

**UITTREKSEL uit de notulen van de OCMW-raad
van dinsdag 19 december 2023**

Voor éénsluitend afschrift,
LINT, 20 december 2023

De algemeen directeur,
Karen Van Looveren

De voorzitter,
Rudy Verhoeven

Rudy Verhoeven, voorzitter
Stanny Tuyteleers, Annemie Janssens, Hans Devriese, Schepenen
Johan Verreyt, Jo Genbrugge, Geert Verhulst, Hans Verreyt, Luc Van
Geyte, Raadsleden

Aanwezig:

Caroline Van der Heyden, schepen
Georges Nagels, Rina Cox, Rozemarijn Van Cauteren, Sofie Van
Wesemael, Ilse Todts, Michel De Prins, Koen Bracke, Kristin Goossens,
Raadsleden
Karen Van Looveren, algemeen directeur

Verontschuldigd: Bert Everaert, raadslid

In openbare zitting vergaderd,

WZC - REGLEMENT MEDISCHE ACTIVITEIT

Feiten, context en argumentatie

Er bestaat een decretale verplichting voor elk woonzorgcentrum, om een algemeen reglement op te stellen rond de samenwerking met de bezoekende huisartsen.

Voor ons woonzorgcentrum werd zo'n reglement niet eerder opgemaakt.

In samenspraak met onze CRA Dr. Creemers werd nu wel een overeenkomst opgemaakt, die alle bezoekende huisartsen ter ondertekening voorgelegd zullen krijgen.

Het doel van dit reglement is:

- De medische organisatie en zorg binnen het woonzorgcentrum zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.
- De huisartsen sensibiliseren rond het gevoerde beleid.

Juridische grond

Erkenningsvoorwaarden Woonzorgdecreet 28 juni 2019; bijlage 11, Hoofdstuk 3, artikel 35:

Art. 35. Voor de organisatie van het medische beleid beschikt de initiatiefnemer over een algemeen reglement van de medische activiteit met de rechten en plichten van de behandelende artsen die actief zijn in het woonzorgcentrum. Dat reglement wordt overhandigd aan elke behandelende arts. Door dat reglement te ondertekenen verbindt elke

behandelende arts zich ertoe om zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de medische zorg van het woonzorgcentrum.

Het algemeen reglement van de medische activiteit beschrijft minstens de volgende punten:

1° Het engagement van de behandelende artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het woonzorgcentrum, onder andere met betrekking tot het voorschrijven en opvolgen van medicatie en specifiek antibiotica, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het interdisciplinair overleg, het overleg met de toeleverende apotheker(s), en, in voorkomend geval, het overleg met de coördinerende en raadgevende arts en de coördinerende en adviserende apotheker.

2° De normale openings- en bezoektijden behalve in noodgeval.

3° De contacten met familie.

4° De overlegvergaderingen in het woonzorgcentrum.

5° Het bijhouden van het medische dossier van de bewoner inclusief het valideren van het medicatieschema.

6° Het gebruik van het geneesmiddelenformularium, onder andere het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen, alsook het gebruik van elektronische voorschriften en de correcte toepassing van de richtlijnen rond antibioticumgebruik.

7° De facturatiemodaliteiten van de honoraria.

8° De informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten.

9° De verbintenis om relevante gezondheidsgegevens van hun patiënten interdisciplinair te delen, met toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger met het oog op de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en ondersteuning van de bewoner.

Goedgekeurd met eenparigheid van stemmen.

Besluit

Enig artikel

De OCMW-raad besluit om het "reglement medische activiteit" voor Woonzorgcentrum Zonnestraal, toegevoegd als bijlage, goed te keuren.

WZC Zonnestraal

REGLEMENT MEDISCHE ACTIVITEIT

Inleiding

Beste arts,

Dit reglement legt de samenwerkingsafspraken vast tussen de bezoekende artsen en WZC Zonnestraal in Lint.

Krachtens artikel 3i van het KB van 29 februari 2000, is volgende regelgeving van toepassing:

“Alle artsen die één of meerdere bewoners behandelen, verbinden er zich ten aanzien van de beheerder toe zo efficiënt mogelijk mee te werken aan de interne medische organisatie van de instelling zoals omschreven in het reglement van inwendige orde betreffende de medische activiteit.”

Door het ondertekenen van dit ‘reglement medische activiteit’ verbindt de bezoekende arts zich ertoe om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het woonzorgcentrum, met als doel zo efficiënt mogelijk samen te werken.

1. Vrije keuze behandelende arts

Alle bewoners van het woonzorgcentrum hebben op elk moment het recht beroep te doen op een arts naar keuze. De bewoner zal bij opname zijn keuze voor de behandelende huisarts aan het woonzorgcentrum meedelen en die keuze wordt ook opgenomen in het

elektronische dossier van de bewoner. Dit recht op vrije keuze moet door alle betrokken partijen steeds gewaarborgd worden.

2. Visie

Bezoekende artsen van WZC Zonnestraal, oefenen hun opdracht uit met respect voor de visie op wonen, leven en zorg van het woonzorgcentrum. Ook de visie op vroegtijdige zorgplanning, dementiezorg, beperkende maatregelen, ethiek en participatie die terug te vinden zijn in de bijlagen van dit reglement, worden gerespecteerd.

3. Waarden

Zowel in contacten met bewoners als met medewerkers tonen de artsen respect, ongeacht etnische afkomst, levensbeschouwing, taal, politieke overtuiging, gender, handicap, geslacht of seksuele geaardheid.

4. Medisch dossier

Het woonzorgcentrum maakt bij opname een individueel elektronisch bewonersdossier op. Dat bevat onder meer administratieve, sociale, medische, paramedische en verpleegkundige gegevens. Het dossier bevat ook een actueel woonleefplan, een medicatieschema en de gemaakte observaties.

De bezoekende artsen zorgen ervoor dat het woonzorgcentrum altijd over de correcte medische gegevens (medicatie, diagnose) beschikt om het medische luik van het elektronisch zorgdossier up-to-date te kunnen houden.

De behandelende huisartsen verbinden zich ertoe om minimaal de volgende gegevens actueel te houden:

- antecedenten; allergieën en vaccinatiestatus
- diagnose en behandeling
- klinische en diagnostische evolutie
- voorgeschreven geneesmiddelen en de toedieningswijze
- wensen met betrekking tot het levenseinde
- eventuele PICT schaal

Naast de bevoegde personen die instaan voor de verzorging, hebben conform de wet betreffende de patiëntenrechten van 22 augustus 2002, volgende personen inzage in het dossier:

- De door de bewoner gekozen huisarts of zijn plaatsvervanger.
- De door het Woonzorgcentrum aangestelde CRA.
- Elke andere arts die instaat voor de dringende geneeskundige verzorging van de bewoner.
- De zorginspectie van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

5. Gegevensbescherming

De bezoekende huisartsen houden zich, i.k.v. de reglementering met betrekking tot de gegevensbescherming aan volgende afspraken:

- Het woonzorgcentrum verbindt zich ertoe bewoners te informeren over de bewaring van hun gegevens en de rechten die zij kunnen uitoefenen met betrekking tot de gegevens die op hen betrekking hebben.
- De artsen zijn verantwoordelijk voor de volledigheid en correctheid van de (medische) gegevens die zij zelf verwerken of in hun opdracht laten verwerken.
- De artsen zijn specifiek verantwoordelijk voor het garanderen van de uitoefening van de rechten van de bewoner met betrekking tot zijn medisch dossier. Dat betekent dat de artsen instaan voor het verlenen van inzage in de medische gegevens en het beantwoorden van verzoeken hieromtrent.

- Indien de bewoner van huisarts verandert, brengt de nieuwe arts het woonzorgcentrum onmiddellijk op de hoogte en regelt hij/zij onderling de overdracht van het medisch dossier.
- Na overlijden of ontslag wordt het medische dossier van de bewoner door het woonzorgcentrum bijgehouden conform de wettelijke bepalingen, onder verantwoordelijkheid van de CRA. De huisarts zal zich houden aan de algemeen geldende deontologische regels zoals door de Orde van Geneesheren opgesteld.

6. Doorverwijzing/ Transmurale zorg

Wanneer de arts van oordeel is dat een bewoner niet langer optimaal kan verzorgd worden in het woonzorgcentrum, zal hij/zij na overleg met het woonzorgcentrum en de betrokkene of zijn vertegenwoordiger, een advies formuleren voor de overbrenging van de bewoner naar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis of de inschakeling van gespecialiseerde diensten. Concreet betekent dit, dat de arts contact opneemt met de specialist en/of een duidelijke verwijsbrief opstelt.

Woonzorgcentrum Zonnestraal heeft een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met:

- Palliatieve hulpverlening Antwerpen
- AZ Sint Maarten Mechelen
- Heilig Hart ziekenhuis Lier

We werken ook samen met CMA (Frankrijklei 67-69, 2000 Antwerpen) voor het uitvoeren van medische laboanalyses.

Bij opname van een bewoner in een algemeen ziekenhuis overlegt de arts regelmatig met de behandelende ziekenhuisartsen teneinde een zo spoedig mogelijk en goed afgestemde terugkeer naar het woonzorgcentrum te bekomen.

Woonzorgcentrum Zonnestraal probeert te vermijden dat ernstig zieke of terminale bewoners onnodig of tegen hun wensen in naar het ziekenhuis worden overgebracht. Wij vragen de bezoekende artsen maximaal rekening te houden met de wensen van de bewoner en de verzorging zo mogelijk binnen de vertrouwde omgeving van het woonzorgcentrum verder te zetten, met aandacht voor palliatieve ondersteuning.

7. Samenwerking

Alle bezoekende artsen werken samen met de coördinerend en raadgevend arts van het woonzorgcentrum, de directeur en ook de medewerkers, om de bewoner de best passende medische hulp en begeleiding te bieden. Een transparante en zorgvuldige communicatie is hierbij essentieel.

De artsen verbinden zich ertoe:

- De zorgmedewerkers zo snel als mogelijk de nodige informatie te verstrekken zodat zij de zorgen optimaal kunnen verlenen.
- De verschillende documenten die wettelijk of reglementair verplicht zijn in het kader van de werking van het woonzorgcentrum consequent en tijdig in te vullen.
- Op vraag van directeur of bewoner deel te nemen aan multidisciplinair overleg of andere vormen van bewonersbespreking zoals een gesprek rond vroegtijdige zorgplanning.

Artsen geven expliciet toestemming aan het verpleegkundig personeel om B2 handelingen uit te voeren bij hun patiënten.

8. Consultaties

Artsen plannen hun consultaties bij bewoners in het Woonzorgcentrum, behoudens dringende gevallen, tussen 08u30 en 11u00 in de voormiddag, of tussen 13u00 en 17u00 in de namiddag.

De bezoekende arts probeert ook rekening te houden met de maaltijden, de geplande activiteiten en de periodes van intense werkbelasting op de afdelingen.

Een arts zal na afloop van de consultatie altijd de verpleegkundige op de hoogte brengen van het te volgen beleid. Dit gebeurt bij voorkeur schriftelijk in het elektronisch bewonersdossier.

Wanneer het bezoek op voorhand is aangekondigd, kunnen de nodige dossiers en documenten vooraf worden klaargelegd.

De artsen overlopen samen met de verpleegkundige:

- of het medicatieschema aangepast en afgetekend is;
- of er voldoende medicatie werd voorgeschreven tot de volgende consultatie;
- of de kinesitherapievoorschriften nog toereikend zijn;
- de datum van de eventuele volgende consultatie.

De huisarts zal zijn patiënten in het woonzorgcentrum regelmatig bezoeken. Hij/zij onderhoudt ook regelmatige contacten met de familie van de bewoner of indien van toepassing zijn vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger.

9. Beschikbaarheid in noodgevallen

Het woonzorgcentrum zal voor elke medische verzorging in eerste instantie de behandelende arts contacteren.

De artsen organiseren zich zo, dat dringende oproepen snel en efficiënt opgevolgd kunnen worden. Zij communiceren ook over de manier waarop die oproepen best gebeuren.

De artsen voorzien in continuïteit van de medische verzorging gedurende hun afwezigheid wegens verlof, ziekte, of andere reden. Zij informeren het woonzorgcentrum op welke manier hun vervanging wordt georganiseerd.

Wanneer in dringende gevallen, de arts of diens vervanger niet te bereiken is, kan het woonzorgcentrum beroep doen op de arts van wacht, de CRA of in zeer urgente situaties de dienst 112.

10. Voorschrijven van geneesmiddelen

Het woonzorgcentrum werkt samen met een centrale apotheek, die de medicatie klaarzet, aanlevert en factureert.

De artsen verlenen hun medewerking aan het gebruik van het geneesmiddelenformularium en de bijsturing ervan. Het formularium omvat in principe enkel de goedkoopst mogelijke producten of generieken.

De huisarts ondersteunt het medicatiebeleid en voorschriftenbeleid van de voorziening. Onder leiding van de CRA wordt een specifiek antibioticabeleid gevoerd in ons woonzorgcentrum.

Het afdelingshoofd bespreekt met de artsen op welke manier het medicatieschema van de bewoner wordt bijgewerkt en gevalideerd. Het aanmaken van voorschriften gebeurt bij voorkeur elektronisch.

11. Meldingsplicht infectieziekten

Elke arts die het woonzorgcentrum bewoners bezoekt, heeft een meldingsplicht tegenover de CRA en het afdelingshoofd in geval van ziekte-toestanden die een ernstig gevaar kunnen opleveren. De CRA is verantwoordelijk voor de coördinatie van de medische activiteiten in deze situaties.

De besmettelijke ziekten die hiermee bedoeld worden zijn:

- MSRA infecties
- infecties met Clostridium Difficile
- virale hepatitis (A,B,C)

- scabiës
- ander besmettelijke ziekten waarvoor een verplichte aangifte voorzien is volgens de reglementering van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De huisarts ondersteunt de ontwikkeling en opvolging van de zorgstandaarden inzake algemene hygiëne en infectieuze endemieën.

12. Kwaliteitsbeleid

Alle bezoekende artsen verbinden zich ertoe zo optimaal mogelijk mee te werken aan de interne medische organisatie van het woonzorgcentrum en de visie, procedures en richtlijnen rond kwaliteitsvolle zorg te respecteren.

Dit betekent concreet dat artsen hun medewerking verlenen aan en maximaal zullen handelen conform de interne procedures, richtlijnen en protocollen inzake wondzorg, beschermende maatregelen, handhygiëne, hitteplan, infectiepreventie, vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg, palliatieve sedatie en andere.

Alle artsen verbinden zich ertoe om de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie na te leven en toe te passen conform de zorg-ethische adviezen. Ze brengen de directie van het woonzorgcentrum op de hoogte van een voornemen tot toepassing van euthanasie.

13. Ethische besluitvorming

Wanneer artsen geconfronteerd worden met een zorg-ethisch dilemma, is er altijd de mogelijkheid om dit te bespreken met CRA en directeur. We maken in de toekomst werk van een ethisch comité, waar multidisciplinair aandacht kan gaan naar zorg-ethische vraagstukken. We verwijzen ook graag naar onze visie op ethisch verantwoorde zorg, die als bijlage wordt toegevoegd aan deze overeenkomst.

14. Honoraria

De artsen passen voor het aanrekenen van hun honoraria de tarieven toe die werden vastgesteld in het meest recente Nationaal akkoord artsen/ziekenfondsen, of bij gebrek daaraan, de tarieven zoals vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van het RIZIV.

Het woonzorgcentrum werkt met een derdebetalersregeling. De artsen overhandigen bij voorkeur maandelijks een overzicht met de verstrekte diensten aan de financiële dienst van het woonzorgcentrum. Het woonzorgcentrum zorgt voor een correcte betaling aan de artsen en rekent de kosten door via de factuur van de bewoner.

15. Bewonersrechten (patiëntenrechten)

Alle artsen houden, conform de wet op de patiëntenrechten, de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger zoveel mogelijk op de hoogte van de medische toestand en de voorgestelde medicamenteuze behandeling. De artsen nemen hiervoor zelf het initiatief en zorgen voor een duidelijk begrijpbare informatieoverdracht naar de bewoner en zijn familie toe.

16. Inbreuken

Alle artsen worden geacht zich te houden aan de bepalingen in dit reglement. De directeur, afdelingshoofden en CRA zien toe op de naleving ervan.

Bij conflicten zal het woonzorgcentrum altijd zoeken naar een oplossing in onderling overleg. Op eenvoudig verzoek van één van de betrokken partijen, kan ook advies gevraagd worden aan de huisartsenkring of aan de orde der geneesheren.

Artsen, die de afspraken blijvend niet respecteren, zullen na overleg met CRA en directeur geen toestemming meer krijgen om bewoners van het woonzorgcentrum te blijven behandelen.

17. Wijzigingen

Dit medisch reglement kan op elk moment aangepast, aangevuld of gewijzigd worden indien dat nodig blijkt voor een verdere goede werking van het woonzorgcentrum.

Over elke relevante wijziging in dit medisch beleid, zal voorafgaand advies gevraagd worden op het gezamenlijk overleg van CRA met de huisartsen die in het woonzorgcentrum bewoners behandelen.

Opgemaakt in 2 exemplaren te Lint, op / / .

De arts verklaart de inhoud te aanvaarden en een exemplaar ontvangen te hebben.

De arts	Directeur
Naam en voornaam:	Woonzorgcentrum Zonnestraal
Riziv-nummer:	
Handtekening en stempel:	Kathleen Geudens

Coördinerend en raadgevend arts

Dr. Michel Creemers

18. Bijlagen

Bijlage 1: Missie en visie WZC Zonnestraal

Respectvol handelen en communiceren: Samenwerking, respect en positieve groei op de werkvloer.

Zowel in de dagelijkse omgang als met betrekking tot het beleid en de daaruit vloeiende handelingen gaan we uit van wederzijds respect voor elkaar. Dit geldt zowel voor medewerkers, vrijwilligers, bewoners als familie en bezoekers.

Gelijkwaardigheid en een positieve benadering zijn daarbij belangrijke elementen, alsook discretie en oog voor kwetsbaarheid.

- Het samenleven beperkt zich niet tot de bewoners, maar heeft ook betrekking op de manier waarop we als medewerkers en vrijwilligers met elkaar omgaan op de werkvloer. We streven hierbij naar krachtgericht handelen, waarbij we oog hebben voor elkaars talenten en op een constructieve manier omgaan met meningsverschillen.
- Medewerkers worden gestimuleerd om mee te denken en open te communiceren in een veilige omgeving. Waar mogelijk voorziet het WZC in ondersteuning om verder te groeien.
- We hebben oog voor de omgeving en het kader waarbinnen we werken. Het bespreken van conflicten of gevoelige materie gebeurt op een daartoe geschikte plaats.
- De samenwerking tussen vrijwilligers en medewerkers vertrekt vanuit gelijkwaardigheid en het besef dat ieder zijn plaats en rol heeft binnen de werking van het WZC. Ook hier worden vragen en bedenkingen constructief en proactief aangepakt.
- Wij vragen ook aan familie en andere bezoekers van het WZC om respect te hebben voor en vertrouwen in het handelen van onze medewerkers. Vragen en bedenkingen kunnen altijd besproken worden op een moment en plaats die daarvoor geschikt is.

Persoonsgerichte Zorg: Kwalitatief hoogstaande zorg, afgetoetst aan de behoefte en draagkracht van de bewoner.

Persoonsgerichte en passende zorg bieden aan elke bewoner staat bovenaan onze prioriteitenlijst. Het uitgangspunt is de zorgbehoefte en -vraag van de bewoner, zijn of haar beleving vormt onze toetssteen. Comfort en welbevinden dragen we daarbij hoog in het vaandel. Verschillende zorgverleners leveren vanuit hun expertise een bijdrage, gecoördineerd door het diensthoofd.

Onze zorg voor personen met dementie is erop gericht om de bewoner binnen zijn persoonlijke mogelijkheden en beleving op maat te ondersteunen. Het levensverhaal van de bewoner, aangevuld met wetenschappelijk inzicht en de draagkracht van de bewoner, vormen onze leidraad.

- We streven naar kwalitatief hoogstaande zorg in lijn met de hedendaagse wetenschappelijke inzichten.
- We beroepen ons enerzijds op interne expertise van medewerkers die hierin actief gestimuleerd worden. De interesse van medewerkers wordt gekoppeld aan het uitbouwen van gedeelde kennis en ervaring. Belangrijke zorgthema's gelinkt aan ouderenzorg worden op die manier opgevolgd en voortdurend bijgewerkt.
- Anderzijds gaan we te rade bij externe experts. Deze relaties worden bestendigd in samenwerkingsovereenkomsten waar het gaat over weerkerende zorgvragen (vb ziekenhuizen, artsen, PHA...). Aanvullend is een goede kennis van de sociale kaart belangrijk om het spectrum zo ruim mogelijk te houden. Niet elke zorgvraag laat zich vertalen in een geriatrisch thema.
- Het zorgaanbod wordt in elk geval afgetoetst aan de zorgvraag van de bewoner. Wat zijn zijn of haar wensen, draagkracht en behoeften. Welzijn en comfort vormen belangrijke aandachtspunten.
- Vroegtijdige zorgplanning is een cruciaal instrument om proactief wensen en behoeften in beeld te krijgen. Een dergelijke planning eindigt niet bij een opname, maar krijgt verder vorm in dialoog met de bewoner, ook tijdens het verblijf.
- Bijzondere aandacht wordt gegeven aan bewoners die niet langer wilsbekwaam zijn en/of te kampen hebben met cognitieve problemen. De wettelijk vertegenwoordiger zal hier weliswaar het aanspreekpunt zijn, maar ook hierbij geldt dat de toetssteen altijd het individuele welzijn van de bewoners moet blijven.
- Respect voor bewoners vertaalt zich onder andere in discreet handelen en praten. Ga er vanuit dat informatie omtrent medische, sociale en psychische gegevens nooit zomaar gedeeld wordt. We maken het onderscheid tussen welke informatie 'nuttig en nodig' is om goede zorg te verlenen en welke informatie enkel 'leuk' om te weten is. Ga hier zorgvuldig mee om.

Leven en wonen: Bewoners worden gestimuleerd om eigen keuzes te maken.

Ons WZC wil in de eerste plaats een warme thuis zijn met ruimte voor de persoonlijke ontwikkeling van elke bewoner. De vraag naar wat hij of zij nodig heeft ligt bij de bewoner, als WZC trachten we hieraan tegemoet te komen naar best vermogen.

Samen werken we op participatieve wijze aan een huiselijke omgeving waar deze individuele wensen maximaal kunnen worden gerealiseerd.

Als WZC vormen we ook een gemeenschap. Uitwisseling, samenhang en respectvol handelen vormen de basis van ons 'samen leven'.

- We willen de bewoners mogelijkheden bieden opdat zij zich maximaal betrokken voelen en waar mogelijk regie kunnen opnemen over hun eigen leven. Zoveel mogelijk wordt in samenspraak met de bewoner bepaald bij welke activiteiten er welke hulp gewenst wordt. Privacy en respect voor eigen ruimte zijn hierbij belangrijk.
- Niet enkel wordt het op die manier voor de bewoner mogelijk om zo lang en zoveel mogelijk voor zichzelf te zorgen en eigen keuzes te maken, het biedt hen ook de mogelijkheid om hobby's en vrijetijdsactiviteiten van vroeger voort te zetten (tuinieren,

koken, activiteiten buitenshuis zoals winkelen of een bezoekje aan de stad of een museum), indien gewenst met aangepaste hulp. Wensen en krachten van elke bewoner vormen de leidraad in het zorgdossier. Het accent wordt verschoven van wat mis is of moet verholpen worden, naar de wensen/verlangens en mogelijkheden/krachten van de bewoners. In samenspraak met de bewoner kijken hoe we deze mogelijkheden kunnen inzetten in het dagelijks leven, of hoe we samen naar een bepaalde wens of verlangen toe kunnen werken... Concreet betekent dit dat bewoners actief worden aangesproken op hun talenten, hun mogelijkheden gewaardeerd en ingezet worden en men tegemoet komt aan de persoonlijke doelen van de bewoner. Zo kan elke bewoner zich als mens verder blijven ontwikkelen.

- Participatie: Bewoners worden structureel betrokken in de werking van het woonzorgcentrum d.m.v. een gebruikersraad op maat, maar ook door in de dagdagelijkse werking oog en oor te hebben voor behoeften. Dit is in het bijzonder belangrijk voor mensen die zich om cognitieve en/of verbale redenen niet goed kunnen uitdrukken.
- Levensdomeinen: Naast aandacht voor kwalitatieve zorg en fysiek welbevinden is er ook aandacht voor alle andere levensdomeinen die voor elke burger essentieel zijn voor zijn levenskwaliteit; huiselijkheid, het emotioneel welzijn, de interpersoonlijke relaties, seksualiteit en intimiteit, de persoonlijke ontwikkeling, sociale inclusie en rechten.

Een open huis in het dorp: Gastvrijheid en lokale verbondenheid in functie van de bewoners.

Als open huis wensen wij gastvrij te zijn naar bezoekers en familie. Ook hier staat de behoefte van de bewoners centraal.

Wij streven ook naar openheid omtrent de gang van zaken in ons WZC, vragen of suggesties zijn steeds welkom. We gaan graag in gesprek.

We bevinden ons in de context van een warm en hecht dorp. Ons verbinden met andere partners en diensten beschouwen we dan ook als vanzelfsprekend. Uitwisseling en wederzijdse ondersteuning vormen een verrijking.

- We streven ernaar om het bestaande netwerk van de bewoners zoveel mogelijk te stimuleren door middel van een gastvrije omgeving waarin we ruimte geven aan zowel individueel contact als collectieve activiteiten. We hebben daarbij ook oog voor elementen die aangenaam zijn voor de bezoekers en die het contact vergemakkelijken.
- Algemeen worden sociale contacten zoveel als wenselijk voor de bewoner, opnieuw met respect voor zijn of haar behoefte en draagkracht, aangemoedigd en gefaciliteerd. Dit kunnen naast contacten met familie, vrienden en mantelzorgers ook contacten zijn met andere bewoners, buurtbewoners, vrijwilligers, intergenerationele contacten,
- Het WZC is geen eiland, maar gaat actief op zoek naar verbinding met wat er leeft in de gemeente. Er wordt gezocht naar schakels om culturele en sociale activiteiten van de gemeente te verbinden aan de activiteiten van het WZC en vice versa.
- De aard van de relatie die bewoners met anderen hebben behoort tot de privésfeer van de bewoners. Het is dan ook aan de bewoner om deze in te vullen naar eigen wens.
- Het WZC is een open huis waar een groot aantal mensen samenleven en belangrijke momenten met elkaar, de medewerkers en familie delen. Het is dan ook van belang om een evenwicht te vinden waarbij iedereen zich goed voelt. Opnieuw is oog voor individuele behoeften de leidraad, tegelijk met het besef dat ieder zijn steentje bijdraagt aan een positief leefklimaat.
- De materiële ruimte van ons WZC is aangepast aan noden verbonden aan huiselijkheid, sociale beleving en privacy, veiligheid en goede zorg.

- Waar mogelijk integreren we het element van de natuur en dieren in ons WZC, dit vanuit het effect op het welbevinden van onze bewoners.

Bijlage 2: Visie op vroegtijdige zorgplanning en palliatieve situatie

WZC Zonnestraal wil in alle omstandigheden de fysieke en geestelijke gezondheid van haar bewoners zo goed mogelijk helpen bewaren, op een manier waarbij de bewoner en zijn naasten op elk moment de regie houden. De wensen van onze bewoners omtrent integriteit, waardigheid en zelfbeschikking worden gedurende het hele verblijf in ons woonzorgcentrum erkend en gesteund. Daarom gaan wij een relatie aan met onze bewoner en zijn familie, gebaseerd op wederzijds respect. Een relatie, waar bewoners en hun naasten zich gezien en gehoord voelen, en die de veiligheid biedt om met ons in gesprek te gaan.

Wij organiseren deze zorg op maat vanuit een professioneel beleid rond vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg. De betrokkenheid van elk individu vinden wij hierbij erg belangrijk. We stemmen de zorg af op de persoonlijke, culturele en levensbeschouwelijke waarden, wensen en behoeften rondom leven, ziek zijn en sterven.

Ons beleid vertaalt zich in het bieden van de juiste zorg, informatie en ondersteuning aan alle bewoners en hun naasten bij zorg en ethische vraagstukken die zich mogelijk in de laatste fase van het leven opdringen.

Ons zorgteam (medewerkers, huisartsen en andere partners) beschikt steeds over de nodige informatie, kennis en middelen om met elke wijzigende situatie op de meest gewenste manier te kunnen omgaan. Om die reden hebben we ook een samenwerkingsovereenkomst met PHA (palliatieve hulpverlening Antwerpen) en De Mantel (palliatieve eenheid Sint Maarten), die ons hulp en ondersteuning bieden.

Als organisatie kiezen wij in de eerste plaats voor uitgebreide palliatieve begeleiding en comfortzorg. Actieve levensbeëindiging is een heel andere keuze, die niet zomaar gemaakt kan worden. Elke vraag met betrekking tot euthanasie wordt binnen onze voorziening altijd met de grootste zorg behandeld. Medewerkers gaan samen met huisarts en bewoner in gesprek om te achterhalen waarom een bewoner euthanasie wil aanvragen. Samen met de bewoner worden eventuele alternatieven besproken. Wanneer de bewoner vasthoudt aan zijn vraag, is het altijd de huisarts die de wettelijke toepasbaarheid van de euthanasieaanvraag nagaat en in dit proces de eindverantwoordelijkheid draagt. Vanuit onze betrokkenheid en zorgzaamheid zullen wij de bewoner indien hij dat wenst ook in deze laatste fase begeleiden, evenwel zonder actief deel te nemen aan de procedure.

Ook voor onze bewoners met dementie willen wij ten alle tijde hun autonomie respecteren. Zij hebben dezelfde rechten en gelijkaardige noden in zorgomkadering wat betreft vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg. Dus ook bewoners met dementie worden in de mate van het mogelijke betrokken bij het nemen van beslissingen. Er blijven tot ver in het dementieproces, momenten waarop de bewoner voldoende wilsbekwaam is om zelf zijn wil of wensen te uiten.

Ook een bewoner met dementie wordt centraal gesteld en indien nodig ondersteund door een vertegenwoordiger, familie, mantelzorger of zorgteam bij het nemen van beslissingen rond het levenseinde.

Bijlage 3: Visie op vrijheidsbeperking

In ons woonzorgcentrum kiezen wij voor een fixatiearm beleid. We willen het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk beperken. Deze keuze wordt ingegeven vanuit de waarden die wij als organisatie centraal stellen voor al onze bewoners en die vertaald worden in onze visie.

- Het zorgaanbod wordt in elk geval afgetoetst aan de zorgvraag van de bewoner. Wat zijn zijn of haar wensen, draagkracht en behoeften. Welzijn en comfort vormen belangrijke aandachtspunten.

- Bijzondere aandacht wordt gegeven aan bewoners die niet langer wilsbekwaam zijn en/of te kampen hebben met cognitieve problemen. De wettelijk vertegenwoordiger zal hier weliswaar het aanspreekpunt zijn, maar ook hierbij geldt dat de toetssteen altijd het individuele welzijn van de bewoners moet blijven.
- We willen de bewoners mogelijkheden bieden opdat zij zich maximaal betrokken voelen en waar mogelijk regie kunnen opnemen over hun eigen leven.

Fixeren, vastbinden of andere vrijheidsbeperkende maatregelen passen maar moeilijk binnen dat kader. Fixeren kan dus enkel in weloverwogen situaties en is eerder uitzondering dan regel.

Bij een risicovolle situatie bekijken we eerst alle mogelijke alternatieven vooraleer over te gaan tot fysieke fixatie. Een belangrijk argument hierbij is, dat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat fixatie geen efficiënt middel is om valincidenten te voorkomen.

We beschouwen de autonomie van onze bewoner als heel erg belangrijk, ook als hij niet langer wilsbekwaam is. Daarom zullen we altijd multidisciplinair in overleg gaan vooraleer over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregelen. De vraag van familie om al dan niet te fixeren wordt in deze bespreking meegenomen, maar is voor ons niet bepalend.

Blijkt een fysieke fixatie toch absoluut noodzakelijk om de veiligheid van onze bewoners te garanderen, zal deze maatregel altijd goed opgevolgd worden, en zoveel mogelijk beperkt worden in de tijd.

Bijlage 4: Visie op dementiezorg

Onze visie op de zorg voor ouderen met dementie kadert binnen onze algemene visie op goede zorg, waar de bewoner (dus ook de bewoner met dementie) centraal staat. Alle basiswaarden die we nastreven blijven gelijk, maar onze bewoners met dementie vragen een specifieke begeleiding bij het wonen, leven en zorgen. Dementievriendelijk betekent kansen geven om goed te leven, eigen keuzes te maken en deel te blijven nemen aan het maatschappelijk leven.

Het centrale uitgangspunt is het normalisatieprincipe, waarbij we onze bewoners met dementie een vervangende herkenbare thuisomgeving willen bieden, waar de nodige ondersteuning wordt voorzien om het gewone leven zo normaal als mogelijk te laten verlopen.

Om die specifieke begeleiding te kunnen organiseren, hebben we zes aandachtspunten vooropgesteld.

Beeldvorming : We stimuleren medewerkers om op een genuanceerde manier te kijken naar bewoners met dementie, zodat ze niet enkel hun kwetsbaarheid maar ook hun kracht leren zien. We zien bewoners met dementie in de eerste plaats als mens en niet als een verzameling van symptomen.

Normalisatie : We streven ernaar om zo goed als mogelijk een thuisvervangend milieu te bieden aan onze bewoners met dementie. De ons opgelegde normen rond infrastructuur, brandveiligheid en HACCP, zij hierin zeker niet helpend. We zoeken naar compromissen.

Autonomie/Geborgenheid : We ondersteunen onze bewoners met dementie in het behoud van de vrijheid om zelfstandig beslissingen te nemen. Altijd binnen de mogelijkheden waar de bewoner in de fase van dementie waarin hij/zij zich bevindt over beschikt.

Afgestemde zorg: De zorg en begeleiding die wij bieden, vertrekt vanuit de behoeften en de gevoelens van de bewoners. Om dit te kunnen doen verdiepen we ons in hun levensverhaal en proberen we de leefwereld van onze bewoners zo goed mogelijk te begrijpen.

Mantelzorgers: we gaan in gesprek met de mantelzorgers van onze bewoners met dementie, met als doel te bepalen hoe we elkaar kunnen aanvullen in de zorg en ondersteuning. Mantelzorgers zijn ervaringsdeskundigen in de begeleiding van de bewoner met dementie.

We proberen hen zoveel mogelijk te ondersteunen en ruimte te bieden voor de verderzetting van de persoonlijke relaties.

Zorgverleners en vrijwilligers: Aangepaste zorg geven aan bewoners met dementie vraagt medewerkers met de juiste kennis en vaardigheden. De soms grote differentiatie van levensstijl, beleving van de ziekte en fase van dementie waarin de bewoner zich bevindt, maakt het soms moeilijk om telkens op een gepaste manier in verbinding te treden. We organiseren daarom ook regelmatig vormingen rond dementie om onze medewerkers en vrijwilligers te ondersteunen bij de dagelijkse contacten met de bewoners.

Deze aandachtspunten vormen de basis van het dementiebeleid in onze voorziening. Het is onze referentiepersoon dementie, die het proces van normalisatie helpt te verankeren binnen onze organisatie.

Bijlage 5: Visie op participatie

We streven er als organisatie naar om onze bewoners en hun familie maximaal betrekken bij het formuleren van individuele zorgnoden en we werken aan een democratische organisatiecultuur waarbinnen adviezen en aanbevelingen van bewoners en familie worden meegenomen bij elke beleidsbeslissing die impact heeft op onze bewoners.

Medezeggenschap beschouwen wij als een opdracht om goede zorg te bieden. Klantgericht, en afgestemd op de reële behoefte van onze bewoners.

Bijlage 6: Visie op ethisch verantwoorde zorg

Door de specifieke opdracht die wij als woonzorgcentrum hebben naar onze bewoners toe, worden wij dagelijks geconfronteerd met zorgethische kwesties. We willen als woonzorgcentrum ruimte creëren voor zorgethisch overleg en het uitbouwen van een coherent ethisch beleid.

We gaan uit van onze zorgvisie die aandacht heeft voor de bewoners in relatie met de anderen. De familie, mantelzorger, andere bewoners en medewerkers. Naast fysieke, psychologische en sociale aspecten is er ook aandacht voor levensbeschouwelijke en ethische aspecten.

We willen de goede dingen doen op een goede manier. Dit vat onze kerntaak van kwaliteit van zorg en dus ook onze kwaliteit van samenwerken samen.

De goede dingen doen verwijst naar ons ethisch handelen: Bewoner, familie en medewerkers vragen om een zorgvisie waarbij iedereen, zowel medewerker, bewoner en zijn naaste omgeving een wederzijdse houding van respect, waardering en verantwoordelijkheid aanneemt.

De dingen goed doen verwijst naar ons professioneel en kwaliteitsvol handelen: Wij implementeren professionele richtlijnen, zorgconcepten en kwaliteitssystemen met het oog op het bieden van kwalitatief goede zorg.

We toetsen alle beslissingen die we nemen af aan de visie van onze organisatie, waar autonomie, menswaardigheid en levenskwaliteit van onze bewoners centraal staan. We dragen als organisatie samen verantwoordelijkheid voor het professioneel handelen conform die visie.

Bijlage 7: Antibioticabeleid

In overleg met de CRA, de huisarts, het WZC en de apotheker maken we volgende afspraken met de bezoekende huisartsen:

- Alvorens een behandeling te starten dient een zo correct mogelijke diagnose gesteld te worden. Essentieel hierbij is een goed klinisch onderzoek, aangevuld met microbiologische labotesten, rechtstreeks microscopisch onderzoek, cultuur en antibiogram. Het is belangrijk te weten wat de oorzakelijke ziekteverwekker is.

- Indien er argumenten zijn om aan te nemen dat het een bacteriële infectie is, dient een startbehandeling met een breed spectrum antibioticum, gericht tegen de meest waarschijnlijke ziekteverwekker, toegediend te worden. In dit beleid is een overzicht beschikbaar met voor de meest voorkomende infecties en een voorstel voor een blinde start.
- Zodra microbiologische labogegevens met antibiogram gekend zijn en/of de klinische toestand duidelijkheid geeft, wordt de behandeling aangepast:
- Een smalspectrum antibioticum gebruiken zodra de oorzakelijke ziekteverwekker gekend is.
- Het antibioticum stoppen wanneer de ziekteverwekker niet gevoelig is voor het gestarte antibioticum.
- Het antibioticum regime wijzigen: het antibioticum stoppen of een antibioticum met een ander spectrum toevoegen wanneer de kliniek niet verbetert.
- Antibiotica worden niet langer dan nodig gegeven. Zodra de behandeling voorbij is, wordt de antibioticatoediening ook effectief gestopt.
- Het gebruik van lokale antibiotica (zalven, druppels, spray,...) dient vermeden te worden omdat dit ook resistentie in de hand kan werken.
- Het voorschrijven van AB in ons woonzorgcentrum wordt zoveel mogelijk vermeden, en ook het voorschrijven van fluoroquinolones, amoxy-clavulaan, cefalosporines (1ste en 2de generatie) wordt zoveel mogelijk vermeden.

Het empirische gebruik van antibiotica in het woonzorgcentrum (ziektekiem nog onbekend).

Voor elke infectie zonder gekende ziekteverwekker wordt een voorstel gedaan voor een blinde start.

In overleg met CRA en apotheek werd een beperkte lijst van AB opgesteld waarmee we werken.

De AB zijn gekozen in functie van veel voorkomende infectieziekten in het woonzorgcentrum en in functie van de adviezen voor het antibioticagebruik bij ouderen op Farmaka.be.

(Bron: Farmaka.be)

Acute sinusitis

Bij een risicopatiënt of in geval van ernstige infectie of als de klachten bij milde tot matige rhinosinusitis niet verbeterd zijn 10 tot 15 dagen na de symptomatische behandeling amoxicilline

Indien een antibioticum geïndiceerd is en indien er geen verbetering optreedt binnen de 2 tot 3 dagen met amoxicilline in monotherapie amoxicilline + clavulaanzuur

Acute bronchitis

antibiotica meestal niet geïndiceerd

Pneumonie

Indien geen antibiotica of hospitalisatie in de voorafgaande 3 maanden en geen comorbiditeit of zorgafhankelijkheid amoxicilline

In geval van antibiotica/hospitalisatie (laatste 3 maanden), comorbiditeiten, grote zorgafhankelijkheid, geschiedenis van resistente kiemen of (bij vermoeden van) aspiratiepneumonie amoxicilline + clavulaanzuur

Bij IgE en niet IgE-gemedieerde penicilline allergie, alternatief voor amoxicilline moxifloxacin

Indien er geen verbetering optreedt binnen 48 uur met amoxicilline (-/+clavulaanzuur) of met moxifloxacin (bij penicillineallergie)	azithromycine
Acute Cystitis	
Eerste keuze bij ongecompliceerde urineweginfectie	trimethoprim
In geval van recidiverende urineweginfecties (3 episodes in de laatste 12 maanden of 2 episodes in de laatste 6 maanden) bij mannen en bij vrouwen na de menopauze	trimethoprim
Pyelonefritis	
Empirisch starten, nadien bij te stellen op geleide van het antibiogram	levofloxacin
Bij contra-indicatie voor chinolonen	amoxicilline + clavulaanzuur
Bacteriële vaginose	
In geval van infectie met klachten en aanwezigheid van anaerobe kiemen	metronidazol - vulvovaginaal
Indien een behandeling geïndiceerd is en indien geen verbetering en/of praktische moeilijkheden met lokaal metronidazol	metronidazol - per os
Gastro acute enteritis	
In geval van dysenterie syndroom of bij risicopatiënten	azithromycine
Diverticulitis	
Indien er geen verbetering is ondanks symptomatische behandeling en ziekenhuisopname niet wenselijk is of bij immunogecompromitteerde patiënten of belangrijke comorbiditeit of gecompliceerde diverticulitis	amoxicilline + clavulaanzuur
Indien antibiotica geïndiceerd zijn en bij penicillineallergie	ciprofloxacin + metronidazole
Tandabces	
In geval van lokale uitbreiding of systemische tekenen van infectie, bij immunogecompromitteerde patiënten of patiënten met antecedenten van endocarditis, als aanvulling op endodontische tandheelkunde	amoxicilline
Indien een antibioticum geïndiceerd is en bij in geval van onvoldoende respons van amoxicilline in monotherapie	amoxicilline + clavulaanzuur
Indien een antibioticum geïndiceerd is en bij IgE en niet-IgE-gemedieerde penicilline allergie	azithromycine
Het gerichte gebruik van antibiotica in ons woonzorgcentrum (de gerichte therapie op basis van microbiologische diagnostiek en antibiogram waarbij een zo nauw mogelijke behandeling wordt gegeven).	
Zodra de ziektekiem gekend is, wordt een gerichte behandeling gestart op basis van het antibiogram en microbiologische labogegevens. We kiezen het smalst werkende en het goedkoopste antibioticum.	

Namens

De algemeen directeur,
Karen Van Looveren

De voorzitter,
Rudy Verhoeven