

**Advies nr. 78 van 9 juni 2021  
betreffende de gelijke behandeling en  
de autonomie van bewoners van  
woonzorgcentra (WZC) in de context  
van de COVID-19-pandemie**

## INHOUDSTAFEL

### Adviesvraag

1. Chronologisch overzicht van de epidemiologische situatie en maatregelen in de woonzorgcentra tijdens de eerste golf	5
2. Juridisch kader	10
2.1. 'Functionele binding' tussen ziekenhuizen en woon-zorgcentra / palliatieve zorg	11
2.2. Omkadering van het zorgpersoneel	13
2.2.1. Coördinerend en raadgevend arts (CRA)	13
2.2.2. Verplegend personeel en andere (KB 9 maart 2014)	15
2.3. Vroegtijdige zorgplanning – rechten van de patiënt	16
2.4. Bewonersinspraak	18
3. Ethische beschouwingen	19
3.1. De relatie tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen	21
3.1.1. Weigering tot opname en prioritering	21
3.1.2. De materiële oorzaken	23
3.1.3. De organisatorische en beroepsgerelateerde oorzaken	24
3.1.4. Gebrek aan communicatie en wederzijds begrip	27
3.2. Gebrek aan aandacht voor autonomie	30
3.3. De plaats van de woonzorgcentra in het zorglandschap	31
3.4. De plaats van kwetsbare ouderen in de samenleving	34
4. Aanbevelingen	36
4.1. Respect voor de autonomie van ouderen	36
4.2. Waardering van zorgberoepen	37
4.3. Infrastructuur en zorgorganisatie	39
Afkortingen	42

## COPYRIGHT

Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek  
E-mail: [info.bioeth@health.fgov.be](mailto:info.bioeth@health.fgov.be)

*Citeren uit dit advies is toegelaten mits bronvermelding: "Uit advies nr. 78 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, te raadplegen op [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)".*

# Adviesvraag

De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid stelde op 21 augustus 2020 een tweeledige adviesvraag aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de omgang met de gezondheids crisis in de woonzorgcentra gedurende de eerste golf:

- 1) De toegang van ouderen in woonzorgcentra tot de ziekenhuizen, meer bepaald tot de diensten intensieve zorgen;
- 2) De beschikbaarheid van adequate medische zorg in woonzorgcentra gedurende de eerste epidemische piek, in het bijzonder comfortzorg en palliatieve zorg.

Deze adviesvraag is gerelateerd aan het bijzonder hoge aantal overlijdens in woonzorgcentra tijdens de eerste golf. Dit verhoogde aantal overlijdens kan onvoldoende verklaard worden door de infectiekenmerken van het coronavirus, die maken dat overwegend ouderen met een kwetsbare gezondheid aan hun infectie stierven. Er moeten dus ook andere elementen een rol hebben gespeeld. De gevolgen van de eerste COVID-golf op het aantal overlijdens en meer algemeen de levensomstandigheden van de bewoners van woonzorgcentra houden in belangrijke mate ook verband met de structurele problemen. Men heeft ons gevraagd deze te documenteren zodat we een aantal maatregelen kunnen aanbevelen om de hieraan gerelateerde risico's in de toekomst te voorkomen.

Het Comité heeft geopteerd om prioritair de eerste vraag te behandelen - de relatie tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuisstructuren - waarbij het er zich rekenschap van geeft dat de tweede vraag hier nauw mee samenhangt. De tweede vraag zal in een later advies behandeld worden.

De medische wereld werd geconfronteerd met het vooruitzicht dat bij verzadiging van afdelingen Intensieve Zorgen prioritering noodzakelijk zou worden. Deze problematiek heeft geleid tot de Aanbeveling van 21 december 2020 van het Comité, die onderschreven werd door de Hoge Gezondheidsraad en de Orde der Artsen. Het voorliggend advies schetst het ruimer kader van de relatie tussen WZC en ziekenhuizen, zowel vanuit structureel als conjunctureel perspectief en gaat in bredere zin ook over de positie van de woonzorgcentra in het zorglandschap.

We benadrukken dat de adviesvraag zich tot de situatie tijdens de eerste golf beperkt. De huidige wetenschappelijke kennis was toen nog niet voorhanden. Daarnaast is het belangrijk om te erkennen dat het om een crisissituatie ging, wat de moeilijkheden waarmee instellingen geconfronteerd werden gedeeltelijk kan verklaren. Tegelijkertijd stellen we vast dat sommige problemen al voordien bestonden, en door de crisis versterkt werden.

Dit advies is grotendeels geïnspireerd op getuigenissen van diverse actoren die door het Comité gehoord werden. Daarnaast werden beschikbare cijfergegevens geraadpleegd. De ethische reflectie werd dus gevoed door zowel narratieve als empirische gegevens. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft niet de opdracht om onderzoeksdaden op het terrein uit te voeren. Bovendien zijn er al cijfergegevens voorhanden, voor zover er een volledig beeld van de feiten kan weergegeven worden, in andere verslagen (Artsen zonder Grenzen [AZG], Amnesty International [AI]) of op andere plaatsen (Parlementaire commissies). Na kennis te hebben genomen van deze gegevens, heeft het Comité ervoor geopteerd om enkele sleutelfiguren te horen om beter te begrijpen wat zich heeft voorgedaan tijdens de eerste golf. De reflectie van het Comité is vooral gericht op de toepasselijke ethische principes, om een leidraad te bieden voor de aanpak van de dilemma's die zich voordeden.

# 1. Chronologisch overzicht van de epidemiologische situatie en maatregelen in de woonzorgcentra tijdens de eerste golf<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup>

30 januari 2020	De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) verklaart SARS-CoV-2 (COVID-19) tot een medische noodsituatie van internationaal belang (en pandemie op 11 maart).
4 februari 2020	Eerste geval van COVID-19 in België
10 maart 2020	Sluiting voor bezoek van de woonzorgcentra in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
11 maart 2020	Eerste overlijden als gevolg van COVID-19 in België Sluiting voor bezoek van de woonzorgcentra in Wallonië
12 maart 2020	Sluiting voor bezoek van de woonzorgcentra in Vlaanderen De federale gezondheidsinstanties activeren het crisisplan en gaan over tot de federale fase van het crisisbeheer. In dit kader past ieder gewest en gemeenschap zijn procedures aan op basis van de beslissingen van de Nationale Veiligheidsraad (NVR)
13 maart 2020	De federale fase van het nationale rampenplan wordt afgekondigd Het Ziekenhuisnoodplan wordt in alle ziekenhuizen van het land opgestart. Consulten, onderzoeken en (niet-dringende) electieve interventies worden gedurende verschillende weken opgeschort.
15 maart 2020	Na aanbevelingen van AFRAMECO (Franstalige vereniging van coördinerende-raadgevende artsen in woonzorgcentra), worden de routinebezoeken van de huisartsen geschrapt, enkel bezoeken

1 Amnesty International (AI). (2020). Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique. [www.amnesty.be](http://www.amnesty.be)

2 Artsen zonder Grenzen (AZG). (2020). Overgelaten aan hun lot. De ervaring van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra tijdens de Covid-19-pandemie in België. [www.AZG.be](http://www.AZG.be)

3 Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG). (2020). Beslissing opname bij (Flowchart) mogelijk COVIDpos WZC bewoner (19.03.2020) Leidraad voor artsen – Ziekenhuisopname bij WZC bewoner met bewezen/sterk vermoeden COVID-19 infectie. (23.09.2020). Flowchart medisch passende zorg voor bewoners van WZC met (verdenking op) COVID-19. <https://geriatrie.be/nl/>

4 Sciensano. (2020). [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Second%20Wave\\_NL.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Second%20Wave_NL.pdf)

5 Agentschap Zorg en Gezondheid. *Sterfte onder bewoners van Vlaamse woonzorgcentra in voorjaar 2020*. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Rapport%20statistisch%20onderzoek%20-%20Sterfte%20onder%20bewoners%20van%20Vlaamse%20woonzorgcentra%20in%20voorjaar%202020.pdf>

6 Zorgnet-Icuro. B. Van den Heuvel. *Referentiekader kwaliteitsvolle vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrumover palliatieve zorg en levenseindezorg*. [https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/8%29%20Bernadette%20Van%20den%20Heuvel\\_Referentiekader%20palliatieve%20zorg.pdf](https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/8%29%20Bernadette%20Van%20den%20Heuvel_Referentiekader%20palliatieve%20zorg.pdf)

	<p>aangevraagd door het interne zorgpersoneel van de instelling zijn toegestaan. De routinebezoeken van de huisartsen werden opgeschort van 15 maart (23 maart in Vlaanderen) tot 18 juni 2020. De huisartsen konden steeds ‘op afroep’ hun patiënt in het WZC bezoeken of telefonisch geraadpleegd worden.</p>
16 maart 2020	<p>In zijn openingsspeech wijst de Directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie op het feit dat de testen de ruggengraat vormen van het antwoord op de COVID-19 pandemie</p>
17 maart 2020	<p>In een brief dringt de voorzitter van de <i>Risk Management Group</i> (RMG) (samen met andere belangrijke wetenschappelijke adviseurs) erop aan om in de ziekenhuizen een maximaal aantal bedden vrij te houden.</p> <p>De omzendbrief die Iriscare heeft verstuurd naar de erkende woonzorgcentra die gesubsidieerd worden door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest stelt dat "de inrichting één van haar bewoners enkel naar het ziekenhuis mag brengen indien dat strikt nodig is (...). Het is ook belangrijk om op ieder niveau bij te dragen tot de ontlasting van de ziekenhuizen zodat patiënten in kritieke toestand de juiste opvolging en een aangepaste verzorging kunnen krijgen." (eigen vertaling<sup>7</sup>)</p> <p>De federaties van de woonzorgcentra (Waalse en Brusselse OCMW-federatie, VVSG, Femarbel, Unessa en Santhea) sturen Maggie De Block, de Federale Minister van Volksgezondheid, een brief waarin haar om test- en preventiemateriaal wordt gevraagd. Het antwoord van de minister van 26 maart is dat het tekort aan maskers een wereldprobleem is en dat het nodig is om "hun verdeling en hun gebruik te rationaliseren als er voorraden beschikbaar zijn. (...) Om de mondmaskers efficiënt te kunnen verdelen, hebben de overheden de volgende prioritaire</p>

7 Originale versie in het Frans: « (l')établissement ne doit envoyer l'un de ses résidents à l'hôpital qu'en cas de stricte nécessité (...) Il est important de participer à chaque niveau au désengorgement des hôpitaux afin que les patients dans un état critique puissent bénéficier du suivi et des soins adaptés »

Bijwerking van het advies op 20.09.2021 - Het Comité heeft op zijn plenaire vergadering van 20 september 2021 besloten om ten informatieven titel het volledige uittreksel uit de omzendbrief van IRISCARE te citeren:

-in het Frans luidt het volledige uittreksel als volgt: « L'établissement ne doit envoyer l'un de ses résidents à l'hôpital qu'en cas de stricte nécessité. L'évaluation de l'état de santé du résident et son transfert à l'hôpital ne peut être plus stricte qu'avant et ne doit pas être influencé [sic] par la situation actuelle. Il est important de participer à chaque niveau au désengorgement des hôpitaux afin que les patients dans un état critique puissent bénéficier du suivi et des soins adaptés ».

-de eigen vertaling naar het Nederlands daarvan is: "De inrichting mag één van haar bewoners enkel naar het ziekenhuis brengen indien dat strikt nodig is. Het beoordelen van de gezondheidstoestand van de bewoner en zijn/haar overbrenging naar het ziekenhuis mag niet strikter dan voorheen gebeuren en niet door de huidige situatie beïnvloed worden. Het is ook belangrijk om op ieder niveau bij te dragen tot de ontlasting van de ziekenhuizen zodat patiënten in kritieke toestand de juiste opvolging en een aangepaste verzorging kunnen krijgen."

	<p>doelgroepen aangewezen: ziekenhuizen, ambulances, triagecentra, gezondheidswerkers, laboratoriumpersoneel en verdachte/bevestigde gevallen in woonzorgcentra." (eigen vertaling<sup>8</sup>)</p> <p>In de woonzorgcentra ontbreekt het ook aan zuurstofconcentratoren die nodig zijn om zuurstof toe te dienen aan COVID-patiënten. Deze situatie werd al begin maart 2020 meegedeeld aan de overheid door de koepelorganisatie Zorgnet-Icuro en door de individuele woonzorgcentra. Eind maart boog de bevoegde federale minister zich over deze vraag en het probleem was tussen 10 en 15 april ongeveer opgelost.</p>
18 maart 2020	<p>Begin van de algemene lockdown</p> <p>Sluiting voor bezoek van de woonzorgcentra in de Duitstalige Gemeenschap</p>
19 maart 2020	<p>Publicatie van de flow-chart van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG) "Beslissing opname bij (Flowchart) mogelijk COVID pos WZC bewoner"</p>
23 maart 2020	<p>De eerste leveringen van mondmaskers in de woonzorgcentra gebeuren met mondjesmaat, sommige geleverd door de federale overheid, andere door de overheden van gewesten/gemeenschappen. Heel wat woonzorgcentra proberen zelf bestellingen te plaatsen. Toch blijft het gebrek aan beschermend materiaal voortduren tot midden mei en soms zelfs langer</p>
24 maart 2020	<p>Vlaams Minister Wouter Beke deelt op zijn internetsite mee dat de richtlijnen van de BVGG er niet op gericht zijn om capaciteit vrij te maken in de ziekenhuizen en niet door de ziekenhuizen kunnen worden gebruikt om bewoners van de woonzorgcentra te weigeren.</p> <p>Deze aanbeveling wordt bevestigd door de richtlijnen van de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid) betreffende de woonzorgcentra, waarin wordt gepreciseerd dat de overbrenging naar het ziekenhuis steeds mogelijk moet zijn na consult van de bewoner door de huisarts van het woonzorgcentrum en het zorgteam en na overleg met de geriater</p>
25 maart 2020	<p>De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid behandelt de situatie in de woonzorgcentra</p>
26 maart 2020	<p>De Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde werkt de ethische principes bij betreffende de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens</p>

8 Originale versie in het Frans : « rationaliser leur distribution et leur usage lorsque nous aurons des stocks disponibles. (...) Afin de dispatcher les masques de manière efficace, les autorités ont désigné les groupes cibles suivants comme prioritaires : les hôpitaux, les ambulances, les centres de tri, les professionnels de la santé en général, le personnel des laboratoires et les cas suspects/confirmés en collectivités résidentielles »

	de COVID-19-pandemie van 2020 in België. Het gaat om principes uitgewerkt voor de ziekenhuizen op vraag van de FOD Volksgezondheid voor het geval de bedden capaciteit op Intensieve Zorg zou overschreden worden
1 april 2020	In het Waalse Gewest wordt een regeling uitgewerkt voor medische noodgevallen om de acties van de verschillende betrokkenen te coördineren
8 april 2020	De Vlaamse gezondheidsinstanties richten een <i>Task force</i> op om te voorkomen dat de situatie in de woonzorgcentra verder verslechtert
9 april 2020	Gezien het hoge sterftecijfer in de woonzorgcentra stellen de federale gezondheidsinstanties een campagne voor om de centra in het hele land te testen op Covid-19. Een eerste reeks tests wordt ter beschikking gesteld om het personeel en/of de bewoners te testen (keuze van de strategie wordt aan de overheden van gewesten/gemeenschappen overgelaten) en om zicht te krijgen op de aanwezigheid van het virus in deze groepen.
10 april 2020	De federale regering verhoogt de globale testcapaciteit en stelt 20.000 tests ter beschikking van de woonzorgcentra (beslissing genomen op 4 april)
14 april 2020	Om de coördinatie op vlak van gezondheidszorg in de collectieve woonvormen in het Waalse gewest te verbeteren, wordt het <i>Dispositif Sanitaire d'Urgence Wallon</i> (DSUW) opgericht door de Waalse overheid
15 april 2020	De NVR besluit om opnieuw bezoek toe te laten in woonzorgcentra. Noch de verantwoordelijken van de sector, noch de gewestelijke ministers van Volksgezondheid werden evenwel geraadpleegd. Zij besluiten dus om deze maatregel niet onmiddellijk toe te passen. Bezoeken zullen opnieuw gedeeltelijk worden toegelaten volgens strikte voorwaarden en dat vanaf 23 april in Brussel, 28 april in Wallonië en 18 mei in Vlaanderen. Van 15 april tot 3 mei loopt een tweede testfase om het volledige personeel en de bewoners van de woonzorgcentra van heel het land te testen
21 april 2020	De piek van de pandemie wordt bereikt in de woonzorgcentra: op 21 april in Vlaanderen (gemiddelde prevalentie op 7 dagen van 68 bevestigde of mogelijke gevallen op 1000 bewoners), op 25 april in Wallonië (109/1000), op 29 april in Brussel (122/1000) en op 30 april in de Duitstalige woonzorgcentra (69/1000)
21 mei 2020	De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) roept op om terug te keren tot de orde van de dag, waarbij het volgende wordt gepreciseerd: "De lidstaten moeten ervoor zorgen dat de meest recente richtlijnen worden



	verstrekt en dat de medische uitrusting, de geneesmiddelen en de persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) snel geleverd worden en dat zowel aan de woonzorgcentra als aan de thuisverplegingsdiensten.” (eigen vertaling <sup>9</sup> )
Eind mei 2020	AZG stuurt een vragenlijst naar alle woonzorgcentra in het land (983 WZC gaven een antwoord en daarvan waren er 88% gelegen in het Vlaamse Gewest). Uit de antwoorden blijkt onder meer een daling van het aantal opnames van ernstige gevallen in de ziekenhuizen, meer bepaald van 86% naar 57% .
8 juni 2020	Einde van de lockdown
26 juni 2020	Van de 9.731 personen die op dat ogenblik overleden zijn aan COVID-19 in België, was 64% afkomstig uit woonzorgcentra. Ongeveer 1.377 bewoners van WZC lieten het leven in het ziekenhuis, en 4.857 overleden in het WZC waar ze verbleven
23 juli 2020	De NVR kondigt nieuwe maatregelen aan om de heropflakking van het virus te voorkomen
27 juli 2020	Een omzendbrief van de FOD Volksgezondheid preciseert uitdrukkelijk dat de bewoners van zorginstellingen voor ouderen, ongeacht hun leeftijd, steeds toegang moeten hebben tot dringend medisch transport of hospitalisatie  Het verslag van AZG vermeldt in het algemeen een verminderde mogelijkheid tot opname van ernstige gevallen in het ziekenhuis, van 86% (in normale omstandigheden) naar 57% (gedurende de eerste golf).  Van de woonzorgcentra die door de teams van AZG werden bezocht, vindt iets meer dan 70% dat zij een adequaat antwoord kregen op al hun oproepen aan de spoeddiensten (nummer 112).
5 augustus 2020	De IMC Volksgezondheid kondigt regelmatige tests aan voor het personeel van de woonzorgcentra met maximaal 1 test per maand voor het personeel en niet voor de bewoners
12 augustus 2020	Gezien de beschuldigingen van weigering tot ziekenhuisopname van bewoners van woonzorgcentra, vraagt de IMC Volksgezondheid de RMG en het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek om de problematiek te analyseren. Deze vraag werd officieel aan het Comité gesteld door de heer Pedro Facon op 21 augustus
31 augustus 2020	Begin tweede golf in België

9 Originale versie in het Frans: « Les États membres devront envisager de faire en sorte que les orientations les plus récentes soient dispensées et que l'équipement médical, les médicaments et les équipements de protection individuelle (EPI) soient fournis rapidement tant aux maisons de repos qu'aux services de soins à domicile »

## 2. Juridisch kader

Er bestaan vooralsnog ook twee statuten<sup>10</sup>: de rustoorden voor bejaarden (ROB) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), die verschillende omkaderingsnormen hebben. De meeste rusthuizen hebben een gemengd statuut, met bedden in beide statuten.

Door de versnipperde bevoegdheden in het politieke landschap is het een hele uitdaging om het juridische kader dat de relaties tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen reguleert te schetsen. Zo vallen de ziekenhuizen hoofdzakelijk onder federale bevoegdheid, terwijl de woonzorgcentra sinds de zesde staatshervorming tot de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten behoren (gewesten, gemeenschappen, gemeenschapscommissies). Bovendien blijven ook belangrijke delen van de financiering binnen de woonzorgcentra een federale bevoegdheid, bv de honorering van de artsen en apothekers.

Het overzicht van de bevoegde overheden ziet er als volgt uit :

- A) Waals Gewest: instelling van openbaar nut : *AVIQ Agence pour une vie de qualité*, <https://www.aviq.be>;
- B) Brussels Hoofdstedelijk Gewest : bicommunautaire instelling van openbaar nut van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: IRISCARE, <https://www.iriscare.brussels>;
- C) Duitstalige Gemeenschap: Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap, departement gezondheid, <https://www.ostbelgienlive.be>;
- D) Vlaamse Gemeenschap : het Agentschap Zorg en Gezondheid, intern verzelfstandigd agentschap zonder rechtspersoonlijkheid van de Vlaamse overheid, <https://www.zorg-en-gezondheid.be>.

De Gewesten en Gemeenschappen hebben geopteerd voor een verschillende werkingsstructuur. De eenvoudigste structuur is terug te vinden bij de Duitstalige Gemeenschap die geen specifiek beheersorgaan heeft opgericht, en de meest ingewikkelde bij het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In Vlaanderen werd de wetgeving die van toepassing is op woonzorgcentra in 2019 grondig gewijzigd. Het Decreet van de Vlaamse overheid van 15 februari 2019 betreffende de woonzorg legt daartoe uitgebreid de nieuwe regels vast. De erkenningsvoorwaarden en de regels rond programmatie worden nader bepaald in het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en

---

<sup>10</sup> Er staan er hervormingen op stapel, vooral in de Vlaamse Gemeenschap en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

gebruikers. Slechts in de beperkte mate dat deze nieuwe regelgeving bepaalde aspecten niet regelt, blijft het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, van kracht.

In Wallonië moet rekening worden gehouden met het besluit van de Waalse Regering tot wijziging van het reglementair deel van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid wat bepalingen betreft met betrekking tot de ouderen van 16 mei 2019 (BS 4-11-2019).

Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is er de ordonnantie betreffende de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen van 24 april 2008 (BS 16-5-2008).

In Oost-België is er ten slotte het decreet van 13 december 2018 betreffende het aanbod aan diensten voor ouderen en personen met een ondersteuningsbehoefte, alsook betreffende palliatieve zorg van de Duitstalige Gemeenschap (BS 28-5-2019).

In het kader van dit advies zou het te omslachtig zijn om de verschillende bijzondere regelingen te beschrijven. Daarom wordt het juridisch kader beperkt tot de volgende kwesties:

- 'Functionele binding' tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra / palliatieve zorg;
- Omkadering van het zorgpersoneel;
- Vroegtijdige zorgplanning (rechten van de patiënt);
- Bewonersraad.

## 2.1. 'Functionele binding' tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra / palliatieve zorg

Het Koninklijk Besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging (BS 28-10-2004) introduceerde de functionele relatie tussen de ziekenhuizen en de rust- en verzorgingstehuizen:

*"Het rust- en verzorgingstehuis moet een functionele binding hebben met een erkende geriatriedienst (kenletter G) of een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen (kenletter Sp-psychogeriatric). Deze functionele binding wordt in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd, die onder meer stipuleert dat de G-of Sp-dienst-psychogeriatric en het rust- en verzorgingstehuis minstens twee vergaderingen per jaar houden; de geplande vergaderingen beogen zowel het overleg als de permanente opleiding voor het personeel van beide partners. De bewijzen van de concretisering van deze schriftelijke overeenkomsten moeten geleverd worden."*

(Bijlage 1. – Rust- en verzorgingstehuizen, A. Algemene normen, 10. f).

Voor de Vlaamse Gemeenschap stelt artikel 37 van Bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019:

*“Met behoud van de toepassing van artikel 25, sluit de initiatiefnemer een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met:*

*1° een ziekenhuis dat beschikt over een Sp-dienst voor palliatieve verzorging;*

*2° een palliatief netwerk.*

*De schriftelijke samenwerkingsovereenkomst, vermeld in het eerste lid, bepaalt onder meer:*

*1° de gedeelde visie op integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning;*

*2° het doel van de samenwerking;*

*3° de frequentie van het structurele overleg tussen de samenwerkende partners;*

*4° de wijze waarop expertise en ervaring op een bepaald domein gedeeld of ingezet kan worden;*

*5° de wijze waarop de samenwerking op een structurele wijze wordt geëvalueerd.”*

Artikel 38 voegt hieraan toe:

*“De initiatiefnemer maakt samen met alle nabijgelegen ziekenhuizen een schriftelijke procedure op die ertoe bijdraagt dat, als een bewoner wordt opgenomen in het ziekenhuis of van een ziekenhuisopname weer naar het woonzorgcentrum wordt vervoerd, de juiste personen op het juiste moment de juiste informatie krijgen die nodig is om de zorgcontinuïteit te verzekeren, in het bijzonder de liaisonfiche, vermeld in artikel 30, 2°, i).”*

Wat de palliatieve zorg betreft, moeten overeenkomstig de federale erkenningsnormen voor WZC, de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige een palliatieve zorgcultuur ontwikkelen en het personeel hiervoor sensibiliseren. Daarnaast moet het WZC een functionele relatie hebben met een palliatieve dienst in een ziekenhuis, samenwerken met het regionale platform/netwerk voor palliatieve zorg alsook met het regionale platform voor ziekenhuishygiëne waar het deel van uitmaakt.

Naast de reeds vermelde samenwerking met een palliatief netwerk stelt artikel 34 van het Besluit van de Vlaamse Regering voor de Vlaamse Gemeenschap bovendien:

*“Wat betreft de organisatie van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg beschikt het woonzorgcentrum over een interdisciplinair team. Minstens de coördinerende en raadgevende arts en de door de initiatiefnemer aangestelde verantwoordelijke met een specifieke opleiding op het vlak van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg maken deel uit van dat interdisciplinair team. Dit interdisciplinair team wordt belast met:*

1° de ontwikkeling van een palliatieve zorgcultuur, met respect voor de keuzes van de bewoner op het vlak van de vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak daarvan;

2° het formuleren van praktische en organisatorische adviezen over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg voor het personeel;

3° het bijwerken van de kennis en competenties van de personeelsleden, over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg;

4° de evaluatie van de kwaliteit van de vroegtijdige zorgplanning, de palliatieve zorg en de levenseindezorg en de mate waarin deze worden afgestemd op de specifieke waarden, behoeften en keuzen van de bewoner.”

## 2.2. Omkadering van het zorgpersoneel

### 2.2.1. Coördinerend en raadgevend arts (CRA)

In 2014 werd in het KB van 9 maart 2014 tot wijziging van het KB van 21 september 2004 (BS 10-4-2014) de functie van coördinerend en raadgevend arts bepaald:

*“In elk rust- en verzorgingstehuis wijst de beheerder een coördinerend en raadgevend arts aan, die huisarts is, en die ten laatste twee jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest verkregen na een specifieke opleidingscyclus te hebben gevolgd die toegang verschaft tot de functie van coördinerend en raadgevend arts.”*

(Bijlage 1 “Rust- en verzorgingstehuizen”, B. “Specifieke normen”, “3. Organisatorische normen. h.”).

De coördinerend en raadgevend arts (hierna: CRA) die heel veel taken op zich moet nemen betreffende de organisatie van de zorg, biedt geen vervanging voor de huisarts van de bewoners. De vrije keuze van arts en ziekenhuis wordt herhaald:

*“De vrije keuze van de bewoner van de behandelende arts en van het ziekenhuis wanneer dat nodig is, moet worden nageleefd en mag op geen enkele manier worden beïnvloed. Wanneer een bewoner geen huisarts heeft bij zijn opname of wanneer zijn huisarts verzaakt aan de voortzetting van de zorg aan zijn patiënt dient een geactualiseerde lijst met de beschikbare huisartsen aan de bewoner te worden overhandigd.”*

Dat is eenvoudig de toepassing van artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt:

*“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.”*

Een gelijkaardige regelgeving is voor de Vlaamse Gemeenschap thans opgenomen in artikel 65 van Bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019.

*§1. In elk woonzorgcentrum met bijkomende erkenning wijst de initiatiefnemer een coördinerend en raadgevend arts aan, die een erkend huisarts is, en die uiterlijk vier jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest dat toegang verleent tot de functie van coördinerend en raadgevend arts. Dat attest kan worden verkregen nadat een opleidingscyclus van minstens 24 uur, die erkend is door het intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid, met vrucht afgerond is.*

*(...)*

*§4. In samenspraak met de directeur, de hoofdverpleegkundige(n) of in voorkomend geval de teamverantwoordelijken staat de coördinerend en raadgevend arts in voor al de volgende taken:*

*1° in relatie met het medische korps:*

*a) op geregelde tijdstippen, individuele en collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen organiseren;*

*b) de continuïteit van de medische zorg coördineren en organiseren;*

*c) de coördinatie van het opmaken en up to date houden van de dossiers van de bewoners die door de behandelende artsen bijgehouden worden;*

*d) de medische activiteiten bij ziekte-toestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel coördineren;*

*e) het farmaceutische zorgbeleid coördineren in overleg met de behandelende artsen en de apotheker die de toelevering van de geneesmiddelen doet aan de bewoners in het woonzorgcentrum, of, in voorkomend geval de coördinerende en adviserende apotheker, wat voor de geneesmiddelen ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformularium omvat, alsook het oordeelkundige gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en de alternatieve niet-farmacologische aanpak bij de bewoners van het woonzorgcentrum;*

*f) huisartsen die in het woonzorgcentrum werken, actief informeren over het beleid van het woonzorgcentrum met betrekking tot het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen;*

*2° bijscholing en vorming: meewerken aan de organisatie van activiteiten voor bijscholing en vorming in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het woonzorgcentrum, en voor de betrokken behandelende artsen.*

*De minister kan de taken, vermeld in het eerste lid, 1°, nader bepalen en kan bepalen welke vormingsactiviteiten voor de bijscholing en vorming, vermeld in het eerste lid, 2°, in aanmerking komen.*

*§5. De aanstelling van een coördinerende en raadgevende arts mag niet leiden tot een feitelijke beperking van de vrije keuze van de huisarts."*

## 2.2.2. Verplegend personeel en andere (KB 9 maart 2014)

Het KB van 9 maart 2014 beschrijft de personeelsnorm evenals de functie van de hoofdverpleegkundige als volgt:

*“c) De personeelsnorm moet, per 30 bewoners, bedragen:*

- ten minste 5 voltijds equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, waaronder een hoofdverpleegkundige; boven de eerste 30 bewoners is een bijkomende hoofdverpleegkundige verplicht wanneer de instelling de helft van elke nieuwe schijf van 30 bewoners overschrijdt;*
- ten minste 5 voltijds equivalenten verzorgend personeel of zorgkundigen, waarvan minimum 95 % zorgkundigen; met ingang van 1 januari 2015 komen uitsluitend zorgkundigen in aanmerking;*
- 1 voltijds equivalent kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist, met dien verstande dat de eerste twee disciplines in ieder geval voldoende vertegenwoordigd zijn in de instelling en dat zij hetzij in loondienst hetzij vastbenoemd zijn; logopedie wordt aangeboden in functie van de behoeften van de bewoners;*
- 0.10 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten [...] <sup>11</sup>;*
- een voltijds equivalent verpleegkundige, naar rata van maximum 1 voltijds equivalent per 30 bewoners, mag, voor zover de permanentie bedoeld in f) wordt gerespecteerd worden vervangen door een persoon [...] <sup>12</sup>.*

*d) Wanneer het rust- en verzorgingstehuis meer dan 75 bedden telt dan dient één van de hoofdverpleegkundigen afgevaardigd te worden als coördinerend hoofdverpleegkundige, waarvan de functie en de vereiste minimumopleiding worden bepaald door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.*

*e) De hoofdverpleegkundige(n) moet(en) de volgende taken vervullen :*

- de dagelijkse leiding over het verpleegkundig en verzorgend personeel verzekeren;*
- de pluridisciplinaire werking van het verpleegkundig en paramedisch personeel, personeel voor reactivering, de kinesitherapeuten en de zorgkundigen coördineren;*
- de opname van de nieuwe bewoners organiseren, onder andere door zo veel mogelijk gegevens te verzamelen over zijn gezondheidstoestand en zijn medisch-sociale situatie;*
- waken over de actualisering van het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier van de bewoner;*
- in samenspraak met de coördinerend en raadgevend arts voorstellen formuleren m.b.t. een globaal nutritioneel beleid dat de voedingsbehoeften verzoent met het eetplezier;*
- in samenspraak met de coördinerend en raadgevend arts voorstellen formuleren over de manier waarop dementerende bewoners in het rust- en verzorgingstehuis*

---

11 Voor de exhaustieve lijst van de erkende kwalificaties wordt verwezen naar het KB.

12 Voor de exhaustieve lijst van de erkende kwalificaties wordt verwezen naar het KB.

*behandeld dienen te worden, inzonderheid wat betreft de niet-medicamenteuze benadering, in voorkomend geval in samenwerking met de referentiepersoon dementie;*

*- de coördinerend en raadgevend arts bijstaan bij de uitoefening van zijn functie.”*

Het KB voorziet ook in f) dat een verpleegkundige zowel overdag als 's nachts aanwezig is in de instelling.

Artikel 62 van Bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 bepaalt voor de Vlaamse Gemeenschap:

*“De personeelsnorm wordt per dertig bewoners in een woongelegenheid woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning, op de volgende wijze vastgesteld:*

*1° ten minste vijf voltijds equivalenten van de verpleegkundigen. Het woonzorgcentrum beschikt hetzij binnen dit aantal over een hoofdverpleegkundige hetzij bovenop dit aantal over een teamverantwoordelijke die in het bezit is van ten minste een bachelordiploma in een zorg- of welzijnsdomein. Boven de eerste dertig bewoners is een bijkomende hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke verplicht bij overschrijding van de helft van elke nieuwe schijf van dertig bewoners in een woongelegenheid woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning.*

*2° ten minste vijf voltijds equivalenten zorgkundigen;*

*3° één voltijdsequivalent kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist, waarbij de eerste twee disciplines in ieder geval voldoende vertegenwoordigd zijn in het woonzorgcentrum en dat ze hetzij in loondienst hetzij vastbenoemd zijn. Logopedie wordt aangeboden in functie van de behoeften van de bewoners;*

*4° 0,10 voltijdsequivalent personeelslid voor reactivering dat een bekwaaming heeft in vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, ter ondersteuning van de verzorging van de bewoner die zich in levenseindefase bevindt [...]<sup>13</sup>;*

*5° een voltijds equivalent verpleegkundige, naar rato maximaal één voltijds equivalent per dertig bewoners, mag, voor zover de permanentie, vermeld in artikel 48 wordt gerespecteerd, worden vervangen door een persoon [...]<sup>14</sup>.”*

## 2.3. Vroegtijdige zorgplanning – rechten van de patiënt

De erkenningsnormen vereisen tevens

*de naleving van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg alsook de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner betreffende zijn levenseinde en/of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.*

---

<sup>13</sup> Voor de exhaustieve lijst van de erkende kwalificaties wordt verwezen naar het Besluit.

<sup>14</sup> Voor de exhaustieve lijst van de erkende kwalificaties die in aanmerking kunnen worden genomen voor de vervanging wordt verwezen naar het Besluit.



De wilsbeschikking van de bewoner hoeft zich echter niet te beperken tot bepalingen over het levenseinde. Er kan ook verwezen worden naar de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Naast het principe van het recht van de patiënt op kwaliteitsvolle zorg zonder enig onderscheid op welke grond ook, en op geïnformeerde toestemming voorafgaand aan iedere medische ingreep alsook het recht om te weigeren, zelfs voorafgaandelijk, voorziet deze wet in artikel 14 ook in de vertegenwoordiging van patiënten die feitelijk of juridisch onbekwaam zijn om hun rechten voorzien in deze wet, uit te oefenen: een door de patiënt aangewezen vertegenwoordiger, de bewindvoerder over de persoon of bij ontstentenis hiervan in opeenvolgende volgorde: samenwonende echtgenoot of partner, meerderjarig(e) kind(eren), ouder, meerderjarige broer of zus van de patiënt.

De patiënt kan zijn recht tot weigeren van een tussenkomst voorafgaandelijk vastleggen in een voorafgaande wilsuitdrukking met of zonder aanwijzing van een vertegenwoordiger.

De laatste jaren vond de toepassing van vroegtijdige zorgplanning steeds meer ingang in de woonzorgcentra. Sinds 2007 heeft de Koning Boudewijnstichting een belangrijke rol gespeeld in de reflectie over vroegtijdige zorgplanning. In 2013 heeft deze stichting een oproep tot pilootprojecten gelanceerd met als doel initiatieven rond vroegtijdige zorgplanning op touw te zetten. Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van modellen waarvan er een kan worden geraadpleegd op de website van het platform voor palliatieve zorg van het Waalse Gewest<sup>15</sup>.

In artikel 4 van het Vlaamse decreet van 15 februari 2019 wordt vroegtijdige zorgplanning voor de Vlaamse Gemeenschap omschreven als:

*“vroegtijdige zorgplanning: een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de gebruiker, zijn naasten en de zorgverlener(s), waarbij toekomstige zorg- en ondersteuningsdoelen besproken en gepland kunnen worden die de besluitvorming bevorderen op het ogenblik dat de gebruiker niet meer in staat is zijn wil te uiten.”*

Wat betreft de organisatie van vroegtijdige zorgplanning wordt verwezen naar het reeds voor de palliatieve zorg aangehaalde artikel 34 van Bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 (zie 2.1.).

In de Vlaamse Gemeenschap wordt als kwaliteitsindicator<sup>16</sup> de toepassing van vroegtijdige zorgplanning gemeten in de woonzorgcentra.

---

15 <http://www.soinspalliatifs.be/2017-07-07-10-48-38.html>

16 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-indicatorenproject-voor-woonzorgcentra-vip-wzc>

## 2.4. Bewonersinspraak

In het Waalse Gewest voorziet artikel 341, § 1, van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid het volgende :

*“In elk woonzorgcentrum (rustoord voor bejaarden (ROB) en/of rust- en verzorgingstehuis (RVT) en/of serviceflats) wordt een Bewonersraad opgericht die is samengesteld uit bewoners of hun vertegenwoordigers en/of hun familieleden. De directeur of zijn/haar vertegenwoordiger mogen de vergaderingen van de bewonersraad bijwonen. De Bewonersraad krijgt ondersteuning van personeel van het woonzorgcentrum om een goede werking ervan te waarborgen. De sociale dienst van de gemeente waar het woonzorgcentrum is gelegen, wordt op de hoogte gehouden van de vergaderingen van de Bewonersraad en wordt ook uitgenodigd om minstens een maal per jaar aan een vergadering deel te nemen. De Bewonersraad geeft advies en doet voorstellen met name over de werking van het woonzorgcentrum, de organisatie van de diensten, leven en wonen in het woonzorgcentrum en over animatieactiviteiten. Het volstaat om één Bewonersraad op te richten in een woonzorgcentrum met zowel ROB- als RVT-bedden en/of serviceflats.”<sup>17</sup> (eigen vrije vertaling)*

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is er sprake van een “participatieraad die ten minste één maal per kwartaal vergadert” en is samengesteld uit “bejaarde personen of hun vertegenwoordiger” (Besluit van 3 december 2009 van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie<sup>18</sup>).

In de Vlaamse Gemeenschap stelt artikel 41 van Bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 daartoe

*“§1. Het woonzorgcentrum richt een gebruikers- en een familierraad op. De gebruikersraad vergadert minstens één keer per trimester. De familierraad vergadert om de zes maanden. De gebruikers- en familierraad kunnen evenwel samen worden georganiseerd. In dat geval waarborgt het woonzorgcentrum dat de bewoners altijd minstens de helft van de aanwezigen uitmaken. Op verzoek van een bewoner of een*

---

17 Originele versie in het Frans: « Dans chaque maison de repos ou maison de repos et de soins ainsi que dans chaque résidence-services, il est créé un Conseil des résidents composé d'habitants ou de leurs représentants et/ou de membres de leur famille. Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du Conseil des résidents. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce Conseil, celui-ci reçoit le soutien du personnel de l'établissement. Le service social de la commune où est installé l'établissement concerné est informé de la tenue des réunions du Conseil des résidents et invité à y assister au moins une fois par an. Le Conseil des résidents donne des avis et fait des suggestions, notamment au sujet du fonctionnement de l'établissement, de l'organisation des services, du projet de vie institutionnel et des activités d'animation. Lorsqu'au sein d'un même établissement pour aînés se retrouvent une maison de repos et/ou une maison de repos et de soins et/ou une résidence-services, un seul Conseil des résidents peut être mis sur pied. »

18 Besluit van 3 december 2009 van het Verenigd College tot vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen moeten voldoen alsmede tot nadere omschrijving van de groepering en de fusie en de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

*familielid kan een vertegenwoordiger van de lokale ouderenraad of een vertegenwoordiger van de verenigingen van mantelzorgers en gebruikers deel uitmaken van de gebruikersraad. De verenigingen maken daarover afspraken. Als het woonzorgcentrum niet kan tegemoetkomen aan de gestelde vraag, motiveert die deze keuze.*

*§2. De gebruikers- en familieraad kan advies uitbrengen, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van het woonzorgcentrum, over alle aangelegenheden die betrekking hebben op de algemene werking van het woonzorgcentrum betreffen. Van de vergaderingen van die raden wordt een gedateerd verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun vertegenwoordigers, familie of mantelzorgers bezorgd wordt. Het agentschap [Agentschap Zorg en Gezondheid] kan die verslagen inkijken. Als in het woonzorgcentrum alleen bewoners met cognitieve problemen verblijven, kan de gebruikersraad vervangen worden door een familieraad.*

*Een of meer vertegenwoordigers van het woonzorgcentrum worden uitgenodigd om de vergaderingen van de gebruikers- of familieraad bij te wonen.*

*Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikers- en familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikers- en familieraad.”*

### 3. Ethische beschouwingen

De ethische beschouwingen die hier volgen werden ontwikkeld vanuit zeer concrete situaties en de praktische omstandigheden die aansluiten op het bovenvermelde juridische kader . We moeten deze situaties plaatsen binnen het Belgische politieke kader en de versnippering van de bevoegdheden die hiervoor kenmerkend zijn.

De relaties tussen ziekenhuizen en WZC worden op verschillende bevoegdheidsniveaus (federaal en regionaal/gemeenschappen) geregeld, en noodzaken om op bijna dagelijkse basis samen te werken, wat niet zonder moeilijkheden gaat. Een van deze moeilijkheden betreft het cijfermatig documenteren van de crisis. Zo worden op nationaal niveau gegevens verzameld, maar hierbij worden de gegevens die in de regio's worden verzameld niet altijd geïntegreerd. Deze versnippering heeft over het algemeen grote gevolgen gehad, omdat ze de onzekerheid over welke beslissingen moesten worden genomen heeft versterkt. Ook op andere domeinen had de versnippering impact: verschillende actoren kwamen tussen om advies te verlenen, hulp te bieden bij beslissingen en richtlijnen te geven zonder dat er een duidelijke hiërarchie/rangschikking was tussen die verschillende tussenkomsten, wat de verwarring nog vergrootte.

Het eerste ethisch aspect van de crisisbeheersing betreft de gelijke behandeling, of eerder de **ongelijke behandeling** (in vergelijking met de algemene bevolking en thuiswonende ouderen) waarvan de bewoners van woonzorgcentra het slachtoffer zijn geworden. Hierbij verschilde de situatie van bewoners sterk van het ene tot het andere woonzorgcentrum. De residentiële zorginstellingen werden door de pandemie zwaar getroffen. Niet enkel de epidemiologische factoren speelden hierin een rol, maar ook structurele en conjuncturele. Sommige woonzorgcentra hebben de middelen gevonden om gevat te reageren, middelen waarover anderen niet beschikten. De instellingen die zwaar getroffen werden, hebben erg geleden, in het bijzonder diegene die geen gepast antwoord hadden, of “waar alles ontbrak”, zoals sommigen het formuleerden. De media, rapporten van ngo’s (AZG, AI) en heel wat getuigenissen in de parlementaire commissies hebben de omvang van het lijden aan het licht gebracht, evenals de soms ongelooflijke creativiteit van het personeel en de directies om hieraan het hoofd te bieden.

Een van de voornaamste elementen van ongelijkheid betrof de toegang tot ziekenhuisdiensten. De media berichtten vaak over opnameweigeringen die zowel moreel als wettelijk problematisch zouden zijn geweest. Hierbij werd openlijk gesteld dat bewoners ouder dan 75 of zelfs 65 louter op grond van leeftijd niet in aanmerking kwamen voor een ziekenhuisopname. Wanneer de getuigen die door het Comité werden gehoord met zulke beweringen geconfronteerd werden, verzekerden ze ons echter bijna allemaal dat zij nooit een dergelijke situatie moesten betreuren. Het Comité voelt zich noch geroepen, noch in de mogelijkheid om de juistheid van de voorgenoemde beweringen te controleren. Het lijkt ons echter dat dergelijke situatie, als ze zich heeft voorgedaan, in elk geval plaatselijk was en niet systematisch. Dat belet niet dat dit verder uitgeklaard kan worden, ook al gaat het om een uiterst gering aantal waaraan zowel conjuncturele als structurele oorzaken ten grondslag lagen. Daarover gaat punt 3.1 dat handelt over de ongelijkheid in toegang tot het ziekenhuis.

Een diepgaandere ethische analyse van de verschillende situaties waarin de woonzorgcentra zijn terechtgekomen, wijst naast het probleem van ongelijkheid in behandeling ook op het mogelijk gebrek aan respect voor de autonomie van de bewoners ervan (punt 3.2). Tot slot wordt een breder perspectief aangenomen waarbij de plaats van woonzorgcentra in het gezondheidssysteem (punt 3.3) en meer algemeen de plaats van kwetsbare ouderen in de maatschappij (punt 3.4) wordt bevestigd.

## 3.1. De relatie tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen

### 3.1.1. Weigering tot opname en prioritering

Hoewel er heel wat bedenkingen en verdenkingen werden geuit in verband met de geweigerde ziekenhuisopnames, moet worden opgemerkt dat weigering tot opname niet "onethisch" op zich hoeft te zijn. Integendeel, in bepaalde gevallen kan een weigering tot opname op intensieve zorgen volledig medisch en ethisch gerechtvaardigd zijn, bijvoorbeeld wanneer het verstrekken van intensieve zorgen, rekening houdend met de klinische toestand van de patiënt, gelijk zou staan met disproportionele zorg.

Zo hebben bepaalde patiënten met COVID-19 er door hun gezondheidstoestand en hun fragiliteit helemaal geen baat bij om geïntubeerd te worden omdat zulke ingreep hen ernstig lijden zou berokkenen zonder dat hier een relevant therapeutisch voordeel tegenover staat. In zulk geval is de enige ethisch verantwoorde beslissing het vermijden van zulke interventies, en in plaats daarvan een comfortbehandeling op te starten.

In normale omstandigheden wordt de wenselijkheid van een opname op intensieve zorgen geëvalueerd op basis van de redelijke overlevingskansen en de kans op verbetering van de toestand van de patiënt. Daarbij wordt nagedacht over de **proportionaliteit van de zorg**, die er op gericht is om de toegediende zorgen af te stemmen op het verwachte resultaat. Dit betekent dus dat we interventies moeten vermijden waarvan het therapeutische voordeel onvoldoende is ten aanzien van het lijden en de schade die ze berokkenen. De wetenschappelijke literatuur en de deskundigen bevelen aan om bij schaarste de normale beslissingsprocedures en de pertinente criteria met zeker evenveel of zelfs meer zorgvuldigheid toe te passen (Vincent & Creteur<sup>19</sup>). Als patiënten in normale omstandigheden geselecteerd worden op basis van hun gezondheidstoestand, zal in geval van schaarste een prioritering nodig zijn waarbij patiënten die normaal wel zouden worden opgenomen niet langer toegang tot bepaalde afdelingen wordt verleend. Het Comité acht het vanzelfsprekend dat de toepassing van bijkomende criteria, bovenop de criteria die in normale omstandigheden worden gebruikt en die specifiek gelden voor crisissituatie of een situatie van dreigende overbelasting, van geval tot geval overwogen moet worden. Daarnaast moeten eerst alle inspanningen om de beschikbaarheid aan intensieve zorgen te optimaliseren, ook door transfer naar andere instellingen, geleverd worden.

---

19 Vincent, J.-L., Creteur, J., « Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds », *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 2020, 0(0), p. 3

Hoewel een aantal geweigerde opnames op intensieve zorgen verklaard kan worden door de toepassing van de *best practices* (opnameprocedures en -criteria die van kracht zijn in normale situaties) en de bezorgdheid van de ziekenhuizen om capaciteit vrij te houden in buitengewone situaties, betekent dit niet dat er geen ernstige problemen waren met de opname van bewoners van woonzorgcentra in de ziekenhuizen en hun soms vroegtijdige ontslag. De gehoorde getuigen bevestigden dat bewoners die in normale omstandigheden in het ziekenhuis opgenomen zouden worden, nu geen toegang kregen of in geval van opname, vroegtijdig teruggestuurd werden naar het woonzorgcentrum. Hierdoor moesten de woonzorgcentra soms zelf instaan voor de verdere medische omkadering en patiëntveiligheid, hoewel ze daar niet altijd op voorbereid waren. Het eerste patiëntenrecht behelst het recht op kwaliteitsvolle zorg die beantwoordt aan de situatie en behoeften van de patiënt; als bepaalde bewoners die zorg niet hebben gekregen als gevolg van selectiebeslissingen, ook al werden deze selectiebeslissingen genomen vanuit de intentie om de toegang tot de ziekenhuizen maximaal te verzekeren door een overbelasting ervan te vermijden, dan stelt zich een ethisch probleem.

Berichtgeving over de verzadiging van ziekenhuizen in het buitenland en over een nakende verzadiging van ziekenhuizen in België, liet uitschijnen dat er moeilijke beslissingen in verband met de toegang van ouderen tot bepaalde ziekenhuisafdelingen zouden moeten getroffen worden. De sfeer van deze berichtgeving heeft beslissingen in zowel de woonzorgcentra als in de ziekenhuizen beïnvloed. Vaak werd er verwezen naar een “ramp” om iets te kwalificeren dat men correcter als een “crisis” kon omschrijven. Het verschil tussen de twee concepten is de mogelijkheid om te anticiperen, die er wel is bij een crisis (zeker gedeeltelijk en voor een aantal sectoren cf. advies nr. 48 van het Comité betreffende het Belgisch operationeel plan influenzapandemie<sup>20</sup>). Hoewel niet alles voorspelbaar was, was een betere voorbereiding op bepaalde vlakken mogelijk, meer bepaald inzake de beschikbaarheid (op institutioneel en landelijk niveau) van noodzakelijk materiaal om een pandemie de baas te kunnen (strategische voorraad persoonlijk beschermingsmateriaal (PBM), tests, het nodige materiaal en geneesmiddelen voor de verzorging). De verwarring tussen crisis en ramp werd op de spits gedreven door verzadigingen van afdelingen Intensieve zorgen die zich voordeden in het buitenland, terwijl dat dit zich in België nooit op nationale schaal heeft voorgedaan.

Dit betekent niet dat de vrees voor zulke situaties ongefundeerd zou zijn. Op sommige plaatsen werd men geconfronteerd met volledig bezette afdelingen intensieve zorgen. En toenmalige vooruitzichten lieten ook het ergste vrezen. Het betrof niet enkel de urgente zorg voor de COVID-patiënten, maar ook de mogelijkheden om een antwoord te bieden op urgente zorgvragen vanwege andere patiënten. Op sommige plaatsen leidde dit tot een

---

20 <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-48-plan-operationnel-belge-pandemie-influenza>

algemeen klimaat van paniek en grote verwarring, zowel in België als in het buitenland, wat de publieke verklaringen van bepaalde zorgverleners kan verklaren die stelden dat ziekenhuisopnames van bewoners uit de woonzorgcentra beter werden vermeden, uitspraken die de waarde van de **gelijke behandeling** in vraag stellen. Dit klimaat van angst heeft er zeker toe bijgedragen dat bij de aankomst van de MUG bewoners soms weigerden om naar het ziekenhuis te worden overgebracht.

Naast deze contextuele elementen zijn er ook structurele oorzaken voor de problematische toegang tot de ziekenhuizen : materiële, organisatorische en beroepsgerelateerde oorzaken en tenslotte oorzaken die verband houden met de communicatie tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen, ondanks het feit dat op veel plaatsen ziekenhuizen inspanningen hebben geleverd om de woonzorgcentra te ondersteunen. Door de crisis werd zorg voor de hele bevolking uitgesteld, zodat het gezondheidssysteem de patiënten kon behandelen die met COVID waren besmet. Dit neemt echter niet weg dat de situatie van de bewoners van de woonzorgcentra bijzonder dramatisch was, en dat essentiële zorg soms niet kon worden toegediend.

- *De vrees voor verzadiging van de ziekenhuizen heeft beslissingen over ziekenhuisopname beïnvloed. Bovendien heeft de crisis structurele tekortkomingen van het gezondheidssysteem blootgelegd die reeds frequent voorkwamen vóór het begin van de crisis: die structurele zwakheden hebben de conjuncturele problemen versterkt en zo een goede omgang met de crisis bemoeilijkt. Deze crisis moet ons vandaag doen nadenken over de fundamentele principes waarop onze gezondheidszorg is gebouwd, meer in het bijzonder wat betreft de ouderenzorg.*

### 3.1.2. De materiële oorzaken

Er werden vele en heel belangrijke materiële gebreken vastgesteld die soms zelfs gecumuleerd werden: gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en in het bijzonder mondkapen, gebrek aan geneesmiddelen en verzorgingsmateriaal zoals zuurstof (concentratoren), gebrek aan middelen voor comfortzorg en sedatie van de stervende patiënt, gebrek aan materiaal om tests te organiseren en dus de situatie beheersbaar te houden. Die materiële gebreken hebben zich bovendien niet alleen voorgedaan in de WZC, maar ook bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg.

Het ontbreken van dit onmisbaar materiaal om de situatie te kunnen beheren heeft ertoe geleid dat zorgverstrekkers en directies van sommige woonzorgcentra zich compleet verloren hebben gevoeld. Dit had tot gevolg dat in sommige woonzorgcentra in allerijl werd beslist om bewoners naar het ziekenhuis te sturen, wat door spoeddiensten soms als

onverantwoord werd beschouwd. Als gevolg hiervan beschouwde men het als gerechtvaardigd om deze patiënten te weigeren (MUG) of onmiddellijk terug te sturen.

Er zijn meerdere redenen voor het gebrek aan materiaal:

- Instellingen en de overheid waren niet op de crisis voorbereid (ontbreken van een strategische voorraad);
- Ziekenhuizen kregen prioriteit bij het leveren van het schaarse materiaal (PBM, tests, geneesmiddelen), waardoor de fabrikanten daar eerst gingen leveren en zelfs de bestellingen van de woonzorgcentra weigerden;
- De dubbele functie van woonzorgcentra, die naast een zorginstelling ook een woonplaats zijn, waardoor deze niet over voldoende verzorgingsmateriaal beschikten, vooral dan voor complexe zorg. Dat heeft ook aanleiding gegeven tot problemen in de toepassing van maatregelen zoals cohortering (d.i. het fysiek afscheiden van besmette personen enerzijds en niet-besmette personen anderzijds).
- Het gebrek aan bepaalde competenties (zie hieronder) wat kon leiden tot een onaangepast gebruik van materiaal of een onaangepast beheer van de sanitaire maatregelen.

Sommige woonzorgcentra hebben dat gebrek aangepakt door tegen hoge prijzen bestellingen te plaatsen, door in het begin van de crisis voorraden medisch materiaal aan te leggen, door over te schakelen op niet-medisch vervangmateriaal (aangekocht in doe-het-zelfzaken of sportwinkels) enz., maar ze hadden lang niet allemaal deze financiële middelen of deze vooruitziendheid.

Bovendien ontbraken concrete, stabiele en tijdige richtlijnen voor het gebruik van het weinige beschikbare materiaal (bv. gebruik van PBM), waren er onvoldoende artsen, verpleegkundigen en personeelsleden beschikbaar en was er bij gebrek aan tests geen duidelijke kijk op het aantal besmette personen. Hierdoor kan materiaal soms verkeerd gebruikt zijn.

- *Het gebrek aan materiaal en het feit dat er niet was geanticipeerd om het hoofd te bieden aan een crisissituatie leidden tot een bijzonder kritieke situatie tijdens de eerste golf.*

### 3.1.3. De organisatorische en beroepsgerelateerde oorzaken

In heel wat woonzorgcentra veroorzaakte de crisis een totale ontwrichting van de zorg, waardoor alle personeelscategorieën werden getroffen. Het institutioneel kader van de WZC



verschilt van dat van de ziekenhuizen. Dit heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg en de personeelsomkadering, zowel in aantal als in kwalificaties.

In het algemeen stelt men vast dat de wettelijke omkaderingsnormen als sterk onvoldoende worden beschouwd om de toenemende complexiteit van de zorg het hoofd te bieden.

Wat de artsen betreft stelt men vast dat op tal van plaatsen **huisartsen** stopten met het bezoeken van hun patiënten in de woonzorgcentra, enerzijds omdat zij vreesden voor besmetting van de bewoners en zichzelf, en anderzijds omdat hen soms de toegang tot WZC werd ontzegd, onder meer naar aanleiding van bepaalde externe richtlijnen (AFRAMECO). De richtlijn die routinebezoeken door huisartsen verbood werd niet altijd even goed begrepen en sommige woonzorgcentra interpreteerden dit als het volledig stopzetten van ieder bezoek door huisartsen, hoewel de richtlijn voorzag dat een bezoek door de huisarts op verzoek van de directie mogelijk bleef. Meerdere getuigen stellen zich vragen bij de rol van en het grote aantal huisartsen binnen eenzelfde instelling (gemiddeld 1 huisarts per drie bewoners). Hierbij stelt zich de vraag hoe het recht op de vrije keuze van huisarts verzoend kan worden met een doeltreffende institutionele organisatie die kwalitatieve zorg mogelijk maakt. Deze ethische vraag heeft niet de bedoeling een arts op te leggen aan de bewoners, maar is een pleidooi voor het zoeken naar een gulden middenweg tussen het individueel patiëntenrecht en een coherente organisatie van de medische zorg.

In bepaalde woonzorgcentra was er bovendien geen CRA aanwezig, hetzij omdat deze functie gezien de grootte of de kenmerken van de instelling van bij het begin niet voorzien was, hetzij omdat in sporadische gevallen de bestaande CRA's hun activiteiten beperkten uit zelfbescherming en/of uit angst om de bewoners te besmetten. In andere WZC's ging de CRA verder met zijn/haar activiteiten en werden die zelfs uitgebreid, iets wat leidde tot een dagelijkse bezoekronde. Het moet opgemerkt worden dat gedurende deze crisisperiode de rol van de CRA en de noodzaak om die te herbekijken duidelijk tot uiting kwam. Wij verwijzen de lezer naar het voorstel ter zake van het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven en Domus Medica<sup>21</sup>.

In deze algemene context van een verminderde medische aanwezigheid en soms zelfs van totale afwezigheid ervan, zagen niet-medische zorgverleners en personeelsleden zich genoodzaakt om zelf gezondheidsgerelateerde en in sommige gevallen zelfs medische beslissingen te nemen die hun competenties, zowel professioneel als bepaald bij wet, soms overstegen. Ook al hebben de telefonische contacten met ziekenhuisartsen en meer bepaald

---

21 Kool E, Cordemans K, De Lepeleire J. De Coördinerende en Raadgevende Arts in Woonzorgcentra – naar een nieuwe functieomschrijving binnen sterk interprofessioneel teamwerk Vanuit een samenwerking van Crataegus, Domus Medica en de KU Leuven, 1-51. Leuven/Antwerpen KU Leuven/Domus Medica; 2021

geriaters hen daarbij enigszins kunnen helpen, dan nog bleef de situatie van dat personeel uiterst moeilijk, temeer omdat algemeen erkend wordt dat hun opleidingsniveau onvoldoende is om aan dergelijke problematiek het hoofd te bieden (lacunes in de opleiding inzake hygiëne, bescherming en controle in geval van een epidemie, geriatrie, ...).

Er moet opgemerkt worden dat er samenwerkingsverbanden bestaan tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen (functionele samenwerkingsovereenkomsten). Die samenwerkingsovereenkomsten dekken soms heel diverse situaties en worden - aan beide zijden - nog vaak miskend (cf. punt 3.1.4).

Wat de andere **zorgverleners** betreft (verpleegkundigen en zorgkundigen, kinesitherapeuten, paramedici, ...), varieert hun aantal in functie van het statuut van het woonzorgcentrum (RVT-bedden, sector, enz.), maar was dit reeds structureel onvoldoende vóór de crisis. De combinatie van het bijkomende werk gelinkt aan de crisis, het absentieïsme door ziekte of quarantaine (of de angst om besmet te worden), de bijkomende verantwoordelijkheden die hun medisch niveau soms ver overschreden, heeft ervoor gezorgd dat zij niet altijd in staat zijn geweest om de situatie van de bewoners correct in te schatten of er een adequaat antwoord op te bieden. Het is hierdoor mogelijk dat de aanvragen voor opname in het ziekenhuis onterecht waren of omgekeerd niet gebeurden, hoewel ze noodzakelijk waren. Het is ook mogelijk dat de gezondheidstoestand van de bewoners verslechterde door de afwezigheid van personeel en materiaal, terwijl de situatie in het WZC in normale omstandigheden (buiten crisis) wel onder controle zou zijn geweest.

De andere personeelsleden (technici, keukenpersoneel, enz...) werden ook getroffen door gelijkaardige problemen hoewel zij minder betrokken waren bij de beslissingen inzake ziekenhuisopname.

Wat de **directie van de woonzorgcentra** betreft, varieert de structurele context ook van het ene woonzorgcentrum tot het andere (aanwezigheid/afwezigheid van een hoofdverpleegkundige, personen behorend tot verschillende beroepscategorieën die eerder verzorgend of eerder managementgericht zijn). Dat geldt bijvoorbeeld voor de stijl van leidinggeven. In sommige WZC was er een structurele en nauwe samenwerking tussen directie en CRA, terwijl deze elders compleet afwezig was. De aansturing of managementstijl is ook sterk afhankelijk van de grootte van het woonzorgcentrum, en over het algemeen beter georganiseerd in woonzorgcentra die deel uitmaken van een groep en die zo schaalvoordelen hebben. Deze directies beschikten over minder of meer manoeuvreerruimtes, met name op financieel vlak, en werden geconfronteerd met een aanzienlijke administratieve belasting (de elkaar opvolgende richtlijnen vertalen naar de werkvloer, periodieke rapportering inzake de opvolging van de epidemie, etc.). Zij werden

soms betrokken bij de beslissingen tot het al dan niet aanvragen van een ziekenhuisopname voor een bewoner, met name wanneer er geen arts beschikbaar was. De opleiding tot directeur van een woonzorgcentrum wordt ook als ruim onvoldoende bestempeld inzake hygiëne, crisisbeheer, ouderenzorg, klinische ethiek.

- *Problemen in verband met de medische aanwezigheid in de woonzorgcentra gedurende de eerste golf hebben belangrijke ethische vragen doen rijzen. Dat heeft mede de aandacht gevestigd op de rol van de coördinerende en raadgevende arts (CRA) en ook de vraag naar het aantal huisartsen in woonzorgcentra opnieuw aan de orde gesteld.*

*Naast het structurele personeelstekort, wordt de opleiding net als de opleiding van de directie van het woonzorgcentrum als ruim onvoldoende bestempeld, meer bepaald inzake hygiëne, crisisbeheer, kennis van ouderenzorg en klinische ethiek.*

### 3.1.4. Gebrek aan communicatie en wederzijds begrip

Samenwerkingsovereenkomsten tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra voorzien in halfjaarlijks overleg, het delen van informatie en de mogelijkheid om vragen te stellen, een vereenvoudigde ziekenhuisopname indien nodig; het ziekenhuis kan ook medisch materiaal leveren met inbegrip van zuurstof, raad geven op medisch en hygiënisch vlak, ondersteuning door verplegend personeel en psychologen bieden. Deze overeenkomsten werden echter niet altijd concreet uitgewerkt vóór de crisis, waardoor de controle en verantwoordelijkheid van de verschillende overheden ook in vraag kan worden gesteld. Het is niet zeker dat de samenwerking tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen volledig verzekerd en doeltreffend is, of het nu op het vlak is van het opname- en ontslagbeleid, ethiek in de zorg (zoals de samenwerking met de commissie voor medische ethiek van het ziekenhuis...) of gezondheidsmaatregelen. Bovendien bleken de noden van de woonzorgcentra gedurende de crisis snel groter te zijn dan de capaciteit van de ziekenhuizen die zelf ook geconfronteerd werden met hun eigen problemen.

Absoluut noodzakelijk bij het beheer van de crisis, en een imperatief die trouwens ongewijzigd is gebleven, was het voorkomen dat de ziekenhuizen overbelast raakten. Alle maatregelen worden min of meer in naam van deze doelstelling gerechtvaardigd. Bijgevolg heeft het perspectief van een mogelijke verzadiging, hier en daar in meer of mindere mate, een angst gegenereerd die heel ingrijpend (*self fulfilling prophecy*) was. Dit heeft nefaste gevolgen gehad.

Deze angst kwam naar voor in de getuigenissen waaruit bleek dat er in het begin van de crisis min of meer expliciete boodschappen waren, afkomstig uit het ziekenhuismilieu - maar ook in de media - die de woonzorgcentra voorhielden dat het tot niets diende om

ernstig zieke bewoners naar de spoedafdeling te brengen omdat ze er niet de allerbeste verzorging zouden krijgen en hen naar het ziekenhuis overbrengen dus een nutteloze en pijnlijke operatie zou zijn.

Sommige beroepsverenigingen en commissies voor medische ethiek van ziekenhuizen hebben protocollen uitgewerkt om te helpen bij het beheer van het ziekenhuis en de intensieve zorgen. Zij boden een hulpmiddel bij het nemen van beslissingen, gebaseerd op specifieke criteria voor opname, zoals de klinische kwetsbaarheidsschaal (*Clinical Frailty Scale*). Een formalistische lezing van die protocollen heeft bepaalde woonzorgcentra ontmoedigd om een aantal van hun zieke bewoners in het ziekenhuis te laten opnemen. Dat formalisme primeerde soms op de onmisbare beraadslaging die normaliter een besluitvormingsproces kenmerkt. De auteurs van die protocollen hebben sindsdien al uitgelegd dat deze soms te beperkend werden geïnterpreteerd - zowel door de ziekenhuizen als de woonzorgcentra -, waarbij er werd geanticipeerd op het risico op overbelasting van de diensten intensieve zorgen en andere ziekenhuisafdelingen.

Tot slot kunnen we een aantal ongunstige factoren identificeren in zowel de ziekenhuizen als de WZC's en wijzen op het problematische gebrek aan communicatie tussen beide dat aan de basis lag van de problemen bij de ziekenhuisopname van WZC-bewoners. De communicatie werd in de eerste plaats verhinderd door de soms heel beperkte aanwezigheid van artsen in de woonzorgcentra. De woonzorgcentra waren soms niet op de hoogte van de specifieke eisen van de spoeddiensten. De ziekenhuizen op hun beurt waren vaak niet op de hoogte van de problemen met de zorg in de woonzorgcentra. Volgens sommigen verklaart dat wederzijdse onbegrip dat bewoners naar ziekenhuizen werden gestuurd op basis van indicaties die door de spoeddiensten of de intensieve zorgen als medisch onvoldoende of niet adequaat werden beschouwd waardoor ze vreesden onnodig verder belast te worden, ook al zouden deze bewoners beter verzorgd zijn geweest in het ziekenhuis dan in de woonzorgcentra die kampten met onvoldoende materiaal en personeel. Zelfs als het klinisch beeld volgens het ziekenhuispersoneel geen opname rechtvaardigde, was dat personeel meestal niet op de hoogte van de moeilijkheid om die ouderen in het woonzorgcentrum de nodige zorg te geven.

Een voorbeeld is de capaciteit om zuurstof toe te dienen. Natuurlijk bestaat deze zowel in de ziekenhuizen als in de WZC's. Het beschikbare debiet ligt evenwel lager in de woonzorgcentra en was niet altijd voldoende om de noden te dekken van de patiënten die aan COVID-19 leden. Bovendien was daarbij een zuurstofconcentrator per persoon nodig en dat materiaal bleek al snel uitgeput. Er kunnen gelijkaardige voorbeelden beschreven worden in de verschillende fasen van de behandeling van de symptomen en de preventie van de overdracht van het virus tussen bewoners.

Ook al bleek uit heel wat getuigenissen hoe goed de relaties tussen woonzorgcentra en ziekenhuisartsen - in het bijzonder de geriateren waren, dit neemt niet weg dat bepaalde getuigen vermeldden dat hun vraag om hulp niet werd gehoord als gevolg van een hoge belasting in het ziekenhuis op dat ogenblik. Als er voorafgaand aan iedere ziekenhuisopname of -ontslag van een WZC-bewoner een dialoog zou zijn gevoerd, dan zou dat allicht tot een beter begrip hebben geleid van de mogelijkheden van zowel het ziekenhuis als het WZC en van de noden van de bewoner. Dergelijk overleg werd echter dikwijls gehypothetheerd door de crisissituatie waar beide onder leden (met gelukkige uitzonderingen).

Er moet worden opgemerkt dat er ook een gebrek was aan communicatie met de bewoners en hun familieleden over voor- en nadelen van een ziekenhuisopname. Meer overleg en transparantie over de beslissingscriteria betreffende de ziekenhuisopname en -ontslag ware hier wenselijk.

Een van de voornaamste aanbevelingen zou dus moeten gaan over het bevorderen van de wederzijdse kennis en begrip van de context en de werksituatie in beide structuren, meer bepaald door het verzekeren van een goede coördinatie en communicatie tussen ziekenhuis en WZC. Zo kan het principe van de samenwerkingsovereenkomst tussen ziekenhuis en woonzorgcentrum worden verstevigd, een principe dat al goed uitgewerkt werd op bepaalde plaatsen maar niet overal. Daar waar die overeenkomst bestond en concreet uitgewerkt was, was het beheer van de crisis duidelijk heel wat minder problematisch. Deze samenwerkingsovereenkomst moet de volgende zaken mogelijk maken:

- een grotere synergie tussen de verschillende personeelscategorieën van de woonzorgcentra (artsen, directie, verpleegkundigen, ...) en de ziekenhuisartsen, vooral de geriateren waarbij de woonzorgcentra duidelijk vragende partij zijn voor een betere samenwerking;
  - uitgebreidere mogelijkheden tot permanente vorming van het personeel van de woonzorgcentra meer bepaald inzake hygiëne en preventie en controle van epidemieën;
  - ondersteuning inzake personeel en materiaal (bij kritiek tekort) ;
  - begeleiding bij de ethische reflectie op de werkvloer.
- *Er was een gebrek aan coördinatie, communicatie en wederzijds begrip tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen evenals een gebrek aan communicatie naar de bewoners en hun naasten toe.*

## 3.2. Gebrek aan aandacht voor autonomie

De tweede ethische dimensie van de problematiek van ziekenhuisopname van WZC-bewoners betreft hun autonomie: de autonomie van ouderen wordt niet altijd voldoende erkend in gewone tijden en komt nog meer in het gedrang bij een pandemie.

Dat is een van de belangrijke factoren die hebben gewogen op de beslissingen inzake hospitalisatie. De vroegtijdige zorgplanning lijkt niet overal in de praktijk ter harte te worden genomen, en zelfs te ontbreken in sommige delen van het Franstalig landsgedeelte. Het is belangrijk om hier te vermelden dat sommige mensen net in een woonzorgcentrum verblijven omdat zij aan cognitieve stoornissen tot en met dementie lijden, wat een weerslag heeft op hun autonomie in het dagelijkse leven. Zo werden er beslissingen over het al dan niet opnemen in een ziekenhuis genomen die misschien anders zouden zijn uitgevallen als men de laatst geuite wil van de bewoners had gekend. Bij de opname van de nieuwe bewoners in een woonzorgcentrum is het dan ook van wezenlijk belang dat er een vroegtijdige zorgplanning wordt opgemaakt door de bewoner zelf of samen met de door hem/haar aangewezen vertegenwoordiger of zijn/haar bewindvoerder over de persoon. Dat zou de discussies vergemakkelijken in crisistijden zoals gedurende de COVID-19-pandemie alsook in normale omstandigheden.

Het probleem van het gebrek aan respect voor de autonomie is ook gebleken uit de moeilijkheid of zelfs onmogelijkheid voor bewoners van WZC's om in contact te komen met hun huisarts. Vaak konden deze artsen hen niet meer bezoeken als gevolg van de getroffen veiligheidsmaatregelen of mogelijke problemen op organisatorisch vlak. Deze problemen hadden moeten worden aangepakt door een betere communicatie tussen de zorgverleners en niet door de bewoners hun referentiepersoon te ontzeggen. Door er iemand bij te betrekken die de bewoner goed kent, had de medische omkadering aan coherentie kunnen winnen zonder diens autonomie in het gedrang te brengen.

Het probleem van de autonomie moet breder bekeken worden dan enkel de wil van de bewoner. Elke bewoner maakt deel uit van een familie waarvan men ook de wensen dient te kennen en te respecteren. Dit is des te meer het geval wanneer de bewoner in kwestie niet meer in staat is zijn/haar wil tot uitdrukking te brengen.

Dat gebrek aan autonomie vormt een negatief punt dat vaak wordt aangehaald. Als antwoord op dat probleem is er vandaag toenemende aandacht voor participatieve ervaringen zoals het Zweedse « *Tubbe* »-model<sup>22</sup>, een beheermodel voor woonzorgcentra

---

22 Het *Tubbe*-model is een organisatie- en beheersmodel afkomstig van Zweden dat succesvol gebruikt wordt in verschillende woonzorgcentra. *Tubbe* is gestoeld op de filosofie die een doorslaggevende plaats toekent aan de autonomie, de communicatie en de besluitvorming met alle

waarbij de bewoners bij de genomen beslissingen centraal staan, zowel individueel als collectief. Dat model wordt al toegepast in meerdere Belgische woonzorgcentra. Het Comité beveelt ook aan de verdediging van de rechten van de bewoners systematisch en structureel te verankeren in de instellingen. Hierbij wordt gedacht aan één persoon per instelling die officieel belast wordt met deze taak, om situaties of attitudes te vermijden die indruisen tegen de beroepsdeontologie. Het is in die geest dat een onafhankelijke ombudsfunctie 'patiëntenrechten' zou kunnen worden verplicht, zoals dit reeds voor de ziekenhuizen en psychiatrische centra het geval is. Deze bemiddelingsfunctie heeft als taak klachten te ontvangen en te behandelen en heeft ook een rol te spelen in het sensibiliseren van zowel de bewoners als het personeel op het vlak van patiëntenrechten.

In bepaalde situaties waarin verzadiging werd bereikt, - maar er is aangetoond dat alleen al de *angst voor* overbelasting ook op de beslissingen heeft gewogen - zou de zoektocht naar een **evenwicht tussen het individuele** (het recht van eenieder op de noodzakelijke zorgen) en **het collectieve** (de beperkte middelen en de noodzaak om ze zo goed mogelijk te verdelen over de gemeenschap) het respect voor de autonomie bemoeilijkt hebben. Dat dilemma heeft zich gesteld in woonzorgcentra, waar door beslissingen om bewoners niet in het ziekenhuis op te nemen, bewoners niet altijd correct verzorgd konden worden, door gebrek aan materiaal en personeel. Dit en andere punten zullen besproken worden in een tweede advies waarin zal worden gefocust op de continuïteit van de zorg in de woonzorgcentra.

- *In elk geval stellen moeilijke omstandigheden niet enkel de problematiek van het respecteren van de autonomie scherper, maar ook de vraag naar hulpmiddelen die nodig zijn om de autonomie te activeren als het erom gaat beslissingen te nemen met respect voor de persoon.*

### 3.3. De plaats van de woonzorgcentra in het zorglandschap

Er werd aangetoond dat de ethische problemen die aan het licht kwamen in de relatie tussen de WZC's en de ziekenhuizen - ongelijke behandeling en gebrek aan ondersteuning van de autonomie van de bewoners - gerelateerd zijn aan verschillen in structuur en besluitvorming, die onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Dit biedt de gelegenheid om stil te staan bij de typische kenmerken van respectievelijk woonzorgcentra en ziekenhuizen en de noodzakelijke relaties tussen beide.

---

betrokken partijen -bewoners en personeel. Meer informatie over het *Tubbe*-model op [www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2018/20180626avc](http://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2018/20180626avc).

Het personeel van de woonzorgcentra benadrukte voortdurend dat een woonzorgcentrum in de eerste plaats een woonplek is en dat men bij de zorg meer belang hecht aan het "care"-perspectief (d.i. aandacht voor de ander, bezorgdheid, "zorg dragen voor") dan aan het meer technische en biomedische "cure"-perspectief. Beide dimensies zijn zeker aanwezig in zowel woonzorgcentra als ziekenhuizen, zij het in andere verhoudingen. De laatste decennia heeft de evolutie van de ziekenhuisactiviteit – de toegenomen rol van de technologie, de stijgende administratieve belasting, de beperking van de verblijfsduur –de tijd die nog kan besteed worden aan de verzorgende aanwezigheid aan het bed van de patiënt sterk beperkt. De "care" heeft er terrein verloren en dat dikwijls tot grote spijt van het zorgpersoneel zelf. In de woonzorgcentra moet er door de veroudering van de bewoners substantieel meer medische ondersteuning voorzien worden. Daardoor groeit de vrees - hoewel ongetwijfeld niet overal - dat men terecht zal komen in een gemedicaliseerde omgeving ten koste van de specifieke aandacht voor de broosheid van de bewoners en voor wat zin geeft aan hun leven. Er werd vaak geopperd dat het onwenselijk is dat geneeskunde zoals zij in het ziekenhuis bedreven wordt (bijvoorbeeld op de spoeddienst en op intensieve zorgen) de woonzorgcentra zou gaan domineren. Deze zorg moet gehoord worden, omdat deze bezorgdheid om kwetsbare mensen te beschermen een ethische keuze voor autonomie, meer bepaald de bewoners het woord geven en de mogelijkheid om te beslissen, impliceert. Waar de bezorgdheid voor de medemens afwezig lijkt te zijn, moeten we ons vragen stellen over de oorzaken daarvan: tekort aan personeel, personeel dat onder druk staat, personeel dat zelf wordt uitgesloten van de beslissingskanalen, informaticatoepassingen die vaak weinig aangepast zijn aan de zorgkundigen en tijdrovend zijn... en misschien nog belangrijker het gebrek aan omkadering maar ook aan relationele vaardigheden om daarover het gesprek aan te gaan met ouderen, vaardigheden die niet steeds naar hun reële waarde worden geschat.

Dit gebrek aan vertrouwen van sommige woonzorgcentra in ziekenhuizen en omgekeerd, vergemakkelijkt hun onderlinge relatie zeker niet en evenmin een objectief onderzoek naar de meest geschikte medische aanpak en *a fortiori* de zoektocht naar een mechanisme dat het hoofd kan bieden aan de epidemie. Hoe kunnen we de geneeskunde in de woonzorgcentra een plaats geven zonder dat zij alles inpalmt? Hoe kunnen we de logica van de 'care' laten primeren? Het uitwerken van een functionele samenwerking tussen WZC en ziekenhuis kan bijdragen tot meer aandacht voor wat werkelijk van belang is voor een woonomgeving en zijn bewoners. Dit alles op voorwaarde dat er wordt geprobeerd om de standpunten van de respectievelijke zorgteams, van het management van de ziekenhuizen en de woonzorgcentra enigszins gelijkwaardig te stellen en dat het perspectief van de patiënten/bewoners en desgevallend hun naasten centraal staat.



Dat zou ook moeten leiden tot een minder paternalistische houding ten opzichte van ouderen hetzij als bewoners van een WZC, hetzij als ziekenhuispatiënten, door hen meer zeggenschap te geven over hun leven en hun levensende. Dat aspect zou een grotere plaats moeten innemen bij de permanente vorming van het personeel van zowel de ziekenhuizen als de woonzorgcentra.

Als de stem van de woonzorgcentra ernstig zou worden genomen, zouden zij aan legitimiteit winnen, iets wat de zorgverleners en de mensen waar ze voor zorgen tot hiertoe niet altijd kregen. Een betere waardering van het personeel is dan ook nodig op het vlak van opleiding, vergoeding, omkaderingsnormen (die nu manifest onvoldoende zijn), arbeidsvoorwaarden, en door de appreciatie voor hun werk. Het personeel van de woonzorgcentra en hun bewoners streven tenslotte eenzelfde doel na.

Door structurele samenwerking kunnen de relaties tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen permanent verder worden uitgebouwd op basis van collectief bepaalde projecten, zonder dat die ondergeschikt moeten zijn aan ziekenhuisnormen die als dominant en onaantastbaar worden beschouwd. Het wederzijdse begrip dat op die manier tot stand komt, kan, enkel de interne besluitvorming van zowel ziekenhuis als woonzorgcentrum bevorderen, en meer bepaald die in verband met de opname in en het ontslag uit het ziekenhuis van WZC-bewoners. Welk soort leven willen de ouderen en bijgevolg welk soort geneeskunde? Door die vraag ernstig te nemen, wordt de ouderen en de mensen die hen begeleiden een centrale plaats gegeven, wat trouwens niet enkel het leven in de WZC aanbelangt. Wat in het bijzonder de WZC's betreft, zou het besteden van extra aandacht aan de inbreng van de bewoners en hen effectief inspraak geven in de organisatie van het WZC en in de relatie van het WZC met het ziekenhuis, zeker bijdragen tot meer participatie. Een coördinatie van deze interinstitutionele relaties, vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst, zou kunnen voorzien in een permanente consistente vorming van de diverse personeelscategorieën (ook voor de directies van de woonzorgcentra). Een consistent vormingsbeleid kan de basis vormen van een meer coherent personeelsbeleid dat bijvoorbeeld een uitwisseling van competenties organiseert en zorgt voor een wederzijds begrip op de werkvloer.

Zoals hierboven gesteld, hebben de kwantitatieve en kwalitatieve omkaderingsnormen en het personeelsmanagement een impact op het welzijn van het personeel. Een gebrek aan aangepaste ondersteuning leidt onvermijdelijk tot frustratie, morele stress en uitputting. Wij verwijzen hierbij naar de wetenschappelijke literatuur<sup>23</sup> die aantoonde dat morele stress en uiteindelijk burn-out het resultaat zijn van een proces. In dat cognitief-emotionele proces komen zorgverleners tot de conclusie dat zij de zorgen die zij willen geven niet kunnen

---

23

[http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/NF\\_01\\_2016/van\\_morele\\_stress\\_naar\\_morele\\_veerkracht.pdf](http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/NF_01_2016/van_morele_stress_naar_morele_veerkracht.pdf)

verlenen doordat er een tekort is aan collega's of competenties. Binnen het gezondheidszorgsysteem is in het bijzonder het personeel aan wie ouderenzorg is toevertrouwd, getroffen worden door dit ethisch lijden.

### 3.4. De plaats van kwetsbare ouderen in de samenleving

De dramatische situatie waarin zowel de bewoners als het personeel terechtgekomen zijn in de coronacrisis heeft onderliggende structurele gebreken blootgelegd die al lang bestaan en al lang werden aangeklaagd: onvoldoende personeel, ontoereikende opleiding (met inbegrip van de ethische aspecten en de gedeelde besluitvorming), ontbreken van een specifiek crisisplan voor de sector van de woonzorgcentra, onderfinanciering, enz.

Het hardnekkig aanhouden van deze gebreken doet vragen rijzen over de plaats van de ouderen, in het bijzonder de hulpbehoevenden, in onze maatschappij en over hun zichtbaarheid. Is de zorg voor dergelijke personen een last die moet gedragen/verdragen worden door de rest van de maatschappij, of gaat het om een collectief project waarin deze mensen als volwaardige leden van de maatschappij worden opgenomen? Zijn deze mensen, eens zij in een woonzorgcentrum verblijven, nog zichtbaar en hebben ze nog een stem? Zijn we nog geïnteresseerd in hun ervaringen en toekomst, of gaat het om "een geregeld probleem" mits een minimale financiering? Zijn zij voor ons even belangrijk als de gemiddelde burger, of zijn het tweederangsburgers of "personen met speciale rechten"?<sup>24</sup> Is de gezondheid van deze mensen een kostenpost of gaat het om een waarde?

In haar beschouwing van zorgethiek omschrijft Joan Tronto<sup>25</sup> *care* als **zich zorgen maken om de anderen en inspelen op hun noden**, als een activiteit die essentieel deel uitmaakt van het leven. Maar zij wijst ook op de versnippering van de *care* in onze hedendaagse maatschappij. Bepaalde dimensies van zorg (*care*) worden volgens Tronto sterker gewaardeerd dan andere. Sterk gewaardeerde dimensies zijn *taking care of* en *caring about*, het opnemen van de zorg op beleidsniveau of het beheer van het gezondheidszorgsysteem of van de zorginstellingen, de organisatie van maatschappelijke hulp of nog de hoogtechnologische medische zorgverstrekking. Minder waardering is er voor activiteiten die erin bestaan om concreet iemand toegewijd te verzorgen en zich bij het rechtstreekse contact met de ontvanger van de zorg ervan te vergewissen of de zorg die men verstrekt toereikend is. Deze activiteiten worden meestal gescheiden van de hogerop genoemde vormen van *care* en toevertrouwd aan andere actoren die minder zichtbaar en soms gemarginaliseerd zijn. Volgens haar wordt een heel deel van de zorg (*care*) meestal

---

24 Faba, A.-L. (2020). Worden de bejaarden beschouwd als "personen met speciale rechten" in de context van de gezondheidscrisis? Anne-Laure FABA *nous explique* (Partie 1/3). <https://managersante.com/>

25 Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Parijs, Ed. La Découverte.

beschreven en bestudeerd als ging het slechts om bezorgdheden van weinig belang. Vanuit dat perspectief, dat overvloedig gedocumenteerd en geanalyseerd wordt door de sociale wetenschappen, kan men de asymmetrie begrijpen die heerst tussen enerzijds diegenen die politiek verantwoordelijk zijn voor het regelen/organiseren van de zorg (*taking care of* en *caring about*) en anderzijds diegenen die moeten instaan voor de alledaagse zorg en ook diegenen die deze zorg krijgen. Miskend omdat zij zorgbehoevend zijn en dus bijgevolg een min of meer belangrijk deel van hun autonomie hebben verloren, worden de ontvangers van zorg eerst en vooral beschouwd als zorgobjecten, afhankelijk en kwetsbaar, soms ten koste van wie zij zijn als persoon. De versnippering van de zorg (*care*) leidt ertoe dat deze mensen als een kostenpost worden beschouwd, waardoor zij er bijgevolg minder toe doen. De zorgverleners delen in de klappen. En die zienswijze draagt ertoe bij dat de ontvangers en de verstrekkers van de zorg (*care*) niet voldoende betrokken worden bij het beslissingsproces.

De analyses voorgesteld door de zorgethiek werpen een bijzonder licht op de situatie van de oudere, afhankelijke mensen in onze maatschappij. Corine Pelluchon<sup>26</sup> stelt dat “oud zijn” het moment is waarop de persoon het gevoel heeft dat hij/zij afgezonderd wordt van de maatschappij, zich minderwaardig voelt door de blik van de ander, het gevoel heeft volkomen nutteloos te zijn en voor niemand nog te tellen. In een maatschappij waar de persoonlijke waarde wordt bepaald door het rendement, worden fragiele ouderen voorwerp van zorg<sup>27</sup>. Maar voor deze oudere mensen die aan autonomie verliezen wegens fysieke, cognitieve en/of sociale redenen, bestaat de echte levenskwaliteit niet enkel uit het feit dat zij verder kunnen leven en voldoende lichaamsverzorging krijgen, maar ook dat zij een leven kunnen leiden dat zinvol is in overeenstemming met hun eigen normen en dat zij zo het gevoel hebben nog hun steentje te kunnen bijdragen aan de wereld. Vanuit dat perspectief bestaat de **toewijding** erin dat er voorwaarden gecreëerd worden voor een "authentiek wederkerige relatie". Er moet komaf gemaakt worden met de visie die van de afhankelijkheid (en de zorg waarop zij aanspraak maakt) een maatschappelijke last en een kost voor de gemeenschap maakt. Dat kan door te erkennen dat kwetsbaarheid algemeen voorkomt en dat *care* in al haar aspecten essentieel is voor ieder van ons, zelfs al variëren onze noden gedurende onze levensloop. Een nieuwe kijk op de verschillende aspecten van de zorg — binnen elke structuur van het gezondheidszorgsysteem en in hun onderlinge relaties - is evenzeer nodig. Het is een verantwoordelijkheid die zich situeert zowel bij personen, instellingen als maatschappij.

---

26 Pelluchon, C (2020). Réparons le monde. Humains, animaux, natures. Rivages Poche.

27 Voor meer informatie en literatuur over strategieën en aanbevelingen om het *ageism* te verminderen, zie het verslag van de WGO : : World Health Organisation. (2021). *Global Report on Ageism*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Deze crisis heeft de vraag naar de plaats van de ouderen in de samenleving nog acuter gemaakt. Deze vraag verdient grotere en blijvende aandacht van de overheid en de samenleving.

## 4. Aanbevelingen

De reflectie naar aanleiding van het horen van een aantal sleutelfiguren op het terrein leidde tot de volgende aanbevelingen. Met de uitvoering ervan moet niet gewacht worden tot een volgende crisis.

De crisis die we tijdens de eerste golf hebben doorgemaakt, heeft de limieten van onze onvoldoende geïntegreerde gezondheidszorg voor ouderen blootgelegd. Dit biedt opportuniteiten om de aandacht voor de kwetsbaarheid van ouderen in de zorg structureel te vergroten. Er moet een organisatiestructuur uit voortvloeien die betekenis geeft aan de respectieve praktijken van de verschillende componenten en hun onderlinge relaties: tussen ziekenhuizen, eerste lijn en WZC.

Bovendien heeft de veelheid aan beslissingsorganen, een gegeven dat verband houdt met de federale structuur van het land alsook met het grote aantal institutionele actoren in de gezondheidssector, het crisisbeheer bijzonder ingewikkeld gemaakt. Het Comité beveelt dan ook aan om in het crisisplan duidelijk de bevoegde centrale overheid aan te duiden, de beslissingsketen en de overlegmodaliteiten tussen de verschillende besluitvormingsniveaus vast te leggen en een betere gecentraliseerde statistische gegevensverwerking te verzekeren.

### 4.1. Respect voor de autonomie van ouderen

#### **1. Er moet verder ingezet worden op het ontwikkelen en uitrollen van vroegtijdige zorgplanning.**

Vroegtijdige zorgplanning moet systematisch in een pluriprofessioneel kader worden uitgewerkt, de bevolking moet daartoe gesensibiliseerd worden en personeelsleden in de woonzorgcentra moeten daartoe opgeleid worden. De afspraken die daarover gemaakt worden, dienen opgenomen te worden in het (gedigitaliseerd) dossier van de bewoner/patiënt en in transferdocumenten.

## **2. De rechten van burgers en patiënten moeten in alle omstandigheden worden geëerbiedigd.**

De controle op het naleven van normen en rechten (meer bepaald de mensenrechten) kan niet opgeschort worden in crisistijd, want dat is een ogenblik waarop men gemakkelijker geneigd is deze met voeten te treden. Het is bovendien nodig om een bemiddelingsfunctie met betrekking tot de rechten van de patiënt in te stellen in de woonzorgcentra en de werking van bewonersraden aan te moedigen.

Bewoners, hun mantelzorgers en de personeelsleden van alle categorieën (verzorgend en ander personeel) moeten betrokken worden bij de beslissingen. Zij zouden samen moeten kunnen bekijken hoe de moeilijkheden waarmee zij het meest worden geconfronteerd kunnen opgelost worden. Er bestaan al participatieve bestuursmodellen (“gestion participative”) en er moet worden over gewaakt dat de coronacrisis die goede gewoonte van overleg en gedeelde besluitvorming niet inperkt. Aangezien iedere burger moet beschikken over dezelfde rechten, moeten deze personen vertegenwoordigd zijn in het besluitvormingsproces binnen maar ook buiten het woonzorgcentrum.

## **3. Er moet een kader komen voor ethische besluitvorming.**

Waar nodig verdient het aanbeveling dat de professionelen worden bijgestaan in de ethische besluitvorming. Er bestaan al instrumenten<sup>28</sup> om hen hierbij te begeleiden. Een ethische cel zou een uitstekende hulp zijn als zij zou kunnen opgezet worden in elke instelling afzonderlijk, of voor meerdere instellingen tegelijk op basis van een samenwerkingsovereenkomst.

## **4.2. Waardering van zorgberoepen**

### **4. De rol van de CRA moet op een aantal punten herbekeken worden.**

De rustoorden voor bejaarden (ROB) beschikken niet over een CRA. Het is noodzakelijk dat deze functie in alle woonzorgcentra wordt ingevoerd. De rol van CRA moet voldoende aantrekkelijk worden gemaakt.

### **5. De toegang van bewoners van woonzorgcentra tot hun huisarts moet verzekerd zijn.**

Het beperken of verbieden van de toegang van huisartsen tot de WZC's tijdens de COVID-crisis had een negatieve weerslag op de zorg voor de bewoners. De arts heeft

---

28 Zie bijvoorbeeld en niet uitsluitend de instrumenten voorgesteld op <https://ressort.hers.be/pole-ethique/boite-a-outils-de-l-ethique.html> of <http://www.palliatief.be/ethieklevenseinde>

de deontologische en wettelijke plicht om in alle omstandigheden de continuïteit van de zorg te waarborgen<sup>29</sup>.

Anderszijds blijkt het groot aantal bezoekende huisartsen uitdagingen te stellen aan de efficiënte organisatie van veilige zorg. Het is daarom aanbevolen dat woonzorgcentra exploreren of ze het groot aantal bezoekende huisartsen kunnen reduceren zonder hierbij fundamenteel afbreuk te doen aan het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar.

## **6. Er moet een interprofessioneel team in de woonzorgcentra worden samengesteld.**

Er moet een team worden samengesteld waartoe de coördinerend en raadgevend arts (CRA) behoort, dat in staat is een coherent beleid te voeren in samenwerking met de huisarts en met inachtneming van de rechten van de bewoner (zoals de vrije keuze van zorgverlener). Uit ervaringen op het terrein kan in zo'n team ook de bijdrage van een geriater, psychiater, neuroloog, tandarts, psycholoog, apotheker en een vertegenwoordiger uit een palliatief team nuttig zijn. De aanwezigheid van een psychiater en/of psycholoog maakt het in het bijzonder ook mogelijk om personeelsleden bij te staan met raad op vlak van goede praktijken in de geestelijke gezondheidszorg en mee in te staan voor hun vorming ter zake<sup>3031</sup>.

## **7. De zorgberoepen moeten geherwaardeerd worden.**

De zorgverleners hebben zich bewonderenswaardig gedragen gedurende de crisis. Vaak zonder materiaal, met een overweldigende werklast als gevolg van de gereduceerde staf en de afwezigheid van mantelzorgers, geconfronteerd met een ziekte die ze helemaal niet kenden, hebben ze stand gehouden terwijl hun machteloosheid hen grote morele stress bezorgde.

Een prioritaire aanbeveling bestaat erin deze beroepen sterker te waarderen. Deze opwaardering kan gebeuren door het herbekijken van de normen, salarissen en arbeidsvoorwaarden, door een initiële en permanente vorming gericht op expertise, maar ook door een betere waardering binnen het gezondheidssysteem en de maatschappij, want daar is groot gebrek aan. De omkaderingsnormen worden als manifest onvoldoende ervaren in alle structuren, zowel de openbare, de private non-profitsector, als de commerciële sector. Het is hoog tijd dat de overheid en de

---

29 <https://ordomedic.be/nl/adviezen/ziektebeelden/ziekten-overdraagbare/covid-19-richtlijnen-betreffende-de-behandelingsplicht>; <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/plichten-van-de-arts-algemeen/behandelingsplicht>

30 M. Hagger, Dementia and Dialogue. Acute hospitals and Liaison Psychiatry, in: S. Evans, J. Garner, R. Darnley-Smith (Eds.), Psychodynamic approaches to the experience of dementia, Routledge, New York, 2020, p. 70-80.

31 Zie bijvoorbeeld « la réforme 107 pour aînés- SPAD-Réso-Aînés »

maatschappij dit probleem erkennen en er een mouw aan passen. Wij pleiten voor ruim en dringend overleg met de verantwoordelijke overheden, de vakbonden en de beroepsorganisaties, omkaderd door deskundigen uit de academische wereld. Wat de arbeidsomstandigheden en de verloning betreft moeten stabiele arbeidsplaatsen in de woonzorgcentra worden aangemoedigd evenals de mogelijkheid om tot volledige uurroosters te komen, iets wat soms moeilijk te bereiken blijkt voor bepaalde personeelsleden uit de woonzorgcentra, en dan vooral voor de zorgkundigen.

#### **8. Het personeel in woonzorgcentra moet beter opgeleid worden.**

Het Comité beveelt aan om het personeel (zorg- en niet-zorgpersoneel) beter op te leiden, meer bepaald op het vlak van hygiëne, preventie en controle van epidemieën, geriatrische zorg, palliatieve zorg, ethiek, de gedeelde besluitvorming, de effectieve bevordering van de autonomie bij individuele en collectieve keuzes en het gebruik van instrumenten waardoor de bewoners het woord kunnen nemen en er met hun mening rekening gehouden wordt. Dat moet deel uitmaken van de basisopleiding en van de permanente opleiding van dit personeel. Deze opmerking geldt ook voor de directies die zelf aangeven dat ze onvoldoende opgeleid zijn. Deze opleiding moet gecoördineerd worden zodat alle woonzorgcentra op termijn zullen kunnen beschikken over de gewenste competenties.

#### **9. Het (zorg)personeel in WZC moet psychologisch ondersteund worden.**

Het Comité acht het van essentieel belang dat het personeel psychologisch ondersteund wordt gedurende dergelijke periodes. Hier en daar werden initiatieven genomen om dit in de praktijk om te zetten, meer bepaald onder de vorm van mobiele teams bestaande uit een verpleegkundige, een psycholoog, een maatschappelijk assistent, soms aangevuld door externe actoren zoals de *Fédération des maisons médicales* of Artsen Zonder Grenzen, wat voor sommigen voor herhaling vatbaar is.

### **4.3. Infrastructuur en zorgorganisatie**

#### **10. In woonzorgcentra moet materiaal ter beschikking zijn zoals reeds voorzien in adviezen van 2006.**

Maskers, beschermkledij, gezichtsbeschermers (of beschermingsbrillen), handschoenen, zuurstof, geneesmiddelen met in het bijzonder de medicatie voor comfortzorg, medisch materiaal, alles ontbrak op veel plaatsen waardoor de richtlijnen en de voorzorgsmaatregelen onmogelijk konden opgevolgd worden. Ook de mogelijkheid om te testen ontbrak terwijl het testen systematisch had moeten plaatsvinden. Er moeten voorraden aangelegd worden door de instellingen en door de overheden en een voldoende deel van die voorraden moet worden voorbehouden voor

de woonzorgsector. Bij dat materiaal moeten duidelijke, stabiele en operationele protocollen gevoegd worden over het gebruik ervan. In geval van crisis, moeten er bijkomende personeelsleden en materiaal worden vrijgemaakt.

#### **11. Er moeten duidelijke richtlijnen ontwikkeld worden voor crisissituaties.**

De richtlijnen aangaande de beslissingen tot ziekenhuisopname waren niet duidelijk en suggereerden in de ogen van sommigen dat bewoners helemaal niet in het ziekenhuis konden worden opgenomen. Er moeten duidelijke, eenvormige richtlijnen worden voorzien die geactiveerd kunnen worden bij een nieuwe crisis. De te talrijke omzendbrieven waren en zijn nog steeds in te algemene zin opgesteld waardoor ze moeilijk kunnen worden omgezet op totaal verschillende terreinen; de externe actoren (bv. *Maisons médicales*) hebben duidelijk gemaakt dat hun bijdrage vaak op dit niveau lag (d.i. concrete vertaling ervan naar het terrein). Er zou ook een communicatiesysteem moeten worden voorzien voor het doorsturen van gegevens voor statistische doeleinden dat niet tijdrovend is voor het zorgpersoneel en de directies. Er moet een crisisplan worden opgesteld dat wanneer nodig onmiddellijk geactiveerd kan worden. Dit moet ook in een gecentraliseerde beslissingsstructuur voorzien.

#### **12. De wettelijk voorziene samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra moet concreet gemaakt en gecontroleerd worden.**

De samenwerkingsovereenkomsten moeten operationeel worden gemaakt waarbij de wederzijdse kennis en respect wordt gestimuleerd. De communicatie moet worden hersteld en de bestaande misverstanden moeten progressief uit de wereld geholpen worden. De procedures voor opname in en ontslag uit het ziekenhuis dienen geformaliseerd te worden voor dagelijkse toepassing. Een specifieke procedure dient voorzien die in crisistijd kan geactiveerd worden.

#### **13. Er moet dringend werk gemaakt worden van een doeltreffend digitaal dossier dat voldoet aan de hedendaagse normen van interdisciplinair werken.**

De digitalisering van het patiëntendossier (inclusief een luik met de afspraken met betrekking tot DNR-codering en vroegtijdige zorgplanning) zou een vlotte communicatie tussen de actoren kunnen bevorderen<sup>32</sup>. Deze digitalisering moet zorgen voor een soepel, praktisch en toegankelijk systeem voor iedere gebruiker, iets wat nu niet altijd het geval is. Bepaalde woonzorgcentra merken dat hun personeel heel wat tijd moet steken in het vervolledigen van het digitale dossier, wat ten koste gaat van de tijd die zij kunnen wijden aan de bewoners.

---

32 De Passendale Groep opgericht met als doel praktische oplossingen voor kwaliteitsvol informatiebeheer betreffende verzorgingsdossiers in de Vlaamse Woonzorgcentra te ontwikkelen en te stimuleren, formuleerde op 6 december 2010 een motie daarover.



#### **14. De oprichting van een platform voor de uitwisseling van ervaringen zou een uitstekend initiatief zijn.**

Algemeen gesteld heeft ieder woonzorgcentrum intern of met externe hulp manieren gevonden om zo goed en zo kwaad als het ging, het hoofd te bieden aan dramatische situaties. Het systematisch delen van de *best practices* zou zeker bijdragen tot een betere benutting van de bestaande hulpbronnen en creativiteit en zou leiden tot een beter begrip van de prioritaire noden, o.m. die waarvoor een externe tussenkomst nodig is. Daarnaast beveelt het Comité aan om te kunnen beschikken over betrouwbare en gecentraliseerde statistieken met gegevens over zowel regionaal als lokaal niveau.

De uitdagingen zijn verschillend voor de ziekenhuizen en de woonzorgcentra, ook al gelden sommige ervan ook voor beide, zoals de opwaardering van het zorgpersoneel. De ziekenhuizen kregen evenwel meer aandacht omdat men bevreesd was voor hun overbelasting/verzadiging. De bezorgdheid betreft vooral de beschikbaarheid van bedden in functie van de evolutie van de epidemie en de organisatie van de zorg op verschillende niveaus om zich aan die evolutie aan te passen: intern binnen de ziekenhuizen, op het niveau van het eigen netwerk, op een breder niveau om de transfers tussen de netwerken en zelfs internationaal te kunnen garanderen.

De eerste golf van de COVID-19-pandemie heeft de ethische vragen over de autonomie van de ouderen en hun plaats in de samenleving, over de zorg die zij krijgen en over de plaats van hun zorgverleners, opnieuw en sterk onder de aandacht gebracht. Het Comité is dan ook van oordeel dat over deze vragen een breed maatschappelijk debat nodig is.

## Afkortingen

- AFRAMECO : Association Francophone des médecins coordinateurs et conseillers en maisons de repos (vertaling: Franstalige vereniging van coördinerende artsen en raadgevers in woonzorgcentra)
- AI : Amnesty International
- AZG: Artsen Zonder Grenzen
- BVGG: Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie BVGG
- CRA: Coördinerend en raadgevend arts
- IMC: Interministeriële Conferentie
- NVR: Nationale Veiligheidsraad
- PBM: Persoonlijke beschermingsmiddelen
- RMG : Risk Management Group
- ROB: Rustoord voor Bejaarden
- RVT: Rust- en Verzorgingstehuis
- WGO: Wereldgezondheidsorganisatie
- WZC: Woonzorgcentrum

**Het advies werd voorbereid in de beperkte commissie 2020/4 samengesteld uit:**

Covoorzitters	Coverslaggevers	Leden	Lid van het Bureau
G. Lebeer	J. Dancot	D. Bron	F. Caeymaex
W. Pinxten	G. Lebeer	P. Cosyns	
	J. Libbrecht	P. Cras	
		J. De Lepeleire	
		E. Degroot	
		I. Devisch	
		M. Dumont-Dagonnier	
		T. Goffin	
		J. Herremans	
		M. Keirse	
		A. Pierre	
		K. Sohldju	
		P. Vanden Berghe	

**Leden van het secretariaat**

S. Bertrand en V. Weltens

**Gehoorde deskundigen**

Dr. Bart De Moor, voorzitter van de commissie voor medische ethiek van Jessaziekenhuis (Hasselt)

Dr. Charlotte De Clercq, diensthoofd van de afdeling geriatrie van het Jessaziekenhuis (Hasselt)

Dr. Michel Hanset, coördinerend en raadgevend arts in vier woonzorgcentra in regio Brussel

Dr. Martin Hiele, voorzitter van de ethische commissie Zorg van UZ Leuven

Dr. Sandra De Breucker, diensthoofd van de afdeling geriatrie in het Erasmusziekenhuis te Brussel

Dr. Nele Van Den Noortgate, diensthoofd van de afdeling geriatrie UZGent, lid van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie

Dhr. Olivier Gendebien, directeur van een woonzorgcentrum (OCMW) te Sint-Lambrechts-Woluwe (Brussel)

Dhr. Kurt Stabel, expert ouderenzorg, voormalig directeur van een woonzorgcentrum te Brasschaat

Mevr. Valérie Delincé, co-voorzitster van de *asbl Senoah* (Waalse Gewest, voorheen *Infor Homes Wallonie*)

Dhr. Robert Wathelet, directeur van een woonzorgcentrum (OCMW) te Châtelet (Charleroi)

Mevr. Anne Jaumotte, co-voorzitster van de *asbl Senoah* (Waalse Gewest, voorheen *Infor Homes Wallonie*)

Mevr. Pascale Hoste, directrice Woonzorgcentrum Parkhof – Lokaal Bestuur Machelen

Dr. Michel Thomas, coördinerend en raadgevend arts in drie woonzorgcentra in Brussel

Dr. Méhudens die dr. Thomas heeft begeleid in de woonzorgcentra gedurende haar eerste jaar HAI0 (huisartsgeneeskunde)

Mevr. Isabelle Heymans, voormalig secretaris-generaal van de *Fédération des maisons*

*médicales*

Dhr. Xavier Patti, algemeen verpleegkundige van een *maison médicale*

Mevr. Anne-Sophie Caudron, Algemeen directeur van het *Réseau seniors Groupe Jolimont*

Mevr. Mariette Hamels, bewoonster van het *MRS Anne Sylvie Mouzon* te Sint-Joost-ten-Node (Brussel)

Mevr. Raymonde Lefevre, bewoonster van het *MRS Anne Sylvie Mouzon* te Sint-Joost-ten-Node (Brussel)

Mevr. Sophie Dedrie, dochter van overleden bewoonster van het huis Perrekes te Geel

Mevr. Eva Vets, dochter van bewoner van het huis Perrekes te Geel

Dhr. Robert Roeykens, bewoner van WZC Ter Meeren te Neerijse

Mevr. Colette Poels, bewoonster van WZC Ter Meeren te Neerijse

Dit advies kan worden geraadpleegd op [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth).