht voor het immateriële heeft in de kwaliteitszorg een belangrijke plaats ingenomen.

Beide woonzorgcentra hebben een aantal bedden erkend als RVT-bed. Voor deze erkende bedden ontvangen de woonzorgcentra een hogere tegemoetkoming van het RIZIV omdat er ook hogere personeelsnormen aan verbonden zijn. Als de samenstelling van de populatie op vlak van zorgbehoevendheid wordt geanalyseerd dan wordt vastgesteld dat er meer bewoners verblijven die een RVT-profiel hebben dan dat er erkende bedden zijn. Dit betekent een structurele onderfinanciering van de woonzorgcentra. Bewoners worden nooit geweigerd om reden van zorgbehoevendheid. Huisvesting van een populatie die gemiddeld meer zorgbehoevend is dan het aantal RVT-bedden laat uitschijnen, is een beleidskeuze van het lokaal bestuur. Hier worden lokale financiële middelen voor vrij gemaakt.

### **2.1. Woonzorgcentrum Heyvis**

#### **2.1.1. Afdelingen en bedden**

Er zijn in totaal vier afdelingen, namelijk Heikant, Bongerd, 't Greeven en de Wingerd, waar ook een deelwerking bijzondere zorg, de Dreef, is ondergebracht.

WZC Heyvis heeft 120 erkende bedden, waarvan 76 bedden een RVT-erkenning hebben.

### 2.1.2. Samenstelling populatie

De cijfers die gebruikt worden om de samenstelling van de populatie weer te geven zijn gebaseerd op het jaarverslag van 2014 en geeft de toestand weer op 31.12.2014.

Dit zijn de meest recente cijfers die beschikbaar zijn.

<b>Samenstelling populatie en zorgprofiel<sup>7</sup></b>	
Totaal aantal bewoners	118
Aantal vrouwen	85
Aantal mannen	33
Gemiddelde leeftijd	86 jaar
Aantal opnames	36
Aantal overlijdens	34
In WZC	29
In ziekenhuis	5
Zorgprofiel volgens KATZ schaal <sup>8</sup>	
O	10
A	23
D	2
B	24
C	20
C-dem	39

Tabel 1: samenstelling populatie en zorgprofiel van de bewoners van woonzorgcentrum Heyvis

### 2.1.3. Personeel

<b>Functie</b>	<b>Aantal<sup>9</sup></b>
Directeur	1
Hoofdverpleegkundigen	4
Verpleegkundigen	22
Zorgkundigen	43
Kinesitherapeuten	3
Ergotherapeuten	3
Animatoren	4
Keuken	27
Facilitaire dienst	32
Onthaal en administratie	4
Sociale dienst	2
Kwaliteitscoördinator	1
<b>Totaal</b>	<b>146</b>

Tabel 2: overzicht personeel woonzorgcentrum Heyvis

De hoofdverpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, animatoren, keuken, onthaal, sociale dienst en de kwaliteitscoördinator worden aangestuurd door de directeur. De

<sup>7</sup> Bron: Jaarverslag woonzorgcentrum Heyvis, Maasmechelen, 2014.

<sup>8</sup> KATZ – schaal is als bijlage 1 toegevoegd.

<sup>9</sup> Aantallen zijn uitgedrukt in het aantal personeelsleden, niet in fulltime equivalenten.



hoofdverpleegkundigen sturen de verpleegkundigen en de zorgkundigen aan. De diensthoofden OCMW sturen de facilitaire dienst aan.

#### **2.1.4. Indicator up-to-date plan voor zorg rond het levenseinde**

Deze kwaliteitsindicator moet elk jaar, op 20 maart, op last van de Vlaamse overheid in het kader van de kwaliteitszorg gescoord worden in de woonzorgcentra. Zorg voor het levenseinde behoort tot de minimale dienstverlening van een WZC. De indicator geeft een beeld over de mate waarin er met de bewoner gecommuniceerd wordt over het levenseinde zowel mondeling als schriftelijk.

Jaar	% aandeel
2013	1,8
2014	3,41
2015	12,7

Tabel 3: overzicht indicator up-to-date plan voor zorg rond het levenseinde

#### **2.1.5. Visie en aanpak omtrent vroegtijdige zorgplanning**

Heyvis wil een open huis zijn waar iedereen zich welkom voelt.

Wederzijds respect vormt de basis voor een klantgerichte zorg.

Deze houding wordt ook doorgetrokken naar het beleid van VZP. De wensen van de bewoner staan centraal en elke bewoner beslist zelf wat hij of zij wil. Deze wensen worden ten allen tijde gerespecteerd.

In het WZC Heyvis gebeurt de opnameprocedure door de sociale dienst. Tijdens het intakegesprek komt ook het thema VZP reeds aan bod. De sociaal verpleegkundige zal dit thema steeds behandelen met de missie en visie van het huis als leidraad.

Het procesmatig te werk gaan en adequaat verzamelen van informatie over VZP zal ook een snellere en efficiëntere manier van werken tot gevolg hebben. Een betere tijdsbesteding heeft dan weer een gunstig gevolg op de performantie van de organisatie.

## **2.2. Woonzorgcentrum 't Kempken**

### **2.2.1. Afdelingen en bedden**

In WZC 't Kempken zijn 3 afdelingen: De Korver, De Korenaar en De Bakermat.

De Korver en De Korenaar huisvesten ouderen die ingevolge hun lichamelijke of mentale gezondheidstoestand hulp van derden nodig hebben bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

De Bakermat is bestemd voor die bewoners die omwille van hun geestelijke gezondheidstoestand een verhoogd toezicht, bescherming, begeleiding en een verhoogde graad aan zorg nodig hebben.

In het WZC zijn er in totaal 80 bedden waarvan er 52 bedden erkend zijn als RVT – bed.

### **2.2.2. Samenstelling populatie**

De cijfers die gebruikt worden om de samenstelling van de populatie weer te geven zijn gebaseerd op het jaarverslag van 2014 en geeft de toestand weer op 31.12.2014.

Dit zijn de meest recente cijfers die beschikbaar zijn. Het jaarverslag 2015 wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de OCMW-raad in juni 2016.

<b>Samenstelling populatie en zorgprofiel<sup>10</sup></b>	
Totaal aantal bewoners	80
Aantal vrouwen	59
Aantal mannen	21
Gemiddelde leeftijd	83 jaar
Aantal opnames	16
Aantal overlijdens	14
In WZC	13
In ziekenhuis	1
Zorgprofiel volgens KATZ schaal <sup>11</sup>	
O	4
A	8
D	3
B	17
C	13
C-dem	35

Tabel 4: samenstelling populatie en zorgprofiel van de bewoners van woonzorgcentrum 't Kempken

### 2.2.3. Personeel

<b>Functie</b>	<b>Aantal<sup>12</sup></b>
Directeur	1
Hoofdverpleegkundigen (coördinatoren bewonerszorg)	3
Verpleegkundigen	15
Zorgkundigen	43
Kinesitherapeuten	2
Ergotherapeuten	2
Animatoren	3
Keuken	12
Facilitaire dienst	12
Onthaal en administratie	2
Sociale dienst	1
<b>Totaal</b>	<b>96</b>

Tabel 5: overzicht personeel woonzorgcentrum 't Kempken

De directeur stuurt de coördinatoren bewonerszorg, de keuken, het onthaal, administratie en de sociale dienst aan.

De kinesitherapeuten, animatoren en de ergotherapeuten worden aangestuurd door de coördinatoren bewonerszorg in nauwe samenspraak met de directeur. Tevens sturen de coördinatoren bewonerszorg de verpleegkundigen en de zorgkundigen aan. De facilitaire dienst wordt door het diensthoofd OCMW aangestuurd.

<sup>10</sup> Bron: Jaarverslag woonzorgcentrum 't Kempken, 2014.

<sup>11</sup> KATZ – schaal is als bijlage 1 toegevoegd.

<sup>12</sup> Aantallen zijn uitgedrukt in het aantal personeelsleden, niet in fulltime equivalenten.

#### 2.2.4. Indicator up-to-date plan rond de zorg voor het levenseinde

Deze kwaliteitsindicator moet elk jaar, op 20 maart, op last van de Vlaamse overheid in het kader van de kwaliteitszorg gescoord worden in de woonzorgcentra. Zorg voor het levenseinde behoort tot de minimale dienstverlening van een WZC. De indicator geeft een beeld over de mate waarin er met de bewoner gecommuniceerd wordt over het levenseinde zowel mondeling als schriftelijk.

Jaar	% aandeel
2013	13,9
2014	14,1
2015	16,5

Tabel 6: overzicht indicator up-to-date plan voor zorg rond het levenseinde

#### 2.2.5. Visie en aanpak omtrent vroegtijdige zorgplanning

In WZC 't Kempken wordt een cultuur van eindigheid aanvaard. Dit betekent dat sterven in het WZC kan en mag. Sterven is een natuurlijk en normaal proces dat behoort tot het leven, waar iedere mens voor komt te staan. In WZC 't Kempken wil men ervoor zorgen dat sterven en afscheid nemen waardig kan gebeuren. Hierbij worden de bewoner en zijn familie zoveel mogelijk actief betrokken worden in de zorgverlening en ondersteund worden in hun keuzes met respect voor hun autonomie en eigenheid. Enkel de bewoner kan aangeven wat voor hem menswaardig is.

Het WZC tracht haar bewoners vertrouwd te maken met het idee van VZP. Het WZC heeft hieromtrent een folder uitgewerkt die bij opname wordt meegegeven. Ook worden er op regelmatige tijdstippen informatiemomenten georganiseerd over VZP. Deze informatiemomenten zijn toegankelijk voor bewoners, familie en zorgverleners.

Bewoners worden geïnformeerd over de rechten van de patiënt. Het WZC vindt het aanduiden van een wettelijk vertegenwoordiger erg belangrijk. Naarmate het idee van VZP bij de bewoners aanvaard wordt, tracht het WZC de persoonlijke opvattingen inzake de keuzes rond het levenseinde te achterhalen en zo mogelijk vast te leggen in een wilsverklaring.

Binnen het kader van de palliatieve zorg kan er bij naderend levenseinde in overleg met de bewoner, of desgevallend met zijn vertegenwoordiger, gekozen worden voor optimale comfortzorg, het stoppen van behandelingen die medisch gezien geen meerwaarde meer hebben en het starten van maximale symptoomcontrole.

In vele gevallen kan deze zorg probleemloos voortgezet worden tot aan het moment van overlijden. Sommige bewoners echter zullen een meer actieve aanpak wensen, zoals palliatieve sedatie of euthanasie.

Welke beslissingen ook rond het levenseinde worden genomen, deze moeten steeds een uiting zijn van de wil van de voorafgaandelijk correct geïnformeerde bewoner. Behoudens de beslissing rond de toepassing van euthanasie treedt ingeval van wilsonbekwaamheid van de bewoner zijn vertegenwoordiger in de plaats op. Op dat moment moeten alle alternatieven en hun modaliteiten besproken worden met de bewoner of vertegenwoordiger. Indien de bewoner dit wenst, gebeurt het overleg in aanwezigheid van zijn verwanten, doch steeds met het multidisciplinair samengestelde team. Een goed geïnformeerde omgeving zal de beweegredenen en keuze van de bewoner beter

kunnen begrijpen en aanvaarden. De gemaakte afspraken worden schriftelijk vastgelegd en regelmatig met de bewoner of zijn/haar vertegenwoordiger getoetst.

Zo er door de bewoner tot euthanasie wordt besloten, kan dit slechts onder de verantwoordelijkheid van de arts-uitvoerder en voor zover aan de vigerende wetgeving wordt voldaan.

De medewerkers zijn geschoold in palliatieve zorg. Indien gewenst kan er deskundige ondersteuning ingeroepen worden van onder andere "Pallion".

Voor het WZC 't Kempken kan het euthanasiebeleid niet los gezien worden van het beleid aangaande VZP en in het bijzonder, palliatieve zorg en de keuzes rond het levenseinde in het WZC.

### **2.3. Conclusie**

Beide woonzorgcentra vertonen, ondanks accentverschillen, sterke gelijkenissen zowel op vlak van bewonersprofiel, zorgprofiel als op vlak van personeelsomkadering.

Er is een visie op VZP aanwezig. De indicator up-to-date plan levenseinde geeft een bepaalde evolutie aan en is een eerste indicatie van de stand van zaken met betrekking tot VZP, weliswaar heel specifiek gericht op de zorg rond het levenseinde. Er kan geconcludeerd worden dat het thema VZP leeft. Het procentueel aandeel van bewoners waarmee een gesprek is gehouden over het levenseinde en waarvan een schriftelijke weerslag bestaat, stijgt elk jaar. In WZC Heyvis is er in 2015 een spectaculaire stijging, in WZC 't Kempken verloopt de stijging stelselmatig. Deze indicator zegt evenwel niet alles. Het is van belang om in het kader van deze studieopdracht vast te stellen wat de situatie op de werkvloer is. Om hier zicht op te krijgen, is er gewerkt met een identieke vragenlijst voor beide organisaties.

### **3. Analyse stand van zaken vroegtijdige zorgplanning**

Een analyse van de stand van zaken met betrekking tot VZP in beide woonzorgcentra is essentieel vooraleer te kunnen starten met de effectieve uitwerking van de vooropgestelde eindproducten van deze bachelorproef. Deze nulmeting werd uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst<sup>13</sup>.

In beide woonzorgcentra heeft het interview dienaangaande plaatsgevonden met de maatschappelijk assistent. De keuze om de vragen te overlopen met de maatschappelijk assistent is ingegeven door de vaststelling dat zij in beide instellingen op de werkvloer het meest direct betrokken zijn bij VZP. Ze zijn in de meeste gevallen voor de (kandidaat) bewoner het eerste en belangrijkste aanspreekpunt. Niet enkel omdat ze dit al deels toepassen op de werkvloer, ook omdat zij degenen zijn die de vormingen rond VZP hebben gevolgd. Het doel van deze bevraging was om een algemene eerste indruk te krijgen over de stand van zaken met betrekking tot VZP. De vragenlijst werd vooraf bezorgd aan de maatschappelijk assistenten, zodat ze het interview konden voorbereiden. De interviews hebben afzonderlijk plaatsgevonden in beide woonzorgcentra. In WZC Heyvis was naast de maatschappelijk assistent ook de kwaliteitscoördinator aanwezig en in WZC 't Kempken was naast de maatschappelijk assistent de directeur aanwezig. Tevens was het ook een kennismakingsmoment met deze vier sleutelfiguren van het WZC.

#### **3.1. Woonzorgcentrum Heyvis**

In WZC Heyvis wordt er effectief een gesprek over VZP gehouden met de bewoner. Dit gesprek kan in het bijzijn van familie gebeuren en vindt plaats met bewoners die wilsbekwaam zijn.

Er wordt een folder ter beschikking gesteld. Ter gelegenheid van dit gesprek wordt het formulier DNR code meegegeven, zodat de bewoner of wettelijk vertegenwoordiger dit met de huisarts kan invullen.

Het gesprek over VZP wordt hiermee heel concreet gemaakt.

#### **3.2. Woonzorgcentrum 't Kempken**

In WZC 't Kempken wordt het thema VZP bij de opname slechts zijdelings aangeraakt. In het gesprek 6 weken na opname wordt er een folder over VZP aan de bewoner of zijn wettelijk vertegenwoordiger gegeven. Hierdoor is de bewoner of zijn wettelijk vertegenwoordiger geïnformeerd over de mogelijkheid om stappen te zetten met betrekking tot VZP. Een opvolggesprek vindt nog niet systematisch plaats. Veeleer komt dit terug aan de orde wanneer een bewoner evalueert naar het palliatief stadium.

Er wordt aangegeven dat 60% van de bewoners dementerend is. Voor deze bewoners wordt er uitsluitend gewerkt via de familie of wettelijk vertegenwoordiger.

#### **3.3. Conclusie**

Uit de bevraging blijkt dat in beide woonzorgcentra voldoende wil en urgentie aanwezig is om een beleid rond VZP uit te werken en om dit beleid op de werkvloer toe te passen. Op deze wijze wordt mee invulling gegeven aan een maatschappelijke evolutie die ook op wetgevend vlak zijn vertaling krijgt. Gelet op de maatschappelijke tendens is het aangewezen om met VZP bezig te zijn in al zijn facetten.

---

<sup>13</sup> De vragenlijst is als bijlage 2 toegevoegd.

Specifieke wetgeving over VZP is vooralsnog niet, maar er is belovende wetgeving die een kader biedt om rond dit onderwerp te werken.

VZP start in beide woonzorgcentra zeker niet van nul zoals ook blijkt uit de indicator up-to-date plan rond het levenseinde.

De aanpak van VZP verschilt in beide woonzorgcentra. In WZC Heyvis wordt VZP aangekaart bij het intakegesprek en worden er, indien gewenst, ook al vervolggesprekken gepland met de bewoner of zijn wettelijk vertegenwoordiger over VZP voor zover het wilsbekwame bewoners betreft. In WZC 't Kempken wordt dit geïntegreerd in het gesprek na opname (6 weken). Verdere uitdieping en structurele benadering worden als verbeterproject opgenomen in het kader van kwaliteitswerking in 2016.

VZP komt zeker opnieuw aan de orde wanneer een bewoner in het palliatieve stadium komt of wanneer de bewoner een gesprek over VZP vraagt.

Beide woonzorgcentra benadrukken dat VZP gebaseerd is op vrijwilligheid en met respect voor de keuzes van de bewoner of zijn wettelijk vertegenwoordiger. VZP is een communicatieproces. Idealiter is dit een continu communicatieproces tussen de bewoner, wettelijk vertegenwoordiger en de zorgverleners.

## **4. Methodiek praktische uitwerking**

Voor de praktische uitwerking werd er gewerkt volgens de principes van projectmatig werken<sup>14</sup>. De verschillende fases worden kort omschreven.

De beschrijving van de actoren en hun rolverdeling in het proces komt in dit hoofdstuk terug onder 4.2.

### **4.1. Methodiek: projectmatig werken**

#### **4.1.1 Initiatiefase**

De actuele situatie is dat in beide woonzorgcentra er een aanzet is voor de introductie van het thema VZP in de dagelijkse werking. De probleemstelling is dat er nog geen structurele verankering in de kwaliteitswerking is en dat er nog geen doorgedreven multidisciplinaire benadering is. Daarnaast is het belangrijk om draagvlak te creëren voor VZP en gemeenschappelijke begripsvorming rond VZP.

Er dient te worden geïnvesteerd in draagvlak. In dit kader is het van belang om de actoren en hun onderscheiden rollen goed in kaart te brengen in de beginfase.

Het opmaken van een procedure VZP en een ventilatiefiche lijkt eerder een administratieve aangelegenheid in het kader van de kwaliteitswerking en multidisciplinaire werking. Het proces dienaangaande is een gelegenheid om VZP in een ruimere context bespreekbaar te maken bij de verschillende belanghebbenden binnen een organisatie als een WZC.

In de beginfase is goede begripsvorming en definiëring van ieders rol en functie die voor iedereen duidelijk en werkbaar is belangrijk.

Het voltallige afdelingspersoneel wordt ook beschouwd als belangrijke actor om draagvlak te creëren voor VZP.

Binnen de scope van deze bachelorproef was het echter niet mogelijk om de afdelingen in de beginfase van het project te betrekken. Vandaar dat vooral is samengewerkt met een aantal sleutelfiguren zoals de maatschappelijk assistent, directeur en kwaliteitscoördinator. De eerstvolgende afdelingsvergaderingen zijn in juni 2016. Dit zal in de aanbevelingen opgenomen worden.

#### **4.1.2 Definitiefase**

Voor de uitwerking van het praktische gedeelte is de keuze gemaakt om naast de aanbevelingen ook twee eindproducten, een procedure VZP en een ventilatiefiche, te maken die beide organisaties wensen te implementeren in hun werking.

Er is gekozen om een afzonderlijke procedure voor VZP in het kader van de kwaliteitszorg op te maken en niet om deze procedure te verwerken in een bestaande procedure.

De ventilatiefiche wordt ontwikkeld als instrument voor de zorgverleners om toespelingen en uitspraken van de bewoner over VZP niet verloren te laten gaan maar met de intentie om er gevolg aan te geven via een gesprek met de bewoner.

---

<sup>14</sup> Bron: hoorcollege Helga Heusdens, 2<sup>de</sup> jaar banaba zorgmanagement, beleid van de zorg: zorg op doelgroepniveau, projectmatig werken.

Bovenstaande keuzes stippen heel duidelijk het belang aan dat de organisaties hechten aan het onderwerp VZP.

VZP staat niet op zichzelf maar kadert in kwaliteitszorg en steunt op kwaliteitsprincipes: gebruikersgericht, maatschappelijk aanvaardbaar, doeltreffendheid, doelmatig en continuïteit zoals deze vermeld worden in het ministerieel besluit van 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg.

De studieopdracht en de precieze definiëring van de eindproducten werd besproken en goedgekeurd in de schoot van de stuurgroep. De studenten fungeerden als projectleiders, weliswaar extern aan de organisaties, voor deze opdrachten.

#### **4.1.3 Ontwerpfase**

De studieopdracht werd gekaderd binnen de kwaliteitswerking en de multidisciplinaire werking. De methodiek werd vormgegeven in overleg tussen studenten, stuurgroep en promotor en sleutelfiguren in de beide organisaties. De actoren, de aanpak en de resultaten werden gedefinieerd en uitgeschreven.

De tijdslijn voor het uitwerken van de procedure VZP en de ventilatiefiche werd vastgelegd tussen januari 2016 tot en met april 2016.

#### **4.1.4 Voorbereidingsfase**

Door de projectleiders werden ontwerpen van de ventilatiefiche en de procedure voorbereid en ter bespreking aangeboden aan de inhoudsdeskundigen, sleutelfiguren en besproken in het MDO. De MDO's fungeren als klankbord voor de projectleiders en feedback werd aangereikt en verwerkt in de ontwerpen en vervolgens teruggekoppeld naar de leden van de stuurgroep. In deze fase werd ook besloten dat een toelichting gegeven wordt over de procedure VZP in de gebruikersraad en in de familieraad. De bewoner en zijn omgeving zijn immers directe belanghebbenden in het communicatieproces. Er zal echter geen aparte toelichting gegeven worden aan deze raden over de ventilatiefiche omdat deze fiche als instrument wordt gebruikt door de leden van het MDO. Het is belangrijk om draagvlak te creëren bij de gebruikers (bewoners) en hun familie.

#### **4.1.5 Realisatiefase**

Het voorstel werd vervolgens breder uitgerold op de werkvloer. Input en feedback van de verschillende disciplines en stakeholders was mogelijk. Opmerkingen werden verwerkt tot een eindproduct dat in consensus tot stand kwam.

Er werd een procedure VZP in het kader van de kwaliteitswerking opgemaakt en een ventilatiefiche ontwikkeld die beiden geïntroduceerd werden in het MDO van de beide organisaties.

#### **4.1.6 Nazorgfase**

Tijdens het proces zullen ongetwijfeld aandachtspunten naar voren komen die van belang zijn voor het implementeren en borgen van VZP in de organisaties.

De meest relevante aandachtspunten zullen als aanbeveling worden opgenomen. Binnen het bestek van de studieopdracht is het niet mogelijk om alle elementen en aandachtspunten grondig uit te werken.

Draagvlak is een heel belangrijk element bij de implementatie van VZP. In het kader van het creëren van draagvlak wordt er een toelichting gegeven aan de gebruikers- en familieraad. Dit is slechts een beperkte aanzet tot het creëren van begripsvorming en draagvlak voor VZP.



Ook is het van belang om draagvlak te creëren bij de medewerkers van de WZC. Dit ligt echter buiten de scope van de bachelorproef.

## **4.2. Actoren**

### **4.2.1. Stuurgroep**

Voor de uitwerking van het praktisch gedeelte is er een stuurgroep samengesteld waarin de inhoudsdeskundigen zetelen en de twee studenten.

Er is voor deze werkvorm gekozen omdat het belangrijk is dat de twee inhoudsdeskundigen een brugfunctie vormen naar de organisaties. Ronny Kuppens in zijn functie als directeur staat nauwer in contact met de werkvloer en Eddy Stevens staat als secretaris van het OCMW nauwer in contact met het beleid.

Zowel de voortgang van de studieopdracht als de praktische uitwerking wordt vanuit de stuurgroep van nabij gevolgd. In functie van de noodwendigheid komt deze stuurgroep samen. Tussentijds zijn er bilaterale contacten in functie van besprekingen over de inhoudelijke voortgang en de procesbewaking.

### **4.2.2. Multidisciplinair overleg**

Het MDO geeft sturing in de ontwikkeling van de procedure VZP en de ventilatiefiche. De samenstelling van het MDO wordt hieronder weergegeven en de rol van de actoren in functie van deze studieopdracht wordt kort beschreven.

#### **4.2.2.1. Directeur**

De directeur vormt de schakel tussen de werkvloer en het managementteam van de brede organisatie. De directeur ziet toe op de kwaliteitswerking en de vertaling ervan op de werkvloer. Ook zal deze ervoor zorgen dat er ingespeeld wordt op de actuele maatschappelijke context. In dit verband waakt de directeur erover dat VZP als een van de centrale thema's in multidisciplinaire werking wordt meegenomen.

#### **4.2.2.2. Hoofdverpleegkundigen of coördinatoren bewonerszorg**

De coördinatoren bewonerszorg zijn de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen in het WZC. Zij vervullen een sleutelrol in het creëren van draagvlak over VZP naar het afdelingspersoneel. Voor de verankering van VZP binnen de organisatie is het belangrijk dat elke zorgverlener op de hoogte is en zich betrokken voelt. De coördinatoren bewonerszorg of de hoofdverpleegkundigen zijn de stuwende kracht van de kwaliteits- en multidisciplinaire werking.

#### **4.2.2.3. Maatschappelijk assistent of sociaal verpleegkundige**

De maatschappelijk assistent is degene die VZP samen met de bewoner bespreekbaar maakt voor of tijdens zijn verblijf in het WZC. De maatschappelijk assistent is eerste aanspreekpunt voor de bewoner en zijn omgeving en bewaakt het thuisvervangende karakter van de instelling. Voor deze studieopdracht is de maatschappelijk assistent het aanspreekpunt voor de student. Zij vormt de brug tussen het MDO en de student. Tevens waakt zij over de stelselmatige terugkoppeling naar de directeur.

#### 4.2.2.4. Kwaliteitscoördinator

De kwaliteitscoördinator staat in voor een integraal kwaliteitsbeleid. Hij zet een kwaliteitssysteem op en is verantwoordelijk voor het uitwerken van een kwaliteitshandboek. De kwaliteitscoördinator bewaakt de kwaliteitsprocessen en evalueert de processen en let erop dat kwaliteitsverbetering wordt nagestreefd. In WZC Heyvis is een kwaliteitscoördinator aangesteld.

#### 4.2.2.5. Kinesitherapeut

De kinesitherapeut is een van de zorgverleners die op een ander moment en in andere omstandigheden in contact komen met de bewoner. Vanuit zijn eigen expertise zal hij door de bewoner de aan hem toevertrouwde informatie die relevant is in het kader van VZP vertalen naar het zorg- en begeleidingsplan. Zij vormen een belangrijke schakel tussen de bewoner en de andere leden van het MDO.

#### 4.2.2.6. Ergotherapeut

De ergotherapeut is een van de zorgverleners die op een ander moment en in andere omstandigheden in contact komen met de bewoner. Vanuit zijn eigen expertise zal hij door de bewoner de aan hem toevertrouwde informatie die relevant is in het kader van VZP vertalen naar het zorg- en begeleidingsplan. Zij vormen een belangrijke schakel tussen de bewoner en de andere leden van het MDO.

#### 4.2.2.7. Animator

De animator is een van de zorgverleners die op een ander moment en in andere omstandigheden in contact komen met de bewoner. Vanuit zijn eigen expertise zal hij door de bewoner de aan hem toevertrouwde informatie die relevant is in het kader van VZP vertalen naar het zorg- en begeleidingsplan. Zij vormen een belangrijke schakel tussen de bewoner en de andere leden van het MDO.

#### 4.2.2.8. Coördinerend Raadgevend Arts

De coördinerend raadgevend arts heeft een belangrijke rol in de gezamenlijke uitbouw van het kwaliteitsbeleid en het MDO in het WZC. De coördinerend raadgevend arts vervult een brugfunctie tussen de instelling en de huisartsen(kring). Zowel in het WZC als binnen de huisartsenkring is de coördinerend raadgevend arts een sleutelfiguur om een draagvlak rond VZP te creëren. De coördinerend raadgevend arts is via een aannemingsovereenkomst verbonden met het WZC.

### **4.2.3. Bewoners en vertegenwoordigers**

#### 4.2.3.1. Gebruikersraad

In de gebruikersraad zetelt een afvaardiging van de bewoners van het WZC. De gebruikersraad kan adviezen formuleren over belangrijke wijzigingen die zich voordoen en over het algemeen leef- en woonklimaat in het WZC.

Omdat de gebruikers zelf de belangrijkste belanghebbenden zijn, is het belangrijk om de gebruikersraad te informeren en te betrekken bij het beleid dat men wenst te voeren over VZP in het WZC. Het is van belang voeling te hebben met de bewoner aangezien het opzet is om een procedure

te ontwikkelen die voor hen bestemd is. De gebruikersraad is een verplichte raad en vergadert vier keer per jaar.

#### 4.2.3.2. Familieraad

In de familieraad zetelen de familieleden van de bewoners van het WZC. De familieraad kan adviezen formuleren over belangrijke wijzigingen die zich voordoen en over het algemeen leef- en woonklimaat in het WZC.

Het is belangrijk om de familieraad te informeren over het beleid dat men wenst te voeren over VZP in het WZC. De reacties van de familieraad kunnen een indicatie geven van hoe men als familie tegenover VZP staat. Het is van belang voeling te hebben met de familieleden aangezien het opzet is om een procedure te ontwikkelen die voor hun familieleden bestemd is en die ook rechtstreeks invloed heeft op hen. De familieraad is geen verplichte raad en vergadert drie keer per jaar.

## **5. Opmaken van een procedure vroegtijdige zorgplanning in het kader van de kwaliteitswerking**

### **5.1. Beschrijving van het proces**

Er is geopteerd om de procedure organisch te laten groeien in de schoot van het MDO op basis van de methodiek projectmatig werken zoals beschreven in hoofdstuk 4. Hierna herhalen we iedere fase in het proces vanaf de voorbereidingsfase tot en met de nazorgfase. Het MDO is de betrokken actor in de realisatiefase. De gebruikers- en familieraad zijn de actoren in de nazorgfase bij het creëren van draagvlak.

#### **5.1.1. Voorbereidingsfase**

In de voorbereidingsfase wordt de opmaak van de ontwerp – procedure VZP beschreven. Er wordt gebruik gemaakt van een sjabloon dat voor de opmaak van procedures gebruikt wordt in WZC 't Kempken.

De ontwerp – procedure VZP werd bilateraal besproken met de maatschappelijk assistent en de inhoudsdeskundige. Na aanpassing kan de ontwerp-procedure een eerste maal besproken worden in het MDO.

De maatschappelijk assistent zorgt voor terugkoppeling met de directeur van het WZC. De inhoudsdeskundige wordt via mail op de hoogte gehouden.

#### **5.1.2. Realisatiefase**

De realisatiefase omvat de beschrijving van de bespreking in MDO.

##### **5.1.2.1. De context**

Voor het opstellen van de procedure VZP is er gekozen om deze procedure tot stand te laten komen in de schoot van het MDO.

In eerste instantie is er een uitgebreide toelichting geweest over het onderwerp en het opzet van de bachelorproef.

Het is van belang om deze verschillende disciplines inspraak te geven in het tot stand komen van de procedure.

Ze zijn immers vertrouwd met de werking van de organisatie en hun bewoners.

In de toepassing op de werkvloer is het voor hen van belang dat de procedure overzichtelijk is, eenvoudig verwoord en concreet toepasbaar. Deze criteria worden vooropgesteld bij de ontwikkeling van de procedure VZP.

De procedure moet een multidisciplinaire aanpak toelaten. Multidisciplinaire benadering is de standaardwerkwijze binnen het WZC.

##### **5.1.2.2. Input: verzamelen van feedback**

Er werd ook mondeling gepeild naar het draagvlak voor VZP binnen het MDO:

- Hoe staan de verschillende leden ten opzichte van VZP?
- Wat is voor hen VZP?
- Hoe zien ze dit in functie van de organisatie?

Uit de mondelinge bevraging blijkt dat de leden van het MDO openstaan voor VZP.

VZP is voor hen meer dan het invullen van documenten. Door de coördinerend raadgevend arts wordt heel duidelijk aangegeven dat er bij de bewoners gepeild moet worden naar wat voor hen kwaliteit van het leven is, hoe hun leven binnen het verblijf van het WZC aangenaam en zinvol gemaakt kan worden.

Het is werken volgens de principes van vraaggestuurde zorg.

Door de directeur en de andere leden van het MDO wordt aangegeven dat het WZC al jaren deze weg ingeslagen heeft. Het voeren van een doorgedreven en doordacht fixatiebeleid, is een van de meest recente voorbeelden.

Er wordt niet enkel vanuit de beste technische zorg geredeneerd, er wordt ook rekening gehouden met wat de bewoner wenst en wil, rekening houdend met zijn levensgeschiedenis. Vraaggestuurde zorg moet wel verenigbaar blijven met de algemene organisatie.

Het feit dat, in het algemeen, zorgverleners opgeleid zijn om de *beste technische, medische zorg* te verlenen vereist soms het verwerven van andere inzichten wat *goede zorg* is vanuit het oogpunt van de bewoner.

De leden van het MDO staan open voor het verder ontplooiën van het beleid rond VZP. De procedure is een goede aanzet en kader om het beleid van VZP verder uit te rollen in de organisatie.

De leden van het MDO denken erg ruim over VZP. Men beseft heel erg dat het van belang is om dit ruimer dan dat te bekijken, het is een communicatieproces waar zij allen in hun context in betrokken kunnen geraken. Men wil er dan ook graag meer over weten, welke procedure gevolgd moet worden en hoe ze dit verankeren in het bewonersdossier en het een regelmatig terugkerend bespreekpunt zal zijn in het MDO.

Er werd voor een eerder directe benadering gekozen om heel gerichte feedback te krijgen.

Het MDO is het uitgelezen orgaan om heel concreet te betrekken in de beginfase van implementatie van VZP.

Dit is erg belangrijk omdat er voor hun een belangrijke rol naar zowel hun medewerkers als naar de bewoners weggelegd is om VZP in de organisatie te borgen.

#### 5.1.2.3. Proces

De procedure werd verschillende keren overlopen binnen het MDO.

De eerste ontwerpen waren eerder vaag; de te ondernemen stappen waren niet concreet genoeg en de betrokken personen waren niet steeds voldoende omschreven.

Door de verkregen feedback is de procedure VZP heel concreet geworden. De te ondernemen stappen met daaraan gekoppeld een indicatie van timing zijn nu duidelijk voor de leden van het MDO. Ook wie welke verantwoordelijkheid heeft, is duidelijk na het verwerken van de bemerkingen. Voor de leden van het MDO was het erg belangrijk dat de procedure niet vaag zou zijn.

#### 5.1.2.4. Output

##### *Goedkeuring van procedure VZP in het MDO*

De procedure VZP werd goedgekeurd door de leden van het MDO.

De procedure wordt nog ter goedkeuring voorgelegd aan de OCMW-raad.

Door het schrijven van een nieuwe procedure moeten er verschillende documenten aangepast worden. Dit zijn zowel algemene documenten als specifieke procedures. Het aanpassen van de documenten werd via bilateraal overleg met de maatschappelijk assistent gedaan. Zij heeft dit op

haar beurt besproken met de directeur. Deze aanpassingen zijn van belang om de visie en aanpak van VZP alvast administratief te laten doorwerken.

#### *Screenen van de overige documenten*

Volgende documenten hebben een aanpassing nodig in navolging van de nieuwe procedure VZP:

- Overzicht procedures kwaliteitshandboek: procedure VZP toevoegen onder 3.2 Operationele elementen, 3.2.1 Primaire processen
- Opname en onthaal:
  - Algemene procedure
  - Formulieren
  - Overzicht formulieren
- Procedure planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging
- Procedure palliatieve zorg

#### *Bespreken van ventilatiefiche in MDO*

De ventilatiefiche die ontwikkeld werd binnen het MDO van WZC Heyvis wordt voorgesteld in het MDO van WZC 't Kempken. Deze fiche wordt door de leden van het MDO gescreend op de bruikbaarheid en mogelijk implementatie binnen de werking van het WZC 't Kempken. Het is de bedoeling om te toetsen of de fiche in zijn geheel kan overgenomen worden of dat delen ervan in het elektronisch zorgdossier kunnen opgenomen worden.

De leden van het MDO geven aan dat de ventilatiefiche als document op zich niet bruikbaar is binnen de werking van het WZC. Het principe en de filosofie van de ventilatiefiche vonden ze wel erg belangrijk. Er werd afgesproken om alle hints en vragen van de bewoner omtrent VZP op te nemen in het dagboek van het elektronisch zorgdossier. Elk lid van het MDO kan het dagboek invullen. De enige lacune is dat de medewerkers van facilitair beheer niet het dagboek kunnen invullen terwijl deze medewerkers veel contact hebben met de bewoners en de bewoners hen vaak zaken toevertrouwen.

De directeur zal hierover een overleg houden met het diensthoofd onderhoud om hiervoor een concrete werkwijze uit te werken.

### **5.1.3. Nazorgfase**

In de nazorgfase wordt naar een breder draagvlak gezocht voor VZP in de gebruikers- en familieraad.

#### 5.1.3.1. Gebruikersraad

Op de gebruikersraad waren vijftien aanwezigen. Hoofdzakelijk waren het bewoners, sommigen waren vergezeld van een familielid. Er werd een toelichting<sup>15</sup> gegeven over VZP. Er kan opgemerkt worden dat het merendeel van de bewoners wel op de hoogte is van het concept vroegtijdige zorgplanning, ze kennen het niet direct onder deze benaming. Ze zijn er al eerder mee in contact gekomen door eerdere informatiemomenten die in het WZC georganiseerd werden. Ook hebben ze het al er al eens over gehad met een verpleegkundige, arts of maatschappelijk assistent. Slechts drie bewoners hebben effectief documenten ingevuld. De acht anderen geven aan er wel een gesprek over te wensen met de maatschappelijk assistent. Twee bewoners willen er uitdrukkelijk geen

---

<sup>15</sup> De powerpoint wordt als bijlage 3 toegevoegd

gesprek over. De twee aanwezige familieleden hebben ook interesse in het onderwerp. De maatschappelijk assistent geeft duidelijk aan dat ze steeds beschikbaar is voor een gesprek over VZP. Ze benadrukt ook dat ieders wens gerespecteerd zal worden. Bewoners die er niet over wensen te praten, zijn dat niet verplicht. De folder over VZP wordt uitgedeeld aan de aanwezigen. Uit deze toelichting blijkt dat de aanwezigen wel open staan voor VZP. Er zijn slechts 13 van de 80 bewoners aanwezig. Opgemerkt moet worden dat het merendeel van de bewoners niet in staat is om de toelichting bij te wonen omwille van dementieproblematiek.

### 5.1.3.2. Familieraad

Op de familieraad waren 13 aanwezigen. De toelichting over VZP werd goed onthaald. Er werden veel vragen gesteld over de aanpak van dit gesprek wanneer de bewoner dement is. Een aantal familieleden geeft aan dat ze het moeilijk vinden om beslissingen te nemen die betrekking hebben op het levenseinde van vader of moeder omdat er nooit over gesproken is. Nu vader of moeder dement is, is dit niet gemakkelijk voor hen. Het valt op dat de discussies of vragen hoofdzakelijk over het levenseinde gaan terwijl VZP ruimer is dan het invullen van documenten die betrekking hebben op medische beslissingen. Hier wordt getracht dieper op in te gaan. De aanwezigen vinden het belangrijk dat er een procedure wordt uitgewerkt waarin een bepaalde werkwijze wordt vastgelegd. Ze vinden het belangrijk dat het thema bespreekbaar wordt gemaakt en dat het gebaseerd is op vrijwilligheid.

Er wordt ook verwezen naar het infomoment dat georganiseerd wordt en waar Manu Keirse zal komen spreken. Er wordt gevraagd om dit initiatief zoveel mogelijk bekend te maken. Ook zal er door de maatschappelijk assistent nog aan elke bewoner een folder worden bezorgd over dit infomoment. De folder over VZP wordt aan de aanwezigen uitgedeeld.

## 5.2. Product

De procedure VZP geeft weer welke doelstellingen men tracht te realiseren rond VZP in het WZC. Het geeft concreet weer welke de te volgen stappen zijn en wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft bij het uitvoeren van deze stappen. Het is een belangrijk document voor de zorgverleners omdat het een kader uittekent en VZP op een structurele manier verankert in de organisatie.

<b>kwaliteitshandboek</b>  <b>woonzorgcentrum</b> <b>'t Kempken</b>  <b>ocmw Dilsen-Stokkem</b>	<b>KWALITEITSSYSTEEM – ELEMENTEN</b>		
	L:woonzorgcentrum/kwaliteitshandboek/kwaliteitssysteem/operationele elementen/primaire processen/vroegtijdige zorgplanning/procedure		
Opgesteld door: Directeur woonzorgcentrum	Goedgekeurd door:	Paraaf:	Datum goedkeuring: Datum toepassing:

# Vroegtijdige zorgplanning

<b>kwiteitshandboek</b>  <b>woonzorgcentrum</b> <b>'t Kempken</b>  <b>ocmw Dilsen-Stokkem</b>	<b>KWALITEITSSYSTEEM – ELEMENTEN</b>		
	L:woonzorgcentrum/kwiteitshandboek/kwiteitssysteem/operationele elementen/primaire processen/vroegtijdige zorgplanning/procedure		
Opgesteld door: Directeur woonzorgcentrum	Goedgekeurd door:	Paraaf:	Datum goedkeuring: Datum toepassing:

## 1. DOELSTELLING

De doelstelling van vroegtijdige zorgplanning (VZP) in functie van het verblijf in het woonzorgcentrum is om zicht te krijgen op de wensen en zorgbehoeften van de bewoner. Om deze doelstelling te bereiken wordt er met elke bewoner een denk- en communicatieproces opgestart via een gesprek. Bewoners kunnen een vertrouwenspersoon of wettelijk vertegenwoordiger inschakelen om hen daar in bij te staan.

Voor bewoners die niet meer wilsbekwaam zijn wordt dit gesprek/deze gesprekken met de wettelijk vertegenwoordiger gevoerd.

VZP moet breder gezien worden dan louter het invullen van documenten die medische beslissingen omvatten. VZP wil leven en sterven op een zinvol verantwoorde manier verbinden met elkaar en dit vanuit een diep respect voor de eigenheid van elke bewoner.

VZP in functie van het verblijf in het woonzorgcentrum is er op gericht om de bewoner een kwalitatief verblijf aan te bieden; vraaggestuurde zorg vertrekkende vanuit de bewoner, met respect voor het organisatorisch haalbare.

Met de implementatie van VZP wordt getracht zicht te krijgen op de door de bewoner zelf geformuleerde wensen en keuzes die hij of zij aan zichzelf verstrekt wil zien binnen zijn of haar toekomstige gezondheidstoestand.

Het is een denk- en communicatieproces tussen de bewoner, naaste(n)<sup>16</sup> en de zorgverleners over de toekomstige zorg. Vroegtijdige zorgplanning kan ook niet-behandelingsbeslissingen omvatten, met name beslissingen m.b.t. het medisch handelen, genomen door zichzelf of andere personen indien de betrokken bewoner zelf vooraf geen keuzes heeft vastgelegd (DNR).

VZP heeft onder andere betrekking op het volgende:

- Vraaggestuurde zorg: wensen en voorkeuren van de bewoner op elkaar afstemmen; levenskwaliteit, goede zorg, ook op medisch vlak, die een bewoner zelf kiest.
- Over- of onderbehandeling vermijden.
- Onnodige en ongepaste transfers naar het ziekenhuis vermijden.
- Kans op conflicten tussen naasten onderling en naasten en zorgverleners verkleinen.
- Het nemen van beslissingen voor naaste(n) "draagbaar" maken.
- Het "moeilijk bespreekbare", bespreekbaar maken.
- Gemoedsrust vinden voor de bewoner en naaste(n).

Deze informatie kan vastgelegd worden in een document: een wilsbeschikking, een DNR-code of de verkregen informatie wordt ingevuld in het zorgdossier.

<sup>16</sup> Naaste(n): zie 4 definities punt b



## 2. TOEPASSINGSGEBIED

Bewoners, naaste(n) en zorgverleners.

## 3. RELEVANTE WETGEVING

- Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003
- Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 en uitvoeringsbesluiten
- Rust- en verzorgingstehuis (RVT): gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008 en Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als Rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004.
- Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002
- Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002
- Wet betreffende de palliatieve zorg van 14 juni 2002

## 4. DEFINITIES

### a. Vroegtijdige zorgplanning

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) is een vrijwillig en continu proces van reflectie en dialoog tussen de bewoner, naaste(n) en de zorgverlener(s), waarbij toekomstige zorgdoelen besproken en gepland worden. Vroegtijdige zorgplanning is een proces van continu overleg tussen bewoner, familie en zorgverlener(s), gericht op het uitklaren van iemands waarden en wensen ten aanzien van zijn of haar toekomstige (palliatieve) zorg.

De oorspronkelijke doelstelling van vroegtijdige zorgplanning was gericht op het schriftelijk vastleggen van behandelkeuzes. Dit resulteerde veelal in het aanstellen van een vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon en in het eventueel opmaken van schriftelijke wilsverklaringen.

De doelstelling van VZP werd verruimd met een proces van overleg waarbij de nadruk onder andere komt te liggen op het bespreken van zorgdoelen, rekening houdend met wat de bewoner waardeert als kwaliteitsvolle zorg.

Deze zorgdoelen kunnen steeds aangepast worden aan de veranderde situatie van de bewoner en dienen de besluitvorming over de zorg te bevorderen op het ogenblik dat de bewoner niet meer in staat is zijn wil te uiten.<sup>17</sup>

### b. Naaste(n):

Dit kan een wettelijk vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon, familielid, mantelzorger of een vriend/vriendin zijn. Omwille van het leesgemak worden deze personen aangeduid als naaste(n) in deze procedure.

### c. Scharniermoment:

Een scharniermoment is een wijziging van de begeleidings- en zorgsituatie die een aanpassing van de zorgvraag, zorgplanning en individuele zorg vraagt.

### d. vertrouwenspersoon:

Een vertrouwenspersoon is iemand die de bewoner bijstaat en de bewoner ondersteunt. De vertrouwenspersoon mag echter geen beslissingen nemen in de plaats van de bewoner.

### e. wettelijk vertegenwoordiger:

Een wettelijk vertegenwoordiger is iemand die de rechten van de bewoner vertegenwoordigt op het moment dat hij/zij daartoe niet meer in staat is, zoals bij ernstige dementie of comateuze toestand. Dit is een geschreven mandaat, waarbij de persoon vooraf wordt aangeduid door de bewoner of een familie verklaring.

---

<sup>17</sup> Vanmechelen, W., Piers, R., Van den Eynde, J., & De Lepeleire, J. (2014, 26 juni). Vroegtijdige Zorgplanning Richtlijn, Versie: 1.0. Geraadpleegd van [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be)

Indien er geen document ingevuld werd, wordt de wettelijk vertegenwoordiger vastgelegd zoals in de wet van de patiëntenrechten voorzien werd. Cascadesysteem: (wettelijk) samenwonende of feitelijk samenwonende echtgenoot of in dalende volgorde: meerderjarig kind, ouder, meerderjarige broer/zus, arts samen met het multidisciplinair zorgteam. Opgelet: de voorlopig bewindvoerder over de persoon zoals vastgelegd in de wet beschermingsmaatregelen heeft voorrang op allen.

## 5. PROCEDURE VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Opdeling proces	Stappen	Verantwoordelijke	Betrokkenen
1. Intakegesprek	1.1. Intakegesprek	1.1.1. Medewerker sociale dienst	1.1.2. medewerker sociale dienst, bewoner (bij voorkeur), naaste(n)
2. Opnamegesprek	2.1. Oriënterend gesprek over de huidige gezondheidstoestand/ functioneren van de bewoner en de verwachtingen t.o.v. het woonzorgcentrum. Vragenlijst over de bewoner wordt overhandigd. Info geven over de rechten van de patiënt Timing: voor de opname	2.1.1 Medewerker sociale dienst	2.1.2 Medewerker sociale dienst en/of coördinator bewonerszorg (CBZ), bewoner (bij voorkeur), naaste(n)
3. Dag van opname	3.1. Praktische informatie over het verblijf in het WZC  3.2. 6 à 8 weken het contact na opname inplannen (of bij 4.)	3.1.1 Medewerker sociale dienst of CBZ  3.2.1 medewerker sociale dienst	3.1.2 Medewerker sociale dienst en/of coördinator bewonerszorg, bewoner (bij voorkeur), naaste(n)
4. Eerste verblijfsweken	4.1. Bewoner leren kennen. Onze visie wordt duidelijk gemaakt omtrent wonen, zorgen en leven. Bij bewoner, naaste(n) nagaan hoe de eerste verblijfsweken verlopen zijn.	4.1.1 CBZ	4.1.2 Medewerkers van de afdeling, bewoner, naaste(n) en andere disciplines

5. Bewonersvoorstelling/bespreking multidisciplinair overleg	5.1. Bewoner voorstellen/bespreken met het team		5.1.1. Multidisciplinair team
6. Zes à acht weken na opname	<p>6.1. Gesprek met bewoner, naaste(n). Zorg- en begeleidingsplan wordt overlopen. Voorkeuren voor toekomstige zorg, zorgvisies worden samen besproken.</p> <p>6.2. STAP 1 LEIDRAAD GESPREK: aankaarten VZP: Informatie betreffende vroegtijdige zorgplanning wordt gegeven brochure VZP, melding van bestaan van formulieren zoals wilsverklaring en DNR, inplannen vervolggelsgesprek VZP indien gewenst.</p> <p>6.3. Noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions</p> <p>6.4. Terugkoppeling naar afdelingspersoneel en relevante diensthoofden</p>	<p>6.1.1. medewerker sociale dienst en CBZ</p> <p>6.2.1. medewerker sociale dienst</p> <p>6.3.1 medewerker sociale dienst</p> <p>6.4.1. CBZ</p>	<p>6.1.2. Medewerker sociale dienst en coördinator bewonerszorg, naaste(n), medewerkers van de afdeling en eventueel andere disciplines.</p> <p>6.2.2 medewerker sociale dienst en/of CBZ, bewoner, naaste(n)</p> <p>6.3.2. medewerker sociale dienst</p> <p>6.4.2. afdelingspersoneel, CBZ, relevante diensten</p>

<p>7. Vervolggesprek(ken) VZP ( maand volgend op het CNO)</p>	<p>7.1. STAP 2 leidraad gesprek: verkennen van de toekomstverwachtingen van de bewoner</p> <p>7.2. STAP 3 leidraad gesprek: bespreken van de zorgdoelen van de bewoner inclusief levenseinde</p> <p>7.3. Noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions</p> <p>7.4. Terugkoppeling naar afdelingspersoneel en relevante diensthoofden</p>	<p>7.1.1. medewerker sociale dienst of CBZ.</p> <p>7.2.1. medewerker sociale dienst of CBZ</p> <p>7.3.1. medewerker sociale dienst of CBZ</p> <p>7.4.1. CBZ</p>	<p>7.1.2. medewerkers sociale dienst en /of CBZ, bewoner, naaste(n)</p> <p>7.2.2. medewerkers sociale dienst en /of CBZ, bewoner, naaste(n).</p> <p>7.3.2. medewerker sociale dienst of CBZ</p> <p>7.4.2. afdelingspersoneel, CBZ, relevante diensten</p>
<p>8. Vastlegging vroegtijdige zorgplanning in een wilsbeschikking (indien gewenst)</p>	<p>STAP 4 leidraad gesprek: vastleggen van de keuzes van de bewoner</p> <p>8.1 gesprek voeren + opmaak verslag + wilsbeschikking invullen + communiceren naar afdeling.</p> <p>8.2 noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions+ documenten bewaren in zorgdossier</p>	<p>8.1.1. CBZ</p> <p>8.2.1. CBZ</p>	<p>8.1.2. Medewerker sociale dienst en/of coördinator bewonerszorg, bewoner (bij voorkeur), naaste(n)</p> <p>8.2.2. medewerker sociale dienst of CBZ</p>

	8.3. Terugkoppeling naar afdelingspersoneel en relevante diensten	8.3.1. CBZ	8.3.2. afdelingspersoneel, CBZ
9. Opmaak DNR op vraag van bewoner/naaste(n)/huisarts/personeel (indien gewenst)	<p>STAP 4 leidraad gesprek: vastleggen van de keuzes van de bewoner</p> <p>9.1 gesprek voeren + opmaak verslag + DNR invullen + communiceren naar afdeling.</p> <p>9.2 noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions + documenten bewaren in zorgdossier</p> <p>9.3. terugkoppeling naar afdelingspersoneel en relevante diensten</p>	<p>9.1.1. CBZ en HA</p> <p>9.2.1. CBZ</p> <p>9.3.1. CBZ</p>	<p>9.1.2 Medewerker sociale dienst en/of coördinator bewonerszorg, bewoner (bij voorkeur), naaste(n), huisarts</p> <p>9.2.2 CBZ</p> <p>9.3.2. afdelingspersoneel, CBZ</p>
10. Multidisciplinaire communicatie gedurende het verblijf	<p>STAP 5 leidraad gesprek: regelmatig updaten van de keuzes van de bewoner</p> <p>10.1 Tijdens dagelijks contact met bewoner en naaste(n), dagelijkse briefing, multidisciplinair overleg, bewonersbespreking, overleg met huisarts, overleg met verschillende disciplines... voelsprietten uitsteken.</p>	10.1.1. CBZ, medewerker sociale dienst	10.1.1. Eventueel opnieuw in overleg gaan met bewoner, naaste(n) indien er opnieuw samen naar de toekomst moet gekeken worden. Op regelmatige

	<p>10.2 noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions</p> <p>10.3. terugkoppeling naar afdelingspersoneel en relevante diensten</p>	<p>10.2.1. CBZ</p> <p>10.3.1 CBZ</p>	<p>basis opnieuw bevragen, voortdurende openheid laten om te kunnen bijsturen in de zorg.</p> <p>10.2.2 medewerker sociale dienst en / of CBZ</p> <p>10.3.2. afdelingspersoneel, CBZ, relevante diensten</p>
11. Scharniermomenten	<p>11.1 Bij wijziging van de begeleidings- en zorgsituatie de gemaakte afspraken bijsturen waar nodig + communiceren naar afdeling</p> <p>11.2 noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions+ (aangepaste) documenten bewaren in zorgdossier</p> <p>11.3. terugkoppeling naar afdelingsmedewerkers en relevante diensten</p>	<p>11.1.1. medewerker sociale dienst of CBZ</p> <p>11.2.1. CBZ</p> <p>11.3.1. CBZ</p>	<p>11.1.2. Medewerkers van de afdeling, huisarts, bewoner, naaste(n), afdelingsmedewerkers, relevante diensten</p> <p>11.2.2. medewerker sociale dienst en / of CBZ</p> <p>11.3.2. afdelingspersoneel, CBZ, relevante diensten</p>
12. Palliatief overleg met de huisarts	12.1 Gesprek voeren + opmaak verslag + communiceren naar afdeling.	12.1.1. CBZ	12.1.2. Medewerker sociale dienst en/of coördinator bewonerszorg, bewoner (bij voorkeur), naaste(n), huisarts

	12.2 noteren in zorgdossier: tabblad VZP Care Solutions + (aangepaste) documenten bewaren in zorgdossier	12.2.1. CBZ	12.2.2. medewerker sociale dienst en / of CBZ
13. Indicator up-to-date plan levenseinde	13.1 invullen indicator	13.1.1. CBZ	13.1.1 directeur, medewerker sociale dienst, CBZ, Bijzonder Comité Ouderenzorg



## 6. DOCUMENTEN<sup>18</sup>

- DNR document: De code beperking therapie betreft een stapsgewijze beperking van de therapie in functie van de therapeutische winst die nog geboekt kan worden voor de patiënt. Dit wordt opgenomen in het patiëntendossier waarin de beslissing van de arts of artsen staat met betrekking tot het al dan niet starten van therapie in een bepaalde situatie.
- Voorafgaande wilsverklaring euthanasie  
Deze wilsverklaring wordt opgesteld door een patiënt die handelingsbekwaam en bewust is. In geval van een onomkeerbaar coma kan dit leiden tot het opstarten van een euthanasieprocedure. Deze wilsverklaring is niet afdwingbaar en heeft een geldigheidsduur van maximum 5 jaar. Ze is dus niet bindend, er wordt in principe wel rekening mee gehouden in de medische besluitvorming. Ze wordt ook wel een positieve wilsverklaring genoemd.  
De voorafgaande wilsverklaring euthanasie kan geregistreerd worden bij de gemeente maar is niet verplicht.
- Voorafgaande negatieve wilsverklaring  
Deze wilsverklaring drukt de wensen uit van latere zorg. Met de negatieve wilsverklaring kan een persoon eisen dat bepaalde medische handelingen niet meer gesteld worden wanneer hij of zij dit niet meer zelf kan beslissen. In tegenstelling tot de voorafgaande wilsverklaring euthanasie is deze wilsverklaring juridisch afdwingbaar en heeft een onbeperkte geldigheidsduur. De basis voor deze afdwingbaarheid is terug te vinden in de wet betreffende de rechten van de patiënt (art 8 §4).  
De voorafgaande negatieve wilsverklaring kan niet geregistreerd worden bij de gemeente.
- Wettelijk vertegenwoordiger: Is iemand die de rechten van de bewoner vertegenwoordigt op het moment dat hij/zij daartoe niet meer in staat is, zoals bij ernstige dementie of comateuze toestand. Dit is een geschreven mandaat, bewoner met de persoon vooraf aanduiden of familieverklaring.  
Indien er geen document ingevuld werd wordt de wettelijk vertegenwoordiger vastgelegd zoals in de wet van de patiëntenrechten voorzien werd. Cascadesysteem: (wettelijk) samenwonende of feitelijk samenwonende echtgenoot of in dalende volgorde: meerderjarig kind, ouder, meerderjarige broer/zus, arts samen met het multidisciplinair zorgteam. Opgelet: voorlopig bewindvoerder over de persoon zoals vastgelegd in de wet beschermingsmaatregelen heeft voorrang op allen.
- Verklaring voor orgaandonatie  
In principe is iedereen orgaandonor tenzij er verzet is geuit. Dit is vastgelegd in de wet betreffende het wegnemen en transplanteren van organen van 13 juni 1986, artikel 10 §1. Sedert 14 juni 2006 kan elke Belg die ouder is dan 18 jaar zich laten registreren als orgaandonor. Dit formulier kan geregistreerd worden op de gemeente en wordt automatisch gekoppeld aan het rijksregister. Deze registratie kan vermijden dat er bij een plots overlijden twijfel bij de familie ontstaat waardoor conflicten vermeden worden.
- Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling  
Via dit formulier geeft iemand te kennen op welke manier hij begraven of gecremeerd wenst te worden en kan hij ook beslissen over welke uitvaartplechtigheid hij wenst. Dit formulier kan men laten registreren op de gemeente.
- Document betreffende het lichaam schenken aan de wetenschap  
Iemand die handelingsbekwaam is kan besluiten om zijn lichaam (of delen ervan) na zijn/haar overlijden aan een universiteit af te staan voor wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor wordt een bijdrage geleverd aan de opleiding van toekomstige artsen en onderzoek naar nieuwe technieken en medische behandelingen. De persoon in kwestie stelt hiervoor een testament op in samenspraak met de universiteit van zijn keuze.
- Kwaliteitsindicator up-to-date plan rond het levenseinde

---

<sup>18</sup> De documenten worden als bijlage 4 toegevoegd.

- Folder VZP

## 7. Bijlage

Leidraad gesprekken<sup>19</sup>

### 5.3. Conclusie

Binnen het WZC zijn de randvoorwaarden vervuld om rond VZP te werken; een cultuur van openheid, samenwerkingsbereidheid over de disciplines heen en externe zorgverleners, de nodige expertise is in grote mate aanwezig. Er is accentverschuiving waar te nemen van zorginstelling naar een instelling waar wonen en zorg op gelijke voet staan. Vertaald in VZP kan in dit kader gerefereerd worden naar jaarlijkse infomomenten rond het thema VZP.

De leden van het MDO staan heel erg open om verder aan de slag te gaan met VZP. De procedure is voor hen een leidraad. Ze waren heel erg betrokken bij het bespreken van de procedure. Er werd veel feedback te geven zodat de procedure kon groeien tot hun instrument dat voor hen effectief bruikbaar was voor op de werkvloer. Het is voor het MDO ook belangrijk dat er een schriftelijk neerslag is van gesprekken en beslissingen. Dit werd op een duidelijke manier opgenomen in de procedure.

Bij het aftoetsen van VZP bij de gebruikers- en familierraad werd duidelijk dat de aanwezigen ook al goed op de hoogte waren, vooral dan VZP in de context van het levenseinde. Van de feedback kan onthouden worden dat ze op regelmatige tijdstippen geïnformeerd willen blijven en bereid zijn om een gesprek aan te gaan met de maatschappelijk assistent.

---

<sup>19</sup> De leidraad gesprek wordt als bijlage 5 toegevoegd.

## **6. Introductie en implementatie van de ventilatiefiche in het multidisciplinair overleg**

### **6.1. Beschrijving van het proces**

Er is geopteerd om de ventilatiefiche organisch te laten groeien in de schoot van het MDO op basis van de methodiek projectmatig werken zoals beschreven in hoofdstuk 4. Hierna herhalen we iedere fase in het proces vanaf de voorbereidingsfase tot en met de nazorgfase. Het MDO is de betrokken actor in de realisatiefase. De sociaal verpleegkundige is de actor die betrokken is in de nazorgfase. Zij zal toezien op het correcte gebruik van de ventilatiefiche door de betrokken diensten.

#### **6.1.1. Voorbereidingsfase**

In de voorbereidingsfase wordt de opmaak van de ontwerp – ventilatiefiche beschreven. De ontwerp – ventilatiefiche werd bilateraal besproken met de sociaal verpleegkundige en de inhoudsdeskundige. Na aanpassing kan de ontwerp-ventilatiefiche een eerste maal besproken worden in het MDO. Voor de ontwikkeling van de ventilatiefiche is het Brugse model als leidraad gebruikt. Binnen het Brugse model situeert de ventilatiefiche zich vlak na de opname (zie schema Brugse model pagina 18).

#### **6.1.2. Realisatiefase**

##### **6.1.2.1. De context**

Na een eerste overleg met het MDO werd er geconcludeerd dat er reeds een grote interesse aanwezig was rond het thema VZP. Er werd ook al gewerkt rond het thema maar er was geen echte verankering in de organisatie. Een van de pijnpunten was dat er onvoldoende informatie verkregen werd over hoe de bewoner zelf dacht over VZP. Het niet beschikken over deze cruciale informatie kan een nadeel zijn tijdens het gesprek dat plaatsvindt ongeveer 6 tot 8 weken na opname. Een instrument zoals een ventilatiefiche kan een belangrijk hulpmiddel zijn om de cruciale informatie te verzamelen.

Met dit idee als basis heeft er een onderhoud plaatsgevonden met de sociaal verpleegkundige en de kwaliteitscoördinator van WZC Heyvis. De sociaal verpleegkundige omdat zij een belangrijke rol speelt op gebied van VZP. Zij is de eerste die een onderhoud heeft met de bewoner en dus ook de eerste die kan afoetsen hoe ver de bewoner reeds staat op vlak van VZP. De sociaal verpleegkundige zal ook het volledige proces van VZP coördineren.

Ook de aanwezigheid van de kwaliteitscoördinator was een belangrijk gegeven. Kwaliteit verbeteren is een prioriteit in het WZC. Alle procedures die van toepassing zijn in het WZC worden door haar mee ontwikkeld en opgevolgd. Zij is tevens op de hoogte van alle wettelijke bepalingen.

Het beoogde doel is een verhoging van de kwaliteit van zorg voor de bewoners. Dit kunnen realiseren geeft ook een grotere tevredenheid bij de zorgverstrekkers.

##### **6.1.2.2. Input: Verzamelen van feedback**

Er is dus nood aan, om een standaard formulier te ontwikkelen om deze informatie duidelijk en gestructureerd weer te geven. Een formulier dat gemakkelijk ingevuld kan worden, zonder dat dit al

te veel tijd in beslag neemt. Het is ook belangrijk dat dit formulier duidelijk wordt opgesteld en toegankelijk is voor alle diensten waarmee de bewoner in contact komt. De zorgverstrekkers moeten vertrouwd geraken met dit formulier en dit zien als een verbetering voor de kwaliteit van zorg. De belangrijkste personen die in contact komen met de ventilatiefiche zijn:

- De huisarts
- De CRA
- De bewoner
- De familie
- De vertegenwoordiger

Borging op alle niveaus is essentieel, om deze verbetering in kwaliteit van zorg te realiseren.

### 6.1.2.3. Proces

Er werd een voorontwerp gemaakt aan de hand van de informatie die verkregen werd van de ondervraagde actoren en rekening houdende met de wettelijke documenten betreffende het levenseinde. Deze wettelijke documenten zijn uitgebreid terug te vinden in onze literatuurstudie.

Bespreken van opmaak van de ontwerp - ventilatiefiche in samenspraak met sociale dienst en inhoudsdeskundige:

Er wordt gekozen voor een duidelijke overzichtelijke fiche met een grote titel bovenaan. Als eerste worden de gegevens van de bewoner ingevuld. Dan wordt er vermeld op welke afdeling en kamer de bewoner verblijft. In het derde vakje worden de gegevens van de huisarts genoteerd. Hier stelde men zich de vraag of dit wel nodig was in deze fase van informatieverzameling. Er werd toch geopteerd om de gegevens en het telefoonnummer van de huisarts te vermelden. Dit omdat de huisarts een belangrijke rol speelt in de eerste fase van opname van de bewoner. In het stroomdiagram VZP van het Brugse model is dit eveneens zo terug te vinden.

In de volgende alinea wordt een datum vermeld waarop deze fiche aan de sociale dienst dient terug bezorgd te worden.

De betrokken diensten waarmee de bewoner in aanraking komt na zijn opname worden vermeld in de ventilatiefiche. Het is de bedoeling dat de medewerker de betreffende dienst aanduidt door er een cirkel rond te trekken. Op deze manier kan eenzelfde lay-out van fiche voor verschillende diensten gebruikt worden. Het omcirkelen van de betreffende dienst is een eenvoudige handeling die niet veel tijd in beslag neemt. Vervolgens vult de medewerker zijn of haar naam en functie in, gevolgd door de datum. Bij het opstellen van de vragen voor deze ventilatiefiche werd er rekening gehouden met de wettelijke documenten betreffende het levenseinde. Hierbij werd er geopteerd om het stukje wat betreft orgaandonatie niet te vermelden. Aangezien de hoge leeftijd van de bewoners is de kans klein dat men ooit tot orgaandonatie zal kunnen overgaan. Deze vermelding zou de lijst van vragen alleen maar nodeloos langer maken en dus ook minder performant.

Tijdens het MDO werd de ontwerp - ventilatiefiche voorgesteld aan de hand van korte powerpoint<sup>20</sup> Er werd begonnen met een kadering van het project binnen de opleiding BANABA Zorgmanagement. Alle aanwezige actoren kregen een ontwerp - ventilatiefiche aangereikt.

Vanuit het MDO was er heel veel interesse voor het thema VZP. Iedereen zag het verzamelen van informatie als een noodzaak om de zorgdoelen van de individuele bewoners zo goed mogelijk te

---

<sup>20</sup> De powerpoint is als bijlage 6 toegevoegd.

bepalen. Heel veel actoren waren ook actief bezig met het thema VZP maar er was een gebrek aan een samenhangende structuur. De noodzaak om alle verkregen informatie te verzamelen en te bundelen op één plaats was voor alle betrokkenen duidelijk. Op die manier kan een totaalbeeld gevormd worden van elke individuele bewoner en kan men specifiek op zijn individuele wensen ingaan.

Alle items op deze ventilatiefiche werden overlopen en nadien werd er feedback gevraagd van de aanwezige actoren.

De ontwerp - ventilatiefiche werd positief onthaald. Een terugkerende opmerking was dat de onduidelijkheid of deze fiche ook in het elektronisch zorgdossier geïntegreerd kon worden. Deze integratie was volgens de hoofdverpleegkundigen wel nuttig. Voor diensten die geen toegang hebben tot het medisch dossier kan geopteerd worden voor een fiche die los staat van het zorgdossier en die doorgestuurd wordt naar de sociaal verpleegkundige die de informatie op haar beurt integreert in het zorgdossier.

De voorstelling van de ventilatiefiche tijdens het MDO en het betrekken van alle diensten werd enorm op prijs gesteld. Dit zal de borging van het proces in de organisatie zeker ten goede komen.

#### 6.1.2.4. Output

Het aangepaste voorontwerp werd voorgelegd aan de directie. Hier werd de goedkeuring gegeven zodat dit verder besproken kon worden het MDO.

##### *Goedkeuring van ventilatiefiche in het MDO*

De definitieve ventilatiefiche werd voorgelegd op het MDO en goedgekeurd. In het MDO werd besproken hoe de interne aanpak zal verlopen. De ventilatiefiche wordt gebruikt in de periode net na opname. De fiche wordt rond gestuurd naar alle betrokken diensten. De fiche vermeldt een datum waarop deze terug gestuurd moet worden naar de sociale dienst. De informatie die op deze manier verkregen wordt via de betrokken diensten wordt besproken op het MDO. De sociale dienst speelt hierin een coördinerende rol. Op basis van de verkregen informatie kan de sociale dienst eventueel een gesprek over VZP aangaan met de bewoner. Deze ventilatiefiche moet op termijn gedigitaliseerd kunnen worden en toegevoegd kunnen worden in het elektronisch zorgdossier van de bewoner.

##### *Bespreken van de procedure VZP in het MDO*

De procedure VZP die opgesteld werd binnen de schoot van het MDO van WZC 't Kempken werd overlopen. De voorgestelde aanpak en fiche kan zeker als basis gebruikt worden voor het opstellen van een procedure VZP in het WZC. Er dienen wel een aantal aanpassingen doorgevoerd te worden wat betreft de functies en concrete aanpak. Deze verschilt op een aantal punten.

#### **6.1.3. Nazorgfase**

De effectieve nazorgfase in verband met de implementatie ventilatiefiche valt buiten de scope van de bachelorproef. De sociaal verpleegkundige zal de taak op zich nemen om opvolging te geven aan het correct toepassen van de doelstellingen van de ventilatiefiche; namelijk het verzamelen van informatie en deze schriftelijk vastleggen zodat de informatie niet verloren gaat. Enkel zo wordt de bewoner verzekerd van opvolging van zijn noden en wensen omtrent VZP.

## 6.2. Product

De ventilatiefiche is een instrument dat geïmplementeerd wordt in de werking van het MDO om ervoor te zorgen dat hints en vragen van de bewoner omtrent VZP niet verloren gaan. Elke zorgverlener en iedere persoon die instaat voor een zorgaspect binnen de organisatie kan op deze ventilatiefiche noteren als er bij de bewoner signalen opgevangen omtrent VZP. Op basis van deze gegevens weet of kan de medewerker van de sociale dienst een gesprek met de bewoner aangaan.

# VZP Ventilatiefiche

BEWONER	AFDELING	HUISARTS
Naam:..... Voornaam:.....  Geboortedatum:.....  Opnamedatum:.....	Afdeling:..... Kamer:.....	(stempel)   Telefoon:.....

Fiche terugbezorgen aan sociale dienst voor:.....

(Betreffende dienst aanduiden)

Kiné	Ergo	Animatie	Afdeling	Keuken	Onderhoud
------	------	----------	----------	--------	-----------

Naam/functie medewerker	Datum	Vragen
		° Heb je de bewoner al horen praten over euthanasie? <u>Korte omschrijving:</u>
		° Heb je al signalen ontvangen dat bewoner niet gereanimeerd wil worden? <u>Korte omschrijving:</u>

		<p>° Heeft de bewoner reeds gesproken over orgaandonatie?  <u>Korte omschrijving:</u></p>
		<p>° Heeft de bewoner reeds gepraat over wensen i.v.m. teraardebestelling ?  <u>Korte omschrijving:</u></p>
		<p>° Heeft bewoner reeds gesproken over zijn/haar lichaam schenken aan de wetenschap.  <u>Korte omschrijving:</u></p>
		<p>Andere vaststellingen die nuttig zijn met betrekking tot VZP.  <u>Korte omschrijving:</u></p>

### 6.3. Conclusie

Tijdens onze gesprekken met de actoren uit het werkveld wordt opgemerkt dat het hier gaat om een zeer groot en uitgebreid thema dat nog veel uitdagingen biedt. Binnen het bestek van de bachelorproef werd afgesproken om te focussen op één bepaald item dat de multidisciplinaire werking zou verbeteren. In overleg met directie en sociaal verpleegkundige werd er gekozen voor het ontwikkelen van een ventilatiefiche die het verzamelen van informatie zal vergemakkelijken.

Het implementeren van deze ventilatiefiche in de organisatie valt buiten de scope van onze bachelorproef. Er werd een hulpmiddel aangereikt waar men zeker verder mee aan de slag zal gaan. De sociaal verpleegkundige neemt het project na het beëindigen van de bachelorproef over. Zij gaat zorgen voor de implementatie van de ventilatiefiche.

## 7. Aanbevelingen

Het invoeren van een procedure VZP en de ventilatiefiche is een goede stap naar het verder implementeren van VZP in beide WZC. Dit is een goede opstap naar een structurele verankering en borging binnen de organisaties.

Uit het praktische luik is voldoende gebleken dat in beide instellingen de randvoorwaarden voor positieve, structurele en integrale benadering aanwezig zijn. Een doorgedreven kwaliteitswerking via cultuur van permanente verbetering is aanwezig. Het lijkt nu vooral zaak om het thema VZP blijvend te integreren binnen bestaande overlegstructuren en projectwerking.

Concrete aanbevelingen:

- Een structurele verankering van VZP binnen de kwaliteitswerking en het MDO via vast agendapunt in het overleg.
- Geregeld een evaluatie en een bijsturing doen van de procedure VZP en ventilatiefiche op basis van de PDCA-cyclus.
- De bestaande procedures en documenten evalueren vanuit invalshoek VZP. Het opnemen van VZP als een beleidsthema binnen het meerjarenplan past binnen de visie rond VZP die er nu al ontwikkeld is bij beide WZC. In het kader hiervan worden bestaande documenten en procedures, waar er raakvlakken met VZP zijn, best aangepast. Op deze manier wordt VZP als een volwaardig proces opgenomen in het kwaliteitshandboek.
- Vorming en opleiding rond VZP structureel verankeren binnen vormingsplannen van de WZC. De betrokkenheid van alle diensten en medewerkers binnen het proces van implementatie kan borging alleen maar ten goede komen.
- Aanstellen van referente(n) VZP.
- Het thema kan in het WZC actueel gehouden worden door het regelmatig als besprekingspunt te agenderen in de afdelingsvergaderingen. Hier is een bijzondere rol voor de hoofdverpleegkundigen of de coördinatoren bewonerszorg weggelegd. Door VZP te agenderen als besprekingspunt kunnen ze draagvlak creëren bij de medewerkers.
- De periode voor opname wordt ook best meegenomen in proces VZP. Voor VZP niet enkel focussen op de effectieve opname en het contact na opname.
- Informering en sensibilisering rond VZP versterken en uitbreiden tot zorgnetwerk buiten WZC (vb. via infosessie Lokaal Dienstencentrum, ouderenverenigingen, ...). De infomomenten die nu reeds georganiseerd worden in het WZC rond het thema VZP worden in de toekomst best verdergezet.
- De uitwerking van een duidelijk communicatieplan over VZP kan ook als aanbeveling worden meegenomen.



## **8. Besluit praktisch luik**

Het ontwikkelen van een procedure VZP en een ventilatiefiche vergt de nodige tijd en inspanningen. Men dient over voldoende informatie te beschikken en aandacht te hebben voor alle betrokkenen. De procedure en de fiche dienen beschouwd te worden als dynamische documenten. Deze dienen op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en bijgesteld te worden aan de hand van feedback op de werkvloer. De methodiek van de PDCA-cyclus kan hiervoor toegepast worden.

De ventilatiefiche was een nieuw gegeven. De filosofie van de fiche werd goed onthaald en als bruikbaar beschouwd. Het doel en het gebruik zal bij beide WZC in hun werking geïmplementeerd worden.

De procedure schept een duidelijk kader van welke stappen genomen moeten worden om het onderwerp bespreekbaar te maken met de bewoner en wie verantwoordelijk en betrokken is.

De MDO's zullen de verdere implementatie en het proces van de borging verder op zich nemen.

Op deze manier streven de WZC naar continue verbetering van de kwaliteit van zorg voor hun bewoners.

## 9. Persoonlijke reflectie

### 9.1. Ingrid Erlingen

- Voor mezelf was ik al bezig geweest met het onderwerp VZP. Ik was al vertrouwd met documenten die betrekking hebben op het levenseinde. Ik vind het persoonlijk belangrijk om hier over na te denken en een aantal zaken schriftelijk vast te leggen. Ik begrijp echter goed dat dit niet voor iedereen vanzelfsprekend is. Het is ook van belang om van tijd tot tijd wilsverklaringen terug onder de loep te nemen omdat omstandigheden kunnen wijzigen. Leven is een heel dynamisch proces dat onverwachte wendingen kan nemen. Het is goed om dat in het achterhoofd te houden.
- Ik ben erg tevreden hoe ik onthaald ben in het MDO. De leden van het MDO waren bereid om mee te denken. Ik heb geen moment het gevoel gehad dat ik hun tijd in beslag nam. Hun interesse in het onderwerp en hun aanvoelen van het belang ervan in hun werksituatie vond ik heel fijn. De maatschappelijk assistent heeft op haar beurt ook veel tijd gemaakt om me te begeleiden, naast de overlegmomenten op het MDO.
- Het bijwonen van het MDO vond ik erg verrijkend. Ik mocht het hele MDO aanwezig zijn. Dit heeft mijn inzichten in de werking van het WZC verruimd. Ik ben van opleiding sociaal verpleegkundige en ik heb nog nooit gewerkt in de zorg. Het heeft me naast een goed beeld van de organisatie, ook een goed beeld gegeven over de bewoners. Wat me vooral trof is vaak de hoge zorggraad van de bewoners. Het lijkt me enorm moeilijk om na een leven van zelfstandigheid in het WZC terecht te komen. Het aanvaarden van de beperkingen die met ouder worden en vaak chronische aandoeningen gepaard gaan, lijkt me niet evident. Wanneer een bewoner daarnaast ook nog dementie ontwikkelt, is dit voor zowel bewoner, zorgverlener als familie moeilijk. Mijn respect voor zorgverleners is alleen nog maar toegenomen.
- Leiderschap heb ik kunnen toepassen en verrijken door initiatief te nemen in deze bachelorproef: zelf een procedure opstellen, aftoetsen, bewerken en opnieuw aftoetsen. Om dit als externe bespreekbaar maken in het MDO beschouwde ik vooraf als een hindernis. Achteraf bekeken is dit heel vlot verlopen. Ik werd direct goed in de groep opgenomen. De toelichting voor de gebruikers- en familieraad was niet evident omdat er zoveel vragen werden afgevuurd. Luisteren en rustig de vragen beantwoorden en afspraken maken over het vervolg was hier de beste leiderschapsstrategie om toe te passen.
- De samenwerking met Mireille heb ik als heel aangenaam en leerrijk ervaren. De samenwerking met de inhoudsdeskundigen en promotor was heel fijn en leerrijk. De sfeer was goed en open.

### 9.2. Mireille Warson

- Toen ik met dit onderwerp startte, had ik niet gedacht dat dit zo uitgebreid was. Binnen dit thema komen tot een afbakening vond ik niet zo gemakkelijk.
- Werken rond het thema VZP heeft mijn eigen kijk op het levenseinde gewijzigd. Ik sta er meer bij stil en ik had niet verwacht dat er zoveel wettelijke mogelijkheden zijn om het levenseinde te regelen.
- Het contact met de mensen in de WZC vond ik heel aangenaam. Als buitenstaander ben ik daar heel goed ontvangen. Er was een heel open sfeer.

- Ik heb de kans gehad om zelf de ventilatiefiche op te maken en deze te bespreken met experts van het werkveld. Dit vond ik een heel verrijkende ervaring.
- Ik heb ervaren dat er een heel proces doorlopen moet worden vooraleer een opgestelde procedure effectief op de werkvloer toegepast wordt.
- Ik ben leidinggevende in een heel andere sector, namelijk de horeca, en ik merk dat het een heel andere aanpak vergt wanneer je binnen een grote organisatie met verschillende diensten werkt. Ik ben gewoon van zelf alle beslissingen te nemen en door te voeren. In een organisatie met maar enkele medewerkers gaat het dan ook zeer vlot om een draagvlak te creëren. Ook ben ik zelf voor het grootste deel aanwezig op de werkvloer hetgeen opvolging en bijsturen enorm vergemakkelijkt.  
Het was voor mij in dit kader een leerpunt om de controle los te laten en bovendien te werken vanuit een bottom-up benadering en niet volgens een top-down benadering.
- Ik ben gewoon om alleen te werken, ik heb de samenwerking met Ingrid als heel aangenaam ervaren. Ook met de inhoudsdeskundigen en de promotor was het heel fijn samenwerken. Ik heb dit niet ervaren als een schoolse gebeurtenis. De sfeer was gemoedelijk zonder het doel uit het oog te verliezen.

## 10. Literatuurlijst

### 10.1. Artikels

- Burnett, C. B., & Wolff, B. (2015, januari). part2: Nursing and advanced care planning. How its all supposed to work and the critical roles for nurses. *New Mexico Nurse*, 60(1), 8-9.
- De Cleyn, V. (2012, september). In de kijker: Menslievende zorg: management en kwaliteit. *Tijdschrift voor welzijnswerk*, 36(326), 24-28.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010, 24 maart). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 340(c1345), 1-9. Geraadpleegd van [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
- Ghijsebrechts, G., Van de Wiele, M., & De Lepeleire, J. (2009). Vroegtijdige zorgplanning in rusthuizen: een verkenning. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 65(9), 180-185.
- Keirse, M. (2006). Therapeutische verbetering en patiëntenrechten. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 62(12), 877-887.
- Raes, A., Bogaert, H., & De Lepeleire, J. (2010, september). Vroegtijdige zorgplanning in woon- en zorgcentra. Ontwikkeling van het Brugse model.. *Huisarts Nu*, 39(7), 275-280.
- Steenhout, K. C., & Rubens, R. (2010). "Do not resuscitate" (DNR)- of "niet te reanimeren" (NTR)-codes: praktische aspecten en toekomstperspectieven. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 66(24), 1181-1184.
- Van Beek, K., & Menten, J. (2013). Pentalfa: Zorg rond het levenseinde. De bijdrage van de ziekenhuisarts. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 69(11), 539-542.
- Van den Noordgate, N., & Schauwen, W. (2005). Omgaan met het levenseinde: de rol van interdisciplinair samenwerken. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61(7), 546-551.
- Van der Meulen, J. L.M. (2008, december). Niet praten over maar met cliënt. *Cliënt en medezeggenschap in de zorg*, 16(12). Geraadpleegd van [www.bohnstafleuvanloghum.com](http://www.bohnstafleuvanloghum.com)

### 10.2. Boeken

- Keirse, M. (2011). *Later begint vandaag Antwoorden over de laatste levensfase, palliatieve zorg en euthanasie* (7e ed.). Tiel, België: Lannoo.
- Vandaele, H. (2010). *Zorg om het levenseinde. Een kritisch - filosofisch perspectief*. Antwerpen, België: Garant.
- Vleugels, A., & Van den Heuvel, B. (2005). *Zorg voor de kwaliteit van de zorg*. Leuven, België: Universitaire pers Leuven.

### 10.3. Internetbronnen

- Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008. (2008, 10 juli). Geraadpleegd van [www.ejustice.just.fgov.be](http://www.ejustice.just.fgov.be) op 26 januari 2016

- Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004. (2004, 21 september). Geraadpleegd van [www.ejustice.just.fgov.be](http://www.ejustice.just.fgov.be) geraadpleegd op 26 januari 2016
- Leifblad, 9<sup>de</sup> druk. Geraadpleegd van [www.leif.be](http://www.leif.be) op 3 februari 2016
- OCMW Dilsen-Stokkem. (2015). *Jaarverslag 2014 woonzorgcentrum 't Kempken*. Geraadpleegd van [www.dilsen-stokkem.be](http://www.dilsen-stokkem.be) op 23 maart 2016
- OCMW Maasmechelen. (2015). *Jaarverslag 2014 woonzorgcentrum Heyvis*. Geraadpleegd van [www.ocmwmaasmechelen.be](http://www.ocmwmaasmechelen.be) op 26 maart 2016
- Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. (2007). *Advies nr 41. van 16 april 2007 over de geïnformeerde toestemming en "DNR" - codes*. Paper gepresenteerd op de Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Brussel, België. Geraadpleegd van [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be) op 29 december 2015
- Vanmechelen, W., Piers, R., Van den Eynde, J., & De Lepeleire, J. (2014, 26 juni). *Vroegtijdige Zorgplanning Richtlijn, Versie: 1.0*. Geraadpleegd van [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be) op 29 december 2015
- Vlaamse Overheid. (1999). *Brochure kwaliteitszorg Handleiding bij het werk van de sectorale overleggroep ouderenvoorzieningen*. Geraadpleegd van [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be) op 30 december 2015
- Vlaamse overheid. (2003, 17 oktober). *Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen*. Geraadpleegd van [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be) op 30 december 2015
- Vlaamse Overheid. (2009, 13 maart). *13 maart 2009 Woonzorgdecreet*. Geraadpleegd van [www.home-info.be](http://www.home-info.be) op 16 januari 2016
- Vlaamse regering. (2016). *Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda*. Geraadpleegd van [www.vlaanderen.be](http://www.vlaanderen.be) op 30 december 2015
- Wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002. (2002, 28 mei). Geraadpleegd van [www.ejustice.just.fgov.be](http://www.ejustice.just.fgov.be) op 26 januari 2016
- Wet betreffende de palliatieve zorg van 14 juni 2002. (2002, 14 juni). Geraadpleegd van [www.ejustice.just.fgov.be](http://www.ejustice.just.fgov.be) op 26 januari 2016
- Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002. (2002, 22 augustus). Geraadpleegd van [www.ejustice.just.fgov](http://www.ejustice.just.fgov) op 26 januari 2016

#### **10.4. Niet-gepubliceerde uitgaven**

- Heusdens, H. (2016). *Beleid van de zorg: zorg op doelgroepniveau. Projectmatig werken*. Geraadpleegd van [www.pxl.be/blackboard](http://www.pxl.be/blackboard) op 25 april 2016

## 11. Bijlagen

### 11.1. Bijlage 1: KATZ-schaal

#### BIJLAGE 41

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

### EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING

Identificatiegegevens rechthebbende :

Riziv-nummer van de instelling :

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET-BEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

#### A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :

CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren

OF: de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van .....

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : - categorie O categorie A categorie B categorie C categorie Cdement  
categorie D aangevraagd <sup>(1)</sup>

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd <sup>(1)</sup>

#### B. Redenen die de wijziging van de categorie rechtvaardigen (enkel in geval van toename):

<sup>(1)</sup> Schrappen wat niet past.

<sup>(2)</sup> Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer: Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige <sup>(7)</sup>	Datum: ...../...../.....	Handtekening:
--	-----------------------------	---------------

**C. De Geneesheer (vereist indien de categorie D wordt aangevraagd of toename afhankelijkheid minder dan 6 maanden na wijziging schaal tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige**

## **BIJLAGE 41 (verso)**

### **Categorieën van zorgenbehoevendheid**

#### **RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGTEHUIS**

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën van zorgenbehoevendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij «3» of «4» scoort voor het desbetreffende criterium) :

**categorie O** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn;

**categorie A** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én  
zij zijn fysisch volledig onafhankelijk;

**categorie B** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;

psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

**categorie C** : daarin zijn de de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én  
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

**categorie D** : daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, de diagnose van dementie is vastgesteld;

**categorie C dement** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :  
psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, of  
zij hebben een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist, én  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

### **Afhankelijkheidscriteria**

#### **CENTRUM VOOR DAGVERZORGING**

De rechthebbende moet beantwoorden aan de hierna vermelde afhankelijkheidscriteria :

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

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



ofwel op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat werd uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, de diagnose voor dementie is vastgesteld.

## 11.2. Bijlage 2: Vragenlijst

### Bevraging VZP in WZC Heyvis & 't Kempken

#### COMMUNICATIE

1. Zijn er bij opname veel bewoners die reeds beschikken over wilsverklaringen?
2. Wordt dit specifiek gevraagd bij opname?
3. Is er een multidisciplinair overleg in het WZC? Wie maakt daar deel van uit?
4. Wordt er over VZP/ zorgdoelen gesproken:
  - a. In het team
  - b. Met de bewoner en/of familie
  - c. Multidisciplinair overleg
5. Worden codes beperking therapie met de bewoner en/of familie besproken?
6. Wat is de rol / betrokkenheid van de CRA in het proces VZP?
7. Wat is de rol / betrokkenheid van de huisartsen?

#### ADMINISTRATIEVE OMKADERING

1. Zitten er standaard documenten in het bewonersdossier omtrent het levenseinde? Welke?
2. Zijn er specifieke procedures uitgeschreven in het kader van het kwaliteitshandboek? Welke? Is er een procedure VZP?

#### BEWONERS

1. Wordt er over VZP/zorgdoelen gesproken in het gesprek na opname? (6weken)?
2. Wie doet deze gesprekken? Is er een bepaalde methodiek voor dit gesprek opgesteld?
3. Hoe wordt er momenteel omgegaan met informatie/hints die de bewoner geeft omtrent zijn visie op het levenseinde of concrete vragen ivm zorgdoelen? Zijn hierover interne afspraken over het doorgeven van deze informatie?
4. Zijn bewoners en familie op de hoogte over de mogelijkheden van VZP binnen het WZC? Hoe wordt deze informatie aan hen overgemaakt?
5. Worden er infosessies over het thema VZP georganiseerd voor bewoners en familie?

#### PERSONEEL EN VORMING

1. Is er een referentie VPK palliatieve zorgen?
2. Is vroegtijdige zorgplanning een begrip waarmee medewerkers vertrouwd zijn? Is het geborgd in de instelling? Indien neen, hoe ver staat dit proces?
3. Is er iemand specifiek aangesteld om gesprekken over VZP te voeren?
4. Worden de zorgverleners gesensibiliseerd over het thema vroegtijdige zorgplanning / levenseinde? Is er vorming?

### 11.3. Bijlage 3: PowerPoint gebruikers- en familieraad



## Vroegtijdige zorgplanning in 't Kempken

- Folder over vroegtijdige zorgplanning
- Gesprek met Nancy of een coördinator bewonerszorg
- Bij opname of op vraag van bewoner
  - Er kunnen meerdere gesprekken gevoerd worden
- Bewoner mag zich laten bijstaan door iemand
- Al dan niet schriftelijk vastleggen van keuzes
- Opmaak van procedure

## Vroegtijdige zorgplanning in 't Kempken

- Infonamiddag Manu Keirse over de wilsbeschikking op 20 juni om 15 uur
- Op elk moment kan een gesprek gevraagd worden

## Vroegtijdige zorgplanning

Vragen?

#### **11.4. Bijlage 4: Documenten horende bij de procedure vroegtijdige zorgplanning**

- DNR – document.
- Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde.
- Wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval ik onomkeerbaar nuiten bewustzijn ben.
- Documenten aanduiden wettelijk vertegenwoordiger.
- Verklaring voor orgaandonatie.
- Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling.
- Document van terbeschikkingstelling van het stoffelijk overschot aan de wetenschap.
- Folder vroegtijdige zorgplanning woonzorgcentrum 't Kempken.

**Code omtrent beperking van therapie (DNR) Datum overleg :**

Identificatie resident : .....

Code 0 : Geen therapiebeperking	datum:	uur:
---------------------------------	--------	------

Code 1 : Niet reanimeren	datum:	uur:
--------------------------	--------	------

Ongewijzigde therapeutische opties verder zoals voorgeschreven, echter zonder opdrijven van de zorgen, noch initiëren van nieuwe therapie.

- ik wil niet worden gereanimeerd
- Ik wil niet worden geïntubeerd
- Ik wil niet aan beademingsapparatuur worden gekoppeld
- geen hospitalisatie voor therapeutische of diagnostische doeleinden

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

Code 2 : Therapiebeperking	datum:	uur:
----------------------------	--------	------

- Ik wil niet dat mijn leven met curatieve behandelingen wordt verlengd
- Ik wil geen:
  - Antibiotica
  - Bestraling
  - Transfusies
  - Chemotherapie
  - Transplantatie
  - Dialyse
  - Heelkundige ingreep
  - Andere:
- Ik wil niet kunstmatig worden gevoed als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten
- ik wil geen pijnbestrijding die mijn bewustzijn ernstig beperkt

Code 3 : Therapie afbouwen	datum:	uur:
----------------------------	--------	------

Stop volgende behandelingen : De waardigheid en het comfort van de resident blijven de hoogste prioriteit.

.....  
.....  
.....

Naam en handtekening resident / vertegenwoordiger :

.....

Naam en handtekening verantwoordelijke verpleging:

.....

Handtekening en stempel geneesheer :

.....

- Besproken met familie       ja       neen
- CRA       ja       neen

# Wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Rijksregisternummer: .....

## Mijn persoonlijke waarden en opvattingen

Naast de uitdrukkelijke wilsverklaringen die volgen, wil ik dat altijd rekening wordt gehouden met de volgende waarden, opvattingen en levensbeschouwing die voor mij belangrijk zijn:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Mijn vertegenwoordiger

### Aanwijzing

Ik, die onderteken, wijs als mijn vertegenwoordiger voor het geval ik niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen de volgende persoon aan:

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Telefoonnummer: .....

Rijksregisternummer: .....

Opgemaakt te ..... Datum ..... Mijn handtekening .....

### Aanvaarding

..... (naam en voornaam) aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen ..... (naam en voornaam aanwijzer invullen) vertegenwoordigen, met eerbiediging van de wilsverklaringen in dit document.

Opgemaakt te ..... Datum ..... Handtekening aangewezen vertegenwoordiger

## Gezondheidszorg voor het geval ik mijn wil niet meer zelf kan uiten

Ik, die onderteken in volle bewustzijn, en zonder druk van anderen, omschrijf hierbij mijn wil, voor het geval ik mijn wil niet meer zelf kan uiten:

Mijn wilsverklaring geldt in één van de volgende gevallen (zet een handtekeningparaaf bij de rubriek die van toepassing is en schrap de rubrieken die niet van toepassing zijn, lees ook de info in het kader in de toelichting bij het gebruik van dit document):

1. enkel indien ik onomkeerbaar mijn wil niet meer kan uiten en binnen afzienbare tijd zal sterven  
OF
2. enkel indien ik onomkeerbaar mijn wil niet meer kan uiten omdat ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben  
OF
3. enkel indien ik onomkeerbaar mijn wil niet meer kan uiten  
OF
4. indien ik mijn wil niet meer kan uiten, om welke reden ook

Mijn wil betreft de volgende tussenkomsten (zet een handtekeningparaaf bij wat van toepassing is en schrap wat niet van toepassing is):

- ik wil niet worden gereanimeerd
- ik wil niet in een ziekenhuis worden opgenomen
- ik wil niet op een intensieve zorgen afdeling van een ziekenhuis worden opgenomen
- ik wil niet aan beademingsapparatuur worden gekoppeld
- ik wil niet kunstmatig worden gevoed als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten
- ik wil niet dat mijn leven met curatieve behandelingen wordt verlengd, en daarom wil ik geen:
  - antibiotica
  - chirurgische ingrepen
  - chemotherapie
  - bestraling
  - dialyse
  - transplantatie
  - transfusies
  - .....
  - .....
- ik wil geen pijnbestrijding die mijn bewustzijn blijvend uitschakelt
- ik wil niet deelnemen aan experimentele behandelingen
- .....
- .....
- ik wil beëindiging van mijn leven (euthanasie) als ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben. (ik vul hiertoe de wilsverklaring inzake euthanasie in op de derde pagina)

Na mijn overlijden:

- wil ik mijn organen afstaan voor transplantatie (*indien niet, contacteer burgerlijke stand*)
- wil ik mijn lichaam afstaan voor de wetenschap (*en heb afspraken met universiteit .....*)
- wil ik een uitvaart volgens de modaliteiten die ik heb bepaald op de vierde pagina

Opgemaakt te ..... Datum ..... Mijn handtekening .....



## Wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben

Deze rubriek dient enkel te worden ingevuld indien men uitdrukkelijk levensbeëindiging wil wanneer men onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Houd er rekening mee dat een wilsverklaring inzake euthanasie maar vijf jaar geldig is en na vijf jaar moet worden herbevestigd. Ze kan ook op elk moment worden ingetrokken of herzien.

Ik, die onderteken in volle bewustzijn (*in het onderstaande schrappen wat niet past en in voorkomend geval datum invullen*):

- verzoek, voor het geval ik niet meer in staat ben mijn wil te uiten, dat een arts euthanasie toepast, indien voldaan is aan de voorwaarden gesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.
- herbevestig de wilsverklaring tot euthanasie, opgesteld op: (datum + handtekening) .....
- herzie de wilsverklaring tot euthanasie, opgesteld op: (datum + handtekening) .....
- trek de wilsverklaring tot euthanasie in, opgesteld op: (datum + handtekening) .....

Opgemaakt te ..... Datum ..... Mijn handtekening .....

Door de handtekening van twee getuigen hieronder, waarvan minstens getuige 1 geen materieel belang heeft bij het overlijden, wordt bevestigd dat deze wilsverklaring inzake euthanasie vrij en bewust werd afgelegd.

Getuige 1

Getuige 2

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Rijksregisternummer: .....

Geboorteplaats: .....

Telefoonnummer: .....

Eventuele graad van verwantschap: .....

Datum: .....

Handtekening: .....

## Aanvullende nuttige gegevens

Ik noteer hier enkele nuttige gegevens, zoals bvb. naam en adres van huisarts, personen met wie ik deze wilsverklaringen heb besproken, voorkeur ziekenhuis, personen belangrijk om rekening mee te houden, specifieke noden, maatschappij waarbij uitvaartverzekering is afgesloten:

.....

.....

.....

.....

.....

## Uitvaart

Ik, die onderteken, kies als wijze van uitvaart voor *(schrapp wat niet van toepassing is en plaats een handtekening-paraaf bij de rubriek die wel van toepassing is)*:

- ritueel van de levensbeschouwing: .....
- begraving van mijn lichaam
- crematie gevolgd door begraving van de as binnen de omheining van de begraafplaats
- crematie gevolgd door bijzetting van de as in het columbarium van de begraafplaats
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de strooiweide van de begraafplaats
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de Belgische territoriale zee
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as op een andere plaats dan de begraafplaats *(adres vermelden)* (1)
- crematie gevolgd door begraving van de as op een andere plaats dan de begraafplaats *(adres vermelden)* (1)
- crematie gevolgd door bewaring van de as op een andere plaats dan de begraafplaats *(adres vermelden)* (1)
- de modaliteit die mijn nabestaanden in overleg bepalen na mijn overlijden

<sup>(1)</sup> Indien het terrein geen eigendom is van de overledene of zijn nabestaanden, is een voorafgaande, schriftelijke toestemming van de eigenaar vereist en moet deze hierbij worden gevoegd.

Opgemaakt te ..... Datum ..... Mijn handtekening .....

## Fysieke onmogelijkheid om zelf wilsverklaringen op te stellen en te tekenen

Ik, *(naam)* ....., die fysiek blijvend niet in staat ben om wilsverklaringen op te stellen en te tekenen, wijs de volgende meerderjarige persoon, die geen materieel belang heeft bij mijn overlijden, aan om deze wilsverklaringen op te stellen.

*(Ik voeg een medisch getuigschrift ter bevestiging toe)*

Gegevens over deze persoon:

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Rijksregisternummer: .....

Opgemaakt te ..... Datum .....

Handtekening aangewezen persoon .....

Dit document met wilsverklaringen vervangt alle vorige en is geldig voor onbepaalde duur (behalve de specifieke wilsverklaring inzake euthanasie voor het geval ik onomkeerbaar buiten bewustzijn ben) tot wijziging of herroeping. Het is opgemaakt in (aantal vermelden) ..... ondertekende exemplaren die worden bewaard bij de volgende personen of instanties:

.....  
.....  
.....

# **Toelichting bij het gebruik van de wilsverklaringen inzake mijn gezondheidszorg en mijn levenseinde**

## **Belang van een wilsverklaring**

In ons land kun je genieten van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg, ook aan het levenseinde. Die zorg wordt omkaderd door een aantal wetten (rechten van de patiënt, palliatieve zorg, euthanasie, orgaandonatie, teraardebestelling, e.a.) die je de mogelijkheid bieden om zorgkeuzes te maken op basis van je eigen waarden, je verwachtingen en je levensgeschiedenis.

Deze keuzes kun je best bespreken met je familie en je vrienden, 'naasten' genoemd, met je huisarts en met de andere zorgverleners thuis, in het ziekenhuis of in het woon- en zorgcentrum. Je kunt immers in een situatie terecht komen waarin je niet meer kunt zeggen wat je wil. Dan is het zeker nodig dat zorgverleners en naasten weten wat je in die bepaalde situatie zou willen. Je kent wellicht mensen in je vrienden- of kennissenkring die behandelingen kregen die hun welzijn niet ten goede kwamen, die ze niet meer gewild zouden hebben of die hun leven onnodig verlengden. Je kunt dit vermijden door de zorg die je in de toekomst verlangt, op tijd te bespreken en in een document vast te leggen.

## **Niet alleen voor het levenseinde**

Wilsverklaringen zijn niet alleen belangrijk voor terminaal zieken of ouderen. Onverwachte levenseindesituaties kunnen zich op elke leeftijd voordoen, bv. door een ongeval. Ook dan is het belangrijk dat men weet wat je wil. Daarom kun je via dit document nu reeds een vertegenwoordiger aanwijzen. Je kunt eventueel meerdere vertegenwoordigers aanwijzen, voor het geval dat de eerste vertegenwoordiger in de onmogelijkheid verkeert deze opdracht op te nemen, maar je moet een duidelijke volgorde aangeven. De vertegenwoordiger kan dan in jouw plaats communiceren met de zorgverleners en verwoorden wat jouw wil is. Wijs je geen vertegenwoordiger aan, dan bepaalt de wet welk familielid of welke andere persoon voor jou optreedt op het moment dat je je wil niet meer kunt uitdrukken.

## **Hoe dit document invullen?**

Je kunt ervoor kiezen om enkel een vertegenwoordiger aan te wijzen die in jouw naam zal optreden als je je wil zelf niet meer kunt uitdrukken. Dan laat je alle beslissingen waarover jij je niet hebt uitgesproken, over aan je vertegenwoordiger.

Door het invullen van de rubrieken 'persoonlijke waarden en opvattingen' (p. 1) en 'aanvullende nuttige gegevens' (p. 3) kun je hem echter helpen om opties te kiezen die je echt wil. Hij moet je wil die je in die rubrieken hebt aangegeven, eerbiedigen.

Lees het document eerst rustig door. Je kunt dan kiezen wat je uitdrukkelijk vooraf wil bepalen en wat je wil overlaten aan het inzicht van je vertegenwoordiger op dat moment. Je moet in elk geval de laatste rubriek op p. 4 invullen, waarin wordt aangegeven aan wie je een exemplaar hebt bezorgd. Het is immers belangrijk dat je ervoor zorgt dat het document bekend en beschikbaar is bij een aantal mensen. Je kunt meerdere kopies maken maar het is aan te raden elke kopie origineel te handtekenen.

## **Belangrijke informatie betreffende de vier 'gevallen'**

Om twijfel en discussies uit te sluiten is het zeer belangrijk zorgvuldig na te denken in welk geval je een aantal medische tussenkomsten niet meer wil. Bovenaan pagina 2 moet je een keuze maken tussen vier logisch mogelijke omstandigheden waarin je wil geldt. Als je voor 1 kiest beperk je het toepassingsgebied tot de stervensfase. Als je voor 2 kiest geldt je wil ook als je onomkeerbaar buiten bewustzijn bent, maar nog niet stervend. Als je voor 3 kiest geldt het vanaf het moment dat je onomkeerbaar je wil niet meer kunt uiten, maar je bent wel nog bewust. Als je voor optie 4 kiest, moet je zeer goed beseffen wat de consequenties zijn van deze logisch mogelijke, maar praktisch zeer verregaande optie. Als je bij het oversteken van de straat door een auto wordt gegrepen, en tijdelijk niet in staat bent om je wil te uiten, betekent het kiezen voor deze omstandigheid dat je niet zou mogen worden gereanimeerd of dat andere levensreddende ingrepen niet meer zouden mogen worden uitgevoerd, ook al heb je nog een behoorlijke maar inderdaad niet gegarandeerde kans op volledig herstel.

Je kunt dit document het beste invullen na overleg met je huisarts, de behandelende specialist of een andere zorgverlener. Hij/zij kan de consequenties van de opties die je kiest, uitleggen en je helpen bij het formuleren van je wil. Het is nuttig dat je dit vooraf ook rustig en in alle sereniteit bespreekt met je vertegenwoordiger en met je naasten.

Onder de rubriek 'bijkomende nuttige gegevens' is het goed te noteren met wie je dit hebt besproken en ingevuld. Weet ook dat je deze wilsverklaringen steeds opnieuw kunt intrekken, aanvullen of aanpassen.

### **De best mogelijke zorg**

Je moet niet bepalen dat je de best mogelijke zorg wil, want daartoe is men verplicht. Zoals iedereen afhankelijk is bij het begin van het leven en recht heeft op de beste zorg, mag je ook als je ernstig ziek bent of op het einde van je leven, de best mogelijke zorg verwachten. Zelfs al formuleer je in het document welke ingrepen en behandelingen je niet meer wenst, je mag ervan uitgaan dat men alles zal doen wat de geneeskunde kan om je pijn te stillen en je comfort te bevorderen.

### **Beschikbaarheid**

Zorg ervoor dat dit document beschikbaar is. Mogelijk zal dat in de toekomst ook elektronisch kunnen, maar voorlopig bezorg je best een exemplaar aan je huisarts en/of behandelende specialist en aan je vertegenwoordiger.

### **Registratie**

Het is niet verplicht deze wilsverklaringen officieel te laten registreren op het gemeente- of stadhuis. Als je het toch wil doen, kan dat enkel voor de 'wilsverklaring inzake euthanasie' voor het geval dat je onomkeerbaar buiten bewustzijn bent, en voor je wil rond de uitvaart. Je hebt ook geen notaris nodig. Het belangrijkste is te zorgen dat het document beschikbaar is in je medisch dossier en bij je vertegenwoordiger zodat het te gepasten tijde geraadpleegd en gevolgd kan worden.



OCMW DILSEN-STOKKEM

**MANDAAT.**

**Aanwijzing van een vertegenwoordiger zoals bepaald in de Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt.**

*Art.14 § 1. Bij een meerderjarige patiënt die niet valt onder één van de in artikel 13 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.*

Bewoner : mevr. ° //19

Verklaart geheel naar eigen keuze als vertegenwoordiger aan te duiden:

Naam:  
Adres:  
Telefoon:  
Verwantschap:  
E-mailadres:

Deze persoon mag mijn rechten zoals vastgesteld in de wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt uitoefenen indien en zolang ik niet in staat ben deze rechten zelf uit te oefenen. Deze toestand wordt binnen het woonzorgcentrum 't Kempken vastgesteld in multidisciplinair overleg waaraan de huisarts en de coördinerend geneesheer van het woonzorgcentrum deelnemen.

Ingeval deze lastgeving om gelijk welke reden eindigt, als plaatsvervangend vertegenwoordiger aan te duiden met dezelfde rechten en plichten :

Naam:  
Adres:  
Telefoon:  
Verwantschap:  
E-mailadres:

Gedaan te : ..... Datum : ..... / ..... / 2015

Handtekeningen : z.o.z.



## OCMW DILSEN-STOKKEM

**Handtekening bewoner** (handmatig geschreven : "**gelezen en goedgekeurd**" )

**Handtekening vertegenwoordiger** voor aanvaarding (handmatig geschreven : "**gelezen en goedgekeurd**" )

**Handtekening plaatsvervangende vertegenwoordiger** voor aanvaarding (handmatig geschreven : "**gelezen en goedgekeurd**" )

Ondergetekenden, leden van het multidisciplinair overleg ,verklaren dat de toestand zoals hier boven beschreven ingetreden is met ingang van :

Opmerkingen:

Handtekeningen:



## FAMILIEVERKLARING

### **Aanwijzing van een vertegenwoordiger zoals bepaald in de Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt.**

*Art. 14 § 1. Bij een meerderjarige patiënt die niet valt onder één van de in artikel 13 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.*

*§ 2 Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger benoemd of treedt de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger niet op dan worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.*

*Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt.*

*Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt. Dit is eveneens het geval bij conflict tussen twee of meer van de in deze paragraaf genoemde personen.*

Ondergetekenden, meerderjarige verwanten van bewoner: dhr./mevr.

verklaren als vertegenwoordiger aan te duiden :

Naam:  
Adres:  
Telefoon:  
Verwantschap:  
E-mailadres:

ingeval deze lastgeving om gelijk welke reden eindigt, als plaatsvervangend vertegenwoordiger aan te duiden met dezelfde rechten en plichten :

Naam:  
Adres:  
Telefoon:  
Verwantschap:  
E-mailadres:

Deze persoon mag de rechten van dhr. / mevr. zoals vastgesteld in de wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt uitoefenen indien en zolang hij/zij niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.

Deze toestand wordt binnen het woonzorgcentrum 't Kempken vastgesteld in multidisciplinair overleg waaraan de huisarts en de coördinerend geneesheer van het woonzorgcentrum deelnemen.

Gedaan te : ..... Datum : ..... / ..... / 2015

Handtekeningen z.o.z.



## OCMW DILSEN-STOKKEM

### Totaal aantal kinderen van betreffende :

Handtekening familieleden voor akkoord ( **vooraf gegaan door handmatig geschreven : "gelezen en goedgekeurd" en de volledige naam**)

<u>Naam</u>	<u>Verwantschap Handtekening</u>	<u>" Gelezen en goedgekeurd" +</u>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Handtekening vertegenwoordiger voor aanvaarding (handmatig geschreven : gelezen en goedgekeurd)

Handtekening plaatsvervangend vertegenwoordiger voor aanvaarding (handmatig geschreven : gelezen en goedgekeurd)

Ondergetekenden, leden van het multidisciplinair overleg ,verklaren dat de toestand zoals hier boven beschreven ingetreden is met ingang van :

Opmerkingen:

Handtekeningen:





OCMW DILSEN-STOKKEM

VERTEGENWOORDIGER RESIDENT  
Bijgewerkt 19.04.2016

De Korver

1. Voorafgaandelijk door de resident benoemde vertegenwoordiger en nog in staat hun rechten zelf uit te oefenen: 15.
2. Persoon die optreedt i.p.v. resident die **niet** in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen: 15.

de Korenaar

1. Voorafgaandelijk door de resident benoemde vertegenwoordiger en nog in staat hun rechten zelf uit te oefenen: 17
2. Persoon die optreedt i.p.v. resident die **niet** in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen: 13

De Bakermat

1. Voorafgaandelijk door de resident benoemde vertegenwoordiger: 2 personen
2. Persoon die optreedt i.p.v. resident die niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen: 18 personen

## Verklaring voor orgaandonatie

KONINKRIJK BELGIE

Wettelijke basis: KB van 30/10/86 (BS 14/02/87)

<http://www.beldonor.be>

Gemeente :

Postcode:

Verklaring van de wilsuitdrukking inzake wegneming en transplantatie van organen en weefsels **na** overlijden.

---

Naam – Voornamen: \_\_\_\_\_

Datum en plaats van geboorte(dd/mm/jjjj): \_\_\_\_\_

Rijksregisternummer:

Adres :

- verzet zich tegen elke wegneming van organen en weefsels (1)
- verklaart uitdrukkelijk zich donor te stellen (uitdrukkelijke wilsbeschikking)
- herroept de verklaring van verzet (1)
- herroept de verklaring van uitdrukkelijke wilsbeschikking

---

(1) De vertegenwoordiger van degene voor wie het verzet of de herroeping ervan is geschied :

Graad van verwantschap:

---

Opgemaakt te

Op  
Handtekening van de aanvrager,

Handtekening van de ambtenaar,

Stempel van de gemeente

(1) in voorkomend geval

## Verklaring inzake de wijze van teraardebestelling

Verklaring betreffende de laatste wilsbeschikking inzake de wijze van teraardebestelling

Ondergetekende, .....  
verblijvend te .....

(1) verklaart aan de ambtenaar van de burgerlijke stand van de stad/gemeente\* .....

(2) herziet de verklaring inzake de wijze van teraardebestelling neergelegd in de stad/gemeente\* ..... op .....

(3) trekt de verklaring inzake de wijze van teraardebestelling in neergelegd in de stad/gemeente\* ..... op .....

- begraafing van het stoffelijk overschot
- crematie gevolgd door begraafing van de as binnen de omheining van de begraafplaats
- crematie gevolgd door bijzetting van de as in het columbarium van de begraafplaats
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as op de strooiweide van de begraafplaats
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as in de Belgische territoriale zee
- crematie gevolgd door uitstrooiing van de as op een andere plaats dan de begraafplaats of in de Belgische territoriale zee .....
- crematie gevolgd door begraafing van de as op een andere plaats dan de begraafplaats .....
- crematie gevolgd door bewaring van de as op een andere plaats dan de begraafplaats .....

**Ritueel van de uitvaartplechtigheid**

- uitvaartplechtigheid volgens de Katholieke Godsdienst
- uitvaartplechtigheid volgens de Protestantse Godsdienst
- uitvaartplechtigheid volgens de Anglicaanse Godsdienst
- uitvaartplechtigheid volgens de Orthodoxe Godsdienst
- uitvaartplechtigheid volgens de Joodse Godsdienst
- uitvaartplechtigheid volgens de Islamitische Godsdienst
- uitvaartplechtigheid volgens de Vrijzinnige levensovertuiging
- uitvaartplechtigheid volgens Neutraal Filosofische overtuiging

De inhoud van deze verklaring, die uit eigen wil opgesteld werd, is mijn laatste wilsbeschikking inzake de wijze van teraardebestelling.

Opgemaakt te ....., op .....

Handtekening



**Ontvangstbewijs** van de verklaring betreffende de laatste wilsbeschikking inzake de wijze van teraardebestelling:

Op ..... heeft de ambtenaar van de burgerlijke stand van de stad/gemeente\* .....

de verklaring ontvangen betreffende de laatste wilsbeschikking inzake de wijze van teraardebestelling van .....

Handtekening van de ambtenaar van de burgerlijke stand of van zijn gemachtigde:



## ***Document van terbeschikkingstelling van het stoffelijke overschot aan de wetenschap***

Formulier opgemaakt door de Nationale Federatie van Beroepsverenigingen & Syndicale Kamers van Aannemers van Begraffenissen van België vzw

---

Ik, ondergetekende

Naam:

Voornamen:

Getrouwd met:

Geboren op:

Wonend in:

Postcode:

Straat:

Nr.:

Telefoonnummer:

E-mail

Verklaar hierbij mijn stoffelijk overschot aan een anatomisch instituut te schenken

Gegevens van het instituut: .....

(\* ) Ik wens ten laste van mijn familie begraven te worden op de begraafplaats van .....

(\* ) Ik wens ten laste van mijn familie gecremeerd te worden .....

Ik duid als familie of verantwoordelijke persoon voor contact met het instituut na mijn overlijden aan:

Naam en voornaam: ...

Adres: ...

Telefoonnummer: ...

E-mail: ...

Door dit document te handtekenen geef ik aan kennis te hebben genomen van alle voorschriften aangaande de terbeschikkingstelling van mijn lichaam aan de wetenschap. Ik stem ermee in en bevestig bovendien dat ik mijn familie heb ingelicht.

In tweevoud opgesteld te :

Op

Handtekening

# Infobrochure vroegtijdige zorgplanning

## “Als het zover zal zijn, sta me dan bij”



Elke Belg heeft een aantal keuzemogelijkheden die met het levenseinde te maken hebben. Die keuzes kunnen niet alleen gemaakt worden op het moment dat u ernstig ziek bent of wanneer het levenseinde nadert, u kunt ze ook vandaag al vastleggen.

Op kritische momenten, bv. hospitalisatie, verslechterende ziekte-toestand, ... worden mensen geconfronteerd met heel wat acute vragen waar dan vlug beslissingen dienen genomen te worden, zonder dat er eigenlijk ruimte is om daar goed over te kunnen nadenken. Welke onderzoeken wil men nog, wordt een hospitalisatie al of niet gewenst?

Het overkomt iedereen wel eens om ernstig ziek te worden of een fatale ziekte bij een naaste van nabij te beleven. Dit doet nadenken over de zorg die men zelf op zo een moment kan, wil of niet wil krijgen. Nadenken over deze zorgbeslissingen noemt men vroegtijdige zorgplanning.

Wij als woonzorgcentrum 't Kempken vinden het dan ook belangrijk om u te informeren over de mogelijkheden van vroegtijdige zorgplanning. Wij vinden het noodzakelijk dat u zelf kenbaar kan maken wat uw wensen en behoeften zijn.

Vroegtijdige zorgplanning (VZP) biedt de bewoner de mogelijkheid om in een open dialoog met de familie en/of de huisarts, de keuze in verband met de zorg aan het einde van het leven te bespreken.

Hierdoor kan de zorg zo goed mogelijk afgestemd worden op de wensen van de (toekomstige) patiënt. Dit kan veel onnodig lijden besparen en geeft rust. Rust die ruimte geeft om kwaliteitsvol te kunnen leven tot het einde.

### Waarom nu al?

Zolang u “gezond” bent, lijkt dit mogelijk wat vreemd. Waarom zou u daar vandaag al bij stilstaan, zelfs al voelt u zich nog niet eens oud?

Misschien denkt iemand: “voor mij moet dat niet, want ze zullen wel weten wat ik wil, als het zo ver is.” Hopelijk is dat ook zo.

Toch leert de ervaring dat er gemakkelijk misverstanden opduiken. Iemand anders zegt: “ik doe dat later wel.” Goed, maar: stel dat u plots iets zou overkomen, waardoor u niet meer kan zeggen wat u wil? Wanneer u bijvoorbeeld buiten bewustzijn zou geraken.

Vroegtijdige zorgplanning is een proces van continu overleg tussen (toekomstige) patiënt en zorgverlener(s), gericht op het uitklaren van iemands waarden en wensen ten aanzien van zijn of haar (toekomstige) palliatieve zorg.

Bij voorkeur worden die waarden en wensen ook meegedeeld aan familieleden en/of belangrijke naasten. In het bijzonder met het oog op het aanduiden van een vertegenwoordiger. Dit proces kan, maar hoeft niet noodzakelijk, te leiden tot een geschreven wilsverklaring.

Vroegtijdige zorgplanning voorkomt alleszins dat uw familie, vertrouwenspersoon, wettelijk vertegenwoordiger, artsen en personeelsleden van het woonzorgcentrum voor moeilijke keuzen gesteld worden, wanneer u zelf niet meer in staat bent om over uw zorg te beslissen. Bv uw huisarts is niet bereikbaar maar er dient een dringende beslissing genomen te worden en u kan zelf niet meer aangeven wat u wil, de huisarts van wacht beslist dan...

Voor ons woonzorgcentrum is het dan ook van belang te weten wat u tijdens uw verblijf van uw (toekomstige) zorg verwacht. De coördinatoren bewonerszorg en de maatschappelijk assistente zijn ermee vertrouwd om dit thema bespreekbaar te stellen. Wij willen dan ook graag met u en/of uw familie dit gesprek gedurende uw verblijf in ons woonzorgcentrum aan gaan.

Wenst u zelf reeds over deze vroegtijdige zorgplanning meer informatie, dan kan u ook bij betrokkenen terecht. Zij kunnen u tevens een document (wilsbeschikking) bezorgen waarin u uw keuzes kan laten registreren. Dit document is vrijblijvend en kan op ieder moment gewijzigd worden.

Uw huisarts is tevens een aangewezen persoon om over uw vroegtijdige zorgplanning te spreken.

## 11.5. Bijlage 5: Leidraad gesprek vroegtijdige zorgplanning

### Gesprek VZP: leidraad

#### 1. Wanneer het gesprek voeren?

Het initiatief voor het gesprek wordt best genomen door de zorgverlener.

- Zie procedure VZP: info meegeven over VZP, 6 à 8 weken na opname + opvolgen
- Op vraag van bewoner of familie
- Naar aanleiding van een scharniermoment van de gezondheidstoestand van de bewoner: verslechtering van de algemene toestand / chronische aandoening, beginnende dementie, opname in het ziekenhuis, bij aanvang van palliatieve zorg.

#### 2. Hoe kan het gesprek gevoerd worden?

##### Vorbereiding

Het gesprek moet goed voorbereid worden. De zorgverlener moet goede en adequate informatie hebben over de bewoner zowel op medisch vlak als op persoonlijk vlak. Dit laatste is vooral van toepassing wanneer een bewoner al langer in het WZC verblijft. Wanneer het gesprek zal plaatsvinden met een bewoner die recent opgenomen is in het WZC is het van belang om de persoonlijke ervaringen/levensloop van de bewoner te verkennen. Gebeurtenissen in het leven van de bewoner kunnen belangrijk zijn om standpunten van de bewoner te begrijpen en kaderen.

De folder vroegtijdige zorgplanning kan in dit gesprek ter beschikking worden gesteld aan de bewoner/naaste(n).

##### Het gesprek zelf

Het gesprek kan gevoerd worden via een stappenplan.

Het stappenplan is gebaseerd op voorstel van Manu Keirse<sup>21</sup>

STAP 1: Het onderwerp vroegtijdige zorgplanning aankaarten

STAP 2: Het verkennen van de toekomstverwachtingen van de bewoner

STAP 3: het bespreken van de zorgdoelen van de bewoner inclusief levenseinde

STAP 4: Het vastleggen van de keuzes van de bewoner

STAP 5: Regelmatig updaten van de keuzes

Aandachtspunten bij de verschillende stappen:

STAP 1: Het onderwerp vroegtijdige zorgplanning aankaarten

---

<sup>21</sup> Manu Keirse, Het levenseinde teruggeven aan de mensen. Over vroegtijdige planning in de zorg, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2009.



- Opbouwen van een vertrouwensrelatie met de bewoner.
- Vroegtijdige zorgplanning op een eenvoudige manier aan de bewoner uitleggen
- Nagaan of er in het verleden gesprekken gevoerd werden en/of er al bepaalde documenten ingevuld werden.
- Op een eenvoudige manier de rechten van de patiënt uitleggen
- De bewoner de informatiebrochure vroegtijdige zorgplanning achterlaten
- Een volgend gesprek plannen indien gewenst.
- Navragen of de bewoner familie of een vertegenwoordiger of een vertrouwenspersoon wenst te betrekken bij het gesprek.
- Kapstokvragen:
  - *Heeft u al eens nagedacht over hoe u wil dat er voor u gezorgd wordt, mocht u in een situatie komen dat u het niet meer zelf kan zeggen? Heeft u al eens gehoord over vroegtijdige zorgplanning? Wat verstaat u daar zelf onder?*
  - *Heeft u al eens met iemand gesproken over uw wensen?*
  - *Heeft u er al eens over nagedacht wie er in uw plaats beslissingen zou mogen nemen, mocht u dat zelf niet meer kunnen? Heeft u hier al eens over gesproken met die persoon? Wilt u deze persoon mee betrekken in gesprekken over vroegtijdige zorgplanning?*
  - ...

#### STAP 2: Het verkennen van de toekomstverwachtingen van de bewoner

- Nagaan wat de opvattingen van de bewoner zijn over zijn of haar toekomst op zorgvlak.
- Hoe ziet de bewoner het verloop van aandoeningen die hij of zij mogelijk al heeft?
- Hoe ziet de bewoner verdere behandelingen?
- Hoe wil de bewoner geïnformeerd zijn/blijven over zijn of haar medische toestand?
- Voorbeelden voor het gesprek:
  - *Sommige mensen willen precies weten hoe het zit met hun ziekte en hoe dit verder zal verlopen. Hoe staat u daar zelf tegenover?*
  - ...

#### STAP 3: Het bespreken van de zorgdoelen van de bewoner inclusief levenseinde

- Waarden en voorkeuren van de bewoner verkennen. De levensloop van de bewoner is erg belangrijk om te kunnen begrijpen waarom bepaalde waarden en voorkeuren geuit worden.
- Uitleg geven over mogelijke zorg en medische beslissingen die genomen kunnen worden in functie van het levenseinde. (documenten).
- Verkennen hoe de bewoner staat tegenover het levenseinde.
- Verkennen van de zorgdoelen van de bewoner.
- Toetsen of de bewoner zijn keuzes omtrent medische beslissingen, zorgdoelen goed begrepen heeft en of de zorgverlener de bewoner goed begrepen heeft.
- Voorbeelden voor het gesprek:

- *Iedereen heeft andere waarden in zijn leven. Is er nog iets dat u me over uw leven kan vertellen waardoor ik u beter kan begrijpen?*
- *Hoe vindt u de kwaliteit van uw leven nu?*
- *Kan u beschrijven hoe u de manier van overlijden van familie of bekenden hebt ervaren? Wat vindt u een goede of een slechte manier van overlijden? Hoe ziet u dit voor uzelf? Wat zou u wel of niet willen?*
- *Willen we een paar voorbeeldsituaties bekijken en nagaan wat u in zo een geval zou willen of niet zou willen?*
- *Welke dingen zou u nog graag doen?*
- *Wat is voor u belangrijk? Nog alles doen op medisch vlak of kiest u eerder voor comfortzorg?*
- *Wilt u nog opgenomen worden in het ziekenhuis?*
- ...

STAP 4: Het vastleggen van de keuzes van de bewoner

- Invullen van documenten die medische keuzes bevatten
- Duidelijk stellen dat deze herzien kunnen worden
- Nogmaals nagaan of er familie, vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon of een andere zorgverlener betrokken moet worden.

STAP 5: Regelmatig updaten van de keuzes

- Jaarlijks een gesprek met de bewoner aangaan (ook in functie van indicator up-to-date plan levenseinde).
- Bij een scharniermoment de keuzes terug aftoetsen bij bewoner en /of vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon.

## 11.6. Bijlage 6: PowerPoint voorstelling ventilatiefiche multidisciplinair overleg



## Vroegtijdige Zorgplanning

- ▶ VZP: belangrijk thema -> kwaliteit van zorg
- ▶ WZC Heyvis: ontwikkelen van een middel om info over VZP op een performante manier te verzamelen.
- ▶ In samenspraak met sociale dienst en directie

## Vroegtijdige Zorgplanning

- ▶ Ontwikkelen van VENTILATIEFICHE
- ▶ Zie voorbeeld
- ▶ Eerste luik:
  - bewoner / afdeling / huisarts
  - datum voor terugbezorging aan soc.dienst
  - betreffende dienst aanduiden

## Vroegtijdige Zorgplanning

- ▶ Tweede luik:
  - ▶ Vragen te beantwoorden door zorgverstrekkers (hierbij werd rekening gehouden met de wettelijke documenten betreffende het levenseinde)
  - ▶ Informatie opnemen bij "korte omschrijving"

## Vroegtijdige Zorgplanning

- ▶ WZC 't **Kempken**:
  - ▶ Uitschrijven procedure Vroegtijdige zorgplanning: hiervoor was reeds een aanzet
  - ▶ Checken van andere procedures en documenten op aanpassingen in functie van vroegtijdige zorgplanning

## Vroegtijdige Zorgplanning

- ▶ Timing:
  - ▶ Indienen: 26 mei 2016
  - ▶ Verdediging: 21 juni 2016
- ▶ Vragen/suggesties?