

## **ZIEKTE en GEZONDHEID, ZORGPLANNING en OVERLIJDEN**

### **Ondersteuning en Begeleiding**

---

Vanuit de visie dat ziekte en dood tot het leven horen, maakt de zorg voor het ziekteproces en het proces van afscheid nemen en sterven integraal deel uit van de ondersteuning en dienstverlening die Eigen Thuis aanbiedt.

Deze visietekst berust op enkele kernprincipes uit onze Algemene Beleidsvisie: het recht op zelfbeschikking en zelfbepaling van bewoners, het recht op individuele verantwoordelijkheid, het recht op een eigen overtuiging en het uitdrukken ervan. Van bewoners wordt verwacht dat zij zoveel mogelijk zelf de opvolging van hun gezondheidstoestand organiseren, maar zij kunnen hierbij ondersteuning en begeleiding krijgen voor alle handelingen die men omwille van een handicap niet zelf kan uitvoeren.

Aanvullend op deze visietekst is een juridisch luik (zie bijlage) en een praktische leidraad uitgewerkt. In de praktische leidraad staan de taken omschreven die de interne en externe zorgverleners hebben ten opzichte van de bewoner en ten opzichte van elkaar. Wie welke taken op zich neemt of bij wie de bewoner voor wat terecht kan is afhankelijk van de begeleidingsnood van de bewoner en zijn netwerk.

In deze visietekst spreken we over de betrokkenen als zijnde: sociaal netwerk (familie, vrienden, andere relevante derden), begeleiders (sociaal verpleegkundige, coördinator begeleiding en individuele begeleiders), ADL-assistenten, andere diensten (hulpmiddelen en aanpassingen, logistieke diensten, dienst tijdsbesteding, administratie en aangepast vervoer) en externe zorgverleners (artsen, thuisverplegingsdiensten, kinesisten, ...).

Doorheen het hele proces dat gepaard gaat met gezondheid en ziekte zijn twee elementen uiterst belangrijk voor iedereen die woont en werkt in Eigen Thuis.

Ten eerste is alles steeds bespreekbaar. Daartoe moet ten allen tijde een zo open mogelijke communicatie onderhouden worden met alle betrokkenen.

Ten tweede zijn we er ons van bewust dat het doormaken van een ziekte- en stervensproces zowel fysiek als emotioneel belastend is voor iedereen die het van kortbij meemaakt. Daarom is het uiterst belangrijk dat we continu aandacht besteden aan het oog en oor hebben voor mekaar, aan het verdelen van de lasten en aan het zorg dragen voor onszelf en voor mekaar.

## **1. Nood aan medische, verpleegkundige of paramedische zorgen**

---

In Eigen Thuis is personeel actief met een medisch of paramedisch diploma, maar geen enkel personeelslid verstrekt zelf medische, verpleegkundige of therapeutische zorgen. Voor alle individuele medische of paramedische zorgen doen bewoners beroep op een eigen huisarts, op externe specialisten en/of diensten. Zij kiezen dus zelf hun externe hulpverleners (een keuze die ten allen tijde kan worden herbekeken). De instellingsarts heeft een ondersteunende en adviserende functie.

Bij de dagelijkse uitvoering van de verzorgingstechnische aspecten hebben ADL-assistenten oog voor mogelijke wijzigingen in de gezondheidstoestand van bewoners. Zij hebben een belangrijke signaalfunctie en verzamelen zo informatie die voor begeleiding en externe zorgverleners van nut kan zijn bij het ondersteunen van een bewoner bij het maken van therapeutische keuzes. Begeleiders helpen de bewoner en zijn netwerk bij de organisatie van zijn medische, verpleegkundige of paramedische zorgen en fungeren als spil tussen alle betrokkenen om de onderlinge communicatie te optimaliseren.

### 1.1 Medische zorgen (huisartsen, ziekenhuizen, specialisten)

Noodzakelijke informatie-doorstroming met betrekking tot medische zorgen gebeurt steeds in samenspraak met bewoner, huisarts en/of instellingsarts. Dit geldt ook voor afspraken in verband met de opvolging van het medisch dossier dat in Eigen Thuis wordt bewaard.

Een zieke bewoner wordt in de mate van het mogelijke in Eigen Thuis behandeld, tenzij medische verzorging dit anders vereist en/of de bewoner en zijn netwerk dit zelf anders wensen.

Bij bewoners die hulp nodig hebben bij het opvolgen van hun gezondheidstoestand verzorgt de begeleider de communicatie tussen bewoner, netwerk en arts of ziekenhuis enerzijds en diegenen die opvolging moeten geven aan de medische richtlijnen (ADL-assistenten en externe zorgverleners) anderzijds. Begeleiding biedt ook ondersteuning in de communicatie over de gezondheidstoestand tussen de bewoner en zijn netwerk. Uiteraard krijgt de bewoner ook praktische ondersteuning bij de organisatie van zijn medische zorgen (maken van een afspraak, regelen van vervoer, vastleggen van een ziekenhuisopname, ...).

### 1.2 Verpleegkundige zorgen

De verzorgingstechnische handelingen die dagelijks gebeuren door ADL-assistenten staan opgelijst en gebeuren onder verantwoordelijkheid en/of op voorschrift van de instellingsarts en de huisartsen. Voor verpleegkundige handelingen (steeds op medisch voorschrift) wordt beroep gedaan op een externe thuisverplegingsdienst.

Wanneer er palliatieve zorgen nodig zijn wordt (mits akkoord van de bewoner) samengewerkt met een palliatieve thuiszorgequipe.

### 1.3 Paramedische zorgen

Voor paramedische zorgen en revalidatietherapie (kinesitherapie, logopedie, ergotherapie enz.) gelden dezelfde afspraken als voor de medische zorgen. Elke bewoner kiest zelf zijn externe zorgverlener die 'aan huis' kan komen of er wordt buitenshuis naar therapiemogelijkheden gezocht.

### 1.4 Hygiëne, verzorgingstechnische aspecten, aankoop incontinentiemateriaal, verzorgingsmateriaal, medicatie

Bewoners geven zelf aan wat ze verwachten op het vlak van hun persoonlijke verzorging in opvolging van hun gezondheidstoestand. Indien een bewoner moeite heeft met het duidelijk maken van zijn verwachtingen of met het onthouden, opvolgen of doorgeven van richtlijnen van zijn arts, dan kan hij daarvoor hulp inroepen. Dit geldt eveneens voor de medicatietoediening (bijhouden en aanpassen medicatieschema, aanvullen medicatiedoos, tijdstip inname bewaken e.d.). Wanneer medicatie aanvullen en toedienen gebeurt door personeel, dan is dit steeds onder verantwoordelijkheid en op voorschrift van huisarts en instellingsarts.

Bewoners staan zelf in voor het aankopen van materiaal dat nodig is om verzorgd te worden. Het staat elke bewoner vrij dit materiaal aan te kopen waar hij of zij dit wenst.

## **2. Ziekte en ziekenhuisopname**

---

Wanneer continu medisch toezicht vereist is of wanneer bepaalde onderzoeken of ingrepen nodig zijn, moet een bewoner in samenspraak met zijn huisarts een opname regelen. We spreken hierbij van een geplande opname.

Bij een zorgwekkende, plotse en onverwachte wijziging of achteruitgang van de gezondheidstoestand van een bewoner, neemt begeleiding het initiatief om de huisarts en/of de instellingsarts te contacteren. Bij afwezigheid van begeleiding wordt deze taak opgenomen door de ADL-assistenten op dienst. Het is in eerste instantie de arts die beslist of al dan niet moet overgegaan worden tot een spoedopname. Indien geen arts kan gecontacteerd worden en de toestand van de bewoner is zorgwekkend (bewustzijnsverlies, ...), dan wordt onmiddellijk de medische urgentiegroep (MUG) van het dichtstbijzijnde ziekenhuis gecontacteerd. Bij een spoedopname wordt zo spoedig mogelijk het netwerk van de bewoner geïnformeerd.

Bewoners kunnen op voorhand samen met hun arts een wilsverklaring opstellen met behandelingskeuzes voor het geval zij in een kritieke situatie niet zelf meer hun keuze kunnen duidelijk maken (zie juridisch kader in bijlage).

## **3. Vroegtijdige zorgplanning, levenseinde en terminaal ziekteproces**

---

### 3.1 Vroegtijdige zorgplanning en beslissingen rond levenseinde

De bedoeling van vroegtijdige zorgplanning is om in samenspraak met alle betrokkenen de gewenste zorg in (toekomstige) moeilijke situaties te bespreken, uit te klaren, kenbaar te maken en desgevallend neer te schrijven (registraties: zie juridisch kader).

Op deze manier kunnen vragen van bewoners m.b.t. behandelingskeuzes en -doelen, verloop van hun ziekteproces en levenseinde op voorhand of tijdens een bepaalde fase van hun ziekteproces, beluisterd en besproken worden.

Onze visie m.b.t. beslissingen rond levenseinde is gebaseerd op de zeven vormen van 'medisch begeleid sterven' die door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen worden onderscheiden. Deze zeven vormen vallen uiteen in drie groepen: niet levensverlengend handelen (1 en 2), opdrijven van pijnbestrijding die soms levensverkortend werkt (3 en 4) en actieve levensbeëindiging (5-7).

1. *Niet levensverlengend optreden* = het staken of nalaten van een curatieve of levensverlengende behandeling omdat deze behandeling in de gegeven situatie als niet langer zinvol of doeltreffend wordt beoordeeld.

2. *De weigering van een behandeling* = het staken of nalaten van een curatieve of levensverlengende behandeling omdat de patiënt deze behandeling weigert.

3. *Pijnbestrijding* = het toedienen van analgetica en/of andere medicatie in doseringen en combinaties vereist om pijn op adequate wijze te controleren.

4. *Palliatieve sedatie* = het toedienen van sedativa in doseringen en combinaties die vereist zijn om het bewustzijn van een terminale patiënt zoveel mogelijk te verlagen als nodig om één of meerdere refractaire symptomen op adequate wijze te controleren.

5. *Euthanasie* = opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

6. *Hulp bij zelfdoding* = opzettelijk meewerken aan een opzettelijk levensbeëindigend handelen door de betrokkene.

7. *Actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt*.

De eerste vijf vormen zijn bespreekbaar, waarbij bewoners begeleiding en ondersteuning kunnen vragen om tot een regeling van medisch begeleid sterven te komen. Gezien de laatste twee vormen

van actieve levensbeëindiging niet door specialisten en/of de wetgever worden erkend, nemen wij geen actieve rol op in de ondersteuning van zulke vragen van bewoners.

Wanneer een bewoner in het kader van vroegtijdige zorgplanning of gedurende het ziekteproces een keuze maakt m.b.t. medisch begeleid sterven, worden afspraken gemaakt over de interne communicatie hierover. Op deze manier kunnen wij ons als zorgverleners voorbereiden op de specifieke levenseindevragen die zo'n keuze met zich mee brengt en kunnen wij bij een gewijzigde gezondheidstoestand of in een noodsituatie de juiste handelingen treffen.

### 3.2 Palliatieve zorg en terminaal ziekteproces

Bij aanvang van het terminaal ziekteproces moet de dialoog tussen bewoner en alle zorgverleners continu zijn en inspelen op de evoluerende toestand van de bewoner. Het is duidelijk dat op zo'n moment tijd en ruimte kan, mag en moet vrijgemaakt worden om te kunnen inspelen op de wijzigende noden en behoeften van de terminale bewoner.

Indien de bewoner wenst dat zijn sociaal netwerk niet op de hoogte wordt gebracht van zijn ziekte-toestand, probeert begeleiding de bewoner te motiveren het contact met de familie en/of relevante derden zo open mogelijk te houden, te onderhouden en/of te hernieuwen. Wij streven er niet naar verbroken familiebanden terug te herstellen als de bewoner dit niet wil.

In het algemeen geldt dat de keuzes die gemaakt worden in het al dan niet verstrekken van informatie over de ziekte-toestand van een bewoner, het resultaat moeten zijn van een grondig gedachtewisseling, zo mogelijk in overleg met alle betrokkenen.

Na het stellen van de diagnose wordt in overleg met bewoner en betrokkenen bepaald welke de volgende stappen in de behandeling zullen zijn. Deze zullen in de meeste gevallen gericht zijn op pijn- en symptoomcontrole en comfortzorg. Afhankelijk van de noden van bewoner en sociaal netwerk en/of op vraag van arts of begeleiding kan er op een palliatieve thuiszorgequipe beroep gedaan worden. Het palliatief proces gaat immers verder dan pijn- en symptoomcontrole. Het gaat om een totaalbenadering van de bewoner en zijn omgeving (geruststellen, aanwezigheid verzekeren, plaats maken voor de beleving over doodgaan, ...).

Voor bewoners die dit wensen wordt tijdens het terminale ziekteproces contact opgenomen met een lekenconsulent of geloofsdienaar (naargelang de eigen geloofsovertuiging) voor ondersteuning of begeleiding bij levensbeschouwelijke vragen, geloofsvragen of -rituelen.

Zeker in een laatste fase trachten we het netwerk zoveel mogelijk te betrekken bij de effectieve zorg voor de bewoner. We proberen daartoe de nodige faciliteiten aan te bieden om hun aanwezigheid zo comfortabel mogelijk te maken.

Bewoner en sociaal netwerk kunnen kiezen om tijdens de laatste fase niet in Eigen Thuis te verblijven, maar wel thuis, bij familie of op de palliatieve eenheid van een ziekenhuis.

### 3.3 Juridisch kader bij wilsverklaring, euthanasie, wilsbeschikking en testament

Binnen de lijnen van het wettelijk kader<sup>1</sup> neemt het personeel, met kennisgeving aan de directie, volgende acties op:

- informatie verstrekken over voorlopige bewindvoering en bewoner ondersteunen bij de praktische regelingen
- informatie verstrekken over vormen van medisch begeleid sterven, wilsbeschikking en testament
- begeleiden van een bewoner en praktische ondersteuning bieden bij vijf hierboven vermelde vormen van medisch begeleid sterven
- ondersteunen van een bewoner bij het volgen van de juiste procedures en indien nodig bij de officiële registratie van bepaalde documenten (zie juridisch kader in bijlage)

---

<sup>1</sup> Begrippenkader en invulling: zie bijlage.

- het neerschrijven van een wilsverklaring in naam van de bewoner indien deze zelf fysiek niet meer in staat is dit te doen, op voorwaarde dat dit gestaafd wordt door een medisch attest
- fungeren als vertrouwenspersoon om de belangen van de bewoner te behartigen, als spreekbuis dienen naar sociaal netwerk en andere derden
- fungeren als vertegenwoordiger (enkel in aanwezigheid van een arts) indien een bewoner geen andere personen wil of kan aanduiden of indien bewoner en/of familie wensen dat iemand van het personeel dit mee opneemt om meer garantie te hebben dat er in een acute situatie snel iemand is die rechten van bewoner kan afdwingen
- bewoner helpen zoeken naar onafhankelijke derden die een rol als getuige willen opnemen bij het onderschrijven van een positieve wilsverklaring of een testament

Personeel van Eigen Thuis onthoudt zich van:

- het fungeren als vertegenwoordiger indien dit niet kan in het bijzijn van een arts die de wilsbekwaamheid van de bewoner kan staven
- het fungeren als getuige of als vertrouwenspersoon bij een wilsverklaring euthanasie
- het fungeren als getuige bij de opmaak van een testament

#### **4. Overlijden, opbaren en afscheid nemen**

---

Wanneer een bewoner overlijdt in Eigen Thuis worden sociaal netwerk, relevante derden, personeel en bewoners op de hoogte gebracht. In samenspraak met sociaal netwerk en begrafenisondernemer kan de overleden bewoner enige tijd opgebaard blijven in Eigen Thuis, tenzij dit niet aangewezen zou zijn. Familieleden of vrienden, begeleiders of ADL-assistenten kunnen ervoor kiezen zelf de zorg voor het wassen, aankleden en opbaren van de overleden bewoner op zich te nemen. Deze zorg kan ook overgedragen worden aan de begrafenisondernemer.

Op deze manier krijgen sociaal netwerk, bewoners en personeel de kans om afscheid te nemen van de overledene in de vertrouwde omgeving. Eens de overleden bewoner wordt overgebracht naar een mortuarium, wordt nagegaan of er nog een mogelijkheid is tot groeten voor personen die niet de kans hebben gekregen dit te doen in Eigen Thuis.

#### **5. Uitvaart en nazorg**

---

Ook hier is bij voorkeur op voorhand gelegenheid geweest voor de bewoner om, al dan niet samen met zijn sociaal netwerk, zijn wensen en verwachtingen op het vlak van de uitvaart kenbaar te maken. Het is zowel voor familie en naasten als voor interne en externe zorgverleners die nauw hebben samengewerkt in de zorg voor de bewoner vaak belangrijk te weten dat ook deze laatste keuzes door de bewoner zelf zijn gemaakt.

Ook na het overlijden en afscheid nemen, blijft er aandacht voor het rouwproces dat op gang komt bij personeel en bewoners. Het oog en oor hebben voor elkaar, het kunnen ventileren, het bewaken van de draagkracht van de zorgverleners, het vrijmaken van tijd om individuele bewoners te ondersteunen, ... dit alles maakt deel uit van de zelfzorg en de zorg voor mekaar.

Na de uitvaart en de praktische afhandeling van het overlijden is er aandacht voor het onderhouden van contacten met de familie van de overledene wanneer de nood wordt gevoeld.



## Bijlage: Juridisch kader

---

### Begrippenkader

1. Wilsverklaring
  - ✓ Wilsverklaring voorlopig bewindvoerder
  - ✓ Negatieve wilsverklaring
  - ✓ Positieve wilsverklaring
2. Verzoek Euthanasie
3. Wilsbeschikking
  - ✓ Laatste Wilsbeschikking
  - ✓ Wilsbeschikking orgaandonatie=
  - ✓ Wilsbeschikking 'Schenking lichaam aan de wetenschap'
4. Testament (regeling bestemming van gelden en goederen na de dood)
  - ✓ Eigenhandig of holografisch testament
  - ✓ Openbaar testament
  - ✓ Internationaal testament
  - ✓ Centraal Register van Testamenten

### Invulling begrippenkader

#### 1. Wilsverklaring (keuzes voorafgaand aan de dood)

- ✓ **Wilsverklaring voorlopig bewindvoerder** = *aanduiding van voorlopig bewindvoerder voor het geval een bewoner bezittingen niet meer zelfstandig zou kunnen behartigen in de toekomst*
  - hiervoor kan een naaste aangeduid worden zodat later geen derde aangesteld moet worden
- ✓ **Negatieve wilsverklaring** = *wilsverklaring weigering medische behandelingen*
  - document waarin wilsbekwame persoon zijn wil neerschrijft voor het geval hij/zij in een toekomstige situatie zijn/haar wil niet meer kan zelf kan uiten m.b.t. het weigeren van medische interventies zoals bijvoorbeeld: geen reanimatie, geen ziekenhuisopname, geen kunstmatige beademing, geen opstart van curatieve behandelingen meer (antibiotica, kunstmatige vocht- of voedseltoediening, chemo, chirurgische ingrepen, ...)
  - indien bewoner zijn/haar wil niet zelf (fysiek) kan neerschrijven en dit gestaafd wordt door een arts, dan kan dit door derden gebeuren
  - wanneer een bewoner nog wilsbekwaam is op het moment dat een medische behandeling vereist is, gaat de actuele wil van de bewoner steeds voor op een reeds neergeschreven wilsverklaring
  - in noodsituatie zal arts altijd interventie starten indien niet onmiddellijk wilsverklaring wordt voorgelegd
  - onbeperkte geldigheid, kan steeds worden herroepen
  - juridisch afdwingbaar, weigering tot behandeling moet worden geëerbiedigd
  - geen getuigen nodig, wel aan te raden document op te stellen in bijzijn van een arts (om wilsbekwaamheid te staven) en ook één of meerdere vertegenwoordigers aan te duiden die het document ook onderschrijven omdat zij de wil van de bewoner kunnen afdwingen wanneer deze zich op dat moment niet meer kan uiten (indien geen vertegenwoordiging werd benoemd kan partner of familie deze rol nog op zich nemen).
  - niet registreerbaar

- ✓ **Positieve wilsverklaring** = wilsverklaring euthanasie ingeval van onomkeerbare coma
  - wilsverklaring geldt niet voor situaties waarbij het bewustzijn (al dan niet ernstig) verstoord is, maar waarbij men nog wel gedeeltelijk bij bewustzijn is (ziekte van Alzheimer, dementie, hersentumoren, aids, ...) - in die gevallen kan je, zolang je nog wilsbekwaam bent, op dat moment nog euthanasie vragen (bij beginnende Alzheimer bijvoorbeeld) of via een negatieve wilsverklaring keuzes maken (vb. geen kunstmatige vocht- of voedseltoediening ingeval van diepe dementie)
  - indien bewoner zijn/haar wil niet zelf (fysiek) kan neerschrijven en dit gestaafd wordt door een arts, dan kan dit door derden gebeuren
  - twee getuigen moeten het document mee ondertekenen om het te wettigen (geen behandelende arts of begeleidend of verzorgend personeel), minstens één van de twee getuigen mag geen materieel belang hebben bij het overlijden (dus geen erfgenaam of begunstigde in het testament)
  - vertrouwenspersonen kunnen aangeduid worden (geen behandelende arts of begeleidend of verzorgend personeel, dit mogen wel dezelfde personen zijn die als getuige hebben gefungeerd) die ingeval van onomkeerbare coma je wilsverklaring aan een arts kunnen bekendmaken en je wil verdedigen (echter niet afdwingbaar)
  - geldigheid van maximum 5 jaar zolang je wilsbekwaam blijft (indien persoon ondertussen wilsonbekwaam is geworden blijft de wilsverklaring onbeperkt geldig), hernieuwbaar, kan steeds worden herroepen
  - juridisch niet bindend, niet afdwingbaar
  - registreerbaar op de burgerlijke stand van de gemeente (niet verplicht, geen juridische meerwaarde) - registratie in centrale gegevensbank van het FOD die kan geraadpleegd worden door artsen

- 2. Verzoek Euthanasie (voor nu)** = schriftelijk verzoek aan arts om euthanasie uit te voeren
- de persoon moet zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden, een ongeneeslijke aandoening hebben, veroorzaakt door ziekte of ongeval, en hij/zij moet hierdoor ondraaglijk lijden (medische uitzichtloosheid wordt ingeschat door arts, het ondraaglijk lijden of de menselijke uitzichtloosheid wordt bepaald door de persoon zelf die hiervan zijn/haar behandelende arts moet overtuigen)
  - de persoon moet wilsbekwaam én handelingsbekwaam zijn
  - de vraag moet vrijwillig, duurzaam en aanhoudend worden gesteld
  - de vraag moet schriftelijk neergeschreven worden - indien bewoner dit niet zelf (fysiek) kan neerschrijven en dit gestaafd wordt door een arts, dan kan dit door derden gebeuren op voorwaarde dat deze geen belang hebben bij het overlijden van de persoon
  - bij een terminale aandoening zal de behandelende arts een tweede arts raadplegen die onafhankelijk met de persoon een gesprek voert en een verslag opstelt
  - indien de behandelende arts de procedure heeft afgewerkt (duidelijk informeren over gezondheidstoestand en levensverwachting, bespreken van therapeutische en palliatieve mogelijkheden en hun bijwerkingen, ...) en aan alle voorwaarden is voldaan kan de arts - zonder wachttijd - ingaan op het euthanasieverzoek
  - bij een niet terminale aandoening moet ook een derde arts geraadpleegd worden (een psychiater of een arts gespecialiseerd in de aandoening van de persoon) en is er minimum één maand wachttijd vereist tussen het verzoek en de uitvoering van de euthanasie
  - de behandelende arts mag het verzoek enkel met naasten bespreken indien de persoon hier uitdrukkelijke toestemming voor geeft
  - artsen hebben het recht een euthanasieverzoek te weigeren, het is dan aan de bewoner om een andere arts te raadplegen



### 3. Wilsbeschikking (keuzes na de dood)

- ✓ **Laatste Wilsbeschikking** = *wilsbeschikking teraardebestelling*
  - document waarin de persoon zelf bepaalt of hij/zij na het overlijden wordt begraven of gecremeerd (en vervolgens begraven, verstrooiing, bijgezet in columbarium, bewaring assen door naasten, ...) en volgens welke levensbeschouwing de eventuele uitvaartplechtigheid moet worden gehouden
  - registreerbaar op de dienst bevolking van de gemeente (Centraal Register van Laatste Wilsbeschikking) - bij elk overlijden gaat de gemeente na of de overledene een laatste wilsbeschikking heeft laten registreren en of de nabestaanden de wens van de overledene respecteren
  - uitvaartondernemer is verplicht deze wilsbeschikking op te vragen bij de regeling en aangifte van het overlijden
  - herroepbaar of wijzigingen mogelijk door nieuwe wilsbeschikking in te dienen
- ✓ **Wilsbeschikking orgaandonatie** = *uitdrukkelijke wilsbeschikking om zich donor te stellen of uitdrukkelijk verzet tegen elke wegneming van organen en weefsels*
  - toestemmings- of bezwaarformulier invullen bij de dienst burgerlijke stand van de gemeente (informatie wordt rechtstreeks aan het Rijksregister doorgegeven waarbij medische transplantatiediensten altijd eerst contact moeten opnemen)
  - herroepbaar
- ✓ **Wilsbeschikking 'Schenking lichaam aan de wetenschap'**
  - persoon moet zelf contact opnemen met een medische faculteit naar keuze
  - persoon krijgt een voorbeelddocument van de gekozen faculteit, het document moet handgeschreven, gedateerd en ondertekend worden door de schenker, hierin worden ook de modaliteiten opgenomen over wat er achteraf met het lichaam dient te gebeuren
  - persoon krijgt een kaartje dat best wordt toegevoegd aan de identiteitskaart en stelt ook best een vertrouwenspersoon aan die deze wilsbeschikking bij overlijden kenbaar maakt

### 4. Testament (regeling bestemming van gelden en goederen na de dood)

- ✓ **Eigenhandig of holografisch testament**
  - volledig eigenhandig door de erflater geschreven document, gedateerd en ondertekend (laten schrijven of typen is uit den boze) + plaats waar het werd opgemaakt
  - persoon moet wilsbekwaam zijn
  - hierbij zijn geen getuigen nodig, wel aangewezen om een vertrouwenspersoon te kiezen die het eigenhandig testament na overlijden bekend kan maken
  - trachten te komen tot duidelijke omschrijving van de wensen om verwarring in interpretatie achteraf te voorkomen
  - regeling kan het volledige legaat of slechts een gedeelte ervan betreffen
  - kan bij een notaris in bewaring gegeven worden
  - is herroepbaar, wijzigbaar (datum laatste testament geldt als definitief)
- ✓ **Openbaar testament**
  - notariële akte waarbij de persoon zijn/haar testament dicteert aan een notaris in het bijzijn van twee getuigen (of aan twee notarissen)
  - deze vorm is noodzakelijk voor personen die niet (meer) zelf kunnen schrijven
  - persoon moet wilsbekwaam zijn
  - voor bewoners onder voorlopig bewindvoering moet in eerste instantie een medisch attest afgeleverd worden waaruit blijkt dat de betrokkene wilsbekwaam is, vervolgens moet een verzoekschrift worden gericht aan de vrederechter teneinde machtiging te vragen voor het maken van het testament (zonder deze machtiging is het testament niet geldig)
- ✓ **Internationaal testament**

Aangewezen wanneer erflater, legataris of gemaakte goederen zich in het buitenland bevinden
- ✓ **Centraal Register van Testamenten**

Alle vormen van testament die bij een notaris in bewaring worden gegeven worden geregistreerd in het Centraal Register van Testamenten.