

Aanbeveling n°291 van 22/09/2021

Aanbeveling betreffende de prioritering in de ziekenhuizen in tijden van pandemie voor personen met een handicap

Inhoud

Aanbeveling betreffende de prioritering in de ziekenhuizen in tijden van pandemie voor personen met een handicap	0
1 Inleiding	2
1.1 Doelstellingen	2
1.2 Methodologie.....	2
2 Samenvatting	4
3 Wettelijk kader	5
3.1 De antidiscriminatie wetgeving	5
3.2 Verdrag van de Verenigde Naties inzake rechten van personen met een handicap	6
3.2.1 Art.25 Gezondheid van het VRPH	6
3.2.2 Art. 11 Risicovolle situaties en humanitaire noodsituaties	6
3.2.3 Art.8 Bevordering van bewustwording.....	7
3.2.4 Art. 5 Gelijkheid en niet-discriminatie	7
3.2.5 Art. 19 Zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij	7
3.3 De Wet op de patiëntenrechten	8
3.4 Artikel 22ter van de Grondwet.....	8
4 Ethisch kader	9
4.1 De ethische en deontologische dimensie van medische beslissingen	9
4.2 Medische criteria in alle omstandigheden	9
4.3 Criteria die in normale omstandigheden verboden zijn	10
4.4 Criteria in geval van verzadiging van de dienst intensieve zorgen.....	10
4.4.1 Utilitaristisch perspectief.....	10
4.4.2 Aanbevelingen van het Comité voor Bio-ethiek	10
5 Belemmeringen identificeren.....	11
5.1 Onvoldoende geanticipeerd	11

5.2	<i>Weigering van redelijke aanpassingen</i>	<i>11</i>
5.3	<i>Beeld van en gebrek aan kennis over de handicap</i>	<i>12</i>
6	Aanbevelingen	12
6.1	<i>De wetgeving eerbiedigen</i>	<i>12</i>
6.2	<i>Anticiperen.....</i>	<i>13</i>
6.3	<i>Bewustmaking, opleiding.....</i>	<i>13</i>
7	Terminologische verduidelijkingen	14
7.1	<i>Soorten zorg.....</i>	<i>14</i>
7.2	<i>Fragiliteit.....</i>	<i>14</i>
7.3	<i>Het begrip levenskwaliteit</i>	<i>16</i>
7.4	<i>Het sociale model van handicap</i>	<i>17</i>
7.5	<i>Redelijke aanpassing.....</i>	<i>17</i>
8	Nota's	18

1 Inleiding

1.1 Doelstellingen

Tijdens de COVID-19 crisis kreeg Unia getuigenissen en meldingen binnen over gevallen van personen met een handicap/senioren, aan wie opvang in spoeddiensten van ziekenhuizen werd geweigerd.¹ Ook in andere verslagen² en persartikels³ werd gewag gemaakt van dat soort situaties. Nadat leden aan de alarmbel hadden getrokken, hebben de Nationale Hoge Raad voor personen met een Handicap⁴ en verenigingen⁵ deze wantoestanden aan de kaak gesteld.

Niemand betwist dat “triage” of het prioriteren in spoedgeneeskunde nodig is. Strengere regels kunnen gelden bij een dreigende verzadiging van ziekenhuizen (bij pandemieën, terroristische aanslagen, rampen, gewapende conflicten, enz.). Zoals we zullen zien, bestaan hiervoor criteria, die artsen helpen bij het nemen van beslissingen. Het gebruik ervan wordt overgelaten aan het oordeel van de ziekenhuizen en hun ethische commissies, en kan dus tussen ziekenhuizen onderling, of zelfs tussen zorgverstrekkers onderling, verschillen.

Tijdens ons onderzoek kwamen de volgende vragen aan bod:

- Kunnen de prioriteringscriteria, zoals ze gebruikt worden door e spoeddienst en de dienst intensieve zorgen, leiden tot discriminatie in de zin van de wet?
- Waarborgen deze criteria een niet-discriminerende behandeling door zorgverstrekkers en vermijden zij beslissingen die gebaseerd zijn op eventuele stereotiepe en negatieve voorstellingen van handicap?
- Krijgen personen met een handicap in tijden van pandemie gelijke toegang tot de spoeddiensten en de diensten intensieve zorgen, overeenkomstig het VRPH?

Bijvoorbeeld: vermindert een grote afhankelijkheid van hulp bij dagdagelijkse handelingen de kans om in geval van een acute gezondheids crisis op een spoeddienst te worden behandeld?

Bijvoorbeeld: bestaat het risico dat een persoon met autisme, die begeleiding nodig heeft en moeite heeft om zich uit te drukken, in geval van een acute gezondheids crisis niet wordt opgenomen op de spoeddienst?

Prioriteitscriteria op zich zijn niet discriminerend. Je mag mensen anders behandelen bij de toegang tot het ziekenhuis, als je het kunt rechtvaardigen aan de hand van een analyseschema. Deze analyse moet uiteraard gepaard gaan met ethische overwegingen.

Unia en haar begeleidingscommissie wilden deze criteria en de toepassing ervan beter begrijpen, ze toetsen aan de filters van het VRPH en de antidiscriminatie wetgeving, aanbevelingen formuleren om elke vorm van discriminatie te vermijden en de medische wereld bewust te maken van een omgang met handicap, die in overeenstemming is met de mensenrechten.

1.2 Methodologie

Dit document is opgesteld door Unia en zijn begeleidingscommissie. Unia, het Interfederaal Gelijkekansencentrum, kreeg de opdracht om als onafhankelijk mechanisme toe te zien op de toepassing

van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (hierna afgekort als VRPH) in België. Als zodanig moet Unia erop toezien dat wetgeving, beleid en praktijken in overeenstemming zijn met de fundamentele rechten van personen met een handicap, zoals beschermd door het Verdrag. Bij de uitvoering van die taak kan Unia rekenen op de steun van een begeleidingscommissie die bestaat uit 23 effectieve leden en hun plaatsvervangers afgevaardigd uit organisaties die personen met een handicap vertegenwoordigen, de academische wereld en de sociale partners vertegenwoordigen.

Unia is ook verantwoordelijk voor de behandeling van situaties van discriminatie op grond van verschillende criteria, zoals handicap en gezondheidstoestand, en kan ook in rechte optreden. Unia is tevens bevoegd om adviezen en aanbevelingen te formuleren aan de autoriteiten en andere sociale actoren.

Deze werkzaamheden zijn verricht door een werkgroep die die zetelt binnen de begeleidingscommissie van Unia. De groep bestond uit ervaringsdeskundigen van organisaties die personen met een handicap vertegenwoordigen, academici en vertegenwoordigers van federaties uit de ziekenhuissector.

Het werkkader was beperkt tot spoeddiensten en diensten intensieve zorgen in ziekenhuizen in een periode van gezondheidscrisis.

Het juridische kader van de werkzaamheden was dat van Unia: de antidiscriminatiewetgeving en het VRPH. Het werd aangevuld met bewijzen en de noodzaak van de wet op de patiëntenrechten en het nieuwe artikel 22ter van de Grondwet.

Het ethische kader van de werkzaamheden was uiteraard de zeer uitgebreide aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, waarbij de Orde der artsen en de Hoge Gezondheidsraad zijn aangesloten: "Ethische aspecten betreffende prioritering van zorg in COVID-19-periode".⁶

Bij zijn werkzaamheden heeft de groep zich gebaseerd op diverse documenten, wetenschappelijke artikelen en studies. Weinige daarvan zijn specifiek gewijd aan de opname van personen met een handicap op spoeddiensten.

Deze werkzaamheden binnen de werkgroep hebben tot een reeks aanbevelingen geleid, die vervolgens ter goedkeuring zijn voorgelegd aan alle leden van de begeleidingscommissie.

Hoofdstuk 7 "Terminologische verduidelijkingen" geeft een overzicht van een aantal concepten, zoals *redelijke aanpassingen* of *kwetsbaarheid*, die nodig zijn voor een goed begrip van onze werkzaamheden.

2 Samenvatting

Het organiseren van prioriteiten op spoeddiensten is een normale en routinematige taak, en dat geldt des te meer in tijden van gezondheids crises. Tijdens de covidcrisis vreesden de personen met een handicap dat zij zouden worden weggestuurd van de spoeddiensten en de afdelingen intensieve zorgen van de ziekenhuizen. Sommige mensen hadden begeleiding nodig en kregen die niet, maar zonder die begeleiding konden ze niet worden opgenomen.

Welke prioriteringscriteria hanteren spoeddiensten voor de toegang tot het ziekenhuis? Respecteren zij hierbij de rechten van mensen met een handicap? Sommigen noemden het triage. Dit is wat Unia en het begeleidingscommissie van deskundigen - academici, sociale partners en organisaties die personen met een handicap vertegenwoordigen - wilden nagaan.

In deze aanbeveling wordt herinnerd aan het juridisch kader dat als uitgangspunt voor de analyse is gebruikt: de antidiscriminatie wetgeving en het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Het werd aangevuld met een essentieel ethisch kader dat hoofdzakelijk gebaseerd was op de aanbevelingen van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

Wat waren de resultaten van het werk van Unia en de begeleidingscommissie?

De prioriteringscriteria op zich respecteren de beginselen van gelijke toegang tot spoed en intensieve zorgen. Toch kunnen vooroordelen en onwetendheid over personen met een handicap ertoe leiden dat de medische criteria niet correct geïnterpreteerd worden. Dit kan leiden tot discriminerend gedrag met betrekking tot de toegang tot spoed en intensieve zorgen.

We stelden ook vast dat de verplichtingen die voortvloeien uit de antidiscriminatie wetgeving en het VN-Verdrag niet bekend zijn en/of slecht worden nageleefd. Vooral het weigeren van redelijke aanpassingen aan personen met een handicap vormt een inbreuk op de antidiscriminatie wetgeving. Een aangepaste verzorging van personen met een handicap dient op voorhand voorbereid te worden, zodat men bij de opvang van personen met een handicap nog weinig moet uitzoeken en oplossen. Beleidsmatig anticiperen is noodzakelijk.

Daarom doen Unia en haar commissie de volgende aanbevelingen aan de medische wereld en de autoriteiten die daarmee belast zijn:

- **de beginselen van non-discriminatie in verband met ethische en medische criteria te respecteren;** de verplichting toe te passen om in redelijke aanpassingen te voorzien, zelfs in tijden van gezondheids crisis;
- **anticiperen op de uitvoering ervan buiten crisissituaties;** in de rampenplannen voor ziekenhuizen een sectie opnemen die gewijd is aan de opvang en verzorging van personen met een handicap
- **bewustmaking en opleiding van gezondheidswerkers** over het risico van hun gemedicaliseerde benadering van handicap:
 - de beoordeling van de gezondheidstoestand mag niet verward worden met de handicapsituatie;
 - het begrip levenskwaliteit mag niet gebaseerd zijn op een oordeel over de waarde van het leven of van de persoon; het begrip levenskwaliteit moet zich concentreren op het verwachte voordeel van de behandeling;
 - het begrip "kwetsbaarheid" is een notie uit de geriatrie en kan dus niet zomaar toegepast worden op jongere personen met een handicap.

3 Wettelijk kader

3.1 De antidiscriminatiewetgeving

Wat zijn volgens de antidiscriminatiewetgeving verboden gedragingen?⁷

- Directe discriminatie
- Indirecte discriminatie
- Aanzetten tot discriminatie
- Pesterijen of intimidatie
- Weigering tot redelijke aanpassingen voor een persoon met een handicap

Discrimineren betekent iemand op een andere manier behandelen in een vergelijkbare situatie, zonder dat je het kunt rechtvaardigen.

Er is sprake van *directe discriminatie* als je slecht behandeld wordt op grond van een eigenschap die beschermd is door de wet. Een hiv-positieve persoon voor een operatie weigeren bijvoorbeeld. Een persoon met een handicap mag nooit de toegang tot het zorg geweigerd worden, omwille van zijn handicap die niet verward mag worden met zijn gezondheidstoestand (zie verder punt 5.3).

Het kan ook zijn dat een maatregel, die op het eerste zicht onschuldig lijkt, toch discriminerende gevolgen heeft. In dat geval spreken we van *indirecte discriminatie*. Bijvoorbeeld als een ziekenhuis geen dieren toelaat, waardoor slechtziende patiënten met een assistentiehond in vergelijking met andere patiënten bijzonder benadeeld worden.

De verplichting om *redelijke aanpassingen* te voorzien voor mensen met een handicap is een antwoord op de onaangepaste omgeving waarmee ze vaak worden geconfronteerd. Dit is niet in tegenspraak met de gelijke behandeling van mensen, want de aanpassing zorgt er net voor dat mensen met een handicap gelijk behandeld kunnen worden. Zo zal een dove patiënt zonder tolk gebarentaal of zonder begeleiding zich op de spoeddienst niet verstaanbaar kunnen maken en niet goed kunnen worden behandeld, of zelfs worden geweigerd.

Redelijke aanpassingen blijven van toepassing in alle omstandigheden, zelfs in tijden van gezondheidscrisissen en verzadiging van ziekenhuizen. Afhankelijk van de situatie zal het redelijke karakter van de aanpassing mogelijks verschuiven en sneller "onredelijk" worden, maar het blijft nodig om het geval per geval te beoordelen.⁸ Als bijvoorbeeld een assistentiehond onder normale omstandigheden in bepaalde delen van het ziekenhuis moet worden toegelaten, kan men aanvaarden dat hij op bepaalde diensten wordt geweigerd om redenen van een strengere gezondheidsveiligheid in tijden van crisis.

3.2 Verdrag van de Verenigde Naties inzake rechten van personen met een handicap⁹

België ratificeerde het VRPH in 2009 en heeft zich ertoe verbonden de principes en bepalingen ervan na te leven. De grondbeginselen van het VRPH zijn met name de individuele autonomie, de vrijheid om eigen keuzes te maken, non-discriminatie, gelijke kansen, toegankelijkheid en inclusie.

In de Belgische rechtsorde moet het Verdrag als hogere worden beschouwd en moet het een inspiratiebron zijn voor onze wetgeving, ons beleid en onze praktijken zodat deze in overeenstemming zijn met de beginselen en verplichtingen ervan. Dit geldt met onmiddellijke ingang voor non-discriminatie en het recht op redelijke aanpassingen. Voor zaken als toegankelijkheid is er een progressieve realisatie mogelijk.

Het recht op aangepaste zorg is onmiddellijk van toepassing en blijft van toepassing tijdens een pandemie. Het gaat immers over de grondrechten van personen met een handicap én van ouderen met een handicap, gespecificeerd in de artikels 5, 8, 11, 19 en in het bijzonder artikel 25 over gezondheid.

3.2.1 Art.25 Gezondheid van het VRPH

Personen met een handicap hebben recht op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid, zonder discriminatie op grond van hun handicap.

De Staten die Partij zijn:

- a) *Voorzien personen met een handicap van hetzelfde aanbod met **dezelfde kwaliteit**¹⁰ voor gratis of betaalbare gezondheidsdiensten (...);*
- b) *Verschaffen die diensten op het gebied van gezondheidszorg die personen met een handicap op het gebied van gezondheidszorg in het bijzonder vanwege hun handicap behoeven (...);*
- c) *Verschaffen deze gezondheidsdiensten zo dicht mogelijk bij de eigen gemeenschap van de personen met een handicap, ook op het platteland;*
- d) *Eisen van vakspecialisten in de gezondheidszorg dat zij aan personen met een handicap **zorg van dezelfde kwaliteit verlenen als aan anderen**, met name dat zij de **vrij, op basis van goede informatie, gegeven toestemming** verkrijgen van de betrokken persoon met een handicap (...); door onder andere **de bewustwording bij het personeel van de mensenrechten, waardigheid, autonomie en behoeften van personen met een handicap te vergroten door middel van training en het vaststellen van ethische normen voor de publieke en private gezondheidszorg; [...]***
- f) ***Voorkomen dat gezondheidszorg, gezondheidsdiensten, voedsel en vloeistoffen op discriminatoire gronden vanwege een handicap worden ontzegd.***

3.2.2 Art. 11 Risicovolle situaties en humanitaire noodsituaties

*De Staten die Partij zijn nemen in overeenstemming met hun verplichtingen uit hoofde van het internationale recht, met inbegrip van het internationale humanitaire recht en internationale mensenrechtenverdragen alle nodige maatregelen om **de bescherming en veiligheid van personen met een handicap in risicovolle situaties, met inbegrip van gewapende conflicten, humanitaire noodsituaties en natuurrampen, te waarborgen.***

3.2.3 Art.8 Bevordering van bewustwording

1. De Staten die Partij zijn verplichten zich onmiddellijke, doeltreffende en passende maatregelen te nemen :

a) teneinde binnen **de gehele maatschappij**, waaronder ook op gezinsniveau, **de bewustwording te bevorderen** ten aanzien van personen met een handicap, en de eerbiediging van de rechten en

waardigheid van personen met een handicap te stimuleren;

b) om op alle terreinen van het leven **stigmatisering, vooroordelen en schadelijke praktijken ten opzichte van personen met een handicap te bestrijden**, met inbegrip van die gebaseerd op grond van geslacht en leeftijd;

c) **om de bewustwording van de mogelijkheden en bijdragen van personen met een handicap te bevorderen.**

2. Maatregelen daartoe omvatten:

a) het opzetten en handhaven van effectieve bewustwordingscampagnes om :

i) een ontvankelijke houding voor de rechten van personen met een handicap te bevorderen;

ii) **een positieve beeldvorming van, en grotere sociale bewustwording ten opzichte van personen met een handicap te bevorderen; [...]**

iii) **de erkenning van de vaardigheden, verdiensten en talenten van personen met een handicap en van hun bijdragen op de werkplek en arbeidsmarkt te bevorderen;**

Bij de beoordeling van België in 2014 stelt het VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap "met bezorgdheid vast dat [...] stigmatisering en uitsluiting van personen met een handicap op verschillende beleidsterreinen voorkomt, onder meer door het sterke medische model dat grotendeels nog altijd geldt." ⁴¹

Het Comité beveelt België aan een *ationale strategie* uit te werken om de bewustwording over de inhoud van het Verdrag te bevorderen. In dit verband beveelt het Comité de Staat die Partij is aan **laagdrempelige informatie- en bewustmakingscampagnes te voeren over de rechten van personen met een handicap en bij het grote publiek, een positief beeld van personen met een handicap te promoten.**

Daarbij aansluitend ontving België in 2019 een aantal vragen met het oog op de volgende evaluatie door het comité, die er vermoedelijk in 2022 aankomt.

3.2.4 Art. 5 Gelijkheid en niet-discriminatie

Met name:

3. Teneinde *gelijkheid te bevorderen en discriminatie uit te bannen*, nemen de Staten die Partij zijn alle passende maatregelen om te waarborgen dat redelijke aanpassingen worden verricht.

3.2.5 Art. 19 Zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij

De staten die Partij zijn waarborgen dat:

c) de sociale diensten en faciliteiten voor het algemene publiek op voet van gelijkheid beschikbaar zijn voor personen met een handicap en beantwoorden aan hun behoeften.

3.3 De Wet op de patiëntenrechten

Ontvangen van een kwaliteitsvolle dienstverlening

Elke patiënt ontvangt volgens zijn behoeften de best mogelijke dienstverlening in functie van de medische kennis en van de beschikbare technologie. Deze diensten worden verstrekt met respect voor de menselijke waardigheid en voor de autonomie van elke patiënt, zonder enig onderscheid.

Vrij toestemmen in een tussenkomst, met voorafgaande informatie

Vooraleer een behandeling wordt opgestart, dient de beroepsbeoefenaar daartoe de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt te verkrijgen. Dit houdt in dat de beroepsbeoefenaar de patiënt duidelijk heeft geïnformeerd over de karakteristieken van de beoogde tussenkomst. De informatie die op gepaste tijd verstrekt wordt (bijv. alvorens de patiënt zich op de operatietafel bevindt) heeft betrekking op de volgende aspecten van de tussenkomst: het doel (bijv. een diagnosestelling, om te opereren), de aard (bijv. is de tussenkomst pijnlijk?), de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de contra-indicaties, de nevenwerkingen, de relevante risico's, de noodzaak aan nazorg, de financiële gevolgen (bijv. honoraria, het al dan niet geconventioneerd zijn van de beroepsbeoefenaar), de eventuele gevolgen van een weigering van toestemming alsook de mogelijke alternatieven.

In een spoedgeval, wanneer het onmogelijk is de wil van de patiënt of van zijn vertegenwoordiger te achterhalen (bijv. een bewusteloze persoon in een spoeddienst), voert de beroepsbeoefenaar alle noodzakelijke tussenkomsten uit en vermeldt dit in het patiëntendossier.¹²

3.4 Artikel 22ter van de Grondwet.

“Iedere persoon met een handicap heeft recht op volledige inclusie in de samenleving, met inbegrip van het recht op redelijke aanpassingen.”

Ondanks uitgebreide wettelijke bescherming ondervinden personen met een handicap nog steeds veel moeilijkheden in hun dagelijks leven en zijn zij het slachtoffer van discriminatie. De wetgever heeft daarom besloten verder te gaan door deze bescherming een grondwettelijke basis te geven en zijn internationale verbintenissen in het kader van het VRPH opnieuw te bevestigen.

De opneming van een dergelijke bepaling in de Grondwet, de hoogste rechtsnorm van België, heeft een symbolische en signaalfunctie die van groot belang is. Het tweede deel van artikel 22 ter ("De wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel waarborgen de bescherming van dit recht") legt positieve verplichtingen op aan de overheid. De invoering van artikel 22 ter heeft een symbolische maar ook een rechtskracht. De Grondwet is de hoogste Belgische rechtsnorm. Dit betekent dat de huidige wetgeving en de wetgeving die in de toekomst wordt goedgekeurd, daarmee in overeenstemming moeten zijn.

4 Ethisch kader

Unia en zijn begeleidingscommissie hebben zich in hoofdzaak laten inspireren door de aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek "Ethische aspecten inzake prioritering van zorg in tijden van COVID-19", omwille van het volledige, genuanceerde, erkende en respectvolle karakter ervan ten aanzien van de internationale normen en de grondrechten die ons juridisch kader vormen. De Orde der artsen en de Hoge Gezondheidsraad onderschrijven deze aanbeveling.

In het kader van onze werkzaamheden wijzen we nogmaals op de essentiële elementen.

4.1 De ethische en deontologische dimensie van medische beslissingen

De selectie of de "triage" van de patiënten zijn medische beslissingen, maar er is een ethische en deontologische dimensie aan verbonden. Deze beslissingen vormen een morele stress voor zorgverleners.

Beslissingen over het starten of voortzetten van zorg:

- onder normale omstandigheden zijn beslissingen uitsluitend gebaseerd op de voorkeuren, behoeften en prognose van elke patiënt.
- wanneer de intensieve zorgeenheden overbelast zijn, is dit vaak niet meer mogelijk.

"Het Comité benadrukt om het streven naar redden van zoveel mogelijk levens te verzoenen met de ethische principes van weldoen en respect voor de waardigheid en autonomie van elke persoon." ¹³

Meer specifiek:

- weldoen betekent bijdragen tot het welzijn van anderen. Dit betekent dat de ondernomen actie voordelig moet zijn en nuttig moet zijn, dus een positieve kosten-baten-analyse kan doorstaan.
- Niet kwaad doen, dus geen opzettelijke schade toebrengen.
- Respect voor de waardigheid en de autonomie van elke persoon. Het principe van autonomie is de erkenning van het vermogen van een persoon om een mening te hebben, keuzes te maken en zelfstandig te handelen volgens zijn eigen waarden en overtuigingen.

Bij een verplichte keuze tussen patiënten moeten de principes van gelijke toegang tot zorg en rechtvaardigheid worden gevrijwaard. **Alle patiënten zijn fundamenteel gelijk.** Patiënten hebben recht op kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg zonder onderscheid naar geslacht, afkomst, socio-economische status, godsdienst, leeftijd, cultuur of enige andere verboden discriminatiegrond. De patiënt als zodanig, zijn of haar wensen en/of behoefte aan zorg zijn dus het uiteindelijke doel van de zorgverlening.

4.2 Medische criteria in alle omstandigheden

- De zorgvraag en de zorgnoden van de patiënt;
- De algemene toestand van de patiënt, waarin onder meer fragiliteit en co-morbiditeit relevante parameters zijn;
- De prognose van de patiënt in het licht van zijn actuele toestand;
- De proportionaliteit van de zorg in relatie tot de bovengenoemde elementen;
- De persoon van de patiënt, die in deze beslissingen niet gereduceerd wordt tot zijn medische toestand, maar wiens persoonlijke voorkeuren en wensen met betrekking tot behandeling en uitkomst in overweging worden genomen;

- De fundamentele gelijkwaardigheid van alle patiënten en hun recht op kwaliteitsvolle zorg.

4.3 Criteria die in normale omstandigheden verboden zijn

Onder normale omstandigheden is het verboden om te discrimineren op basis van de volgende criteria: leeftijd, seksuele geaardheid, burgerlijke staat, geboorte, vermogen, geloof of levensbeschouwing, politieke overtuiging, syndicale overtuiging, taal, huidige of toekomstige gezondheidstoestand, een handicap, een fysieke of genetische eigenschap, sociale afkomst, nationaliteit, een zogenaamd ras, huidskleur, afkomst of nationale of etnische afstamming.

4.4 Criteria in geval van verzadiging van de dienst intensieve zorgen

In verband met situaties waarbij

- transfer van patiënten niet meer mogelijk is
- medische criteria en ethische standaarden onvoldoende hulp kunnen bieden
- de artsen een selectie moeten maken van een beperkt aantal patiënten (uit de patiënten, die normaal gezien in aanmerking komen voor intensieve zorgen),

concludeert het Comité voor Bio-ethiek in zijn aanbeveling over de ethische aspecten bij de prioritering van zorg dat er geen procedurele oplossing bestaat om de impasse te doorbreken en dat het evenmin mogelijk is om dergelijke menselijke beslissingen door een algoritme te laten nemen. Prioritering moet dan op basis van andere overwegingen gebeuren.

4.4.1 Utilitaristisch perspectief

Wanneer prioritering noodzakelijk is, is het logisch dat zaken zoals het efficiënte gebruik van middelen mee in overweging worden genomen. Op basis van deze overwegingen wordt ernaar gestreefd zoveel mogelijk mensen zorg te verlenen, of zoveel mogelijk gezondheidswinst te boeken met de beperkte beschikbare middelen. Het Comité voor Bio-ethiek wijst er terecht op dat *"deze doelstelling tot spanning leidt met de normale ethische principes die in normale omstandigheden als fundamenteel worden beschouwd, zoals bijvoorbeeld non-discriminatie op grond van leeftijd of bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren."*¹⁴

4.4.2 Aanbevelingen van het Comité voor Bio-ethiek

We vatten de aanbevelingen van het Comité voor Bio-ethiek samen, in het bijzonder diegenen, die voor ons kader belangrijk zijn:

- Medische criteria ten volle benutten;
- Als het medisch team het begrip levenskwaliteit meeneemt in de beoordeling, mag het in geen geval uitgebreid worden tot een oordeel over de waarde van het leven of de persoon van de patiënt;
- Het gelijkheidsbeginsel blijft geldig. Sociale kwetsbaarheid mag dus niet als uitsluitingsgrond gelden, ook al heeft die invloed op de verwachte uitkomst! Wanneer de socio-economische situatie van een patiënt de revalidatie dreigt te bemoeilijken, moet er net ingezet worden op de beschikbare mogelijkheden om deze patiënt gepast te ondersteunen.
- Volgens het gelijkheidsbeginsel moeten ook criteria worden uitgesloten die persoonlijke verdienste of verantwoordelijkheid evalueren.
- Leeftijdsgrenzen mogen nooit als basis voor beslissingen genomen worden, als ze geen verband hebben met medische criteria.

- Beslissingen worden collegiaal genomen door een team van zorgverleners.
- Patiënten en hun naasten moeten betrokken worden bij beslissingen, voor zover de omstandigheden dit toelaten.

Om de bovenstaande aanbevelingen te respecteren, raadt het Comité voor Bio-Ethiek o.a. de volgende acties aan :¹⁵

- Elk ziekenhuis dient een coördinatiecel op te richten, liefst met een comité dat het management van de zorg beheert tijdens de pandemie.
- De beslissingen van de coördinatiecel moeten op een transparante en duidelijke manier binnen het ziekenhuis en naar de eerste lijn gecommuniceerd worden, zodat alle zorgverleners kunnen bijdragen aan de consistente implementatie ervan.
- Ook extra-muros is het noodzakelijk om de strategie te bepalen waarmee deze pandemie vanuit elke zorgsetting het best wordt bestreden.
- Het is noodzakelijk verhoogde aandacht te hebben voor het mentaal en fysiek welzijn van het personeel, in het bijzonder van zwaar belaste zorgdiensten. Men vermijdt een tekort aan zorgverleners om de kwaliteit en de veiligheid op het hoogst mogelijke niveau te houden.

5 Belemmeringen identificeren

5.1 Onvoldoende geanticipeerd

Een eerste vaststelling is dat de gezondheidscrisis een aantal problemen, die vóór de crisis in de ziekenhuizen al bestonden voor personen met een handicap, heeft blootgelegd en verergerd.

In redelijke aanpassingen en opvang van personen met een handicap wordt niet voorzien, op enkele zeldzame uitzonderingen na. Het personeel is vaak niet gesensibiliseerd en opgeleid om mensen met verschillende handicaps op te vangen. De opleiding van de zorgverstrekkers is hoofdzakelijk gebaseerd op een medische benadering.

Zo hebben dove mensen het zeer moeilijk om zonder gebarentolk alles te verstaan en om zichzelf verstaanbaar te maken, en het personeel is onvoldoende gesensibiliseerd over de manier waarop ze het best worden opgevangen. De persoon wordt van ver geroepen voor de afspraak, kan niet reageren en mist dus de consultatie.

Personen met autisme of met een verstandelijke handicap zullen eerder een geruststellende begeleiding nodig hebben en een dialoog die aan hun situatie is aangepast.

De rampenplannen van de ziekenhuizen, die net vóór de gezondheidscrisis nog in de kinderschoenen stonden, hadden te weinig aandacht voor specifieke situaties, zoals die van personen met een handicap.

Er was onvoldoende nagedacht over en geanticipeerd op de coördinatie tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra en instellingen voor personen met een handicap.

5.2 Weigering van redelijke aanpassingen

Een persoon met het syndroom van Down, die symptomen van COVID had, kon niet worden opgenomen. Hij/zij schreeuwde en verzette zich, omdat hij/zij niet mocht worden begeleid.

Het verbod op begeleiding door een familielid of een zorgverlener en het verbod op bezoek hadden tot gevolg dat mensen die om verschillende redenen niet zonder begeleiding konden (door angst, onbegrip, onvoldoende autonomie, behoefte aan hulp voor dagelijkse handelingen, ...), niet in het ziekenhuis konden of wilden worden opgenomen. Dit zorgde ook voor heel wat ongerustheid bij de naasten.

5.3 Beeld van en gebrek aan kennis over de handicap

Tegenover een jong meisje met autisme, zou een arts verklaard hebben dat zij geen voorrang zou krijgen en dus na een "normaal" persoon zou komen, ondanks het feit dat zij geen comorbiditeit had.

Medische criteria en ethische beginselen lijken niet altijd te zijn opgevolgd en hebben mogelijk voor sommige personen met een handicap tot ongunstige medische beslissingen geleid. Er kan verwarring ontstaan tussen levenskwaliteit en afhankelijkheid, tussen comorbiditeit en handicap.

Er is sprake van ontkenning van de capaciteiten van de personen met een handicap, met name wanneer zij op één of andere manier afhankelijk zijn van de hulp van anderen of van technologieën, waar zij tijdens de ziekenhuisopname misschien niet zullen kunnen over beschikken. Hun handicapsituatie zal bijgevolg zwaarder wegen en als een belangrijk obstakel voor hun opvang worden beschouwd.

Het gebrek aan kennis van handicapsituaties kan, vooral in noodgevallen en ook wanneer de ziekenhuisdiensten maar gedeeltelijk verzadigd zijn, leiden tot misverstanden en oordelen over de waarde van de persoon, de ernst van zijn of haar gezondheidstoestand, en zijn of haar vermogen om alles te begrijpen, in te stemmen en te reageren. Foute inschattingen kunnen zich ook uitstrekken naar de capaciteiten van zijn of haar omgeving.

Zo wordt het geriatrie begrip ernstige fragiliteit geïllustreerd met een persoon in een rolstoel. Sommige personen

met een handicap zitten echter altijd in een rolstoel, zonder ernstig verzwakt te zijn. Het beeld bij code 7 op de "frailty" (zie verder in Terminologische verduidelijkingen) kan dus voor verwarring zorgen bij de doorverwijzing en de opvang van rolstoelgebruikers.



6 Aanbevelingen

6.1 De wetgeving eerbiedigen

1. Beslissingnemers voor de toegang tot spoed en intensieve zorgen respecteren de non-discriminatie wetgeving. Bij verzadiging van de zorg blijven ze het non-discriminatiebeginsel respecteren en proberen ze om het streven naar het redden van zoveel mogelijk levens te verzoenen met de ethische principes zoals tevoren beschreven.
2. In tijden van gezondheidscrisissen vervalt de plicht tot het **treffen van redelijke aanpassingen** niet.
 - a. Dit betekent dat ziekenhuizen begeleiding of ondersteuning toestaan aan personen met een handicap, die anders niet opgenomen kunnen worden. De interne cel van het ziekenhuis stelt een procedure op en voorziet in de nodige veiligheids- en hygiënemaatregelen.
 - b. Het kan nodig zijn om bezoekrecht toe te staan aan een familielid of een zorgverlener om de ziekenhuisopname mogelijk te maken en de nodige bijstand te verlenen.

- c. Het ziekenhuis zorgt voor interne en externe diensten en- of hulpverleners om de nodige begeleiding of bijstand te organiseren voor patiënten met een handicap. Redelijke aanpassingen gaan niet alleen over begeleiding, maar ook over materiële en immateriële aanpassingen om zorg te kunnen verlenen.

6.2 Anticiperen

- 3. Ziekenhuizen anticiperen in hun **rampenplannen** op het onthaal en de opvang van personen met een handicap op spoed en op de dienst intensieve zorgen.
- 4. Ziekenhuizen houden rekening in hun noodplannen met de benodigde tijd **voor coördinatie met de aanbieders van collectieve woonondersteuning** waar mensen met een handicap wonen, zoals begeleid wonen, voorzieningen, woonzorgcentra, opvangcentra, ...
- 5. Ziekenhuizen zorgen voor **redelijke aanpassingen** voor personen met een handicap.¹⁶ Op die manier zullen personen met een handicap in tijden van crisis van deze aanpassingen gebruik kunnen maken, door ze zo nodig aan te passen. Een aantal aanpassingen voorzien die nuttig zijn in tijden van crisissen. Bijvoorbeeld: voorzien in de mogelijkheid van de aanwezigheid van een naaste en/of professionals.
- 6. Ziekenhuizen ontwikkelen een cultuur van **universele toegankelijkheid**, ook op de dienst intensieve zorgen en op de spoeddiensten. - Bijvoorbeeld: divers informatiemateriaal dat voor iedereen toegankelijk is, begeleidende stewards, enz. Dankzij de universele toegankelijkheid (voor iedereen en niet alleen voor personen met een handicap), die van nature anticiperend is, en het beheersen van de aanpassingen voor personen met een handicap in ziekenhuizen zal de kwaliteitszorg, zelfs in tijden van gezondheids crisis, kunnen worden voortgezet.
- 7. Ziekenhuizen richten **referentiecentra in**, om specifieke diensten aan te bieden die zijn aangepast aan bepaalde handicapsituaties (doofheid, verstandelijke beperking, autisme, enz.).
- 8. Het is een **maatschappelijke verantwoordelijkheid** om ziekenhuizen te ondersteunen: er moeten interne en externe middelen worden voorzien en gefinancierd.

6.3 Bewustmaking, opleiding

- 9. De zorgsector sensibiliseert zorgverleners en leidt hen op over de **gemedicaliseerde benadering van handicap**. Dit betekent o.a.:
 - a. Handicap mag niet worden verward met gezondheidstoestand.
 - b. De capaciteiten van de personen met een handicap en hun omgeving erkennen; de instemming en het zelfbeschikkingsvermogen moeten worden erkend en nagestreefd.
 - c. Ethische beginselen* moeten bekend zijn en begrepen worden, met name de beginselen van weldoen, niet-kwaaddoen en gelijke behandeling.
 - d. Het begrip levenskwaliteit mag niet gebaseerd zijn op een oordeel over de waarde van het leven of van de persoon; het begrip levenskwaliteit moet beperkt blijven tot de beoordeling van het verwachte voordeel van een behandeling.

- e. Kwetsbaarheid is een geriatrisch begrip en kan als zodanig niet worden toegepast op jongere personen met een handicap.

7 Terminologische verduidelijkingen

7.1 Soorten zorg

Crisiszorg: bij een sterke overschrijding van de normale zorgcapaciteit kan een volledig behoud van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg niet langer worden gegarandeerd. De situatie dwingt in dit geval tot prioritering en een optimale spreiding van patiënten en zorgvragers over het hele zorglandschap. De solidariteit tussen zorginstellingen, regio's en landen, treedt in werking.¹⁷

Intensieve zorgen: zorg voor patiënten met acute levensbedreigende aandoeningen en een redelijke kans op overleving en acceptabele levenskwaliteit na ontslag uit het ziekenhuis.¹⁸

7.2 Fragiliteit

Fragiliteit is een begrip in de geriatrie dat uit de Verenigde Staten en Canada komt. Het wordt beschouwd als een betrouwbaar criterium in een context van prioritering voor ouderen. Een zogenaamd fragiel persoon zal veel moeilijker herstellen en heeft een verhoogd risico om te overlijden.

De "frailty scale" (zie onderstaande figuur) zou volgens sommigen gevaarlijk zijn wanneer die wordt toegepast op mensen met een handicap, met name score 7 die iemand in een rolstoel voorstelt. Daarom heeft de werkgroep zich over dit concept gebogen, dat zijn oorsprong vindt in het Amerikaanse model van Fried - hoofdzakelijk gebaseerd op fysieke kracht (gewichtsverlies, subjectieve vermoeibaarheid, lichaamsbeweging, stapssnelheid, kracht) -, maar vaker in het Canadese model van Rockwood, dat gebaseerd is op een ruimere gegevensverzameling en waarbij de opeenstapeling van gebreken wordt beoordeeld (multi-domein kwetsbaarheid). Deze klinische kwetsbaarheidsschaal is gebaseerd op een combinatie van klinisch onderzoek, patiëntendossiers en bevraging van de patiënt of familieleden.

Bij het voorspellen van lichamelijk herstel na één jaar voor personen ouder dan 80 jaar wordt de kwetsbaarheidsstatus relevanter geacht dan leeftijd, ernst van de ziekte of de aanwezigheid van comorbiditeit.¹⁹ Dit criterium is niet van toepassing op personen met een handicap die niet bejaard zijn.

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally , e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILTY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILTY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILTY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



DALHOUSIE
UNIVERSITY

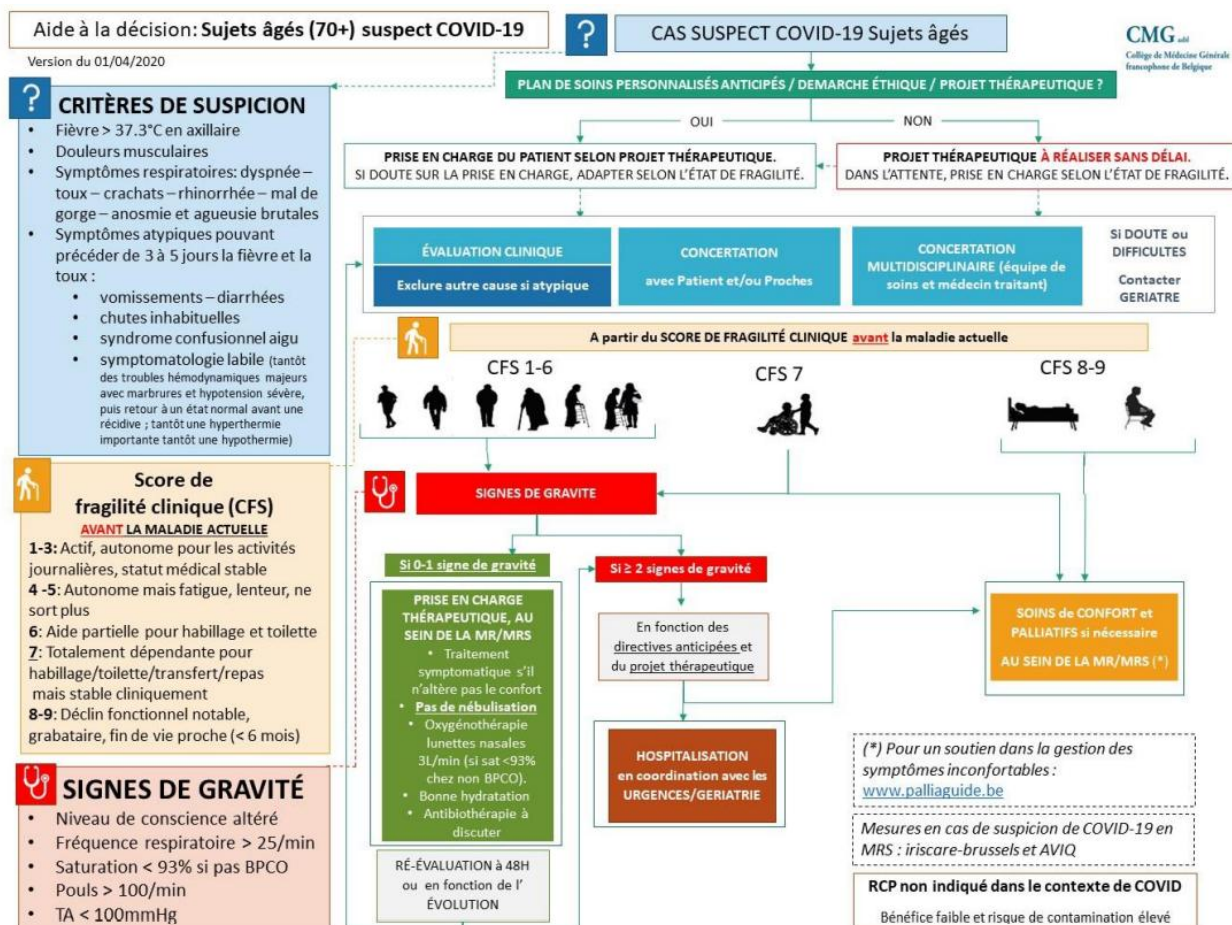
Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Hieronder het algoritme voor de opvang van oudere patiënten met een vermoedelijke COVID-besmetting in zijn versie van 4 april 2020 van het *Collège de médecine générale francophone de Belgique*.²⁰ Het gaat om een aanpassing van het algoritme van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, uitgerold met medewerking van huisartsen, coördinerend en adviserend geneesheren van de WZC en universitaire arts-geriateren.

Daarin wordt duidelijk het volgende gesteld:

De beoordeling van de kwetsbaarheid aan de hand van een score op de Clinical Frailty Scale (CFS):

- mag niet uitsluitend gebaseerd zijn op de pictogrammen in het algoritme; het is nuttig uit te gaan van de volledige tekst, waarin elk van de stadia wordt beschreven (verderop in dit document in het Nederlands).
- moet betrekking hebben op de situatie voorafgaand aan het huidige klinische beeld; belangrijk is rekening te houden met het advies van andere zorgverleners en de familie, als de patiënt voor het eerst wordt gezien.



7.3 Het begrip levenskwaliteit

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert levenskwaliteit als “de perceptie van personen van hun plaats in het leven binnen de context van de cultuur en waardesystemen waarin zij leven en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en zorgen. Het is een breed concept dat op complexe wijze wordt beïnvloed door de lichamelijke gezondheid, psychische toestand, mate van zelfstandigheid, sociale relaties, persoonlijke overtuigingen van de persoon en zijn/haar relatie tot opvallende kenmerken van zijn/haar omgeving.” Het gaat hier om de perceptie van de persoon zelf, die deels subjectief en multidimensionaal kan zijn.

Wat de evaluatie van de levenskwaliteit door het medisch team betreft, wijst het Belgisch Comité voor Bio-ethiek, en dit is belangrijk, erop dat "het gebruik van het begrip levenskwaliteit beperkt wordt tot de inschatting van de al dan niet gunstige uitkomst van de behandeling. Bij het overwegen van een ingreep komt het er voor de arts op aan zich ervan te vergewissen dat de patiënt(e) baat zal ondervinden van de behandeling, d.w.z. dat zijn/haar gezondheidstoestand erop zal vooruitgaan en niet verslechteren. De medische beoordeling van de levenskwaliteit houdt geenszins een oordeel in over de "waarde" van het leven en de persoon van de patiënt.²¹

7.4 Het sociale model van handicap

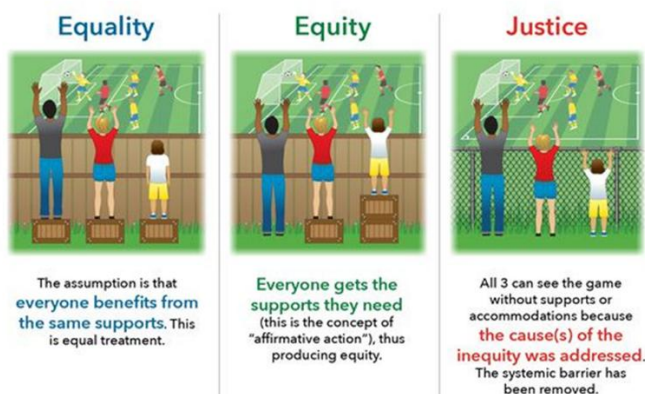
Het sociale model van handicap staat tegenover het medische model in de zin dat de omgeving wordt gezien als een bron van hindernissen, waardoor de situatie van handicap ontstaat. Zonder de handicap(s) te ontkennen, impliceert dit model een aanpassing van de omgeving, dus ook het wijzigen van de soms stereotiepe en negatieve voorstellingen die anderen hebben over mensen met een handicap. Het VRPH promoot het sociale model van handicap. In de preambule luidt het als volgt *"het begrip handicap is aan verandering onderhevig en vloeit voort uit de wisselwerking tussen personen met functiebeperkingen en sociale en fysieke drempels die hen belet ten volle, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving."*²²

Zo definieert artikel 1 van het VRPH personen met een handicap als *"personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving."*

7.5 Redelijke aanpassing

Het begrip redelijke aanpassingen werd in 2003 in België ingevoerd als onderdeel van de eerste antidiscriminatiewetgevingen. Redelijke aanpassingen worden in de wet als volgt gedefinieerd: *"passende maatregelen die in een concrete situatie en naargelang de behoefte worden getroffen om een persoon met een handicap in staat te stellen toegang te hebben tot, deel te nemen aan en vooruit te komen in de aangelegenheden waarop deze wet van toepassing is, tenzij deze maatregelen een onevenredige belasting vormen voor de persoon die deze maatregelen moet treffen."* (Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, art. 4-12).

De aanpassing compenseert de negatieve effecten van een voor een persoon met een handicap onaangepaste omgeving, waardoor een persoon met een handicap op voet van gelijkheid aan een activiteit kan deelnemen. In het onderstaande schema illustreert de middelste tekening het begrip aanpassing. De beste oplossing zit hem in anticipatie en niet in correctie. Dit is het rechter voorstel, soms ook universele toegankelijkheid genoemd, d.w.z. van meet af aan zo ontworpen dat iedereen er toegang toe heeft, ongeacht zijn of haar verschillen. In onze werkzaamheden tonen we aan hoe belangrijk het is te anticiperen op de antwoorden die nodig zijn bij de opvang van personen met een handicap in ziekenhuizen, zelfs in geval van een gezondheidscrisis met verzaaging van de gezondheidszorg.



8 Nota's

- ¹ [COVID en mensenrechten: Impact op personen met een handicap en hun naasten](#), Resultaten van de bevraging, Unia, 2020, p.37; [Personen met een handicap en ouderen hebben recht op zorg | Unia](#)
- ² [Woonzorgcentra in de dode hoek](#), mensenrechten van de ouderen tijdens de COVID-19-pandemie in België, Amnesty International België, 2020, p.24.
- ³ [‘Wij vrezin uit de boot te vallen als plaatsen schaars word... - De Standaard](#) ; [Séverine \(25\) moins prioritaire à l’hôpital car elle est autiste? - Édition digitale de Liège \(sudinfo.be\)](#)
- ⁴ Advies van de NHRPH: [Advies 2020/08 - Nationale hoge raad voor personen met een handicap \(belgium.be\)](#)
- ⁵ Persbericht: [Covid-19 et priorité d'accès aux soins : le handicap n'est pas un critère \(inclusion-asbl.be\)](#); Advies GRIP: [COVID-19: personen met een handicap en ethische afwegingen bij triage - Grip \(gripvzw.be\)](#) ; [Covid-19 ZeldzameZiekten standpunt-en-aanbevelingen RaDiOrg_def-2.pdf](#)
- ⁶ [Aanbeveling COVID-19: Ethische aspecten betreffende prioritering van zorg | FOD Volksgezondheid \(belgium.be\)](#)
- ⁷ Wie er meer over wil weten kan terecht op de website van Unia [Discriminatie: enkele verduidelijkingen | Unia](#)
- ⁸ Een [protocol](#) tussen de federale overheid en de deelstaten legt bepaalde indicatoren vast om het redelijke karakter van de aanpassing te beoordelen, waaronder de financiële kost, de impact op de organisatie, het gebrek aan alternatieven, enz.
- ⁹ [OHCHR | Convention on the Rights of Persons with Disabilities \(ohchr.org\)](#)
- ¹⁰ Souligné par nos soins et suivantes
- ¹¹ Slotaanbevelingen aan België (2014) [docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsijHe7ia4QapdfXcn9RXjWGUnLq7lBzf6jZqm5v8d04CHmp7F4CYraPSGkq8DobTcQt49liHrAEEi%2fvIMoOPS4CA3KPOPP7Jfc97KRfT2u8Q](#)
- ¹² Uittreksel [brochure wet “rechten van de patiënt”](#), FOD Volksgezondheid, Federale commissie “Rechten van de patiënt”,
- ¹³ Aanbeveling van 21 december 2020 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek België, p 3.
- ¹⁴ Ibidem p.12
- ¹⁵ Ibidem p.16
- ¹⁶ Zie het project 'Welcome à l’hôpital de la Citadelle à Liège': [CHR de la Citadelle - Welcome : accueil des personnes à besoins spécifiques \(chrcitadelle.be\)](#); afstandtolken in gebarentaal in een aantal ziekenhuizen, project gefinancierd door de FOD Volksgezondheid [Interprétation à distance en Langue des Signes de Belgique francophone | FOD Volksgezondheid \(belgium.be\)](#);
- ¹⁷ Aanbeveling van 21/12/2020 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek p.4.
- ¹⁸ Ibidem p.15
- ¹⁹ Genoemd in *Admission et devenir du sujet âgé en réanimation*, Philippe Seguin, Yvonnick Malledant, Le Congrès 2017, Session commune IDE/IADE, © Sfar, Paris.
- ²⁰ <https://www.lecmg.be/wp-content/uploads/2020/07/20200402-Algorithmes-PA-COVID.pdf>
- ²¹ Aanbeveling van 21 december 2020 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek België
- ²² Verdrag van de Verenigde Naties inzake rechten van personen met een handicap, 2006, Préambule e)