

# Annexes

Projet institutionnel palliatif  
Institutioneel palliatief project

# Bijlagen



# Table des matières / Inhoud

<b>Annexe 1 - Bijlage 1</b>	<b>5 &gt; 9</b>
– Lois sur les soins palliatifs 14/06/2002	
– Wet op palliatieve Zorg van 14/06/2002	
<b>Annexe 2 - Bijlage 2</b>	<b>10 &gt; 11</b>
– Loi modifiant la définition des soins palliatifs : 21/07/2016	
– Wet tot wijziging van de definitie van palliatieve Zorg van 21/07/2016	
<b>Annexe 3 - Bijlage 3</b>	<b>12 &gt; 21</b>
– PICT (Palliative Care Indicator Tool)	
– PICT (Palliative Care Indicator Tool)	
<b>Annexe 4 - Bijlage 4</b>	<b>22 &gt; 23</b>
– Echelle PALLIA 10	
– PALLIA 10 schaal	
<b>Annexe 5 - Bijlage 5</b>	<b>24 &gt; 27</b>
– Ar 15/07/97 « normes d'encadrement des équipes mobiles palliatives »	
– KB 15/07/97 « omkaderingsnormen van mobiele teams voor palliatieve zorg”	
<b>Annexe 6 - Bijlage 6</b>	<b>28 &gt; 41</b>
– Normes d'encadrement des Index de lits S4	
– Omkaderingsnormen bedindex S4	
<b>Annexe 7 - Bijlage 7</b>	<b>42 &gt; 55</b>
– Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheutbos	
– Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos	
<b>Annexe 8 - Bijlage 8</b>	<b>56 &gt; 57</b>
– Définition des différents types de suivis en équipe mobile palliative	
– Definitie van de verschillende vormen van follow-up voor het MTPZ	
<b>Annexe 9 - Bijlage 9</b>	<b>58 &gt; 86</b>
– Les trois lois de 2002 - Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 - Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie – Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient.	
– De 3 wetten van 2002 – Cfr Bijlagee 1 voorde Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002 – Wet van 28/05/2002 over de rechten van de patient –	
Wet van 22/08/2002 over de rechten van de patient	

# Table des matières / Inhoud

<b>Annexe 10 - Bijlage 10</b>	<b>87 &gt; 109</b>
– Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie	
– Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie	
<b>Annexe 11 - Bijlage 11</b>	<b>110 &gt; 111</b>
– Document projet thérapeutique	
– Document Therapeutisch Project	
<b>Annexe 12 - Bijlage 12</b>	<b>112 &gt; 113</b>
– Document “Advance Care Planning”	
– Document “Advance Care Planning”	
<b>Annexe 13 - Bijlage 13</b>	<b>114 &gt; 150</b>
– Document PSPA (Projet de soins personnalisé anticipé)	
– Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)	
<b>Annexe 14-14bis-14ter-14 quater. - Bijlage 14-14bis-14ter-14 quater.</b>	<b>151 &gt; 198</b>
– Déclarations anticipées	
– Vroegtijdige verklaringen	
<b>Annexe 15 - Bijlage 15</b>	<b>199</b>
– Comité éthique SILVA medical, missions	
– Ethische Commissie SILVA medical : opdrachten	

## Annexe 1 – Bijlage 1

*Loi sur les Soins Palliatifs 14/06/2002 / Wet op Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

### 14 JUIN 2002. – Loi relative aux soins palliatifs (*M.B. du 26/10/2002, p. 49160*)

Documents du Sénat:  
2-246 - 1999/2000:  
N°1: Proposition de loi de Mmes Vanlerberghe, Nagy, De Roeck, Leduc et MM. Mahoux et Monfils.  
2-246 - 2000/2001:  
N° et 3: Amendements.  
N° 4: Avis du Conseil d'Etat.  
N° 5: Rapport.  
N° 6: Texte adopté par les commissions réunies.  
N° 7: Annexe.  
2-246 - 2001/2002:  
N° 8: Amendements.  
N° 9: Texte adopté en séance plénière et transmis à la Chambre des représentants.  
Annales du Sénat: 23, 24 et 25 novembre 2001. Documents de la Chambre des représentants:  
Doc 50 1489(2001/2002):  
001: Projet transmis par le Sénat.  
002 à 004: Amendements.  
005: Rapport.  
006: Texte adopté en séance plénière et soumis à la sanction royale.  
Doc 50 82/30:  
Décisions de la commission de concertation.  
Compte rendu Intégral: 15 et 16 mai 2002.

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit:

#### **Chapitre premier Disposition générale**

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

#### **Chapitre II Du droit aux soins palliatifs**

**Art. 2.** Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie.

Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, dans l'ensemble de l'offre de soins. Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre: l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimaliser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre.

#### **Chapitre III De l'amélioration de l'offre de soins palliatifs**

**Art. 3.** Le Roi fixe les normes d'agrément, de programmation et de financement en vue du développement qualitatif des soins palliatifs dans l'ensemble de l'offre de soins.

**Art. 4.** Aux fins décrites aux articles 2 et 3, les ministres qui ont les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions présentent chaque année aux Chambres législatives un rapport d'avancement en tant qu'élément essentiel de leur note de politique.

**Art. 5.** Le Roi prend, dans un délai de trois mois prenant cours le jour de la publication de la présente loi au *Moniteur belge*, les mesures nécessaires en vue de coordonner le développement de l'offre de services de soins palliatifs adaptée aux besoins.

## Annexe 1 – Bijlage 1

### *Loi sur les Soins Palliatifs 14/06/2002 / Wet op Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

**Art. 6.** Le Roi prend les mesures nécessaires pour que les professionnels de la santé confrontés dans l'exercice de leur activité à la problématique de fin de vie puissent bénéficier de l'appui d'une équipe de soins palliatifs, de supervision, de temps et de lieux de parole organisés au sein des structures de soins.

**Art. 7.** Tout patient a le droit d'obtenir une information concernant son état de santé et les possibilités des soins palliatifs. Le médecin traitant communique cette information sous une forme et en des termes appropriés, compte tenu de la situation du patient, de ses souhaits et de l'état de ses facultés de compréhension.

Sauf en cas d'urgence, l'accord du patient, donné librement et en connaissance de cause, est requis pour tous les examens ou traitements.

**Art. 8.** Une évaluation régulière des besoins en matière de soins palliatifs et de la qualité des réponses qui y sont apportées est réalisée par une cellule d'évaluation instituée par le Roi au sein de l'Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur.

Ce rapport d'évaluation est présenté tous les deux ans aux Chambres législatives.

Le Roi veille à ce que les organisations de professionnels de la santé assurant les soins palliatifs soient associées à cette évaluation.

Cet article a été exécuté par l'AR du 3 février 2003 (Cellule d'évaluation - nomination des membres)

Cet article a été exécuté par l'AR du 3 février 2003.

## **Chapitre IV** **Dispositions modificatives**

**Art. 9.** L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales est remplacé par la disposition suivante:

« Article 1<sup>er</sup>. L'art de guérir couvre l'art médical, en ce compris l'art dentaire, exercé à l'égard d'êtres humains, et l'art pharmaceutique, sous leurs aspects préventifs, curatifs, continus et palliatifs. »

**Art. 10.** A l'article 21<sup>quinquies</sup>, §1<sup>er</sup>, a), du même arrêté royal, les mots « à l'accomplissement des actes de soins palliatifs » sont insérés entre les mots « ou au rétablissement de la santé » et les mots « ou pour l'assister dans son agonie ».

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Wallonie – Le droit en Wallonie

Donné à Bruxelles, le 14 juin 2002.

ALBERT

Par le Roi:

La Ministre de la Protection de la Consommation,

de la Santé publique et de l'Environnement,

Mme M. AELVOET

Scellé du sceau de l'Etat:

Le Ministre de la Justice,

M. VERWILGHEN

## Annexe 1 – Bijlage 1

*Loi sur les Soins Palliatifs 14/06/2002 / Wet op Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

Op 26 oktober 2002 verscheen in het Belgisch Staatsblad de nieuwe wet op de Palliatieve zorg. De inhoud wordt hieronder weergegeven:

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

### **14 JUNI 2002. - Wet betreffende de palliatieve zorg (1)**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekraftigen hetgeen volgt : (\*)

HOOFDSTUK I. - Algemene bepaling

Art. 1.

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK II. - Recht op palliatieve zorg

Art. 2.

Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde. Een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid moeten er borg voor staan dat dit soort zorg voor alle ongeneeslijk zieke patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod. Onder palliatieve zorg wordt verstaan : het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.

HOOFDSTUK III. - Verbetering van het aanbod van palliatieve zorg

Art. 3.

De Koning bepaalt de erkennings-, programmatie- en financieringsnormen voor de kwalitatieve ontwikkeling van de palliatieve zorg binnen het geheel van het zorgaanbod.

Art. 4.

Om het in de artikelen 2 en 3 beschreven doel te bereiken, leggen de ministers die bevoegd zijn voor Sociale Zaken en voor Volksgezondheid dienaangaande een jaarlijks vooruitgangsrapport, als wezenlijk onderdeel van hun beleidsnota, voor aan de wetgevende Kamers.

Art. 5.

De Koning neemt, binnen een termijn van drie maanden vanaf de dag waarop deze wet in het Belgisch Staatsblad wordt bekendgemaakt, de nodige maatregelen om de uitwerking te coördineren van een aan de noden aangepaste palliatieve zorg.

Art. 6.

De Koning neemt de maatregelen die nodig zijn om de gezondheidswerkers die in de uitoefening van hun functie geconfronteerd worden met de problematiek van het levenseinde, de steun van een team voor palliatieve zorg te bieden, alsook begeleidingsmogelijkheden en in de verzorgingsstructuur georganiseerde spreektijd en - ruimte.

## Annexe 1 – Bijlage 1

*Loi sur les Soins Palliatifs 14/06/2002 / Wet op Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

### Art. 7.

Elke patiënt heeft recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en de mogelijkheden van de palliatieve zorg. De behandelende arts deelt die informatie mee in de vorm en in de bewoordingen die hij passend acht, rekening houdend met de toestand van de patiënt, diens wensen en begripsvermogen.

Behoudens spoedgevallen, is voor alle onderzoeken of behandelingen steeds de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist.

### Art. 8.

De noden inzake palliatieve zorg en de kwaliteit van de gevonden oplossingen worden geregeld geëvalueerd door een evaluatiecel die de Koning opricht binnen het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid - Louis Pasteur.

Dit evaluatieverslag wordt om de twee jaar aan de wetgevende Kamers voorgelegd. De Koning ziet erop toe dat de beroepsorganisaties van de palliatieve zorgverleners bij deze evaluatie worden betrokken.

### HOOFDSTUK IV. - Wijzigingsbepalingen

#### Art. 9.

Artikel 1 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies wordt vervangen als volgt :

« Artikel 1. De geneeskunst omvat de geneeskunde, de tandheelkunde inbegrepen, uitgeoefend ten aanzien van menselijke wezens, en de artsenijbereidkunde, onder hun preventief, curatief, continu en palliatief voorkomen. »

#### Art. 10.

In artikel 21quinquies , § 1, a) , van hetzelfde koninklijk besluit, worden tussen de woorden « het herstel van de gezondheid » en de woorden « of hem bij het sterren te begeleiden », de woorden « de handelingen van palliatieve zorg te verrichten » ingevoegd.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 14 juni 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Consumentenzaken,  
Volksgezondheid en Leefmilieu,

Mevr. M. AELVOET

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN

Nota

(1) Zie :

Stukken van de Senaat :

2-246 -1999/2000 :

Nr. 1 : Wetsvoorstel van de dames Vanlerberghe, Nagy, De Roeck, Leduc en de heren Mahoux en Monfils.

2-246 - 2000/2001 :

Nrs. 2 en 3 : Amendementen.

Nr. 4 : Advies van de Raad van State.

Nr. 5 : Verslag.

Nr. 6 : Tekst aangenomen door de verenigde commissies.

Nr. 7 : Bijlage.

## Annexe 1 – Bijlage 1

*Loi sur les Soins Palliatifs 14/06/2002 / Wet op Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

2-246 - 2001/2002 :

Nr 8 : Amendementen.

Nr. 9 : Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Kamer van volksvertegenwoordigers.

Handelingen van de Senaat :

23, 24 en 25 november 2001.

KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

Stukken :

Doc 50 1489/(2001/2002) :

001 : Ontwerp overgezonden door de Senaat.

002 tot 004 : Amendementen.

005 : Verslag.

006 : Tekst aangenomen in plenaire vergadering en aan de Koning ter bekraftiging voorgelegd.

Doc 50 82/30 : Beslissingen van de overlegcommissie.

Zie ook :

Integraal verslag :

15 en 18 mei 2002.

(\*) Artikel 81 van de Grondwet.

## Annexe 2 – Bijlage 2

*Loi modifiant la définition des soins palliatifs : 21/07/2016*

*Wet tot wijziging van de definitie van Palliatieve Zorg van 21/7/2016*

- > « Loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs
- > Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.
- > Art. 2. L'article 2 de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs est remplacé par ce qui suit :
  - > «Art. 2. Tout patient a droit à des soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie.
  - > Une offre de soins palliatifs suffisamment large et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale garantissent l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients, dans l'ensemble de l'offre de soins.
  - > Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre: l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. Un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel.
  - > Les soins palliatifs offrent au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimaliser aussi longtemps que possible la qualité de vie pour le patient et pour ses proches et aidants proches.
  - > Les soins palliatifs sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatif jusqu'à et y compris la phase terminale. Les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que des traitements sont encore en cours jusqu'aux soins liés pour les proches et aidants proches jusqu'après le décès. Idéalement, le recours aux soins palliatifs se fait de façon progressive en fonction des besoins et souhaits en matière de soins, quelle que soit l'espérance de vie.
  - > Le Roi fixe les modalités de mise en oeuvre des directives scientifiques appliquées tant pour l'identification du malade comme palliatif que pour l'évaluation des souhaits et des besoins en matière de soins. »
- > Explications concernant ces modifications (Aurélie Debouny-juriste GIBBIS):
  - > Les travaux préparatoires de cette loi expliquent ces modifications du fait que « les patients non terminaux, pour lesquels il n'existe aucun traitement curatif, doivent, eux aussi, pouvoir vivre autant que possible une vie riche de sens, digne et de qualité ».
  - > Cet élargissement n'a pas comme conséquence que tous les patients chroniques se voient désormais automatiquement reconnus comme "patients palliatifs". En effet, d'après les travaux préparatoires « L'intention n'est pas non plus d'étendre le statut palliatif et le forfait palliatif auquel il donne droit pour les octroyer à un grand groupe de personnes atteintes de maladies chroniques incurables. Les conditions d'octroi ainsi que les remboursements de frais médicaux par l'Inami qui s'ensuivent demeurent inchangés, malgré un élargissement de la définition. »
  - > Les auteurs ont aussi remplacé la notion de "moral" par la notion de "spirituel et existentiel" car outre l'aspect physique, une attention suffisante doit également être accordée aux aspects psychique, social et moral.
  - > Enfin, la proposition prévoit le développement d'instruments scientifiques en vue d'une meilleure identification des patients palliatifs et de l'évaluation de leurs besoins en matière de soins.

## Annexe 2 – Bijlage 2

*Loi modifiant la définition des soins palliatifs : 21/07/2016*

*Wet tot wijziging van de definitie van Palliatieve Zorg van 21/7/2016*

- > *Wet tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg.*
- > *Artikel 1 : Deze wet regelt een aangelegenheid zoals bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.*
- > *Artikel 2 van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg wordt vervangen als volgt :*
- > *"Art. 2 : Elke patiënt heeft, ongeacht zijn levensverwachting, recht op palliatieve zorg als hij zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte.*
- > *Een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid, staan er borg voor dat dit soort zorg voor alle patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod.*
- > *Onder palliatieve zorg wordt verstaan : alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. Voor een begeleiding van deze patiënten wordt multidisciplinaire totaalzorg gewaarborgd op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en desgevallend spiritueel vlak.*
- > *Palliatieve zorg biedt de zieke en zijn naasten een zo goed mogelijke levenskwaliteit en een maximale autonomie. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn naasten en mantelzorgers voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren.*
- > *Palliatieve zorg wordt ingezet vanaf het ogenblik dat de patiënt als palliatief wordt geïdentificeerd tot en met de terminale fase. Palliatieve zorg kan eveneens reeds ingezet worden wanneer er nog ziektebehandeling plaatsvindt tot en met de zorg voor naasten en mantelzorgers tot na het overlijden. De inzet van palliatieve zorg verloopt idealiter progressief in functie van de zorgnoden en –wensen, onafhankelijk van de levensverwachting.*
- > *De Koning bepaalt de nadere regels voor de verdere uitwerking van wetenschappelijke richtlijnen, die voor zowel de identificatie van de zieke als palliatief, als voor het inschatten van de zorgwensen en –noden worden gehanteerd."*
- > Meer uitleg over deze wijzigingen (Aurélie Debouny – juriste GIBBIS) :
  - > *De voorbereidende besprekingen over deze wettekst zijn een verklaring voor het feit dat "de niet-terminale patiënten, waarvoor geen curatieve behandeling bestaat, moeten eveneens zo goed en zo lang mogelijk een zinvol, kwaliteitsvol en waardig leven kunnen leiden."*
  - > *Deze verruiming heeft niet als gevolg dat alle chronische ziekten automatisch erkend worden als "palliatieve patiënt". Integendeel, volgens de voorbereidende besprekingen "is het niet de bedoeling het palliatief statuut en het palliatief forfait uit te breiden zodanig dat het recht geeft om dit statuut toe te kennen aan een grotere groep van personen die aan een ongeneeslijke chronische ziekte lijden. Zowel de toekenningsoorwaarden als de terugbetalingsmodaliteiten van medische kosten door het RIZIV die erop volgen, blijven ongewijzigd, niettegenstaande een verruiming van de definitie."*
  - > *De auteurs hebben ook het begrip 'moreel' vervangen door het concept 'spiritueel en existentieel' want los van het fysieke aspect, moet er eveneens voldoende aandacht geschonken worden aan de psychische, sociale en morele aspecten.*
  - > *Tenslotte voorziet het voorstel de ontwikkeling van wetenschappelijke instrumenten met het oog op een betere identificatie van palliatieve patiënten en de evaluatie van hun zorgnoden.*

## Annexe 3 – Bijlage 3

### *PICT (Palliative Care Indicator Tool)*

Les 3 fédérations Belges de soins palliatifs proposent un instrument d'identification des patients pouvant bénéficier de soins palliatifs et de la gravité de leurs besoins. (Echelle : modèle en annexe).

Les objectifs poursuivis de cet outil (2 échelles) sont d'élargir le concept de statut palliatif de 3 mois à 1 an :

#### > La première partie

L'échelle d'identification d'un patient palliatif poursuit trois objectifs :

- Repérer le plus grand nombre possible de patients susceptibles de bénéficier d'un programme de soins palliatifs : pathologies cancéreuses et non cancéreuses, en identifiant ces patients le plus tôt possible, en amont de la phase terminale ;
- Encourager les professionnels de la santé à discuter avec ces malades de leur état de santé et du projet de soins qu'ils désirent poursuivre, favoriser la planification des soins ;
- Permettre la réévaluation systématique.

Cette échelle a de nombreuses qualités, dont la simplicité, la facilité et la rapidité d'utilisation. Elle envisage chaque pathologie séparément, afin d'aider les professionnels de la santé à repérer tous les patients qui pourraient bénéficier d'un programme de soins palliatifs.

Elle vise aussi à définir avec le malade ses besoins, ses souhaits, à élaborer un projet thérapeutique et à inclure le patient dans un programme de soins palliatifs, en concertation avec l'ensemble des professionnels de la santé.

#### > La seconde partie

L'échelle de sévérité des besoins permet au malade d'être inclus dans un programme de soins palliatifs adapté à sa situation individuelle.

Il part de l'idée que tous les patients n'ont pas les mêmes besoins et que les moyens et les ressources qui sont mises à leur disposition doivent tenir compte de ces différences.

#### > Le dispositif

- Il reposera sur la différenciation de trois statuts, en partant d'une question initiale : « Se-riez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ? »
- Le « simple » pour les patients palliatifs qui ne sont pas parvenus à la phase terminale de leur maladie.
- Le « majoré » pour ceux qui, sans être en phase terminale, présentent des besoins médicaux, psychologiques, sociaux et/ou spirituels particulièrement importants.
- Le « complet », en phase terminale.
- Le tout combiné à sept lieux de vie potentiels (domicile, maison de soins psychiatriques, établissement de soins aux personnes handicapées, MRPA, MRS, centre de jour palliatif, hôpital).

## Annexe 3 – Bijlage 3

### *PICT (Palliative Care Indicator Tool)*

De 3 Belgische federaties voor palliatieve zorg stellen een hulpmiddel voor ter identificatie van patiënten die kunnen beroep doen op palliatieve zorg en de ernstgraad van hun noden (schaal : model in bijlage).

De nagestreefde doelstellingen van dit instrument (2 schalen) zijn de uitbreiding van het concept van palliatief statuut van 3 maand tot 1 jaar :

#### > Het eerste gedeelte

De identificatieschaal van een palliatieve patiënt streeft 3 doelstellingen na :

- het herkennen (opsporen) van zoveel mogelijk patiënten die mogelijk in aanmerking kunnen komen om in het palliatief programma opgenomen te worden : oncologische pathologieën, niet-oncologische pathologieën, door deze patiënten zo snel mogelijk te identificeren voorafgaand aan de terminale fase ;
- het aanmoedigen van de professionele gezondheidswerkers om met de zieken te praten over hun gezondheidstoestand en de zorgen die zij willen krijgen, het ondersteunen van de zorgplanning ;
- mogelijkheid bieden voor systematische revalidatie.

Deze schaal biedt veel voordelen : zij is eenvouding, makkelijk en snel te gebruiken. Zij voorziet elke pathologie afzonderlijk, teneinde de zorgverleners de mogelijkheid te bieden alle patiënten die in aanmerking zouden kunnen komen voor palliatieve zorg, te identificeren.

Zij beoogt eveneens om samen met de zieke te bepalen welke zijn behoeften, zijn wensen zijn, om een therapeutisch project te bespreken en om de patiënt op te nemen in het palliatief programma, in samenspraak met alle zorgverleners.

#### > Het tweede gedeelte

De schaal voor het bepalen van de ernstgraad van de noden van de patiënt laat hem toe in het programma palliatieve zorg, aangepast aan zijn individuele omstandigheden, te worden opgenomen.

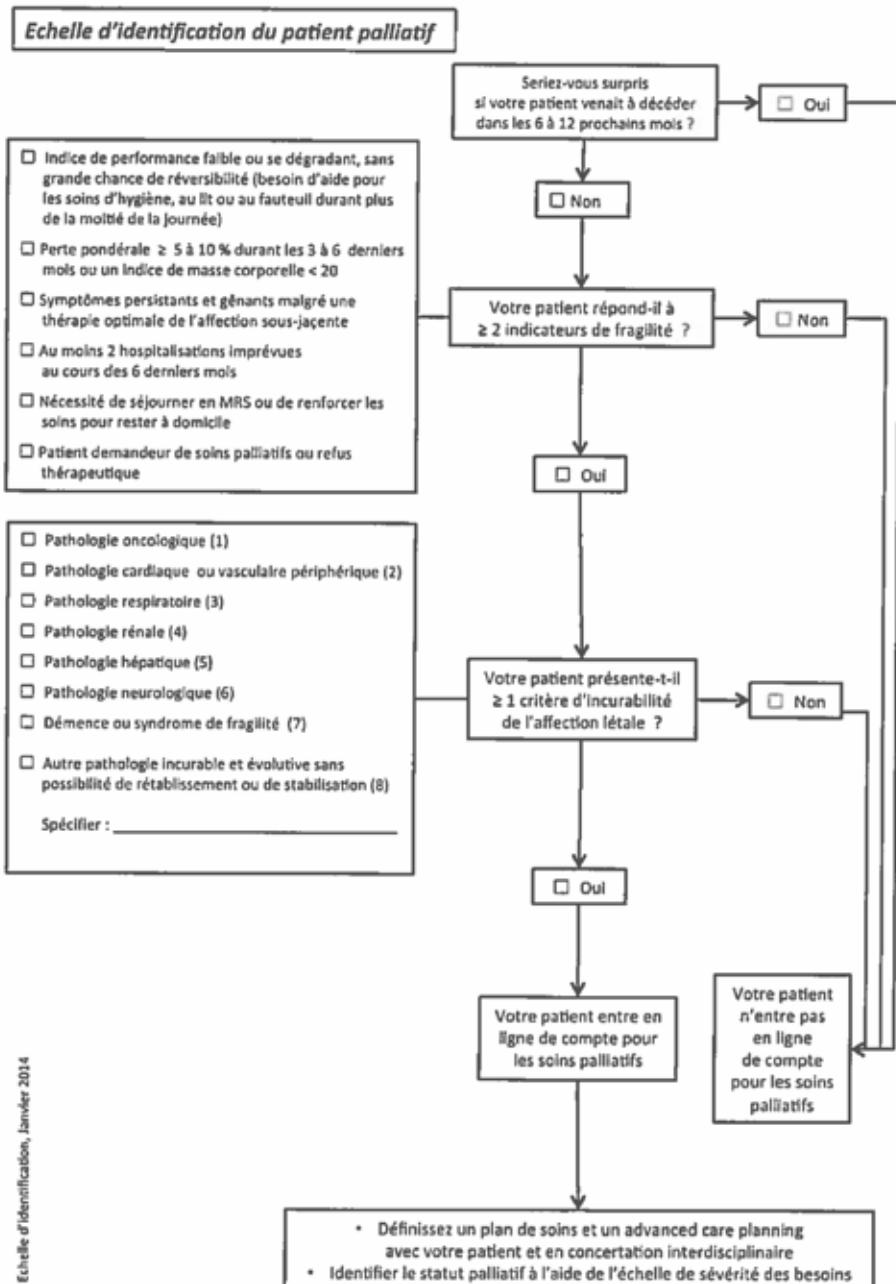
Dit gedeelte vertrekt van het idee dat niet alle patiënten dezelfde behoeften hebben en dat de middelen die hen ter beschikking gesteld worden, met deze verschillen moeten rekening houden.

#### > Het systeem

- Het systeem zou gebaseerd zijn op het onderscheid tussen de 3 statuten, uitgaande van de initiële vraag : « Zou u verrast zijn mocht uw patiënt binnen de 6 tot 12 maand overlijden ? »
- het « makkelijk » statuut : voor palliatieve patiënten die nog niet in de terminale fase van hun ziekte gekomen zijn .
- het « hoger » statuut : voor patiënten die, zonder dat zij in de terminale fase gekomen zijn, bijzonder belangrijke medische, psychologische, sociale en/of spirituele behoeften vertonen.
- het « hoogste » statuut, in terminale fase.
- Dit alles gecombineerd in 7 potentiële eenheden (thuis, PVT, instelling voor personen met een handicap, rusthuis, RVT, palliatief dagcentrum, ziekenhuis).

Annexe 3 – Bijlage 3  
*PICT (Palliative Care Indicator Tool)*

**Figure 1.1**  
 Introduction : version initiale du PICT



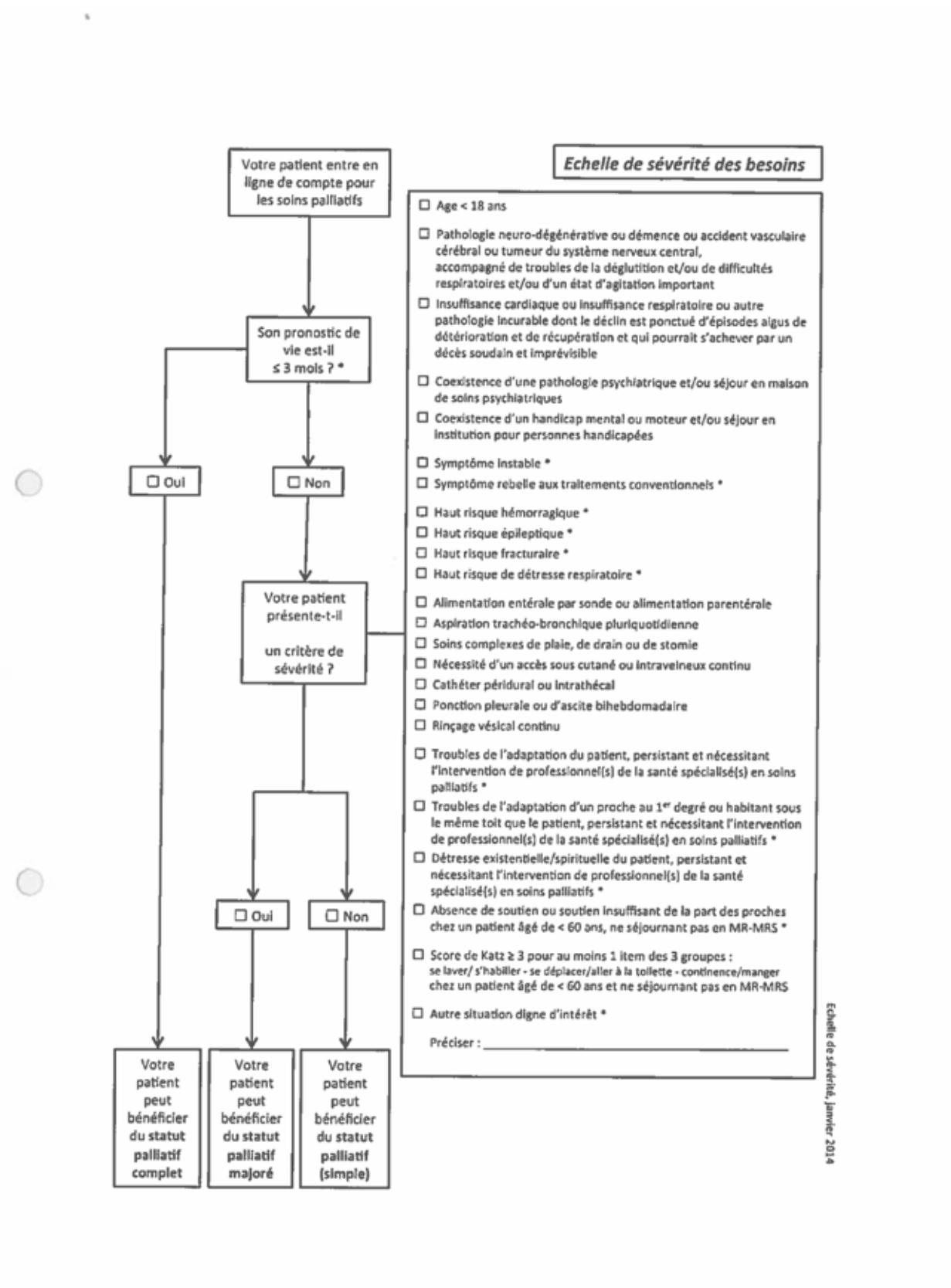
Echelle d'identification, Janvier 2014

## Annexe 3 – Bijlage 3

### PICT (Palliative Care Indicator Tool)

- 1. Pathologie oncologique**
  - Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale
  - Contre indication à poursuivre un traitement oncologique ou poursuite du traitement à visée purement symptomatique
- 2. Pathologie cardiaque ou pathologie vasculaire périphérique**
  - Décompensation cardiaque NYHA III ou IV ou maladie des artères coronaires étendue et non traitable, et accompagnée d'une dyspnée ou d'une douleur thoracique survenant au repos ou au moindre effort
  - Maladie vasculaire périphérique sévère et inopérable
- 3. Pathologie respiratoire**
  - Maladie respiratoire avec syndrome obstructif (VEMS < 30 %) ou restrictif (CV < 60 % et diffusion < 40 %) sévère, et accompagnée d'une dyspnée au repos ou au moindre effort entre les périodes d'exacerbation
  - Indication d'une oxygénothérapie au long cours (PaO<sub>2</sub> < 55 mm Hg ou PaO<sub>2</sub> < 60 mm Hg + HTAP)
  - Insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation ou contre indication à la ventilation
- 4. Pathologie rénale**
  - Maladie rénale chronique de stade 4 ou 5 (ou FG < 30 ml/min) accompagnée d'une détérioration de l'état de santé
  - Arrêt ou refus de dialyse
  - Insuffisance rénale compliquant une pathologie ou un traitement chez un malade dont le pronostic de vie est limité
- 5. Pathologie hépatique**
  - Cirrhose avancée et compliquée durant les 12 derniers mois par une ascite réfractaire aux diurétiques ou une encéphalopathie hépatique ou un syndrome hépatorénal ou une péritonite bactérienne ou des hémorragies récidivantes sur varices
  - Contre indication à la transplantation hépatique
- 6. Pathologie neurologique**
  - Dégénération progressive des capacités fonctionnelles et/ou cognitives malgré une thérapie optimale
  - Troubles de la parole avec difficulté croissante de communication et/ou troubles de la déglutition
  - Pneumonies d'aspiration récidivantes et/ou dyspnée ou insuffisance respiratoire
- 7. Démence ou syndrome de fragilité**
  - Incapacité de se déplacer ou de s'habiller ou de manger sans assistance
  - Incontinence urinaire et fécale
  - Réduction volontaire de l'alimentation ou de l'hydratation et/ou malnutrition
  - Incapacité à communiquer en utilisant le langage verbal et/ou interactions sociales limitées
  - Fracture du fémur et/ou antécédent de chutes répétées
  - Episodes fébriles récurrents ou infections recurrentes et/ou pneumonie d'aspiration

Annexe 3 – Bijlage 3  
 PICT (Palliative Care Indicator Tool)



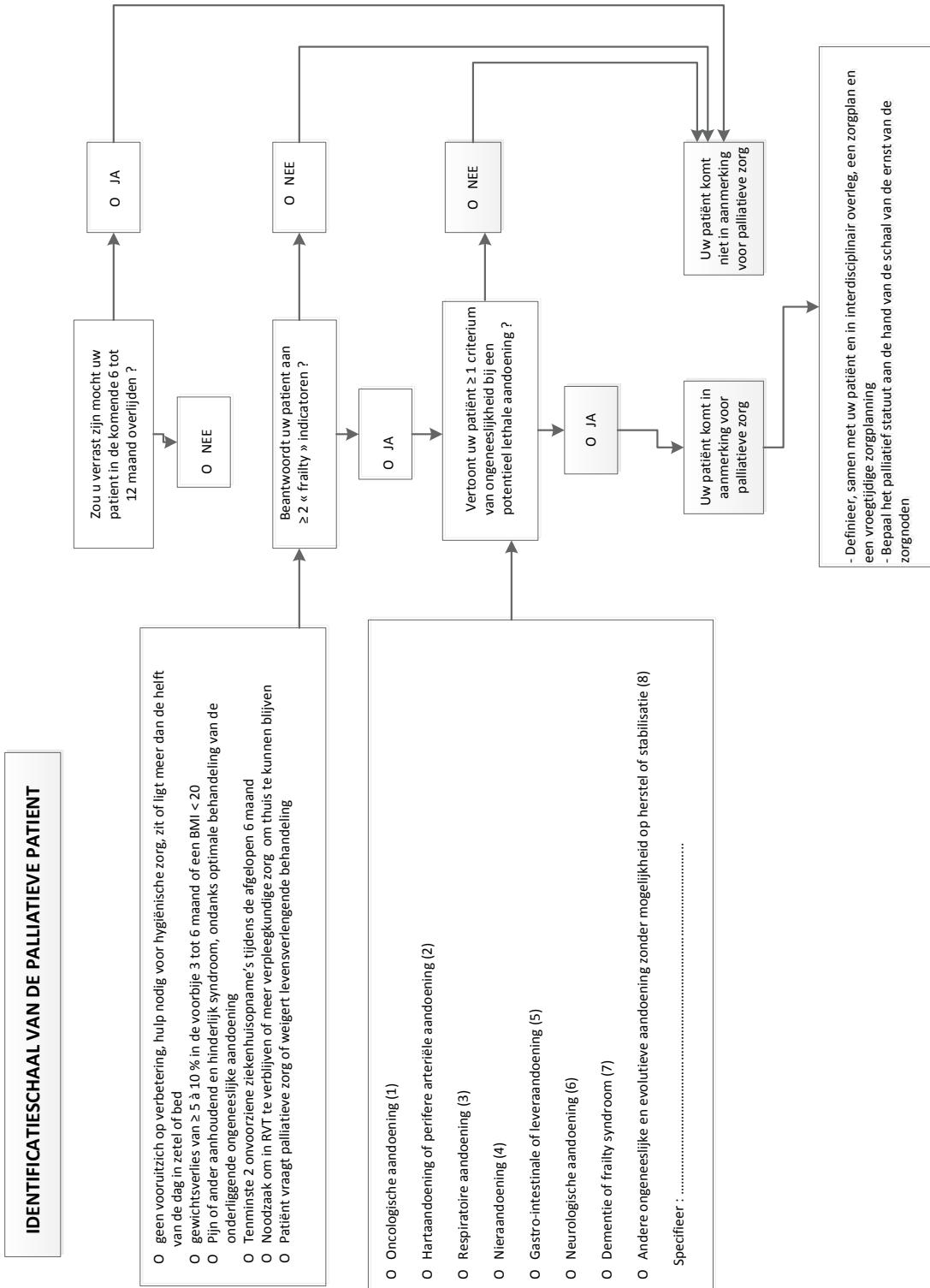
## Annexe 3 – Bijlage 3

### *PICT (Palliative Care Indicator Tool)*

#### Lexique

- Pronostic de vie** : basé sur l'intuition clinique du médecin évaluateur et/ou établi à l'aide d'un outil validé comme l'échelle PPS (annexe)
- Symptôme instable** : symptôme persistant, qualifié d'éprouvant par le patient et requérant une adaptation continue de la médication
- Symptôme rebelle** : symptôme persistant, qualifié d'éprouvant par le patient et résistant aux traitements utilisés habituellement pour le soulager
- Haut risque hémorragique** : antécédent récent (< 3 mois) d'une hémorragie dont l'origine n'a pu être supprimée, et/ou support plaquettaire hebdomadaire, et/ou instauré d'un protocole d'urgence visant à sédater le patient en cas d'hémorragie
- Haut risque épileptique** : antécédent récent (< 3 mois) de plusieurs crises d'épilepsie, et/ou instauré d'un protocole d'urgence visant à sédater le patient en cas d'épilepsie
- Haut risque fracturaire** : antécédent récent (< 3 mois) de plusieurs chutes, et/ou lésion(s) osseuse(s) présentant un risque significatif de fracture ou de compression médullaire
- Haut risque de détresse respiratoire** : antécédent récent (< 3 mois) de plusieurs crises de panique respiratoire et/ou instauré d'un protocole d'urgence visant à sédater le patient en cas d'étouffement
- Troubles de l'adaptation** : troubles dépressifs, troubles anxieux, et/ou perturbation des conduites sociales en réaction au stress provoqué par l'évolution de la maladie
- Détresse existentielle/spirituelle** : perte de sens issue de la confrontation avec l'évolution inexorable de la maladie, associée à un sentiment de désespoir, dévalorisation, isolement, perte de contrôle et perte de dignité.
- Soutien Insuffisant** : quel que soit médical, psychologique, social, familial ou professionnel
- Autre situation digne d'intérêt** : toute situation pour laquelle le médecin évaluateur estime que le patient devrait bénéficier d'une aide renforcée

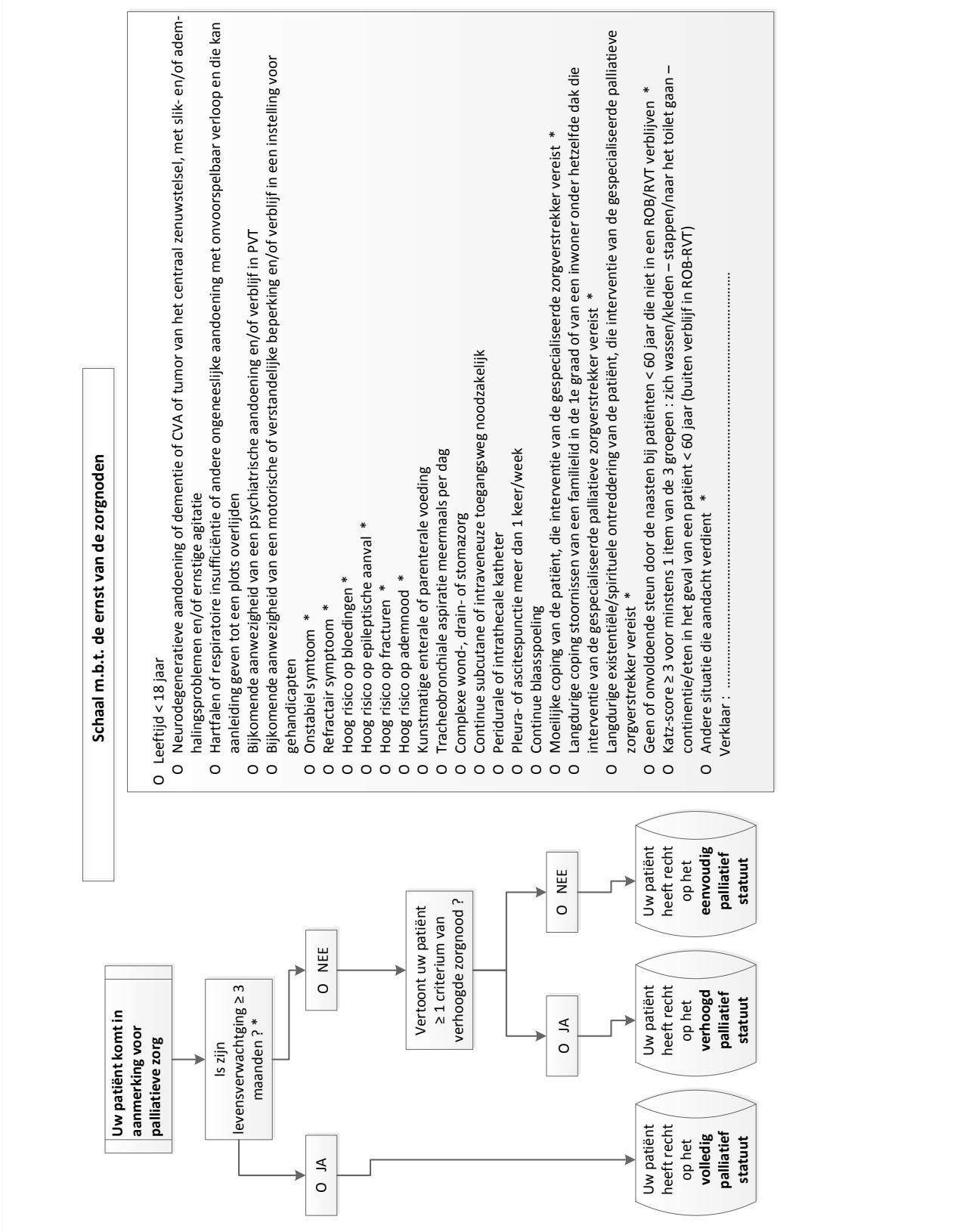
Annexe 3 – Bijlage 3  
**PICT (Palliative Care Indicator Tool)**



Annexe 3 – Bijlage 3  
*PICT (Palliative Care Indicator Tool)*

<p><b>1. Oncologische aandoening</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Functionele achteruitgang wegens evolutie van de tumor of een medische of chirurgische complicatie</li><li><input type="radio"/> Weigering of contra-indicatie om kankerbehandeling voort te zetten, of voortzetting van de behandeling enkel met het oog op systeemcontrole</li></ul>
<p><b>2. Hartaandoening of perifere arteriële aandoening</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Hartfalen NYHA I/IV of vergevorderde en onbehandelbare aandoening van de kraanslagaders, waarbij ook in ruststoerstand symptomen optreden die bij de minste inspanning verergeren</li><li><input type="radio"/> Ernstige en niet-operabele perifere arteriële aandoening</li></ul>
<p><b>3. Respiratoire aandoening</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ernstige chronische respiratoire aandoening met dyspnoe en rust of bij de minste inspanning tussen twee exacerbaties</li><li><input type="radio"/> Nood aan langdurige zuurstoftherapie of, (invasieve of niet-invasieve) behandeling, of contra-indicatie voor die behandelingen</li></ul>
<p><b>4. Nieraandoening</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Chronisch nierfaalen in stadium 4 of 5 (<math>G_f a &lt; 30 \text{ ml/min}</math>), al dan niet behandeld via dialyse en gepaard gaand met een achteruitgang van de gezondheidstoestand</li><li><input type="radio"/> Contra-indicatie voor, stopzetting of weigering van dialyse</li><li><input type="radio"/> Acute nierinsufficiëntie die voor complicatie zorgt in geval van een ongeneeslijke ziekte of behandeling van een patiënt met een beperkte levensverwachting</li></ul>
<p><b>5. Gastro-intestinale of leveraandoening</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ernstige of gedecompenseerde levercirrose in de voorbije 12 maand waarbij de medische behandeling niet aanslaat en er contra-indicatie is voor levertransplantatie</li><li><input type="radio"/> Bloedingen, intestinale darmafsluiting of perforatie van het spijsverteringskanaal van niet-neoplastische oorsprong en falen van of contra-indicatie voor medische en/of chirurgische behandeling</li></ul>
<p><b>6. Neurologische aandoening</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Onomkeerbare en ernstige achteruitgang van de functionele en/of cognitieve toestand en/of bewustzijnsstoerstand, ondanks een optimale behandeling</li><li><input type="radio"/> Ongesprekbaar en spraakproblemen waardoor de patiënt moeilijk verstaanbaar is</li></ul>
<p><b>7. Frailty syndroom</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Onvermogen om zich te verplaatsen, zich te kleden, zich te wassen en te eten zonder hulp van een derde</li><li><input type="radio"/> Urinaire of faecale incontinentie</li><li><input type="radio"/> Aanhoudende weigering van voedsel en/of zorg</li><li><input type="radio"/> Onvermogen om te spreken, te communiceren en familieleden te herkennen</li><li><input type="radio"/> Heupfractuur en/of voorgeschiedenis van herhaald valLEN of één ernstige val</li><li><input type="radio"/> Onomkeerbare slikstoornissen en recidiverende aspiratiepneumonie</li></ul>

Annexe 3 – Bijlage 3  
 PICT (Palliative Care Indicator Tool)



## Annexe 3 – Bijlage 3

### *PICT (Palliative Care Indicator Tool)*

#### LEXICON

- \* **Levensverwachting** : gebaseerd op de inschatting van de arts en/of op een gevalideerd hulpmiddel zoals de PPS-schaal
- \* **Onstabiel symptoom** : persisterend symptoom, dat door de patiënt als erg hinderlijk wordt ervaren en een voortdurende aanpassing van de behandeling vereist
- \* **Refractair symptoom** : persisterend symptoom, dat door de patiënt als erg hinderlijk wordt ervaren en dat niet verlicht kan worden door de gebruikelijke behandelingen
- \* **Hoog risico op bloedingen** : een recente bloeding (in de laatste 3 maanden) waarvan de oorzaak niet weggenomen kon worden, en/of wekelijkse toediening van bloedplaatjes en/of opmaak van een urgentieprotocol om de patiënt te sederen in geval van acute bloeding
- \* **Hoog risico op epileptische aanval** : meerdere recente aanvallen (in de laatste 3 maanden), en/of opmaak van een urgentieprotocol om de patiënt te sederen in geval van een acute epileptische aanval
- \* **Hoog risico op fracturen** : meerdere recente valpartijen (in de laatste 3 maanden), en/of botletsel(s) met belangrijk risico op botfractuur of ruggenmergcompressie
- \* **Hoog risico op ademnood** : recent (in de laatste 3 maanden) meerdere respiratoire paniekaanvallen en/of opmaak van een urgentieprotocol om de patiënt te sederen bij verstikking
- \* **Moeilijke coping van de patiënt** : symptomen van angst of depressiviteit, en/of met verstoring van sociale contacten ten gevolge van stress, veroorzaakt door het ziekteverloop
- \* **Existentiële/spirituele ontreddering van de patiënt** : zinverlies door confrontatie met de ongeneeslijke aandoening, gekoppeld aan een gevoel van wanhoop, minderwaardigheid, vereenzaming, contrôle-verlies en verlies van waardigheid
- \* **Onvoldoende steun** : om medische, psychologische, sociale, familiale of professionele redenen
- \* **Andere situatie die aandacht verdient** : iedere situatie waarin de patiënt volgens de evaluerende arts meer ondersteuning zou moeten genieten

## Annexe 4 – Bijlage 4

### Echelle PALLIA 10 / PALLIA 10 schaal

# PALLIA 10

## You avez des questions ?

Des associations sont à votre écoute

**HAINAUT**

**1. ARCSPHIO - Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental**  
Chaussée de Renaix, 140 • 7500 Tournai • 069 22 62 86.  
069 84 72 90 • arcsphio@skynet.be

**2. Reliance - Association régionale des soins palliatifs de Mons-Borinage, la Louvière, Soignies**  
Rue de la loi, 30 • 7100 La Louvière • 065 36 57 37 • 065 36 57 39.  
reliance@belgacom.net

**3. Plate-Forme de Concertation en Soins Palliatifs du Hainaut Oriental**  
Espace Santé Boulevard Zoé Driom, 1 • 6000 Charleroi • 071 92 55 40.  
071 70 15 31 • soins.palliatifs@skynet.be

**BRABANT WALLON**

**4. Pallium - Plate-forme de Concertation en Soins Palliatifs du Brabant wallon**  
Av. Henri Leopold, 5 • 1300 Wavre • 010 81 39 61 • 010 81 84 08.  
pallium@palliatis.be

**NAMUR**

**5. Association des Soins Palliatifs en Province de Namur**  
Rue Charles Bouvier, 108 • 5004 Bouge • info@asppn.be  
081 43 36 27 • info@asppn.be

**LUXEMBOURG**

**6. Plate-forme de Concertation en Soins Palliatifs de la Province de Luxembourg**  
Rue Victor Libert, 45 - Bte 4 • 6900 Marche-en-Famenne • 084 43 30 09.  
084 43 30 09 • soinspalliatis.provlux@outlook.be

**LIEGE**

**7. Plate-forme des Soins Palliatifs en Province de Liège**  
Boulevard de l'Ourthe, 10-12 • 4032 Chênée • 04 342 55 12.  
04 342 50 96 • liege@palliatis.be

**8. Plate-forme de Soins Palliatifs de l'est francophone**  
Rue de la Dame, 4 • 4800 Verviers • 087 23 00 16.  
087 22 54 69 • verviers@palliatis.be

**9. Palliativpflegeverband - der Deutschsprachigen Gemeinschaft**  
Hufengasse, 65 - 4700 Eupen • 087 56 97 48.  
palliativdg@skynet.be

**QUEL EST LE CADRE LÉGAL EN BELGIQUE ?**

**1 Loi sur les soins palliatifs du 14 juin 2002**  
**2 Loi de dé penalisation de l'euthanasie**  
**du 28 mai 2002**  
**3 Loi sur les droits du patient du 22 août 2002**

**Aides financières en soins palliatifs**  
Des aides et soutiens spécifiques sont disponibles pour le patient en soins palliatifs et son entourage.

Tout savoir sur les soins palliatifs : [www.soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be)

**Outil D'AIDE À LA DÉCISION EN 10 QUESTIONS**

Outil élaboré par des experts de la SFAP\* et adapté par les plates-formes de soins palliatifs wallonnes.

## Annexe 4 – Bijlage 4

### Echelle PALLIA 10 / PALLIA 10 schaal

Questions		Compléments	
<b>1</b>	Le patient est-il atteint d'une maladie incurable ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes.
<b>2</b>	Existe-t-il des facteurs pronostiques péjoratifs ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Il s'agit de facteurs validés en oncologie : hypoalbuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status ≥ 3 ou Index de Karnofsky.
<b>3</b>	La maladie est-elle évolutive ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<b>4</b>	Le patient et/ou son entourage sont-ils demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Il faut se référer à la loi relative aux soins palliatifs du 14 juin 2002.
<b>5</b>	Persiste-t-il des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Cela peut être une douleur spontanée ou provoquée lors des soins, une dyspnée, des vomissements, un syndrome oclusif, de la confusion, de l'agitation...
<b>6</b>	Identifiez-vous une souffrance psychique et émotionnelle du patient et/ou de son entourage ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Il peut s'agir de tristesse, d'angoisse, d'agressivité, d'un repli ou de troubles du comportement de troubles de la communication, de conflits familiaux, d'une psychopathologie préexistante chez le patient et son entourage.
<b>7</b>	Identifiez-vous une difficulté sociale du patient et/ou de son entourage ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Le patient et/ou son entourage peut souffrir d'isolement, de précarité, de dépendance physique, de charge en soins, de difficultés financières, de l'existence dans l'entourage d'une personne dépendante, d'enfants en bas âge...
<b>8</b>	Percevez-vous des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou le pronostic chez le patient ou dans son entourage ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients et/ou l'entourage peuvent mettre en place les mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins de type palliatif.
<b>9</b>	Constatisez-vous des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soins ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Ces questionnements peuvent concerner : • les prescriptions anticipées ; • une indication : hydration, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (hémoglycose, monitoring...) ; • l'indication et la mise en place d'une sedation ; • le lieu de prise en charge le plus adapté ; • le statut réanimatoire.
<b>10</b>	Vous posez-vous des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : • un refus de traitement ? • une limitation ou un arrêt de traitement ? • une demande d'euthanasie ? • la présence d'un conflit de valeurs ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Il faut se référer à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et à la loi du 28 mai 2002 relative à la dépendance de l'euthanasie.

### QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant de première ligne.

### QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

- Lorsqu'un patient est atteint d'une **maladie incurable** évolutive dont le pronostic vital est menacé.
- Dans toute prise en charge rendue complexe par l'accumulation des besoins.

### DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

- Pallia 10 est un outil conçu pour aider à mieux repérer le moment où le recours à une **équipe de 2<sup>ème</sup> ligne spécialisée en soins palliatifs** devient nécessaire. Cette équipe peut être :
- une équipe mobile intra-hospitalière (à l'hôpital), avec l'accord du médecin responsable ;
  - une équipe de soutien (au domicile ou en institution d'hébergement), avec l'accord du médecin traitant.

### EQUIPE DE 2<sup>ÈME</sup> LIGNE ?

*Équipe multidisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, disposant entre autres d'un médecin (généraliste ou hospitalier), d'un infirmier, d'un psychologue... intervenant en complémentarité et en soutien à l'équipe de 1<sup>ère</sup> ligne.  
La 1<sup>ère</sup> ligne est composée notamment du médecin traitant, d'un infirmier de soins, d'un kinésithérapeute...*

### QUAND FAIRE APPEL À UNE ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS DE 2<sup>ÈME</sup> LIGNE ?

Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale. A partir de 3 réponses positives aux différentes questions, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé, afin d'ouvrir une réflexion interdisciplinaire autour de la situation du patient.

### QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant de première ligne.

### QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

- Lorsqu'un patient est atteint d'une **maladie incurable** évolutive dont le pronostic vital est menacé.
- Dans toute prise en charge rendue complexe par l'accumulation des besoins.

### DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

- Pallia 10 est un outil conçu pour aider à mieux repérer le moment où le recours à une **équipe de 2<sup>ème</sup> ligne spécialisée en soins palliatifs** devient nécessaire. Cette équipe peut être :
- une équipe mobile intra-hospitalière (à l'hôpital), avec l'accord du médecin responsable ;
  - une équipe de soutien (au domicile ou en institution d'hébergement), avec l'accord du médecin traitant.

### EQUIPE DE 2<sup>ÈME</sup> LIGNE ?

*Équipe multidisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, disposant entre autres d'un médecin (généraliste ou hospitalier), d'un infirmier, d'un psychologue... intervenant en complémentarité et en soutien à l'équipe de 1<sup>ère</sup> ligne.  
La 1<sup>ère</sup> ligne est composée notamment du médecin traitant, d'un infirmier de soins, d'un kinésithérapeute...*

### QUAND FAIRE APPEL À UNE ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS DE 2<sup>ÈME</sup> LIGNE ?

Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale. A partir de 3 réponses positives aux différentes questions, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé, afin d'ouvrir une réflexion interdisciplinaire autour de la situation du patient.

## Annexe 5 – Bijlage 5

AR 15/07/97 "normes d'encadrement des équipes mobiles palliatives"  
KB 15/07/97 "Omkaderingsnormen van mobiele teams voor palliatieve zorg"

F. 97 — 1545  
15 JUILLET 1997. — Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction hospitalière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée

ALBERT II, Roi des Belges,

A nous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1997, notamment l'article 66;

Vu l'arrêté royal du 30 janvier 1993 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux des 4 mars 1991, 12 octobre 1993, 23 décembre 1993, 28 mars 1995, 29 août 1996 et 6 mai 1997;

Vu l'arrêté royal du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée;

Vu l'arrêté royal du 15 juillet 1997 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1997, applicables à la fonction de soins palliatifs;

Vu la demande d'avis sur un projet d'arrêté royal, adressée le 27 janvier 1995 par le Ministre des Affaires sociales au Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis général du Conseil national des établissements hospitaliers, section programmation et agrément, du 26 octobre 1995;

Considérant que le Conseil national n'a encore rendu, à ce jour, aucun avis sur le projet d'arrêté royal qui lui a été soumis;

N. 97 — 1545  
15 JUILLET 1997. — Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisfunctie van palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hieraan wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gescoordineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 66;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 januari 1993 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroepeningen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 4 maart 1991, 12 oktober 1993, 23 december 1993, 28 maart 1995, 20 augustus 1996 en 6 mei 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband instakale palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 juli 1997 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gescoordineerd op 7 augustus 1987, lospasselijk worden verlaat op de functie van palliatieve zorg;

Gelet op de vraag van de Minister van Sociale Zaken aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzetzenden van 27 januari 1995, om een advies over een ontwerp van koninklijk besluit;

Gelet op het algemeen advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzetzenden, afdeling programmatie en erkennings, van 26 oktober 1995;

Overwegende dat de Nationale Raad op heden nog geen advies heeft over het hier voorgedragen ontwerp van koninklijk besluit;

Gegeven heeft over het hier voorgedragen ontwerp van koninklijk besluit;

## Annexe 5 – Bijlage 5

AR 15/07/97 "normes d'encadrement des équipes mobiles palliatives"  
KB 15/07/97 "Omkaderingsnormen van mobiele teams voor palliatieve zorg"

MONITEUR BELGE — 31.07.1997 — BELGISCHE STAATSBLAD

19643

Vu l'urgence, motivée par le fait que la sécurité juridique impose de définir dans les plus brefs délais les exigences qualitatives auxquelles la fonction palliative de soins palliatifs doit satisfaire, afin de pouvoir informer au plus vite les hôpitaux qui disposent déjà d'une telle fonction, du cadre juridique dans lequel cette fonction doit être organisée et afin de prévoir dans les meilleurs délais un financement approprié;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 24 juin 1997, en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 2, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. L'article 2, § 1<sup>er</sup>, 3 et l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 3, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux des 4 mars 1991, 12 octobre 1993, 23 décembre 1993, 28 mars 1995, 20 août 1996 et 6 mai 1997 sont complétés comme suit :

« f) à partir de la date fixée par Nous, soins palliatifs. »

Art. 2. § 1<sup>er</sup>. Pour être agréée et le demeurer, la fonction de soins palliatifs doit :

1° avoir un lien fonctionnel avec un service spécialisé de traitement et de réadaptation (Sp) destiné aux patients qui nécessitent des soins palliatifs, lorsqu'il s'agit d'un hôpital qui ne dispose pas lui-même d'un tel service;

2° collaborer à l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée;

3° si une ou plusieurs organisations de soins à domicile font partie de l'association visée au 2, avoir un lien fonctionnel avec cette organisation/ces organisations;

4° veiller à ce que les activités de soins proprement dites soient enregistrées, et les évaluer régulièrement par le biais de cet enregistrement. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut préciser des règles concernant l'enregistrement visé ci-dessus;

5° organiser un enregistrement de ses activités selon les modalités fixées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§ 2. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui assure la fonction visée au § 1<sup>er</sup> ont reçu une formation spécifique en soins palliatifs.

Art. 5. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 6. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 juillet 1997.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,  
M. COLLA

La Ministre des Affaires sociales,  
Mme M. DE GALAN

Gelet op de dringende noodzakelijkheid, gemotiveerd door het feit dat de rechtszekerheid gebiedt zeer snel de kwaliteitsvooraarden waaraan de palliatieve ziekenhuisfunctie moet beantwoorden te omschrijven, teneinde de ziekenhuizen die momenteel reeds over een dergelijke functie beschikken zo spoedig mogelijk op de hoogte te stellen van het juridisch kader waarbinnen ze de functie moeten organiseren en teneinde zo snel mogelijk in een aangepaste financiering te kunnen voorzien;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 24 juni 1997, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 2, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen en van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en beschutten Wij :

Artikel 1. Artikel 2, § 1, 3<sup>er</sup>, eerste lid, en artikel 4, § 1, 3 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 4 maart 1991, 12 oktober 1993, 23 december 1993, 28 maart 1995, 20 augustus 1996 en 6 mei 1997 worden aangevuld als volgt :

“f) vanaf de door Ons nader te bepalen datum, palliatieve zorg. ”

Art. 2. § 1. Om te worden erkend en erkend te blijven, moet de functie van palliatieve zorg :

1° een functionele binding hebben met een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp) bestemd voor patiënten die palliatieve zorg behoeven, ingeval het een ziekenhuis betreft dat niet zelf beschikt over dergelijke dienst;

2° meewerken aan het samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg dat het desbetreffend geografisch gebied bestrijkt;

3° indien er één of meerdere organisaties voor thuiszorg deel uitmaken van het in 2° bedoelde samenwerkingsverband, een functionele binding hebben met die organisatie(s);

4° erop toezien dat de eigenlijke verzorgings activiteiten geregistreerd worden en ze, op basis van deze registratie, regelmatig evalueren. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan, met betrekking tot hierboven bedoelde registratie, nadere regels vaststellen;

5° een registratie van haar gegevens organiseren volgens de regels bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. De leden van het pluridisciplinair team dat de in § 1 bedoelde functie waarnaamt hebben een specifieke opleiding in de palliatieve zorg gevolgd.

Art. 5. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 6. Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 15 juli 1997.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,  
M. COLLA

De minister van Sociale zaken,  
Mevr. M. DE GALAN

## LA FONCTION PALLIATIVE

L'AR du 15 juillet 1997, fixe les dispositions applicables à la fonction de soins palliatifs. Placée *sous l'autorité conjointe du médecin chef et du chef de département infirmier*, la fonction palliative est assurée par une équipe pluridisciplinaire, dont les membres sont issus du département médical, du département infirmier, et des services paramédicaux de l'hôpital. Un assistant social, un psychologue, un pharmacien peuvent être associés à l'activité de l'équipe.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont reçu une *formation spécifique* en soins palliatifs.

La fonction palliative a un *lien fonctionnel* avec un service spécialisé en soins palliatifs, collabore à l'association en matière de soins à domicile de la zone géographique concernée, a des liens fonctionnels avec une ou plusieurs organisations de soins à domicile.

Les activités de soins de la fonction palliative sont enregistrées, et évaluées régulièrement, selon les modalités fixées par le Ministre de la Santé Publique.

### Les objectifs

La « fonction palliative » est assurée par une équipe mobile, dont les objectifs sont les suivants:

-Aider une équipe hospitalière, à mieux affronter la complexité des problèmes qui se posent autour du patient en fin de vie.

- *Formuler des avis* en matière de soins palliatifs, à l'adresse des praticiens de l'art de guérir, des praticiens de l'art infirmier, des membres des professions paramédicales.

- Conseiller la direction de l'hôpital quant à la politique à mener en la matière.

- Assurer de manière continue la formation du personnel de l'hôpital en matière de soins palliatifs.

-Rendre l'équipe de soins, *autonome* pour assurer la surveillance du traitement antalgique.

-*Jouer un rôle d'expert* dans les situations cliniques difficiles.

- *Veiller à la continuité des soins* lorsque le patient en phase terminale quitte l'hôpital pour son domicile ou une maison de repos et de soins.

## Annexe 5 – Bijlage 5

*AR 15/07/97 "normes d'encadrement des équipes mobiles palliatives"*

*KB 15/07/97 "Omkaderingsnormen van mobiele teams voor palliatieve zorg"*

### **DE FUNCTIE « PALLIATIEVE ZORG »**

Het K.B. van 15 juli 1997 houdende de vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisfunctie van palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

Onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en de directeur van het verpleegkundig departement, wordt de palliatieve zorgfunctie verzorgd door een multidisciplinair team, waarvan de leden uit het medisch, verpleegkundig en paramedisch departement van het ziekenhuis afkomstig zijn. Een sociaal assistent, een psycholoog, een apotheker kunnen in de aktiviteit van dit team betrokken worden.

De leden van dit multidisciplinair team genoten een aanvullende opleiding “palliatieve zorg”.

De functie “palliatieve zorg” heeft een functionele binding met een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten die palliatieve zorg behoeven, werkt mee met één of meerdere organisaties voor palliatieve zorg dat het desbetreffend geografisch gebied bestrijkt, heeft samenwerkingsverbanden met één of meerdere organisaties voor thuiszorg.

De aktiviteiten van de functie “palliatieve zorg” worden geregistreerd en regelmatig geëvalueerd volgens de regels bepaald door de Minister van Volksgezondheid.

#### **Doelstellingen :**

De functie “palliatieve zorg” wordt uitgevoerd door een mobiel team met volgende taken :

- een ziekenhuisteam ondersteunen om de complexiteit van de problematiek rond levenseinde beter te kunnen opvangen ;
- advies inzake palliatieve zorg verstrekken aan de beoefenaars van de geneeskunde, de beoefenaars van de verpleegkunde en de leden van de paramedische teams ;
- advies verstrekken aan de directie van het ziekenhuis over het ter zake te voeren beleid ;
- zorgen voor de permanente opleiding van het ziekenhuispersoneel inzake palliatieve zorg ;
- de zorgteams autonoom laten werken om de monitoring van pijnbestrijding te waarborgen ;
- expert zijn bij moeilijke klinische situaties ;
- toezien op de continuïteit van de zorgen wanneer de patiënt in een terminale fase het ziekenhuis verlaat om naar huis te gaan of opgenomen te worden in een RVT ;

## Annexe 6 – Bijlage 6

*Normes d'encadrement des Index de lits S4*

*Omkaderingsnormen bedindex S4*

REGION	COMMUNE	HOPITAL	SITE	Som van S4
BXL	<b>BRUSSEL-1</b>	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	KRUIDTUIN / BOTANIQUE	12
	<b>BRUSSEL-18</b>	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	ST. ELISABETH	12
	<b>BRUXELLES--1</b>	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST.-PIERRE	PORTE DE HAL / HALLEPORT	6
	<b>BRUXELLES-19</b>	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	MOLIERE LONGCHAMP	6
	<b>BRUXELLES--2</b>	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	VICTOR HORTA	10
	<b>BRUXELLES--4</b>	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	ST.-MICHEL	8
<i>Vlaa</i>	<b>AALST</b>	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	6
	<b>ASSE</b>	ONZE LIEVE VROUW/ZIEKENHUIS	ASSE	6
	<b>BEVEREN</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	BEVEREN-WAAS	8
	<b>BORGERHOUT</b>	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	ZNA ST. ERASMUS	12
	<b>BRASSCHAAT</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KUNA V.Z.W.	DEMICK	6
	<b>BRUGGE</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	ST. FRANCISCUS - XAVERIUS	9
	<b>GENK</b>	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	ST. JAN	9
	<b>GENT</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFJIN	(leg)	6
		ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	VOOLSKLINIEK	12
		UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT		6
	<b>HALLE</b>	A.Z. SINT-MARIA	(leg)	6
	<b>HASSELT</b>	JESSAZIEKENHUIS	SALVATOR	7
	<b>IEPER</b>	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	IEPER	6
	<b>KORTRIJK</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	REEPKAAI	10
	<b>LEUVEN</b>	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART		6
		UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	STADSCAMPUS	9
		HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzw		6
	<b>LIER</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-MAARTEN	LEOPOLDSTRAAT	6
	<b>MECHELEN</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	(leg)	6
	<b>OOSTENDE</b>	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	(leg)	6
	<b>OVERPelt</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	WESTLAAN	9
	<b>ROESELARE</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	(leg)	6
	<b>RONSE</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	ST. JACOBUS	6
	<b>TONGEREN</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	ST. ELISABETH	8
	<b>TURNHOUT</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	JAN PORTAEELS	6
	<b>VILVOORDE</b>			

## Annexe 6 – Bijlage 6

*Normes d'encadrement des Index de lits S4*

*Omkaderingsnormen bedindex S4*

REGION	COMMUNE	HOPITAL	SITE	Som van S4
	<b>WILRIJK</b>	GZA-ZIEKENHUIZEN	ST. AUGUSTINUS	12
	<b>WUUSTWEZEL</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	CODA HOSPICE	8
	<b>ZELE</b>	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	GERIATRIE, REVALIDATIE & PALLIATIEVE ZORGEN	6
	<b>FOSSES-LA-VILLE</b>	CHR SAMBRE ET MEUSE	CHR VAL DE SAMBRE - FOSSES-LA-VILLE	6
<i>Wall</i>	<b>HERMALLE-SOUS-ARGENTEAU</b>	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	NOTRE-DAME HERMALLE	6
	<b>LIBRAMONT</b>	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	(leeg)	6
	<b>LIEGE</b>	INTERCOM. DE SOINS SPECIALISES DE LIEGE	VALDOR	8
	<b>LOVERVAL</b>	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	I.M.T.R.	12
	<b>MONS</b>	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	(leeg)	6
	<b>MONTIGNY-LE-TILLEUL</b>	CHR MONS - HAINAUT	ST. JOSEPH	6
	<b>MORESNET</b>	C.H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	LEONARD DE VINCI	8
	<b>NAMUR</b>	FOYER ST. JOSEPH	FOYER ST. FRANCOIS	6
	<b>NEUVILLES</b>	CHU UCL NAMUR	LE GOELAND	10
	<b>OTTIGNIES</b>	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE		6
	<b>SAINTE-MARIE</b>	CLINIQUE SAINT PIERRE		6
	<b>TOURNAI</b>	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	VIRTON	6
		CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	IMC	6
	<b>WAREMME</b>	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	UNION	6
	<b>WAVER</b>	SILVA MEDICAL Vzw	JOSEPH WAUTERS - WAREMME	6
			CLINIQUE DE LA BOIS DE LA PIERRE	6
				<b>379</b>
<i>Eindtotaal</i>				

## Annexe 6 – Bijlage 6

### Normes d'encadrement des Index de lits S4

### Omkaderingsnormen bedindex S4

#### LA LOI SUR LES HOPITAUX

##### II[B. Normes spécifiques du service Sp (soins palliatifs)]

1. Le service Sp (soins palliatifs) est destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable en phase terminale et qui nécessitent des soins palliatifs.

Ce service effectue des activités spécifiques telles que le contrôle des symptômes, l'accompagnement psychologique, la préparation et l'accompagnement du processus de deuil.

2. Les lits du service concerné sont dispersés dans plusieurs services d'hospitalisation ou constituent une entité distincte et identifiable sur le plan architectural.

Par dérogation à la rubrique I («Normes architecturales»), 1, a, le service peut être situé en dehors du site d'un hôpital aigu, pour autant qu'il soit issu de la reconversion de lits C, D, H ou G.

3. Par dérogation à la rubrique I («Normes architecturales»), 1, c, le service Sp (soins palliatifs) dispose de 6 lits au minimum et de 12 lits au maximum.

Annexe, index Sp, IIIbis: ins. A.R. 13-11-1995, art. 1, 1<sup>er</sup> (M.B. 13-1-1996).

Annexe, index Sp, IIIbis, intitulé: rempl. A.R. 15-7-1997, art. 2, 1<sup>er</sup> (M.B. 31-7-1997).

Annexe, index Sp, IIIbis, A, intitulé: ins. A.R. 15-7-1997, art. 2, 2<sup>nd</sup> (M.B. 31-7-1997).

Annexe, index Sp, IIIbis, B: ins. A.R. 15-7-1997, art. 2, 3<sup>rd</sup> (M.B. 31-7-1997). Les points 4, 5 et 6 entrent en vigueur à la date fixée par le Roi (A.R. 15-7-1997, art. 3).

## Annexe 6 – Bijlage 6

### Normes d'encadrement des Index de lits S4

### Omkaderingsnormen bedindex S4

#### ACREMENT

Par lit, une superficie suffisante sera prévue. Les chambres doivent être spacieuses et intimes, disposer d'un cabinet de toilette, d'un mobilier approprié, notamment d'un lit réglable en hauteur.

Au moins la moitié des chambres sont des chambres à un lit, les autres peuvent être des chambres à deux lits.

4. Le service doit disposer d'un nombre suffisant d'installations de bain permettant d'y placer le patient en position couchée.

5.1. Le service doit disposer des espaces communs suivants:

- un salle de séjour à caractère familial;
- une cuisine qui est également accessible à la famille;
- un bureau pour l'équipe infirmière.

5.2. Le service doit être conçu de telle façon qu'il soit possible d'y maintenir une ambiance calme, d'organiser des réunions et de prendre en charge les membres de la famille.

Ces derniers doivent en outre avoir la possibilité de passer la nuit dans le service.

6. Chaque chambre dispose d'un téléphone, d'un raccordement radio et télévision et d'un système d'appel.

7. Le service dispose des moyens techniques nécessaires pour combattre la douleur.

8. Des réunions d'équipe interdisciplinaires doivent être tenues chaque semaine.

9. L'approche pluridisciplinaire doit ressortir du dossier visé au point II, 2.

10. La visite des membres de la famille et de proches doit être possible 24 heures sur 24.

11. Le service fait partie de l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée.

12. La formation permanente des membres de l'équipe dure au moins deux jours par an.

13. Les activités doivent faire l'objet d'une évaluation régulière par le biais de l'enregistrement des actes médicaux, médico-techniques et infirmiers effectués.

Cet enregistrement doit faire apparaître que les actes techniques effectués sont pertinents et limités et que le séjour du patient dans le service est de courte durée.

L'enregistrement mentionne la destination du patient après sa sortie du service.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer des règles complémentaires concernant cet enregistrement.

[[[14. La direction médicale du service est assurée par un médecin spécialiste possédant une expérience particulière en soins palliatifs ou un généraliste possédant une expérience particulière en soins palliatifs.]]]]

Le service doit pouvoir faire appel à tout moment à des médecins spécialistes en oncologie, en anesthésiologie et en gériatrie. Ces médecins doivent posséder une expérience particulière en soins palliatifs.

[[[15. Y compris l'infirmier en chef, le service doit disposer, par lit agréé, d'1,50 infirmier, assisté de personnel soignant en nombre suffisant.]]]]

Le cadre infirmier est composé pour les deux tiers d'infirmiers gradués.

Au moins 66 % des infirmiers gradués sont des infirmiers/infirmières porteurs de la qualification professionnelle particulière d'infirmier en soins palliatifs.

16. Le service doit pouvoir faire appel à un kinésithérapeute, un assistant social, un conseiller philosophique et à des consultants, dont un psychologue et un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.]]]

#### [[[C. Normes spécifiques du service Sp (affections cardio-pulmonaires)]]]

1. Sont agréés comme services Sp destinés à des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, les services qui hospitalisent des patients qui requièrent un traitement prolongé de nature cardio-pulmonaire ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire, afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient.

Le plan de soins comprendra un plan d'action visant à réduire les risques de rechute par le biais d'une information ciblée notamment en ce qui concerne les habitudes de vie et d'alimentation.

2. Si le service Sp destiné à des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires ne se trouve pas sur le site d'un hôpital général ou si le service de diagnostic et de traitement médical de l'hôpital ne dispose pas d'une équipe médicale comprenant des médecins spécialistes en cardiologie ou en pneumologie, une liaison fonctionnelle sera organisée avec un hôpital disposant d'une telle équipe. Cette liaison fonctionnelle vise à garantir la continuité de la prise en charge et des soins.

Annexe, index Sp, IIIbis, B, 14, al. 1: rempl. L. 14-1-2002, art. 1, 1<sup>o</sup> (M.B. 11-4-2002).

Annexe, index Sp, IIIbis, B, 15, al. 1: rempl. L. 14-1-2002, art. 1, 2<sup>o</sup> (M.B. 11-4-2002).

Annexe, index Sp, IIIbis, C, D, E, F: ins. A.R. 10-8-1998, art. 1 (M.B. 21-10-1998).

## Annexe 6 – Bijlage 6

*Normes d'encadrement des Index de lits S4*

*Omkaderingsnormen bedindex S4*

### **AR du 23.10.64 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.**

#### **Art. 11 : Normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation index Sp.**

**1.** (Le service spécialisé de traitement et de réadaptation est destiné aux patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices, psychogériatriques et chroniques (pathologies chroniques et poly pathologies requérant des soins curatifs et une réadaptation). Les patients visés nécessitent un traitement medical spécialisé, des soins infirmiers, une réadaptation fonctionnelle et une réactivation en milieu hospitalier et requièrent une prise en charge active et prolongée, mais de durée limitée.

En outre, ce service peut être destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs.)

**2.** Le profil médical, spécialisé, infirmier (...) et pluridisciplinaire du service hospitalier doit être attesté par enregistrement.

**3.** Le service Sp se consacre, par unité de 20 lits, à une même spécialité. (L'unité destinée aux patients nécessitant des soins palliatifs comprend cependant au minimum 6 lits et au maximum 12 lits. Une seule unité de ce type peut exister par hôpital.) La décision d'agrément mentionne la spécialité du service.

**4.** Le patient est hospitalisé dans le service spécialisé soit directement soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection; il s'agit d'un patient d'une pathologie spécifique et qui requiert un séjour à l'hôpital pour un traitement et une réadaptation appropriés.

**5. (ancien 6.)** Outre l'hospitalisation de patients en phase aiguë de leur affection, le service assure aussi l'hospitalisation prolongée de patients dans une phase évolutive et non stabilisée pour laquelle des soins spécialisés (mais limités dans le temps) sont nécessaires.

**6. (ancien 7.)** Le fonctionnement du service sera, du point de vue médical, infirmier et paramédical axé sur un traitement actif permettant d'assurer le rétablissement ou le maintien optimum du potentiel physique, psychique et social du patient.

**7. (ancien 8.)** Si ce service ne se trouve pas dans un hôpital général, il doit être en liaison fonctionnelle avec un hôpital général qui dispose au moins des services visés à l'article 2 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

**8. (ancien 9.)** La liaison fonctionnelle susmentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite. Cette dernière traitera des modalités de collaboration et précisera notamment les règles de fonctionnement en cas d'urgence et de transfert.

**9.** Sans préjudice de l'application des normes spécifiques relatives aux diverses spécialités du service Sp, mentionnées au chapitre IIIbis, les normes fixées aux points I, II et III s'appliquent à tous les services Sp.

#### **I. Normes architecturales.**

**1. a)** Les services Sp se trouvent sur le site d'implantation d'un hôpital aigu, sauf lorsqu'ils résultent de la reconversion d'un service V ou d'un service S (...)

**b)** Les unités de soins du service doivent former un ensemble fonctionnel.

**c)** La capacité en lits minimum du service Sp est de 20 lits.

**2.** Une accessibilité aisée sera adaptée à l'infirmié des patients. Dans les couloirs et dégagements du

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

service, toutes les inégalités du sol telles que marchés, escaliers et autres entraves seront évitées. En outre, on préviendra tout risque de glissement.

**3.** Les déplacements de patients dans le service seront facilités par l'installation de balustrades et de mains courantes. Les installations sanitaires en seront également dotées. Des aires de repos en nombre suffisant seront prévues dans les couloirs.

**4.** Un système d'appel efficace ou un appareillage approprié de surveillance sera prévu dans tous les locaux.

**5.** Les installations sanitaires pour les patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice.

Les toilettes seront conçues de manière à permettre un accès aisément au patient.

**6.** Le service doit disposer d'un local d'examen pouvant servir de local de pansement et d'une salle pour les exercices communs (ainsi qu'une salle à manger).

**7.** Les unités de soins doivent être pourvues d'installations d'oxygénothérapie et d'aspiration en nombre suffisant.

### **II. Normes fonctionnelles.**

**1.** Le service disposera de l'équipement nécessaire à l'application des techniques infirmières et paramédicales propres à la spécialité du service.

Pour l'application des techniques d'ergothérapie, de kinésithérapie et de logopédie, l'équipement nécessaire approprié à la pathologie sera prévu.

**2.** Pour chaque patient sera établi, dès son admission, un dossier détaillé comportant :

- les données médicales, infirmières, paramédicales et sociales;

- une évaluation des possibilités et exigences en ce qui concerne un retour au domicile ou vers un milieu adapté;

- un programme mentionnant les traitements spéciaux et les possibilités de réadaptation.

**3.** Le dossier du patient sera complété régulièrement par un rapport sur l'évolution de son état. Cette dernière sera comparée au programme et au calendrier établis lors de l'admission (et lors des phases ultérieures de son traitement).

A cet effet, des réunions multidisciplinaires (hebdomadaires seront organisées).

### **III. Normes d'organisation.**

**1.** L'organisation médicale du service est confiée à un médecin ayant une compétence spécifique dans la (les) discipline(s) pour laquelle (lesquelles) le service spécialisé est reconnu. Cette compétence doit être prouvée par des pièces justificatives que le médecin doit pouvoir produire.

**2.** Le médecin visé au point 1 doit pouvoir, en cas de besoin, requérir à tout moment la collaboration des médecins associés au traitement ou, à défaut, celle de l'hôpital général ou un des hôpitaux généraux avec lequel il est en liaison fonctionnelle.

**3.** Les soins infirmiers doivent être assurés par du personnel infirmier assisté par un nombre suffisant (de personnel soignant). (La permanence infirmière, visée au 12° du point III " Normes d'organisation " de la rubrique " Normes générales applicables à tous les établissements ", de la présente annexe, doit être assurée par unité de soins d'au moins 20 lits.)

**4.** Le service doit disposer de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, assistants

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

sociaux ou infirmiers gradués sociaux et psychologues, dont le nombre est fonction du nombre de lits du service.

#### **IIIbis. (Normes spécifiques par spécialité.)**

[...]

##### **B. Normes spécifiques du service Sp (soins palliatifs).**

**1. Le service Sp (soins palliatifs) est destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable en phase terminale et qui nécessitent des soins palliatifs.**

Ce service effectue des activités spécifiques telles que le contrôle des symptômes, l'accompagnement psychologique, la préparation et l'accompagnement du processus de deuil.

**2. Les lits du service concerné sont dispersés dans plusieurs services d'hospitalisation ou constituent une entité distincte et identifiable sur le plan architectural.**

Par dérogation à la rubrique I (" Normes architecturales "), 1, a, le service peut être situé en dehors du site d'un hôpital aigu, pour autant qu'il soit issu de la reconversion de lits C, D, H ou G.

**3. Par dérogation à la rubrique I (" Normes architecturales"), 1, c, le service Sp (soins palliatifs) dispose de 6 lits au minimum et de 12 lits au maximum.**

Par lit, une superficie suffisante sera prévue. Les chambres doivent être spacieuses et intimes, disposer d'un cabinet de toilette, d'un mobilier approprié, notamment d'un lit réglable en hauteur. Au moins la moitié des chambres sont des chambres à un lit, les autres peuvent être des chambres à deux lits.

**4. Le service doit disposer d'un nombre suffisant d'installations de bain permettant d'y placer le patient en position couchée.**

**5.1. Le service doit disposer des espaces communs suivants :**

- un salle de séjour à caractère familial;
- une cuisine qui est également accessible à la famille;
- un bureau pour l'équipe infirmière.

**5.2. Le service doit être conçu de telle façon qu'il soit possible d'y maintenir une ambiance calme, d'organiser des réunions et de prendre en charge les membres de la famille.**  
Ces derniers doivent en outre avoir la possibilité de passer la nuit dans le service.

**6. Chaque chambre dispose d'un téléphone, d'un raccordement radio et télévision et d'un système d'appel.**

**7. Le service dispose des moyens techniques nécessaires pour combattre la douleur.**

**8. Des réunions d'équipe interdisciplinaires doivent être tenues chaque semaine.**

**9. L'approche pluridisciplinaire doit ressortir du dossier visé au point II, 2.**

**10. La visite des membres de la famille et de proches doit être possible 24 heures sur 24.**

**11. Le service fait partie de l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée.**

**12. La formation permanente des membres de l'équipe dure au moins deux jours par an.**

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

**13.** Les activités doivent faire l'objet d'une évaluation régulière par le biais de l'enregistrement des actes médicaux, médico-techniques et infirmiers effectués.

Cet enregistrement doit faire apparaître que les actes techniques effectués sont pertinents et limités et que le séjour du patient dans le service est de courte durée.

L'enregistrement mentionne la destination du patient après sa sortie du service.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer des règles complémentaires concernant cet enregistrement.

**14.** (La direction médicale du service est assurée par un médecin spécialiste possédant une expérience particulière en soins palliatifs ou un généraliste possédant une expérience particulière en soins palliatifs.)

Le service doit pouvoir faire appel à tout moment à des médecins spécialistes en oncologie, en anesthésiologie et en gériatrie. Ces médecins doivent posséder une expérience particulière en soins palliatifs.

**15.** (Y compris l'infirmier en chef, le service doit disposer, par lit agréé, d'1,50 infirmier, assisté de personnel soignant en nombre suffisant.)

Le cadre infirmier est composé pour les deux tiers d'infirmiers gradués. Au moins 66 % des infirmiers gradués sont des infirmiers/infirmières porteur de la qualification professionnelle particulière d'infirmier en soins palliatifs.

**16.** Le service doit pouvoir faire appel à un kinésithérapeute, un assistant social, un conseiller philosophique et à des consultants, dont un psychologue et un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.)

[...]

## **IV. Disposition transitoire.**

Le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions peut accorder des dérogations aux dispositions prévues aux points 3 et I, 1. c) pour une période de deux ans maximum après l'entrée en vigueur du présent arrêté.

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

#### **B. Specifieke normen voor de Sp-dienst (palliatieve verzorging).**

1. De Sp-dienst (palliatieve zorg) is bestemd voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte in een terminale fase die palliatieve zorg behoeven.

Bedoelde dienst legt zich specifiek toe op activiteiten als symptoomcontrole, psychologische begeleiding, rouwvoorbereiding en -begeleiding.

2. De bedden van bedoelde dienst zijn verspreid over meerdere hospitalisatiediensten van het ziekenhuis of vormen, een architectonisch zelfstandige en herkenbare entiteit;

In afwijking van rubriek I ("Architectonische normen"), 1, a, kan de dienst zich buiten de vestigingsplaats van een acuut ziekenhuis bevinden wanneer de dienst tot standgekomen is door reconversie van C-, D-, H-, of G-bedden.

3. In afwijking van rubriek I ("Architectonische normen"), 1, c, beschikt de Sp-dienst (palliatieve verzorging) over minimum 6 en maximum 12 bedden.

Er dient voldoende oppervlakte per bed voorzien te zijn. De kamers dienen ruim en huiselijk te zijn, te beschikken over eigen sanitair, aangepast meubilair met o.a. een hoog-laag bed. Minstens de helft van de kamers zijn éénpersoonskamers, de overige kamers mogen tweepersoonskamers zijn.

4. De dienst dient over voldoende badinstallaties te beschikken die toelaten dat de patiënt er in liggende positie ingebracht wordt.

5.1. De dienst dient te beschikken over de volgende gemeenschappelijke ruimtes :

- een living met huiselijk karakter;
- een keuken, waar ook de familie toegang heeft;
- een bureel voor de verpleegkundige équipe.

5.2. In de dienst moet het mogelijk zijn om zich te bezinnen, pluridisciplinaire vergaderingen te beleggen en de familieleden op te vangen.

Bovendien moet voor de familieleden de mogelijkheid bestaan op de dienst te overnachten.

6. Elke kamer beschikt over telefoon, radio- en TV-aansluiting en een oproepsysteem.

7. De dienst beschikt over de noodzakelijke technische middelen voor pijnbestrijding.

8. Er moeten wekelijks interdisciplinaire teamvergaderingen gehouden worden.

9. Uit het in punt II, 2, bedoelde dossier dient de pluridisciplinaire benadering te blijken.

10. Bezoek door familieleden en naastbestaanden is mogelijk 24 uur op 24 uur.

11. De dienst maakt deel uit van het samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg dat het desbetreffend geografisch gebied bestrijkt.

12. De permanente opleiding van de teamleden omvat minimum 2 dagen per jaar.

13. De activiteiten moeten regelmatig geëvalueerd worden via registratie van verstrekte medische, medisch-technische en verpleegkundige handelingen.

Uit bedoelde registratie moet blijken dat het aantal technische handelingen doelgericht en beperkt zijn en dat de patiënt gedurende een beperkte periode in de dienst verbleef.

De registratie vermeldt de bestemming van de patiënt na zijn ontslag uit de dienst.

De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan, met betrekking tot deze registratie, nadere regels vaststellen.

14. (De medische leiding van de dienst berust bij een geneesheer-specialist met bijzondere ervaring in de palliatieve verzorging of bij een huisarts met bijzondere ervaring in de

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

palliatieve zorg.) <KB 2002-02-19/35, art. 1, 026; Inwerkingtreding : 21-04-2002>

De dienst moet steeds een beroep kunnen doen op geneesheren-specialist in de oncologie, de anesthesiologie en de geriatrie. Deze artsen dienen een bijzondere ervaring in de palliatieve verzorging te hebben

15. (Met inbegrip van de hoofdverpleegkundige dient de dienst, per erkend bed, over 1,50 verpleegkundigen te beschikken, bijgestaan door voldoende verzorgend personeel.) <KB 2002-02-19/35, art. 1, 026; Inwerkingtreding : 21-04-2002>

Dit verpleegkundig kader bestaat voor minstens 2/3 uit gegradeerde verpleegkundigen. Minstens 66 % van de gegradeerde verpleegkandigen is houder van de bijzondere beroepsbekwaming van verpleger of verpleegster in de palliatieve zorg.

16. De dienst moet beroep kunnen doen op een kinesitherapeut, maatschappelijk werker, levensbeschouwelijk begeleider en op consulenten waaronder een psycholoog en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of de neuro-psychiatrie.)

<Ingevoegd bij KB 1997-07-15/34, art. 2, 019; **Inwerkingtreding : 31-07-1997**; in zoverre deze invoeging betrekking heeft op rubriek IIIbis, onderdeel B, punten 3, tweede en derde lid, 4, 5 en 6, treedt ze evenwel in werking op een door de Koning nader te bepalen datum.>

=====

### **Bijzondere normen toepasselijk op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie kenletter Sp. (verv. K.B. 12 oktober 1993, art. 2, I: 19 oktober 1993)**

1. De gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie is bestemd voor patiënten met

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

cardiopulmonaire, neurologische, locomotorische, psychogeriatrische en chronische aandoeningen (chronische pathologieën en polypathologieën waarvoor curatieve zorg en revalidatie nodig is). Bedoelde patiënten behoeven een gespecialiseerde medische behandeling, verpleegkundige zorg, revalidatie en reactivering in een ziekenhuismilieu en hebben nood aan een actieve, verlengde maar in de tijd beperkte opvang.

Bovendien kan deze dienst bestemd zijn voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven. (verv. K.B. 13 november 1995, art. 1, I: 23 januari 1996)]

2. Het medische, specialistisch, verpleegkundig en multidisciplinair profiel van de ziekenhuisdienst dient voor registratie te worden aangetoond.
3. De Sp-dienst legt zich, per eenheid van 20 bedden, toe op eenzelfde specialiteit. De eenheid echter, bestemd voor patiënten die palliatieve zorg vergen, omvat minimum 6 en maximum 12 bedden. Per ziekenhuis mag er slechts één eenheid van dit type bestaan. De erkenningsbeslissing vermeldt de specialiteit-aard van de dienst.
4. De patiënt wordt in de gespecialiseerde dienst opgenomen hetzij onmiddellijk, hetzij na een eerste behandeling in een ziekenhuisdienst, aangepast aan zijn aandoening. Het betreft patiënten met een specifieke pathologie die in het ziekenhuis moeten worden opgenomen voor aangepaste behandeling en revalidatie.
5. (verv. K.B. 13 november 1995, art. 1) Behalve voor de opname van patiënten in een acute fase van de aandoening, staat de dienst ook in voor verlengde opname van patiënten in een evolutie en niet gestabiliseerde fase, waarvoor gespecialiseerde maar in de tijd beperkte verzorging nodig is.
6. Op medisch, verpleegkundig en paramedisch vlak zal de werking van de dienst gericht zijn op een actieve behandeling die leidt tot herstel of tot optimaal behoud van het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt.
7. (verv. K.B. 13 november 1995, art. 1)] Wanneer de dienst zich niet in een algemeen ziekenhuis bevindt, moet er een functionele binding bestaan met een algemeen ziekenhuis dat minstens beschikt over de diensten bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.
8. (verv. K.B. 13 november 1995, art. 1)] Voornoemde functionele binding moet in een geschreven overeenkomst zijn vastgelegd. Hierin moeten de samenwerkingsmodaliteiten worden behandeld en met name de werkingsregelen bij spoedgevallen en transfers worden bepaald.
9. Onverminderd de toepassing van de in Hoofdstuk IIIBis vermelde specifieke normen voor verscheidene specialismen van de Sp-dienst, zijn de in punt I, II en III omschreven normen van toepassing op alle Sp-diensten.

#### I. Architectonische normen

1. a) De Sp-diensten bevinden zich op de vestigingsplaats van een acuut ziekenhuis, behoudens wanneer ze tot stand gekomen zijn door de omschakeling van een V-dienst of van een S-dienst.

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

- b) De verpleegeenheden van de dienst moeten een functioneel geheel vormen.
  - c) De minimum bedcapaciteit van de Sp-dienst bedraagt 20 bedden.
2. De toegankelijkheid moet aan de invaliditeit van de patiënten zijn aangepast. In de gangen en de doorlopen van de dienst moeten alle oneffenheden van het vloeroppervlak, zoals treden, trappen en andere hindernissen vermeden worden. Daarenboven moet elk gevaar van uitglijden voorkomen worden.
3. De patiënten moeten in hun verplaatsingen in de dienst geholpen worden door leuningen en handgrepen. Die moeten ook in de sanitaire lokalen worden aangebracht. In de gangen moeten voldoende rustplaatsen zijn.
4. Alle lokalen moeten over een efficiënt oproepsysteem of over aangepaste toezichtsapparatuur beschikken.
5. De sanitaire installaties voor de patiënten moeten zo dicht mogelijk bij de ziekenkamers evenals bij de zitkamers en oefenzalen worden aangebracht.

De toiletten moeten zo ontworpen zijn dat ze voor de patiënt gemakkelijk toegankelijk zijn.

6. De dienst moet over een onderzoekkamer beschikken die als verbandlokaal kan dienen en over een zaal voor gemeenschappelijke oefeningen. (verv. K.B. 12 oktober 1993, art. 2, I: 19 oktober 1993) [en een eetzaal. (ing. K.B. 13 november 1995, art. 1, I: 23 januari 1996)]

7. De verpleegeenheden moeten over een voldoende aantal zuurstoftherapie- en aspiratie-installaties beschikken.

### II. Functionele normen

1. De dienst moet over de nodige uitrusting beschikken voor de toepassing van de verpleegkundige en paramedische technieken eigen aan het specialisme van de dienst.

Voor de toepassing van ergotherapie-, kinesitherapie-, en logopedietechnieken moet in de nodige en aan de pathologie aangepaste uitrusting worden voorzien.

2. Voor elke patiënt zal, van bij de opname, een gedetailleerd medisch dossier worden aangelegd dat volgende elementen bevat:

- de medische, verpleegkundige, paramedische en sociale gegevens;
- een evaluatie van de mogelijkheden en de eisen inzake terugkeer naar huis of naar een aangepaste milieu;
- een programma met de speciale behandelingen en de revalidatiemogelijkheden.

3. Het dossier van de patiënt zal regelmatig worden aangevuld met een verslag over de evolutie van zijn toestand. Die evolutie moet worden getoetst aan het programma en het tijdschema die bij de opname en in de daarop volgende fasen van zijn behandeling werden opgesteld.

Hiertoe moeten multidisciplinaire vergaderingen worden belegd.

### III. Organisatorische normen.

1. De medische organisatie van de dienst wordt toevertrouwd aan een arts met een specifieke bekwaamheid in de discipline(s) waarvoor de gespecialiseerde dienst erkend is. Die bekwaamheid moet blijken uit bewijsstukken die de arts moet kunnen voorleggen.

2. De in punt 1 bedoeld arts moet, indien nodig, op elke moment kunnen rekenen op de

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

samenwerking van de bij de behandeling betrokken artsen of, bij ontstentenis hiervan, op die van het algemeen ziekenhuis of van een van de algemene ziekenhuizen waarmee een functionele binding bestaat.

3. De verpleging moet in handen zijn van een verpleegkundig personeel bijgestaan door een voldoende aantal verzorgend personeel. De verpleegkundige permanentie, bedoeld in 12° van punt III □Organisatorische normen□ van de rubriek □- Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn van deze bijlage, moet verzekerd worden per verpleegeenheid van minstens 20 bedden.

#### **IIIbis Specifieke normen per specialisme**

##### **Specifieke normen van de dienst Sp (palliatieve zorg)**

1. De Sp-dienst (palliatieve zorg) is bestemd voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte in een terminale fase die palliatieve zorg behoeven.

Bedoelde dienst legt zich specifiek toe op activiteiten als symptoomcontrole, psychologische begeleiding, rouwvoorbereiding en -begeleiding;

2. De bedden van bedoelde dienst zijn verspreid over meerdere hospitalisatiediensten van het ziekenhuis of vormen, een architectonisch zelfstandige en herkenbare entiteit.

In afwijking van rubriek I (Architectonische normen), 1, a, kan de dienst zich buiten de vestigingsplaats van een acuut ziekenhuis bevinden wanneer de dienst tot stand gekomen is door reconversie van C-, D-, H-, of G-bedden.

3. In afwijking van rubriek I (Architectonische normen), 1, c, beschikt de Sp-dienst (palliatieve verzorging) over minimum 6 en maximum 12 bedden.

Er dient voldoende oppervlakte per bed voorzien te zijn. De kamers dienen ruim en huiselijk te zijn, te beschikken over eigen sanitair, aangepast meubilair met o.a. een hoog-laag bed. Minstens de helft van de kamers zijn éénpersoonskamers, de overige kamers mogen tweepersoonskamers zijn.

4. De dienst dient over voldoende badinstallaties te beschikken die toelaten dat de patiënt er in liggende positie ingebracht wordt.

5.1. De dienst dient te beschikken over de volgende gemeenschappelijke ruimtes:  
- een living met huiselijk karakter;  
- een keuken, waar ook de familie toegang heeft;  
- een bureel voor de verpleegkundige équipe.

5.2. In de dienst moet het mogelijk zijn om zich te bezinnen, pluridisciplinaire vergaderingen te beleggen en de familieleden op te vangen.

Bovendien moet voor de familieleden de mogelijkheid bestaan op de dienst te overnachten.

6. Elke kamer beschikt over telefoon, radio- en TV-aansluiting en een oproepsysteem.

7. De dienst beschikt over de noodzakelijke technische middelen voor pijnbestrijding.

8. Er moeten wekelijks interdisciplinaire teamvergaderingen gehouden worden.

9. Uit het in punt II, 2, bedoelde dossier dient de pluridisciplinaire benadering te blijken.

## Annexe 6 – Bijlage 6

### *Normes d'encadrement des Index de lits S4*

### *Omkaderingsnormen bedindex S4*

10. Bezoek door familieleden en naastbestaanden is mogelijk 24 uur op 24 uur.
11. De dienst maakt deel uit van het samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg dat het desbetreffende geografisch gebied bestrijkt.
12. De permanente opleiding van de teamleden omvat minimum twee dagen per jaar.
13. De activiteiten moeten regelmatig geëvalueerd worden via registratie van verstrekte medische, medisch-technische en verpleegkundige handelingen.  
Uit bedoelde registratie moet blijken dat het aantal technische handelingen doelgericht en beperkt zijn en dat de patiënt gedurende een beperkte periode in de dienst verbleef.  
De registratie vermeldt de bestemming van de patiënt na zijn ontslag uit de dienst.  
  
De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan, met betrekking tot deze registratie, nadere regels vaststellen. (ing. K.B. 15 juli 1997, art. 2, I: 31 juli 1997)]
14. De medische leiding van de dienst berust bij een geneesheer-specialist met bijzondere ervaring in de palliatieve verzorging of bij een huisarts met bijzondere ervaring in de palliatieve zorg.  
  
De dienst moet steeds een beroep kunnen doen op geneesheren-specialist in de oncologie, de anesthesiologie en de geriatrie. Deze artsen dienen een bijzondere ervaring in de palliatieve verzorging te hebben.
15. Met inbegrip van de hoofdverpleegkundige dient de dienst, per erkend bed, over 1,50 verpleegkundigen te beschikken, bijgestaan door voldoende verzorgend personeel.  
Dit verpleegkundig kader bestaat voor minstens 2/3 uit gegradeerde verpleegkundigen.  
  
Minstens 66 % van de gegradeerde verpleegkundigen is houder van de bijzondere beroepsbekwaming van verpleger of verpleegster in de palliatieve zorg.

16. De dienst moet beroep kunnen doen op een kinesitherapeut, maatschappelijk werker, levensbeschouwelijk begeleider en op consulenten waaronder een psycholoog en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of de neuro-psychiatrie.

#### Overgangsbepaling.

De minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft kan, voor een periode van maximum twee jaar na de inwerkingtreding van onderhavig besluit, afwijkingen toestaan op de bepalingen voorzien in punt 3 en in punt I, 1. c).

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*



### **PROCEDURE D' APPEL A L'EQUIPE PALLIATIVE A L'HOPITAL SUR LE SITE SCHEUTBOS**

N°:	
Approuvé par :	Dr Anne Van Pottelsberghe – Dir. Méd. Gén. Silva medical Nathalie Laridant – Directrice Dép. Infirmier Silva medical
Date et signature	
Auteur(s)	Dr Sophie Tobback – médecin palliatif Clinique Scheutbos Jessica Vandenbroucke – infirmière cadre intermédiaire Les membres de l'équipe palliative
Date et signature	
Version et date	1.0 du
Versions précédentes	
Date de mise en vigueur	..../..../.....
Localisation du document électronique	Intranet : SOS PROCEDURES 2017 : mots clés : équipe palliative
Ce document est la propriété de Silva medical Sa diffusion est interdite sans avoir eu l'autorisation préalable des auteurs et approbateurs du document	

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

### Table de matières

<b>1. Objectifs de cette procédure.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Personnes concernées :.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Définition.....</b>	<b>3</b>
<b>4. Procédure.....</b>	<b>3</b>
<b>5. Annexes.....</b>	<b>6-7</b>

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

### 1. Objectifs de cette procédure

Définir comment, qui, et quand faire appel à l'équipe palliative dans une unité pour un patient.

### 2. Personnes concernées

- les médecins
- le médecin responsable de l'équipe palliative
- l'infirmière-cadre
- tous les membres de l'équipe palliative
- tout le personnel en contact avec le patient.

### 3. Définition

#### 3.1 Soins palliatifs

- les soins palliatifs sont définis comme "l'ensemble des **soins** apportés au patient atteint d'une **maladie** susceptible **d'entraîner la mort** une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives.
- Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer **l'accompagnement** de ces patients en fin de vie, et ce sur les **plans physique, psychique, social et moral**. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure **qualité de vie** possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre."
- Les soins palliatifs ne sont pas nécessairement des soins terminaux ; des soins palliatifs peuvent être prodigues, quel que soit le pronostic vital du moment que la maladie est incurable.

#### 3.2 L'équipe palliative

L'équipe palliative est une équipe multidisciplinaire dynamique pouvant appliquer tous les aspects des soins palliatifs dans toutes les unités de la clinique.

L'équipe palliative se concentre sur des nouvelles évolutions et ne renonce pas à ses responsabilités envers des défis considérables (aussi bien au niveau médical que culturel). A cet égard, l'équipe tient compte des valeurs de SILVA medical.

Tous les membres de l'équipe sont formés aux soins palliatifs. Elle se compose :

- d'un médecin responsable

## Annexe 7 – Bijlage 7

### *Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

### *Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

- d'un infirmier (formé en soins palliatifs) par unité sous la direction de l'infirmier-cadre
- d'un psychologue
- d'un kinésithérapeute

## **4. Procédure**

### **4.1 Qui peut faire appel à l'équipe palliative ?**

- chaque patient, admis à l'hôpital, qui est confronté à une maladie incurable, quel que soit le pronostic vital ;
- les familles et/ou les proches du patient confronté à une maladie incurable, quel que soit le pronostic vital ;
- tous les professionnels ayant des questions concernant les soins palliatifs ou concernant un patient confronté à une maladie incurable, quel que soit le pronostic vital ;

### **4.2 Comment faire appel à l'équipe palliative ?**

- en concertation avec le médecin de l'unité, l'intervention de l'équipe palliative peut être demandée. Aussi bien le médecin, le psychologue que le kinésithérapeute peuvent être appelés individuellement pour un patient.
- le médecin de l'unité fait la demande via le formulaire de demande de consultations internes.
- l'intervention d'un membre de l'équipe palliative peut être demandée via le formulaire.
- après la consultation un rapport est rédigé et enregistré dans le dossier électronique du patient.
- le médecin responsable du patient et l'infirmier en chef doivent être tenus au courant de toutes les demandes.
- Démarches voir Annexe 1.

### **4.3 Enregistrement des appels à l'équipe palliative**

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

- lors de chaque intervention, aussi bien du médecin, du psychologue, du kinésithérapeute que de l'infirmière, un rapport doit être rédigé.
- un fichier “Soins Palliatifs” est à la disposition dans le dossier informatisé du patient, dans lequel le rapport d'intervention de l'équipe palliative sera enregistré.
- chaque membre de l'équipe de soins a accès aux rapports.

### 4.4 Enregistrement de décès

- chaque décès sera enregistré par unité par l'infirmier-référent palliatif de cette unité.
- l'infirmier-référent palliatif de l'unité tiendra un dossier avec tous les formulaires d'enregistrement des décès remplis (voir Annexe 2).
- cet enregistrement servira à évaluer le nombre de patients ayant reçu des soins palliatifs avant leur décès et à estimer le besoin de soins palliatifs ; cet enregistrement servira aussi à fournir des informations à l'équipe palliative.

## 5. Annexes

### Annexe 1



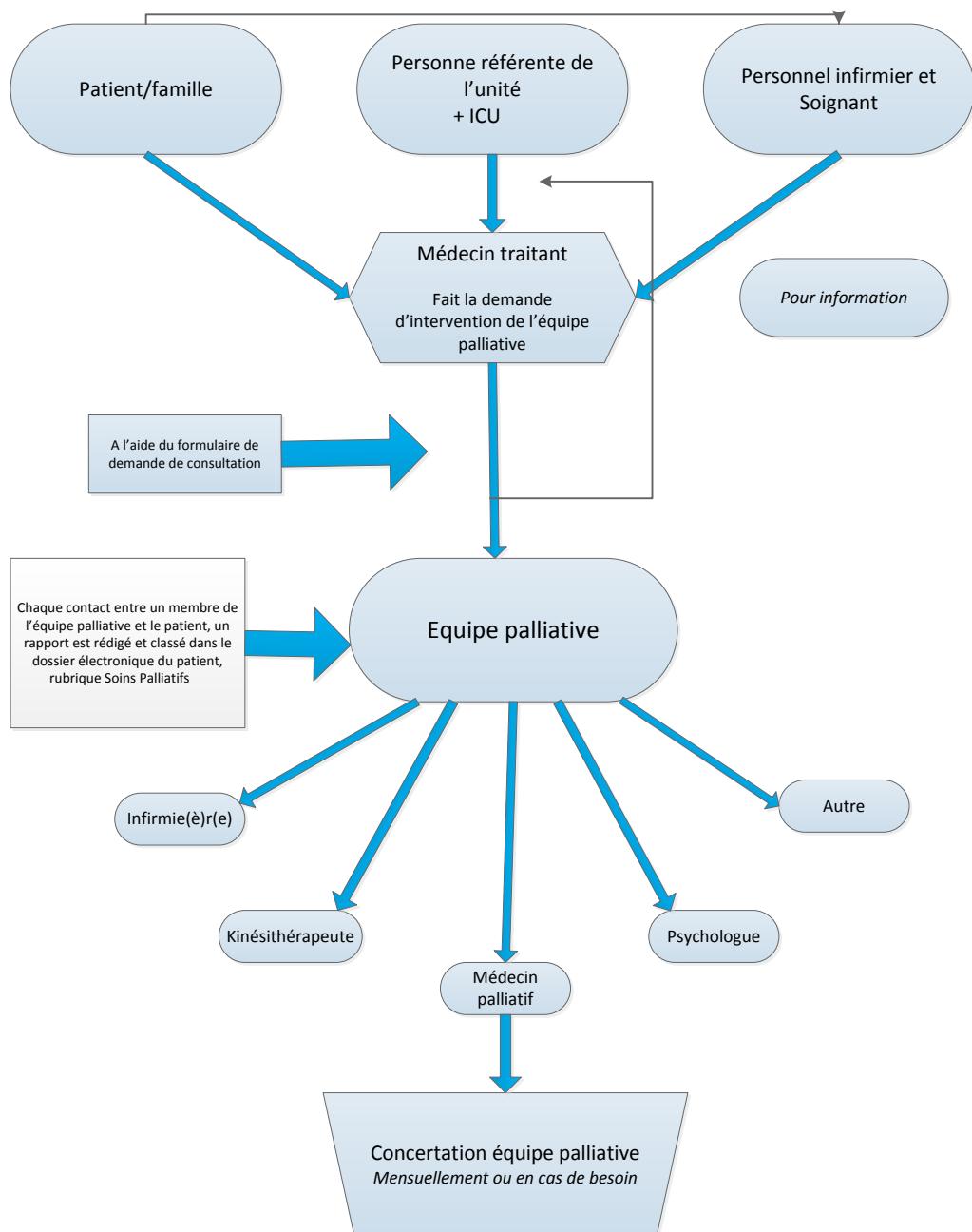
Logigram Palliatief  
Team FR.pdf

## Annexe 7 – Bijlage 7

Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos

Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos

Annexe 1 : Logigramme  
Équipe Palliative



## Annexe 2



## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

## Suivi après décès

**Initiales+ âge du patient + date du décès :**

**Cause du décès (attendu ou inattendu):**

**Diagnostic:**

**Des soins palliatifs étaient instaurés ?**

**Si oui, à partir de quelle date ?**

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheutbos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*



SILVA medical asbl-vzw  
LE BOIS DE LA PIERRE  
LA FORÊT DE SOIGNES  
SCHEUTBOS

### **PROCEDURE TUSSENKOMST VAN HET PALLIATIEF COMFORTTEAM IN HET ZIEKENHUIS OP DE SITE SCHEUTBOS**

Nr:	
Goedkeuring door :	Dr Anne Van Pottelsberghe – Alg. Med. Directeur Silva medical Nathalie Laridant – Dir. Verpleegk. Departement Silva medical
Auteur(s)	Dr Sophie Tobback – verantw. palliatief arts Ziekenhuis Scheutbos Jessica Vandenbroucke – verpleegk. middenkader De leden van het palliatief team
Datum en handtekening	
Versie en datum	1.0 van .....
Voorgaande versies	
Datum in voeging treding	.....
Plaats van dit elektronisch document.	Intranet SOS PROCEDURE 2017 : sleutelwoorden : palliatief comfortteam

Dit document is eigendom van Silva medical,

Nurs – Palliatief comfortteam

1

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

de verspreiding van dit document is verboden zonder voorafgaande  
toelating van de auteurs en de personen die de procedure goedgekeurd  
hebben.

### Inhoudsopgave

<b>1. Doelstelling van deze procedure .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Zone van verantwoordelijkheid : .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Definitie.....</b>	<b>3</b>
<b>4. Procedure.....</b>	<b>3</b>
<b>5. Bijlagen .....</b>	<b>6-7</b>

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

### 1. Doelstelling van deze procedure

Het definiëren van hoe, wie en wanneer er kan beroep gedaan worden op het palliatief comfortteam binnen een afdeling voor een patiënt.

### 2. Zone van verantwoordelijkheid

- de artsen
- de verantwoordelijke arts van het palliatief comfortteam
- de verpleegkundige middenkader
- alle leden van het palliatief comfortteam
- al het personeel dat in aanraking komt met de patiënt.

### 3. Definitie

#### 3.1 Palliatieve zorg

- palliatieve zorgen worden als volgt omschreven : “het geheel van **zorgen** dat wordt verstrekt aan de patiënt die zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een **ernstige** evolutieve en **levensbedreigende ziekte**.
- Een multidisciplinaire totaalzorg is van groot belang om de **begeleiding** van deze patiënten in hun laatste levensfase te waarborgen op **fysiek, psychisch, sociaal en moreel** vlak. De eerste doelstelling van palliatieve zorgen bestaat erin aan de patiënt en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en een maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de levenskwaliteit van de patiënt en zijn naasten voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren.
- Palliatieve zorg is niet noodzakelijk terminale zorg, men kan palliatieve zorg geven ongeacht de levensverwachting vanaf het ogenblik dat de ziekte ongeneeslijk is.

#### 3.2 Palliatief comfortteam

Het palliatief comfortteam is een dynamisch multidisciplinair team dat op alle afdelingen van het ziekenhuis alle facetten van palliatieve zorg kan toedienen.

Het palliatief comfortteam heeft oog voor nieuwe ontwikkelingen en gaat uitdagingen (zowel op medisch als op cultureel niveau) niet uit de weg. Hierbij houdt het team rekening met de waarden van SILVA medical.

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

Alle leden van het team hebben een vorming in palliatieve zorgen gevolgd.

Het team bestaat uit :

- een verantwoordelijke arts
- een verpleegkundige (met palliatieve opleiding) per afdeling onder leiding van het verpleegkundig middenkader
- een psycholoog
- een kinesitherapeut

### 4. Procedure

#### 4.1 Wie mag beroep doen op het palliatief team ?

- iedere patiënt, opgenomen in het ziekenhuis, die geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening, ongeacht de verwachte levenstermijn ;
- familie en/of naasten van een patiënt die geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening, ongeacht de verwachte levenstermijn ;
- alle professionelen die vragen hebben in verband met palliatieve zorg of in verband met een patiënt die geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening, ongeacht de verwachte levenstermijn.

#### 4.2 Hoe kan men beroep doen op het palliatief team ?

- in overleg met de arts van de afdeling kan beroep gedaan worden op het palliatief team. Zowel op de arts, de psycholoog als de kinesitherapeut kan individueel beroep gedaan worden voor een patiënt.
- de arts van de afdeling doet een aanvraag via het aanvraagformulier voor interne consultaties.
- op het aanvraagformulier zal kunnen gekozen worden voor een interventie van één van de leden van het palliatief team.
- na de consultatie wordt er een verslag opgemaakt en in het elektronisch dossier patiëntenbeheer bijgevoegd.
- de verantwoordelijke arts van de patiënt en het verpleegkundig diensthoofd dienen op de hoogte te worden gebracht van alle aanvragen.
- Stappenplan : zie Bijlage 1.

## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

### **4.3 Registratie van de oproepen van het palliatief team**

- bij iedere interventie, zowel van de arts, psycholoog, kinesist en verpleegkundige moet een verslag gemaakt worden ;
- een mapje “Palliatieve zorg” zal ter beschikking staan in het geïnformatiseerd dossier “Patiëntenbeheer”, waarin het verslag van de interventie van het palliatief team zal opgeslagen worden ;
- ieder lid van het zorgteam kan de verslagen lezen.

### **4.4 Overlijdensregistratie**

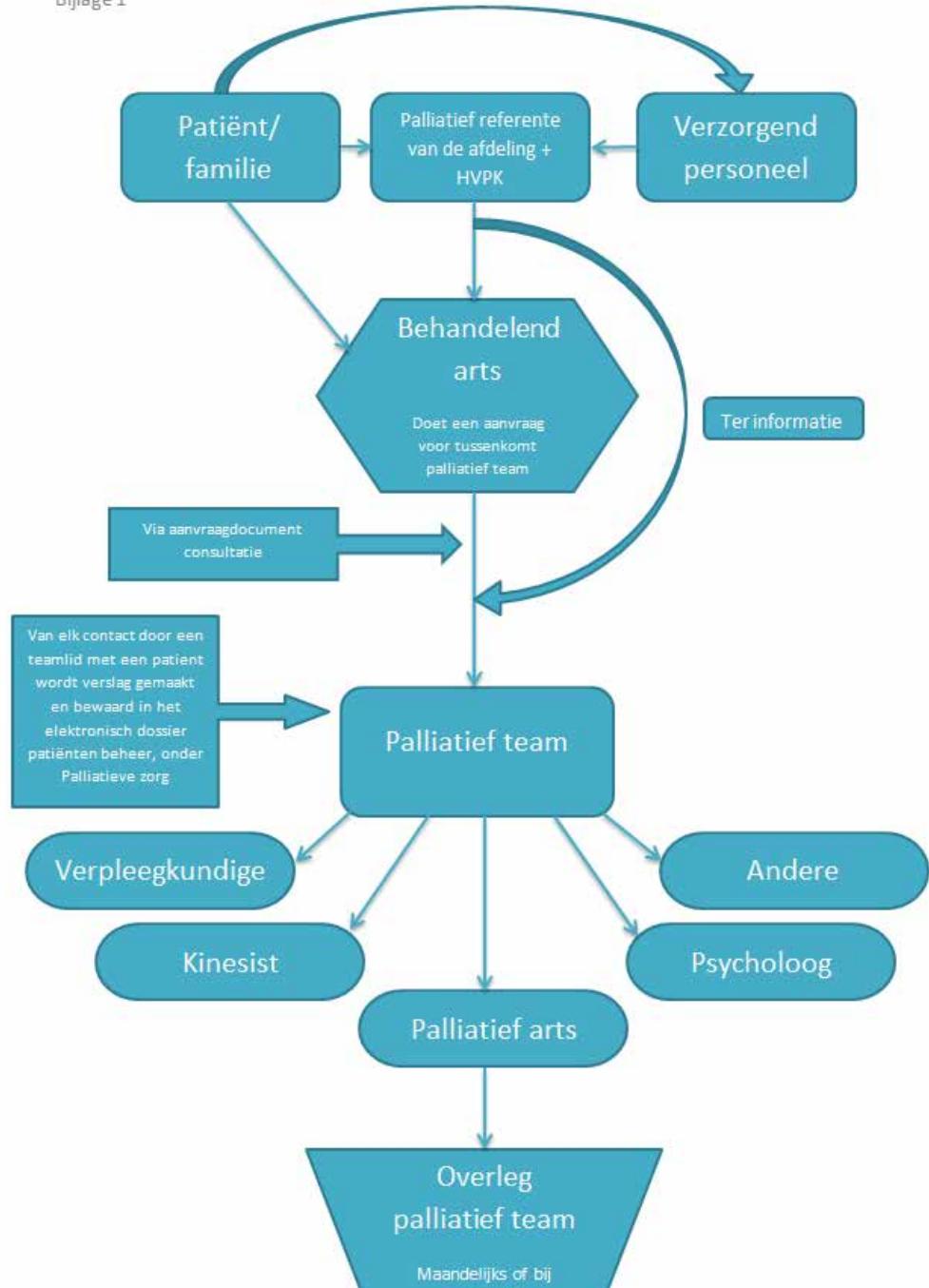
- ieder overlijden zal door de refetentiepersoon palliatieve zorg per afdeling geregistreerd worden
- de referentiepersoon palliatieve zorg zal een map bijhouden waarbij ieder overlijden een registratieblad wordt ingevuld (zie Bijlage 2.) ;
- deze registratie zal dienen om te evalueren hoeveel patiënten er voor het overlijden palliatieve zorg gekregen hebben en om de zorgnood te kunnen inschatten ; deze registratie zal ook gebruikt worden om informatie terug te koppelen naar het palliatief team.

## Annexe 7 – Bijlage 7

Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheutbos

Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos

Bijlage 1



## Annexe 7 – Bijlage 7

*Procédure d'appel de l'EMSP à la Clinique du Scheubos*

*Procedure beroep doen op het MTPZ in Ziekenhuis Scheutbos*

### Bijlage 2



## Verloop overlijden.

**Initialen+ leeftijd patiënt+ datum overlijden:**

**Orzaak overlijden ( verwacht of onverwacht):**

**Diagnose:**

**Was er palliatieve zorg aanwezig?**

**Zo ja, wanneer opgestart ?**

## Annexe 8 – Bijlage 8

*Définition des différents types de suivis en équipe mobile palliative*

*Definitie van de verschillende vormen van follow-up voor het MTPZ*

### ANNEXE 8

- Définition des « soins supports » (source Afsos.org).
  - ✓ Traduit de l'anglais « supportive care », le terme « soins de support » désigne « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ».
  - ✓ Les soins de support ont modifié le paysage de l'oncologie en proposant une meilleure qualité de vie aux patients et des modifications des modes de fonctionnement des professionnels et des organisations de soin.

#### À quel moment ?

- ✓ Les soins de support sont proposés depuis le début de la prise en charge (dispositif d'annonce), pendant les traitements et après les traitements, et jusqu'à la fin de la vie afin de proposer une qualité de vie optimale.

#### Objectifs des soins de support

- ✓ Diminuer les effets secondaires des traitements et les effets de la maladie et assurer une **meilleure qualité de vie possible aux patients et leurs proches**, sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins, et ce quel que soit leurs lieux de soins.

Dans la littérature, cela ne concerne que l'oncologie...

→ Nous proposons trois types de suivis

- ✓ Soins supports (ou « suivi oncologique précoce », valables pour oncologie et toute autre maladie évolutive incurable).
- ✓ Soins palliatifs.
- ✓ Autres (demande euthanasie,...)

## Annexe 8 – Bijlage 8

### *Définition des différents types de suivis et équipe mobile palliative Definitie van de verschillende vormen van follow-up voor het MTPZ*

#### BIJLAGE 8

- Definitie van « ondersteunende zorg » (Bron : Afsos.org).

- ✓ Vertaald uit het engels « supportive care », en betekent « het geheel van de nodige zorg en ondersteuning aan zieken, parallel met hun specifieke behandeling, voor de duur van hun ernstige aandoening.”
- ✓ De ondersteunende zorg heeft het landschap binnen de oncologie veranderd m.a.w. door het aanreiken van een betere levenskwaliteit en veranderingen aan de werkwijze van professionele zorgverleners en organisatie van de zorg.

#### Wanneer ?

- ✓ Ondersteunende zorgen worden voorgesteld van bij het begin van de opname, tijdens en na de behandelingen en tot het levenseinde van de patiënt teneinde hem een optimale levenskwaliteit te bieden.

#### Het doel van de ondersteunende zorg

- ✓ het verminderen van bijwerkingen bij behandelingen en de neveneffecten van de ziekte en het waarborgen van een betere levenskwaliteit voor de patiënten en un naasten, en dit zowel op fysieke, psychologisch en sociaal vlak, rekening houdend met de verscheidenheid van hun behoeften, dit alles ongeacht de plaats waar ze verzorgd worden.

In de literatuur wordt dit enkel toegepast in de oncologie...

→ Wij stellen drie types van opvolging voor

- ✓ Ondersteunende zorg (of « vroegtijdige oncologische opvolging », toegepast in de oncologie en bij alle progressieve ongeneeslijke ziekten).
- ✓ palliatieve zorg.
- ✓ andere (verzoek tot euthanasie,...)

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

### **28 MAI 2002. – Loi relative à l'euthanasie (M.B. du 22/06/2002, p. 28515)**

Cette loi a été modifiée par la loi du 10 novembre 2005.

#### *CONSOLIDATION OFFICIEUSE*

*Walllex – Le droit en Wallonie*

Travaux parlementaires:  
Session 1999-2000.  
Sénat.  
Documents parlementaires.  
– Proposition de loi de M. Mahoux, Mme Leduc, M. Monfils et Mmes Vanlerberghe, Nagy et De Roeck, 2-244 - n° 1.  
– Amendements, 2-244 - n° 2. Session 2000-2001.  
Sénat.  
Documents parlementaires.  
– Amendements, 2-244 - n° 3 à 20.  
– Avis de Conseil d'Etat, 2-244 - n° 21.  
– Rapport, 2-244 - n° 22.  
– Texte adopté par les commissions réunies, 2-244 - n° 23.  
– Annexe, 2-244 - n° 24.  
Session 2001-2002.  
Sénat.  
Documents parlementaires.  
– Amendements, 2-244 - n° 25.  
– Texte adopté en séance plénière et transmis à la Chambre des représentants, 2-244 - n° 26.  
Annales du Sénat.  
– 23, 24 et 25 novembre 2001.  
Chambre des représentants.  
Documents parlementaires.  
– Projet transmis par le Sénat, 50-1488 - n° 1.  
– Amendements, 50-1488  
– n° 2 à 8.  
– Rapport, 50-1488 - n° 9.  
– Amendements, 50-1488 - n° 10 et 11.  
– Texte adopté en séance plénière et soumis à la sanction royale, 50-1488  
– n° 12.- Décision de la commission de concertation, 50-82/30.  
Voir aussi:  
Compte rendu intégral. - 15 et 16 mai 2002.

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit:

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

#### **Chapitre premier Dispositions générales**

**Art. 2.** Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

#### **Chapitre II Des conditions et de la procédure**

**Art. 3. §1<sup>er</sup>.** Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
  - la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
  - le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

*Walllex – Le droit en Wallonie*

§2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas:

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4° si il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

§3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre:

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

*(Art. 3bis. Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiantne ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il agit conformément à la présente loi.*

*Le pharmacien fournit la substance euthanasiantne prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiantne.*

*Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantnes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public – Loi du 10 novembre 2005, art. 2 - M.B. du 13/12/2006, p. 53613).*

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

### **Chapitre III De la déclaration anticipée**

**Art. 4. §1<sup>er</sup>.** Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate:

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- qu'il est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échoue, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échoue, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

Cet alinéa a été exécuté par l'AR du 27 avril 2007.

**§2.** Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au §1<sup>er</sup>, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient:

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
  - est inconscient;
  - et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement:

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

Cet article a été exécuté par l'AR du 2 avril 2003.

#### **Chapitre IV De la déclaration**

**Art. 5.** Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

#### **Chapitre V La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation**

**Art. 6. §1<sup>er</sup>.** Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Cet article a été exécuté par l'AR du 8 décembre 2004.

**Art. 7.** La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets.

Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes:

- 1° les nom, prénoms et domicile du patient;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;
- 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
- 5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes:

- 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;
- 2° la date, le lieu et l'heure du décès;
- 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

- 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable;
- 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
- 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;
- 8° s'il existe une déclaration de volonté;
- 9° la procédure suivie par le médecin;
- 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
- 12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

**Art. 8.** La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

**Art. 9.** La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:

- a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

**Art. 10.** Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

**Art. 11.** Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

**Art. 12.** Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

**Art. 13.** Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

### **Chapitre VI Dispositions particulières**

**Art. 14.** La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

**Art. 15.** La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

**Art. 16.** La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 28 mai 2002.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Justice,

M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat:

Le Ministre de la Justice,

M. VERWILGHEN

## Annexe 9 – Bijlage 9

*Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie.**

(NOTA : Raadpleging van vroegere versies vanaf 22-06-2002 en tekstbijwerking tot **30-06-2016**)

**Bron : JUSTITIE**

**Publicatie : 22-06-2002 nummer : 2002009590 bladzijde : 28515 BEELD**

**Dossiernummer : 2002-05-28/37**

**Inwerkingtreding : 20-09-2002 (ART. 16)**

### Inhoudstafel

[Tekst](#)

[Begin](#)

Art. 1

**HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen.**

Art. 2

**HOOFDSTUK II. - Voorwaarden en procedure.**

Art. 3, 3bis

**HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.**

Art. 4

**HOOFDSTUK IV. - Aangifte.**

Art. 5

**HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.**

Art. 6-13

**HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen.**

Art. 14-16

### Tekst

[Inhoudstafel](#)

[Begin](#)

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

**HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen.**

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkenen, op diens verzoek.

**HOOFDSTUK II. - Voorwaarden en procedure.**

**Art. 3. § 1.** De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- [<sup>1</sup>] de patiënt een handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;]<sup>1</sup>

- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;

- de [<sup>1</sup>] meerderjarige of ontvoogde minderjarige]<sup>1</sup> patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

[<sup>1</sup>] - de minderjarige patiënt die oordeelsbekwaam is, zich in een medisch uitzichtloze

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenigd kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;]<sup>1</sup>**

**en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.**

**§ 2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen :**

**1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;**

**2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;**

**3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.**

**De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;**

**4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;**

**5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;**

**6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.**

**[<sup>1</sup> 7° indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinder- en jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.**

**De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteert dit schriftelijk.**

**De behandelende arts brengt de patiënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers op de hoogte van het resultaat van deze raadpleging.**

**Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1°, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt.]<sup>1</sup>**

**§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de [<sup>1</sup> meerderjarige of ontvoogde minderjarige]<sup>1</sup> patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :**

**1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;**

**2° minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.**

**§ 4. [<sup>1</sup> Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld]<sup>1</sup>. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.**

**Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.**

**De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.**

**[<sup>1</sup> § 4/1. Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld, wordt aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden.]<sup>1</sup>**

**§ 5. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.**

**(1)<W 2014-02-28/03, art. 2, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>**

**Art. 3bis. <ingevoegd bij W 2005-11-10/68, art. 2; Inwerkingtreding : 23-12-2005> De apotheker die een euthanaticum aflevert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrijf waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.**

**De apotheker levert persoonlijk het voorgeschreven euthanaticum aan de arts af. De Koning bepaalt de zorgvuldigheidsregels en voorwaarden waaraan het voorschrijf en de aflevering van geneesmiddelen die als euthanaticum worden gebruikt, moeten voldoen.**

**De Koning neemt de nodige maatregelen om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in officina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek.**

### **HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.**

**Art. 4. § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :**

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;**
- hij niet meer bij bewustzijn is;**
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.**

**In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**brengen van de wil van de patiënt. Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.**

**De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(o)n(e)n.**

**Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.**

**Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.**

**Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.**

**De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.**

**De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.**

**§ 2. De arts die euthanasie toepast, tengevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :**

**- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;**

**- hij niet meer bij bewustzijn is;**

**- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is; en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.**

**Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :**

**1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.**

**De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;**

**2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;**

**3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;**

**4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**vertrouwenspersoon zijn aangewezen.**

**De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.**

#### **HOOFDSTUK IV. - Aangifte.**

**Art. 5.** De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

#### **HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.**

**Art. 6. § 1.** Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet, hierna te noemen " de commissie ".

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, [<sup>2</sup>] van wie er minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar zijn] <sup>2</sup> aan een Belgische universiteit. [<sup>2</sup> Vier leden zijn docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit]<sup>2</sup>, of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of gewestregering.

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door [<sup>1</sup> Kamer van volksvertegenwoordigers]<sup>1</sup>, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De commissie kan slechts geldig beslissen als twee derden van de leden aanwezig zijn.

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

(1)<W 2014-01-06/63, art. 21, 002; Inwerkingtreding : 25-05-2014>

(2)<W 2016-06-16/09, art. 2, 004; Inwerkingtreding : 10-07-2016>

**Art. 7.** De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden.

Dit document bestaat uit twee delen. Het DEEL I moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens :

1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;

2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;

3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;**

**4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;**

**5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(o)n(en).**

**[6° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en het adres van de apotheker die het euthanaticum heeft afgeleverd, de afgeleverde producten en hun hoeveelheid en eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd.]**

<Errata, zie B.St. 21-03-2016, p. 19410>

**Dit DEEL I is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietaak.**

**Het tweede deel is eveneens vertrouwelijk en bevat de volgende gegevens :**

**1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt [<sup>1</sup> en, met betrekking tot de minderjarige patiënt, of hij ontvoogd was];**

**2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;**

**3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;**

**4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;**

**5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;**

**6° op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;**

**7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;**

**8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;**

**9° de procedure die de arts gevuld heeft;**

**10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;**

**11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;**

**12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.**

-----  
**(1)<W 2014-02-28/03, art. 3, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>**

**Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het DEEL I van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.**

**De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.**

**Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.**

**Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**Art. 9.** Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :

- a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;
- b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;
- c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.

Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaak zoals bepaald in artikel 8.

De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

**Art. 10.** De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

**Art. 11.** De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

**Art. 12.** Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

**Art. 13.**<sup>1</sup> Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Kamer van volksvertegenwoordigers is ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Kamer van volksvertegenwoordigers.]<sup>1</sup>

-----  
(1)<W [2014-01-06/63](#), art. 22, 002; Inwerkingtreding : 25-05-2014>

### **HOOFDSTUK VI.** - Bijzondere bepalingen.

**Art. 14.** 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.

Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**Weigerde de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.**

**De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.**

**Art. 15. Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.**

**De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team.**

**Art. 16. Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.**

### **Handtekening**

**Tekst**

**Inhoudstafel**

**Begin**

**Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.**

**Brussel, 28 mei 2002.**

**ALBERT**

**Van Koningswege :**

**De Minister van Justitie,**

**M. VERWILGHEN**

**Met 's Lands zegel gezegeld :**

**De Minister van Justitie,**

**M. VERWILGHEN.**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

## **22 AOÛT 2002. – Loi relative aux droits du patient (M.B. du 26/09/2002, p. 43719)**

### *CONSOLIDATION OFFICIEUSE*

Documents de la Chambre des représentants:  
50-1642/2001/2002:

n° 1: Projet de loi. - n° 2 à 11: Amendements. - n° 12: Rapport. n° 13: Texte adopté par la commission. -  
n° 14: Amendement.

Compte rendu intégral: 15 juillet 2002.

Documents du Sénat: 2-1250-2001-2002:

n° 1: Projet évoqué par le Sénat. - n° 2: Amendements. - n° 4: Amendement. - n° 6: Décision de ne pas amender.  
Annales du Sénat: 19 juillet 2002.

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit:

### **Chapitre premier Disposition générale**

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

### **Chapitre II Définitions et champs d'application**

**Art. 2.** Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par:

1<sup>o</sup> patient: la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non;

2<sup>o</sup> soins de santé: services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie;

3<sup>o</sup> praticien professionnel: le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

**Art. 3. §1<sup>er</sup>.** La présente loi s'applique aux rapports juridiques (*contractuels et extra-contractuels* - Loi du 13 décembre 2006, art. 61 - M.B. du 22/12/2006, p. 73782 - Entrée en vigueur le 01/01/2007) de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient.

§2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, préciser les règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques visés au §1<sup>er</sup>, définis par Lui, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

**Art. 4.** Dans la mesure où le patient y apporte son concours, le praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi. Dans l'intérêt du patient, il agit le cas échéant en concertation pluridisciplinaire.

### **Chapitre III Droits du patient**

**Art. 5.** Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

**Art. 6.** Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.

**Art. 7. §1<sup>er</sup>.** Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire.

Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit.

*(Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations visées au §1<sup>er</sup> par l'entremise de celle-ci. Le cas échéant, le praticien professionnel note, dans le dossier du patient, que les informations ont été communiquées, avec l'accord du patient, à la personne de confiance ou qu'elles ont été communiquées au patient en la présence de la personne de confiance, et il note l'identité de*

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

*cette dernière. En outre, le patient peut demander explicitement que les données susmentionnées soient inscrites dans le dossier du patient – Loi du 13 décembre 2006, art. 62 - M.B. du 22/12/2006, p. 73782).*

§3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au §2, alinéa 3.

La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§4. Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au §1<sup>er</sup> au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée dont question au §2, alinéa 3.

Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le praticien professionnel doit les communiquer.

**Art. 8. §1<sup>er</sup>.** Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au §1<sup>er</sup>, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§3. Les informations visées au §1<sup>er</sup> sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§2 et 3 de l'article 7.

§4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au §1<sup>er</sup>, pour une intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel.

Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

**Art. 9. §1<sup>er</sup>.** Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant.

§2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant.

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

## Annexe 9 – Bijlage 9

### Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002

Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002

Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient

Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient

A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (*Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient* – Loi du 13 décembre 2006, art. 63, 1<sup>o</sup> - M.B. du 22/12/2006, p. 73782).

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, §4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3.

§3. Le patient a le droit d'obtenir (...) – Loi du 13 décembre 2006, art. 63, 2<sup>o</sup>, a) - M.B. du 22/12/2006, p. 73782) une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au §2. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle. (*Le Roi peut fixer le montant maximum pouvant être demandé au patient par page copiée, copie donnée en application du droit précité d'obtenir une copie ou sur un autre support d'information* – Loi du 13 décembre 2006, art. 63, 2<sup>o</sup>, b) - M.B. du 22/12/2006, p. 73782).

Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au §2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au §2, alinéa 3.

**Art. 10.** §1<sup>er</sup>. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé.

Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

§2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

**Art. 11.** §1<sup>er</sup>. Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente.

§2. La fonction de médiation a les missions suivantes:

1<sup>o</sup> la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel;

2<sup>o</sup> la médiation concernant les plaintes visées au §1<sup>er</sup> en vue de trouver une solution;

3<sup>o</sup> l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2<sup>o</sup>;

4<sup>o</sup> la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation;

5<sup>o</sup> la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au §1<sup>er</sup>, ne se reproduisent.

§3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort.

Ce paragraphe a été exécuté par l'AR du 19 mars 2007.

Cet article a été exécuté par l'AR du 8 juillet 2003.

**(Art. 11bis.** Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur – AR du 24 novembre 2004, art. 2 - M.B. du 17/10/2005, p. 44341).

## Chapitre IV Représentation du patient

**Art. 12.** §1<sup>er</sup>. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

§2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

**Art. 13.** §1<sup>er</sup>. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur.

§2. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

**Art. 14.** §1<sup>er</sup>. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur ne relevant pas d'un des statuts visés à l'article 13, sont exercés par la personne, que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même.

La désignation de la personne visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, dénommée ci-après « mandataire désigné par le patient » s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par le biais d'un écrit daté et signé.

§2. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si cette personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre subséquent, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeurs du patient.

Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées dans le présent paragraphe.

§3. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

(§4. *Le droit d'introduire une plainte visé à l'article 11, peut, par dérogation aux §§1<sup>er</sup> et 2, être exercé par les personnes visées à ces paragraphes, telles que désignées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sans devoir respecter l'ordre prévu – Loi du 13 décembre 2006, art. 64 - M.B. du 22/12/2006, p. 73782).*

Ce paragraphe a été exécuté par l'AR du 15 février 2007.

**Art. 15.** §1<sup>er</sup>. En vue de la protection de la vie privée du patient telle que visée à l'article 10, le praticien professionnel concerné peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée aux articles 12, 13 et 14 visant à obtenir consultation ou copie comme visé à l'article 9, §2, ou §3. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par le praticien professionnel désigné par le mandataire.

§2. Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, 13 et 14, §2. Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 14, §1<sup>er</sup>, le praticien professionnel n'y déroge que pour autant que cette personne ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

§3. Dans les cas visés aux §§1<sup>er</sup>, et 2, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient.

## **Chapitre V Commission fédérale « Droits du patient »**

**Art. 16.** §1<sup>er</sup>. Une Commission fédérale « Droits du patient » est créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§2. Elle aura pour mission:

1<sup>o</sup> de collecter et traiter des données nationales et internationales concernant des matières relatives aux droits du patient;

2<sup>o</sup> de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels;

3<sup>o</sup> d'évaluer l'application des droits fixés dans la présente loi;

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

4° d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation;

5° de traiter les plaintes relatives au fonctionnement d'une fonction de médiation.

§3. Un service de médiation est créé auprès de la commission. Il est compétent pour renvoyer une plainte d'un patient concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi à la fonction de médiation compétente ou, à défaut de celle-ci, pour la traiter lui-même, comme visé à l'article 11, §2, 2°, et 3°.

§4. Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient ». Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs tels que visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés peuvent également être prévus en tant que membres à voix consultative.

§5. Le secrétariat de la commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Ce paragraphe a été exécuté par l'AMN du 14 novembre 2003.

Cet article a été exécuté par l'AR du 13 septembre 2004 (Commission fédérale « Droits du patient » - composition et fonctionnement).

Ce paragraphe 5 a été exécuté par l'AMN du 14 novembre 2003 (Commission fédérale « Droits du patient » - nomination du secrétaire).

Cet article a été exécuté:

- par l'AR du 1<sup>er</sup> avril 2003;
- par l'AMN du 7 juillet 2003;
- par l'AR du 13 septembre 2004;
- par l'AR du 19 mars 2007.

## **Chapitre VI Dispositions modificatives et finales**

**Art. 17.** Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, sont apportées les modifications suivantes:

1° Dans le titre I<sup>er</sup> est inséré un chapitre V (nouveau), rédigé comme suit:

### **« Chapitre V Respect des droits du patient. »**

2° Un article 17novies est ajouté, libellé comme suit:

« Art. 17novies. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les droits du patient.

Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70quater afin d'y être traitées.

A sa demande, le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations concernant les relations juridiques visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> et définies par le Roi après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi de 22 août 2002 relative aux droits du patient.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent explicitement autrement. »;

3° Un article 70quater est ajouté, libellé comme suit:

« Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, §1<sup>er</sup>, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre hôpitaux. »

**Art. 18.** §1<sup>er</sup>. L' alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 10, §2, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, est modifié comme suit:

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patient*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patient*

« Sans préjudice de l'article 9, §2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, toute personne a le droit, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien professionnel en soins de santé, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé. »

§2. L'alinéa 2 de l'article 10, §2, de la même loi, est modifié comme suit:

« Sans préjudice de l'article 9, §2, de la loi précitée, la communication peut être effectuée par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé choisi par la personne concernée, à la demande du responsable du traitement ou de la personne concernée. »

**Art. 19.** L'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par la disposition suivante:

« Art. 95. - Information médicale - Le médecin choisi par l'assuré peut remettre à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat. Ces certificats se limitent à une description de l'état de santé actuel.

Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assureur. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré.

L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur.

Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès.

Lorsqu'il n'existe plus de risque pour l'assureur, le médecin-conseil restitue, à leur demande, les certificats médicaux à l'assuré ou, en cas de décès, à ses ayants droit. ».

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 22 août 2002.

ALBERT

Par le Roi:

La Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,

Mme M. AELVOET

Scellé du sceau de l'Etat:

Le Ministre de la Justice,

M. VERWILGHEN

## Annexe 9 – Bijlage 9

*Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**22 AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt.**  
(NOTA : Raadpleging van vroegere versies vanaf 26-09-2002 en tekstbijwerking tot **14-05-2014**) [Zie wijziging\(en\)](#)

**Bron :** SOCIALE ZAKEN.VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

**Publicatie :** 26-09-2002 **nummer :** 2002022737 **bladzijde :** 43719 [BEELD](#)

**Dossiernummer :** 2002-08-22/45

**Inwerkingtreding :** 06-10-2002

### Inhoudstafel

[Tekst](#)

[Begin](#)

**[HOOFDSTUK I.](#)** - Algemene bepaling.

Art. 1

**[HOOFDSTUK II.](#)** - Definities en toepassingsgebied.

Art. 2-4

**[HOOFDSTUK III.](#)** - Rechten van de patiënt.

Art. 5-8, 8/1, 8/2, 9-11, 11bis

**[HOOFDSTUK IV.](#)** - Vertegenwoordiging van de patiënt.

Art. 12-15

**[HOOFDSTUK V.](#)** - Federale commissie " Rechten van de patiënt ".

Art. 16

**[HOOFDSTUK VI.](#)** - Wijzigende en slotbepalingen.

Art. 17-19

### Tekst

[Inhoudstafel](#)

[Begin](#)

**[HOOFDSTUK I.](#)** - Algemene bepaling.

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

**[HOOFDSTUK II.](#)** - Definities en toepassingsgebied.

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder :

1° patiënt : de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;

2° gezondheidszorg : diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt [<sup>1</sup>, om het uiterlijk van een patiënt om voornamelijk esthetische redenen te veranderen of om de patiënt bij het sterven te begeleiden];

3° beroepsbeoefenaar : de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

-----  
**(1)<W 2013-05-23/21, art. 8, 003; Inwerkingtreding : 12-07-2013>**

**[Art. 3.](#)** § 1. Deze wet is van toepassing op (contractuele en buitencontractuele)

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt. <W [2006-12-13/35](#), art. 61, 002; Inwerkingtreding : 01-01-2007>**

**§ 2. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie kan de Koning nadere regels bepalen inzake de toepassing van de wet op door Hem te omschrijven in § 1 bedoelde rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.**

**Art. 4. In de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden. In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg.**

### **HOOFDSTUK III. - Rechten van de patiënt.**

**Art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.**

**Art. 6. De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.**

**Art. 7. § 1. De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.**

**§ 2. De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke taal.**

**De patiënt kan erom verzoeken dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd. (De patiënt heeft het recht zich te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon of het recht op de in § 1 bedoelde informatie uit te oefenen via deze persoon. De beroepsbeoefenaar noteert in voorkomend geval in het patiëntendossier dat de informatie, met akkoord van de patiënt, werd meegeleerd aan de vertrouwenspersoon of aan de patiënt in aanwezigheid van de vertrouwenspersoon evenals de identiteit van laatstgenoemde. De patiënt kan bovendien uitdrukkelijk verzoeken dat voormelde gegevens in het patiëntendossier worden opgenomen.) <W [2006-12-13/35](#), art. 62, 002; Inwerkingtreding : 01-01-2007>**

**§ 3. De informatie wordt niet aan de patiënt verstrekt indien deze hierom uitdrukkelijk verzoekt tenzij het niet meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt of derden oplevert en mits de beroepsbeoefenaar hierover voorafgaandelijk een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd en de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon, bedoeld in § 2, derde lid, heeft gehoord.**

**Het verzoek van de patiënt wordt opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.**

**§ 4. De beroepsbeoefenaar mag de in § 1 bedoelde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voorzover het meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd.**

**In dergelijk geval voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier en licht hij de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon bedoeld in**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

#### § 2, derde lid, in.

**Zodra het meedelen van de informatie niet langer het in het eerste lid bedoelde nadeel oplevert, moet de beroepsbeoefenaar de informatie alsnog meedelen.**

**Art. 8. § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.**

Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.

Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

**§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.**

**§ 3. De in § 1 bedoelde informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt en onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten voorzien in § 2 en § 3 van artikel 7.**

**§ 4. De patiënt heeft het recht om de in § 1 bedoelde toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken.**

Op verzoek van de patiënt of de beroepsbeoefenaar wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

De weigering of intrekking van de toestemming heeft niet tot gevolg dat het in artikel 5 bedoelde recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking jegens de beroepsbeoefenaar ophoudt te bestaan.

Indien de patiënt toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen, schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven tussenkomst van de beroepsbeoefenaar te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd zolang de patiënt ze niet herroeft op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.

**§ 5. Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wiltsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.**

**Art. 8/1. [<sup>1</sup> De beroepsbeoefenaar informeert de patiënt of hij al dan niet beschikt over een verzekерingsdekking of een andere individuele of collectieve vorm van bescherming met betrekking tot de beroepsaansprakelijkheid.]<sup>1</sup>**

(1)<Ingevoegd bij W [2014-04-10/23](#), art. 174, 005; Inwerkingtreding : 10-05-2014>

**Art. 8/2. [<sup>1</sup> De beroepsbeoefenaar informeert de patiënt omtrent zijn vergunnings- of registratiestatus.]<sup>1</sup>**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

-----  
**(1)<Ingevoegd bij W [2014-04-10/23](#), art. 175, 005; Inwerkingtreding : 10-05-2014>**

**Art. 9. § 1. De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.**

**Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.**

**§ 2. De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier.**

**Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijd en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven.**

**De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.**

**Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de in het derde lid bedoelde persoonlijke notities. (In dit geval is het verzoek van de patiënt schriftelijk geformuleerd en worden het verzoek en de identiteit van de vertrouwenspersoon opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.) <W [2006-12-13/35](#), art. 63, 1°, 002; Inwerkingtreding : 01-01-2007>**

**Indien het patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in artikel 7, § 4, tweede lid, die nog steeds van toepassing is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een door hem aangewezen beroepsbeoefenaar, die ook inzage heeft in de in het derde lid, bedoelde persoonlijke notities.**

**§ 3. De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier (...), overeenkomstig de in § 2 bepaalde regels. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. (De Koning kan het maximumbedrag vaststellen dat aan de patiënt mag worden gevraagd per gekopieerde pagina die in toepassing van voornoemd recht op afschrift wordt verstrekt of andere dragers van informatie.) <W [2006-12-13/35](#), art. 63, 2°, 002; Inwerkingtreding : 01-01-2007>**

**De beroepsbeoefenaar weigert dit afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen.**

**§ 4. Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in § 2 bedoelde recht op inzage voorzover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in § 2, derde lid, bedoelde persoonlijke notities.**

**Art. 10. § 1. De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid.**

**De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit. Behoudens akkoord van de patiënt, kunnen enkel de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar, aanwezig zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen.**

**§ 2. Geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht dan voor zover het bij wet is voorzien en nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen.**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**Art. 11.** § 1. De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

§ 2. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten :

1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;

2° het bemiddelen bij de in § 1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;

3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;

4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;

5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht.

§ 3. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad regelt de Koning de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie dient te voldoen wat betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

**Art. 11bis.** <ingevoegd bij L 2004-11-24/42, art. 2 ; Inwerkingtreding : 27-10-2005>  
Elkeen behoort van de beroepsbeoefenaars in de zorgsector de meest aangepaste zorg te krijgen om de pijn te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten.

### **HOOFDSTUK IV.** - Vertegenwoordiging van de patiënt.

**Art. 12.** § 1. Bij een patiënt die minderjarig is, worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd.

§ 2. De patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. De in deze wet opgesomde rechten kunnen door de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig worden uitgeoefend.

### **Art. 13.**

<Opgeheven bij W 2013-03-17/14, art. 214, 004; Inwerkingtreding : 01-09-2014 (W 2014-05-12/02, art. 22)>

**Art. 14.**[<sup>1</sup>] § 1. De in deze wet vervatte rechten van een meerderjarige persoon [<sup>2</sup> ...]<sup>2</sup> worden door de persoon zelf uitgeoefend voor zover hij hiertoe wilsbekwaam is.

Deze rechten worden evenwel uitgeoefend door een persoon die de patiënt vooraf heeft aangewezen om in zijn plaats op te treden, voor zover en zolang hij niet in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.

De aanwijzing van de in het tweede lid bedoelde persoon geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt of door de door hem aangewezen vertegenwoordiger door middel van een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.

§ 2. Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger aangewezen of treedt de door de patiënt

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**aangewezen vertegenwoordiger niet op, dan worden de rechten bepaald bij deze wet uitgeoefend door de bewindvoerder over de persoon, na machtiging door de vrederechter overeenkomstig artikel 499/7, § 1, van het Burgerlijk Wetboek, voor zover en zolang de beschermd persoon niet in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.**

**§ 3. Is er geen bewindvoerder die bevoegd is om de patiënt krachtens § 2 te vertegenwoordigen, dan worden de rechten bepaald bij deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner.**

**Indien de persoon die krachtens het eerste lid kan optreden dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in opeenvolgende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt.**

**Indien ook de persoon die krachtens het tweede lid kan optreden 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 personen die krachtens § 2 of krachtens het eerste en het tweede lid kunnen optreden.**

**§ 4. De patiënt wordt zoveel mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.**

**§ 5. Het in artikel 11 bedoelde klachtrecht kan in afwijking van §§ 1, 2 en 3 worden uitgeoefend door de in voornoemde paragrafen bedoelde personen die door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad zijn aangewezen zonder dat de voorziene volgorde in acht moet worden genomen.]<sup>1</sup>**

---

**(1)<W [2013-03-17/14](#), art. 215, 004; Inwerkingtreding : 01-09-2014 (W [2014-05-12/02](#), art. 22)>**

**(2)<W [2014-04-25/23](#), art. 214, 006; Inwerkingtreding : 01-09-2014>**

**Art. 15.§ 1. Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zoals bedoeld in artikel 10, kan de betrokken beroepsbeoefenaar het verzoek van de in artikel 12 [...] en 14 bedoelde persoon om inzage of afschrift zoals bedoeld in artikel 9, § 2, of § 3, geheel of gedeeltelijk weigeren. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.**

**§ 2. In het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden, wijkt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, af van de beslissing genomen door de in artikel 12, [14, § 2 of 3]<sup>1</sup> bedoelde persoon. Indien de beslissing genomen werd door een in artikel 14, § 1, bedoelde persoon, wijkt de beroepsbeoefenaar hiervan slechts af voor zover die persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt.**

**§ 3. In de gevallen van § 1, en § 2, voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier.**

---

**(1)<W [2013-03-17/14](#), art. 216, 004; Inwerkingtreding : 01-09-2014 (W [2014-05-12/02](#), art. 22)>**

**HOOFDSTUK V. - Federale commissie " Rechten van de patiënt ".**

**Art. 16.§ 1. Bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt een Federale commissie " Rechten van de patiënt " opgericht.**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

#### **§ 2. Bedoelde commissie heeft tot taak :**

**1° verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden;**

**2° op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars;**

**3° evalueren van de toepassing van de rechten bepaald in deze wet;**

**4° evalueren van de werking van de ombudsfuncties [<sup>1</sup> en terzake aanbevelingen formuleren]<sup>1</sup>;**

**5° [<sup>1</sup> ...]<sup>1</sup>.**

**§ 3. Bij de commissie wordt een ombudsdienst opgericht.** Deze is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, door te verwijzen naar de bevoegde ombudsfunctie of bij ontstentenis hiervan, deze zelf te behandelen, zoals bedoeld in artikel 11, § 2, 2°, en 3°.

**§ 4. De Koning bepaalt nadere regelen inzake de samenstelling en de werking van de Federale commissie " Rechten van de patiënt ". In de samenstelling wordt een evenwichtige verhouding gewaarborgd tussen vertegenwoordigers van de patiënten, van de beroepsbeoefenaars, de ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 2, i, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als leden met raadgevende stem kunnen eveneens ambtenaren van betrokken ministeriële departementen of overheidsdiensten worden voorzien.**

**§ 5. Het secretariaat van de commissie wordt waargenomen door de ambtenaar-generaal aangeduid door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid.**

-----  
**(1)<W [2014-04-10/23](#), art. 176, 005; Inwerkingtreding : 10-05-2014>**

#### **HOOFDSTUK VI. - Wijzigende en slotbepalingen.**

**Art. 17. In de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :**

**1° In titel 1 wordt een hoofdstuk V (nieuw) ingevoegd, luidend als volgt :**

**" HOOFDSTUK V. - Naleving van de rechten van de patiënt. ";**

**2° Er wordt een artikel 17novies ingevoegd, luidend als volgt :**

**Art. 17novies. Ieder ziekenhuisleeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.**

**Ieder ziekenhuis waakt erover dat alle klachten in verband met de naleving van het vorig lid, kunnen worden neergelegd bij de in artikel 70quater bedoelde ombudsfunctie om er te worden behandeld.**

**Op zijn verzoek heeft de patiënt het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk informatie inzake de in het eerste lid bedoelde rechtsverhoudingen te ontvangen die door de Koning wordt bepaald na advies van de in artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bedoelde commissie.**

**Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars, in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde**

## Annexe 9 – Bijlage 9

### *Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**rechten van de patiënt, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door beroepsbeoefenaars ten aanzien van wie in de in het vorige lid bedoelde informatie uitdrukkelijk anders is bepaald. ";**

**3° Er wordt een artikel 70quater ingevoegd, luidend als volgt :**

**" Art. 70quater. Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend. "**

**Art. 18.** § 1. Het eerste lid van artikel 10, § 2, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zoals gewijzigd door de wet van 11 december 1998 wordt als volgt gewijzigd :

**" Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 9, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, heeft elke persoon het recht om hetzij op rechtstreekse wijze hetzij met behulp van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kennis te krijgen van de persoonsgegevens die betreffende zijn gezondheid worden verwerkt. "**

**§ 2. Het tweede lid van artikel 10, § 2, van dezelfde wet, wordt als volgt gewijzigd :**

**" Onverminderd het bepaalde in artikel 9, § 2, van voornoemde wet, kan op verzoek van de verantwoordelijke van de verwerking of op verzoek van de betrokkenen, de mededeling gebeuren door tussenkomst van een door de betrokkenen gekozen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. "**

**Art. 19.** Artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt vervangen door de volgende bepaling :

**" Art. 95. - Medische informatie - De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afleveren die voor het sluiten of het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand.**

**Deze verklaringen mogen uitsluitend aan de adviserend arts van de verzekeraar worden bezorgd. Deze mag de verzekeraar geen informatie geven die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor de verklaringen werden opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde.**

**Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst, kan slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen.**

**Mits de verzekeraar aantooft de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak.**

**Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, bezorgt de adviserend arts de geneeskundige verklaringen, op hun verzoek, terug aan de verzekerde of, in geval van overlijden, aan zijn rechthebbenden.**

**Handtekening**

**Tekst**

**Inhoudstafel**

**Begin**

## Annexe 9 – Bijlage 9

*Les trois lois de 2002 / De 3 wetten van 2002*

*Voir annexe 1 pour la Loi sur les soins palliatifs du 14/06/2002 / Cfr bijlage 1 voor de Wet Palliatieve Zorg van 14/6/2002*

*Loi du 28/05/2002 sur l'euthanasie / Wet van 28/5/2002 over de rechten van de patiënt*

*Loi du 22/08/2002 sur les droits du patient / Wet van 22/8/2002 over de rechten van de patiënt*

**Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.**

**Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 22 augustus 2002.**

**ALBERT**

**Van Koningswege :**

**De Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu,**

**Mevr. M. AELVOET**

**Met 's Lands zegel gezegeld :**

**De Minister van Justitie,**

**M. VERWILGHEN.**

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*



### **PROCEDURE à suivre en cas de demande d'euthanasie SILVA medical**

Auteur(s)	Dr Anne Van Pottelsberghe, Dr Corinne Vaysse-Van Oost, Dr Jean Claude Lemper, Dr Sophie Tobback, Dr Jacqueline Somville, Nathalie Laridant Bénédicte Preud'homme, Chantal Lamock, Peter Everaert, Valérie Vercoille, Giselda Adinolfi, Marie Mattys, Nathalie Martin, David Bourgeois
Validation par	Dr Anne Van Pottelsberghe Nathalie Laridant
Date et signatures	Dr A. Van Pottelsberghe :  Nathalie Laridant :
Version et date	
Versions précédentes	/
Date de mise en vigueur	Novembre 2017
Localisation du document électronique	Intranet – Mots clés « Procédure - Euthanasie »

Ce document est la propriété de SILVA medical  
Sa diffusion est interdite sans l'autorisation des auteurs et approbateurs du document

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*

### **Table des matières**

<b>1.</b>	<b>Objectifs de ce document de procédure .....</b>	<b>P. 3</b>
<b>2.</b>	<b>Préambule.....</b>	<b>P. 3</b>
<b>3.</b>	<b>Personnel concerné .....</b>	<b>P. 3</b>
<b>4.</b>	<b>Conditions légales.....</b>	<b>P. 3&amp;4</b>
<b>5.</b>	<b>La demande d'euthanasie.....</b>	<b>P. 4</b>
<b>5.1.</b>	<b>La demande .....</b>	<b>P. 4</b>
<b>5.2.</b>	<b>Les conditions .....</b>	<b>P. 4&amp;5</b>
<b>6.</b>	<b>Le cheminement du médecin avec son équipe et le patient.....</b>	<b>P. 5</b>
<b>7.</b>	<b>Le médecin fait appel à un second médecin pour un second avis</b>	<b>P. 5&amp;6</b>
<b>8.</b>	<b>La rédaction de la demande du patient .....</b>	<b>P. 6</b>
<b>9.</b>	<b>Espérance de vie .....</b>	<b>P. 7</b>
<b>9.1.</b>	<b>Si le décès intervient rapidement .....</b>	<b>P. 7</b>
<b>9.2.</b>	<b>Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra pas à brève échéance.....</b>	<b>P. 7</b>
<b>10.</b>	<b>Le médecin s'entretient avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci et avec son médecin traitant.....</b>	<b>P. 7</b>
<b>11.</b>	<b>Le médecin s'entretient avec les proches du patient .....</b>	<b>P. 7</b>
<b>12.</b>	<b>Le médecin s'assure que le patient a eu l'occasion de s'entretenir avec ses proches.....</b>	<b>P. 8</b>
<b>13.</b>	<b>Le jour de l'euthanasie .....</b>	<b>P. 8</b>
<b>14.</b>	<b>La déclaration à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation .....</b>	<b>P. 8</b>
<b>15.</b>	<b>La réunion de "relecture éthique" .....</b>	<b>P. 8</b>
<b>16.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>P. 9</b>
<b>16.1.</b>	<b>Les valeurs institutionnelles de SILVA medical .....</b>	<b>P. 9</b>
<b>16.2.</b>	<b>La réunion d'entretien avec l'équipe soignante.....</b>	<b>P. 9&amp;10</b>
<b>16.3.</b>	<b>Définition institutionnelle de la « relecture éthique » .....</b>	<b>P. 10&amp;11</b>
<b>16.4.</b>	<b>Divers.....</b>	<b>P. 11&amp;12</b>
<b>16.5.</b>	<b>La loi relative à l'euthanasie.....</b>	<b>P. 13 à 20</b>

## **1. Objectif de cette procédure**

Cette procédure est rédigée pour guider une équipe de SILVA medical dans la pratique d'une euthanasie, afin que soient respectés :

- la Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002 (annexe n°1)
- le patient
- l'équipe de soins

## **2. Préambule**

Tenant compte de l'évolution de notre société et des valeurs d'humanité de notre institution, SILVA medical s'engage à respecter la demande d'un patient de mourir par l'acte d'euthanasie.

L'euthanasie ne pourra en aucun cas être considérée à elle seule comme un motif valable d'admission, à moins que le patient ait déjà séjourné dans nos cliniques et obtenu l'accord du médecin d'y revenir, afin de procéder à l'acte, le moment venu.

A contrario, une demande d'euthanasie dans un contexte médical répondant à nos critères d'admission ne sera pas considérée d'office comme un motif d'exclusion.

Si, au cours du séjour, une demande d'euthanasie est activée, la procédure décrite

ci-dessous sera d'application. Dans le cas particulier d'une demande écrite antérieure d'euthanasie, révélée après l'admission, SILVA medical se réserve le droit d'exiger un délai (une dizaine de jours) avant de procéder éventuellement à l'acte en question.

Les soins dispensés dans nos centres ont été définis par l'indice d'agrément et sont d'ordres : palliatifs, psychiatriques, gériatriques, psycho-gériatriques ou de réadaptation.

## **3. Personnel concerné**

- Le département médical
- Le département infirmier
- Le personnel soignant des autres départements : paramédicaux, assistants sociaux, psychologues
- Les bénévoles
- Les pharmaciens
- Les techniciens de surface
- Les représentants de culte

## **4. Conditions légales (loi complète en annexe - pages 13 à 20)**

Pour entrer dans la cadre de la législation belge, le patient qui demande une euthanasie doit répondre à plusieurs conditions. Au moment de sa demande, il doit :

- être majeur, mineur émancipé ou encore mineur non émancipé, doté de la capacité de discernement ;
- être conscient et capable (au sens de la capacité légale, par exemple ne pas être sous tutelle ou administration) ;
- se trouver dans une situation médicale sans issue ;
- faire état de souffrance physique (mineurs non émancipés), physique et/ou psychique (majeur et mineur émancipé) constante, insupportable et inapaisable, cette souffrance résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable ;
- si le patient est un mineur doté de la capacité de discernement, il doit en outre se trouver dans une situation médicale sans issue, entraînant le décès à brève échéance ;
- cette demande doit être faite de manière volontaire, réfléchie et répétée, sans pression extérieure.

## 5. La demande d'euthanasie

### 5.1. La demande

Pour que sa demande soit entendue et actée, le patient doit en parler directement avec le médecin. Si le patient en parle avec quelqu'un de l'équipe, il (le patient) lui est demandé d'en parler avec le médecin.

**NB :** *Si le médecin ne souhaite pas explorer et/ou pratiquer la demande* : il prend contact dans les jours suivants avec les confrères de SILVA medical, afin que la demande du patient soit suivie par un autre médecin.

- ✓ Le médecin prévient son équipe qu'une demande a été formulée
- ✓ La procédure peut être mise en place dans l'unité.

### 5.2. Les conditions

Le médecin s'assure que la demande du patient entre dans les conditions de la Loi en annexe, en répondant aux questions ci-dessous :

**1** Le patient est conscient

OUI  NON  Date :

.....

**Attention** : si le patient est inconscient lors de l'admission, vérifier qu'il n'y a pas eu de déclaration anticipée.

**2** Le patient est majeur

OUI  NON  Date :

.....

**3** Le patient est capable (n'a pas été déchu de ses compétences de jugement)

## Annexe 10 – Bijlage 10

Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie

Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie

OUI      NON      Date :

.....  
**4** La demande du patient est formulée de manière volontaire

OUI     NON     Date :

.....  
**5** La demande du patient est formulée de manière réfléchie, sans pression extérieure

OUI     NON     Date :

.....  
**6** La demande du patient est formulée de manière répétée (*A savoir, au moins deux fois, avec un délai raisonnable entre les deux entretiens*). Ce délai est apprécié par le médecin, en fonction de l'état du patient.

OUI     NON     Date :

.....  
**7** La situation médicale du patient est sans issue

OUI     NON     Date :

.....  
**8** Le patient est en souffrance psychique et/ou physique insupportable, qui ne peut pas être apaisée

OUI     NON     Date :

.....  
**9** Le patient souffre d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable

OUI     NON     Date :

Lorsque le médecin a la conviction que la demande du patient est conforme à la Loi (sur base des critères ci-dessus), une période de cheminement commence avec l'équipe soignante, le patient et sa famille (ou son entourage), ainsi que d'autres médecins, pour un second avis. Dans un délai plus ou moins rapide (en fonction de l'espérance de vie du patient), le médecin organise une « *réunion d'entretien avec l'équipe soignante* » (pages 9 et 10).

## 6. Le cheminement du médecin avec son équipe et le patient

A ce stade, le médecin rassure le patient sur le fait qu'il a entendu sa demande, qu'il n'y est pas opposé et qu'il va entamer la procédure légale qu'il explique au patient.

- Le médecin a *plusieurs entretiens* avec le patient (*au minimum deux*), durant lesquels il s'assure que sa demande persiste, espacés d'un délai raisonnable, au regard de l'évolution de sa pathologie (*c'est le médecin qui peut juger de ce délai, selon l'espérance de vie et l'état du patient*).

OUI  NON  Date :

.....

## 7. Le médecin fait appel à un second médecin pour un second avis

- Le second médecin peut faire partie du staff médical des médecins de la Clinique, s'il n'a pas été le médecin traitant du patient.
- Le second médecin est mis au courant de la demande d'euthanasie et de l'histoire médicale du patient.  
Pour explorer la souffrance psychique, il peut être fait appel au psychiatre, en concertation avec les psychologues.
- Le second médecin doit être indépendant. Il ne peut ni être le médecin traitant du patient, ni l'avoir soigné à la clinique.

OUI  NON Date :

.....

- Il inscrit son nom

OUI  NON  Date :

.....

- Il prend connaissance du dossier

OUI  NON  Date :

.....

- Il s'assure du caractère grave, incurable de l'affection

OUI  NON  Date :

.....

- Il s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance psychique et / ou physique

OUI  NON  Date :

.....

- Il rédige un rapport dans le dossier du patient, en indiquant son numéro d'INAMI

OUI  NON  Date :

.....

## Annexe 10 – Bijlage 10

Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie

Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie

- Le médecin informe le patient du résultat de la consultation du second médecin

OUI  NON  Date :  
.....

## 8. La rédaction de la demande du patient

- **Le patient rédige, date et signe un document qui mentionne sa demande. Le moment de la rédaction n'a pas d'importance.**

- La demande du patient doit être mentionnée dans son dossier.
- Si le patient n'est pas en état de le faire, la rédaction du document se fait en présence du médecin et d'une personne de son choix, qui n'a aucun intérêt matériel dans l'acte d'euthanasie.  
Ce document décrit pourquoi le patient ne peut pas le faire.
- Ce document est versé au dossier du patient.
- Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, dans ce cas le document est retiré du dossier.

OUI  NON  Date :  
.....

## 9. Espérance de vie

### 9.1. Si le décès est supposé intervenir rapidement

NB : Ceci est laissé à l'appréciation du médecin et doit être comparé à l'autre cas de figure, qui est que le décès n'interviendra pas à brève échéance.

Ce délai « rapide » est inférieur à 6 mois d'espérance de vie.

OUI  NON  Date :  
.....

### 9.2. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra pas à brève échéance

- Le médecin demande un deuxième avis à un médecin Psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée.
- Ce médecin remplit les conditions du second médecin (voir point supra).

- Il s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique
- Il s'assure aussi du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande
- Le médecin laisse s'écouler un délai minimum d'un mois entre la date de la demande écrite et avant l'acte d'euthanasie.

OUI  NON  Date :

.....

## 10. Le médecin s'entretient avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci et avec son médecin traitant

- Cette réunion s'intitule la « *Réunion d'entretien avec l'équipe soignante* » et est décrite en annexe (pages 9 et 10).
- **Cette réunion a lieu avant que l'accord ne soit communiqué au patient**

OUI  NON  Date :

.....

## 11. Le médecin s'entretient avec les proches du patient

- **Cette rencontre doit avoir lieu avant que la date de l'euthanasie ne soit fixée avec le patient.**

PS : Si le patient ne souhaite pas que ses proches ou son médecin traitant soient au courant de sa demande d'euthanasie, celle-ci ne devrait pas se pratiquer dans nos cliniques.

OUI  NON  Date :

.....

## 12. Le médecin s'assure que le patient a eu l'occasion de s'entretenir avec ses proches

OUI  NON  Date :

.....

## 13. Le Jour de l'euthanasie

Déroulement de l'euthanasie, selon les dispositions prises en concertation avec l'équipe soignante et le patient. Une personne de l'équipe accompagne le médecin.

Date : .....

## **14. La déclaration à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation**

**Attention : au plus tard dans les 4 jours ouvrables**

- Le médecin rédige et envoie la déclaration.

## **15. La réunion de « *relecture éthique* »**

- L'objectif de cette réunion est de donner la parole à tout membre de l'équipe qui a participé de près ou de loin à l'acte ET qui estime que certaines valeurs institutionnelles n'ont pas été respectées.
- Voir annexe, pages 10 et 11.
- L'équipe est consultée après l'euthanasie, lors du staff élargi hebdomadaire :
  - ✓ L'euthanasie n'a pas soulevé de question éthique particulière : dans ce cas, une relecture n'est pas organisée.
  - ✓ L'euthanasie a posé une ou plusieurs questions d'ordre éthique à certains membres de l'équipe et ceux-ci demandent une réunion : cette réunion est organisée après avoir pris l'avis des Directions du département infirmier et médical.

## **16. ANNEXES**

### **16.1. Les valeurs institutionnelles de SILVA medical**

- AUDACE pour l'innovation, la créativité et la modernité
- PROGRES pour l'ambition, l'excellence, le savoir-faire et le professionnalisme
- COOPERATION pour l'interdisciplinarité, le patient partenaire et la co-construction
- HUMANITE pour le respect, l'éthique, la bienveillance, la diversité et

la multiculturalité

- ENTHOUSIASME pour le dynamisme, le plaisir, le savoir-être et la volonté.

## **16.2. La réunion d'entretien avec l'équipe soignante**

- Elle s'organise dans un délai qui respecte l'évolution de l'état de santé du patient, plus ou moins rapidement, en concertation entre le médecin et l'ICU ou l'adjointe.
- La réunion a pour objectif de donner la parole à l'équipe, afin d'aider le médecin dans sa réflexion éthique.
- Lors de cette réunion, d'autres renseignements recueillis par l'une ou l'autre personne de l'équipe peuvent être apportés au médecin.
- La participation à cette réunion n'est pas obligatoire, elle est organisée au sein de l'équipe, en concertation avec le médecin.
- L'ICU prévient l'équipe de la date et de l'heure à laquelle elle aura lieu.
- Elle a lieu avec au moins l'ICU ou son adjointe et une psychologue.

Le médecin ou le cadre pilote la réunion. Un PV est rédigé au dossier médical du patient par l'infirmier responsable.

- Dans tous les cas, elle s'organise avant la décision de la date de l'euthanasie.
- A l'issue de cette réunion, si la décision d'euthanasie est prise, les dates de l'euthanasie peuvent être proposées avec l'équipe. Lors des jours précédents, les participants à la réunion ont eu l'occasion de connaître le souhait du patient à ce sujet.
- Le patient n'est pas en droit d'exiger une date et une heure précise, cela reste une décision prise avec lui et l'équipe, afin de respecter d'une part le souhait du patient et d'autre part l'organisation de l'équipe.

- Après avoir communiqué la décision au patient, au cours de cette réunion, on prépare le déroulement du jour de l'euthanasie : on désigne l'équipe qui sera présente, la personne qui posera la perfusion... Si l'acte est prévu à longue échéance cette organisation sera discutée au moment opportun.
- L'aspect technique de l'acte est examiné, à savoir quel médicament (IV ou PO), quel accès veineux, qui placera le

cathéter intraveineux et à quel moment.

Il est important que lors de l'euthanasie le médecin ne soit pas confronté à un problème d'accès veineux.

Les médicaments doivent se trouver la veille dans l'unité.

### **16.3. Définition institutionnelle de la « *relecture éthique* »**

La relecture éthique n'est pas définie dans la Loi.

A SILVA medical, nous avons défini les objectifs et le cadre d'une réunion de « *relecture éthique* ».

#### **✓ Ce qu'elle est**

- C'est une analyse qui porte sur un cas clinique vécu dans l'équipe dans les deux mois qui suivent une euthanasie et pour lequel certains membres de l'équipe restent en souffrance « éthique »
- Le membre de l'équipe en souffrance en parle à son N+1, afin de solliciter une entrevue avec un membre du comité d'éthique.
- C'est une co-construction, à savoir que le groupe retire une richesse de l'expérience, qui permet d'améliorer la qualité de l'accompagnement des futurs patients et de l'organisation du service.
- C'est une réunion qui se déroule dans un climat de bienveillance et de respect mutuel. Les remarques ou échanges qui concernent le fonctionnement institutionnel seront relayées aux N+1.

#### **✓ Ce qu'elle n'est pas**

- Ce n'est pas un lieu où l'on discute des valeurs et des règles institutionnelles : elles sont établies et connues des personnes de l'équipe.
- Ce n'est pas un lieu où l'on décharge ses émotions personnelles.

- Ce n'est pas le lieu où l'on échange sur le fait que ses propres valeurs n'ont pas été respectées lors de l'acte : il appartient à chacun de se respecter et de respecter ses propres valeurs, si celles-ci ne correspondent pas à la philosophie de SILVA medical, la personne doit prendre la

décision qui lui permet de ne plus être confronté à ce conflit personnel.

- Ce n'est pas un lieu de jugement ou de règlement de comptes.
- La participation n'est pas obligatoire, mais si une personne souhaite participer alors qu'elle est en congé, elle prévient son responsable hiérarchique avant la réunion.

✓ **La réunion est pilotée par un membre du comité d'éthique de SILVA medical contacté par le cadre infirmier**

- Il est chargé de donner la parole à chacun des participants et de s'assurer que chacun a pu exprimer pleinement son ressenti.

✓ **Cadre et objectif de la réunion**

- Le temps de réunion est fixé en amont de celle-ci. Un garant du temps est désigné en début de réunion.
- Une personne est désignée pour faire un PV de la réunion, qui sera remis à chaque participant.
- En accord avec les participants, des pistes de progrès peuvent être proposées au CODIR.

#### 16.4. Divers

- ✓ Dans un débat éthique qui met en jeu l'opposition des valeurs du soignant et celles du patient, nous devons veiller à ce que les valeurs du patient soient toujours celles qui sont respectées.
- ✓ Lorsqu'une euthanasie se passe en dehors de l'unité résidentielle, le rôle spécifique de l'infirmière chef de l'unité veut qu'elle soutienne son équipe tout au long du processus, il faut dès lors ne pas oublier de la soutenir elle, par exemple avec l'aide de son N+1 (cadre) ou de la psychologue de l'unité ou de l'EMSP.
- ✓ La période de cheminement avec le patient est source de tensions et il n'est pas impossible de voir ressurgir d'anciens conflits.  
Là aussi, le N+1 (cadre) a son rôle à jouer pour aider l'équipe.
- ✓ Si le médecin qui pratique l'euthanasie peut se faire accompagner par un autre médecin (traitant) c'est un plus.
- ✓ Ne pas oublier de commander les produits à la pharmacie

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*

plusieurs jours à l'avance.

- ✓ Prévenir le médecin légiste en cas d'incinération, au moins la veille.
- ✓ Les documents de déclaration d'euthanasie sont disponibles dans leur dernière version sur le site de la commission de contrôle.
- ✓ Pour plus de facilité administrative, rassembler tous les documents officiels obligatoires dans le DPI, sous un même sous dossier lors du scan : la demande écrite du patient, l'avis du 2ème et éventuellement du 3ème médecin, le PV de la réunion de l'équipe soignante, le document de déclaration de l'euthanasie à la commission de contrôle et l'accusé de réception et la déclaration de décès.

### **16.5 La loi relative à l'euthanasie ([LOI - euthanasie 2002](#))**

Voir pages 13 à 20.

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*



### **PROCEDURE TE VOLGEN BIJ VERZOEK VOOR EUTHANASIE SILVA MEDICAL**

Nr:	
Auteurs	Dr Anne Van Pottelsberghe, Dr Corinne Vaysse-Van Oost, Dr Jean-Claude Lemper, Dr Sophie Tobback, Dr Jacqueline Somville, Nathalie Laridant, Bénédicte Preud'homme, Chantal Lamocq, Peter Everaert, Valérie Vercoille, Giselda Adinolfi, Marie Mattys, Nathalie Martin, David Bourgeois
Goedgekeurd door	Dr Anne Van Pottelsberghe – Directeur Médical Général Nathalie Laridant – Directeur Général Dép. Nursing
Datum handtekening en	Dr A. Van Pottelsberghe, Nathalie Laridant,
Versie en datum	1.0 van 30.11.2017
Voorgaande versies	
Datum in voege treding	November 2017
Plaats van het elektronisch document	Intranet : SOS PROCEDURES : sleutelwoorden : Euthanasie

Dit document is eigendom van Silva medical  
De verspreiding van dit document is verboden zonder voorafgaande  
toelating van de auteurs en de personen die de procedure goedgekeurd  
hebben.

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*

### Inhoudstabel

<b>1. Doelstelling van deze procedure .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Voorwoord .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Zone van verantwoordelijkheid .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Juridische voorwaarden .....</b>	<b>3</b>
<b>5. Het verzoek tot euthanasie .....</b>	<b>4</b>
<b>  5.1 Het verzoek .....</b>	<b>4</b>
<b>  5.2 De voorwaarden .....</b>	<b>4</b>
<b>6. Het traject van de arts en zijn team met de patiënt.....</b>	<b>5</b>
<b>7. De arts raadpleegt een tweede arts voor een tweede advies .....</b>	<b>5</b>
<b>8. Het opstellen van het verzoek van de patiënt .....</b>	<b>6</b>
<b>9. Levensverwachting .....</b>	<b>6</b>
<b>  9.1 Indien het overlijden verwacht wordt op korte termijn .....</b>	<b>6</b>
<b>  9.2 Indien de arts van mening is dat het overlijden niet binnen afzienbare tijd verwacht wordt.....</b>	<b>6</b>
<b>10. De arts spreekt met het zorgteam of leden ervan en met behandelend arts van de patiënt .....</b>	<b>6</b>
<b>11. De arts spreekt met de naasten van de patiënt .....</b>	<b>7</b>
<b>12. De arts verzekerd zich ervan dat de patiënt de kans heeft gehad te spreken met zijn naasten .....</b>	<b>7</b>
<b>13. De dag van de euthanasie .....</b>	<b>7</b>
<b>14. De verklaring aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie .....</b>	<b>7</b>
<b>15. De vergadering "ethische nabeschouwing" .....</b>	<b>7</b>
<b>16. Bijlagen .....</b>	<b>7</b>
<b>  16.1 Institutionele waarden van SILVA medical .....</b>	<b>7</b>
<b>  16.2 De vergadering met het zorgteam .....</b>	<b>8</b>
<b>  16.3 Institutionele definitie van "ethische nabeschouwing" .....</b>	<b>8</b>
<b>  16.4 Varia .....</b>	<b>9</b>

## **16.5 De Euthanasiewet ..... 10**

### **1. Doelstelling van deze procedure**

Deze procedure is een leidraad voor een team van Silva medical bij het toepassen van euthanasie, met het oog op het respecteren van :

- De wet met betrekking tot euthanasie van 28 mei 2002 (Bijlage 1)
- de patient
- het zorgteam

### **2. Voorwoord**

Rekening houdende met de evolutie en de waarden in onze instellingen verbindt SILVA medical er zich toe om het verzoek van een patiënt om te sterven door euthanasie, na te leven.

Euthanasie als dusdanig zal in geen geval kunnen beschouwd worden als geldige reden tot opname, behalve wanneer de patiënt reeds in één van onze ziekenhuizen opgenomen was en het akkoord verkreeg van de arts om zich opnieuw te laten opnemen om te zijner tijd tot euthanasie over te gaan.

Daarentegen, een verzoek tot euthanasie in een medische context dat beantwoordt aan onze opnamecriteria, zal niet automatisch beschouwd worden als reden tot uitsluiting. Indien tijdens het verloop van de opname een verzoek tot euthanasie gedaan wordt, zal onderstaande procedure van kracht zijn. In het bijzondere geval, wanneer de patiënt een eerder geschreven verzoek tot euthanasie voorlegt na zijn opname, zal SILVA medical zich het recht voorbehouden een tiental dagen uitstel te vragen vooraleer eventueel over te gaan tot het uitvoeren van de euthanasie.

### **3. Zone van verantwoordelijkheid**

- het medisch departement
- het verpleegkundig departement
- het zorgpersoneel van de andere departementen : paramedici, sociale assistenten, psychologen
- de vrijwilligers
- de apothekers
- het onderhoudspersoneel
- de vertegenwoordigers van de erediensten

### **4. Juridische voorwaarden (Wet : zie bijlage)**

Om binnen de Belgische wetgeving te vallen, moet de patiënt die euthanasie aanvraagt, voldoen aan meerdere voorwaarden. Hij moet op het ogenblik van zijn verzoek :

- meerderjarig zijn, een ontvoogde minderjarige of niet-ontvoogde minderjarige zijn, die oordeelsbekwaam is ;
- bij bewustzijn en wilsbekwaam zijn (in de zin van rechtsgeldigheid), bijv. niet onder curatele staan) ;
- zich in een medische uitzichtloze toestand bevinden ;
- zich in een toestand van aanhouwend en ondraaglijk psychisch (niet-ontvoogde minderjarigen), fysisch en/of psychisch (meerderjarigen en ontvoogde

## Annexe 10 – Bijlage 10

## *Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

### *Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*

minderjarigen) lijden bevinden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

- als de patiënt een ordeelsbekwame minderjarige is, moet hij zich bovendien in een medisch uitzichtloze toestand bevinden die binnen afzienbare tijd zal leiden tot zijn overlijden ;
  - het verzoek moet vrijwillig zijn, overwogen, herhaald en mag niet tot stand gekomen zijn als gevolg van enige externe druk

## 5. Het verzoek tot euthanasie

## **5.1 Het verzoek**

Opdat zijn verzoek gehoord en geacteerd wordt, moet de patiënt zich tot een arts richten. Wanneer de patiënt over zijn verzoek tot euthanasie praat met een personeelslid van het team, zal hem (de patiënt) gevraagd worden zich tot een arts te richten.

**NB : Indien de arts het verzoek niet verder wenst te onderzoeken of geen euthanasie wenst toe te passen** : hij neemt de daaropvolgende dagen contact op met zijn collega's van SILVA medical teneinde gevolg te geven aan het verzoek van de patiënt door een andere arts.

- ✓ de arts brengt zijn team op de hoogte dat een verzoek tot euthanasie werd ingediend
  - ✓ de procedure kan op de afdeling opgestart worden.

## 5.2 De voorwaarden

De arts verzekert er zich van dat het verzoek van de patiënt binnen de wettelijke richtlijnen valt (zie bijlage), door te antwoorden op onderstaande vragen :

- 1** de patiënt is bewust      JA       NEEN       Datum : .....

**2** de patiënt is meerderjarig      JA       NEEN       Datum : .....

**3** de patiënt is handelsbekwaam (is niet ontzet uit zijn beoordelingsbevoegdheden)      JA       NEEN       Datum : .....

**4** het verzoek is op vrijwillige basis geformuleerd      JA       NEEN       Datum : .....

**5** het verzoek is op een overwogen manier geformuleerd, zonder enige externe druk      JA       NEEN       Datum : .....

**6** het verzoek van de patiënt is herhaald (*met name, minstens twee maal, met een redelijke termijn tussen de twee gesprekken*). Deze termijn wordt door de arts beoordeeld, in functie van de gezondheidstoestand van de patiënt.)      JA       NEEN       Datum : .....

## Annexe 10 – Bijlage 10

### Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie

#### Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie

- 7 de patiënt bevindt zich in een medisch uitzichtloze toestand  
JA  NEEN  Datum : .....

- 8 de patiënt bevindt zich in een toestand van ondraaglijk psychisch en/of fysiek lijden, dat niet kan gelenigd worden  
JA  NEEN  Datum : .....

- 9 de patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening  
JA  NEEN  Datum : .....

Wanneer de arts ervan overtuigd is dat de patiënt voldoet aan de hierboven genoemde criteria, start een traject samen met het team, de patiënt en zijn familie, alsook met de andere artsen, voor een tweede advies.

De arts organiseert een « gesprek met het zorgteam », al dan niet op korte termijn, in functie van de levensverwachting van de patiënt : (blz 8).

#### 6. Het traject van de arts met zijn team en de patiënt

In dit stadium stelt de arts de patiënt gerust over het feit dat zijn verzoek gehoord werd, dat hij er zich niet tegen verzet en dat hij de wettelijke procedure - waarover hij de patiënt de nodige informatie geeft - zal opstarten.

- de arts heeft *meerdere* gesprekken met de patiënt (*minimum twee*), tijdens dewelke hij er zich van verzekert dat het verzoek aanhoudt ; deze gesprekken zijn gespreid over een redelijke termijn, rekening houdend met de evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt (*het is de arts die kan oordelen over deze termijn, naargelang de levensverwachting en de gezondheidstoestand van de patiënt*).

JA  NEEN  Datum : .....

#### 7. De arts raadpleegt een tweede arts voor een tweede advies

- de tweede arts mag deel uitmaken van de medische staff van de ziekenhuisartsen, op voorwaarde dat hij niet de behandelend arts van de patiënt is ;
- de tweede arts wordt op de hoogte gesteld van het verzoek tot euthanasie en de medische voorgeschiedenis van de patiënt ;  
Teneinde het psychisch lijden van de patiënt te kennen kan de tweede arts een psychiater raadplegen, in samenspraak met de psychologen ;
- de tweede arts moet onafhankelijk zijn, hij mag noch de behandelend arts zijn noch de patiënt verzorgd hebben in het ziekenhuis.

JA  NEEN  Datum : .....

- hij vult de naam van de patiënt in

JA  NEEN  Datum : .....

- hij neemt inzage van het dossier

JA  NEEN  Datum : .....

- hij verzekert zich van het ernstig en ongeneeslijk karakter van de ziekte

JA  NEEN  Datum : .....

## Annexe 10 – Bijlage 10

### Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie

#### Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie

- hij verzekert zich van het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen psychisch en/of fysiek lijden

JA  NEEN  Datum : .....

- hij stelt een verslag op van zijn bevindingen voor het patiëntendossier en vult zijn RIZIV-nr in

JA  NEEN  Datum : .....

- de arts brengt de patient op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging bij de tweede arts)

JA  NEEN  Datum : .....

## 8. Het opstellen van het verzoek van de patiënt

- ➲ De patiënt vult een document in, hij dateert en ondertekent dit document waarin zijn verzoek opgetekend wordt. Het tijdstip van het opstellen van dit document is niet van belang.

- Het verzoek van de patiënt moet vermeld worden in zijn dossier.
- Indien de patiënt niet in staat is het document op te stellen, gebeurt het op schrift stellen in aanwezigheid van de arts en van een door de patiënt gekozen persoon die geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt. In dit document wordt melding gemaakt van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom.
- Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.
- De patiënt kan te allen tijde het verzoek tot euthanasie herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald.

JA  NEEN  Datum : .....

## 9. Levensverwachting

### 9.1 Indien het overlijden op korte termijn wordt verwacht

NB : dit wordt overgelaten aan de beoordeling van de arts en dient vergeleken te worden met het geval dat het overlijden niet binnen afzienbare termijn wordt verwacht

Deze « korte termijn » wil zeggen : minder dan 6 maand te leven.

JA  NEEN  Datum : .....

### 9.2 Indien de arts van mening is dat het overlijden niet binnen afzienbare tijd wordt verwacht

- de arts vraagt een tweede advies aan een arts-psychiater of aan een specialist in de desbetreffende pathologie.
- deze arts vult de voorwaarden voor de tweede arts in (zie hoger)
  - hij verzekert zich van de aanhoudende, ondraaglijke en niet te lenigen toestand van psychisch of fysiek lijden
  - hij verzekert zich van het vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek
- de arts laat een termijn van minstens 1 maand tussen de dag van het geschreven verzoek en de uitvoering van de euthanasie.

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*

JA  NEEN  Datum : .....

### 10. De arts heeft een gesprek met het zorgteam of leden van dit team en met de behandelend geneesheer van de patiënt.

- deze bijeenkomst wordt genoemd : « *Vergadering met het zorgteam* » en wordt in deze procedure omschreven (blz 8).
- **deze vergadering vindt plaats alvorens het akkoord aan de patiënt wordt meegedeeld**

JA  NEEN  Datum : .....

### 11. De arts heeft een gesprek met de naasten van de patiënt.

- **dit gesprek dient te gebeuren vooraleer de datum van euthanasie met de patiënt wordt vastgelegd**

NB : Indien de patiënt niet wenst dat zijn naasten of zijn behandelend arts op de hoogte zijn van zijn verzoek tot euthanasie, dan kan het euthanasieverzoek niet uitgevoerd worden in onze ziekenhuizen.

JA  NEEN  Datum : .....

### 12. De arts verzekert er zich van dat de patiënt de kans gehad heeft dit te bespreken met zijn naasten.

JA  NEEN  Datum : .....

### 13. De dag van de euthanasie

Het verloop van de euthanasie volgens hetgeen vastgelegd werd tijdens het gesprek met het zorgteam en de patiënt. Een personeelslid van het zorgteam zal de arts bijstaan.

Datum : .....

### 14. De verklaring aan de Federale Contrôle- en Evaluatiecommissie

**Opgelat** : binnen de 4 werkdagen.

- De arts stelt de verklaring op en stuurt ze op naar de Commissie.

### 15. De “ethische nabeschouwing” van het euthanasieverzoek

- de bedoeling van deze vergadering is om alle leden van het team die van ver of van dichtbij bij de euthanasie betrokken waren, aan het woord te laten EN waarbij deze personen oordelen dat bepaalde institutionele waarden niet gerespecteerd werden.
- het team wordt na de euthanasie geraadpleegd ter gelegenheid van de wekelijkse uitgebreide staffvergadering :
  - ✓ *De euthanasie heeft geen specifieke ethische vragen opgeroepen* : in dit geval wordt geen nabeschouwing georganiseerd.
  - ✓ *De euthanasie heeft één of meerdere ethische vragen opgeroepen bij bepaalde leden van het team en zij zijn vragende partij voor een vergadering* : deze vergadering zal georganiseerd worden nadat advies gevraagd werd aan het verpleegkundig en medisch departement.

## Annexe 10 – Bijlage 10

*Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie*

*Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie*

### 16. Bijlagen

#### 16.1 De institutionele waarden van SILVA medical

- DURF voor vernieuwing en creativiteit
- VOORUITGANG voor ambitie, uitmuntendheid, know-how en professionnalisme
- SAMENWERKING voor interdisciplinariteit, de patient als partner en het samen opbouwen
- MENSELIJKHEID voor respect, ethiek, begrip, diversiteit en multiculturaliteit.
- ENTHOUSIASME voor dynamiek, voldoening, sociaal bewustzijn en wilskracht.

#### 16.2 Gesprekken met het zorgteam

- deze gesprekken vinden plaats binnen een termijn, rekening houdend met de evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt, al dan niet op korte termijn, in samenspraak met de arts en de hoofdverpleegkundige of zijn adjunct.
- deze vergadering heeft tot doel het team aan het woord te laten teneinde de arts bij te staan bij zijn ethische reflectie.
- Tijdens deze vergadering kan andere informatie, komende van één of meerdere leden van het team, aan de arts meegedeeld worden
- De deelname aan deze vergadering is niet verplicht ; zij wordt gehouden samen met het team, in overleg met de arts.
- het diensthoofd-verpleegkundige brengt het team op de hoogte van de dag en het uur van deze vergadering.
- op deze vergadering zijn minstens het diensthoofd-verpleegkundige of zijn adjunct en een psycholoog aanwezig. De arts of het diensthoofd-verpleegkundige leidt de vergadering ; een verslag wordt opgemaakt voor het medisch dossier van de patiënt door de verantwoordelijke verpleegkundige.
- In ieder geval wordt deze vergadering gehouden vooraleer de beslissing omtrent de datum van euthanasie wordt genomen.
- Op het einde van de vergadering, wanneer de beslissing over euthanasie is genomen, kunnen de data waarop de euthanasie kan plaatsvinden, voorgesteld worden aan het team. Tijdens de voorafgaande dagen hebben de deelnemers aan de vergadering de wens van de patiënt hieromtrent vernomen.
- De patiënt heeft niet het recht een exacte datum en uur te kiezen ; dit blijft een beslissing die samen met de patiënt en het team genomen wordt teneinde enerzijds de wens van de patiënt en anderzijds de organisatie van de dienst te respecteren.
- Nadat de beslissing aan de patiënt werd meegedeeld, zal tijdens deze vergadering het verloop van de dag van euthanasie voorbereid worden : het team dat aanwezig zal zijn en de persoon die de perfusie al aanbrengen worden aangeduid. Indien de euthanasie op langere termijn gepland wordt, zal dit verloop ten gepaste tijd besproken worden.
- Het technische aspect van de euthanasie wordt besproken : welk geneesmiddel (IV of PO) ? Welke veneuze ingang ? Wie plaatst de intraveneuse catheter ? Op welk moment ? Het is belangrijk dat tijdens het toepassen van de euthanasie de arts niet geconfronteerd wordt met een probleem van veneuze toegang. De geneesmiddelen moeten de dag voordien reeds op de afdeling aanwezig zijn.

#### 16.3 Institutionele definitie van « *ethische nabeschouwing* »

De ethische nabeschouwing is niet bepaald in de wetgeving.

In SILVA medical hebben wij enkele doelstellingen en het kader van deze ethische nabeschouwing vastgelegd.

✓ **Wat het wel is :**

## Annexe 10 – Bijlage 10

### Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie

#### Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie

- het is een analyse van een klinisch geval dat binnen het team ervaren werd binnen de twee maanden na de euthanasie en waarvoor bepaalde teamleden nog steeds onopgeloste ethische vragen hebben.
- het personeelslid met deze onopgeloste vragen zal hierover praten met zijn N+1 teneinde een afspraak te maken met een lid van het ethisch comité
- dit betekent : er samen aan werken : voor het team is deze ervaring een verrijking, het zal hen toelaten de kwaliteit van de begeleiding en ondersteuning te verbeteren naar toekomstige patiënten en organisatie van de dienst toe.
- het is een vergadering die zich afspeelt in een sfeer van begrip en wederzijds respect. De opmerkingen of uitwisseling van informatie met betrekking tot de institutionele werking worden doorgegeven aan de N+1.

#### ✓ **Wat het niet is**

- het is geen vergadering waar men discussieert over institutionele waarden en richtlijnen : deze zijn uitgewerkt gekend door de teamleden.
- het is geen plaats waar men zijn persoonlijke emoties kan ontladen
- het is geen plaats waar men spreekt over het feit dat zijn eigen waarden tijdens de euthanasie niet werden gerespecteerd : elk personeelslid heeft respect voor elkaar en zijn eigen waarden en normen ; indien deze niet overeenstemmen met de filosofie van Silva medical, moet de persoon een beslissing nemen die hem de mogelijkheid biedt niet meer met een persoonlijk conflict geconfronteerd te worden.
- het is geen plaats waar geoordeeld of afgerekend wordt
- men is niet verplicht eraan deel te nemen, maar wanneer een personeelslid wenst deel te nemen maar hij of zij is in verlof, zal hij/zij zijn hiërarchisch verantwoordelijke vooraf op de hoogte brengen.

#### ✓ **De vergadering wordt geleid door een lid van het Ethisch Comité van SILVA medical, gecontacteerd door de verpleegkundige-middenkader**

- Dit lid van het Ethisch Comité wordt geacht het woord te geven aan alle deelnemers en zich ervan te vergewissen dat iedereen zich de kans kreeg zijn gevoelens volledig uit te drukken.

#### ✓ **Kader en doelstelling van de bijeenkomst**

- De datum van de vergadering wordt vooraf vastgesteld ;  
Er wordt bij het begin van de vergadering bepaald hoelang deze zal duren ;
- Er wordt een persoon aangeduid om het verslag te schrijven dat aan elke patiënt zal overhandigd worden
- In overleg met de deelnemers kunnen mogelijkheden tot verbeteringen voorgesteld worden aan het CODIR.

## 16.4 Varia

- ✓ Wanneer tijdens een ethisch debat enig bezwaar tegen de waarden van het zorgpersoneel en de patiënt in het gedrang zou komen, moet men er steeds op toezien dat de waarden van de patiënt altijd deze zijn die zullen gerespecteerd worden.
- ✓ Wanneer euthanasie buiten de residentiële eenheid gebeurt, zal het de bijzondere taak zijn van de verpleegkundige-diensthoofd om haar team gedurende het volledige proces te ondersteunen ; er mag daarom ook niet vergeten worden om haar eveneens te steunen, bijv. met de hulp van zijn N+1 (kader) of van de psycholoog van de afdeling of het MTPZ (Mobiel Team Palliatieve Zorg).

## Annexe 10 – Bijlage 10

### Procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie

#### Te volgen procedure bij vraag tot euthanasie

- ✓ Het traject met de patiënt naar de dag van euthanasie toe verloopt vaak gespannen en het is niet ondenkbaar dat eerdere conflicten terug opgerakeld worden. Ook daat speelt de N+1 (kader) een rol om het team bij te staan.
- ✓ Wanneer de arts die de euthanasie zal uitvoeren zich kan laten bijstaan door een andere arts (behandelend arts), is dit een pluspunt.
- ✓ Niet vergeten de geneesmiddelen die bij de euthanasie zullen gebruikt worden, enkele dagen op voorhand te bestellen bij de Apotheek.
- ✓ Minstens één dag op voorhand de wetsgeneesheer verwittigen in geval van crematie.
- ✓ De laatste versie van de documenten voor verklaring euthanasie is ter beschikking op de website van de Federale Controlecommissie.
- ✓ Voor een makkelijke administratieve verwerking, verzamel alle verplichte documenten in het DPI, onder eenzelfde onderafdeling bij het scannen :
  - het geschreven verzoek van de patiënt,
  - het advies van de 2<sup>e</sup> en eventueel de 3<sup>e</sup> arts,
  - het verslag van de vergadering met het zorgteam,
  - het document van aangifte euthanasie aan de controlecommissie + ontvangstbewijs
  - overlijdensverklaring.

#### 16.4 Euthanasiewet (WET – Euthanasie 2002)

zie bijlage.



## Annexe 11 – Bijlage 11

### Document Projet Thérapeutique / Document Therapeutisch Project



Vignette d'identification du patient

#### PROJET THERAPEUTIQUE

Tout en poursuivant l'objectif d'offrir au patient des soins qualifiés et appropriés, le projet thérapeutique choisi en consensus avec les équipes médicales, infirmières et paramédicales, et après écoute du patient est le suivant :

• **Thérapeutique maximale :**

Appel du SAMU et réanimation cardio-respiratoire, en attendant son arrivée en cas d'atteinte des fonctions vitales : OUI  NON

Transfert en ambulance vers l'hôpital le plus proche en cas de dégradation sévère : OUI  NON

• **Soins médicaux sur place :**

Toute adaptation thérapeutique rendue nécessaire par l'évolution. A discuter :

Alimentation parentérale : OUI  NON  Transfusion : OUI  NON

Dialyse : OUI  NON  Sonde gastrique : OUI  NON

Gastrostomie : OUI  NON  Antibiothérapie : OUI  NON

• **Soins palliatifs :** OUI  NON

Ces propositions peuvent être révisées par le médecin appelé au chevet du patient, s'il le juge nécessaire.

#### Informations données et approuvées

Par le patient : OUI  NON  Par la famille : OUI  NON  Par le médecin traitant : OUI  NON

Raisons pour lesquelles le projet n'est pas transmis :

Au patient : .....

A la famille : .....

Au médecin traitant : .....

Médecin(s) responsable(s)

Date et signature(s)

**Toute révision entraîne la rédaction d'un nouveau document. L'ancien document est barré clairement.**

**LE BOIS DE LA PIERRE**  
Clinique de réadaptation,  
de soins palliatifs et de confort  
Chaussée de Namur, 201  
1390 Wavre

**LA FORÊT DE SOIGNES**  
Clinique psychiatrique  
Chemin du Sanatorium, 1  
1310 La Hulpe

**SCHEUTBOS**  
Geriatrisch centrumle Gériatrique  
Rue de la Vieillesse Heureuse, 1  
Gelukkige Grisheidstraat, 1  
Bruxelles 1080 Brussel

## Annexe 11 – Bijlage 11

### Document Projet Thérapeutique / Document Therapeutisch Project



SILVA medical instl-new  
LE BOIS DE LA PIERRE  
LA FORÊT DE SOIGNES  
SCHEUTBOS

Identificatieklever van de patiënt

#### BEHANDELINGSVOORSTEL

In ons streven om aan de patiënt kwalitatieve en aangepaste zorg aan te bieden, ziet het behandelingsvoorstel, gekozen in samenspraak met de medische, verpleegkundige en paramedische teams, en na het luisteren naar de wensen van de patiënt, er als volgt uit :

• **Maximale behandeling :**

Oproep van de MUG en cardio-respiratoire reanimatie, in afwachting van de komst van de MUG, bij aantasting van de vitale functies : JA  NEE

Overbrengen met de ziekenwagen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis bij ernstige achteruitgang :  
JA  NEE

• **Medische zorgen ter plaatsen :**

Elke noodzakelijk aanpassing van de behandeling in functie van de evolutie van de patiënt.  
Te bespreken :

Parenterale voeding : JA  NEE

Transfusie : JA  NEE

Dialyse : JA  NEE

Maagsonde : JA  NEE

Gastrostomie : JA  NEE

Antibioticatherapie : JA  NEE

• **Palliatieve zorg :** JA  NEE

*Deze voorstellen kunnen door de arts, die aan het ziekbet van de patiënt geroepen wordt, herzien worden indien hij dit nodig acht.*

#### Verstrekte en goedgekeurde informatie

Door te patiënt : JA  NEE  Door de familie : JA  NEE  Door behandelend arts : JA  NEE

Reden(en) waarvoor het behandelingsvoorstel niet voorgelegd werd :

Aan de patiënt : .....

Aan de familie : .....

Aan de behandelend arts : .....

Verantwoordelijke arts(en)

Datum en handtekening(en)

**Elke herziening vereist het opmaken van een nieuw document. Het oude document moet gebarreerd worden.**

LE BOIS DE LA PIERRE

Clinique de réadaptation,  
de soins palliatifs et de confort  
Chaussée de Namur, 201  
1390 Wavre

LA FORÊT DE SOIGNES

Clinique psychiatrique  
Chemin du Sanatorium, 1  
1310 La Hulpe

SCHEUTBOS

Geriatrisch centrumle Gériatrique  
Rue de la Vieillesse Heureuse, 1  
Gelukkige Grisheidstraat, 1  
Bruxelles 1080 Brussel

Annexe : Procédure Décès d'un patient à l'hôpital :

Codes Advanced Care Planning

## ADVANCED CARE PLANNING

### SERVICE GERIATRIE/SP SCHEUTBOS

CODE	PERSPECTIVE	TRAITEMENT	EXAMENS	SOINS INFIRMIER	KINE	ERGO	DIETE
A	Amélioration	Pas de restrictions	Élaborer complétement	Soins complets	Soins complets	Soins complets	Complet
B1	Amélioration	Pas de RCP, ev. transfert	Élaborer complétement	Soins complets	Soins complets	Soins complets	Complet
B2	Amélioration	Pas de transfert	Élaborer complétement	Soins complets	Soins complets	Soins complets	Complet
B3	Stabilisation	Idem	Non invasif	Soins complets	Soins complets	Soins complets	Complet
B4	Pré-palliatif	Idem	Uniquement basale	Soins complets	A discuter	A discuter	Complet
C1	Palliatif	A revoir	Eviter	Soins de support	Confort	Stop	Confort
C2	Phase terminale	Confort	Exceptionnel	Confort	Stop	Stop	Stop

Bijlage : Procedure Overlijden van een patiënt in het ziekenhuis : Codes Advanced Care Planning

## ADVANCED CARE PLANNING

### DIENST GERIATRIE/SP SCHEUTBOS

CODE	VOORUITZICHT	BEHANDELING	ONDERZOEKEN	VERPLEGING	KINE	ERGO	DIEET
<b>A</b>	verbetering	Geen beperkingen	Volledig uitwerken	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit
<b>B1</b>	verbetering	Geen CPR, ev. transfert	Volledig uitwerken	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit
<b>B2</b>	verbetering	Geen transfert	Volledig uitwerken	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit
<b>B3</b>	stabilisering	Idem	Niet invasief	Voluit	Voluit	Voluit	Voluit
<b>B4</b>	Pré-palliatief	Idem	Enkel basaal	Voluit	Bespreken	Bespreken	Voluit
<b>C1</b>	Palliatief	Te herzien	Vermijden	Ondersteunend	Comfort	Stop	Comfort
<b>C2</b>	Terminaal	Comfort	Uitzonderlijk	Comfort	Stop	Stop	Stop

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

Carnet comprenant les différents documents légaux concernant les choix de fin de vie

# Déclarations de volonté

Faire entendre sa voix  
jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

### Table des matières

I. MANDATAIRE.....	2
II. PERSONNE DE CONFIANCE .....	5
III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT.....	7
IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE .....	12
V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS .....	17

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)

### I. MANDATAIRE

*Par mandataire, la loi belge sur les droits du patient entend « la personne que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même »*

Ai-je désigné un mandataire\* pour me représenter le cas échéant ?

*\*Il n'y a aucune obligation légale de désigner à l'avance un mandataire.*

OUI

NON

Si oui, voici les coordonnées du mandataire que j'ai désigné par un mandat écrit spécifique pour me représenter afin qu'il fasse exercer mes droits de patient en mon nom en cas d'incapacité à exprimer ma volonté en matière de soins de santé.

Nom et prénom

Tél. ou GSM

E-mail

Type de lien entretenu

Si je n'ai pas encore désigné de personne de mandataire et que je souhaite le faire, le document légal qui s'y rapporte se trouve ci-après.

## I. VERTEGENWOORDIGER

De « vertegenwoordiger » wordt in de Belgische Wet als volgt omschreven : « een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in de plaats van de patiënt op te treden indien en zolang de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.

Heb ik reeds een vertegenwoordiger (\*) aangeduid om mij indien nodig te vertegenwoordigen ?

*(\*) er is geen wettelijke verplichting om voorafgaandelijk een vertegenwoordiger aan te stellen.*

Ja       Nee

Zo ja, hierbij de gegevens van de vertegenwoordiger die ik met een schriftelijk mandaat heb aangewezen om mij te vertegenwoordigen indien ik zelf niet in staat ben om beslissingen te nemen over de aan mij te verstrekken gezondheidszorgen en niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen :

Naam en voornaam :

Tel. of GSM

E-mail

Wat is mijn band met deze persoon ?

Indien ik nog geen vertegenwoordiger aangewezen heb en ik wens dit alsnog te doen, dan kan het wettelijk document mij daarbij helpen (zie volgende blz)

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)



Commission Fédérale "Droits du patient" – 19 décembre 2005  
Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins  
service public fédéral SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET  
ENVIRONNEMENT

### Désignation d'un MANDATAIRE

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

- Je soussigné(e) ..... désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

• Données personnelles du patient :

- nom et prénom :
  - adresse :
  - numéro de téléphone :
  - date de naissance :
- Données personnelles du mandataire :
- nom et prénom :
  - adresse :
  - numéro de téléphone :
  - date de naissance :

Fait à ..... , le ..... (date) - Signature du patient :

- J'accepte ma désignation de représentant comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits.

Fait à ..... , le ..... (date) - Signature du mandataire :

**Recommandations :**

1. Il est recommandé de rédiger ce formulaire en deux exemplaires ; un exemplaire peut être conservé par le mandataire, un exemplaire peut être conservé par le patient et une copie peut en être communiquée au médecin de famille ou à un autre médecin choisi par le patient. En ce cas, le médecin est : ..... (à compléter par le patient)
2. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.

Num du document : Désignation d'un mandataire – version définitive 19/12/2005  
Personne de contact : Hubert Vincent  
E-mail : [vincent.hubert@health.gov.be](mailto:vincent.hubert@health.gov.be)  
Tél. : 02/524.85.23

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*



Federale Commissie "Rechten van de patiënt" – 19 december 2005

Directoraat Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen

federale overheidsdienst VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

### Aanwijzing van een VERTEGENWOORDIGER

in het kader van de vertegenwoordiging van de patiënt

Art. 14 §1 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

- Ik ondergetekende ..... wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger indien ik zelf niet in staat ben om beslissingen te nemen over de aan mij te verstrekken gezondheidszorgen en niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen.

▪ Identiteitsgegevens van de patiënt :

- Naam en voornaam :
- adres :
- telefoonnummer :
- geboortedatum :

▪ Identiteitsgegevens van de vertegenwoordiger

- Naam en voornaam :
- adres :
- telefoonnummer :
- geboortedatum :

*Opgemaakt te .....datum : ..... Handtekening patiënt*

- Ik aanvaard de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal ik naar best vermogen de patiënt vertegenwoordigen indien hij daar zelf niet toe in staat is.

*Opgemaakt te .....datum : ..... Handtekening vertegenwoordiger*

**Aanbeveling :**

1.Het is aangewezen dit formulier op te maken in 2 exemplaren. Een exemplaar kan bewaard worden door de vertegenwoordiger, een exemplaar kan bewaard worden door de patiënt en een kopie kan overgemaakt worden aan de huisarts of een andere arts gekozen door de patiënt:..... (te vervolledigen door de patiënt)

2.De aanwijzing van een vertegenwoordiger kan steeds herroepen worden, door een schriftelijke, gedateerde en ondertekende mededeling. Indien dit gebeurt, is het aangewezen dat alle personen die kennis kregen van de oorspronkelijke aanwijzing hiervan op de hoogte worden gebracht.

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)



Commission Fédérale "Droits du patient" – 19 décembre 2005  
Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins  
service public fédéral SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET  
ENVIRONNEMENT

### REVOCATION du MANDATAIRE désigné

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient )

- Je soussigné ..... , révoque par la présente la personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme mandataire le ...../..../.....

- Données personnelles du mandataire révoqué :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

Fait à ....., le ..... (date) - Signature du patient :

Recommandation :

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le ..../..../.....

Nom du document : révocation du mandataire – version définitive 19/12/05  
Personne de contact : Hubert Vincent  
E-mail : [vincent.hubert@health.fgov.be](mailto:vincent.hubert@health.fgov.be)  
Tél. : 02/524.85.23

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*



**Federale Commissie "Rechten van de patiënt" – 19 december 2005**

Directoraat Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen

federale overheidsdienst VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

### **HERROEPING VAN DE aangewezen VERTEGENWOORDIGER**

In het kader van de vertegenwoordiging van de patiënt

(artikel 14 §1 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de patiëntenrechten )

- Ik ondergetekende ..... , herroep hierbij de aanwijzing op ...../..../.....van de onderstaande persoon als vertegenwoordiger

- **Persoonlijke gegevens van de vertegenwoordiger wiens aanwijzing herroepen werd :**

- naam en voornaam :
- adres :
- telefoonnummer :
- geboortedatum :

*Gedaan te ..... ,op ..... (datum) –Handtekening van de patiënt :*

**Aanbeveling :**

Alle personen die de aanwijzing als vertegenwoordiger ontvangen hebben, worden best van deze herroeping op de hoogte gesteld.

## II. PERSONNE DE CONFIANCE

*Par personne de confiance, la loi belge sur les droits du patient entend « un membre de la famille, un(e) ami(e), un(e) autre patient(e) ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à porter plainte »*

Ai-je désigné une personne de confiance\* pour m'accompagner dans mon suivi médical ?

\*Il n'y a aucune obligation légale de désigner à l'avance une personne de confiance.

OUI       NON

Si oui, voici les coordonnées de la personne de confiance que j'ai désignée.

Nom et prénom

Tél. ou GSM

E-mail

Type de lien entretenu

Si je n'ai pas encore désigné de personne de confiance et que je souhaite le faire, je peux me référer au document légal ci-après.

N.B : « Personne de confiance » et « mandataire » peuvent être une seule même personne.

**II. VERTROUWENSPERSOON**

De « vertrouwenspersoon » wordt in de Belgische Wet als volgt omschreven : « een persoon die door de patiënt is aangewezen die ook zonder de aanwezigheid van de patiënt een aantal rechten kan uitoefenen (inwinnen van informatie over de gezondheidstoestand of klacht neerleggen)

Heb ik reeds een vertrouwenspersoon (\*) aangeduid om mij te helpen bij mijn medische behandeling ?

(\*) *er is geen wettelijke verplichting om voorafgaandelijk een vertrouwenspersoon aan te stellen.*

Ja       Nee

Zo ja, hierbij de gegevens van de vertrouwenspersoon die ik heb aangewezen :

Naam en voornaam :

Tel. of GSM

E-mail

Wat is mijn band met deze persoon ?

Indien ik nog geen vertrouwenspersoon aangewezen heb en ik wens dit alsnog te doen, dan kan het wettelijk document mij daarbij helpen (zie volgende blz)

NB : de vertegenwoordiger en de vertrouwenspersoon kunnen één enkele persoon zijn.

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)



Commission Fédérale "Droits du patient" – 23 Juin 2006  
Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins  
service public fédéral SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET  
ENVIRONNEMENT

### Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art 9§3)

Je soussigné (e), ..... (nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

**s'informer sur mon état de santé et son évolution probable**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

**consulter mon dossier patient**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

**demander une copie de mon dossier patient**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

▪ **Identité du patient :**

- adresse : .....

- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

▪ **Identité de la personne de confiance**

- Nom et prénom.....

- adresse : .....

- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

Fait à ..... le date .....

*Signature du patient*

**Recommandation :** Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

**Information :** Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus.

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)



Federale Commissie "Rechten van de patiënt" – 23 juni 2006  
Directoraat Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen  
federale overheidsdienst VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN  
LEEFMILIEU

### Aanwijzing van een VERTROUWENSPERSOON

wet van 22 augustus 2002 betreffende de patiëntenrechten (art 7§2, art 9§2, art 9§3)

Ik, ..... (voornaam en naam patiënt), wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn vertrouwenspersoon die ook zonder mijn aanwezigheid volgende rechten kan uitoefenen:

**zich informeren over mijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan**

Periode: .....

(vb tot een bepaalde datum, voor onbepaalde duur, ...)

Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie dit recht geldt (vb huisarts,...):

.....

**mijn patiëntendossier inzien**

Periode: .....

(vb voor onbepaalde duur, tot een bepaalde datum, ...)

Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie dit recht geldt (vb huisarts,...):

.....

**een afschrift vragen van mijn patiëntendossier**

Periode: .....

(vb voor onbepaalde duur, tot een bepaalde datum, ...)

Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie dit recht geldt (vb huisarts,...):

.....

▪ **Identiteitsgegevens van de patiënt :**

- adres: .....
- telefoonnummer: ..... geboortedatum: .....

▪ **Identiteitsgegevens van de vertrouwenspersoon**

- voornaam en naam: .....
- adres: .....
- telefoonnummer: ..... geboortedatum: .....

Opgemaakt te ..... op datum .....

*Handtekening patiënt*

**Aanbeveling:** Het is aangewezen om dit formulier op te maken in 3 exemplaren. Een exemplaar kan bewaard worden door de patiënt, één door de vertrouwenspersoon en één door de beroepsbeoefenaar bij wie de vertrouwenspersoon zonder aanwezigheid van de patiënt informatie ontvangt, inzage heeft in het dossier of kopie van het dossier kan maken.

**Informatie:**

De patiënt kan op elk moment aan de beroepsbeoefenaar meedelen dat de vertrouwenspersoon niet meer mag optreden zoals hierboven werd aangegeven.

### III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT

*La déclaration anticipée de volonté relative au traitement sera respectée dans le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté. Cette déclaration n'est pas limitée dans le temps, à moins d'une révocation ou de modifications de votre part. Pour s'assurer que vos souhaits seront respectés, il est préférable de les communiquer à vos proches et aux soignants qui vous accompagnent. Dans le cas où un mandataire a été désigné, celui-ci peut faire respecter vos choix et le médecin est tenu légalement de respecter cette volonté.*

Si je suis dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, quels sont les soins de santé dont je ne souhaite pas bénéficier ?

Si je réponds « oui » à l'une des propositions suivantes, je spécifie les conditions dans lesquelles ce choix est applicable (ex : si je me trouve dans un état de dégradation physique et/ou intellectuelle profonde ; s'il n'y a plus d'espoir d'amélioration de mon état de santé ; si j'ai déjà subi x traitements par antibiotiques ; etc...). Il peut être opportun de demander au médecin de préciser ce qu'impliquent ces thérapies spécifiques.

1. Je refuse qu'on me réanime

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

2. Je refuse d'être branché(e) à un appareil respiratoire si je ne peux plus respirer naturellement.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

3. Je refuse d'être nourri(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

4. Je refuse d'être hydraté(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

5. Je ne souhaite pas que ma vie soit prolongée artificiellement si aucune amélioration de santé n'est médicalement envisageable.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

6. Je refuse de bénéficier de soins palliatifs.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

7. Je refuse les traitements contre la douleur.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

## Annexe 13 – Bijlage 13

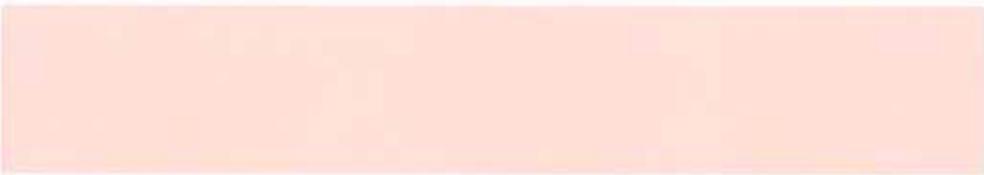
*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

8. Je ne désire pas que mes proches soient associés à la prise de décision me concernant.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

9. Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier que je souhaite mentionner



10. Je ne souhaite plus effectuer d'examens médicaux sauf s'ils sont destinés à améliorer mon confort.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

### III. VOORAFGAANDE NEGATIEVE WILSVERKLARING

*De voorafgaande negatieve wilsverklaring zal gerespecteerd worden wanneer u zelf niet meer in staat bent uw wil te kennen te geven. Deze verklaring is onbeperkt geldig, tenzij u ze herroeft. Om er zeker van te zijn dat uw wensen gerespecteerd worden, is het raadzaam deze aan uw naasten en zorgpersoneel die u begeleiden mee te delen. Wanneer er een vertegenwoordiger aangesteld werd, kan deze uw keuzes doen naleven en de arts is wettelijk verplicht deze wensen te eerbiedigen.*

Wanneer ik wilsonbekwaam ben, welke zijn de onderzoeken of behandelingen die ik niet wens dat ze uitgevoerd worden :

Indien ik “ja” antwoord op één van onderstaande voorstellen, zal ik de voorwaarden waarbij deze keuze zal toegepast worden, hieronder verduidelijken (bijv. mijn lichamelijke of geestelijke toestand is zodanig aangetast dat er geen hoop meer is op genezing en ik niet langer wilsbekwaam ben ; wanneer ik reeds x-aantal antibioticabehandelingen heb ondergaan ; enz). Het is opportuun om aan de arts te vragen wat deze specifieke behandelingen inhouden.

#### 1. Ik wil niet worden gereanimeerd

- Ja

Voorwaarden :

- Neen  
 Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

#### 2. Ik wil niet aan beademingsapparatuur worden gekoppeld

- Ja

Voorwaarden :

- Neen  
 Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

#### 3. Ik wil niet kunstmatig gevoed worden als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten

- Ja

Voorwaarden :

- Neen
- Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

**4. Ik wil geen kunstmatige toediening van vocht als ik niet meer op eigen kracht drink**

- Ja

Voorwaarden :

- Neen
- Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

**5. Ik wil geen levensverlengende behandeling indien geen enkele curatieve behandeling nog zin heeft**

- Ja

Voorwaarden :

- Neen
- Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

**6. Ik weiger palliatieve zorg**

- Ja

Voorwaarden :

- Neen

- Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

**7. Ik wil geen pijnbestrijding**

- Ja

Voorwaarden :

- 
- Neen  
 Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

**8. Ik wil niet dat mijn naasten betrokken worden in de beslissing omtrent mezelf**

- Ja

Voorwaarden :

- 
- Neen  
 Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

**9. Andere behandelingen die ik niet wens te ondergaan :**

**10. Ik wil geen verdere medische onderzoeken tenzij deze kunnen bijdragen tot het verbeteren van mijn comfort**

- Ja

Voorwaarden :

- 
- Neen  
 Voor het ogenblik heb ik hierover geen mening

#### IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE

*La déclaration anticipée d'euthanasie permet à un patient conscient et lucide de demander par écrit qu'il soit mis fin à sa vie au cas où il se trouverait dans une situation médicale sans issue et dans un état d'inconscience irréversible. Cette déclaration doit être signée en présence de deux témoins majeurs et a une durée de validité de 5 ans.*

J'ai rempli par écrit une déclaration anticipée d'euthanasie

OUI     NON

Si oui, celle-ci a été enregistrée à la commune de : [REDACTED]

Date de l'enregistrement de la déclaration : [REDACTED]

Je désire recevoir des informations sur le cadre légal et les démarches nécessaires à entreprendre concernant la déclaration anticipée d'euthanasie

OUI     NON

Si oui, je peux me référer ci-après au document légal s'y rapportant.

Autre(s) élément(s) que je désire mentionner dans le volet « soins de santé »

[REDACTED]

#### IV. WILSVERKLARING EUTHANASIE

*De wilsverklaring Euthanasie laat toe aan een bewust en wilsbekwame patiënt om schriftelijk te verzoeken om euthanasie toe te passen wanneer hij aan een ongeneeslijke aandoening lijdt en zich in een onomkeerbare toestand bevindt. Deze verklaring moet in het bijzijn van 2 meerderjarige getuigen ondertekend worden en is gedurende een periode van 5 jaar geldig.*

Ik heb schriftelijk de wilsverklaring euthanasie ingevuld.

Ja       Nee

Zo ja : deze werd geregistreerd in de gemeente :

Datum van de registratie van de wilsverklaring :

Ik wens informatie te ontvangen omtrent het wettelijk kader en de te volgen procedures betreffende de wilsverklaring euthanasie

Ja       Nee

Zo ja, ik kan het hierna volgende formulier gebruiken.

Andere elementen die ik wens te vermelden in de rubriek “gezondheidszorgen”.

# Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)

ROYAUME DE BELGIQUE

Base légale : AR 2/04/2003

## Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie

### Rubrique I. Données obligatoires

#### A. Objet de la déclaration anticipée

Monsieur/Madame (\*) (nom et prénom) :

(\*) demande, que dans le cas où il/elle (\*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

(\*) reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(\*) révise la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(\*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

#### B. Données personnelles du requérant

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro Registre national :
- Date et lieu de naissance (jj/mm/aaaa) :

#### C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance.

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

#### D. Les témoins

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

- 1) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
  
- 2) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

numéro d'identification dans le registre national

numéro de téléphone :

date et lieu de naissance :

lien de parenté éventuel :

### **Rubrique II. Données facultatives**

#### **A. Les personnes de confiance éventuellement désignées**

**Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait être d'application et qu'elle(s) soi(en)t impliquée(s) pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence :**

1) nom et prénom :

résidence principale :

adresse complète :

numéro d'identification dans le registre national

numéro de téléphone :

date et lieu de naissance :

lien de parenté éventuel :

2) nom et prénom :

résidence principale :

adresse complète :

numéro d'identification dans le registre national

numéro de téléphone :

date et lieu de naissance :

lien de parenté éventuel :

3) nom et prénom :

résidence principale :

adresse complète :

numéro d'identification dans le registre national

numéro de téléphone :

date et lieu de naissance :

lien de parenté éventuel :

4) nom et prénom :

résidence principale :

adresse complète :

numéro d'identification dans le registre national

numéro de téléphone :

date et lieu de naissance :

lien de parenté éventuel :

5) nom et prénom :

résidence principale :

adresse complète :

numéro d'identification dans le registre national

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)

numéro de téléphone :

date et lieu de naissance :

lien de parenté éventuel :

- 6) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
  
- 7) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
  
- 8) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
  
- 9) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
  
- 10) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :

### B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

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

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné (nom et prénom) pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.  
Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro d'identification dans le registre national :
- numéro de téléphone :
- date et lieu de naissance :
- lien de parenté éventuel :

---

La présente déclaration a été rédigée en (nombre).....exemplaires signés qui sont conservés (à un endroit ou chez une personne) :

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

Fait

à.....le.....

Signature du fonctionnaire communal et cachet

Date et signature du requérant

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant (1) :

Date et signature des deux témoins :

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (1) :

(pour chaque date et signature, mentionner la qualité et le nom)

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

**Formulier van wilsverklaring inzake euthanasie**

**Rubriek I. Verplichte gegevens**

**A. Voorwerp van de wilsverklaring**

De Heer/Mevrouw (\*) (naam en voornaam) :

(\*) verzoekt dat voor het geval hij/zij (\*) niet meer in staat is tot wilsuiting, een arts euthanasie toepast indien voldaan is aan de voorwaarden vastgesteld in de wet van 28 mei 2002 betreffende euthanasie.

(\*) herbevestigt de wilsverklaring tot euthanasie die werd opgesteld op (datum) (1) :

(\*) herziet de wilsverklaring tot euthanasie die werd opgesteld op (datum) (1) :

(\*) trekt de wilsverklaring tot euthanasie, die werd opgesteld op (datum) (1) :

**B. Persoonlijke gegevens van de verzoeker**

Mijn persoonlijke gegevens zijn de volgende :

- hoofdverblijfplaats :
- volledig adres :
- identificatienummer in het Rijksregister :
- geboorteplaats en geboortedatum(dd/mm/jjjj) :

**C. Kenmerken van de wilsverklaring**

Deze verklaring werd vrij en bewust afgelegd. Dit wordt onderschreven door de handtekening van de twee getuigen en in voorkomend geval van de vertrouwensperso(o)n(en).

Ik verwacht dat deze wilsverklaring wordt geëerbiedigd.

**D. De getuigen**

De getuigen ten overstaan waarvan ik deze wilsverklaring afleg, zijn :

- 1) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
- 2) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :

(\*) schrappen wat niet past

(1) in voorkomend geval

(2) voor elke aangewezen vertrouwenspersoon worden de onder 1) vermelde gegevens weergegeven

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

### **Rubriek II. Facultatieve gegevens**

#### **A. De eventueel aangewezen vertrouwenspersonen**

**Als vertrouwensperso(o)n(en), waarvan ik wens dat hij/zij onmiddellijk op de hoogte wordt (worden) gebracht indien ik mij in een toestand bevind waarin de wilsverklaring van toepassing zou kunnen zijn en dat hij/zij tijdens de procedure wordt (worden) betrokken, wijs ik in volgorde van voorkeur aan :**

- 1) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
  
- 2) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
  
- 3) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
  
- 4) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :  
telefoonnummer :  
geboortedatum en geboorteplaats :  
eventuele graad van verwantschap :
  
- 5) naam en voornaam :  
hoofdverblijfplaats :  
volledig adres :  
identificatienummer in het Rijksregister :

(\*) schrappen wat niet past

(1) in voorbeeld geval

(2) voor elke aangewezen vertrouwenspersoon worden de onder 1) vermelde gegevens weergegeven

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

6) naam en voornaam :

hoofdverblijfplaats :

volledig adres :

identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

7) naam en voornaam :

hoofdverblijfplaats :

volledig adres :

identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

8) naam en voornaam :

hoofdverblijfplaats :

volledig adres :

identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

9) naam en voornaam :

hoofdverblijfplaats :

volledig adres :

identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

10) naam en voornaam :

hoofdverblijfplaats :

volledig adres :

identificatienummer in het Rijksregister :

telefoonnummer :

geboortedatum en geboorteplaats :

eventuele graad van verwantschap :

### **B. Gegevens weer te geven door de persoon die fysiek blijvend niet in staat is een wilsverklaring op te stellen en te tekenen**

De reden waarom ikzelf fysiek blijvend niet in staat ben deze wilsverklaring op te stellen en te ondertekenen is de volgende :

(\*) schrappen wat niet past

(1) in voor komend geval

(2) voor elke aangewezen vertrouwenspersoon worden de onder 1) vermelde gegevens weergegeven

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

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

Als bewijs hiervan, voeg ik een medisch getuigschrift in bijlage.

Ik heb (naam en voornaam) aangewezen om deze wilsverklaring schriftelijk vast te leggen.  
De persoonlijke gegevens van vooroemde persoon zijn de volgende :

- naam en voornaam :
  - hoofdverblijfplaats :
  - volledig adres :
  - identificatienummer in het Rijksregister :
  - telefoonnummer :
  - geboortedatum en geboorteplaats :
  - eventuele graad van verwantschap :
- 

Deze verklaring is opgemaakt in (aantal) ..... ondertekende exemplaren die worden  
bewaard (op een plaats of bij een persoon) :

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

Gedaan

op ..... te .....

Handtekening van de gemeentelijke ambtenaar en stempel

Datum en handtekening van de verzoeker :

Datum en handtekening van de aangewezen persoon bij het fysiek blijvend niet in staat zijn  
van de verzoeker (1) :

Datum en handtekening van de twee getuigen :

Datum en handtekening van de aangewezen vertrouwsperso(o)n(en) (1) :

(bij iedere datering en handtekening worden de hoedanigheid en de naam vermeld)

(\*) schrappen wat niet past

(1) in voorkomend geval

(2) voor elke aangewezen vertrouwenspersoon worden de onder 1) vermelde gegevens weergegeven

## V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS

### 1. DON D'ORGANES

J'accepte qu'après mon décès, mes organes soient utilisés à des fins de transplantation.

OUI\*

NON\*\*

ACTUELLEMENT SANS AVIS

\* Si oui, je suis légalement libre d'indiquer le ou les éventuel(s) organe(s)

dont je ne souhaite pas faire don à des fins de transplantation

\*\* Si non, faire enregistrer l'opposition au don d'organes au registre de la population de la commune dans laquelle je suis domicilié(e) ou mentionner le nom de la commune dans laquelle le refus de don d'organes a été enregistré. Le document légal s'y rapportant se trouve ci-après.

### 2. DON DU CORPS

J'accepte que mon corps soit utilisé à des fins de recherche médicale.

OUI\*

NON\*\*

ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si j'ai déjà rempli un document concernant le don du corps à la science :

- le document concernant le 'don du corps à la science' a été remis auprès de telle personne et/ou institution (université, médecin, notaire ou autre contact, à préciser) :

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

Tél

- 
- Si non, la liste des hôpitaux et des universités acceptant un don de corps se trouve ci-après.

**V. ORGAANDONATIE – LICHAAM AFSTAAN AAN DE WETENSCHAP**

**1. Orgaandonatie**

Ik aanvaard dat na mijn overlijden, mijn organen en weefsels worden gebruikt worden voor transplantatie.

Ja (a)       Nee (b)       momenteel zonder mening

(a) indien ja, ik ben wettelijk gezien vrij om aan te duiden welke eventuele organen ik niet wens af te staan voor transplantatie

(b) indien neen, elk verzet tot wegneming van organen en weefsels laten registreren bij de dienst Bevolking van de gemeente waar u gedomicilieerd bent of de naam van de gemeente vermelden waar het verzet tot wegneming van organen reeds werd geregistreerd. U vindt het wettelijk document hiervoor op de volgende pagina.

**2. Orgaandonatie**

Ik aanvaard dat na mijn overlijden, mijn lichaam wordt afgestaan voor wetenschappelijk onderzoek.

Ja (a)       Nee (b)       momenteel zonder mening

(a) Indien ik het document betreffende het afstaan van mijn lichaam aan de wetenschap ingevuld heb :

Dit document ‘Lichaamsschenking aan de wetenschap’ werd overgemaakt aan deze persoon en/of instelling (universiteit, arts, notaris of andere, preciseer hieronder :

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

Tel :

- (b) indien niet, hieronder de lijst van ziekenhuizen en universiteiten die een lichaam aanvaarden :

Om je lichaam te schenken aan de wetenschap, dient u een geschreven wilsbeschikking op te stellen met de naam en de gegevens van de universiteit. Het is raadzaam voorafgaand informatie in te winnen bij de dienst die in deze universiteit hiervoor bevoegd is.

Vrije Universiteit Brussel  
Anatomical Research Training & Education  
Laarbeeklaan 103  
1090 Brussel  
Tel. : 02 477 43 17  
e-mail : [arte@vub.be](mailto:arte@vub.be)

Université Libre de Bruxelles  
Service Anatomie, legs des corps  
Bâtiment G, niveau 2, bureau 211 CP619  
808 route de Lennik  
1070 Bruxelles  
Tel. : 02 555 63 66 or 02 555 63 20  
e-mail : [Don.de.Corps@ulb.ac.be](mailto:Don.de.Corps@ulb.ac.be)

Katholieke Universiteit Leuven  
Anatomie  
Groep Biomedische Wetenschappen KULAK  
E. Sabbelaan 53  
8500 Kortrijk  
Tel. : 056 24 62 45  
e-mail : [kulak.anatomie@kuleuven.be](mailto:kulak.anatomie@kuleuven.be)

## Annexe 13 – Bijlage 13

Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)

Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)



### Déclaration pour le don d'organes

ROYAUME DE BELGIQUE

Base légale : AR du 30/10/86 (MB 14/02/87)

Commune:

<http://www.beldonor.be>

Code postal:

Formulaire pour la manifestation de la volonté concernant le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus après le décès.

Nom – Prénoms :

Lieu et date de naissance(jj/mm/aaaa) :

N° Registre National :

Adresse :

- s'oppose à tout prélèvement d'organes et de tissus (1)
- se déclare expressément donneur (volonté expresse)
- lève la déclaration d'opposition (1)
- lève la déclaration de volonté expresse

(1) Le représentant de celui au nom duquel l'opposition ou le retrait de l'opposition a été fait :

le degré de parenté :

Fait à

Le  
Signature du demandeur,

Signature du fonctionnaire,

cachet de la commune

(1) le cas échéant

## Annexe 13 – Bijlage 13

*Document PSPA (projet de soins personnalisé anticipé)*

*Document VZP (Vroegtijdige Zorg Planning)*

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)
- herroep de verklaring van verzet (1)
- herroep 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

– 5 –

## Léguer son corps à la science, liste des universités

Lorsque vous souhaitez léguer votre corps à la science, il faut rédiger un document à la main (un testament) où vous mentionnez l'université de votre choix qui peut réclamer le corps. Il est recommandé de s'informer au préalable auprès du service en charge de ce sujet auprès de cette université. Vous trouverez ci-dessous les données de contact des universités.

### Université Libre de Bruxelles

*Service anatomie, legs de corps*

Bâtiment G, niveau 2, bureau 211 CP619

808, route de Lennik, 1070 Bruxelles

tel:02/555.63.66 ou 02/555.63.20

[erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18612&langue=FR](http://erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18612&langue=FR)

### Université de Liège

*Institut d'anatomie*

*Service 'Legs de corps'*

CHU - Tour 3- niveau-1, Pathologie, 4020 Liège

tel:04/366.51.52 ou 04/366.51.53

[labos.ulg.ac.be/dondecorps](http://labos.ulg.ac.be/dondecorps)

### Université catholique de Louvain

*Unité d'anatomie humaine*

Tour Vésale 5240

52, av. Emmanuel Mounier, 1200 Bruxelles

tel: 02/764.52.40

[uclouvain.be/235842.html](http://uclouvain.be/235842.html)

### Université de Mons Hainaut

*Institut d'anatomie*

4, avenue du champs de mars, 7000 Mons

tel: 065/37.37.49

<http://portail.umons.ac.be/FR/universite/facultes/>

[fmp/services/anat/Pages/Dondescoprsalascience.aspx](http://portail.umons.ac.be/FR/universite/facultes/fmp/services/anat/Pages/Dondescoprsalascience.aspx)

Ce carnet comprend différents volets concernant les souhaits que vous souhaitez exprimer pour votre fin de vie. Ils seront pris en compte dans la mesure du possible.

## Carnet de vie

Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

## Table des matières

VOLET I Personnes qui me sont proches .....	2
VOLET II Eléments du vécu personnel.....	4
VOLET III Qualité de vie.....	8
VOLET IV Affinités spirituelles et philosophiques .....	11
VOLET V Volontés concernant mon après-décès.....	13
VOLET VI Transmission de paroles .....	16

**VOLET I**  
**Personnes qui me sont proches**

- Enfant(s)

1. Nom et prénom

2. Nom et prénom

3. Nom et prénom

(Si plus de 3 enfants et membres de famille recomposée, veuillez dupliquer cette feuille)

- Autre(s) personne(s) significative(s) (proches, ami(e)s, etc.) que je souhaite mentionner

1. Nom et prénom

Type de lien

2. Nom et prénom

Type de lien

Coordonnées de la personne de contact

**IV. MEDECIN TRAITANT**

- Coordonnées de mon médecin traitant ACTUEL

Nom et prénom

Adresse

Tél. ou GSM

Depuis quelle année ?

- Coordonnées éventuelles de mon médecin traitant PRECEDENT

Nom et prénom

Adresse

Tél. ou GSM

Depuis quelle année ?

**VOLET II**  
**Eléments du vécu personnel**

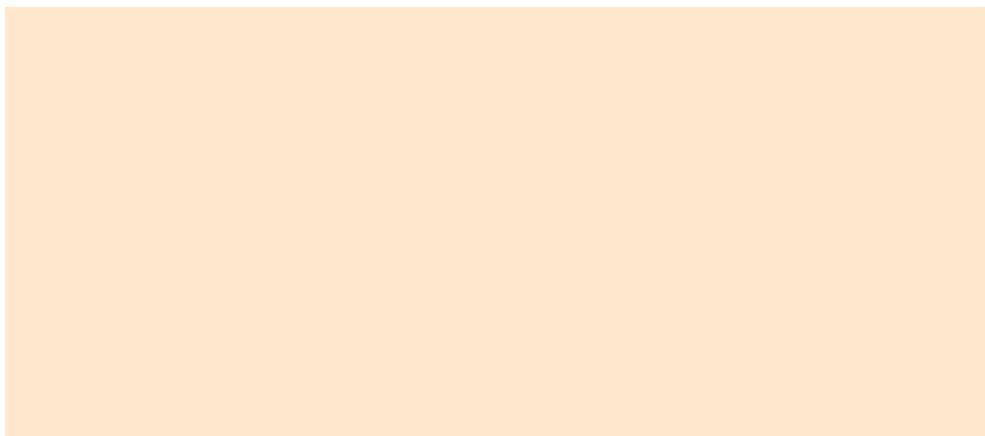
Préambule :

*Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, il permettra à votre entourage, aux soignants, de faire connaissance avec vous, de comprendre vos valeurs, vos préférences, vos choix, en fonction de ce que vous avez vécu tout au long de votre vie et de pouvoir prendre soin de vous de la façon la plus respectueuse de vos valeurs.*

**VECU PERSONNEL**

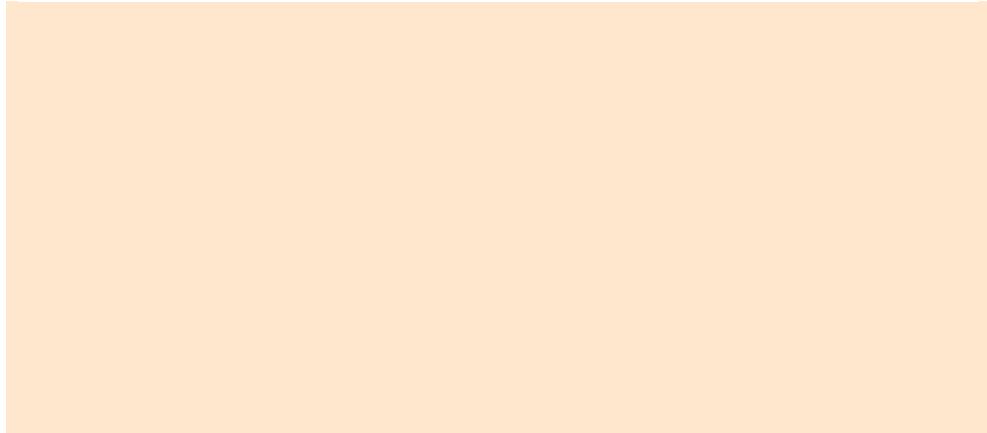
- **Evènements marquants de ma vie** (qu'ils soient positifs ou négatifs)

*Quels moments de ma vie me paraissent les plus importants ?*



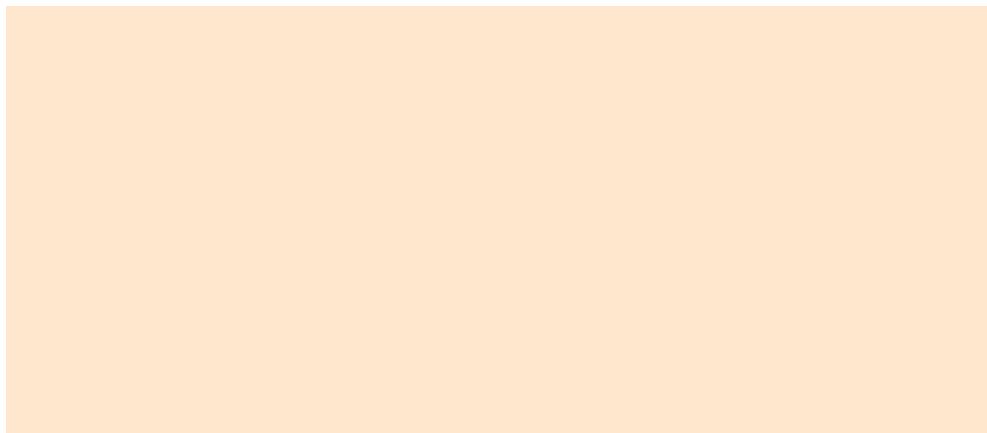
• **Rôles/ occupations principales**

*Quels sont les rôles les plus importants que j'ai assumés dans ma vie au niveau familial, professionnel, amical, etc. ?*



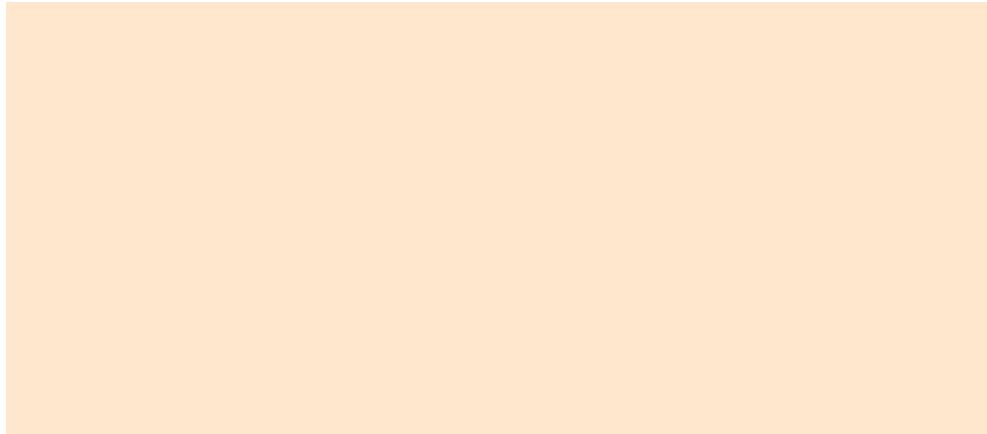
• **Réalisations importantes de ma vie**

*Quelles sont mes plus grandes sources de fierté ?*

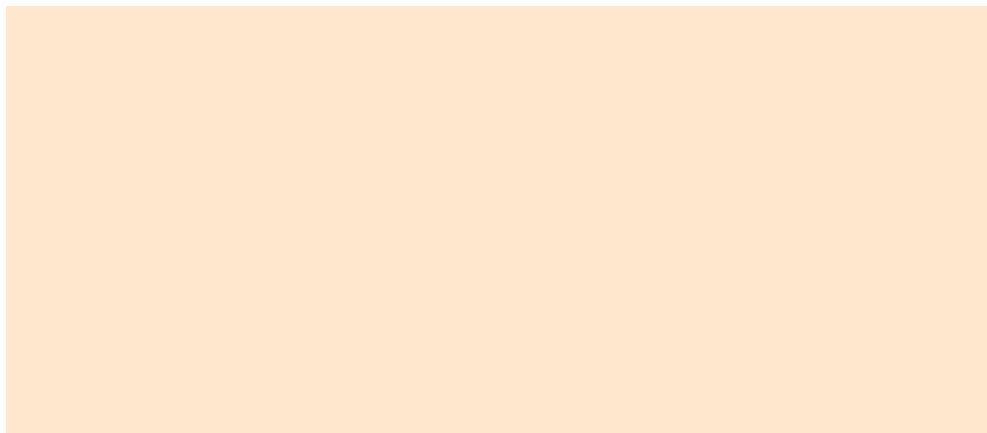


• **Valeurs actuelles**

*Qu'est-ce qui est important pour moi aujourd'hui ?*

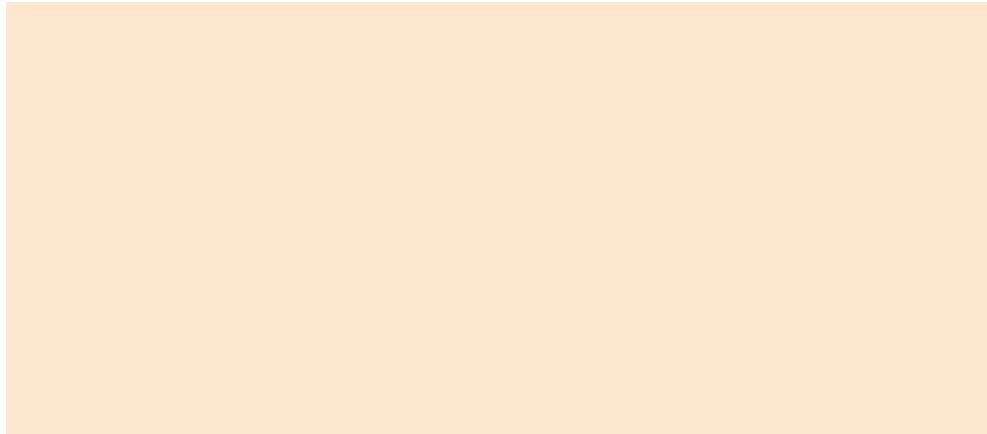


• **Loisirs et passions**



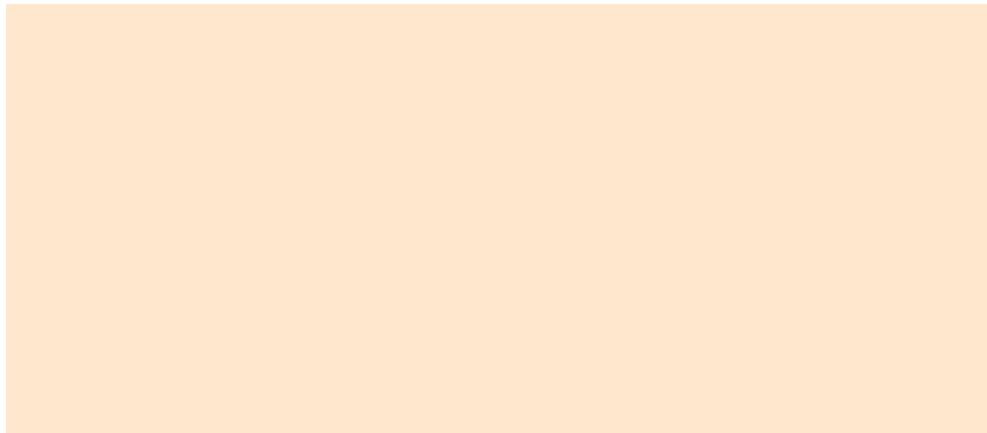
• **Dignité**

*Que signifie pour moi un accompagnement qui me respecte ?*



• **Projets**

*Y a-t-il des choses que je souhaiterais vivre ou clôturer avant de mourir ?*



**VOLET III**  
**Qualité de vie**

Préambule :

*Si vous décidez de compléter ce volet, il vous permettra de réfléchir sur votre conception de la qualité de vie, de la dignité, ainsi que du lieu dans lequel vous vous sentez le mieux pour passer vos derniers instants.*

*Si vous décidez de transmettre ce volet, il sera pris en compte dans le cas où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer votre volonté. Ceci permettra à vos proches et aux soignants de mieux comprendre, respecter vos volontés et vous accompagner de la manière qui vous conviendra le mieux.*

**I. TRANSFERT ENTRE LE MILIEU DE VIE ET LE MILIEU HOSPITALIER**

Je souhaite être emmené(e), si nécessaire et dans la mesure du possible, à l'hôpital en cas de problème de santé jugé critique par les soignants m'accompagnant

OUI       NON       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, si possible:

- avec l'accord de mes proches  
 avec l'accord de mon médecin traitant

Je souhaite être transféré(e) dans la mesure du possible dans l'hôpital suivant :

Nom

Ville

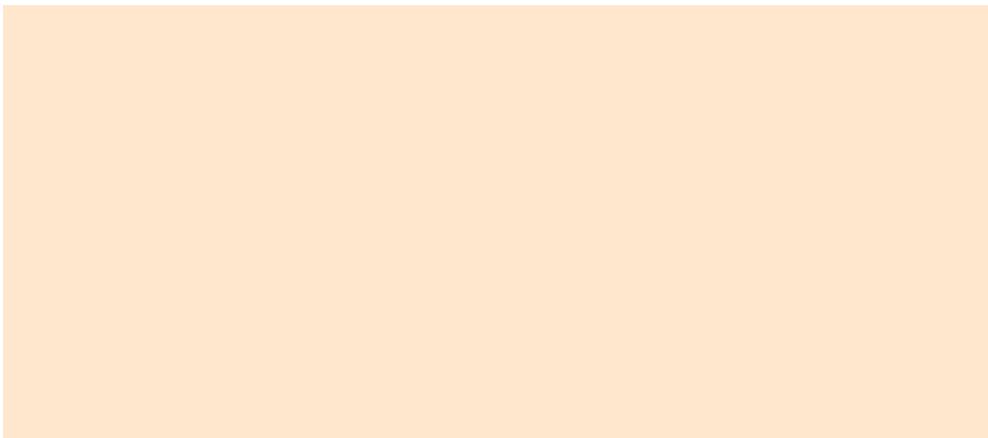
Je souhaite finir mes jours dans mon lieu de vie.

OUI       NON       ACTUELLEMENT SANS AVIS

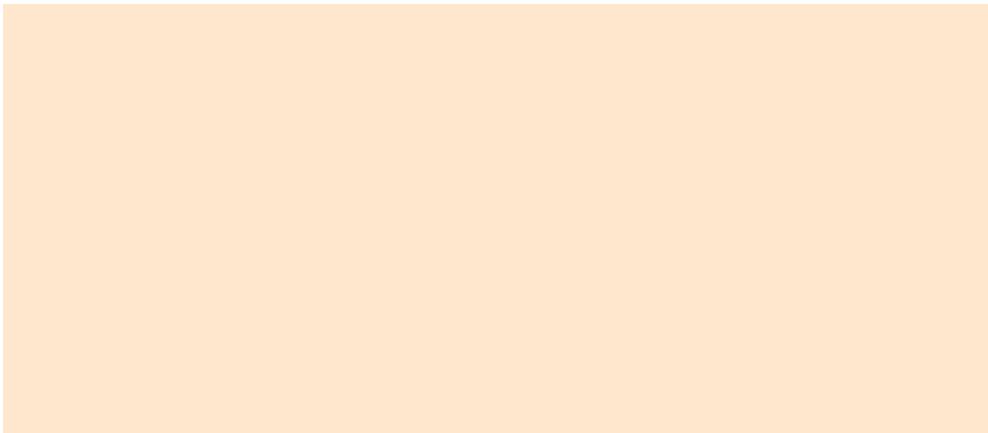
Si oui, mon lieu de vie se situe à :

**II. VOLONTE RELATIVE AUX TRAITEMENTS EN ACCORD AVEC MES VALEURS**

Que signifie pour moi « qualité de vie » ?



Que signifie pour moi « mourir dans la dignité » ?



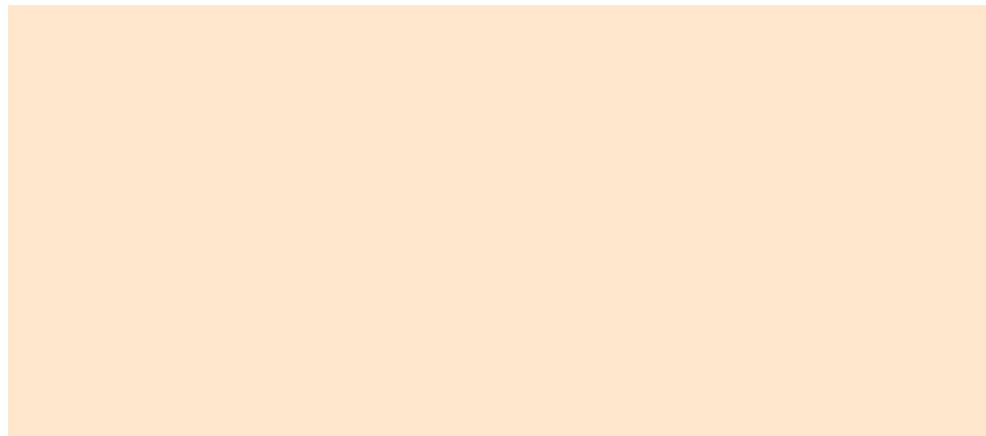
Suis-je prêt(e) à accepter certaines limitations (physiques, psychologiques, sociales) pour augmenter la durée de ma vie ?

OUI

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si non, quelles sont les limitations que je considère suffisamment graves pour ne plus vouloir continuer à vivre ?



**VOLET IV**  
**Affinités spirituelles et philosophiques**

Préambule :

*Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, vous acquérez la possibilité de recevoir la visite d'un conseiller spirituel (de toute confession mais aussi non confessionnel).*

*Vous pouvez demander les coordonnées de conseillers spirituels auprès de vos soignants.*

**CHOIX SPIRITUELS ET PHILOSOPHIQUES**

Est-ce que je souhaite bénéficier de l'aide d'un conseiller spirituel ?

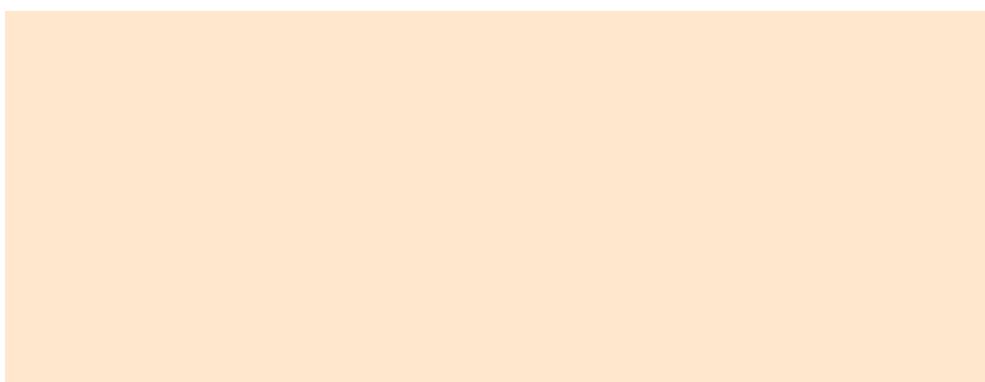
OUI       NON       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Quel type de conseiller spirituel je désire rencontrer?

Un conseiller :     laïc       catholique       protestant  
                       orthodoxe     musulman       hébraïque  
                       bouddhiste

Autre(s), à spécifier : 

Souhaits spécifiques concernant mon accompagnement spirituel ou philosophique :



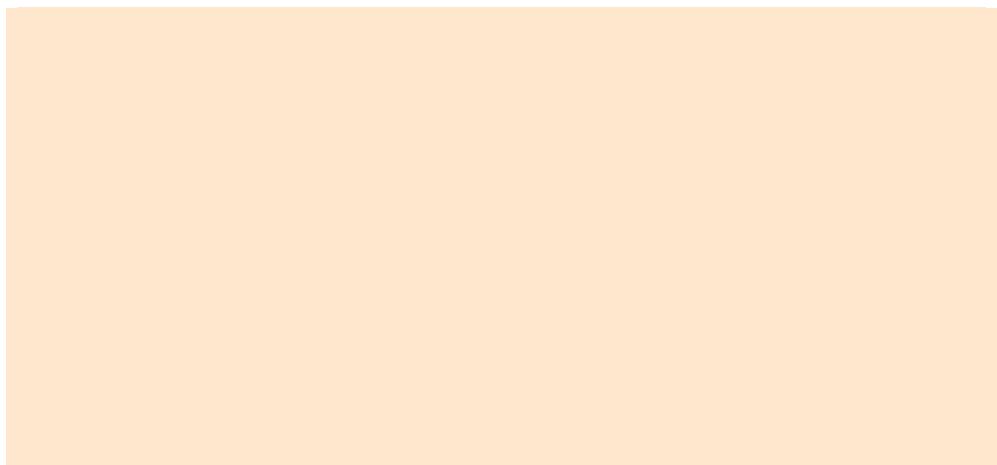
Annexe 14-14bis-14ter-14quater – Bijlage 14-14bis-14ter-14quater  
*Déclarations anticipées / Vroegtijdige verklaringen*

**VOLET V**

**Volontés concernant mon après-décès**

**1. MON CORPS**

Je souhaite que, dans la mesure du possible, les rituels suivants soient respectés



## 2. MES OBSEQUES

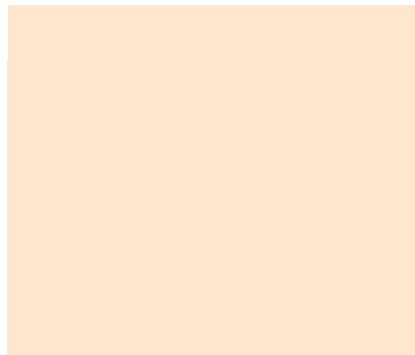
2.1.  Je souhaite être inhumé(e)

Selon les rituels correspondant à mes convictions spirituelles et philosophiques

Commentaire



Autre(s) modalité(s) désirée(s) concernant l'inhumation, à préciser :



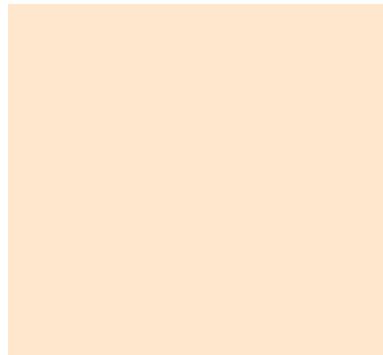
2.2.  Je souhaite être incinéré(e)

Avec inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière

Dans ce cas, indiquez le lieu du cimetière

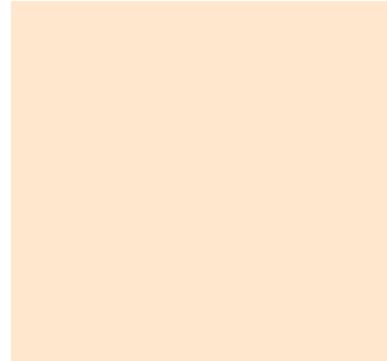
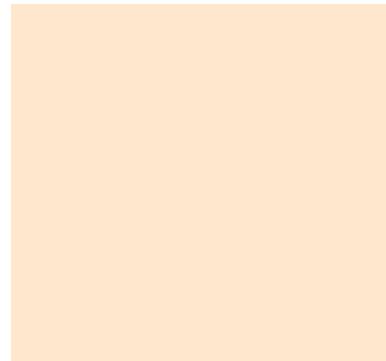


Autre(s) modalité(s) désirée(s) concernant la conservation ou la dispersion des cendres, à préciser :



Je laisse à mes proches le choix des modalités d'inhumation

Je laisse à mes proches le choix des modalités concernant mes cendres



Je souhaite laisser à mes proches l'entièvre liberté de choix concernant les modalités de mes obsèques.

J'ai souscrit une assurance « obsèques ».

Nom de la compagnie



N° contrat



Commentaire(s) supplémentaire(s)



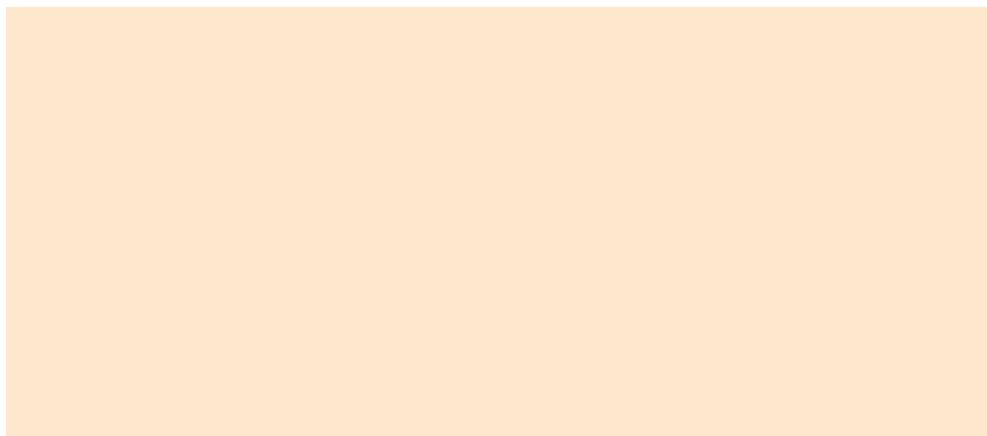
**VOLET VI**  
**Transmission de paroles**

Préambule :

*Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, il vous permettra d'exprimer certaines choses à vos proches (famille, amis, soignants, etc.). Vous pouvez décider de transmettre ce volet à une personne ne qui vous avez confiance afin qu'il remette le document à vos proches après votre décès (sous enveloppe fermée ou non, à votre meilleure convenance). Ce volet vous donne l'occasion de laisser une trace, si vous le souhaitez, pour la postérité.*

**TRANSMISSION DE PAROLES**

Y a-t-il des choses, des idées que je souhaite faire savoir , dire, transmettre à mes proches ?



Je souhaite que ce volet soit transmis à mes proches (éventuellement sous enveloppe fermée).

OUI

NON

Si oui, à qui ?



Je désigne ..... pour transmettre ce quatrième volet à mes proches en cas de décès.

Annexe 14-14bis-14ter-14quater – Bijlage 14-14bis-14ter-14quater  
*Déclarations anticipées / Vroegtijdige verklaringen*



**MIJN LEVENSBOEK**

Zijn stem laten horen tot het einde van zijn

leven...

**INHOUD**

Hoofdstuk I Personen die mij dierbaar zijn

Hoofdstuk II Aspecten van mijn persoonlijke beleving

Hoofdstuk III Levenskwaliteit

Hoofdstuk IV Spirituele en filosofische affiniteiten

Hoofdstuk V Verzoeken voor na mijn overlijden

Hoofdstuk VI Mijn woorden doorgeven aan mijn naasten

1. Naam en voornaam

2. Naam en voornaam

3. Naam en voornaam

4. Naam en voornaam

• Andere belangrijke perso(o)n(en), vrienden, enz.. die ik wens te vermelden

1. Naam en voornaam

Wat is de band met deze persoon ?

2. Naam en voornaam

Wat is de band met deze persoon ?

Gegevens van de contactpersoon

#### HUISARTS

1. Gegevens over mijn HUIDIGE huisarts

Naam en voornaam

Adres – Tel. of GSM

2. Gegevens over mijn eventuele VROEGERE huisarts

Naam en voornaam

Adres – Tel. of GSM

Vanaf wanneer is hij uw huisarts ? .....

**Hoofstuk II : Aspecten van mijn persoonlijke beleving**

*Wanneer u beslist om deze gegevens in te vullen en bekend te maken, zal dit aan uw naasten en aan het zorgpersoneel toelaten nader kennis met u te maken, uw waarden te begrijpen, uw voorkeur en uw wensen te kennen, in functie van hetgeen u in uw leven hebt meegemaakt ; het zal hen ook de mogelijkheid bieden u op de meest respectvolle manier voor uw eigen waarden te behandelen.*

Persoonlijke beleving

- **belangrijke gebeurtenissen uit uw leven** (zowel positieve als negatieve)  
*Welke momenten uit mijn leven zijn voor mij heel belangrijk ?*

- **Voornaamste functies/bezigheden**

*Wat zijn de meest belangrijke functies die u vervulde op familiaal, professioneel,.. vlak?*

- **Belangrijkste verwesenlijkingen in mijn leven**

*Waarover kan ik het meeste fier zijn ?*

- **Huidige belangrijke zaken**

*Wat is momenteel het allerbelangrijkste voor mij ?*

- **Vrije tijd en hobby's**

• **Waardigheid**

*Wat betekent voor mij een begeleiding/ondersteuning die mij respecteert ?*

• **Plannen**

*Zijn er zaken die ik zou willen meemaken of afsluiten voor ik sterf ?*

**Hoofstuk III : Levenskwaliteit**

**Inleiding**

*Wanneer u beslist om deze gegevens in te vullen zal u dit de mogelijkheid bieden na te denken over uw opvatting omtrent levenskwaliteit, waardigheid, alsook over de omgeving waarin u zich het best voelt om uw laatste levensdagen door te brengen.*

*Wanneer u beslist om deze gegevens door te geven zal met de informatie rekening gehouden worden wanneer u niet meer in staat bent uw wensen uit te drukken. Uw naasten en zorgverleners krijgen op die manier de mogelijkheid uw wensen beter te begrijpen en te respecteren en u op de voor u meeste comfortabele manier te ondersteunen.*

**1. Transfer tussen de leefomgeving en het ziekenhuis**

Ik wens, indien nodig en in de mate van het mogelijke, overgebracht te worden naar een ziekenhuis wanneer de zorgverleners die mij begeleiden, oordelen dat mijn gezondheidstoestand kritiek is

Ja       Neen       momenteel geen mening

Zo ja, indien mogelijk

- na akkoord van mijn naasten
- na akkoord van mijn behandelend arts

Ik wens in de mate van het mogelijke overgebracht worden naar het ziekenhuis :

Naam en Stad/gemeente

Ik wens mijn laatste dagen door te brengen in mijn leefomgeving :

Ja       Neen       momenteel geen mening

Zo ja, naam/adres van mijn leefomgeving

**2. Wensen met betrekking tot behandelingen, in overeenstemming met mijn waarden**

Wat betekent voor mij "levenskwaliteit" ?

Wat betekent voor mij "waardig sterven" ?

Ben ik bereid om bepaalde beperkingen te aanvaarden (fysieke, psychologische, sociale) om mijn levensduur te verhogen ?

Ja       Neen       momenteel geen mening

Indien niet, welke zijn de beperkingen die ik ernstig genoeg vindt om niet verder te willen leven ?

#### **Hoofstuk IV : Spirituele en filosofische affiniteiten**

##### Inleiding

*Wanneer u beslist om deze gegevens in te vullen en bekend te maken, heeft u de mogelijkheid bezocht te worden door een spiritueel raadgever (van alle religies maar ook van niet-confessionele).*

*U kan de gegevens van de spirituele raadgevers vragen aan het zorgpersoneel.*

##### **1. Spirituele en filosofische keuzes**

Ik wens de hulp van een spiritueel raadgever

Ja                    Neen                    momenteel geen mening

Welke spiritueel raadgever wens ik te ontmoeten ?

seculier                    katholiek                    protestant  
 orthodox                    islam                    hebreeuws

boedhist       andere : specifieer : .....

Specifieke wensen i.v.m. mijn spirituele of filosofische begeleiding :



## **Hoofstuk V : Verzoeken voor na mijn overlijden**

### **1. Mijn lichaam**

Ik wens dat, in de mate van het mogelijke, de volgende rituelen gerespecteerd worden :



### **2. Mijn uitvaart**

2.1  Ik wens begraven te worden      2.2  Ik wens gecremeerd te worden

met mijn filosofische en spirituele overtuiging

zo ja, geef de naam van het kerkhof

Andere wensen ivm mijn begrafenis

Andere wensen ivm de bewaring of  
uitstrooing van de asse

Ik laat de keuze aan mijn naasten over  
de modaliteiten van mijn begrafenis

Ik laat de keuze aan mijn naasten over de  
modaliteiten van mijn crematie

Ik laat aan mijn naasten de vrije keuze betreffende de modaliteiten van mijn uitvaart.

Ik heb een uitvaartverzekering afgesloten

Naam van de maatschappij

Nr Contract

Bijkomende gegevens

#### **Hoofstuk VI : Mijn woorden doorgeven aan mijn naasten**

##### Inleiding

*Wanneer u beslist om deze gegevens in te vullen en bekend te maken, zal u dit de mogelijkheid bieden om bepaalde zaken aan uw naasten (familie, vrienden, zorgpersoneel...) door te geven. U kan beslissen deze informatie aan een vertrouwenspersoon door te geven opdat hij deze bij uw overlijden aan uw naasten overhandigt (desgewenst onder gesloten omslag of niet). Dit hoofdstuk maakt het u mogelijk, indien u dit wenst, om een spoor na te laten voor uw nageslacht.*

Zijn er zaken, gedachten, ideeën die ik wil doorgeven, zeggen aan mijn naasten ?

Ik wens dat deze bladzijde aan mijn naasten wordt gegeven (eventueel onder gesloten omslag)

Ja

Nee

Zo ja, aan wie ?



Ik duid ..... aan om dit hoofdstuk aan mijn naasten te geven bij mijn overlijden.

#### **Gebruiksvoorwaarden**

Dit boekje is bestemd voor de personen die mij bij mijn levens einde zullen begeleiden en zal gebruikt worden met inachtneming van mijn wensen wanneer ik zelf niet meer in staat ben om zelf beslissingen te nemen.

Ik geef toestemming aan volgende personen(\*) om informatie door te geven aan (Mr, Mw, instelling) :

(\*) Gelieve de aangeduide perso(o)n(en) te vermelden :

**LEVENSBOEK :**

- Hoofdstuk II : Belangrijke aspecten van mijn leven
- Hoofdstuk III : Levenskwaliteit
- Hoofdstuk IV : Spirituele of filosofische affiniteiten
- Hoofdstuk VI : Mijn woorden doorgeven aan mijn naasten

**WILSVERKLARINGEN**

- Wilsverklaring met betrekking tot behandelingen

## Annexe 14-14bis-14ter-14quater – Bijlage 14-14bis-14ter-14quater

### *Déclarations anticipées / Vroegtijdige verklaringen*

Wilsverklaring euthanasie

Verzoeken voor na mijn overlijden

Orgaandonatie

Afstaan van mijn lichaam aan de wetenschap

Eventuele toelichtingen

Document opgesteld op ..... te .....

Naam en voornaam : .....

Handtekening : .....

**Bij permanente lichamelijke onmogelijkheid, duid ik onderstaande meerderjarig persoon aan – die geen materieel belang heeft bij mijn overlijden – om onderhavig document op te maken :**

Naam en voornaam : .....

Rijsregisternummer : .....

Geboortedatum : .....

Woonplaats : .....

Tel. of GSM : .....

E-mail : .....

Datum en handtekening van de aangeduide persoon :

.....

Document gekend door de GEVOLMACHTIGDE (naam in hoofdletters)

.....

Datum en handtekening van de gevoldmachtigde

.....

Document gekend door de VERTROUWENSPERSON (naam in hoofdletters)

.....

Datum en handtekening van de vertrouwenspersoon

.....

Opgemaakt in ..... exemplaren, bijgehouden door de aangever en volgende personen :

Annexe 14-14bis-14ter-14quater – Bijlage 14-14bis-14ter-14quater

*Déclarations anticipées / Vroegtijdige verklaringen*

Naam en voornaam : ..... ..... ..... ..... ..... Postnr en Woonplaats ..... Tel. .... GSM : ..... Verwantschap met de aangever : .....	Naam en voornaam : ..... ..... ..... ..... Postnr en Woonplaats ..... Tel. .... GSM : ..... Verwantschap met de aangever : .....
Naam en voornaam : ..... ..... ..... ..... Postnr en Woonplaats ..... Tel. .... GSM : ..... Verwantschap met de aangever : .....	Naam en voornaam : ..... ..... ..... ..... Postnr en Woonplaats ..... Tel. .... GSM : ..... Verwantschap met de aangever : .....

Teneinde de evolutie van mijn verzoeken te respecteren met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning, mag dit document aangepast worden. Onderstaande tabel geeft de chronologie weer van mogelijke wijzigingen :

Versie van het document	Datum	Handtekening aangever
Eerste versie		
Wijziging 1		
Wijziging 2		
Wijziging 3		

Ce carnet est destiné aux personnes qui sont amenées à m'accompagner en fin de vie et sera utilisé dans le respect de mes volontés au cas où et tant que je ne suis plus capable de prendre moi-même une décision.

## Conditions d'utilisation

Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

J'autorise les personnes suivantes\* à transmettre à (Mr, Mme, Institution) :

\*veuillez désigner la/les personne(s) concernée(s) :

**Section II – Carnet de vie :**

- Volet 1 : éléments importants du vécu personnel
- Volet 2 : qualité de vie
- Volet 3 : affinités spirituelles ou philosophiques
- Volet 4 : transmission de paroles

**Section III – Déclarations de volontés:**

- Déclaration anticipée de volonté relative aux traitements
- Déclaration anticipée d'euthanasie
- Volontés d'après-décès
- Don d'organe
- Don du corps à la science

Commentaire(s) éventuel(s)

Document établi à :

Le :

Nom et prénom :

Signature :

**En cas d'impossibilité physique permanente, je désigne ci-dessous la personne majeure suivante n'ayant aucun intérêt matériel à mon décès, pour rédiger pour moi le présent document.**

- Informations concernant cette personne :

Nom et prénom :

N° de registre national

<input type="text"/>											
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date de naissance

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Lieu de naissance

[Redacted]

Adresse du lieu de résidence

[Redacted]

Tél. ou GSM

[Redacted]

E-mail



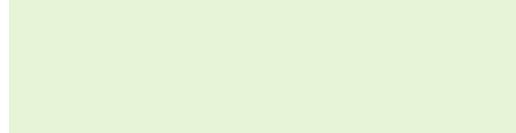
Date et signature de la personne désignée :



Document connu du MANDATAIRE (nom en lettres capitales)



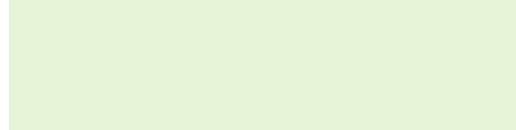
Date et signature du mandataire :



Document connu de la PERSONNE DE CONFIANCE (nom en lettres capitales)



Date et signature de la personne de confiance :



Fait en ..... exemplaires, maintenus auprès du déclarant et des personne(s) suivante(s) :

Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Ville et code postal : .....	Ville et code postal : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
GSM : .....	GSM : .....
Lien par rapport au déclarant : .....	Lien par rapport au déclarant : .....
Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Ville et code postal : .....	Ville et code postal : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
GSM : .....	GSM : .....
Lien par rapport au déclarant : .....	Lien par rapport au déclarant : .....

Afin de respecter l'évolution de mes souhaits par rapport à l'anticipation des soins liés à la fin de ma vie, ce document peut être modifié. Le tableau ci-dessous présente la chronologie des modifications éventuelles.

<b>Version(s) du document</b>	<b>Date(s)</b>	<b>Signature du déclarant</b>
Première Version		
Modification 1°		
Modification 2°		
Modification 3°		



Fédération  
des CPAS

Pallium  
Plate forme de concertation  
en soins palliatifs  
du Brabant wallon

CHU Dinant  
Godinne  
UCL NAMUR

# En route pour la vie

“Comment exprimer ses souhaits  
concernant son accompagnement  
et ses soins futurs, si un jour  
nous ne sommes plus à même  
de les dire nous-même ?”

Une autre manière d’aborder le PSPA

Diffusé le 16 juin 2017 au Centre culturel Marcel Hicter - La Marlagne

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin

A destination du grand public

# DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT

## Projet de soins personnalisé et anticipé



## Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

*Mode d'utilisation*

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



1

*Dans une vie remplie d'incertitudes, une chose est certaine, nous allons tous mourir un jour.*

*Pourquoi ne pas prendre un temps pour penser au sens que nous souhaitons donner à notre vie, aux valeurs qui sont importantes pour nous, à ce que nous voulons transmettre à nos proches, à la manière dont nous souhaitons nous en aller ?*

*Dans notre vie de tous les jours, penser à la mort et en parler n'est pas quelque chose de facile. Parce que nous avons tendance à croire que nous sommes immortels, que la mort, c'est pour les autres. Et avec les progrès médicaux, nous pourrions presque guérir de la mort. Parce que penser comme tel nous aide à vivre, à affronter les difficultés de la vie, à avancer.*

*Parce que même si l'on sait que nous allons tous mourir, se le représenter est parfois impossible.*

*Plutôt que d'attendre la survenue d'un évènement tragique, d'une maladie, d'un accident, pourquoi ne pas prendre le temps d'en parler quand tout va bien ?*

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



Diffusé largement auprès des institutions et du public sous le nom de « projet de soins personnalisé et anticipé », traduction du terme anglo-saxon « advance care planning », le projet que Pallium a mis sur pied se trouve en réalité au centre d'une démarche plus large, « En route pour la vie », menée en collaboration avec différents partenaires.

Equipe de coordination du projet

- **Dominique Cambron**, directrice de la Plate-forme de concertation en soins palliatifs
- **Marie de Saint-Hubert**, médecin, chef du service de gériatrie des Cliniques Universitaires UCL/Mont-Godinne
- **Valérie Desomer**, conseiller, Centre de Formation de la Fédération des CPAS, Union des Villes et Communes de Wallonie
- **Sophie Herman**, psychologue, coordinatrice du projet
- **Myriam Leleu**, sociologue et gérontologue
- **Lolita Virga**, psychologue, coordinatrice du projet

Partenaires

- Enéo
- Espace Seniors
- UNESSA
- Santhea
- CPAS de Charleroi
- Infor-Homes Bruxelles
- Palliabru
- Fédération wallonne des soins palliatifs
- Hers-Ressort
- SSMG
- CHU-Mont Godinne/UCL Namur
- Pallium
- Centre de Formation de la Fédération des CPAS

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-même ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



### **Au départ du travail...**

L'asbl Pallium est la Plate-forme de concertation en soins palliatifs du Brabant wallon. Elle a été créée en 1997. L'association est pluraliste.

#### Ses missions

- Accompagner patients et aidants proches confrontés à la fin de vie.
- Evaluer les services rendus et optimaliser les actions en fonction de l'évolution des besoins.
- Offrir aux professionnels des espaces de rencontres, de paroles pour les soutenir et les aider à se questionner sur leurs pratiques.
- Organiser des réunions interdisciplinaires, des relectures éthiques.
- Mettre en lien les partenaires du réseau.
- Sensibiliser, informer et former les soignants, les volontaires ainsi que le grand public à la culture palliative.
- Promouvoir la réflexion éthique à travers le suivi d'une commission éthique, l'organisation de réunions spécifiques (relectures éthiques, CARE) et de modules de formation.

#### Ses spécificités

- Une diversité dans l'offre des compétences grâce à une équipe pluridisciplinaire constituée de psychologues, d'une philosophe éthicienne, de coordinatrices et d'une directrice experte dans le domaine du handicap.
- Une collaboration étroite avec l'équipe de soutien pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, bénévoles) en soins palliatifs à domicile, « Domus ».

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



Créé par la Plate-forme de concertation en soins palliatifs du Brabant Wallon (Pallium) et financé depuis 2012 par la Fondation Roi Baudouin, le projet pilote a été mis en place et testé dans 11 maisons de repos et soins de la Province du Brabant wallon. Ce projet pilote a montré l'importance pour les personnes âgées en maison de repos et de soins d'aborder ces questions de fin de vie et de communiquer leurs souhaits. Il a aussi montré à quel point il était important de pouvoir amorcer la discussion au sujet des souhaits de fin de vie le plus tôt possible (Dispa, 2014). C'est pourquoi, la Fondation Roi Baudouin a décidé de financer un nouveau projet pour améliorer la communication à propos de la fin de vie et de la mort sans « attendre » l'arrivée en maison de repos. L'idée a donc été d'étendre d'une part, la population rencontrée, de moduler et de diffuser la démarche à la fois dans le secteur du domicile, dans les hôpitaux en plus des maisons de repos et de soins et d'autre part, d'étendre le secteur géographique en se focalisant sur toute la Wallonie.

Notre ambition dans la construction progressive de cet outil a été de l'inscrire dans une démarche plus large. *En Route pour la Vie* et la philosophie qui en résulte représentent le contexte dans lequel notre projet a vu le jour. Une réflexion s'est établie autour de questions cruciales que tout un chacun peut se poser en fin de vie.

#### ***Comment choisir ? Est-on libre de ses choix ?***

« *La liberté commence là où l'ignorance finit* » (Victor Hugo). Tout au long de notre vie, nous sommes amenés à faire des choix (études, métier, se marier, avoir des enfants, etc.). Bien souvent, faire des choix, notamment pour sa fin de vie, c'est s'engager dans l'incertitude. Parce que nous ne savons pas à l'avance comment nous allons mourir, comment choisir ce que nous voulons ou ne voulons pas ? Pour faire des choix, nous devons tout d'abord être informés de notre état de santé, des traitements possibles et de nos droits. Le médecin a un rôle essentiel d'informer le patient pour qu'il puisse, « en connaissance de cause », faire les choix qui s'imposent.

Il est de surcroit apparu indispensable d'intégrer ce que définit la loi face à nos choix.

La loi sur les **droits du patient**, la loi sur les **soins palliatifs** et la loi relative à l'**euthanasie**, toutes votées en 2002, garantissent que notre volonté soit respectée.

*La loi sur les droits du patient* implique que chacun a droit à des soins de qualité.

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



Le malade **doit donner son consentement** pour tout traitement. Il **peut refuser un traitement** sans être obligé de se justifier sur les raisons de son refus. Il peut refuser un traitement de manière anticipée, en rédigeant une déclaration de volontés relatives au traitement ou un projet de soins anticipé et personnalisé. Plus le document est précis, plus la volonté du patient sera respectée.

Le patient peut également désigner un *mandataire* qui, **au cas où le patient n'est plus capable d'exprimer sa volonté**, sera le **garant** des volontés du patient et exercera ses droits reconnus par la loi sur les droits du patient. Il suffit d'un écrit signé de la main du patient qui désigne une personne mandatée. Cette personne mandatée doit accepter le mandat en apposant sa signature (voir document ci-joint).

Le patient peut également désigner une *personne de confiance* qui pourra **s'informer** sur son état de santé et son évolution probable, consulter son dossier médical et demander une copie de son dossier médical si le patient le souhaite. Il suffit également d'un écrit du patient qui désigne la personne. La personne de confiance peut être la même que le mandataire (voir document ci-joint).

Une personne atteinte d'une dégénérescence sénile peut-elle faire un choix en matière médicale et refuser un traitement qui aurait prolongé sa vie ? La réponse est oui. Une personne peut être jugée apte à prendre des décisions médicales même si elle ne maîtrise plus la gestion de ses biens. Ce principe a parfois tendance à être oublié. La personne âgée est parfois infantilisée et on a tendance à ne pas chercher à connaître sa volonté.

*La loi sur les soins palliatifs* implique que tout le monde a le droit de bénéficier de soins palliatifs. **Les soins palliatifs sont destinés à la personne en fin de vie, considérée comme vivante jusqu'aux derniers instants. Ils tendent à assurer l'accompagnement global du patient et de son entourage, tant au niveau de la gestion des symptômes physiques et de la douleur que d'un soutien psychologique ou spirituel** (définition de la Fédération wallonne des soins palliatifs). L'objectif de cette loi sur les soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible ainsi qu'une autonomie maximale.

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-même ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



**Qu'en est-il de la loi relative à l'euthanasie ?**

L'euthanasie est définie comme l'acte, pratiqué par un tiers (un médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. La loi prévoit que seul le patient peut faire une demande d'euthanasie.

- Le patient doit être majeur ou mineur émancipé, conscient au moment de sa demande, à moins qu'il ait rédigé une déclaration anticipée d'euthanasie (voir ci-dessous).
- Le patient fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable.
- Le patient a été informé de son état de santé, des possibilités thérapeutiques ou palliatives.
- Seul un médecin peut pratiquer une euthanasie. S'il refuse de la faire, il en informe le patient et transmet le dossier au médecin choisi par le patient.
- Le médecin doit être convaincu de la volonté ferme et réitérée du patient (demande écrite, entretiens répétés).
- Un voire deux autres médecins indépendants seront consultés.
- Le médecin devra s'entretenir avec l'équipe soignante si elle existe, et si telle est la volonté du patient, avec ses proches.

Nous avons eu la volonté de réunir en un document unique l'ensemble de ces aspects, à la fois les souhaits relatifs à la fin de vie et les aspects légaux se rapportant aux démarches anticipées.

Par ailleurs, nous insistons sur la nature de l'outil présenté ci-après qui constitue davantage une proposition de support à la réflexion personnelle et au dialogue qu'un outil à appréhender de façon isolée.

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



### **Qu'en est-il de la déclaration anticipée d'euthanasie ?**

Tout adulte ou mineur émancipé peut faire une demande d'euthanasie anticipée (voir document ci-joint). Toutefois, une euthanasie ne pourra être pratiquée qu'en cas d'**inconscience irréversible** de la personne qui en a fait la demande (personne ne peut l'établir à sa place). De plus, une personne qui souhaite qu'une euthanasie soit pratiquée alors qu'elle est consciente (c'est-à-dire qu'elle n'est pas dans le coma), n'entrera pas dans le cadre de la déclaration anticipée d'euthanasie.

Il est possible de désigner une ou deux personnes de confiance qui sera (seront) **le porte-parole du patient** dans l'incapacité de s'exprimer. Cette déclaration doit être signée par deux témoins dont au moins l'un des deux n'a aucun intérêt matériel au décès du déclarant. Elle est d'une durée limitée de 5 ans. Il est également possible de faire enregistrer sa demande à la commune. Celle-ci transmet les informations nécessaires (nom du déclarant et de la personne de confiance) au Service Public Fédéral Santé publique afin d'établir une base de données disponible 24h/24 pour les médecins.

### **Après le décès ?**

*Si vous souhaitez donner vos organes...* La loi belge considère que « qui ne dit mot consent ». A savoir que si la personne ne s'oppose pas au don d'organe, on considère qu'elle est d'accord que ses organes soient prélevés. Si le patient refuse de donner ses organes, il faut qu'il le fasse savoir par écrit (voir document ci-joint).

*Si vous souhaitez donner votre corps à la science...* Il existe une procédure spécifique pour chaque hôpital universitaire. Tous les renseignements se trouvent sur le site des universités. En voici trois : Université Libre de Bruxelles (<http://www.ulb.ac.be/df/patrimoine/don-science.html>) Université catholique de Louvain (<https://www.uclouvain.be/235842.html>), Université de Liège (<http://labos.ulg.ac.be/dondecorps/en-pratique/>). Vous pouvez également demander la documentation au personnel soignant.

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



## **La démarche d'accompagnement Projet de soins personnalisé et anticipé**

L'objectif de ce projet est de favoriser le dialogue autour de la fin de vie, de mettre en avant vos préférences médicales, vos souhaits par rapport à votre fin de vie, en accord avec vos désirs, vos valeurs et de rester une personne libre, jusqu'au bout de la vie.

### ***A-t-on déjà réfléchi à ce qui est important pour soi ? Ce qui est source de fierté dans sa vie ? Ce qui fait se sentir le plus en vie ? Les passions que l'on a ?***

« On meurt comme on a vécu » est une phrase que nous entendons souvent. Mais pour mourir comme nous avons vécu, ne faut-il pas que la manière dont nous mourons soit en cohérence avec nos valeurs ? Ne pourrions-nous pas prendre un temps pour réfléchir à ce qui est important dans notre vie ?

Prendre conscience de nos valeurs, c'est aussi prendre conscience de ce qui n'entre pas dans nos valeurs et ainsi pouvoir faire des choix face aux situations qui n'entrent pas en cohérence avec celles-ci.

Le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé permet de réfléchir à ce que nous sommes, à notre histoire de vie, nos relations, nos expériences, nos connaissances, nos croyances. Le fait de penser et de se projeter par rapport à la mort n'est pas une étape facile, mais ce temps peut améliorer non seulement la façon dont nous pourrons vivre la fin de notre vie, mais également la façon dont les personnes qui nous accompagnent (proches, soignants) vivront cette étape à nos côtés.

### ***A-t-on déjà réfléchi à nos volontés, aux soins dont on souhaiterait bénéficier ou non si la situation se dégradait ?***

Le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé permet de nous positionner par rapport à notre fin de vie, de réfléchir aux soins que nous souhaitons, à ceux que nous ne souhaitons pas ou plus en fonction des conditions dans lesquelles nous nous trouvons, en fonction de notre état de santé.

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



**Que va-t-on faire de ce document ?**

Ce document appartient à la personne qui décide de le remplir. Nous pouvons décider de le laisser sous notre matelas ou de ne rien en faire. Nous pouvons l'utiliser comme soutien à la réflexion. Nous pouvons également décider de le partager en entier ou en partie avec nos proches, notre médecin, les soignants pour que nos souhaits soient respectés au cas où nous ne sommes plus capable de nous exprimer.

**Est-on obligé de remplir ce projet ?**

Evidemment non. La liberté, c'est également avoir le choix de dire non à un projet tel que celui-ci.

**Et les proches ?**

Penser à notre fin de vie, c'est aussi penser à la relation que nous entretenons avec nos proches. Nous avons besoin d'être reconnus par les autres dans nos besoins, nos souhaits, nos craintes pour faire face à ce qu'en définitive nous vivrons seuls : la mort.

Les choix que nous faisons vont bien entendu avoir des conséquences pour la famille, les proches, l'équipe soignante elle aussi confrontée à ses préoccupations, ses influences, son histoire, ses angoisses face à la mort. C'est pourquoi, face à ces questions de fin de vie, il est important de pouvoir en parler avec ses proches et les soignants qui devront également se positionner par rapport à leurs propres valeurs et se demander jusqu'où ils sont capables d'accepter et de respecter nos choix.

**A qui poser les questions qui subsistent ?**

Une personne référente sera toujours disponible au sein de l'institution qui pourra vous aider à comprendre certaines questions. Le médecin attitré peut également être une personne ressource pour éclairer certaines questions médicales. Des informations peuvent également être fournies dans des associations telles que l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) ou encore au Service Public Fédéral Santé publique, dans toute commune ou au sein de la plate-forme de concertation en soins palliatifs de votre région, au sein de la Fédération Wallonne des soins palliatifs (toutes les coordonnées utiles se trouvent ci-joint).

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-même ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



### **Quelques recommandations ...**

Le projet de soins personnalisé et anticipé est avant tout un support destiné à faciliter le processus de réflexion personnelle par rapport à la fin de vie.

L'expression des repères et des souhaits de chacun par rapport à la mort et la fin de vie nécessite réflexion et dialogue.

Vous souhaitez vous exprimer par rapport à la façon dont vous désirez que l'on prenne soin de vous à la fin de votre vie. Le projet de soins personnalisé et anticipé vous est proposé comme un support de réflexion. Il sera utilisé dans le respect de vos volontés au cas où et tant que vous n'êtes plus capable de prendre vous-même une décision.

Par ce document, vous êtes invité(e) à exposer librement vos préférences médicales futures, vos désirs, vos valeurs.

Le fait de penser et de se projeter par rapport à la mort n'est pas une étape facile, mais ce temps peut améliorer non seulement la façon dont vous pourrez vivre la fin de votre vie, mais également la façon dont les personnes qui vous accompagnent vivront cette étape à vos côtés.

Penser à sa fin de vie est un processus de réflexion qui nécessite un soutien et peut évoluer dans le temps. N'hésitez donc pas à dialoguer ouvertement avec votre médecin, vos proches, les soignants et les aidants qui vous entourent.

Les informations que vous décidez de communiquer peuvent évoluer avec le temps. Vous pouvez modifier ce document au gré de votre cheminement personnel. Vous pouvez d'ailleurs le remplir partiellement, en plusieurs étapes, avec ou sans l'aide d'une personne en qui vous avez confiance.

Il n'y a aucune obligation à compléter ou à transmettre ce document. Cette démarche est à votre libre initiative.

Cet outil est subdivisé en trois sections qui reprennent respectivement :

- **Le carnet de vie**
- **Les déclarations de volonté**
- **Les conditions d'utilisation**

Nous insistons sur le fait que la section « carnet de vie » n'a pas de valeur légale en soi, contrairement à la section « déclarations de volonté » qui jouit d'un statut légal.

Projet En route pour la vie : "Comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes ?" Une autre manière d'aborder le PSPA – 16 juin 2017



## Annexe 15 – Bijlage 15

### *Comité éthique de SILVA medical, missions / Ethische Commissie SILVA medical : opdrachten*

#### **1 – Définition :**

L'éthique médicale est l'ensemble des règles de conduite des professionnels de la santé vis-à-vis de leurs patients. Elle questionne ce qui fait notre humanité, à savoir notre mode de relation à l'autre, avec ce qu'elle comporte de vulnérabilité, de souffrance, de compétences, de choix, ...

#### **2 – La demande :**

Elle peut émaner de tout membre du personnel de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux et de tout médecin.

#### **3 – Les missions :**

Insuffler une réflexion éthique au sein de l'institution.

La réponse à des cas individuels a été retirée des missions du Comité d'éthique par la Cour constitutionnelle, mais il peut donner des pistes de réflexions.

#### **4 – Les missions légales :**

Fonctions d'accompagnement et de conseil concernant les aspects éthiques de la pratique des soins hospitaliers; mission d'avis sur tout protocole d'expérimentation sur la personne humaine.

#### **5 – Les avis et conseils du Comité :**

Ils sont confidentiels et non contraignants. Ils font l'objet d'un rapport motivé, transmis exclusivement au requérant, et reflétant les différents points de vue de ses membres.

#### **6 – Remarque :**

Le Comité peut, par une décision motivée, ne pas donner suite à une demande.

#### **7 – Les membres qui la composent :**

Les médecins :

- Docteur Pierre Schepens : Psychiatre, Chef des services de psychiatrie SILVA medical
- Docteur Fabrice Bon : Psychiatre
- Docteur Sany Dupont : Psychiatre
- Docteur Sophie Tobback : médecin généraliste, référente fonction palliative
- Docteur Thérèse Clérin : médecin généraliste
- Docteur Christophe Geus : Psychiatre extérieur

Les autres professionnels :

- Carine Smit : Présidente du Comité d'éthique, Coordinatrice de l'hôpital de jour psychiatrique
- Georgina Germanes : Expert en Projets en santé
- Marjorie Gobert : Conseiller - Juriste d'Entreprise
- Marie-Chantal Meeus : Infirmière chef de service - Cadre infirmier qualité
- Bernadette Termote : Pharmacien hospitalier

## Annexe 15 – Bijlage 15

### *Comité éthique de SILVA medical, missions / Ethische Commissie SILVA medical : opdrachten*

#### **1 – Definitie**

Medische ethiek is het geheel van gedragsregels van personen werkzaam in de gezondheidszorg tegenover hun patienten. De medische ethiek stelt de vraag wat onze menselijkheid is, m.n. onze relaties tegenover anderen, met de kwetsbaarheid, het lijden, de competenties, de keuzes,...

#### **2 – De vraag**

De vraag kan uitgaan van elk personeelslid van het ziekenhuis of van een ziekenhuisgroepering en vanuit elke geneesheer.

#### **3 – De opdrachten**

Een ethische bezinning teweegbrengen binnen de instelling.

Het antwoord op individuele gevallen werd verwijderd uit de opdrachten van de Ethische Commissie door het Grondwettelijk Hof, maar kan denkrichtingen naar voor brengen.

#### **4 – De wettelijke opdrachten**

Begeleiding en raadgevingen aanbieden omtrent ethische vraagstukken in het praktische gebeuren van de ziekenhuiszorg ; advies over alle onderzoeksprotocollen op het menselijke individu.

#### **5 – De adviezen en raadgevingen van de Ethische Commissie**

Deze zijn vertrouwelijk en niet bindend en maken het voorwerp uit van een gemotiveerd verslag, enkel en alleen overgemaakt aan de aanvrager, waarin de verschillende standpunten van de leden van de Commissie weergegeven worden.

#### **6 – Opmerking**

De Commissie kan, onderbouwd door een gemotiveerde beslissing, geen gevolg geven aan de vraag.

#### **7 – De Commissie is samengesteld uit volgende leden**

##### **Artsen**

- Dokter Pierre Schepens – psychiater, Diensthoofd Psychiatre SILVA medical
- Dokter Fabrice Bon – psychiater
- Dokter Sany Dupont : psychiater
- Dokter Sophie Tobback – algemeen geneesheer, referentiepersoon palliatieve functie
- Dokter Thérèse Clérin – algemeen geneesheer
- Dokter Christophe Geus – extern psychiater

##### **Andere vakgebieden**

- Carine Smit – voorzitter Ethische Commissie, coördinator Dagziekenhuis La Renouée
- Georgina Germanes – Experte Gezondheidsprojecten
- Marjorie Gobert – bedrijfsadviseur –juriste
- Marie-Chantal Meeus – verpleegkundige-diensthoofd – Middenkader Kwaliteitszorg
- Bernadette Termote – Ziekenhuisapotheek



