



13^{de} symposium Geriatrie

Ethische en juridische aspecten in de geriatrie
03/10/2023

AZ Alma
Ringlaan 15
9900 Eeklo

vzw AZ Alma, maatschappelijke zetel Ringlaan 15 9900 Eeklo | Ond.nr. 0463.862.908.



az **alma**
zorg met een hart

1

Programma

1. Shared decision making
 - a) Dr Pauwelijn Verhoestraete
2. Vroegtijdige zorgplanning en wilsverklaring
 - a) Prof. Herman Nys
 - b) Dr Hilde Baeyens
3. Zorgvolmacht en bewindvoering
 - a) Dr Celine Van de Vyver
 - b) Dr Leen Derez
4. Gedwongen opname
 - a) Dr Gunther Degraeve
 - b) Dr Kyri Van Hecke
5. Slotwoord
 - a) Dr Celine Van de Vyver

2

13^{de} symposium geriatrie

Voor wie digitaal deelneemt

deelnemers kunnen hun camera en microfoon niet aan zetten
vragen stellen kan via de chat

Accreditatie

Riziv nummer noteren op de lijst aan de ingang
naam en riziv nummer in de chat vanaf 20u30

3 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az **alma**

3



Shared decision making Gedeelde besluitvorming

Pauwelijn Verhoestraete

Qualicor^{EUROPE}
Geaccrediteerd van
01/02/2020 tot 01/03/2024

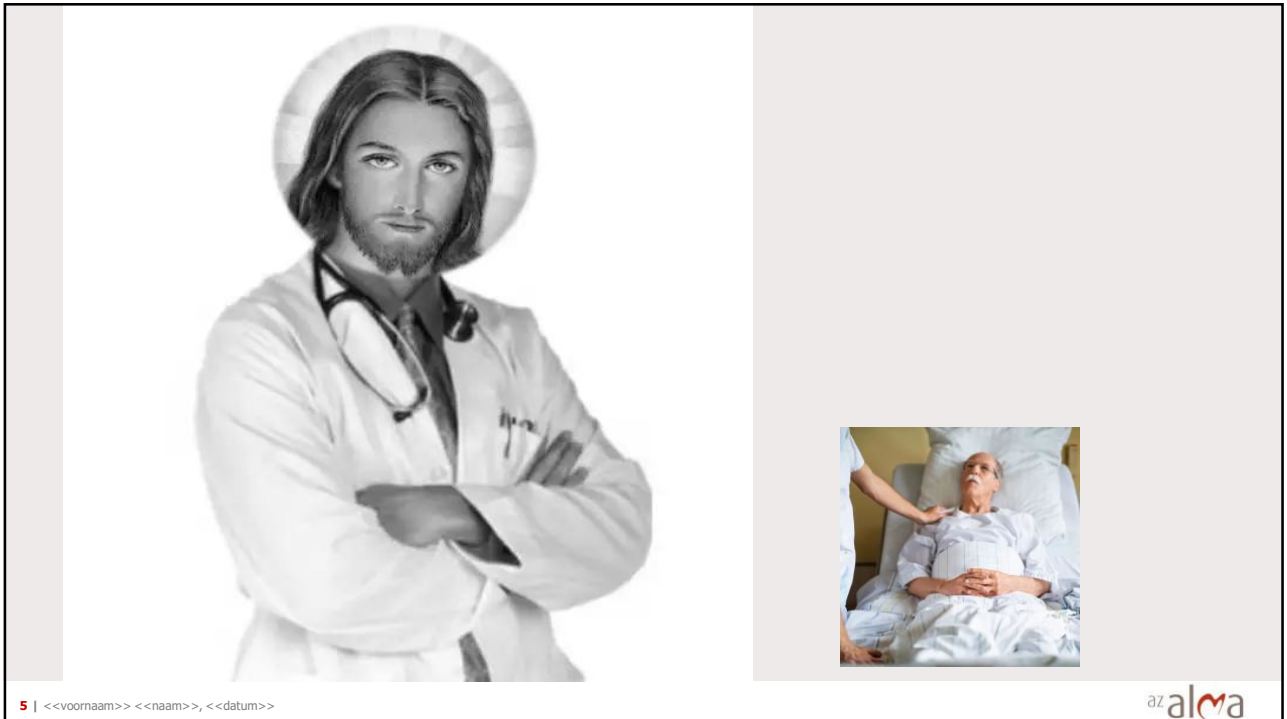
AZ Alma
Ringlaan 15
9900 Eeklo

vzw AZ Alma, maatschappelijke zetel Ringlaan 15 9900 Eeklo | Ond.nr. 0463.862.908.



az **alma**
zorg met een **hart**

4



5



6

Wat is SDM?



“Het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen”

Visiedocument Federatie Medisch Specialisten: samen beslissen. 2019.



“zorgverlener en patiënt nemen in een gezamenlijk proces beslissingen over gezondheids- en behandeldoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van de ervaringskennis, waarden en wensen van de patiënt”

Elwyn G et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1361-7.

7 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

7

Vraag aan publiek

1. Gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg en meer realistische verwachtingen van de patiënt?
2. “Ik heb in de praktijk reeds belemmeringen ervaren bij het proces van gedeeltelijke besluitvorming”

8 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

8

Peiling uit Nederland

1. 87% van de artsen is het ermee eens dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg en meer realistische verwachtingen van de patiënt
2. 45% ervaart belemmeringen
 - onvoldoende financiële beloning
 - gebrek aan ruimte
 - tijdsdruk
 - gebrek aan hulpmiddelen
1. 20-40% van de patiënten vinden dat arts autonoom moet beslissen

9 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

9

Stappenplan

1. Stap 1: aangeven dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft
2. Stap 2: bespreken van verschillende opties
 - a) Voor- en nadelen en risico's van de opties
 - b) Verwachte uitkomsten van de opties
 - c) De voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt
 - d) De mogelijke invloed van de opties op diens persoonlijke situatie
3. Stap 3: het samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid.

10 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

Model naar Elwyn e.a.

az 

10

Specifieke aandachtspunten bij de geriatrische patiënt

1. Streef naar een multidisciplinaire medische besluitvorming voorafgaand aan de besluitvorming met de patiënt
2. Betrokkenheid van meerdere hulpverleners
3. Gespreksvoering bij voorkeur in aanwezigheid van vertrouwenspersoon
4. Communiceer in heldere, goed begrijpbare taal, rekening houdend met de vaardigheden en culturele achtergrond van de patiënt
5. Ga na of de informatie verstaan en begrepen wordt
6. Inschatting van wilsbekwaamheid inzake de voorliggende beslissing
7. Levensvisie
8. Meerdere gesprekken

11 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

11

voorbereidend

1 Historie: heeft de patiënt eerder al iets besproken of vastgelegd over een behandeling in het algemeen, of specifiek voor bijvoorbeeld reanimatie?

2 Voorwerk voor gesprek door de hulpverlener: zijn alle problemen voldoende in kaart gebracht? Hoe interacteren de problemen met elkaar?

3 Definieer tijdens het gesprek uw gesprekspartner en eventuele toehoorders: wie neemt in dit gesprek de beslissingen (patiënt, vertegenwoordiger/mantelzorger, dokter), is er een toehoorder aanwezig (bijvoorbeeld verzorging, extra familie)?

4 Bepaal levensvisie en beleving: kwaliteit van leven, levensovertuiging of geloof, beleving (wat doet het met u?), culturele verschillen tussen dokter en patiënt.

5 Identificeer behandeldoelen: niet strikt medisch (onafhankelijkheid, wonen, zorggerelateerde doelen), mensen met een chronische ziekte: veranderend perspectief.

12 | <<voor

Van De Pol M. Stap voor stap samen beslissen. Dialoog model. Medisch contact 2014.

az 

12



13

Wilsbekwaamheid

1. Beoordeling van het individuele vermogen om zelfstandig beslissingen te nemen.

1. Klinische beoordeling door beroepsbeoefenaar (arts)
2. Praktische term
3. Medische beslissingen – specifiek!
4. Geen statisch gegeven

5. Uitgangspunt = wilsbekwaamheid

14

Criteria Appelbaum en Grisso:

1. begrijpen van informatie
 - maken en uiten van een keuze
 - beseffen en waarderen van informatie voor de eigen situatie
 - logisch redeneren

Beoordelingsinstrumenten

1. de MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)
2. ACE: Aid to Capacity Evaluation
3. ...

1. ≠ dementie diagnose / D-attest

2. ≠ MMSE score...

1. ≠ handelingsbekwaamheid: juridische term
"niet kunnen" vs. "niet mogen"
beslissing van vrederechter



**Inleiding op prof Herman Nys
dr H Baeyens 3/10/2023**

Inleiding wet op de patientenrechten – casus 1

Vader 86 jaar met nieuwe relatie (LAT, woont niet op zelfde adres, wel 20 jaar koppel) heeft :

- kinderen uit eerste huwelijk, komen niet overeen met nieuwe relatie.
- oudere broer 92 en zus 87 jaar. Oudste broer lijdt ook aan dementie.

Patient = Vader lijdt aan dementie. Diagnose van behandelbaar coloncarcinoom. Hij is ondervoed (malnutritie) en sarcopen. Frailty graad 6-7. Er is geen VZP, geen negatieve wilsverklaring.

Volgens cascade van patientenrechten : wie van deze mantelzorgers heeft doorslaggevende stem ?

- a) nieuwe relatie
- b) oudste kind van eerste huwelijk ?
- b) broer
- c) zus

Inleiding wet op de patientenrechten – casus 2

Casus 2

Marokkaanse moeder met gezin 6 kinderen.

Moeder is hulpbehoevend (bedlegerig, frailty 7) en spreekt geen Nederlands, geen Frans, enkel Marokkaans.

De jongste zoon woont in bij moeder (sociale woning) en zorgt zo goed mogelijk voor haar.

Herhaaldelijke opnames in ziekenhuis met infecties en ernstige decubitus, mede omdat zorg thuis niet optimaal is.

Zoon volgt telkens de wensen van moeder, ziet niet in dat moeder dementerend is.

Oudste zoon heeft wel inzicht in de situatie, angst voor reactie zoon

Huisarts denkt dat bewindvoering moet opgestart worden in belang van mevrouw.

Volgens de wet op patientenrechten kan de oudste zoon hier beslissingen nemen, voor wat betreft de verzorging van zijn moeder. De omstandigheden maken het hem echter onmogelijk.

Wie kan dan wel beslissen ?

De jongste zoon

De huisarts (in het belang van de patient)

De vrederechter ?

Inleiding wet op de patientenrechten – casus 3

Kroostrijk gezin (7+)

Jongste zoon XY : beginnende cognitieve problemen met nood aan structuur, onvoldoende voedingsinname, hygienische zorgen (prostaatprobleem) – niet gehuwd, geen kinderen

Oudere broer en zus hebben zorgvolmacht over hem (goederen en personen)

Meneer XY wil zelfstandig wonen, doch dit lukt moeilijk gezien hij hulp weigerde tot nu toe.

Broer wil hem in serviceflat in zijn geboortestad laten opnemen, met meer hulp. Dochter heeft emotioneel moeilijk mee dat dit tegen de zin van meneer XY is.

Meneer XY is niet dement, maar heeft toch hulp nodig.

Kan zorgvolmacht hier worden ingeroepen om toch meneer te dwingen naar serviceflat te gaan ?

21 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

21

Inleiding wet op de patientenrechten – vragen

Toepassen van de wet uit 2002: uitdaging voor geriater én huisarts

Nieuwe elementen :

- nieuw samengestelde gezinnen,
- de multiculturele samenleving,
- de zorgvolmachten
- toename van aantal mensen dat lijdt aan dementie (ook jong-)

We verwelkomen Prof Herman Nys, emeritus gewoon hoogleraar Medisch Recht aan Kuleuven, voormalig directeur van het centrum voor Biomedische Ethiek en Recht en lid van de European Group on Ethics bij de Europese commissie en voorzitter VITAZ

22 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

22



Het wettelijk kader van de wilsverklaring en zorgplanning

Herman Nys



23

Plan uiteenzetting

- Het begrippenkader
- Juridische relatie tussen wilsverklaringen en advance care planning (voorafgaande, vroegtijdige...zorgplanning)
- De juridische duiding in het algemeen
- Het Belgisch recht
- (Tussentijdse) Besluiten

24

Het begrippenkader

- Complexe aangelegenheid. Veel verwarring
- Uniforme terminologie nodig : wilsverklaring
- Wilsbeschikking synoniem van wilsverklaring maar wordt voornamelijk voor testament (“laatste wilsbeschikking”) gebruikt.
- Levenstestament (“living will”). Niet bruikbaar. Testament regelt bestemming goederen NA het overlijden. ‘Levenstestament’ regelt bestemming persoon VOOR het overlijden. Het heeft geen zin om in eenzelfde wilsverklaring het lot van de goederen en dat van ‘lijf en leden’ te regelen.

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

25

Wilsverklaring

- Wetsontwerp minister Vandenbroucke tot wijziging van de wet rechten patiënt definieert ‘voorafgaande wilsverklaring’:
‘ het schriftelijk of elektronisch vastleggen van de wil van de patiënt voor het geval de patiënt niet meer zelf kan beslissen’

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

26

Vroegtijdige zorgplanning

- Wetsontwerp minister Vandenbroucke tot wijziging van de wet rechten patient definieert vroegtijdige zorgplanning:

‘ het continu denk- en communicatieproces tussen de patiënt, de gezondheidszorgbeoefenaar(s) en op verzoek van de patiënt de naasten met als doel de waarden, levensdoelen en voorkeuren van actuele en toekomstige zorg te bespreken’

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

27

Relatie met voorafgaande/vroegtijdige zorgplanning

- Wilsverklaringen zijn geen doel op zich maar een instrument voor advance care planning
- Zij zijn niet het enige instrument: niet-behandelbeslissingen ('dnr-code') en neerschrijven van levensgeschiedenis, normen, waarden
- Niet-behandelbeslissing betreft het vermijden van zinloos handelen en therapeutische hardnekkigheid; (negatieve) wilsverklaring betreft medisch zinvol maar door de patiënt ongewenst handelen.

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

28

Wilsverklaring met een onmiddellijk gevolg of actuele wilsverklaring

- Een arts doet een voorstel voor een tussenkomst aan een patiënt die wilsbekwaam is.
- De patiënt geeft daarop zijn toestemming of weigert. Dat is een wilsverklaring met een onmiddellijk gevolg of een actuele wilsverklaring,

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

29

Wilsverklaring met een uitgesteld gevolg of voorafgaande wilsverklaring

- Een bekwaam persoon stelt een wilsverklaring op waarin hij een medische tussenkomst vraagt of weigert voor het geval hij onbekwaam is geworden en dus niet meer in staat is zijn wil te uiten.
- Deze wilsverklaring heeft pas gevolgen wanneer de betrokken persoon daadwerkelijk onbekwaam is geworden

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

30

Juridisch?

- Verschillen wilsverklaringen met een onmiddellijk en een uitgesteld gevolg juridisch van elkaar?
- Alvorens deze vraag te beantwoorden moet nog een ander onderscheid worden gemaakt tussen:
 - positieve wilsverklaringen
 - negatieve wilsverklaringen

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

31

Positieve wilsverklaring

- Een positieve wilsverklaring is een wilsverklaring waarin een persoon toestemt in een medische tussenkomst of een verzoek doet tot een medische tussenkomst.
- Dit kan zowel met onmiddellijk als met uitgesteld gevolg gebeuren.
- De belangrijkste positieve wilsverklaring aan het einde van het leven is deze die betrekking heeft op euthanasie: artikel 3 wet op de euthanasie regelt het actuele verzoek; artikel 4 de (voorafgaande) wilsverklaring

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

32

Zijn deze positieve wilsverklaringen bindend?

- Artikel 14 van de euthanasiewet:
' Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.
Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen'.

Met andere woorden: er is een recht om euthanasie te verzoeken, geen recht op euthanasie

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

33

Voorafgaand verzoek om euthanasie

- Zeer beperkt toepassingsgebied: onomkeerbaar buiten bewustzijn
- Was aanvankelijk geldig voor een periode van maximum 5 jaar
- Thans geldig voor onbepaalde duur; kan steeds worden ingetrokken, zolang men bekwaam is
- Registratie is mogelijk, niet verplicht

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

34

Positieve wilsverklaringen

- De wet rechten patiënt regelt enkel de positieve wilsverklaring met onmiddellijk gevolg: de toestemming.
- Die is niet bindend
- De positieve wilsverklaring met uitgesteld gevolg wordt nu niet in deze wet geregeld, omdat ze niet bindend is
- In het wetsontwerp van minister Vandenbroucke wordt zij wel geregeld; er moet mee 'rekening worden gehouden'. Dus niet bindend

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

35

Negatieve wilsverklaring

- Een negatieve wilsverklaring is een wilsverklaring waarin een persoon weigert toe te stemmen in een medische tussenkomst
- Dit kan zowel gebeuren met een onmiddellijk als een uitgesteld gevolg
- Beide wilsverklaringen zijn geregeld in artikel 8 §4 van de wet rechten patiënt

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

36

De weigering met onmiddellijk gevolg

- Deze is steeds bindend. Art.8 §4 patiëntenrechtenwet : een wilsbekwame patiënt heeft steeds het recht om zijn toestemming voor een medische tussenkomst te weigeren of in te trekken. Zonder toestemming van de patiënt heeft een arts geen behandelrecht.
- Indien de arts meent dat de patiënt niet bekwaam is om een behandeling met kennis van zaken te weigeren, moet hij toestemming vragen aan de **vertegenwoordiger** van deze patiënt (zie verder), behalve in een spoedgeval (art.8 §5),

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

37

De weigering met uitgesteld gevolg

- Art.8 §4, vierde lid patiëntenrechtenwet: de schriftelijke weigering van een “welomschreven” tussenkomst - ook als zij levensreddend kan zijn- moet worden **geëerbiedigd** zolang de patiënt ze niet herroept terwijl hij nog wilsbekwaam is
- Verwar niet “rekening houden met” (niet bindend) en “ eerbiedigen” (respecteren; naleven = bindend).

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

38

Tussentijds besluit

- Positieve (met onmiddellijk en met uitgesteld gevolg) wilsverklaringen en negatieve (met onmiddellijk en met uitgesteld gevolg) verschillen grondig van elkaar wat hun bindend karakter betreft.
- De wet maakt geen onderscheid tussen de weigering met onmiddellijk gevolg en met uitgesteld gevolg van een welomschreven tussenkomst: allebei moeten ze worden geëerbiedigd.

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

39

weigering met onmiddellijk gevolg = weigering met uitgesteld gevolg

- Contra : hoe kunnen we weten dat de weigering met uitgesteld gevolg van een behandeling nog beantwoordt aan wat de patiënt zou willen mocht hij nog wilsbekwaam zijn? Hij kan er niet op terugkomen
- Antwoord (van jurist) : precies omdat we de huidige wil niet kunnen kennen, moeten we de laatst bekende wil uitgedrukt in een wilsverklaring respecteren. Juridisch perfect mogelijk : huidige wilsonbekwaamheid en de onmogelijkheid terug te komen op een vroeger genomen beslissing maakt deze beslissing (bv. testament; weigering afstaan van orgaan ed) niet ongeldig

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

40

Praktische verschillen tussen een weigering met onmiddellijk en uitgesteld gevolg

- Weigering met onmiddellijk gevolg is meestal duidelijk. Zoniet kan de patiënt ze nog verduidelijken
- Eenmaal wilsonbekwaam kan de patiënt zijn weigering niet meer verduidelijken. Daarom eist de wet dat ze betrekking moet hebben op een “welomschreven” tussenkomst. Maar ook dat laat ruimte voor discussie : antibiotica is “welomschreven” maar de omstandigheden waarin antibiotica wordt geweigerd moeten ook welomschreven zijn. Maar dat vereist de wet niet.

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

41

Andere leemten in de patiëntenrechtenwet

- Geldigheidsduur van de weigering van een welomschreven tussenkomst is niet bepaald. Dit betekent : voor onbepaalde duur geldig. Na verloop van tijd kan dit moeilijkheden veroorzaken voor interpretatie en toepassing
- Geen registratiesysteem geregeld. Opsteller van een wilsverklaring moet zelf maatregelen nemen opdat artsen tijdig ervan op de hoogte zijn. Artsen hebben geen zoekplicht! Zeker niet bij spoed : dan primeert de hulpverleningsplicht op een niet gekende weigering

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

42

Nog leemten in de patiëntenrechtenwet

- Wet stelt geen formele voorwaarden (behalve dat het om een schriftelijke verklaring moet gaan) : datum, handtekening, getuigen. Daardoor kunnen er twijfels rijzen of de verklaring wel afkomstig is van de betrokkene. Bij twijfel zal een arts handelen in het belang van de patiënt en dus een wilsverklaring tot weigering eventueel niet eerbiedigen.

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

43

Situaties waarin een voorafgaande negatieve wilsverklaring kan worden opgesteld

- Het weigeren van een behandeling ingeval van een tijdelijke wilsonkwaamheid
Voorbeeld: weigering van een bloedtransfusie tijdens een ingreep onder volledige verdoving
- Het weigeren van een behandeling door een patiënt die lijdt aan een degeneratieve fysieke aandoening (bijv. 'locked in' syndroom) en die niet meer kan communiceren, maar nog geestelijk bekwaam is

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

44

Situaties waarin een voorafgaande wilsverklaring kan worden opgesteld

- De weigering van behandeling wanneer men zich bevindt in een persistent vegetatieve toestand
- De weigering van levensverlengende en levensondersteunende behandelingen door een terminaal zieke kankerpatiënt
- De weigering van behandeling door een patiënt bij wie de diagnose van dementie is gesteld en die vreest voor een volledig verlies van bekwaamheid en waardigheid

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

45

Situaties waarin een voorafgaande wilsverklaring kan worden opgesteld

De ethische en de juridische problemen zijn het grootst in het laatste geval:

- Kan een persoon bij wie de diagnose van dementie werd gesteld een geldige wilsverklaring opstellen? Hoewel geen juridische verplichting, wordt aanbevolen de wilsbekwaamheid van de patiënt bij de opstelling van de wilsverklaring te onderzoeken en te documenteren
- Eenmaal de patiënt wilsonbekwaam is geworden moet aan de wilsverklaring uitvoering worden gegeven. Wat als uit het gedrag van de patiënt blijkt dat hij gelukkig is met de situatie waarin hij nu leeft? Wat als uit zijn gedrag blijkt dat hij zich verzet tegen de uitvoering van de wilsverklaring?

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

46

De vertegenwoordiger van de onbekwame patiënt

- Een wilsverklaring met uitgesteld gevolg kan niet alleen betrekking hebben op (weigering of toestemming) van een medische tussenkomst
- In een dergelijke wilsverklaring kan iemand ook zijn vertegenwoordiger aanduiden die in zijn plaats toestemming zal geven of weigeren wanneer hij wilsonbekwaam is geworden
- Beide elementen kunnen in één en dezelfde wilsverklaring worden geregeld. Dat heeft ook praktische voordelen

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

47

De vertegenwoordiger van de onbekwame patiënt

- Het aanwijzen van een vertegenwoordiger wordt geregeld in art. 14 §1, tweede lid patiëntenrechtenwet :
“ de aanwijzing van de ‘**door de patiënt benoemde vertegenwoordiger**’ geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt”

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

48

De vertegenwoordiger van de onbekwame patiënt

- Heeft de onbekwame patiënt geen vertegenwoordiger aangewezen – hetgeen meestal het geval is; geen wettelijke plicht – en er is geen bewindvoerder aangesteld door de rechter - dan wordt automatisch – zonder dat er een aanwijzing moet gebeuren – een van de volgende familieleden vertegenwoordiger (in dalende volgorde) :
 - de samenwonende partner van de patiënt
 - -een meerderjarig kind/
 - een ouder
 - een meerderjarige broer of zus.
- Ingeval van conflict of bij ontbreken/niet optreden van een vertegenwoordiger handelt de arts in het belang van de patiënt

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

49

Intermezzo

- Zeg niet “vertegenwoordiger” tegen de “vertrouwenspersoon” en omgekeerd
- Vertrouwenspersoon staat een patiënt bij maar heeft geen enkele juridische bevoegdheid om de rechten van die patiënt uit te oefenen. Een patiënt kan meer dan één vertrouwenspersoon hebben
- Een vertegenwoordiger treedt maar op ingeval van wilsonbekwaamheid. Een wilsbekwame patiënt moet zelf zijn rechten uitoefenen en kan dat niet laten doen door een vertegenwoordiger.
- Vertrouwenspersoon = informeel; vertegenwoordiger = formeel. Het wetsontwerp van minister Vandenbroucke bevat wel meer regels mbt de vertrouwenspersoon

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

50

De vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt

- Mag de vertegenwoordiger een behandeling die in het belang is van de patiënt weigeren?
- Regel : neen. De vertegenwoordiger heeft zijn bevoegdheden om te handelen in het belang van de patiënt.
- Één uitzondering : een door de patiënt benoemde vertegenwoordiger mag een behandeling weigeren op voorwaarde dat hij zich kan beroepen op de uitdrukkelijke wil (lees : weigering met uitgesteld gevolg) van de patiënt.

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

51

De vertegenwoordiger van de onbekwame patiënt

- Met andere woorden: een niet door de patiënt benoemde vertegenwoordiger kan géén behandeling weigeren, zelfs als hij zich kan beroepen op de voorafgaande wilsverklaring van de patiënt.....
- Wie een weigering met uitgesteld gevolg opstelt moet daarin ook een vertegenwoordiger aanwijzen om er zeker van te zijn dat de weigering zal worden geëerbiedigd

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

52

Meer informatie

- Model wilsverklaring : zie website van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

13de symposium geriatrie 3 10 2023

KU LEUVEN

53



Vroegtijdige zorgplanning in de praktijk
Dr Hilde Baeyens, geriater
4 oktober 2023

54 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

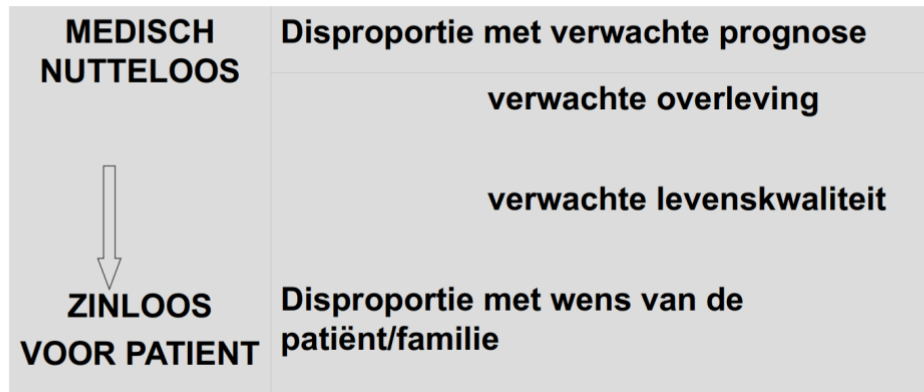
az **al**ma

54



VZP: Waarom?

Vermijden van disproportionele zorg



Prof. Dr. Nele Van Den Noortgate

55

VZP : waarom ?

Age and Ageing 2016; **45**: iii–ii12
doi: 10.1093/ageing/afw159.25

© The Author 2016
Society. All r

Oral presentations

134 A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECTS OF ADVANCE CARE PLANNING ON NURSING HOME RESIDENTS

Ruth Martin^{1,2}, Barbara Hayes¹, Kate Gregorevic^{1,2}, Wen Kwang Lim^{1,2}

¹Northern Health, Melbourne, Victoria, Australia

²University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia

Voordelen van VZP :

- verminderen van aantal hospitalisaties 9–43% zonder toegenomen mortaliteit.
- meer bewoners stierven in WZC : 29–40%
- betere overeenstemming van medische therapie versus wens van de patient
- lagere gezondheidskost
- meer palliatieve zorgen in WZC

56

VZP az alma – samenwerkende WZC (dec 2018)

ACP/ DNR communicatie vanuit WZC

Steekproef 2016 dec

- » 35 dossiers van voorbije maand sept/okt

Steekproef 2018 dec

- » Zaterdag 8 december 2018
- » 87 patiënten (90 plaatsen) waarvan 20 verblijvend in WZC.
- » 20 dossiers

az alma

57 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

57

Evolutie van VZP aanwezig bij ZHopname van WZC bewoners

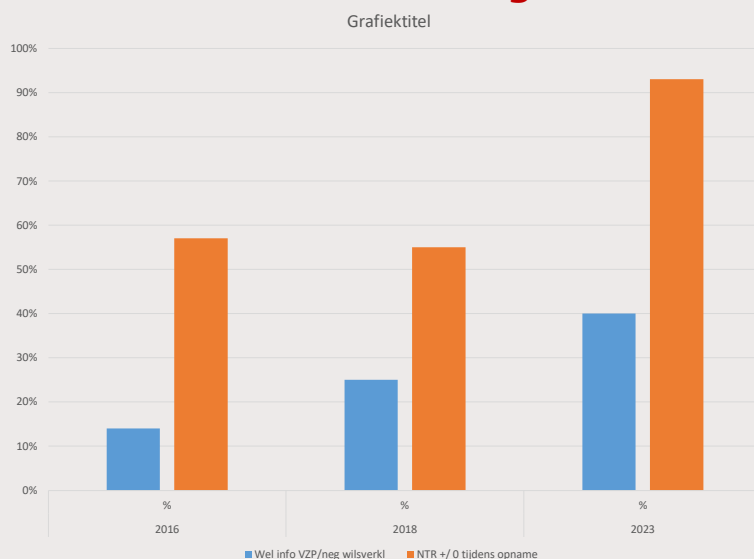
	2016 aantal	2016 %	2018 Aantal	2018 %	2023 Aantal	2023 %
Aantal G pt	100		100		73	
WZC bewoners	35 (sept/okt)	35 %	20 (ppm)	20 %	15 (ppm)	20 %
Geen info over VZP	20	57 %	3	15%	9	60 %
Wel info VZP/neg wilsverkl	5	14 %	5	25%	6	40 %
NTR +/- 0 tijdens opname	20	57%	11	55 %	14	93 %

58 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

58

Evolutie van VZP aanwezig bij ZHopname az alma geriatrie van WZC bewoners tav NTR codering in ZHS



59 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

59

Zorgplanning: barrières bij artsen

- **Is ook maar een mens...**
 - Eigen emoties, angsten
 - Onwennigheid om over dood gaan en aftakeling te spreken
- **Onzekerheid over prognose**
 - Juiste moment?
 - Hoop niet wegnemen
 - Therapie beperkende beslissingen zijn bijna nooit zwart-wit keuzes

prof. Dr. Nele Van Den Noortgate

60

Zorgplanning : prognose inschatting bij ouderen

- Bij jong volwassenen : on line calculators
- Bij ouderen : zijn er heleboel andere factoren die dit beïnvloeden
 - Ondervoeding en Sarcopenie
 - Nierlijden
 - 'levenswil'
 - sociaal netwerk

=> Subjectief klinisch gevoel :

-Surprise question : zou het je verwonderen dat deze patient binnen het jaar komt te overlijden ?

-Wanneer is echter het moment om een behandeling NIET te doen, omdat ze niet meer gepast is?

-wat is de prognose bij déze unieke patient ?

61 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

61

Rockwood clinical frailty scale en in hospitaal mortaliteit

Research

Recherche

A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people

Kenneth Rockwood, Xiaowei Song, Chris MacKnight, Howard Bergman, David B. Hogan, Ian McDowell, Arnold Mitnitski

CMAJ • AUG. 30, 2005; 173 (5)

489




© 2005 CMA Media Inc. or its licensors

62 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az 

62

Kwetsbaarheidschaal van Rockwood *Clinical frailty scale*

 <p>Zeer fit (1): zeer actief, veel kracht en gemotiveerd. Doet heel regelmatig aan sport en behoort tot de meest fitte van zijn leeftijdsgroep.</p>	 <p>Matig kwetsbaar (6): Heeft hulp nodig voor alle activiteiten buitenshuis en bij het huishouden (afhankelijk voor IADL). Binnenshuis hebben ze vaak problemen met trappen lopen. Ze hebben hulp nodig bij douchen of baden, en minimale hulp bij aankleden (deels afhankelijk voor ADL).</p>
 <p>Fit (2): heeft geen actieve ziekte maar is minder fit dan categorie 1. Doet vaak aan lichaamsbeweging, vaak meer actief in bepaalde seizoenen (vb zomer).</p>	 <p>Ernstig kwetsbaar (7): volledig afhankelijk voor persoonlijke verzorging, ongeacht de reden (cognitief/fysiek). Ze lijken geen verhoogd risico te hebben op overlijden binnen 6 maand.</p>
 <p>Zelfredzaam (3): heeft medische problemen, maar die zijn goed onder controle. Doet niet regelmatig aan lichaamsbeweging, behalve regelmatig wandelen.</p>	 <p>Zeer ernstig kwetsbaar (8): volledig afhankelijk, naderend levenseinde. Deze persoon herstelt vaak niet van een banale ziekte zoals verkoudheid of milde ziekte.</p>
 <p>Risico op kwetsbaarheid (4): Zijn niet afhankelijk van andere voor dagelijkse activiteiten, maar ervaren klachten die deze activiteiten beperken. Vaak geven ze aan 'moe' of 'traag' te zijn gedurende de dag.</p>	<p>Terminaal (9): Naderend levenseinde, zonder dat er sprake is van duidelijk kwetsbaar zijn.</p>

Bij personen die lijden aan dementie komt de ernst van dementie overeen met de graad van frailty:

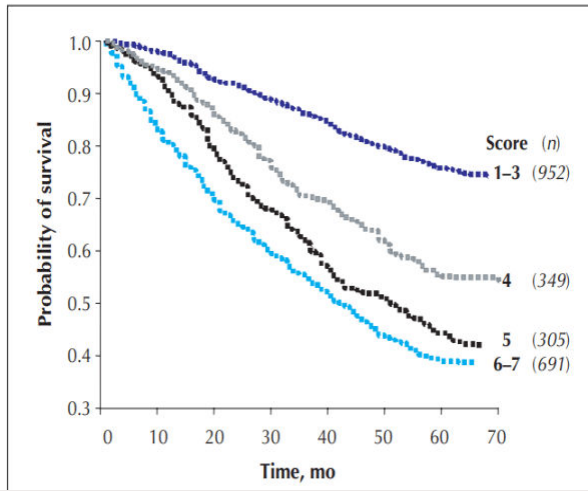
- Lichte dementie (5):** milde geheugenproblemen: vergeten van recente gebeurtenissen, sociaal isolement, herhalen van een verhaal.
- Bij matige dementie (6)** zijn elementen uit de eigen levensloop gekend. Zelfzorg is mogelijk door het aanbieden van verbale ondersteuning.
- Bij ernstige dementie (7)** is zelfzorg niet meer mogelijk.

Rockwood et al: CMAJ 2005;173: 498-495
 Versie az alma 20191113, geldig tot 20221101
 Van Den Boogaart M, *Journ of anesthesia & critical care* 2017. Validated dutch translation of CFS for ICU patients.

63 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

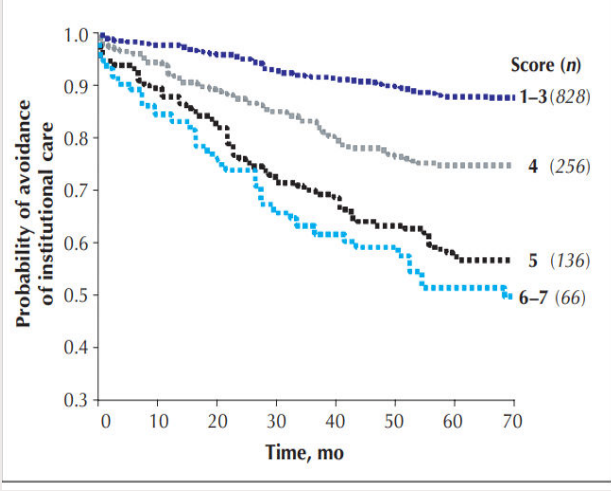
63

Rockwood clinical frailty scale (CFS) en mortaliteit



Score (n)

- 1-3 (952)
- 4 (349)
- 5 (305)
- 6-7 (691)



Score (n)

- 1-3 (828)
- 4 (256)
- 5 (136)
- 6-7 (66)

Kaplan-Meier grafiek, adjusted voor leeftijd en geslacht, afhankelijk van de CFS 1/ mortaliteit, 2/ kans op opname in WZC

64 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

64

Definiëren van Gepaste zorg, inschatten van prognose : 3 pijlers

1. Bepaal samen de kwetsbaarheidschaal CFS van Rockwood
 - » Vermijdt onrealistische verwachtingen van familie
 - » Pas aan als de toestand van de patient veranderd
2. Luister naar de wens van de patient/omgeving = Wat is het doel van medische handelen bij deze patient, rekening houdend met de CFS
 - » A. Volledig genezing
 - » B. Behoud van functionaliteit
 - » C. Behoud van comfort
3. Ernst van de acute aandoening en mogelijkheden
 - » Hoog risico aandoeningen : covid eerste golf, aneurysma, cerebrale bloeding, hartstilstand, leukemie, acute reanimatie.
 - » Matig risico aandoeningen : pneumonie, maagbloeding, heupfractuur
 - » Laag risico aandoeningen : acute cholecystitis, acute cystitis

65 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

65

Zorgplanning : prognose inschatting REAPPROPRIATE

Resuscitation 132 (2018) 112–119



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



Clinical paper

Perception of inappropriate cardiopulmonary resuscitation by clinicians working in emergency departments and ambulance services: The REAPPROPRIATE international, multi-centre, cross sectional survey[☆]



Patrick Druwé^{a,*}, Koenraad G. Monsieurs^b, Ruth Piers^c, James Gagg^d, Shinji Nakahara^e, Evan Avraham Alpert^f, Hans van Schuppen^g, Gábor Élő^h, Anatolij Truhlár^d, Sofie A. Huybrechts^b, Nicolas Mpotos^j, Luc-Marie Joly^k, Theodoros Xanthos^l, Markus Roessler^m, Peter Paalⁿ, Michael N. Cocchi^o, Conrad Bjørshol^p, Monika Paulíková^q, Jouni Nurmi^r, Pascual Piñera Salmeron^s, Radoslaw Owczuk^t, Hildigunnur Svavarsdóttir^u, Conor Deasy^v, Diana Cimpoesu^w, Marios Ioannides^x, Pablo Aguilera Fuenzalida^y, Lisa Kurland^z, Violetta Raffay^A, Gal Pachys^f, Bram Gadeyne^a, Johan Steen^a, Stijn Vansteelandt^{B,C}, Peter De Paepe^D, Dominique D. Benoit^a

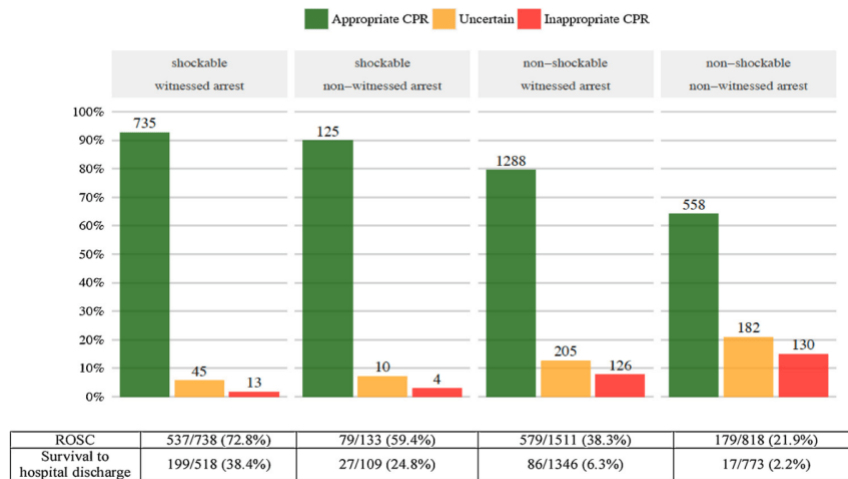
66 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

66

Zorgplanning : prognose inschatting REAPPROPRIATE

P. Druwé et al.



288 centra
24 landen (EU)
4018 artsen

ROSC = return of spontaneous circulation

67 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

67

THOM vroegtijdige zorgplanning in WZC

1. Zit samen met patient en familie om de Clinical Frailty Scale te bepalen *
 - a) => herevalueer zo nodig (in goede of slechte zin)
 - b) => voorkomt onrealistische verwachtingen van familie en
2. Bespreek de wensen van de patient, het doel van medisch handelen : volledige genezing, behoud of puur palliatief. VZP*
3. Bespreek de wens of al dan niet reanimeren, rekening houdende met de EBM gegevens.

Indien er geen familie of mantelzorgers voorhanden zijn, kan dit gebeuren in het multidisciplinair team, olv huisarts.

Bij het optreden van een acute aandoening kan dan in overleg met specialist, arts, patient en/of mantelzorg, de gepaste zorg worden bepaald.

68 | <<voornaam>> <<naam>>, <<datum>>

az alma

68



Zorgvolmacht en bewindvoering

Dr. Van de Vyver Celine
Dr. Derez Leen

AZ Alma
Ringlaan 15
9900 Eeklo

vzw AZ Alma, maatschappelijke zetel Ringlaan 15 9900 Eeklo | Ond.nr. 0463.862.908.



az **alma**
zorg met een hart

69

Casus

1. 88-jarige dame wordt opgenomen met acute cordecompensatie
2. Cognitief: frontotemporale dementie, MMSE 18/30
3. Geen ziekte-inzicht, onveilige situatie thuis, arts schat in dat patiënte niet wilsbekwaam is
4. Sociaal:
 - a) alleenwonend
 - b) weduwe
 - c) 1 dochter waarmee al jaren geen contact
 - d) zus die niet betrokken is door eigen gezondheidsproblemen
 - e) buurvrouw met eveneens beperkt inzicht
5. Start bewindvoering voor goederen en persoon.
6. Ondertussen geplaatst in een WZC

70

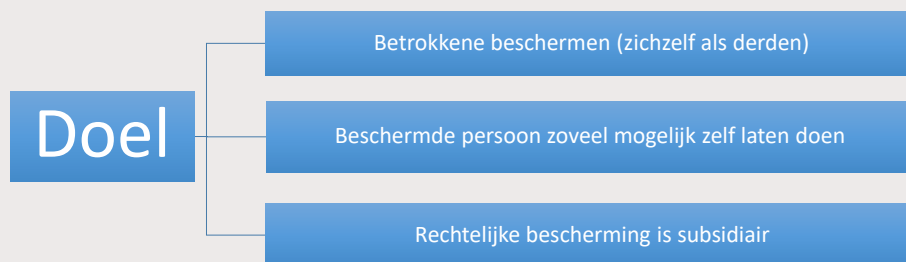
Bescherming van meerderjarigen

- 1) Wat is het?
- 2) Voor wie?
- 3) Soorten beschermingsmaatregelen
 - a) Zorgvolmacht, buitengerechtigde bescherming
 - b) Bewindvoering, gerechtelijke bescherming
- 4) Wat kan ik vooraf zelf regelen?
- 5) Brochure: Hoe jezelf en je vermogen beschermen?



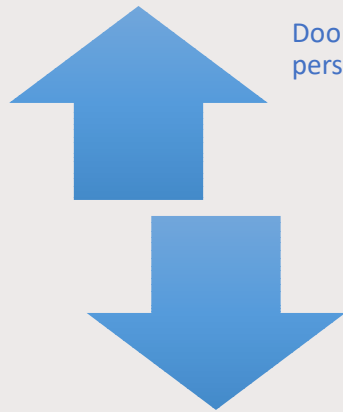
1) Wat is het?

1. De beschermingsregeling voorziet in maatregelen voor mensen die niet meer alles alleen kunnen doen.
2. In werking getreden op 1 september 2014.



2) Voor wie?

Meerderjarigen, 2 categorieën



Door gezondheidstoestand niet in staat om persoonlijke rechten en goederen te beheren

- geheel of gedeeltelijk
- tijdelijk of definitief

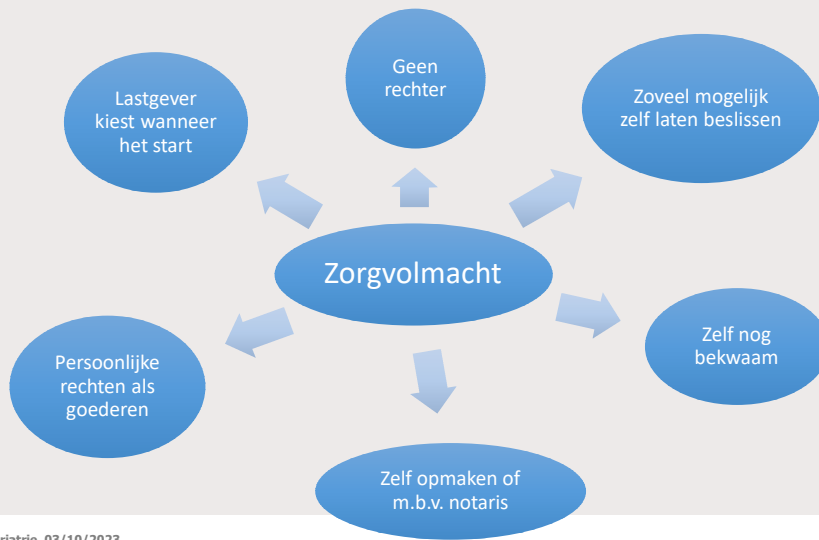
Spilzieke personen

- los van gezondheidstoestand
- stelsel van bijstand
- bescherming van goederen

3) Soorten beschermingsmaatregelen

1. Zorgvolmacht = buitengerechtelijke bescherming
2. Bewindvoering = gerechtelijke bescherming

3A) Zorgvolmacht; buitengerechtelijke bescherming



75 | 13^{de} symposium Geriatrie, 03/10/2023

az **alma**

75

3B) Gerechtelijke bescherming



76 | 13^{de} symposium Geriatrie, 03/10/2023

az **alma**

76

Aanvraag gerechtelijke beschermingsmaatregel

1. Wie?

- a) De te beschermen persoon zelf
- b) Elke belanghebbende (familie, maatschappelijke werker, burens, verzorger,...)
- c) De procureur des Konings of de vrederechter

2. Procedure?

- a) Verzoekschrift ter griffie van het bevoegde vredegerecht
- b) Vrederechter van het arrondissement van de verblijfplaats van de te beschermen of reeds beschermde persoon

3. Welke documenten?

- a) Medisch attest bij invloed op de autonomie van de persoon (niet bij spijzieke persoon)

Omstandige geneeskundige verklaring

1. Verplicht modelformulier
2. Maximaal 15 dagen oud
3. Erkend arts of psychiater
 - a) Geen (schoon)familie van persoon of verzoeker
 - b) Niet verbonden aan instelling waar persoon verblijft
4. Onderzoek niet noodzakelijk, gezondheidstoestand wel gekend
5. Al of niet na geïnformeerde toestemming van de persoon of vertegenwoordiger

Omstandige geneeskundige verklaring te voegen bij een verzoek
(artikel 1241 van het Gerechtelijk Wetboek)

Deze omstandige geneeskundige verklaring wordt ingevuld op basis van actuele medische gegevens zoals het patiëntendossier bedoeld in artikel 9 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt of een recent onderzoek van de persoon.

Met het oog op de **rechterlijke bescherming van een persoon**

- met betrekking tot zijn persoon (artikel 492/1 § van het Burgerlijk Wetboek)¹
- met betrekking tot zijn goederen (artikel 492/1 §2 van het Burgerlijk Wetboek)¹
- met betrekking tot zijn persoon en tot zijn goederen¹

Opmerking: alle vermeldingen op dit formulier moeten ingevuld zijn

Naam Voornaam

Arts (RIZIV nummer:)

Straat Nr.

Postnr. Stad

Handelend op verzoek van:

Dhr./Mevr.:

Naam Voornaam

Wonende te:

Straat Nr.

Postcode Stad

Ik verklaar ten einde de omstandige geneeskundige verklaring op te stellen te hebben onderzocht op/...../20.....

Ik verklaar de omstandige geneeskundige verklaring op te stellen op basis van actuele gegevens uit het patiëntendossier dat ik heb geconsulteerd op/...../20..... na hier toe de geïnformeerde toestemming te hebben verkregen van Dhr./Mevr. of desgevallend de verlegenwoordiger

Ik verklaar de omstandige geneeskundige verklaring op te stellen op basis van actuele gegevens uit het patiëntendossier dat ik heb geconsulteerd op/...../20..... zonder hiertoe de geïnformeerde toestemming te hebben verkregen

Dhr./Mevr.:

Naam Voornaam

Geboortedatum:

Wonende te:

Straat Nr.

Postcode Stad

en te hebben vastgesteld dat zijn gezondheidstoestand kan omschreven worden als volgt:
(omstandige beschrijving van de gezondheidstoestand en van de weerslag ervan op het behoorlijk waarmaken van zijn belangen van vermogensrechtelijke of andere aard)

.....

.....

(vervolledig deze beschrijving, indien nodig, op een bijgevoegd blad en voeg alle nuttige documenten voor de rechter toe)

- Volgens mijn vaststellingen moet die gezondheidstoestand beschouwd worden als voorkomend op de lijst met die gezondheidstoelstanden die geacht worden op ernstige en aanhoudende wijze het vermogen van de te beschermen persoon om zijn belangen van vermogensrechtelijke aard behoorlijk waar te nemen, zelfs met behulp van bijstand, aan te testen, opgesteld overeenkomstig artikel 492/6, eerste lid van het Burgerlijk Wetboek.

Opmerkingen in dat verband:

.....

.....

- Volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health, die op 22 mei 2001 door de vierenvijftigste Wereldgezondheidsvergadering (WHA) werd aangenomen, kan die gezondheidstoestand onderstaande gevolgen hebben:

.....

.....

- Deze gezondheidstoestand brengt normaal de zorgverlening mee die kan omschreven worden als volgt:

.....

.....

- Naar mijn mening kan die persoon zich wel/niet² verplaatsen:
- Een verplaatsing is, gelet op zijn toestand, aangewezen/niet aangewezen².
- Deze persoon is/is niet² bij machte kennis te nemen van de rekschap van het beheer van zijn goederen, zo een bewindvoerder voor hem is aangesteld.

Ik verklaar geen bloed- of aanverwant te zijn van de te beschermen persoon of van de verzoeker, noch op enigerlei wijze verbonden te zijn aan de instelling waar de te beschermen persoon zich bevindt.

....., op/...../..... Handtekening en stempel van de arts,

.....

¹ Doorhalen wat niet past
² Schrapen wat niet past

79

4) Wat kan ik vooraf zelf regelen?

Zolang u bekwaam bent, kan u:

- **Zorgvolmacht** opmaken voor het beheer van
 - uw persoonlijke rechten of
 - uw goederen
- **Verklaring** afleggen over:
 - keuze van bewindvoerder en/of vertrouwenspersoon
 - beginselen vastleggen van bewind bij notaris/vrederechter.
- **Uitoefening van uw patiëntenrechten** regelen.



80

5) Brochure: Hoe jezelf en je vermogen beschermen?

1. Voor mensen die zich willen laten bijstaan bij het beheer van hun vermogen of hun persoon

1. Uitleg over

- a) nieuwe stelsel (buiten)gerechtelijke bescherming
- b) hoe de procedures verlopen
- c) Betekenis regelingen in de praktijk



81 | 13^{de} symposium Geriatrie, 03/10/2023

az **alma**

81



Gedwongen opname: juridische, praktische en ethische aspecten

Dr. G. Degraeve
Dr. K. Van Hecke

Qualicor EUROPE
Geaccrediteerd van
01/02/2020 tot 01/09/2024

AZ Alma
Ringlaan 15
9900 Eeklo

vzw AZ Alma, maatschappelijke zetel Ringlaan 15 9900 Eeklo | Ond.nr. 0463.862.908.



az **alma**
zorg met een **hart**

82

Casus

10/2022 interne liaison geriatrie

1. Man, 83 jaar
2. Opname urologie wegens hematurie



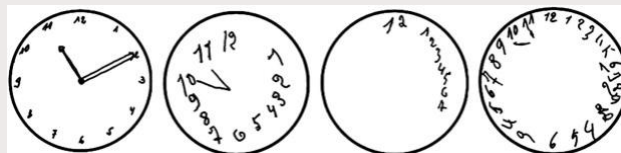
Voorgeschiedenis

1. 2012 alcoholische levercirrose
2. 2015 val met hoofdwonde
3. 2019 cognitieve testen: milde tekorten
 - a) Beperkt leervermogen
 - b) Focale tekorten in geheugen
 - c) FAB 15/18
4. 2021 2x val op straat



Anamnese

1. Ziet geen problemen
2. Actief ethyl
3. Goed geörienteerd
4. MiniCog 3/3



85 | 13^{de} symposium Geriatrie, 03/10/2023

az **alma**

85

Geriatrisch Dagziekenhuis

1. Nazicht uroloog
2. Nazicht levercirrose
3. Nazicht cognitie



86 | 13^{de} symposium Geriatrie, 03/10/2023

az **alma**

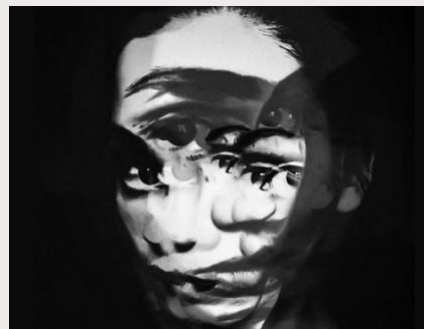
86

Hetero-anamnese

1. Erbarmelijke leefomstandigheden
 - a) Regent binnen
 - b) Muizen
 - c) Vuilnis
 - d) Plast in emmers
 - e) Gooit eten weg
2. Verbale agressie naar kinderen
3. Laat hulp niet toe

Neuropsychologisch onderzoek

1. MMSE 26/30
2. FAB 13/18
3. Cornell 7/38
 - a) Borderline lichte depressie
 - b) Suïcidedreiging
4. IQ-Code N 61/80
 - a) Cognitieve achteruitgang
 - b) Apparaten gevaarlijk
 - c) Waardebesef
5. Katz 11/24
6. IADL 32/36



Besluit

1. Verslavingsproblematiek
2. Cognitieve achteruitgang
3. Zelfverwaarlozing
4. Gevaarlijk
5. Weigert hulp

6. Omstandige geneeskundige verklaring
7. Gedwongen opname

Gedwongen opname

1. Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (26/9/1990)
(vervangt Krankzinnigenwet 18/6/1950)
1. 2 procedures
 - a) Gewone procedure (vrederechter)
 - b) Spoedprocedure (procureur)

Criteria

a) Geestesziekte

» Art 2. De beschermingsmaatregelen mogen bij gebreken aan enige andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van een geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. De ongepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als een geestesziekte beschouwd worden.

» Geestesziekte ≠ misdrijf

» Bepaalt door arts (niet psychiater, DSM V niet nodig)

b) Gevaar voor zichzelf en/of anderen

» Acut + ernstig ! (grijze zone)

c) Weigeren behandeling

» Art3, Degene die zich vrij laat opnemen in een psychiatrische dienst, kan deze te allen tijde verlaten.

d) (spoedeisend karakter)

Gewone procedure

1. Aanvraag + omstandig medisch verslag bezorgen bij vrederechter
2. Binnen 10 dagen zitting
3. (Geen) beslissing tot observatie gedurende 40 dagen
4. Psychiatrisch ziekenhuis: 15d voor aflopen verlenging vragen....

Spoedprocedure

1. Aanvraag + omstandig medisch verslag bij procureur
2. Transfer UZ Gent (specifieke procedure in Gent) voor herevaluatie
3. (Geen) beslissing tot opname
(toewijzing ziekenhuis via beurtroelsysteem)
1. Binnen 10 dagen komt vrederechter voor al dan niet bevestiging observatieperiode 40d
2.

Duur van de gedwongen opname

1. 40 dagen observatie => Verlenging tot verblijfsperiode van 1 maand tot 2 jaar
 - a) Nieuw medisch verslag, 15 dagen voor het einde
2. Het verblijfsperiode kan vroeger beëindigd worden dan voorzien door:
 - De Vrederechter (beroep)
 - Geneesheer diensthoofd (gemotiveerd verslag)
3. Gedwongen nazorg kan voorzien worden buiten de instelling, dit kan maximaal 2 jaar duren en ev verlengd worden.
 - a) Nazorgcontract: betrokkenheid huisarts !

Praktisch

1. 2 documenten
 - a) Aanvraag (geen vereisten)
 - b) Omstandig geneeskundig verslag
 - » Max 15 dagen oud
 - » Niet door geneesheer die bloed- of aanverwant is of enigerwijze verbonden is aan de instelling waar de betrokkene verblijft (uitz: spoedgevallendienst en huisarts)

Ethische implicaties: wetgeving

1. Gedwongen opname ≠ gedwongen behandeling ≠ gedwongen statuut!
2. Is er nood aan een GO-wetgeving ?
3. GO: opsluiting of behandeling ?
 - a) Statuut gedwongen nazorg en de rol van de huisarts hierin: verantwoordelijkheden en valkuilen
 - b) Risicotaxatie: de rol van de huisarts /psychiater/....
4. Moet de arts of justitie het eerste/laatste woord hebben bij start/verderzetten/einde GO?
 - a) wie bepaalt de inhoud van de nazorg ?
 - » Patiënt, familie, hulpverlener: weegt ieders mening even zwaar ?

Ethische implicatie: klinische praktijk

1. Korte- en langetermijneffecten van gedwongen maatregel
 - a) (positief en negatief - psychisch, sociaal (oa risico stigmatisering), zorggebruik op lange termijn, etc.)
2. Drempelverlagend effect van GO ?
3. Verantwoordelijkheden van de (huis)arts bij (geen) GO

Ethische implicaties: praktijk (2)

1. Impact op arts-patiënt relatie ?
2. Hoe omgaan met familie ?
3. Beroepsgeheim en GO
4. Media en GO
 - a) Verandert dit onze houding ?
5. GO en de Orde der Geneesheren
 - a) Beschikbaarheid richtlijnen
 - b) Beschikbaarheid voor advies

Ethische implicaties: wie ?

1. CAVE KWETSBARE DOELGROEPEN !
2. Ook voor minderjarigen ! (cfr specifieke procedure via jeugdrechter)
3. personen met een verstandelijke beperking..... ?
 - a) VAPH vs psychiatrie: wat is de meest aangepaste setting
» (pedagogisch versus therapeutisch)
4. Grijze zone (medisch versus juridisch)
 - a) Zijn gedragsproblemen altijd een geestesziekte (en vice versa)?
 - b) Verslaving: juridisch GEEN geestesziekte..... Quid ?
 - c) Antisociale persoonlijkheidsstoornis
 - d) Dementie (Cave !!!!)



**Slotwoord en afsluiting
Dr. Celine Van de Vyver**