

Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van Covid-19

✉ W. PINXTEN, F. CAEYMAEX, P. COSYNS, G. GENICOT, G. LEBEER, T. GOFFIN

MEDISCHE ETHIEK 18 maart 2021



Inhoudsopgave

1. [De organisatie van de zorg](#)
2. [De patiënt](#)
3. [Zorgverleners](#)
4. [Zorginstellingen en eerstelijnszorg](#)
5. [Besluit](#)
6. [Mededeling](#)
7. [Auteursverwijzing](#)
8. [Abstract](#)
9. [Samenvatting](#)
10. [Literatuur](#)

De organisatie van de zorg

Bij het zoeken naar een goede balans tussen beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg moeten het beschikbare personeel en materiaal zo ingezet worden dat de hoogst mogelijke graad van realiseerbare zorg geboden kan worden.

Op het niveau van de organisatie van de zorg stelt zich de uitdaging om in voldoende capaciteit van zorg te voorzien, zowel voor covidpatiënten, als voor essentiële zorg voor andere patiënten. Bij het zoeken naar een goede balans tussen beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg moeten het beschikbare personeel en materiaal zo ingezet worden dat de hoogst mogelijke graad van realiseerbare zorg geboden kan worden. De volgende ethische overwegingen zijn dan van belang:

- De toegankelijkheid van de zorg moet maximaal gevrijwaard worden voor alle patiënten – met of zonder covidinfectie – door de capaciteit optimaal te benutten, te verhogen waar mogelijk en indien nodig patiënten te spreiden over instellingen, regio's en landsgrenzen heen;
- Inspanningen en middelen om de kwaliteit van zorg op peil te houden, inclusief beschermingsmateriaal, testcapaciteit, medicatie en zuurstof, moeten fair verdeeld worden over het hele zorglandschap: de eerstelijnszorg, thuiszorg, gespecialiseerde zorg in ziekenhuizen en diverse vormen van residentiële zorg;
- Omdat de residentiële zorg niet over een gelijkaardige infrastructuur en capaciteit beschikt om aan infectiepreventie en -behandeling te doen als ziekenhuizen, is er nood aan gepaste ondersteuning, waarbij de coördinerende en raadgevende artsen (CRA) en huisartsenkringen een sleutelrol kunnen spelen;
- Periodes van uitstel van niet-dringende zorg moeten zo kort mogelijk gehouden worden, waarbij er voldoende aandacht besteed wordt aan de impact op de kwaliteit en uitkomst van zorg. Ook bij de bepaling welke zorg kan worden uitgesteld, is een prioriteringsoefening nodig;
- Zowel de beschikbaarheid van materiaal als van zorgverleners spelen een essentiële rol bij het realiseren van kwaliteitsvolle zorg. Daarom moeten die beschikbaarheid en bovenal de belasting en het welzijn van het zorgpersoneel nauwgezet opgevolgd worden.

De patiënt

Alle patiënten zijn fundamenteel gelijkwaardig en hebben zonder onderscheid op grond van geslacht, afkomst, socio-economische status, geloof, leeftijd, cultuur of andere onrechtmatige discriminatiegronden recht op kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. Daarboven waarborgt de wet betreffende de rechten van de patiënt het recht op (1) kwaliteitsvolle dienstverlening, (2) informatie over de gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan, (3) geïnformeerde toestemming, (4) een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier en (5) het neerleggen van een klacht.

Het recht op geïnformeerde toestemming behelst ook het recht om behandelingen te weigeren en om voorkeuren met betrekking tot zorg vast te leggen. Dat kan onder meer door voorafgaande wilsverklaringen of vroegtijdige zorgplanning (VZP).

Het recht op geïnformeerde toestemming behelst ook het recht om behandelingen te weigeren en om voorkeuren met betrekking tot zorg vast te leggen. Dat kan onder meer door voorafgaande wilsverklaringen of vroegtijdige zorgplanning (VZP). Het is in de huidige omstandigheden van wezenlijk belang om na te gaan of er een VZP werd opgesteld of kan worden opgesteld. Bij het initiëren van nieuwe VZP moet worden nagegaan of de actuele omstandigheden de juiste psychosociale en emotionele context bieden om dit volgens de goede praktijk te kunnen doen.

Het recht op informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, op geïnformeerde toestemming en op een patiëntendossier impliceren dat zorgverleners en zorginstanties transparant moeten zijn naar de patiënt. Patiënten (en indien zij dat wensen ook de naasten of vertrouwenspersoon) moeten daarom helder geïnformeerd worden over beslissingen om bepaalde zorgen (mogelijk) niet op te starten of af te bouwen, en die beslissingen moeten in het patiëntendossier geregistreerd worden. Wanneer de patiënt niet meer wilsbekwaam is, moeten de belangen en wensen van de patiënt zoveel mogelijk uitgedragen worden door diegenen die namens hem beslissen.

De Covid-19-crisis kan het respect voor de patiëntenrechten bemoeilijken, omdat er bijvoorbeeld een onvermogen bestaat om patiënten te behandelen in een voorziening naar hun keuze, omdat het beslissingsproces bemoeilijkt wordt door de beperkte contactmogelijkheden met familie en naasten, of omdat de toestand van de patiënt de communicatie ernstig belemmert of onmogelijk maakt. In die uitzonderlijke omstandigheden blijft de wet betreffende de rechten van de patiënt echter onverminderd gelden.

Zorgverleners

Medische beslissingen over het opstarten, voortzetten of afbouwen van behandelingen maken inherent deel uit van de praktijk, ongeacht de omstandigheden. Bij dergelijke beslissingen worden medische criteria beschouwd in het licht van grote ethische principes, zoals gelijkheid, weldoen, niet-kwaaddoen, autonomie en respect voor de waardigheid van de persoon. Ook het instellen van therapiebeperkingen maakt deel uit van de

normale medische praktijk. Het behoort tot het oordeelsvermogen van artsen om in te schatten welke zorg medisch aangewezen is en welke zorg onvoldoende therapeutisch voordeel aan de patiënt biedt. Hoewel medische beslissingen over therapiebeperkingen in essentie door artsen en medische teams gemaakt worden, moeten patiënten maximaal in die beslissingen worden betrokken.

Een gevestigde manier om therapiebeperkingen in te stellen zijn DNR-codes, waarmee vooraf in het patiëntendossier wordt vastgelegd welke behandelingen niet opgestart of afgebouwd zullen worden. Ze zijn bijzonder relevant voor het vermijden van disproportionele zorg, ook bij patiënten met een covidinfectie. Omdat VZP en DNR-codes niet automatisch aan elkaar gekoppeld worden, is het aangewezen om wanneer de VZP een sterke overeenkomst met een DNR-code vertoont, de corresponderende DNR-code in het patiëntendossier te registreren.

Mocht zich een complete saturatie van de afdelingen Intensieve Zorgen voordoen, worden artsen gedwongen om een beperkt aantal patiënten te selecteren uit al diegenen die hiervoor normaal gesproken in aanmerking komen. Er bestaat geen procedurele uitweg uit deze impasse: geen enkel triagecriterium biedt een wonderoplossing dat artsen van deze beslissing kan ontlasten.

Wanneer prioritering noodzakelijk wordt, is het logisch dat het efficiënt gebruik van middelen op het voorplan komt en dat men zoveel mogelijk mensen zorg wil bieden of zoveel mogelijk gezondheidswinst wil realiseren. Daarbij is het een bijzondere zorg om schaars geworden middelen niet onnodig verloren te laten gaan, door ze bijvoorbeeld in te zetten voor de behandeling van patiënten waarvan verwacht wordt dat de uitkomst van de behandeling ondermaats zou zijn. Aandacht voor het aantal geredde levens en gewonnen kwaliteitsvolle levensjaren is hierbij van belang.

In ethisch perspectief betreedt men dan het terrein van het utilitarisme. Utilitaristisch streven kan in spanning komen te staan met andere ethische principes die in normale omstandigheden als fundamenteel worden beschouwd, zoals de weigering om onderscheid te maken op basis van leeftijd of bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren. Het is niet eenvoudig om zulke tegenstrijdige waarden in praktijk te verzoenen en naast utilitaristische overwegingen ook andere belangen, zoals gelijke behandeling en gelijkheid van kansen, in beeld te houden.

In het ethisch debat, de vakliteratuur, richtlijnen, adviezen en de effectieve praktijkvoering bestaat er geen eenduidigheid over welke criteria van toepassing zijn. Wel worden bepaalde overwegingen in de meerderheid van deze documenten aangehaald, zij het in verschillende varianten. Andere criteria zijn bron van grotere controverse. Tegen de achtergrond van deze lopende discussie over de toepasselijke selectiegronden, formuleerde het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek – zonder daarbij exhaustief te zijn – beslissingsoverwegingen:

- Medische criteria, die hoe dan ook deel uitmaken van het normale medische beslissingsproces, moeten ten volle benut worden om elk relevant onderscheid tussen patiënten in overweging te nemen. Met die criteria worden de

medische zinvolheid, duur en uitkomst van de behandeling ingeschat. Gestandaardiseerde meetinstrumenten, waaronder de Clinical Frailty Scale, kunnen daarbij behulpzaam zijn. Waakzaamheid om patiënten niet te reduceren tot beschikbare medische parameters blijft echter geboden;

- In bestaande richtlijnen wordt ook regelmatig verwezen naar levenskwaliteit. Daarbij is het belangrijk dat het gebruik van dat begrip beperkt wordt tot de inschatting van de al dan niet gunstige uitkomst van de behandeling. De ethische principes van weldoen, niet-kwaaddoen en gelijkheid van behandeling moeten hierbij steeds voorop staan. De medische overweging van levenskwaliteit mag in geen geval uitgebreid worden tot een oordeel over de waarde van het leven of de persoon van de patiënt;
- In elke beslissing moet het gelijkheidsbeginsel grondig in overweging genomen worden. Onrechtmatige discriminatiegronden – waaronder onderscheid op grond van geslacht, afkomst, seksuele geaardheid, religie, geestelijke gezondheid, handicap, leeftijd, huidskleur, cultuur, sociaaleconomische status – mogen nooit gebruikt worden. Daarnaast verdienen ook meer impliciete vormen van discriminatie de nodige aandacht. Het Comité is in dat verband van mening dat sociale kwetsbaarheid niet als uitsluitingsgrond mag gelden, ook al heeft deze een impact op de verwachte uitkomst. Wanneer de sociaal-economische situatie van een patiënt de revalidatie dreigt te bemoeilijken, mag dit niet als een medische evaluatie beschouwd worden, maar moet er net ingezet worden op gepaste ondersteuning;
- Zoals ook in de gewone praktijk worden therapeutische hardnekkigheid vermeden en de proportionaliteit van de zorg permanent bewaakt. Bij de medische evaluatie van patiënten moet zorgvuldig worden ingeschat of de patiënten met redelijke inzet van middelen een hoopvolle uitkomst kunnen bekomen. Hierbij moet niet alleen de opname op de afdeling Intensieve Zorgen, maar het hele genezingsproces in overweging genomen worden;

Gezondheidszorg is niet de geëigende plaats om persoonlijke keuzes te belonen of af te straffen.

Risicogedrag dat aanleiding kan geven tot infectie met of verspreiden van Covid-19 geeft daarom geen aanleiding tot uitsluiting van zorg.

- Op grond van respect voor het gelijkheidsbeginsel worden criteria die persoonlijke verdienste of verantwoordelijkheid evalueren, uitgesloten. Gezondheidszorg is niet de geëigende plaats om persoonlijke keuzes te belonen of af te straffen. Risicogedrag dat aanleiding kan geven tot infectie met of verspreiden van Covid-19 geeft daarom geen aanleiding tot uitsluiting van zorg. Omgekeerd geeft het opnemen van bijzondere engagementen – zoals zorgverlening – in principe geen aanleiding tot prioritaire toegang tot de zorg. Prioritaire toegang voor personen werkzaam in de zorg kan echter wel gerechtvaardigd zijn wanneer zij in het kader van hun werk mogelijk een grote blootstelling aan het virus hebben ervaren;
- Leeftijdsgrenzen, volledig losgekoppeld van medische gronden, worden nooit in overweging genomen. Leeftijd kan wel – wanneer gerelateerd aan ouderdomsgebonden ziektelast – een onderdeel van de medische evaluatie uitmaken. Voor de uitsluiting van ouderen op grond van intergenerationele solidariteit is er volgens het Comité onvoldoende ethische verantwoording;
- Er wordt gepaste aandacht besteed aan gezondheidsgelateerde kwetsbaarheden die losstaand van een covidinfectie juist aanleiding zouden geven tot bijkomende zorg in plaats van restrictie van zorg. Hiertoe behoren bijvoorbeeld patiënten die een kwetsbare gezondheid hebben door een acuut maar behandelbaar gezondheidsprobleem of patiënten met een aangeboren aandoening of ander chronisch gezondheidsprobleem. Indien die patiënten mits goede zorgen een goede uitkomst op lange termijn mogen verwachten, moeten artsen erover waken dat zij door een ongenueanceerd hanteren van medische criteria niet dubbel getroffen worden: enerzijds door de onderliggende conditie, anderzijds door uitsluiting van zorg op grond van een slechtere score op medische criteria in vergelijking met patiënten die geen onderliggende conditie hebben;
- Beslissingen worden collegiaal gemaakt door een team van zorgverleners. Daarbij zijn minstens twee – en bij voorkeur meer – leden van de medische staf betrokken. Het betrekken van zorgverleners uit verschillende

disciplines en domeinen, inclusief het verpleegkundig team, strekt tot aanbeveling. Het verdient ook aanbeveling dat waar mogelijk bovendien een ten aanzien van de patiënt en betrokken diensten onafhankelijke arts in de beslissing wordt betrokken. De complementariteit aan inzicht en expertise vergroot de efficiëntie van het beslissingsproces. De betrokkenheid van het team verdeelt bovendien de morele last van deze zware beslissingen over meer schouders. Dezelfde collegialiteit is aangewezen bij elke evaluatie waarbij patiënten worden doorverwezen: van de thuissituatie of een residentiële zorgvoorziening naar een ziekenhuis, of van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis, mogelijk in een andere regio of een ander land. Het besluitvormingsproces moet transparant zijn en gebaseerd op expliciete en gerechtvaardigde criteria. Het moet te allen tijde worden ondersteund door ethische richtsnoeren van een intern of extern orgaan.

Het Comité was zich er bij het opstellen van deze beslissingsoverwegingen ten zeerste van bewust dat de debatten over de bovengenoemde criteria nog volop gevoerd worden. Het nam er daarom akte van dat hierover momenteel geen unanimiteit bestaat binnen de beschikbare richtlijnen en adviezen. Dat is in bijzonder het geval voor het “first come, first served” criterium, waarover grote controverse bestaat.

Bij het maken van prioriteringsbeslissingen moeten medische en ethische aspecten maximaal overwogen worden en moeten patiënten en hun naasten – voor zover de omstandigheden dit toelaten – betrokken worden.

Zorginstellingen en eerstelijnszorg

Een niet te onderschatten rol bij het beheersbaar maken van de pandemie komt toe aan de zorginstellingen en de eerstelijnszorg. Zij staan voor de complexe taak om de zorg te managen en de zorgverleners hierbij in hun taken te ondersteunen.

In het kader van de ziekenhuisnoodplanning moet elk ziekenhuis een coördinatieceel oprichten. Het verdient aanbeveling om binnen die coördinatieceel of gekoppeld eraan een comité op te richten dat onder leiding van de hoofdarts het management van de zorg tijdens de pandemie beheert. Het is de opdracht van dat comité om aan de hand van een duidelijke strategie te beslissen over de toewijzing van alle bedden capaciteit, mankracht en ondersteunende middelen, maar ook over de planning van de zorgen, waarbij voorrang gegeven moet worden aan dringende en essentiële zorg en andere zorgen uitgesteld moeten worden. De commissie voor medische ethiek kan een adviserende rol spelen.

Bij het uitstellen van reguliere zorg moeten de gevolgen van deze beslissingen op korte en langere termijn zorgvuldig overwogen worden en moeten duidelijke criteria gehanteerd worden om te beslissen welke zorg gedurende welke periode uitgesteld wordt en welke zorg doorlopend aangeboden blijft.

De beslissingen die door de coördinatieceel of gerelateerde organen gemaakt worden, moeten op een transparante en duidelijke manier binnen het ziekenhuis en naar zorgverleners toe vanuit de eerste lijn gecommuniceerd worden.

Ook buiten de ziekenhuizen stelt het managen van de zorg gedurende de pandemie complexe uitdagingen, zowel in de residentiële zorg, de eerstelijnszorg alsook specifiek in de thuiszorg. Die zorgsettings zijn veelal niet gericht op het organiseren van covidzorg. Het is evenwel ook extra muros noodzakelijk om de strategie te bepalen waarmee deze pandemie vanuit elke zorgsetting het best wordt bestreden. Huisartsenkringen, samen met de coördinerende en adviserende artsen van de residentiële zorginstellingen, spelen daarbij een cruciale rol.

Een zeer belangrijk aspect is ook het beschikbare personeel. Het is dan ook noodzakelijk om verhoogde aandacht te hebben voor het mentaal en fysiek welzijn van het personeel, in het bijzonder personeel van zwaar belaste zorgdiensten.

Wanneer wordt nagedacht over beschikbare en inzetbare capaciteit, gaat het niet enkel over het voorhanden zijn van voldoende (beschermings)materiaal en bedden. Een zeer belangrijk aspect is ook het beschikbare personeel. Het is dan ook noodzakelijk om verhoogde aandacht te hebben voor het mentaal en fysiek welzijn van het personeel, in het bijzonder personeel van zwaar belaste zorgdiensten.

Wanneer het bestaande zorgpersoneel binnen een afdeling ontoereikend blijkt, moeten flexibele, maar wel zorgvuldige oplossingen gezocht worden, zoals het inzetten van zorgpersoneel uit andere zorgafdelingen en andere zorgberoepen, van studenten uit zorgopleidingen en het betrekken van niet-zorgpersoneel. Daarbij is het belangrijk dat de mogelijkheden om een tekort aan of uitputting van zorgverleners vermeden worden en de kwaliteit en veiligheid op het hoogst mogelijke niveau gehouden worden.

Besluit

Deze aanbevelingen willen een ethisch kader bieden om over de prioriteringsbeslissingen, die verspreid over het hele zorglandschap door een diversiteit aan actoren gemaakt worden, te informeren vanuit een reflectie over de voornaamste ethische, juridische en organisatorische uitdagingen bij de respons op de Covid-19 pandemie.

Mededeling

Verscheiden ziekenhuizen en instellingen hebben niet-publieke richtlijnen met ons gedeeld. Willeke Dijkhoffz en Tom Balthazar hebben de tekst kritisch gereviseerd. Verder geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Ethische aspecten betreffende de prioritering van zorg in tijden van Covid-19*

*Aanbeveling van 21 december 2020 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad. De volledige aanbeveling kan geconsulteerd worden op:

<https://www.health.belgium.be/nl/aanbeveling-prioritering-van-zorg-tijden-van-covid-19>

Auteursverwijzing

W. Pinxten (1, 7), F. Caeymaex (2), P. Cosyns (3), G. Genicot (4), G. Lebeer (5), T. Goffin (6)

(1) Vakgroep zorg en ethiek, Universiteit Hasselt.

(2) Onderzoeker Fonds de la Recherche Scientifique (FNRS), Universiteit Luik.

(3) Co-voorzitter Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, prof. em. Psychiatrie, Universiteit Antwerpen.

(4) Faculteit rechten, unité de droit familial et médical, unité de recherche cité, Universiteit Luik.

(5) Socioloog, Université Libre de Bruxelles.

(6) Metamedica, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg, faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.

(7) Correspondentieadres: prof. dr. W. Pinxten, vakgroep zorg en ethiek, Universiteit Hasselt, Martelarenlaan 42, 3500 Hasselt; e-mail: wim.pinxten@uhasselt.be

Abstract

Ethical aspects concerning prioritizing care in times of Covid-19

Healthcare providers, patients, policymakers and the public at large face unseen challenges due to the Covid-19 pandemic, including ethical questions that cover the entire healthcare landscape: from the citizen who is subjected to specific prevention measures, primary care and residential care, and intensive care in specialized hospital wards.

By consequence, prioritization decisions are made in different places in the healthcare landscape and by various actors. Moreover, different domains within the healthcare landscape may act as communicating vessels. For example, patients who are denied access to Intensive Care Units have to be cared for elsewhere, and the centralization of resources and manpower in hospitals may complicate access to tests, protective equipment or oxygen in primary care and residential care. Furthermore, the postponement of non-urgent care to create capacity for the care for covid patients has a significant impact on non-covid related care.

Against this background, the Belgian Advisory Committee on Bio-ethics provides the current recommendations, in which four decision areas are considered: the organization of care, the patient, medical professionals, and care institutions and primary care. The recommendations were endorsed by the Order of Physicians and the Superior Health Council.

Samenvatting

De Covid-19-pandemie confronteert zorgverleners, patiënten, beleidsmakers en het brede publiek met complexe vraagstukken. De ethische vragen die zich hierbij opdringen, beslaan het volledige zorglandschap: van de burger die aan maatregelen wordt onderworpen, over de eerstelijnszorg en residentiële zorg, tot intensieve zorg op gespecialiseerde ziekenhuisafdelingen. Prioriteringsbeslissingen worden bijgevolg op diverse plaatsen in het zorglandschap en door verschillende actoren gemaakt.

De verschillende domeinen binnen het zorglandschap kunnen daarbij als communicerende vaten werken. Zo moeten patiënten die niet op een afdeling Intensieve Zorgen behandeld worden elders verzorgd worden en kan de centralisatie van middelen en mensen in de ziekenhuiszorg de toegang tot testen, beschermingsmateriaal of zuurstof in de eerste lijn en de woonzorgcentra bemoeilijken. Verder heeft het uitstel van niet-dringende zorg om ruimte vrij te maken voor covidpatiënten een belangrijke weerslag op de niet-covidgerelateerde zorg.

Vanuit dat perspectief worden in deze aanbevelingen van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek vier beslissingsdomeinen beschouwd: de organisatie van de zorg, de patiënt, medische zorgverleners en zorginstellingen en de eerste lijn. Die aanbevelingen werden onderschreven door de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad.

Literatuur

1. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, De Decker K, et al. *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive Care Medicine*. Brussels: SIZ, 2020.
2. Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie. *Leidraad voor artsen. Ziekenhuisopname bij WZC bewoner met bewezen/sterk vermoeden COVID-19 infectie. Versie 2.0. dd 21 oktober 2020. Te raadplegen via: <https://geriatrie.be/media/2020/10/Leidraad-voor-artsen-ziekenhuisopname-bij-WZC-bewoner-met-COVID-19-23092020-1.pdf>*
3. CEOM-ECMO. *Principles of European Medical Ethics van de Europese Raad van Ordes van Geneesheren*. Brussel: CEOM, 2020. Te raadplegen via: <http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne>
4. Académie royale de Médecine de Belgique. *Mise au point du 4 novembre 2020 de l'Académie royale de Médecine de Belgique sur le tri des patients dans le cadre de la crise du COVID-19*. Bruxelles: ARMB, 2020. Beschikbaar via:

www.amb.be

5. Advies Hoge Gezondheidsraad. COVID-19 en tekort aan beademingstoestellen: ethisch en juridisch advies. Brussel: HGR-CSS, 2020. Beschikbaar via: <https://www.health.belgium.be/nl/hoge-gezondheidsraad>
6. Advies Nationale Raad van de Orde der Artsen. Nood aan een efficiënte aanpak onder leiding van de hoofddarts om in een ziekenhuis de dreigende schaarste aan middelen door de COVID-19-pandemie op te vangen. Brussel: OrdoMedic, 2020. Beschikbaar via: www.ordomedic.be
7. Vlaams Patiëntenplatform. Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus Covid-19? Heverlee: Vlaams Patiëntenplatform vzw, 2020. Te raadplegen via: http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Rapport_uitgestelde_zorg.pdf
8. Advies nr. 41 van 16 april 2007 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek over de geïnformeerde toestemming en “DNR”-codes. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2020. Te raadplegen via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_41_dnr_web.pdf
9. Advies nr. 48 van 30 maart 2009 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende het Belgisch operationeel plan influenzapandemie. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2020. Te raadplegen via: <https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-48-belgisch-operationeel-plan-influenzapandemie>
10. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Brussel: Ministerie Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002.
11. Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie. Brussel: POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie, 2007.
12. Wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de Covid-19-pandemie. Brussel: FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2020.
13. Wet van 6 november 2020 om toe te staan dat in het kader van de coronavirus-Covid-19-epidemie verpleegkundige activiteiten worden uitgeoefend door personen die wettelijk daartoe niet bevoegd zijn. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2020.
14. Wetsvoorstel van 29 oktober 2020 houdende diverse sociale maatregelen als gevolg van de Covid-19-pandemie. DOC 55 1365/10. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2020. Te raadplegen via: <https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/none&leftmenu=no&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=55&dossierID=1365>