

Observatorium  
voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel



Observatoire  
de la Santé et du Social  
Bruxelles



In samenwerking met:



WELZIJN  
WONEN  
ZORG



École de  
Santé Publique  
de l'ULB

# COVID, EEN BEPROEVING VOOR DE WOONZORGCENTRA IN HET BRUSSELS GEWEST

Een kwalitatieve studie onder het personeel,  
de bewoners en hun naasten

Onder leiding van:

**SYLVIE CARBONNELLE**

Met **AMANDINE KODECK, CÉLINE MAHIEU, OLIVIA VANMECHELEN**



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE  
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Observatorium  
voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel



Observatoire  
de la Santé et du Social  
Bruxelles

---

# **COVID, EEN BEPROEVING VOOR DE WOONZORGCENTRA IN HET BRUSSELS GEWEST**

**Een kwalitatieve studie onder het personeel,  
de bewoners en hun naasten**

Onder leiding van:  
SYLVIE CARBONNELLE

Met AMANDINE KODECK,  
CÉLINE MAHIEU,  
OLIVIA VANMECHELEN

## RESEARCHPARTNERSCHAP

### Medecontractanten:

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl

#### **Sylvie CARBONNELLE**

*Algemene coördinatie, onderzoek en redactie van het rapport (uitgezonderd het gedeelte dat betrekking heeft op de coördinerende en raadgevende artsen (CRA) en huisartsen)*

*[sylvie.carbonnelle@ulb.be](mailto:sylvie.carbonnelle@ulb.be)*

Coördinatie Infor-Homes/Home-Info asbl-vzw

#### **Amandine KODECK en Ivan DE NAEYER**

### Samenwerkingen:

Centre de recherche Approches Sociales de la Santé (CRISS), ESP-ULB

#### **Céline MAHIEU**

*Artsenbevraging, redactie van dit luik*

Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg

#### **Olivia VANMECHELEN**

*Bevraging in de instellingen van de Vlaamse Gemeenschap*

### Disclaimer:

De medecontractanten zijn verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport en de aan de overheidsinstanties gedane aanbevelingen. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn heeft dit rapport besteld.

**Opmaak:** Idealogy

**Vertaling:** Iso Translation & Publishing

**Wettelijk depot:** D/2023/9334/70

### Meer informatie?

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Belliardstraat 71, bus 1, 1040 Brussel

*<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>*

### Citeren als volgt:

Carbonnelle S. (leid.), Kodeck A., Mahieu C., Vanmechelen O. Covid, een beproeving voor de woonzorgcentra in het Brussels Gewest. Een kwalitatieve studie onder het personeel, de bewoners en hun naasten. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. 2023.

Beschikbaar via: *<https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publicaties/externe-rapporten-0>*

**Cette publication existe aussi en français.**

**De Nederlandse versie van deze studie is een vertaling van het door de auteurs in het Frans geschreven rapport.**



# Dankwoord

We willen onze oprechte dank uitspreken aan allen die hebben bijgedragen aan het volbrengen van deze studie in een bijzonder hectische periode:

de directies die de deuren van hun instelling voor ons openden en ontmoetingen regelden met hun personeel, hun bewoners en hun naasten,

de zorgverleners die bereid waren om te praten over hun ervaringen en de vaak moeilijke omstandigheden waarin ze moesten werken,

de bewoners die ons te woord stonden in de privésfeer van hun 'thuis' en getuigden over de impact van de COVID-19-crisis op hun dagelijks leven,

en tot slot, 'de naasten' die tijdens de gesprekken en in de focusgroepen uiting gaven aan hun verdriet over het onvrijwillig verbroken contact met hun ouder, partner enz.

We danken eveneens alle leden van het begeleidingscomité, Olivier Gillis, Elise Mendes da Costa, Laurence Noël, Denis Herbaux, Cécile Riche en Nicolas Rossignol met wie we tijdens het hele onderzoeksproces waardevolle en fijne inzichten uitwisselden.

Ik wil ook mijn oprechte dank betuigen aan de medewerkers en collega's die hun schouders onder dit project hebben gezet.

Tot slot dank ik in het bijzonder Guy Lebeer en Pierre Lannoy voor hun beschikbaarheid en goede raad.

S. Carbonnelle

<b>Dankwoord</b>	<b>4</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>8</b>
1. De COVID-19-epidemie eist een zware tol in de woonzorgcentra	8
2. De betrokkenen aan het woord	10
<b>2. Uitrol van de studie en methodologie</b>	<b>12</b>
1. Verkennende fase	12
2. Bevraging via gesprekken	12
3. De focusgroepen	14
4. Scenarioworkshop	15
<b>3. De gezondheidscrisis door de ogen van zorgverleners. Een beproeving in vier fasen</b>	<b>16</b>
<b>Eerste fase. Een chaotische situatie</b>	<b>18</b>
1. “We beseften niet waarin we terecht waren gekomen”	18
2. In het begin was er angst	19
3. “Het virus is onder ons!” De eerste besmettingen en overlijdens onder de bewoners zijn een feit	20
4. Besmetting van het personeel. “Als brandweerlieden zonder bescherming”	22
5. Besmet zijn, schrik hebben om anderen te besmetten, afhaken	22
6. Geen doorverwijzing naar ziekenhuizen. Ethische malaise	23
7. Wachten op testresultaten	29
8. Onvolledige en tegenstrijdige informatie	29
9. Tekort aan materiaal	30
9.1. Bescherming op twee snelheden	31
10. Gebrek aan zuurstof	32
<b>Tweede fase: leren leven met het virus en zich aanpassen</b>	<b>33</b>
1. De aankondiging van de <i>lockdown</i>	34
2. Uitvoering van de procedures	34
3. De ondersteuning voortzetten en zich aanpassen	36
3.1. Het personeelstekort opvangen	36
3.2. Professionele inzet en solidariteit	37
3.3 Spanningsveld tussen werk en privé	40
4. De ruimten herinrichten en de praktijken daarop afstemmen	40
5. De communicatie met de familieleden aanpassen	41
6. Ontwrichte ondersteuning	42
6.1. De zorgkwaliteit teruggeschroefd	42
6.2. Verstoorde zorgrelatie	42
6.3. Lockdown van de bewoners	43
6.4. De cohortering	44

6.5. Wat met bewoners die wegwijnen	45
6.6. Wat met bewoners die zich niet aan de maatregelen hielden of ze niet begrepen	46
7. Gefnuikte stervensbegeleiding	50
8. Rouwzorg in mineur	51
9. Spanningen in de relatie met de familie en naasten	53
10. Bijstand van de coördinerende artsen en huisartsen	54
<b>Derde fase: versoepelen en standhouden</b>	<b>57</b>
1. Bezoekers welkom, maar onder voorwaarden	57
2. Een aanslepende crisis, ondanks de vaccinatie	58
3. Herdenking van de overleden bewoners	59
<b>Vierde fase: een tegenstrijdige balans</b>	<b>60</b>
1. De beproeving doorstaan	60
2. Blijvend getekend. Gevoel van verslagenheid	62
2.1. Nood aan ondersteuning	64
2.2. Uit de zorgsector stappen?	64
3. Openbloeien tijdens de crisis	65
4. Wachten op een koerswijziging van het beleid	65
<b>4. De crisis door de ogen van familieleden en naasten. Van berusting tot verontwaardiging</b>	<b>67</b>
1. Vervlogen tijd	67
2. Ongelijke ervaringen	67
3. Geruststellende communicatie als onmisbare schakel voor een stabiele band	70
4. Lockdown met stuitende praktijken	72
5. Beperkte contacten en maskerverplichting	73
6. Van toereikende zorg tot flagrante tekortkomingen	74
7. Het verdriet van naasten en omgeving	75
8. Uitgeholde positie van familie en vrienden	75
<b>5. De crisis door de ogen van de bewoners. Van een test in relativeren tot een breuk met het gewone leven</b>	<b>76</b>
1. Geduldig afwachten. Een test in relativeren	77
1.1. “De test zonder kleerscheuren doorstaan”	78
1.2. “Zich beschermd voelen”	78
2. Tanende energie. Een beproeving die kwetsbaar maakt	79
2.1. “Ik durf niet meer naar buiten te gaan”	79
2.2. “Uiteindelijk laat je je gaan”	80

3. Een gevoel van afzondering. Het dagelijks leven verstoord en beproefd	80
3.1. “Zoals in de gevangenis”	81
3.2. “Ik kon me niet inbeelden zo te leven tot het einde van mijn dagen”	82

## **6. Nadenken over de toekomst. Aandachtspunten voortkomend uit de ervaring van de Covid-19-crisis in woonzorgcentra**

**84**

1. Crisisbeheer vergemakkelijken	85
1.1. Op overheidsniveau	85
1.2. Op het niveau van de woonzorgcentra	87
2. De organisatie en de omkadering van het werk herdenken	87
2.1. Personeel in woonzorgcentra	87
2.2. Opleiding	89
2.3. Arbeidsomstandigheden in woonzorgcentra	89
2.4. Institutionele cultuur - Begeleidingsmodellen	90
3. De samenwerking in en rond de woonzorgcentra versterken	92
3.1. Samenwerkingsverbanden binnen dezelfde sector, tussen woonzorgcentra	92
3.2. Samenwerkingsverbanden tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen	92
3.3. Samenwerking coördinerende arts - huisarts	93
4. Rekening houden met het leed van verzorgenden, bewoners en naasten	93
4.1. Ethische reflectie	93
4.2. Stervensbegeleiding en lijkrituelen	94
5. De bewoners en naasten meer inspraak geven	94
5.1. Participatie van de bewoners	94
5.2. Erkenning van de rol van de naasten	94
5.3. Conflict- en klachtenbeheer	94
5.4. Deelname aan overleg- en besluitvormingsorganen	95
6. Het imago van de woonzorgcentra verbeteren	95
6.1. Verwachtingen tegenover de media	95
6.2. Verwachtingen ten aanzien van de overheid	95

## **Bibliografie**

**97**

## **Bijlagen**

**104**

Contextualisering van de aanpak van de COVID-epidemie in de woonzorgcentra in het Brussels Gewest, van januari 2020 tot december 2021	104
Tabel 1 – Verdeling van de woonzorgcentra (Doelgerichte steekproef)	107
Kaart 1 – Geografische spreiding van de woonzorgcentra	107
Tabel 2 – Verdeling van de interviews per profiel	108

# 01

## Inleiding

### 1. De COVID-19-epidemie eist een zware tol in de woonzorgcentra

Ook België werd begin 2020 geconfronteerd met de COVID-19-epidemie, een gezondheids crisis die qua omvang en complexiteit haar voorgaande niet kent. Tussen de bekendmaking van de eerste overlijdens ten gevolge van deze extreem besmettelijke ziekte in februari 2020 en eind 2022, wanneer het virus blijft circuleren en zich nieuwe varianten hebben ontwikkeld, werden we overspoeld door een ‘gezondheids tsunami’, een situatie waarop een tijdlang alle grip verloren leek<sup>1</sup>. Het leven van de burgers, en in het bijzonder van alle mensen die in instellingen verblijven, zoals bewoners van woonzorgcentra<sup>2</sup>, werd compleet omgegooid. Er was niet alleen de blootstelling aan de verschrikkingen van het dodelijke virus, maar ook de beperkingen om de verspreiding ervan te voorkomen (social distancing, fysieke bescherming, lockdown, kamerisolatie enz.) bleven niet zonder gevolgen.

In september 2020 schreven Mélanie Bourguignon en haar collega’s dat België in de wereldtop stond van de zwaarst getroffen landen op het vlak van besmettingen en overlijdens per inwoner. Dat bracht hen tot de conclusie dat deze pandemie een van de dodelijkste periodes is uit de geschiedenis van ons land sinds de Tweede Wereldoorlog<sup>3</sup>. Het aantal sterfgevallen bleef daarna stijgen en bereikte volgens de gegevens van Sciensano begin februari 2021 de kaap van 20.000 personen, waarvan de helft te betreuren viel in de woonzorgcentra<sup>4</sup>.

De sector deelde zwaar in de klappen. Er vonden werkelijk apocalyptische taferelen plaats met verwoestende gevolgen waarvan de sector nog niet volledig is hersteld. Sinds het begin van de pandemie wordt naar de crisis verwezen in termen als ‘ramp’, ‘catastrofe’, ‘bloedbad’, ‘gruwel’, ‘slachting’<sup>5</sup>... Deze uitspraken verraden de diepgewortelde ontredde -verontwaardiging zelfs - die vanuit alle lagen van de samen-

1. *L’Echo*, 18 oktober 2020 (Interview met Frank Vandenbroucke door S. Leroy).

2. Volgens de definitie van de GGC zijn rusthuizen (ook «woonzorgcentra» genoemd in het Nederlands) “tehuizen waar ouderen collectief en permanent verblijven. Zij bieden zorg, hulp bij het dagelijks leven en diverse activiteiten”. Zij vangen personen van minimaal 60 jaar op (mits uitzonderingen). <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/bijstand-aan-personen/rusthuizen>

3. Bourguignon Mélanie, Damiens Joan, Doignon Yoann, Eggerickx Thierry, Fontaine Scott, Lusyne Patrick, Plavsic Audrey, Sander-son Jean-Paul, *Surmortalité liée à la COVID-19 en Belgique : variations spatiales et socio-démographiques*, Document de travail 17, Centre de recherche en démographie, Louvain-la-Neuve, 2020, 42 pagina’s.

4. Sciensano is een openbare instelling, erkend als onderzoeksinstelling door het Federaal Wetenschapsbeleid, die onder meer verantwoordelijk is voor de gegevensverzameling rond COVID-19-mortaliteit. Sciensano maakte op 31 januari 2021 bekend dat 57,02 % van alle COVID-19-overlijdens in België (21.137 sterfgevallen) sinds het begin van de registratie betrekking hadden op bewoners van woonzorgcentra (12.055 sterfgevallen). In Brussel ging het om 1.331 personen, ofwel 49,4% van het totale aantal COVID-19-overlijdens in heel het gewest (6.638 (62,0%) in Vlaanderen en 4.023 (53,0%) in Wallonië). (Sciensano, *Surveillance in woonzorgcentra, Rapport week 5, p. 13*. [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Weekly\\_Pub\\_NH\\_NL\\_2021\\_02\\_03.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_Pub_NH_NL_2021_02_03.pdf) (sciensano.be)). Het recentste rapport dat op de website van Sciensano op het moment van schrijven beschikbaar is, maakt gewag van 21.860 sterfgevallen op 14 februari 2021, aan het einde van de tweede golf. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/surveillance\\_van\\_covid-19\\_gerelateerde\\_mortaliteit\\_in\\_belgie.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/surveillance_van_covid-19_gerelateerde_mortaliteit_in_belgie.pdf) Een volgend rapport bevat de gegevens tot en met 31 augustus 2021 Surveillance in woonzorgcentra (sciensano.be)

5. Onze focus in dit onderzoek ligt niet op een uitvoerige semantische analyse van het mediadiscours. We vermelden onder meer: (zonder auteur), “Les maisons de repos belges ont été ravagées par le coronavirus”, *Le Vif*, 28.08.2020 ; “As COVID-19 hit Belgium, many elderly were left to die”, 08.08.2020, <https://www.deccanherald.com/international/world-news-politics/as-covid-19-hit-belgium-many-elderly-were-left-to-die-871170.html>; Hellendorf Yves, “Les aînés, citoyens de seconde zone ?”, *Politique*, n°112 (Numéro spécial : COVID-19 : Tout repenser), juli 2020, pp. 47-51 ; Soumois Frédéric, “Maisons de repos : les 4000 morts qu’on aurait dû éviter”, *Le Vif*, 14.07.20.



leving opsteeg. Maar tegelijk weerklinkt de roep om de vinger te leggen op wat er mis liep in ons gezondheidssysteem, de politieke verantwoordelijkheid te duiden net als, ruimer gezien, ‘onze collectieve verantwoordelijkheid’ ten aanzien van de ouderen. Of zoals Mélanie Bourguignon en coll., het verwoorden: “Ziekte en dood zijn plotsklaps (opnieuw) massaverschijnselen geworden die de gezondheidsstructuren onder druk zetten en kritieke situaties aan het licht brengen. Denk maar aan het lot van onze ouderen in de woonzorgcentra, maar ook aan de wedijver tussen de medische urgentie en de economische en sociale prioriteiten<sup>6</sup>.”

Met nooit eerder geziene sterftcijfers<sup>7</sup> lijken deze woon- en (zorg)voorzieningen voor ouderen een tijdlang niet alleen ‘plaatsen van afzondering’ te zijn geworden, maar bovendien ‘totale’<sup>8</sup>, of zelfs totalitaire<sup>9</sup> instituties, waar de bewoners als ‘gevangenen’<sup>10</sup> grotendeels van elkaar en van hun vertrouwde omgeving van familie en vrienden waren afgesneden<sup>11</sup>. In juni 2020 verkondigde de Franse hoogleraar geschiedenis van de geneeskunde Armelle Debru het volgende over de EHPAD<sup>12</sup>: “De instelling die opvang biedt, is een plek van opsluiting geworden. Streng bescherming verandert in mishandeling. Zonder

middelen, zonder methodiek verandert de thuis in een besmettingshaard. De burcht wordt een gevangenis, een valkuil. En terwijl deze hermetisch gesloten blijft voor naasten en familie, vindt het virus altijd weer zijn weg naar binnen. Door een gebrek aan bedachtzaamheid en voorbereiding aan het begin van de crisis, en een tekort aan middelen en administratieve daadkracht geschiedde het onaanvaardbare, waardoor het personeel in een spiraal van onmacht en hulpeloosheid werd ondergedompeld<sup>13</sup>.”

Een rapport van het Observatoire social européen schetste in juli 2020 een eerste beeld van de dramatische gevolgen van de epidemie voor de bejaardenzorg in verschillende Europese landen<sup>14</sup>. Het rapport wijst op verschillende oorzaken, die zowel verband houden met het publiek dat in deze instellingen verblijft als met het gezondheidsbeleid en de organisatorische omstandigheden (bijv. prioriteit geven aan de ziekenhuizen, de positie van residentiële bejaardenzorg binnen het gezondheidssysteem enz.). Dit rapport schrijft de zware impact tevens toe aan het feit dat de bewoners van woonzorgcentra vanuit epidemiologisch standpunt tot een ‘hoogrisicogroep’ behoren vanwege hun veelvuldige comorbiteiten

6. Bourguignon Mélanie et al., op. cit., p. 4.

7. Het bijzonder hoge sterftcijfer in de woonzorgcentra is volgens epidemioloog Raphaël Lagasse het belangrijkste pijnpunt van deze epidemie in ons land. (La Libre Belgique, 2 september 2020) In het werkdocument «1ère vague de l'épidémie de COVID-19 à Bruxelles – Analyse des données de mortalité et de surmortalité, avec un focus particulier sur le cas des MR/MRS» (23 september 2020, p. 3) van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel wordt de epidemiologisch evaluatie van Lagasse en Deboosere als volgt samengevat:

- . De bewoners van woonzorgcentra in België werden bijzonder hard getroffen tijdens de COVID-19-epidemie,
- . De oversterfte in de Belgische woonzorgcentra bedroeg meer dan het dubbele van de oversterfte onder de bevolking in het algemeen, en treft zowel mannen als vrouwen, op elke leeftijd.
- . Het virus blijkt iets sneller tot oversterfte te hebben geleid in de woonzorgcentra, wat lijkt aan te geven dat de besmetting waarschijnlijk vrijwel onmiddellijk aanwezig was in de woonzorgcentra vanaf het begin van de epidemie.
- . De COVID-sterfte- en oversterftcijfers wijzen erop dat ongeveer twee derden van de overlijdens in de woonzorgcentra te betreuren zijn.

Wat de 8 woonzorgcentra betreft onder de verantwoordelijkheid van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, verwijzen we naar het rapport *Sterfte onder bewoners van Vlaamse woonzorgcentra in voorjaar 2020*.

8. “Totale instituties zijn in wezen organisaties die de mens collectieve zorg verstrekken volgens een bureaucratisch systeem dat al hun noden lenigt, zonder stil te staan bij de noodzaak of de efficiëntie van dit systeem.” Goffman Erving, *Asiles*. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux, Paris, Les Editions de Minuit, 1968, p. 48.
9. Een van de maatregelen die door de overheid zijn afgekondigd of/en door de instellingen worden toegepast om het risico op besmetting van de bewoners en zorgverleners te voorkomen, is ‘kamerisolatie’ (voor de besmette bewoners) of het verbod om hun kamer te verlaten en zich naar de gemeenschappelijke ruimten en tuin te begeven, het verbod op bezoek, het verbod om het gebouw te verlaten, het verbod om persoonlijke pakketten van buitenaf te ontvangen enz. (Informatie afkomstig van de website van verschillende woonzorgcentra in het BHG).
10. Goffman Erving, *Asiles* ...
11. Besluit van de minister-president van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 10 maart 2020 houdende het verbod van bezoeken aan woonzorgcentra. Een klein jaar later was deze maatregel nog steeds van kracht in een aantal woonzorgcentra of was er inmiddels een nieuwe drastische lockdown ingesteld.
12. Etablissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Frankrijk), vertaald: instellingen voor huisvesting van afhankelijke ouderen.
13. Debru Armelle, “Des chiffres et des êtres : la tragédie des EHPAD et nous”, *Les cahiers de l’Espace éthique, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série)*, Île-de-France, oktober 2020, p. 20.
14. Declercq Anja, Stampa Mathieu de, Geffen Leon, Heckman George, Hirdes John, Finne-Soveri Harriet, Lum Terry, Millar Nigel, Morris John N., Onder Graziano, Szczerbinska Katarzyna, Topinkova Eva, van Hout Hein, Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by COVID-19? Brussel, Observatoire social européen, OSE Working Paper Series, Opinion Paper, nr. 23, juli 2020.

(die een verhoogde kwetsbaarheid vormen). Daarbij komt dat het risico op blootstelling aan het virus extra moeilijk te voorkomen is bij personen met cognitieve aandoeningen. De auteurs stellen vast dat de sector van de residentiële zorg in veel landen niet voorbereid was op een pandemie. Hoewel woonzorgcentra niet dezelfde medische technologie vereisen als de ziekenhuizen, hebben ze toch nood aan voldoende ervaren medewerkers en adequaat materiaal om de bewoners te beschermen tegen besmettelijke ziekten. In het rapport van het Observatoire social européen staat ook te lezen dat “het aantal aanwervingen in de woonzorgcentra opvallend laag is en dat de personeelsleden vaak niet gespecialiseerd zijn in geriatrische zorg. Bovendien is een nauwe samenwerking met geriatrische diensten en andere specialisaties in de meeste instellingen onbestaande”<sup>15</sup>.

De auteurs van het rapport benadrukken tevens de moeilijke omstandigheden waarin de bewoners hun levenseinde beleefden. “Ze waren niet omringd door hun geliefden. Daardoor was het vaak onmogelijk om op een waardige manier afscheid te nemen. In sommige gevallen was er geen apparatuur beschikbaar, zoals zuurstofmaskers, om hen enig comfort te schenken.

Door gebrek aan tijd en opleiding was er vaak geen vroegtijdige zorgplanning opgemaakt, waardoor het personeel en de familie in tweestrijd stonden of de bewoner al dan niet naar een ziekenhuis wilde gaan. Dit leidde tot situaties waarin overhaaste beslissingen moesten worden genomen zonder zekerheid over de wensen van de persoon”<sup>16</sup>.

## 2. De betrokkenen aan het woord

De gevolgen van de COVID-epidemie zijn en worden nog steeds beschreven en in kaart gebracht aan de hand van onder meer demografische, epidemiologische en psychosociale studies<sup>17</sup>, waarbij het voornamelijk om kwantitatieve analyses gaat. In onze studie leggen we de focus op de ervaringen van de betrokkenen: het personeel in de woonzorgcentra, de bewoners en hun naasten. Aan de hand van deze persoonlijke getuigenissen onderzoeken we de perceptie en beleving van de crisis<sup>18</sup>: met welke situaties werden de respondenten geconfronteerd, met welke pijnpunten moesten zij omgaan, waarin voelden zij zich gesterkt<sup>19</sup>, wat heeft hen – al dan niet – staande gehouden<sup>20</sup> en in welke zin woog de crisis op hun professioneel, privé- en gezinsleven en hun bestaansredenen. Het was niet onze bedoeling het onderzoek

15. Declercq Anja, et al., *Why in almost countries...*, p. 4 (onze vertaling).

16. Declercq Anja, et al., *Why in almost countries...*, p. 6 (onze vertaling).

17. In dit verband willen we ook de verhelderende studie citeren van Stéphane Adam et al., *Analyse d'impact de la crise sur les résidents, les directeurs et les professionnels en MRPA/MRS et dans les centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap (Lot 3 : axe psychosocial)*, UPSYSEN, Université de Liège, september 2020.

18. De crisis kan worden beschouwd als een ‘dérèglement’, zoals Edgar Morin het formuleert. Geciteerd door Jean Foucart, *Sociologie de la souffrance*, Brussel, De Boeck Université, 2003. Didier Fassin van zijn kant benoemt de crisis als een ‘moment critique’. En Janet Roitman stelt: “Crisis is a blind spot for the production of knowledge”. Ze voegt eraan toe: “Crisis is not a condition to be observed; it is an observation that produces meaning.” Fassin Didier, “Un moment critique”, in Fassin Didier, *La société qui vient*, Paris, Seuil, 2022, p. 7

19. We ontleen het begrip ‘support’ aan Danilo Martuccelli en Vincent Caradec. Caradec Vincent, “Les ‘supports’ de l’individu vieillissant. Retour sur la notion de ‘déprise’”, in: Caradec Vincent, Martuccelli Danilo (eds), *Matériaux pour une sociologie de l’individu. Perspectives et débats*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2004, pp. 25-42. Voor D. Martuccelli vormt het begrip ‘support’ alle ondersteuningselementen die het individu overeind houden. Het gaat om “materiële of symbolische dragers, dichtbij of veraf, bewust of onbewust, actief gestructureerd of passief onderworpen, altijd concreet in hun uitwerking, en zonder welke het individu strikt genomen nauwelijks zou kunnen voortbestaan”. [Eigen vertaling] Martuccelli Danilo, *Grammaire de l’individu*, Paris, Gallimard, 2002, p. 64.

20. We vermelden in dit verband nog de Franse kwalitatieve, multicentrische studie COVIDEPHAD: Etude des questions relatives aux confinements, aux fins de vie et à la mort dans les EHPAD, liées à l’épidémie de Covid-19 (Coördinatie: Universiteit van Bourgogne Franche-Comté via het het Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie). Met deze studie willen de onderzoekers “de diversiteit van de situaties objectief en zonder mediafilter in kaart te brengen, en concreet beschrijven hoe zorgverleners en bewoners proberen om te gaan met deze crisis en de gevolgen ervan”. [Eigen vertaling] (<https://wprn.org/item/453052>)

te benaderen vanuit de begrippen ‘impact’ en ‘welzijn’<sup>21</sup> zoals deze worden geformuleerd in de projectoproep van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Volgens ons kunnen geen van deze twee begrippen de intensiteit van de COVID-crisis<sup>22</sup> weergeven, noch de omvang in de tijd ervan uitdrukken. Onze interviews hebben betrekking op ervaringen die zich voordeden in een tijdspanne van anderhalf tot twee jaar, ook al verwoordt John Dewey het begrip ‘ervaring’ als volgt: *an experience is a unity with a single individuating quality*<sup>23</sup>.

Aan de hand van de volgende vraagstukken werden de verschillende categorieën actoren doorgelicht:

- Hoe hielden directie- en personeelsleden (ongeacht hun functie) de continuïteit in de ondersteuning en zorg binnen hun instelling in stand? Hoe pasten zij hun praktijken aan, niet alleen in de strijd tegen het virus, maar ook om het isolement van de bewoners te beperken? Hoe doorstonden ze de zware periode en wat was hun beschermingsstrategie om het woonzorgcentrum ‘draaiende’ te houden? Welke rol speelden de coördinerende artsen en huisartsen hierin?
- Hoe pasten de bewoners zich aan en gingen ze om met de beperkende maatregelen? In hoeverre werden hun dagelijkse gewoonten omgegooid? Op welke manier en in welke mate werd hun contact met de buitenwereld, hun levenslust en identiteitsbesef aangetast?<sup>24</sup> Waaraan trokken ze zich op en wat misten ze?
- Hoe hielden de naasten de band met hun familielid of verwanten in stand? Hoe konden zij hun dierbaren steunen en hoe werden zij op hun beurt gesteund? Hoe hebben zij dit

gebrek aan contact ervaren en hoe gingen zij om met hun verdriet, het levenseinde en het overlijden van hun familielid?

Via de tweede onderzoeksvraag van deze studie wilden we de crisis evalueren aan de hand van een ervaringsuitwisseling tussen de betrokken partijen om na te gaan wat beter of anders kan in de praktijken van woonzorgcentra om in de toekomst beter voorbereid en toegerust te zijn. Deze crisis heeft naast een gebrek aan middelen, ook lacunes en tekortkomingen van het systeem blootgelegd. Tijdens de epidemie kwamen een aantal grenzen van het huidige institutionele model aan het licht ten aanzien van de maatschappelijke verwachtingen op het gebied van de opvang van mensen op leeftijd. Deze vaststellingen openden alvast de weg voor nieuwe mogelijkheden.

Naast de inleiding en de uiteenzetting van de methodologie bestaat dit rapport uit vier delen (hoofdstuk 3-4-5-6). Het eerste deel belicht de crisis door de ogen van de zorgverleners. Dit deel behandelt de vier belangrijkste periodes van de crisis, gedefinieerd volgens de ervaringen van zorgverleners: de fase van de wanorde, de fase van herschikking, de fase waarin de instellingen opnieuw de deuren openden en de fase waarin de zorgverleners hun persoonlijke balans opmaken. In het tweede deel komen de familieleden en naasten aan het woord. Zij brengen verschillende elementen naar voor, die op hun beurt hun zeer contrastrijke ervaringen verklaren. Het derde deel is gereserveerd voor de bewoners. Ook zij schetsen een bij momenten uiteenlopend beeld van de drie soorten doorstane beproevingen. In het laatste hoofdstuk ‘Nadenken over de toekomst’ overlopen we de aandachtspunten en voornaamste lessen, die we uit alle ervaringen van de bevraagde partijen kunnen trekken. Dit zijn geen aanbevelingen *an sich*, maar eerder denkspistes voor een betere opvang en begeleiding van ouderen in instellingen.

21. Eliane Christen-Gueissaz geeft de voorkeur aan het begrip ‘sentiment de bien-être’ dat verwijst naar een subjectieve ervaring en geen objectieve meetwaarde. Zij stelt dat “*het gevoel van welzijn tegelijkertijd een gewaarwording van fysiek, psychologisch en sociaal welzijn inhoudt. (...) Het gaat om een levendig, maar ook vluchtig gevoel dat onderhevig is aan incidentele gevoelens van genoegdoening en bevrediging die verband houden met ervaringen, omstandigheden en relaties in het dagelijks leven*”. [Eigen vertaling] Christen-Gueissaz Eliane, *Le bien-être de la personne âgée en institution. Un défi au quotidien*, Paris, Seli Arslan, 2008, p. 82.

22. We zullen het in dit verslag hebben over COVID(-19) dat de afkorting is van de Engelse benaming *Coronavirus Disease 2019*.

23. Dewey John, *L’art comme expérience*, Paris, Gallimard, 2005 (1<sup>ère</sup> ed. 1934), p. 83.

24. Uit veel getuigenissen blijkt dat bewoners zich in hun lot schikten, ze hadden geen zin meer om door te gaan met het leven ... Een houding die “wegkwijnsyndroom” (« syndrome de glissement » in het Frans) wordt genoemd. Aan het begin van de epidemie merkte Paul-Loup Weil-Dubuc het volgende op: “Door mensen te scheiden van hun familie en alle contact van buitenaf, schermen we hen af van een virus dat hen kan doden, maar ontzeggen we hen ook alles wat hen in leven houdt. (...) Vanuit die onverbloemde overtuiging dat hun leven er niet meer toe doet, dat ze van geen enkele betekenis meer zijn voor de samenleving, het gevoel dat ze nog slechts een lichaam zijn dat in leven wordt gehouden, gebeurt het niet zelden dat mensen sterven of wegwijnen”. [Eigen vertaling] Weil-Dubuc Paul-Loup, “Coronavirus : Avec l’interdiction des visites dans les EHPAD, les seniors sont coupés du monde”, *Le Monde*, 14 maart 2020.

# Uitrol van de studie en methodologie

Het onderzoek combineerde verschillende complementaire kwalitatieve methoden: semi-structureerde interviews, focusgroepen en scenario-workshops. Deze vonden plaats in verschillende fasen over een periode van 16 maanden, van april 2021 tot oktober 2022.

De lezer vindt als bijlage een chronologisch overzicht van de sleutelmomenten die de aanpak van de COVID-epidemie in de woonzorgcentra in het Brussels Gewest van context voorzien. De tijdlijn loopt van januari 2020 tot december 2021 (einde van de interviewfase).

## 1. Verkennende fase

De eerste etappe van de studie bestond uit een analyse van de wetenschappelijke literatuur en 'grijze' publicaties (pers, rapporten van ngo's<sup>25</sup>, documenten van actoren binnen de sector enz.) over de COVID-19-epidemie in woonzorgcentra voor ouderen, niet alleen in het Brussels Gewest en de andere twee Belgische gewesten, maar ook in Frankrijk en bij uitbreiding in Europa.

We voerden eveneens een themaonderzoek uit naar aanleiding van de telefonische oproepen die tussen maart 2020 en april 2021<sup>26</sup> (n=170) zijn binnengekomen op de specifieke hulplijn bij Infor-Home en Home-Info. Deze gegevens werden enkel gebruikt om de omvang van de problematiek in te schatten en als voorbereiding van de bevraging (uitwerking van de gespreksleidraden).

## 2. Bevraging via gesprekken

We hebben in 11 GGC-Iriscare erkende woonzorgcentra en 2 Vlaams erkende woonzorgcentra in het Brussels Gewest interviews afgenomen. Aangezien we geen statistische representativiteit nastreefden, maar eerder op zoek waren naar uiteenlopende en tegenstrijdige situaties en ervaringen<sup>27</sup>, die zich beter leenden tot een allesomvattende benadering, hebben we getracht de verscheidenheid van de instellingen binnen de woonzorgsector voor ouderen te belichten via een doelgerichte en stapsgewijs opgebouwde steekproef<sup>28</sup>. Zo hebben we de soorten instellingen 'gediversifieerd', zowel

25. Onderstaande rapporten over de situatie van de bewoners van woonzorgcentra tijdens de COVID-crisis werden geraadpleegd: Artsen Zonder Grenzen, *Overgelaten aan hun lot. De ervaring van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra tijdens de COVID-19-epidemie in België*, juli 2020, 30 p.; LUSS, *Plaidoyer en faveur du respect de la dignité et des droits fondamentaux des résidents, de la qualité de vie et de soins en maison de repos*, januari 2021, 29 p.; Amnesty International België, *Mensenrechten van ouderen tijdens de COVID-19-pandemie in België*, november 2020, 58 p.

26. Ecoute Seniors en Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling. Van elke oproep wordt een dossier opgemaakt met een gepersonaliseerd antwoord (beluisteren, advies geven, informatiedocumenten toezenden enz.). Het betreft in geen geval een 'klachtenafhandeling' in de juridische betekenis (noch een onderzoek of ondervraging). Alle gegevens zijn zorgvuldig anoniem gemaakt.

27. Barbot Janine, "Mener un entretien en face à face", in: Paugam Serge, *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2010, pp. 115-142.

28. De steekproef vond plaats in samenwerking met Infor-Homes, Home-Info en het Kenniscentrum WWZ, die hun grondige kennis op het terrein ter beschikking stelden. Infor-Homes, *La situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maison de Repos Bruxelloises*, 2020. Naast structurele criteria werden ook andere factoren in aanmerking genomen, zoals het institutionele project (het *Tubbe-* en *Montessori-model*), de organisatie van de wooneenheden, de aanwezigheid van een psycholoog enz.

wat betreft de toezichthoudende overheid (Iriscare-GGC en VG)<sup>29</sup>, het erkenningstype (rusthuis/rusthuis-rust- en verzorgingstehuis), het netwerk waartoe de instelling behoort (publiek, OCMW, privaat non-profit, privaat-commercieel), de omvang (aantal bedden) en de geografische ligging (gemeente). De verdeling van de instellingen volgens de verschillende criteria en de kaart van de gemeenten waar ze zich bevinden, worden weergegeven in de bijlagen (Tabel 1: Verdeling van de woonzorgcentra en Kaart 1: Geografische spreiding van de woonzorgcentra)<sup>30</sup>.

Ondanks het feit dat de meeste zorgverleners en bewoners op het moment van de studie gevaccineerd waren, bleek het risico op besmetting tijdens de uitvoering van de studie nog steeds aanwezig. Om het gevaar te minimaliseren waren wij genooddaakt om toegevingen te doen op de gangbare onderzoeksmethode, die inhoudt dat wij al onze gesprekspartners zelf ondervragen, hen persoonlijk onze aanpak toelichten en met elk van hen afspreken waar, wanneer en hoe het interview kan plaatsvinden. We moesten noodgedwongen onze methodiek aanpassen om de bezoeken aan de instellingen en onze verplaatsingen binnenin de centra te beperken. Met de directies die na een eerste telefonisch contact hadden ingestemd met een deelname aan de studie, waren we overeengekomen om de gesprekken met de directieleden, de zorgverleners, de bewoners – en zoveel mogelijk met de ‘naasten’ – op een welbepaalde dag en in een ruimte die voor ons werd gereserveerd, te organiseren. We hadden hen vooraf via e-mail een presentatie van de studie doorgestuurd, bedoeld voor de verschillende categorieën van gesprekspartners, met de vraag om deze alvast te verspreiden en de organisatie van de gesprekken mogelijk te maken. Zo konden we – met mondkapen en conform de regels van social distancing – de deelnemers aan de studie afzonderlijk interviewen. Het systeem

functioneerde naar behoren en stelde ons in staat om zes tot zeven interviews af te nemen per dag en per instelling. Toch botsten we op een aantal (zelden helemaal te vermijden) beperkingen. Het feit dat de directies wellicht een selectie hadden gemaakt van de respondenten is één daarvan. We hebben die beperking kunnen ondervangen door in een aantal gevallen ter plaatse zorgverleners, bewoners en naasten rechtstreeks aan te spreken.

We zijn er uiteindelijk in geslaagd om een honderdtal individuele gesprekken te voeren en aldus uiteenlopende invalshoeken te belichten. Het gaat om 14 directieleden, 36 leden van het zorg- en niet-verzorgend personeel (17 zorgverleners, 5 paramedici, 14 leden van het niet-verzorgend personeel – maatschappelijk assistent, animator, keukenmedewerkers, schoonmaakpersoneel, ont-haalmedewerker enz.), 13 artsen (coördinerende en raadgevende artsen, huisartsen of artsen die beide functies vervullen), 34 bewoners<sup>31</sup> en 7 naasten<sup>32</sup>. De opdeling van de respondenten per profiel is te vinden in Tabel 2 (bijlage).

Voor elke type respondent werd een thematisch interviewschema uitgewerkt. De interviews verliepen evenwel via een flexibel stramien om de geïnterviewden makkelijker aan de praat<sup>33</sup> te krijgen over hun ervaringen. In tegenstelling tot standaardinterviews beslist de onderzoeker bij een ‘beschouwend’ gesprek niet vooraf over alle te stellen vragen, maar laat hij of zij de keuze afhangen van de thema’s en subthema’s die langskomen. Actief luisteren is hierin belangrijk.

De meeste directies die we benaderden, toonden belangstelling voor ons opzet. Toch waren er ook meerderen die weigerden om deel te nemen. Sommigen zeiden dat ze al op talloze aanvragen hadden gereageerd, terwijl anderen lieten weten dat de zorgverleners en bewoners geen zin hadden om die herinneringen nog eens

29. GGC: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; VG: Vlaamse Gemeenschap. Binnen het institutioneel landschap telde het Iriscare-GGC-netwerk op 31 december 2019 – volgens de gegevens van Infor-Homes – 141 instellingen (goed voor 15.507 bedden), tegen 8 instellingen van de VG (goed voor 869 bedden), of zowat 95% van de sector.

30. De tabel en kaart zijn zo opgesteld dat de instellingen niet kunnen worden geïdentificeerd, in overeenstemming met de anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens. Deze richtsnoeren gelden ook voor de leden van het researchpartnerschap.

31. De door ons toegepaste methodologie heeft evenwel de deelname van bewoners uit woonvoorzieningen voor mensen met cognitieve aandoeningen zoals dementie, bemoeilijkt. Dat aspect komt aan bod in het hoofdstuk dat aan deze doelgroep is gewijd. Deze respondenten moeten immers op een andere manier worden benaderd, onder meer op basis van een vertrouwenspersoon die hen aanmoedigt om hun mening te formuleren.

32. De interviews vonden dus grotendeels plaats in de instellingen zelf (in een vergaderzaal die ons ter beschikking werd gesteld of het kantoor van de zorgverleners, een leegstaande kamer, de persoonlijke leefruimte van de bewoners). Slechts één echtgenoot van een bewoonster heeft ons bij hem thuis uitgenodigd. De gesprekken met de artsen vonden dan weer grotendeels buiten de instelling plaats. Hen zover krijgen om aan ons onderzoek mee te werken, was niet eenvoudig. Ze hadden meestal geen tijd, waardoor we tot september 2022 herhaaldelijk moesten aandringen om hen te kunnen bereiken.

33. Olivier de Sardan, Jean-Pierre, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2008.



op te rakelen en dat het tijd was “om de knop om te draaien”. Nog anderen zeiden geen tijd te hebben of waren oververmoeid door het werk. Ook de spanningen rond de maatregelen, de vaccinaties en het aanhoudende personeelstekort werden aangehaald als reden om af te zien van hun medewerking. Sommigen waren bang voor een vierde golf of kregen af te rekenen met een nieuwe besmettingshaard en moesten opnieuw hun deuren sluiten. Heel wat afspraken moesten trouwens worden uitgesteld, als ze al niet werden geannuleerd. Het was ook erg moeilijk om in gesprek te gaan met naasten van bewoners, vooral als deze laatsten overleden waren. Velen wilden immers niet nog eens “die gebeurtenissen oprakelen”. Daarvoor was de wonde nog te vers. Anderen koesterden nog een wrok tegen de instelling en wilden niet getuigen. Uit de vele telefoongesprekken konden we evenwel scherpe getuigenissen vergaren over hoe ze de begeleiding van hun ouder en diens levenseinde hadden ervaren, zowel in het woonzorgcentrum als in het ziekenhuis.

Het merendeel van de gesprekken werd opgenomen en daarna uitgeschreven. Slechts enkele zorgverleners wilden niet dat hun getuigenis zou worden opgenomen. De interviews bestonden uit gedifferentieerde analysemodellen. Zo voerden we naast thematisch en comparatief onderzoek, ook fenomenologisch onderzoek om de samenhang en de ‘beleefde’ ervaringen vast te stellen en in kaart te brengen. De door ons geselecteerde fragmenten (*verbatim*) beschouwen we als bijzonder veelzeggend over de manier waarop de gebeurtenissen werden ervaren. Ze komen in dit rapport uitgebreid aan bod. Het is niet de bedoeling dat ze als bijkomende illustratie worden doorgenomen, aangezien ze een volwaardig onderdeel uitmaken van deze studie. Ze vormen de basis, de fundamenten van ons onderzoek<sup>34</sup>.

### 3. De focusgroepen

Na de interviewfase hebben we in februari en maart 2022 twee focusgroepen samengesteld met naasten van bewoners, die we via verschillende kanalen hadden aangesproken (instellingen, persoonlijke of professionele kennissen, kennissen

van naasten die als tussenpersoon fungeerden, een oproep naar getuigenissen op de website van Infor-Homes, een oproep onder mensen die de dienst Ecoute-Seniors hadden opgebeld enz.) Het voordeel van deze aanpak is dat we “de standpunten aan elkaar kunnen toetsen en niet ieder op zich afzonderlijk. Het [groepsinterview] biedt de mogelijkheid om tegelijk gezamenlijke inzichten en meningsverschillen te analyseren, dankzij de sociale interacties die tijdens de gesprekken tot stand komen”<sup>35</sup>. [Eigen vertaling]

Het was de bedoeling dat de bewoners die in de voorgaande fase reeds werden geïnterviewd, samen met nieuwe respondenten zouden deelnemen aan de groeps gesprekken. Uiteindelijk haakten ze allemaal zonder uitzondering af. Het feit dat ze zich daarvoor moesten verplaatsen (ondanks het vooraf geregelde vervoer), schrok de meesten af. Het woonzorgcentrum op eigen houtje verlaten bleek een onoverkomelijke opgave. Anderen waren in de tussentijd ziek geworden en toen we opnieuw contact met hen opnamen, vernamen we dat enkelen reeds overleden waren.

De focusgroepen waarin we uiteindelijk respectievelijk zeven en tien naasten konden bijeenbrengen, waren in de eerste plaats bedoeld om enkele van de markantste punten aan te snijden uit de eerste analyses en de deelnemers te laten reageren vanuit hun eigen ervaring. Op die manier konden we een aantal onderzoekselementen bevestigen, andere bijstellen en nog andere aanvullen met bijkomende zienswijzen. Tijdens de sessies kregen de deelnemers ook de kans om verbeterpunten op het vlak van ondersteuning en zorg aan te geven en te bespreken.

We geven nog mee dat de aanvankelijk geplande focusgroepen met zorgverleners, onvoldoende deelnemers konden bijeenbrengen, ondanks onze verwoede pogingen bij de organisaties en tussenpersonen. Na enkele keren te zijn uitgesteld, werden ze uiteindelijk afgelast. Sommige zorgmedewerkers lieten weten dat ze zich moeilijk of niet konden vrijmaken, omdat er te weinig personeel was om hun shift over te nemen tijdens hun afwezigheid. Een aantal zorgverleners ging akkoord met een telefonisch interview, maar nam liever niet deel aan een focusgroep. Ze lieten we-

34. Om de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de deelnemers en instellingen (woonzorgcentra en ziekenhuizen) te garanderen werd hun naam weggelaten of gewijzigd. Alleen het type instelling (publiek, private vzw, privaat-commercieel) en de functie van de zorgverleners hebben we behouden. We vermelden ook na iedere *verbatim* of het gaat om een rusthuis (ROB) of een rust- en verzorgingstehuis (RTV) voor de GGC-Iriscare erkende instellingen, of om een woonzorgcentrum (WZC) voor de Vlaams erkende woonzorgcentra.

35. Duchesne Sophie, Haegel Florence, *L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif*, Paris, Nathan, 2004, p. 35.

ten dat ze zich niet comfortabel voelden om in die setting hun mening te geven. In navolging van de praktijken die journalist Victor Castanet in Frankrijk aan de kaak stelde, stelden ook wij vast dat er in het institutionele milieu een soort ‘omerta’ bestaat. Dit fenomeen overstijgt ruimschoots ons onderwerp en blikveld en vereist per definitie andere onderzoeksmethoden<sup>36</sup>.

Eens te meer is gebleken dat we tijdens het bedenken van ons onderzoeksproject een tikkeltje te optimistisch zijn geweest. Dat de COVID-epidemie zo lang zou duren, konden we niet vermoeden. We hadden aanvankelijk meerdere workshopsessies ingepland om ons project te kunnen volbrengen, maar het is bij een sessie gebleven, omdat er te weinig deelnemers beschikbaar waren<sup>39</sup>.

#### 4. Scenarioworkshop

Ter afronding van onze studie hebben we een scenarioworkshop<sup>37</sup> opgezet met 10 ‘bevoorrechte getuigen’ uit de sector van de woonzorgcentra. Het ging om drie directeurs van instellingen (1 vzw, 2 privaat-commerciële instellingen), een hoofdverpleegkundige en een verpleegkundige-hygiëniste, een vertegenwoordiger van een federatie en een vertegenwoordiger van een commerciële groep, alsook drie betrokkenen uit het maatschappelijk middenveld (geestelijke gezondheid, ziekte van Alzheimer, mantelzorg).

Naast het aanwijzen van concrete en urgente verbeteringspunten wilden we via deze workshop gezamenlijke visies formuleren, die waar nodig het huidige residentiële kader overstijgen, en toekomstgerichte perspectieven uitwerken door te anticiperen op eventuele problemen. Dit type workshop biedt tevens de mogelijkheid om tegelijk de discrepanties en overeenkomsten bloot te leggen tussen de verschillende deelnemersgroepen, en dat zowel wat betreft de perceptie van de problemen als de aangereikte oplossingen. Deze participatieve methode werkt de uitwisseling van ideeën op een verrijkende en waarheidsgetrouwe manier in de hand<sup>38</sup>.

36. Castanet Victor, *Les fossoyeurs. Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, Parijs, Fayard, 2022.

37. De workshop vond plaats in het Institut de sociologie (ULB) op 6 mei 2022. De focusgroepen en de scenarioworkshop werden geleid door Céline Mahieu (ESP-ULB).

38. Millot Glen, *Guide pour la conduite d'ateliers-scénarios pour le développement de partenariats chercheurs-société civile*, Projet PERARES-Deliverable D3.1A, Paris, Fondation Sciences citoyennes, januari 2013, 26 p.

39. De scenarioworkshop werd als volgt uitgewerkt. Tijdens de eerste bijeenkomst waren de deelnemers met eenzelfde profiel in vier subgroepen ingedeeld. De topics en deelvragen hadden betrekking op een ‘droomscenario’: “Naar welke woonzorgcentra willen we evolueren in de nasleep van de gezondheids crisis? Hoe kunnen we deze instellingen optimaliseren als onderdeel van een ‘menswaardige samenleving’? Hoe kunnen we zorg dragen voor en zorgvuldig omspringen met de woonzorgcentra en de mensen die er wonen en werken?” Na de periode van terugblikken en vaststellen van de onderlinge gelijkenissen tijdens de voltallige bijeenkomst, was dit een moment van synthese en bekrachtiging van de elementen die de basis vormen van een gezamenlijke visie op de woonzorgcentra. Daarna volgde een overlegsessie in heteroogeen samengestelde subgroepen over ‘praktische scenario’s’ die rond drie kernthema’s werden opgezet. Via stemming kwamen de volgende thema’s uit de bus: de opening van de instellingen voor de buitenwereld, de omgeving, de maatschappij; de veranderde relatie tussen zorgverleners, naasten en bewoners; de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen in het licht van het personeelstekort in woonzorgcentra. De resultaten van deze workshop zijn opgenomen in het laatste hoofdstuk ‘Nadenken over de toekomst. Aandachtspunten voortkomend uit de ervaring van de COVID-19-crisis in woonzorgcentra’.

# De gezondheidscrisis door de ogen van zorgverleners. Een beproeving in vier fasen

De woonzorgcentra waar wij onze studie hebben uitgevoerd, werden in verschillende mate getroffen door de COVID-pandemie, zowel wat betreft het aantal overlijdens onder de bewoners als de gevolgen voor de personeelsleden<sup>40</sup>. Hoewel wij tijdens de gesprekken niet echt uit waren op concrete cijfers<sup>41</sup>, gaven onze gesprekspartners stelselmatig een orde van grootte op. Ze wilden op die manier de positie van hun instelling binnen de verschillende crisisgolven weergeven en getuigen over de impact ervan binnen hun muren<sup>42</sup>. Sommigen wilden vooral de omvang van de beproeving benadrukken en hebben het over een “tragedie”, terwijl anderen verklaarden van “geluk” te mogen spreken dat de overlijdens al bij al beperkt zijn gebleven (in de zin van “niet talrijker dan afgelopen jaren”). Ze wezen tevens op het feit dat ze erin waren geslaagd om met eigen middelen en/of dankzij steun van buitenaf, het aantal besmettingen te beperken en hun bewoners veilig te stellen.

De perceptie van de woonzorgcentra die hun situatie vergelijken met andere meer of minder getroffen collega's – in hun omgeving, binnen het eigen netwerk of op regionaal niveau – lijkt

fundamenteel niets te veranderen aan de heftigheid waarmee de crisis ter plaatse door de zorgverleners en andere medewerkers die we konden spreken<sup>43</sup>, werd ervaren en aan de omvang van de lijdensweg die ze doormaakten.

De meesten, ongeacht hun functie, bevestigen inderdaad de vele uitdagingen en problemen waarmee ze werden geconfronteerd, zowel beroepsmatig in hun *zorgtaken* (denken we maar aan de angst om bewoners en collega's te besmetten, de herschikking van de taken, de werkdruk, het verdriet als gevolg van het kamerisolement van de bewoners en de omstandigheden van hun levenseinde, hun begrafenissen, de spanningen met de bewoners en hun familie ...) als in hun privéleven (hun gezinsleven dat op on hold werd gezet, de vrees om het “*virus mee te nemen naar huis*”, de gevolgen voor het mentaal welzijn van hun kinderen ...) en op het vlak van hun eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid (angst om “*COVID op te lopen*”, om te sterven, de nawerkingen van COVID, chronische pijn, uitputting, sombere gevoelens, zelfs gevoel van falen, gebrek aan zingeving enz.).

40. Bepaalde woonzorgcentra kregen het ongemeen hard te verduren tijdens de eerste golf en bleven gespaard tijdens de tweede golf. Andere werden dan weer niet getroffen tijdens de eerste golf, maar kregen tijdens de tweede golf de volle laag. Volgens de respondenten hebben de daaropvolgende golven (tot op het ogenblik van de interviews in de instellingen) evenwel niet meer tot die uitzonderlijk hoge sterftcijfers hebben geleid als de voorgaande golven.

41. Deze gegevens zijn beschikbaar bij Iriscare, een bicommunautaire Instelling van Openbaar Nut (ION) belast met de erkenning en financiering van de woonzorgcentra. Bij de voorbereiding van deze studie waren de gegevens nog onvoldoende onderbouwd om op basis hiervan een objectief onderscheid te kunnen maken tussen de instellingen.

42. De instellingen schatten dat het aantal sterfgevallen tijdens de eerste en de tweede golf van de epidemie minder dan tien tot meer dan 30 bedraagt, ongeacht van de opvangcapaciteit.

43. Ter herinnering: de interviews vonden plaats in 11 GGC-Iriscare erkende woonzorgcentra en 2 Vlaams erkende woonzorgcentra met 14 directeuren, 22 zorgmedewerkers (17 leden van het verzorgend personeel en 5 paramedici), 14 niet-verzorgende personeelsleden (verdeeld als volgt: 7 keuken- en onderhoudsmedewerkers, 3 administratief medewerkers en maatschappelijk assistenten, 2 animatoren, 2 personen die fungeren als kwaliteitsverantwoordelijke/medisch directeur) en tot slot met 13 coördinerende artsen en/of huisartsen. (Zie bijlagen – Tabel 2).



We gebruiken hier de term ‘beproeving’ zoals omschreven door Antoine Hennion en Pierre A. Vidal-Naquet<sup>44</sup>. “Het concept beproeving legt de nadruk op de momenten van onzekerheid die dwingen om de dingen te benoemen en die de gebeurtenissen dwingen om te spreken (Boltanski et Thévenot, 1991; Callon et al., 2001): op dergelijke momenten kan men niet op routine en normen terugvallen om te doen wat nodig is; de precieze invulling van wat zich als probleem aandient, ligt niet op voorhand vast, net zo min als de in te zetten middelen om het probleem aan te pakken en de oplossingen waarnaar moet worden gezocht. (...) Bij de beproeving zijn de actoren, maar ook de onderzoeker betrokken (...): het is een situatie die wordt ondergaan en waarbij men op de proef wordt gesteld. De malaise hangt samen met emoties, lichamelijke reacties. (...) De betrokkenen bevinden zich in een hachelijke situatie en hun persoonlijke waarden en normen worden aan het wankelen gebracht. Ze worden in twee betekenissen van het woord op de proef gesteld: ze krijgen te maken met problemen die delicate vragen opwerpen, maar het gaat ook om ervaringen die ze daadwerkelijk meemaken; de beproeving laat ervaren wat ze moeten doen en lokt gevoelens, emoties en verwarring uit. Zowel de moraal als het moreel staan op het spel (Hennequin, 2021; Peroni et Roux, 2006)”.

De analyse van de interviews met de zorgverleners is opgedeeld in vier ‘beproevingfasen’ (1. Een chaotische situatie, 2. Leren leven met het virus en zich aanpassen, 3. De heropening, 4. Een tegenstrijdige balans). We willen eens te meer duidelijk stellen dat deze fasen niet zozeer overeenstemmen met een strakke chronologie, dan wel met een (her)schikking van de tijd die specifiek is voor het narratief dat de onderzoeker nastreeft. Het gaat immers altijd om een schriftelijke reconstructie, een *achteraf* doorgevoerde herschikking, die voortvloeit uit de onderzoeksmethode.

Wij belichten de situaties, moeilijkheden of lagen binnen de beproeving die de respondenten doormaakten (en nog steeds doormaken), die het meest belangwekkend, betekenisvol en terugkerend zijn en die zij op intens emotionele wijze met ons hebben gedeeld. Op het ogenblik van de interviews (tussen juli en december 2021) waren sommigen de crisis langzaam te boven aan het

komen. Ze konden de gebeurtenissen al vanop enige afstand bekijken, maar zeiden met klem dat “*ze dit nooit meer wilden meemaken*”. Andere respondenten hadden het nog bijzonder moeilijk om op die vreselijke ‘nachtmerrie’ terug te komen en spraken hun angst uit voor de toekomst, zowel op professioneel als persoonlijk vlak. Pijn, moedeloosheid en fatalisme stonden centraal in het discours van velen onder hen. Bij enkelen viel heren der een sprankeltje hoop te ontwaren. Zo hebben sommige zorgverleners de indruk dat ze nu beter zijn voorbereid, met betere uitrustingen en een sterker groepsgevoel. Anderen herbevestigen hun liefde voor het vak, hun ambitie om mee te werken aan een ‘*humanere*’ omkadering van bewoners en aan een kwaliteitsverbetering van de instellingen. Tot slot kwam uit de interviews ook een dringende oproep om de heersende demoralisatie (door het feit dat zij nog steeds aangedaan en verbitterd waren; door het gevoel op bepaalde momenten hun ethische opvattingen of professionele waarden te moeten verloochenen enz.) tegen te gaan, te kunnen beschikken over extra personeelsmiddelen en de zorg- en begeleidingsberoepen in woonzorgcentra naar waarde te schatten en als volwaardig te erkennen. Met de woorden van een zorgkundige: “*Men verwacht van ons het onmogelijke! Het is niet langer mogelijk om de zorg te verlenen die voldoet aan onze criteria, de nodige tijd en aandacht te besteden*”.

44. Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre A., ““Enfermer maman !” Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation”, *Sciences sociales et santé*, 2015/3, vol. 33, p. 69.

## Eerste fase: Een chaotische situatie

“Niet allen gingen dood, maar ziek was iedereen”  
(Jean de La Fontaine, *De dieren, door de pest bezocht*)

### 1. “We beseften niet waarin we terecht waren gekomen”

Toen de eerste symptomen van de COVID-epidemie in België opdoken, vielen de woonzorgcentra tussen januari en maart 2020 één voor één ten prooi aan het virus, en dit in alle gewesten<sup>45</sup>. De zorgverleners uit de sector getuigen over het ongeloof dat toen in de sector leefde: “*Dat zit in Zuid-Europa. Het zal nooit tot bij ons komen!*” Ondanks de scepsis brachten een aantal instellingen al snel een overleg op gang tussen directie, coördinerende artsen, zorgverantwoordelijken enz. over eventuele maatregelen, mocht de situatie alsnog kritiek worden.

Sommigen spreken van een duidelijke panieksfeer en verwezen naar de chaos die daarmee gepaard ging. Meerdere woonzorgcentra die aan deze studie meewerkten, waren bij de eerste getroffen in de sector. De teams werden geconfronteerd met een nooit eerder geziene zorg- en hulpverleningsbehoefte die als volgt kan worden omschreven: er waren enerzijds bewoners met een atypisch ziektebeeld, mensen die onverwachts heel snel aftakelden en zelfs plots stierven; anderzijds kampten de woonzorgcentra met een schrijnend gebrek aan middelen om hier het hoofd aan te bieden.

Dit relaas van een hoofdverpleegkundige typeert het gevoel van de eerste chaos ten aanzien van een uitzonderlijke situatie, geconfronteerd met een onbekende “*gemeenschappelijk vijand*” in een totaal onvoorbereide omgeving.



*Het was een zeer complexe situatie, ik zou zelfs zeggen een situatie die zich nog nooit eerder had voorgedaan, als we dat kunnen zeggen. En zonder voorgaande, want het was de allereerste keer dat het hele land, en zelfs de hele wereld tegelijkertijd en op dezelfde manier op zijn kop stond door een crisis van die omvang. Wij ook evenzeer. En het is niet zo dat er een half jaar eerder was aangekondigd dat we in een dergelijke crisis zouden belanden. (...) Tot eind 2019 was dat voor ons iets “dat zich elders afspeelde, niet bij ons”. Iets dat we op tv zagen, net zoals iedereen. (...) En toen het ook hier eenmaal was begonnen, kregen we het ene na het andere geval ... Ook hier begon het een beetje ernstig te worden. We bevonden ons op onbekend terrein ...*

*V - Hoe hebt u dat ervaren in het woonzorgcentrum?*

*Zoals ik al zei: “We werden geconfronteerd met het onbekende. Er was helemaal niets voorbereid. Wij waren er niet op voorbereid. Er was een totaal gebrek aan informatie. En dan heb ik het niet alleen over de instelling, maar in het algemeen. We hadden een gemeenschappelijke vijand, maar wisten er niets over. En toen de informatie ons bereikte, zat het virus al binnen. Zolang we niet veel aanwijzingen hadden over de symptomen, probeerden we wat de zorg betreft,*

45. Uit de getuigenissen van directies en zorgverleners blijkt dat het COVID-19-virus al in december 2019 circuleerde in de woonzorgcentra. Dat is ruime tijd voordat de eerste besmettingsgevallen en overlijdens werden gemeld (zie bijlagen - Contextualisering van de aanpak van de COVID-epidemie in de woonzorgcentra).

*her en der wat informatie te sprokkelen. Ikzelf bijvoorbeeld heb nauw samengewerkt met de directeur die informatie inwon bij Iriscare, de instantie die uiteindelijk de richtlijnen voorschreef. En vanaf dan zijn we gestart met standaardmaatregelen, zoals het verplicht dragen van een mondk masker, handschoenen enz. Nu ja, we werken hier altijd met handschoenen. Op het dragen van mondk maskers waren we echter niet voorbereid, idem voor de schorten of wegwerppakken en gelaatschermen. Toen het zover was, heeft de directeur het nodige gedaan om materiaal aangeleverd te krijgen via de staat en gemeente om de epidemie het hoofd te bieden. Hij was er snel bij, maar de levering van het materiaal liet op zich wachten. (...) De directeur had gedaan wat nodig was (...) zodat wij ons alvast iets veiliger konden voelen. Het probleem was echter dat we niets wisten over de voortekenen, de symptomen enz. Dat was nog het prille begin. (...)*

*We stelden vast dat iemand ziek was geworden of zich niet goed voelde. Dat was ons eerste geval. Maar ondertussen was die persoon al in onze zitruimte geweest, in het gezelschap van alle andere bewoners. Bovendien had hij al samengezeten met de anderen om te eten. Bij ons eten de meeste bewoners in onze kleine eetruimte. (...)*

*We waren daar helemaal niet op voorbereid! Ik heb het nu over de eerste golf. (...) Dat verklaart ook de hoge dodentol. Wat ons betreft, en we zijn al bij al een klein woonzorgcentrum, hebben we toch, en ik overdrijf niet, [n] sterfgevallen gehad. Dat komt toch neer op een vierde. Dat is enorm, enorm! De eerste golf veroorzaakte hier een totale chaos, hoewel we stand hebben gehouden! (Patrick<sup>46</sup> <sup>47</sup>, ROB – privaat-commercieel)*

We zullen de gelaagdheid van deze rollercoaster van angst, terugtrekkingen/afwezigheden, van gebrek aan informatie en beschermings- of werkingsmiddelen in detail bespreken.

## 2. In het begin was er angst

Verschillende leden van het verzorgend personeel vertellen dat zij bang en extreem ongerust waren toen ze het nieuws vernamen over de eerste getroffen woonzorgcentra in Brussel.

Een zorgkundige herinnert zich hoe ze in paniek raakte bij het zien van de beelden van overledenen in de media en via het contact met andere werknemers binnen de sector: *“We zijn vogels voor de kat, wij kennen daar niets van. Worden wij besmet? Zullen wij het overleven?”* Als tegenwicht voor de angst was er de hoop om de dans te ontspringen: het virus niet oplopen, het buiten de instelling houden; hopen *“dat corona niet aan onze deur komt kloppen!”*

Een maatschappelijk assistente herinnert zich de bekendmaking van het aantal sterfgevallen in de woonzorgcentra als een van de meest aangrijpende momenten voor haar en haar collega's:

 *We vingen geruchten op over plaatsen waar ... Ik herinner me een woonzorgcentrum waarvan werd verteld dat er zeven mensen waren gestorven in één nacht. Of het nu hier was voorgevallen of bij onze collega's in andere woonzorgcentra, het nieuws kwam keihard binnen. Het ging zelfs zo ver dat we soms bang waren om het openbaar vervoer te nemen om naar ons werk te gaan. (ROB – privaat-commercieel)*

De bevraagde medewerkers die 'present tekenden' tijdens de eerste golf, haalden regelmatig de panieksituatie aan om het – al dan niet rechtmatig geachte – vertrek van collega's te verklaren. Hun afwezigheid heeft de continuïteit van de diensten op alle niveaus – zorg, activiteiten, maaltijden, onderhoud enz. – ontzettend bemoeilijkt.

Amina, hoofd van de onderhoudsdienst, vertelt hoe verschillende teamleden niet meer kwamen werken uit vrees voor besmetting op een zwaar getroffen verdieping. In een dergelijke omgeving was de noodzaak om zich te beschermen belangrijker geworden dan alle andere professionele overwegingen:

46. We wijzen erop dat de namen en voornamen van geciteerde personen fictief zijn.

47. Patrick heeft 10 jaar anciënniteit. Hij vertelt dat hij enorm moe is als gevolg van drie weken COVID waarvan hij nog niet is hersteld. Toch wil hij in geen geval van job veranderen.

« Iemand van mijn dienst is ongeveer twintig dagen [niet komen werken] uit schrik; een andere medewerkster was zo bang dat ze maar liefst 2,5 à 3 maanden is thuisgebleven. Echt waar. Ik herinner me dat ze op een verdieping werkte waar enorm veel sterfgevallen waren. Ze had dus op heel korte tijd [bijna] al haar bewoners verloren. (...) In die tijd stierf de ene na de andere bewoner. We hebben toen heel veel mensen verloren. (...) Op korte tijd, in een oogwenk, echt in geen tijd! (...) We waren bang om de kamers binnen te gaan en zelf het virus op te lopen ... (RVT – publiek)

Een maatschappelijk assistente spreekt over het angstklimaat in het begin van de pandemie. Het kwam zover dat collega's ervoor kozen thuis te blijven om zichzelf en hun omgeving te beschermen tegen het besmettingsgevaar:

« Het ging werkelijk overal rond ... Ik geloofde ook dat het zich zou verspreiden. Alles kwam samen: we hadden te weinig materiaal en het personeel was noch psychologisch nog organisatorisch voorbereid op een crisis als deze. Er waren personeelsleden die zich uit schrik ziek meldden, met of zonder specifieke reden. Uit schrik. Ik zit zo niet in elkaar. Ik laat me door niets tegenhouden. Maar goed, dat ben ik dan weer. (...) Ik weet dat er mensen bang waren. En ik neem het hen niet kwalijk. Ik oordeel niet. Wat ik bedoel, is dat de sfeer zo beangstigend was, dat het eerlijk gezegd best te begrijpen valt. Nu ja, iedereen reageert op zijn eigen manier. En bovendien, als je mama bent, met kinderen thuis, en toch komt werken, wetende dat er overal COVID is, begrijp ik het! (RVT - publiek)

### 3. “Het virus is onder ons!” De eerste besmettingen en overlijdens onder de bewoners zijn een feit

De zorgverleners brengen elk op hun beurt verslag uit van die buitengewoon verwarrende situatie, ongeacht of hun woonzorgcentrum nu bij eerste getroffen was of niet. Vanaf het moment dat de eerste positieve gevallen werden vastgesteld, gevolgd door de vele overlijdens, wordt de situatie als apocalyptisch omschreven. In hun getuigenissen gebruiken ze termen als ontsteltenis en shock om het gevoel van onmacht uit te drukken dat vooraf gaat aan de stormloop van

acties en de grootschalige mobilisering (die in het hoofdstuk ‘tweede fase’ aan bod komt).

Een directrice getuigde aan ons over haar verschrikte reactie toen op zijn beurt de eerste bewoonster in haar instelling positief testte, dit terwijl er in andere woonzorgcentra al besmettingen waren vastgesteld:

« Ik herinner mij dat we als aanwijzing van Iriscare hadden gekregen: “Sluit de deuren van het woonzorgcentrum”. Ik stond aan de ingang en een arts zei me: “Die persoon moet wel nog naar buiten, hoor. Haar dochter komt haar ophalen. Ze zal zich laten testen [en brengt haar terug]. We keken elkaar aan en ik dacht: “Oh, nee!!” Ik denk dat het een dinsdag was en de woensdagavond kregen we het verdict: COVID-positief. De coördinerende arts liet me dit weten. Ik was thuis en vloekte: “Verdomme toch, het zit binnen!” Dat was mijn eerste geval hier! En dan was er geen tijd meer om na te denken, alles raakte in een stroomversnelling! (RVT - publiek)

De dagen daarop nam paniek de bovenhand op verbijstering. Voor deze instelling was de situatie al even onbekend als onvatbaar, aldus de directrice in kwestie:

« Het waren niet alleen de luchtwegen ... Sommige patiënten bleken plots verward. Waar komt dat vandaan? We lieten de mensen allerlei onderzoeken ondergaan. Daarna waren het urineweginfecties en uiteindelijk hadden we patiënten met ademhalingsproblemen. (...) Toen zijn we ons beginnen afvragen: “Wat is dit in godsnaam? Wat gebeurt er hier toch?” Ik herinner mij een persoon die 's nachts was gevallen. De zorgkundige vertelde dat ze dit nog nooit had gezien! De bewoonster lag in een enorme plas bloed. Mijn reactie is: “Ah, een valpartij? Dat wordt een ziekenhuisopname”. Twee dagen later belt haar schoondochter met de boodschap: “Mama is overleden!” (...) Zoiets hadden we nog nooit meegemaakt, ik zweer het je. Het was pure chaos.

De paramedisch coördinator vult deze woorden aan. Ook al heeft ze 20 jaar ervaring, ze kan de opeenvolging van de vele, onverwachte overlijdens en de snelheid waarmee de besmetting

toeslaat op de verschillende verdiepingen niet bevatten.



*We hadden al die overlijdens totaal niet verwacht. Het waren wellicht mensen die besmet waren met COVID en wij hadden het niet eens door: drie inwendige bloedingen die zomaar uit het niets kwamen, bam! Het was verschrikkelijk. En iedereen weet nochtans dat ik gehard ben. (...) Ik kan gelukkig nog steeds de zaken relativeren en beseft dat het mijn werk is. Ik weet dat dit een plek is waar mensen hun laatste levensfase doorbrengen en sterven, maar tegen dit tempo en op die manier?! (...) Het begon allemaal op [afdeling] C. En daarna, toen het wat kalmer was op C – op een bepaald moment vielen er effectief minder slachtoffers – ging het mis op B, gevolgd door A. We hebben dan bijgesprongen op B en daarna op A. Dat heeft zo'n twee tot tweeënhalft maanden geduurd. Daarna werd het opnieuw wat rustiger. Maar ik kan je verzekeren dat die tweeënhalft maanden zwaar zijn geweest. En al die lege kamers, dat is verschrikkelijk! ... Wanneer je dan door de gangen loopt en er nog naambordjes hangen [of wanneer] de foto van de deur is gehaald. Dat voelt raar aan ... Echt waar, we voelden ons zo machteloos ...*

Ook de directeur van een woonzorgcentrum voelde zich ontredderd en machteloos, omdat hij het doodsvonnissen van zijn bewoners niet had kunnen voorkomen. Het was een situatie die totaal niet strookte met zijn professioneel engagement. “Onze taak is namelijk mensen helpen”, voerde hij aan.



*Iemand die 's morgens nog gezond was ... kon tegen de avond al overleden zijn. Zo snel ging het bij momenten! (...) We hadden het gevoel dat we niet genoeg konden doen voor onze bewoners, onze senioren. En dan bedoel ik: niet op tijd kunnen ingrijpen. Geen ambulance kunnen vinden om hen op te halen ... omdat de ziekenhuizen ook overvol lagen. (...) Het ging allemaal veel te snel. Het ziekenvervoer was overbevraagd. Het ging slecht met die bewoner, zijn saturatie bleef dalen ... (ROB – privaat-commercieel)*

De woorden van de hoofdverpleegkundige van deze instelling gaan door merg en been. Ze bevestigen op gruwelijke wijze alles wat hiervoor al werd gezegd:



*Dat we die overlijdens niet konden voorkomen, was het zwaarste. Er waren er zoveel. Dat blijft zo moeilijk ... Het voelt eigenlijk als een mislukking. We voelden ons onmachtig, niet in staat om ons werk correct uit te voeren ... En toch blijven we erbij dat er verzachtende omstandigheden waren ...*

*Het zijn mensen ... Die we in ons hart hadden gesloten ... Die we elke dag zagen. En nu waren ze er ineens niet meer. Verdwenen als 'slachtvee'. Dat is heftig.*

De vergelijking is misschien ongelukkig, maar zeker tekenend voor de ontredding die er op dat ogenblik heerste. Bewoners die er van de ene op de andere dag niet meer zijn, roept het beeld op van slachtvee. En dat is een ondraaglijke gedachte voor een zorgverlener die zich met hart en ziel inzet voor dit beroep. Iemand die de keuze heeft gemaakt om in een woonzorgcentrum te werken en de bewoners elke dag met de nodige affectie te overladen.

Het is geen geheim dat medewerkers van een woonzorgcentrum – verzorgend personeel én niet-verzorgend personeel – regelmatig met de dood worden geconfronteerd. De onmenselijkheid en de omvang van deze epidemie in combinatie met het onvermogen om de bewoners te troosten en te helpen, of – en daar komen we nog op terug – hen te laten opnemen in een ziekenhuis, versterken alleen maar hun frustratie en gevoel van machteloosheid, falen en ontredding. Daarnaast gaven veel zorgverleners aan dat zij zich alleen voelden met hun verdriet en niet voorbereid en opgewassen waren om met dergelijke situaties om te gaan.

Het relaas van een jonge hoofdverpleegkundige toont andermaal aan hoe complex die machteloosheid was, die uiteindelijk zorgt voor professionele frustraties en onbehagen bij de meedogenloze toename van het aantal sterfgevallen, voor wie niemand iets had kunnen doen:



*Ik onthoud vooral het gevoel van machteloosheid als zorgverlener. Dat was voor mij het meest frustrerende. We wisten per slot van rekening zo goed als niets over de ziekte. We herkenden niet altijd meteen de symptomen, omdat men ons had verteld dat de eerste symptomen ademnood en koorts waren. De ervaring leerde ons dat er nog veel meer waren. Dus ja, het was vooral die frustratie en uiteindelijk het gebrek aan zorg.*



*De ziekenhuizen lagen vol en wij hadden het gevoel dat we als laatste in de rij moesten aanschuiven wanneer we de 112 belden. Het eerste wat men vroeg, was namelijk de leeftijd van de patiënt. Dat zou uiteindelijk de bepalende factor zijn voor een eventuele opname. (...) Echt waar, wij hebben het zelf meegemaakt! Men vroeg ons naar de leeftijd. Na een tijdje vertelden we niet meer hoe oud de patiënt precies was. Maar toch, toen ze hier ter plaatse kwamen, wilden ze onze patiënten niet meenemen. (RVT - publiek)*

#### 4. Besmetting van het personeel. “Als brandweerlieden zonder bescherming”

Bovenop de zieke en besmette bewoners, zorgde de gelijktijdige besmetting van de zorgverleners voor extra stress en angst.

Een hoofdverpleegkundige maakt in dat verband de vergelijking met hoogrisicoberoepen en spreekt van “brandweerlieden zonder bescherming”. Dat bijna alle leidinggevendenden tegelijk ziek werden, is volgens haar te wijten aan de abnormale werkomstandigheden. Deze buitengewoon ongelukkige situatie toont eens te meer aan hoe ‘buiten alle proporties’ deze realiteit was:

« We kregen de volle laag. Het noodlot sloeg vooral toe op een afdeling voor verwarde mensen waar het contactverbod erg moeilijk te handhaven was. Gezondheidsmaatregelen opleggen aan dit type bewoners is zo goed als onmogelijk, omdat ze de bedoeling ervan niet snappen. Ze lopen af en aan in elkaars kamer, tenzij we hen in hun kamer opsluiten. Maar dat slaat ook nergens op! Het was vanaf het begin keihard werken. Ik denk dat we allemaal enorm hard hebben gewerkt. En dan ja, dan zijn we de mist ingegaan. Zoals brandweerlieden, zonder verweer en zonder bescherming. Het moest ervan komen: een voor een hebben we COVID opgelopen. En dat was dikke pech natuurlijk. Bij ons, de hoofdverpleegkundigen, werd bijna iedereen tegelijk ziek. We schrijven april 2020, inderdaad ... (RVT – publiek)

In de getuigenissen van de zorgverleners komt het gevoel van onmacht om het personeel en de bewoners te beschermen sterk naar boven.

De geleverde inspanningen bleken altijd onvoldoende of tevergeefs. De machtsverhouding tussen de interne bezetting en de kracht van het virus was verstoord. De extreme kwetsbaarheid heeft de zorgverleners genoodzaakt om de rangen te sluiten en één front te vormen. Dat is de kerngedachte in het betoog van hoofdverpleegkundige Patrick:

« Bij ons waren er geen sterfgevallen onder het personeel. Gelukkig maar! Er zijn wel enkele [collega's] die in het ziekenhuis moesten worden opgenomen. En mensen die lang hebben thuisgezet. Sommigen zijn meer dan een maand in behandeling geweest. (...)

*Ik ben ziek gevallen tijdens de eerste golf. (...) Er was onvoldoende informatie beschikbaar en we waren onvoldoende voorbereid. We moesten de strijd aangaan met een gemeenschappelijke vijand, namelijk virussen. Maar hoe doe je dat? De informatie bereikte ons slechts met mondjesmaat. We kregen wel instructies van Iriscare in de zin van: doe dit, doe dat! En we probeerden ons aan te passen. Ook zij gingen af op de aanbevelingen van specialisten, epidemiologen en artsen. We doen dit, we doen dat. En wij volgden die instructies op. Bijna elke week kregen we nieuwe aanwijzingen en omzendbrieven. We ontvingen wekelijks soms twee tot drie omzendbrieven. (...) Dat was lastig om op te volgen, maar we probeerden bij te blijven. Onze directeur was streng en ik ben hem daarin gevolgd. We hebben ons best gedaan. We hebben één front gevormd. Dat was onze manier om ons staande te houden. (ROB – privaat-commercieel)*

#### 5. Besmet zijn, schrik hebben om anderen te besmetten, afhaken

In het vroegste stadium van de besmettingen leek het angstscenario vooral versterkt door wat de zorgverleners beschrijven als een schuldgevoel wanneer zij bijvoorbeeld het virus opliepen en ziek werden. Als medewerker in een woonzorgcentrum betekent besmet raken met COVID-19 niet alleen zelf ziek worden, maar ook zware mentale last dat je zelf een potentiële ziektedrager bent die het virus kan hebben binnengebracht in het woonzorgcentrum, dat je je collega's of zelfs bewoners kan hebben besmet en als het ware mogelijk verantwoordelijk bent voor de ellende.



*Ik was een van de eersten die de ziekte op liepen. Ik was dus bij de eersten, na mij kwam de directrice, mijn collega op kantoor, ook Amelie ... vier collega's op kantoor, zeg maar. Dat betekende dus dat ik misschien niet de nodige voorzorgsmaatregelen had genomen. We gebruikten immers dezelfde telefoon, dezelfde kasten. Misschien beschermden we ons ook niet op de correcte manier... Ik voelde me schuldig omdat ik als eerste ziek was geworden, de anderen had besmet en [het feit dat] ik nooit in staat zou zijn geweest om te komen werken. (Administratief medewerker)*

Het plotselinge overlijden van collega's hakte zwaar in op het gemoed en de angst van andere medewerkers, die meestal 'op hun eentje' probeerden om te gaan met die emoties. In die werkelijk hectische periode waarin alle contacten sowieso moesten beperkt blijven, was er nauwelijks gelegenheid om stil te staan bij deze overlijdens of om een moment van herdenking in te laten, of zelfs om eens samen te komen en te rouwen. Deze tragische gebeurtenissen veroorzaakten een schokgolf binnen de teams en de instellingen. Veel zorgverleners bleven verweesd, uitgeput en ontwricht achter, en dragen daar nog steeds de sporen van. Naast de pijn die het overlijden van een collega uit de nabije werkomgeving met zich meebracht, beseften de zorgverleners ook hoe tastbaar en ernstig het risico was voor de gemeenschap en voor henzelf. En dat het gevaar niet alleen dreigde voor een bepaalde leeftijdscategorie of voor kwetsbare mensen – zoals sommigen aanvankelijk dachten – maar dat het iedereen kon overkomen.



*[De dood van een jonge zorgkundige] is voor iedereen een complete schok geweest omdat... Tot dan toe maakte ik mezelf wijs dat het allemaal zo'n vaart niet ging lopen ... Ik ben jong, het komt wel goed". Boem, dat overkomt het een collega of naaste. Dan denk je: "Ah ja, dan tóch!" Ik kende haar niet zo goed, maar wanneer zoiets gebeurt, kom je echt wel met een nog banger hart werken. (Maatschappelijk assistent, RVT - publiek)*

Zelfs voor wie niet met de dood van collega's werd geconfronteerd, zijn situaties als de volgende buitengewoon verwarrend: het moment waarop je verneemt dat collega's COVID hebben

opgelopen en zodanig ziek zijn dat ze verschillende weken in een ziekenhuis moeten worden opgenomen, of wanneer jezelf besmet bent, ziek wordt en moet thuisblijven. Verschillende zorgverleners die verplicht waren om thuis te blijven, vertellen dat ze het gevoel hadden hun collega's in de steek te laten en hun belofte van solidariteit niet konden waarmaken. Maar ook dat ze de bewoners aan hun lot overlieten, hun beroepsplicht en engagement niet konden vervullen en dat ze verzuimden aan hun 'zorgplicht'.

## 6. Geen doorverwijzing naar ziekenhuizen. Ethische malaise<sup>48</sup>

Het merendeel van de bevraagde woonzorgcentra ondervond in het begin van de epidemie problemen om bewoners te laten opnemen in een ziekenhuis. Die vaststelling lijkt een van de opvallendste verzuchtingen van die eerste periode, zo niet van de crisis in haar totaliteit. Zelf niet de gepaste zorg kunnen bieden, de patiënten evenmin kunnen doorverwijzen en geen zorgcontinuïteit kunnen garanderen zoals binnen de gezondheidssector is afgesproken, zijn enkele van de frustraties die alle personeelsleden een knagend gevoel van onbegrip, frustratie en zelfs opstandigheid hebben bezorgd. Sommigen zijn zelfs van mening dat de ouderen 'aan hun lot werden overgelaten', net als de instellingen en de mensen die hen opvangen. Sommige respondenten steken hun verbittering niet onder stoelen of banken: deze situatie was en is nog steeds onaanvaardbaar. De hele aanpak heeft hen zo diep geraakt dat ze op bepaalde momenten overwogen om ontslag te nemen, zich in conflict voelend met het gezondheidsbeleid. Het gevoel van malaise blijft bij sommigen voortbestaan door het gebrek aan communicatie en transparantie ten aanzien van de ziekenhuispraktijken. Werd destijds bewust een rangorde ingesteld op basis van de leeftijd (of drempelleeftijd) van de bewoners of van hun verblijfplaats? Of moeten we het weigeren van de bewoners van woonzorgcentra in een ruimer perspectief plaatsen, namelijk de overbezetting waarmee de ziekenhuizen zelf te kampen hadden? De zorgverleners die het zwaarst op de proef werden gesteld en deze situatie als bijzonder stuitend hebben ervaren, geven aan dat hun kijk op de wereld, de zin van hun beroep en de waarden die zij onderschrijven, een flinke deuk hebben gekregen.

48. Lees hierover: Lefève Céline, "La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri", in: Worms Frédéric, Mino Jean-Christophe, Dumont Martin (dir.), *Le soin en première ligne*, Paris, PUF, 2021, pp. 107-130.

Zo vertelde een verpleegkundige op een afdeling voor mensen met cognitieve problemen hoe heftig hij het vond dat een bewoner die hij wilde laten opnemen, onverwijd werd teruggebracht naar het woonzorgcentrum. Die aanpak strookt volgens hem niet met het principe van 'good practices' op het vlak van samenwerking tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen zoals vastgelegd in het gezondheidssysteem, of inzake het recht op zorg in juridische zin en de fundamentele gelijkwaardigheid van het leven in ethische zin<sup>49</sup>:



*Ik heb de eerste bewoner verzorgd met een vermoeden van COVID-besmetting. De allereerste! (...) Ik volgde het protocol en liet de bewoner overbrengen naar het ziekenhuis. (...) Ik nam contact op met de behandelende arts en lichtte hem mijn verpleegkundige diagnose toe. Ik belde ook met de hoofverpleegkundige die de coördinerende arts op de hoogte bracht. Ik heb het akkoord gekregen om de bewoner te laten opnemen. (...) Daarna belde ik de ambulanciers. Zij zijn aangekomen en ze hebben gezegd dat er niets aan de hand was! Ik maakte hen duidelijk dat het op doktersbevel was en dat de persoon in kwestie werd opgewacht in het ziekenhuis. (...) [Ze hebben hem meegevoerd], maar aanvankelijk wilden ze niet. Het was toen al avond, einde van mijn werkdag. Maar eens bij het ziekenhuis aangekomen, heeft het ziekenhuis hem teruggestuurd. Ik kwam 's anderendaags op het werk en trof hem daar aan. (...) We hebben hem dan nog eens laten opnemen, waarop het ziekenhuis hem opnieuw heeft geweigerd. Twee, drie dagen later was hij overleden ...*

*Dat was ons eerste sterfgeval. Het ziekenhuis heeft hem meerdere keren geweigerd. Je kunt je inbeelden hoe wij ons voelden: gefaald, in de steek gelaten ... Volgens de geijkte protocollen werken wij samen. Als verpleegkundigen zijn wij opgeleid om mensen te verzorgen, maar wanneer een opname noodzakelijk is, zijn ziekenhuizen beter uitgerust wat personeel en materiaal betreft. We werken altijd samen, en wanneer we iemand laten opnemen is dat niet om ervan af te zijn: dat is het protocol! Dat is voor het welzijn van de patiënt. Zo zit het gezondheidssysteem nu een-*

*maal in elkaar. En die continuïteit werkt prima. Maar toen, onder die omstandigheden, heeft men het gezondheidsmodel genegeerd.*

*V - Jullie sturen iemand naar het ziekenhuis, omdat het niet anders kan en omdat jullie op het vlak van zorgverlening jullie grenzen hebben bereikt. Dat moet nogal een opdoffer zijn als men de patiënt terugstuurt ...*

*Uiteraard! En dan rijst de vraag: Wat nu? Wat moet ik doen met de anderen? Hoe zit het met de volgende gevallen?*

*V - Bedoel je dat jullie je in de steek gelaten voelden, zeg maar machteloos?*

*Hier gebruiken we de uitdrukking 'zijn plan trekken'. Plantrekken! (...) Het resultaat was dat we geen bewoners meer zouden laten opnemen; maar dat is onrechtvaardig! (...) (RVT - publiek)*

Deze verpleegkundige is van mening dat leeftijd ethisch gezien geen criterium mag zijn voor de toegang tot en het verlenen van zorg. Dit stuit hem des te meer tegen de borst, omdat hij zijn thuisland heeft verlaten om te gaan werken in een land dat geroemd wordt om zijn gezondheidssysteem.



*Dat is iets waar ik moeite mee heb. De leeftijd van de mensen die ik verzorg, is voor mij niet van tel. Om niet te oordelen en te handelen naar de leeftijd van de bewoners die ik verzorg, weet ik vaak niet eens hoe oud ze zijn. Leeftijd speelt voor mij geen enkele rol.*

*Als zorgverlener streef ik enkel naar het welzijn van de bewoners en probeer ik hen zo goed mogelijk bij te staan, zonder rekening te houden met hun leeftijd. Ik neem geen beslissingen op basis van hun leeftijd. Ik neem beslissingen naargelang de persoon, zijn of haar welbevinden en comfort, zonder te letten op de leeftijd. Zo hoort het toch, nietwaar?*

De directeur van een woonzorgcentrum die eerder aan het woord was, liet zich eveneens verontwaardigd uit over een soortgelijke situatie waarin de ziekenhuizen, volgens hem, letterlijk hun deuren sloten voor 'zijn bewoners'.

49. Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, Aanbeveling COVID-19: *Ethische aspecten betreffende prioritering van zorg*, aanbeveling van 21 december 2020.





*Op een bepaald moment functioneerden de ziekenhuizen helemaal niet meer naar behoren en konden ze niet meer de veronderstelde hulp verlenen. Dus weigerden ze maar alle personen die van woonzorgcentra kwamen.*

*Ook collega's van mij hebben dat meegemaakt. (...) Bewoners van woonzorgcentrum X werden door ziekenhuis Y weggestuurd. Datzelfde ziekenhuis stuurde ons ander woonzorgcentrum een bericht dat ze geen bewoners van woonzorgcentra meer konden opnemen. (...) Ik denk dat hun focus vooral lag op de opvang van de actieve bevolking! En mensen die in woonzorgcentra verblijven, tja ... Ik kan ervan meespreken, ook collega's hebben het meegemaakt. Onze mensen werd de toegang geweigerd! Bij ons is er iemand hier gestorven! Er ontstond een krachtmeting tussen de MUG-arts en ziekenhuis Z om de dame met een hartaanval te laten opnemen. Ziekenhuis Z weigerde haar, ondanks het aandringen van de spoedarts bij [ziekenhuis] Z. Deze dame, een van mijn bewoners, is uiteindelijk hier op het gelijkvloers bezweken aan haar hartaanval. Maak dat maar eens mee! Maak dat maar eens mee, hé!*

*V - Had dat dan niets te maken met haar leeftijd of haar gezondheidstoestand? Is er dan geen enkele beoordeling geweest van haar persoonlijke gezondheidssituatie? Was het dan gewoon van: "Ze komt uit een woonzorgcentrum, dus nemen we haar niet op"?*

*Nee: woonzorgcentrum, woonzorgcentrum!*

*[In een ander woonzorgcentrum], exact hetzelfde : met twee bewoners op één dag. De ambulance vertrok naar ziekenhuis Y en nog voordat de ambulanciers de patiënt uit de ziekenwagen konden halen, heeft het ziekenhuis hen teruggestuurd. (...)*

*Daarom kregen de woonzorgcentra - en ook ikzelf - de indruk dat we wat betreft het COVID-probleem en de behandeling ervan, op onszelf waren aangewezen. (...) Als je geen gehoor krijgt bij de ziekenhuizen en er wandelen wordt gestuurd, wat doe je dan?(...)*

*Dat heeft mij en de hele sector het gevoel gegeven dat we aan ons lot werden overgelaten en het zelf maar moesten beredderen. Daar stonden we dan, mijn teams en ikzelf. We waren in de steek gelaten door de ziekenhuizen, dat is een feit. (ROB- privaat-commercieel)*

Deze uitspraken worden beaamd door de hoofdverpleegkundige van diezelfde instelling. Ook hij spreekt zijn verantwoordiging uit over wat hij als zorgverzuim beschouwt van de ziekenhuizen die verzaken aan hun opdracht, en dit ten koste van de ouderen die op basis van hun leeftijd worden geweigerd.

*Nog een betreurenswaardige vaststelling is de manier waarop de staat omgaat met ouderen. Wij kregen de indruk dat de derde leeftijd quantité négligeable is voor de overheid. Daar kwam het zowat op neer. Het is misschien wat sterk uitgedrukt, maar het gaat zeker op voor de manier waarop de crisis in de beginfase werd aangepakt. Onze indruk was: "Ze hebben toch al een bepaalde leeftijd bereikt, ze mogen gaan". Dat is ook een manier om de dingen te bekijken. En waarom ik dat zeg? Over de mensen die wij lieten opnemen in een ziekenhuis ... kan ik niets anders zeggen dat ik in shock was. Onze eerste bewoner die ziek werd, hebben we laten opnemen in een ziekenhuis. Die man heeft daar 48 uur gelegen zonder zuurstof, zonder beademingstoestel. (...) We hebben zijn arts die in het ziekenhuis werkt, moeten inschakelen om iets in beweging te zetten. Toen men hem eindelijk aan een beademingstoestel heeft gelegd, is hij gestorven. (...) Te laat dus. Die man was nochtans te redden. Hij is slechts 75 jaar geworden. Hij was nog maar 75 jaar ... (...) Ik weet niet of het om een voorkeurbeleid ging, of als het de beslissing was van één persoon. Dit is mijn mening, ik ben als enige verantwoordelijk voor mijn uitspraken. We kregen inderdaad de indruk dat de mensen in categorieën ingedeeld waren. Het was alsof men had afgesproken: "We nemen voortaan alleen mensen op [tot] een bepaalde leeftijd. (...) Vanaf zeventig jaar proberen we onze handen ervan af te trekken". Dat is mijn mening. Zoals ik het begrijp, was het de bedoeling om ouderen terug te sturen. En dat beperkt zich niet tot die ene persoon bij ons, nee, zo waren er veel. (...) Dat maakt ons kwaad,*

want we worden verondersteld om samen te werken. De ziekenhuizen gingen in het algemeen selectief te werk ten opzichte van de instellingen voor ouderen. (...) Ik kan begrijpen dat de ziekenhuizen op een bepaald moment overrompeld waren. Ik kan daar inkomen. Maar dan moeten ze ons wel vragen: is het voor jullie haalbaar om [de nodige zorg te verstrekken]? (...) Het was gewoon een door de ziekenhuizen opgelegd beleid, niet meer en niet minder. Vanaf een bepaalde leeftijd zijn mensen afgeschreven.

*Ik vind dat in het begin al het mogelijke moeten worden gedaan. Een ziekenhuis heeft immers de voorzieningen, de middelen ... (...) Het is nog steeds niet te vatten. Ik snap dit beleid niet. Ik kan geen begrip opbrengen voor wat werd gezegd en gedaan. Hoe is het zover kunnen komen? Wat heeft onze collega's bezielde om zo te handelen?*

Was weigering van bewoners op basis van het enkele criterium leeftijd of de plaats vanwaar men kwam een lokale praktijk of gegeneraliseerd? Zaten er lacunes in de protocollen tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen, een samenwerking die nochtans geacht wordt te worden gefaciliteerd door het wettelijk bestaan van functionele relaties tussen beiden? Deze politieke en organisatorische kwesties vallen weliswaar buiten het bestek van deze studie, maar leveren ongetwijfeld stof tot opheldering en debat<sup>50</sup>. Het feit dat ze bewoners, die plotseling heel snel achteruitgingen en medische bijstand nodig hadden, niet konden redden – bij gebrek aan de nodige middelen – zorgt bij veel zorgverleners voor een wrange nasmaak. De gebrekkige organisatie van de zorg en bij uitbreiding de maatschappelijke ondersteuning ten opzichte van kwetsbare ouderen, is in deze crisis onmiskenbaar bewezen.

Ook een psychologe en referentiepersoon voor dementie getuigen over de verwarring bij de zorgverleners in hun instelling toen zij geconfronteerd werden met de triagecriteria die blijkbaar van toepassing waren in de ziekenhuizen of die in het begin van de epidemie intern moesten worden toegepast:



*Het zwaarste voor mij was het begin: toen ik de leidinggevenden en verpleegkundigen hoorde praten over wat er op de afdelingen aan de gang was: overlijdens aan de lopende band, mensen die stierven door verstikking. Op een bepaalde verdieping – de afdeling psychiatrie – werd aan de hoofdverpleegkundige gevraagd om te kiezen wie men zou laten sterven en wie nog naar het ziekenhuis mocht. Deze prangende kwestie kwam bovenop de reeds aanwezige crisis. De ambulanciers wilden immers geen ouderen of mensen met comorbiditeiten meenemen. Dit was de context waarin we moesten werken. Bij ons is er een vrouw van nog geen 50 jaar gestorven. Het is te erg voor woorden, maar het ziekenhuis wou haar niet opnemen. “Nee, nee, ze zal het wel halen!” De volgende dag was ze helaas overleden. (...) Ik denk dat ze [de ziekenhuizen] op een bepaald moment echt een triage moesten doen en kiezen wie ze wilden redden en wie ze moesten laten gaan. Ze wisten het eigenlijk zelf ook niet goed. Ze moesten kiezen: “Helpen we die vrouw van 49 of die van 99? Met die 49-jarige komt het wel goed”. Niet dus. Verkeerd gegokt. Zij is de dag nadien gestorven. En de vrouw van 99 uiteindelijk ook ... (RVT – privaat-commercieel, groep)*

In haar relaas over haar ervaringen vertelt deze psychologe, die tijdens de crisis aan de slag was in een woonzorgcentrum<sup>51</sup>, dat het overlijden van een relatief jonge bewoonster, die niet kon worden opgenomen, “een blijvend litteken zal nalaten binnen het team”, de chaos waarmee de zorgverleners werden geconfronteerd, illustrerend.

Ook medewerkers die tot het niet-verzorgend personeel behoren, zoals deze verantwoordelijke voor de schoonmaak, getuigen over de grote commotie toen ze vernamen dat de bewoners wellicht niet welkom waren in de ziekenhuizen. Vanuit haar job werd ook zij geconfronteerd met bewoners die na een paar dagen stierven. Ze vertelt dat het gerucht in het woonzorgcentrum de ronde deed dat er onvoldoende plaats was in de ziekenhuizen, en al zeker niet voor hen. Dit kwam zeer kwetsend over (en leidde zelfs tot

50. Lees hierover: Gzil Fabrice, “Triage et COVID-19 : qu'est-ce qui ne va pas avec l'approche utilitariste ?” *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Île-de-France, okt. 2020, pp. 59-60.

51. We danken de auteur van dit werk dat deel uitmaakt van een cursus en ons werd bezorgd. Om haar anonimiteit te bewaren, vermelden we hier geen bibliografische referenties.

fatalistische uitspraken, zoals “er was geen andere keuze”). Het griede hen dat hun bewoners genegeerd werden, omdat ze te oud waren. En dat men hen had ‘laten sterven’ want te oud, ten gunste van jongere mensen:



*We snapten er niets van. Enfin, wat mij betreft, is er toch één ding wat ik niet begrijp: “Waarom wilde men hen in feite niet meenemen naar het ziekenhuis”? (...) Liet men hen dan gewoon sterven? Waarschijnlijk wel, want ze hadden geen andere keuze. Ik denk dat er geen andere opties waren. Omdat ze het virus al te pakken hadden, het al te vergevorderd was. En omdat de ziekenhuizen al afgeladen vol lagen. Ik denk gewoon de plaatsen meer voor jongere mensen waren dan voor de oudere patiënten. Da’s alles. Ik denk dat wel, want als men hen niet naar het ziekenhuis brengt, wil dat zeggen dat ze de ene na de andere gaan sterven. Ja toch? Dat is wat ik denk, maar eigenlijk niet luidop mag zeggen. (...) Ik heb dat zo begrepen, maar ik denk dat mijn collega’s ook geen andere keuze hadden. We hoorden immers dat de ziekenhuizen overvol lagen en dat ze geen mensen van bij ons konden opnemen. Het was niet de bedoeling om de ziekenhuizen te vullen met mensen tussen 90 en 95 jaar. Dus geven we voorrand, dat heb ik toch gehoord... (RVT – publiek)*

Een huisarts in een woonzorgcentrum getuigt als externe zorgverlener van nagenoeg identieke situaties, die zeer emotioneel beleefd werden door de verzorgers, die geacht werden “hun plan te trekken” zonder aangepaste medische apparatuur, noch de mogelijkheid tot doorverwijzing naar gespecialiseerde diensten:



*Soms riepen we een ambulance op voor een patiënt met desaturatie. We hadden toen al een vermoeden, of beter gezegd, we vreesden al voor COVID-pneumopathie. De ziekenwagen is naar het ziekenhuis vertrokken en... Enkele uren later liet een verpleegkundige echter weten dat... de patiënt terug was en dat wij... ons plan ermee moesten trekken! (Arts 4)*

Volgens deze arts, en hij volgt daarin veel collega’s, is het niet verwonderlijk dat veel leden van het

verzorgend personeel, ten overstaan van de machteloosheid en het gevoel bewoners te hebben “laten doodgaan”, ten prooi vielen aan een burn-out of overwogen hun beroep vaarwel te zeggen.

Tot slot getuigde een tweede psychologe over de aanwezige woede, die volgens ons duidt op een ‘maatschappelijk lijden’<sup>52</sup>. Deze vorm van lijden wordt veroorzaakt door het systeem zelf dat het woonzorgcentrum en zijn personeelsleden in een situatie had gebracht die fundamenteel onwerkbaar was, zowel vanuit gezondheidskundig als psychologisch oogpunt. Ze wacht nog steeds op een uitleg om de logica aan de grondslag van het toenmalige gezondheidsbeleid te kunnen begrijpen.



*Die momenten van ergernis en woede zijn mij zeker niet vreemd. Ik vroeg me voortdurend af: “Hoe is het in godsnaam mogelijk dat we in zo’n situatie waren verzeild. Dat men ons liet zitten met zieke mensen, die niet in de ziekenhuizen werden toegelaten”. Daar zaten wij dan. Wij moesten er ook maar mee leren leven. We gingen na het werk naar huis, kwamen bij onze kinderen of bij wie dan ook. Zonder bescherming.*

*(...) Wat toen gebeurde, had zo’n proporties aangenomen... Ik denk dat ze daarom plaatsen wilden vrijhouden voor jongere mensen enz. Volgens mij moesten ze een soort van voorrangssysteem aanhouden. Er waren toen ook mensen die al aan bepaalde ziekten leden en bijna palliatieve zorg kregen, anderen kregen reeds palliatieve zorg, waarvan werd verwacht dat het beter zou zijn. om naar de woonzorgcentra terug te keren. Zulke dingen kan ik nog begrijpen. Ik vind dat het voor deze mensen dan ook effectief beter was dat ze hier konden verblijven, omringd door mensen die ze kennen. Althans beter dan in een hermetisch afgesloten ziekenhuis waar ze zelfs hun naasten niet meer mochten zien. Er zijn dus wel een aantal zaken die ik kan begrijpen, andere dan weer niet. Ja, we voelden ons zeker min of meer in de steek gelaten!*

*Ik denk dat precies die vaststelling veel kwaad bloed heeft gezet. Persoonlijk heb ik mij hier op bepaalde momenten behoorlijk kwaad gemaakt. Toch moesten*

52. Soulet Marc-Henry “La souffrance sociale, pathologie des sociétés contemporaines”, *Ethique publique*, 2009, vol. 11, n°2, pp. 72-77. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.107>

*we dat steeds maar weer proberen te be dwingen. Onbegrip, dat was het! Ik kan die vragen ook niet allemaal beantwoorden. Ik heb geen idee of er antwoorden zullen komen ..., ik weet niet of men het ooit zal toegeven ... Ik heb tot nog toe geen woordvoerders van ziekenhuizen of politici horen [zeggen] dat er keuzes werden gemaakt. (...) Ik zou het in elk geval wel willen begrijpen. En uiteraard vermijden dat zoiets zich ooit weer voordoet! Nu ja, ik weet ook niet wat de toekomst nog brengt. (RVT - publiek)*

Ook een hoofdverpleegkundige die met gelijkaardige problemen werd geconfronteerd in de instelling waar hij werkt, geeft aan verbolgen en opstandig te zijn:



*We voelden dit aan als een onrecht op basis van leeftijd: dat je automatisch gestraft wordt omdat je oud bent. (...) Ik was in eerste instantie kwaad op COVID, omdat het virus zo verwoestend is. Daarna kwam de diepe verontwaardiging. Ik had echt wel gehoopt op een beetje meer hulp of logistieke steun. Als men in een ziekenhuis al zegt: “Nee, het is niet mogelijk ...”. We kregen de indruk dat we het doods vonnis van [die persoon] hadden gekend door een gebrek aan hulp. Je voelt je vreselijk machteloos en beseft dat je maar een ding kan doen en dat is wachten tot de persoon sterft ... (RVT - privaat, vzw)*

Uit de bevindingen van de zorgverleners kunnen we evenwel afleiden dat niet alle woonzorgcentra evenveel moeite hadden om hun bewoners te laten opnemen. Sommige konden hun bewoners tijdens die periode zonder noemenswaardige problemen laten opnemen in een ziekenhuis waarmee ze als instelling banden hebben. Bij anderen was de opname van hun bewoners eerder een kwestie van bepaalde persoonlijke contacten tussen de coördinerende arts – of eventueel huisarts – en de ziekenhuisartsen, of van nauwe banden tussen familieleden van de bewoners en medewerkers van het ziekenhuis.

De directrice van een zwaar getroffen woonzorgcentrum verklaart op geen enkel moment met een weigering van hospitalisering geconfronteerd te zijn geweest. Ze spreekt van een dosis ‘geluk’, als het niet de bestaande band met de afdeling geriatrie is geweest, die een faciliterende rol heeft gespeeld.



*Bij ons moesten niet veel bewoners worden opgenomen, maar zij die het nodig*

*hadden, zijn opgenomen geweest en we hebben nooit een weigering ontvangen, nooit. (...)*

*Mogen we in daar [geluk] dan van spreken, of speelt dat niet mee? Ik zou het niet weten. Ik durf me daar niet over uitspreken. We hebben zeer goede contacten met de afdeling geriatrie van X. (...) Wij hebben eerlijk gezegd nooit het minste probleem gehad, nooit. Nee. Ik was verrast om dat allemaal te horen. Wij hebben dat gelukkig niet meegemaakt! (RVT - publiek)*

Een andere directrice vertelt dat na verschillende weigeringen hen uiteindelijk de toegang tot een ziekenhuis werd mogelijk gemaakt dankzij de rol die een dochter van een bewoonster heeft opgenomen.



*Wij hadden hier een bewoonster die heel erg ziek was van COVID. We slaagden er maar niet in om haar te laten opnemen. Geweigerd in X! Geweigerd in Y! Ze kon hier in geen enkel ziekenhuis terecht. Haar dochter bleek evenwel in Z te werken. Ze heeft dus een goed woordje kunnen doen bij haar collega's en hop, onze bewoonster belandde in Z. (RVT - privaat, vzw)*

De uiteenlopende behandeling van aanvragen is voor sommige directeurs het bewijs van de onrechtvaardige ‘twee maten en twee gewichten’ geneeskunde.

Het opnameprobleem heeft verschillende woonzorgcentra aangezet om proactief en stelselmatig een bevraging uit te voeren onder de bewoners rond hun wensen inzake levenseinde. Dit in geval ze zwaar ziek zouden worden van COVID, waarbij invasieve zorg of een ziekenhuisopname zich opdringt. Volgens de zorgverleners zou de invoering van het GAZP (Gepersonaliseerde en Anticiperende Zorg Project) het aantal opnameaanvragen de facto aanzienlijk hebben verlaagd. Veel bewoners die daartoe in staat waren, zouden hun voorkeur hebben uitgesproken om te worden verzorgd, en zelfs te sterven, in hun woonzorgcentrum. Een hoofdverpleegkundige met twintig dienstjaren plaatst hierbij evenwel een ethisch voorbehoud. Volgens haar blijft het ‘moeilijk haalbaar’. Wat als een bewoner die de wens heeft geuit om zich te laten opnemen, alsnog wordt geweigerd door een ziekenhuis? Het is helemaal “niet evident”, merkt zij op, “als je een bepaald zorgplan behartigt en uiteindelijk wordt geconfronteerd met een weigering van de geriater”. Op het geval af van een te ruime interpretatie, beschouwt



zij die vraag als een soort drukmiddel om het GAZP met de bewoners te bespreken. De vraag impliceert een zekere afwijking van het oorspronkelijke doel ervan, omdat de rechten van patiënten hoe dan ook niet worden gerespecteerd in geval van een eventuele triage bij aankomst in het ziekenhuis:



*De pandemie verplichtte ons als verantwoordelijken om bij alle bewoners na te vragen of zij, in de wetenschap dat ze misschien niet welkom zouden zijn in een ziekenhuis, bij een COVID-besmetting eventueel liever bij ons wilden blijven. Of als ze koste wat het kost toch naar een ziekenhuis wensten te gaan. We hebben die vraag aan al onze bewoners gesteld. Dat is immers de eerste vraag van een geriater aan de telefoon: “Wat is het zorgplan van de bewoner? Hebben jullie een GAZP opgemaakt, wenst de bewoner ...?” We moeten in dat geval aan de bewoner uitleggen dat hij of zij misschien op intensieve zorg zal terechtkomen, eventueel in coma zal worden gebracht, geïntubeerd zal worden – en uitleggen wat intuberen inhoudt. Of als hij of zij liever heeft dat we toch proberen hem of haar bij ons te houden ...*

*Meestal antwoordden ze: “Ik wil hier blijven!” of “Ik heb vertrouwen in jullie: jullie hebben het beste met mij voor”. Het merendeel zei niet: “Ik wil naar een ziekenhuis ... om daar dan te sterven”. (RVT - publiek)*

## 7. Wachten op testresultaten

Vanaf het moment dat er tests beschikbaar waren in de beginperiode van de epidemie en men bewoners waarvan men dacht dat ze besmet waren systematisch kon testen, maakten zorgverleners zich soms zorgen over het feit dat de analyseresultaten van de laboratoria langer dan gedacht op zich lieten wachten. De verbitterde getuigenis van een verpleegkundige schetst de situatie op het terrein. Het is eens te meer tekenend voor het gevoel niet voldoende ondersteund te zijn geweest door het zorgsysteem zoals het volgens hem eigenlijk hoort en versterkt het gevoel dat de woonzorgcentra ook op dat vlak in de steek werden gelaten.



*We namen hier vanaf het begin tests af die we naar het labo verstuurden. Daar deden ze er niets mee: geen tests, geen*

*analyses. Op een dag belde ik zelf voor de resultaten en kreeg als antwoord: nee, ze zijn niet prioritair ...”.*

*V- Was dat omdat ze uit een woonzorgcentrum kwamen?*

*Ik weet niet wat men daarmee bedoelde, maar ik heb die persoon van het labo gevraagd: “Hoe weet u dat deze stalen niet prioritair zijn?” Ik zei: “Mevrouw, die mensen hoewel u zegt dat ze niet prioritair zijn, liggen momenteel op sterven, ze zijn aan het doodgaan!” We hebben van die mensen nooit de testresultaten ontvangen. Van bewoners die in een ziekenhuis werden getest, kregen we wel een analyse of resultaten. (RVT - publiek)*

## 8. Onvolledige en tegenstrijdige informatie

Zowel voor de directies als voor het verzorgend personeel vormden het gebrek aan kennis over het virus en de toevloed van tegenstrijdige informatie, afkomstig van verschillende mondiale, nationale en regionale instanties uit diverse sectoren en beroepsgroepen, een struikelblok voor een snelle implementatie van ad hoc-maatregelen. De incoherente communicatie vanuit de politiek wordt regelmatig aangehaald als een van de factoren die tijdsverlies in de hand hebben gewerkt, met de gekende nefaste gevolgen voor de bescherming van de woonzorgcentra, hun personeel en de bewoners. Sommige respondenten geven aan dat deze problematische communicatie hun gevoel heeft versterkt dat ze de situatie niet meer de baas konden, alle professionele houvast kwijt waren en volledig ontredderd achterbleven.

Michel is een hoofdverpleegkundige die lange tijd in een ziekenhuis heeft gewerkt voordat hij met volle overtuiging de overstap maakte naar een woonzorgcentrum. Hij verwoordt de malaise door de verwarring en onzekerheid over wat wel en niet kon, als volgt:



*Ik denk dat we het in het begin vooral lastig hadden met die onwetendheid. We hadden werkelijk geen idee wat er op ons af kwam. De informatie bereikte ons slechts met mondjesmaat en was dan nog vaak tegenstrijdig of totaal onlogisch. De maatregelen legden ons allerlei zaken op. Aangezien het allemaal niet zo duidelijke*

*lijk was en er niets op papier stond, kon het alle kanten uitgaan. (...)*

*Iedereen ging zowat op het eigen gevoel af en had zijn mening. We beseften ook dat niet iedereen dezelfde opvattingen deelt, en dat het tijdsbestek waarin de maatregelen werden opgelegd, verschilde naargelang de geografische locatie. De maatregelen die de Brusselse autoriteiten oplegden, werden niet tegelijkertijd doorgevoerd met de maatregelen die in Vlaanderen of in Wallonië werden genomen. Daarnaast bevatten ze soms discrepanties. Er werd ook naar onze buurlanden gekeken. Hoe gaat het eraan toe in andere landen? Men kiest er eerder voor deze of gene strategie ... Dat bewijst eens te meer de onwetendheid over de hele situatie. En daarom was het bijzonder moeilijk voor de teams om uit te vissen welke nu de juiste aanpak was. Hoe kunnen we op een efficiënte manier de bewoners beschermen? Maar ook, hoe word ik zelf geen COVID-verspreider, hoe bescherm ik mijn gezin en draag ik het virus niet over op anderen ... (RVT – privaat, vzw)*

## 9. Tekort aan materiaal

Bijkomend probleem voor de woonzorgcentra in het begin van de epidemie was de beperkte toegang tot het vereiste beschermingsmateriaal (maskers, handgel, haarnetjes, schorten enz.). Deze tekorten verschillen evenwel van instelling tot instelling. Sommige woonzorgcentra konden terugvallen op hun institutioneel netwerk, de groep waartoe ze behoren, de gemeente, het OCMW enz. om zonder al te veel problemen het nodige materiaal te verkrijgen. Voor anderen was het een ware 'uitputtingsslag' en een 'kwestie van vindingrijkheid'. Volgens een coördinerende arts/huisarts die verbonden is aan verschillende private en publieke woonzorgcentra kwam de hulp veeleer van persoonlijke relaties dan via de officiële instanties. Een andere respondent stelde vast dat de bevoorrading 'vlotter was verlopen' in de private sector, een mening die werd bevestigd door enkele directies uit dit netwerk. Een van hen benadrukte het snelle reactievermogen van de beheerders van de instelling. Zij moest bijvoorbeeld niet de verschillende bestuursniveaus doorlopen om over een budget te kunnen beschikken.

Niet iedereen deelt echter die mening: *"Er waren directies die uitermate proactief reageerden*

*en het nodige materiaal aankochten op internet enz. Anderen waren veel minder voortvarend en ondergingen de hele situatie in plaats van in actie te schieten. Ik wil er wel aan toevoegen dat deze zaken zowel in de publieke als in de private sector voorkwamen"* (Arts 1).

Alle sectoren zijn het erover eens dat ze geen andere keuze hadden dan eigen beschermingsmiddelen in te zetten en zelf naar oplossingen te zoeken. Een aantal instellingen slaagden er in om zich alvast te bevoorraden toen de eerste signalen uit het buitenland – enkele weken eerder – ons bereikten, terwijl anderen totaal verrast waren en moesten vaststellen dat het virus "al bij hen binnen zat" nog voor zij een voorraad konden aanleggen, getuigt een hoofdverpleegkundige.

Een hoofdverpleegkundige die verantwoordelijk is voor de medische stock, getuigt hoe het tekort aan materiaal de teams boos maakte en de stormloop op materiaal om zijn eigen centrum te bevoorraden:



*Een van de allergrootste problemen in het begin van de epidemie was het gebrek aan beschermingsmateriaal. De teams maakten zich behoorlijk boos en vroegen zich af hoe dit in godsnaam mogelijk was! We hebben niet genoeg maskers! Dat is hier mijn masker van gisteren, ik heb een nieuw exemplaar nodig ...". In het begin was dat bijzonder lastig. Iris-care deed wel het nodige om toch enigszins te kunnen volgen. Maar snel ging het allemaal niet. En ik maar contact opnemen met de leveranciers ... Ik ben verantwoordelijk voor de volledige medische stock. Het contact met de leveranciers verliep slechts druppelsgewijs. Al snel ging de geldkraan dicht en kreeg ik de boodschap dat ik geen recht had op een bepaald bedrag, omdat iedereen moest worden bevoorrad. Ik kon dus wel een of twee dozen bestellen, maar het was ondenkbaar om te zeggen dat ik er 4 of 6 nodig had."* (RVT – privaat, vzw)

De respondenten vermoeden dat het tekort aan materiaal een rol heeft gespeeld bij de toename van de interne besmettingen. Het tekort heeft hoe dan ook een invloed gehad op de omgang van de zorgverleners met de bewoners. Ze werden verplicht hun sociaal contact met hen te beperken. Geneviève, een hoofdverpleegkundige, merkt op dat dergelijke situaties de beroepswaarden en -normen van zorgverleners kunnen ontwrichten:

« *Het feit dat je aan zorgverleners vraagt om door een gebrek aan beschermingsmateriaal zo weinig mogelijk in de kamers van de bewoners te komen – omdat je bij het betreden van de kamer telkens een hele set persoonlijke beschermingsmiddelen moet aantrekken – staat lijnrecht op onze waarden van menselijkheid. Het is net op die momenten dat wij dicht bij onze bewoners willen staan en hen helpen. We moesten hen in hun eenzaamheid achterlaten, wat voor ons ook moeilijk te aanvaarden was. (RVT - publiek)*

Het tekort aan materiaal zal ongetwijfeld stress en paniek hebben teweeggebracht bij de werknemers die zich als soldaten aan het front voelden zonder enige vorm van bescherming. Dat heeft de indruk versterkt dat de woonzorgcentra in een oorlogssituatie waren terechtgekomen. De omstandigheden gaven aanleiding tot individuele en gemeenschappelijke praktijken die vanuit institutioneel standpunt als afwijkend werden beschouwd, omdat ze het persoonlijk belang vooropstelden op dat van de gemeenschap.

Zo getuigden verschillende directieleden, logistieke en zorgmanagers over herhaaldelijke ‘verdwijningen’ van gel of maskers in de instelling. Zaken die de reeds aanwezige spanningen en verwarring nog opdreven:

« *In het begin werkten wij altijd met ontsmettingsgel in de gangen, enz. Helemaal aan het begin echter van de crisis bleken al onze gels plots verdwenen. Het centrum was in die tijd nog open. We dachten dat het de familieleden waren. Daarna werd ons centrum van de ene dag op de andere gesloten. De gel werd teruggedraaid en ... verdween opnieuw. De schuld lag dus niet bij de familieleden, want er was alleen nog personeel aanwezig. (...) En dan moet je weten hoe moeilijk ontsmettingsgel op dat moment te krijgen was. Wij zijn nooit zonder gevallen, maar het is niet gemakkelijk geweest. We bleven maar bestellingen plaatsen, maar er kwam niets binnen. Stilaan vroegen we ons af of we ooit nog voldoende zouden hebben. Gelukkig zijn we nooit zonder gevallen. We wisten immers dat het een helse karwei was om eraan te geraken. Toen werd iemand aangesteld om het materiaal te beheren en bij alle afdelingen langs te gaan om het te verdelen. Niet bepaald een job waarmee je veel vrienden maakt! (Directie RVT- publiek)*

Door het tekort aan schorten en haarnetjes zijn de verzorgenden zelf beschermingsmiddelen in elkaar beginnen knutselen. Een huisarts vertelt over deze vorm van ‘behelpen’:

« *Ik denk dat ze [de verpleegkundigen] de ernst van de situatie wel degelijk inzagen, maar dat ze in het begin althans geen materiaal hadden. Dat is nu niet langer het geval. Hoe ze dat uiteindelijk hebben opgelost om van de ene kamer naar de andere te gaan? Ze gebruikten vuilniszakken waarin ze gaten hadden gemaakt en staken hun hoofd en armen erdoor ... stel je voor! (...) Nood breekt wet, zoals men zegt (gelach). Maar ze konden die plastic zak tenminste weggooien wanneer ze naar een andere kamer [gingen] en hun handen, voorarmen enz. ontsmetten.*

*Dat is echt roeien met de riemen die je hebt! Je moet het maar doen! Maar in die tijd was dat ... Dat zet je toch aan het denken! ... Dat het zover was gekomen! Begrijp je? (Arts 4)*

### 9.1. Bescherming op twee snelheden

Het tekort aan maskers heeft de directies op sommige momenten verplicht om zelf een ‘selectie’ te maken van personeelsleden die er de meeste nood aan hadden en dus voorrang kregen. Een directrice is bijzonder scherp voor het feit dat zij zo heeft moeten werken:

« *Naast die druk die we ondervonden [vanuit de ziekenhuizen], werden we geconfronteerd met een tekort aan materiaal. Neem nu de maskers: “Jij krijgt er een. Jij niet, omdat ..., omdat ..., omdat ... enz.” We hadden geen beschermingsmiddelen. Ik heb zeker geen kritiek op de gemeente of op de overheid, want zij hebben alles gedaan om te helpen. Af en toe kregen we pakketjes. Fier als een gieter trokken we naar onze medewerkers, waar alles in enkele minuten was uitgedeeld! (RVT - publiek)*

Aansluitend op deze opmerkingen is gebleken dat de verdeling van het beschermingsmateriaal binnen de woonzorgcentra zwaar op de maag ligt van het personeel. Sommigen vonden het ‘selectief uitdelen’ niet kunnen en beschouwden het als een vorm van discriminatie van ondergeschikt personeel. Ze spreken in dat verband van

onrechtvaardigheid en zijn verontwaardigd over deze manier van werken. Een verantwoordelijke voor de schoonmaak uit haar frustratie over het feit dat bepaalde beroepsgroepen meer bescherming verdienen dan anderen: “Waarom de verpleegkundigen en zorgkundigen wel, en wij niet?” vraagt ze zich verbolgen af<sup>53</sup>. Ze kaart de ongelijkheid aan tussen werknemers, tussen degenen die een mondmasker kregen en degenen die er geen hadden, tussen degenen die een degelijk mondmasker hadden en degenen die zich moesten behelpen met een zelfgemaakt exemplaar:

« Een voor een kwamen de meisjes bij mij met de vraag: “We zien dat de verpleegkundigen en zorgkundigen maskers dragen. Er is zeker ergens een besmetting? Waarom krijgen wij geen maskers?” (...) Ik heb mevr. T. [de directrice] aangesproken: “Mevrouw, de meisjes zijn een beetje ongerust. Er is blijkbaar COVID en zij hebben geen masker. Ook zij willen zich kunnen beschermen”. Het antwoord van de directrice was toen: “Goh, het is beter dat we geen masker dragen om de bewoners niet bang te maken”. Ik antwoordde haar: “Mevrouw, ze zien hier toch overal zorgkundigen en verpleegkundigen met maskers. Voor ons is dat toch hetzelfde, dacht ik?”. Dat geldt toch ook voor ons! We hebben zo’n drie of vier dagen zonder masker moeten werken. Aangezien het hier in het begin een ramp was, werd gevraagd om stoffen maskers te naaien (...) We kregen toen dus zo’n onnozelen stoffen masker waarmee we onze mond konden bedekken. (RVT - publiek)

Deze situaties schetsen een beeld van het beheer en de verdeling van het materiaal: volgens de machtsverhoudingen en rangordes. Aanvaarden/ermee instemmen dat je jezelf in gevaar brengt en jezelf ondanks alles proberen te beschermen zijn denkpatronen die deel uitmaken van de sociale verhoudingen<sup>54</sup>.

## 10. Gebrek aan zuurstof

Naast een tekort aan maskers e.d. kampten de instellingen in het begin van de pandemie ook met bevoorradingsproblemen van zuurstof.

Een directeur vat de situatie samen:

« Ah, zuurstof ...! Het probleem van zuurstofleveringen in de woonzorgcentra! Er was geen enkele mogelijkheid om aan zuurstof te geraken! (...) Onze leveranciers zaten met de handen in het haar toen de vraag van de ene dag op de andere explodeerde. En dan kwamen wij onvermijdelijk in een situatie terecht waarbij een bewoner die in ademnood verkeert, zuurstof nodig had. We wilden die persoon laten opnemen in een ziekenhuis, omdat we zelf geen zuurstof meer hadden. (...) Maar wat als je geen gehoor krijgt bij de ziekenhuizen, en er wandelen wordt gestuurd ... Tja, wat doe je dan? (...) (ROB - privaat-commercieel)

Sommige verantwoordelijken die te weinig zuurstof in voorraad hadden, zijn er met hulp van hun eigen institutioneel netwerk nog min of meer in geslaagd om zuurstof te bemachtigen. Anderen moesten dan weer hun nek uitsteken en inventief zijn. Ze spraken hun informele netwerken, familie en vrijwilligers aan om tot een oplossing te komen. Zo vertelt een directrice dat zij haar pijlen op duikcentra had gericht. Ze beschrijft de enorme vastberadenheid die vaak nodig was om haar doel te bereiken, namelijk het leven van de bewoners redden, ondanks het zuurstoftekort.

Ter afronding van deze ‘eerste fase’ geven we nog mee dat het begin van de crisis in de woonzorgcentra in het geheugen van de zorgverleners gegrift staat als een enorme chaos, een uitzonderlijke situatie die naast het gebrek aan voorbereiding, te wijten was aan talloze praktische uitdagingen, zowel wat materiaal betreft als de samenwerking met de ziekenhuizen. De meesten voelden zich ten einde raad toen hun referentiekader en praktijken op de helling kwamen te staan. Ze werden gedwarsboemd in hun pogingen om zichzelf, de bewoners en de leden van de instelling te beschermen. Voor velen betekende dit een persoonlijke en emotionele shock.

53. Gagnon Eric, *Eclats. Figures de la colère*, Montréal, Liber, 2011.

54. Douglas Mary, Arnold David, Watts Sheldon, Packard M. Randall, *Épidémies et rapports sociaux*, Toulouse, Éditions de l’Asymétrie, 2021.



## Tweede fase: leren leven met het virus en zich aanpassen

Na een beginperiode van intense verwarring en ontreding bij de eerste besmettingen en overlappendens, kregen de woonzorgcentra geleidelijk aan het nodige materiaal (maskers, schorten, haarnetjes, handschoenen, handgel enz.) binnen om zich te kunnen reorganiseren.

De lockdown van de woonzorgcentra in het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt gezien als weer een nieuwe chaotische fase voor die woonzorgcentra. Ze moeten hun bewoners verbieden om de instelling te verlaten en tegelijk moeten ze bezoekers de toegang ontzeggen. Een psychologe en een hoofdverpleegkundige van eenzelfde woonzorgcentrum spreken letterlijk van het *“vergrendelen van de instelling”* en van een *“versterkte burcht”*.

Om het risico op COVID-besmettingen tot een minimum te beperken, besloot de directie van een woonzorgcentrum om zich met gesloten deuren volledig van de buitenwereld af te zonderen en een team in te zetten dat dag en nacht zou binnenblijven. Het principe was: *“zichzelf opsluiten samen met de bewoners”*. Volgens de directrice die deze strategie<sup>55</sup> doorvoerde en een beroep deed op vrijwilligers onder het personeel, was het de bedoeling om een manier te vinden om tegelijk de gezondheidsvoorschriften na te leven en de continuïteit van de zorg en de begeleiding van de bewoners te garanderen in de best mogelijke omstandigheden, maar evenzeer om *“er voor hen te kunnen zijn, zonder dat ons iets kan worden verweten”*.

Compleet nieuwe organisatie, herschikkingen op verschillende terreinen (werk - verzorging,

maaltijden, activiteiten -, lokalen, interne communicatie enz.), lockdown van de bewoners, begeleiding bij het levenseinde, contacten met de families: alles wat deel uitmaakte van het dagelijks leven van deze instellingen, de routine zeg maar, ging op de schop. Het was een tijd van aftasten, van vallen en opstaan, van aanrromelen ook. *“Het was echt behelpen”*, vertelt een directeur. Inventief zijn was de boodschap en alle beschikbare middelen gebruiken: roeien met de riemen die er waren om het doel te bereiken. Na de chaos van de beginfase, spreken de zorgverleners van een moeilijke, *“ingewikkelde”*, maar *“zeer spannende”* periode, die tot op zeker hoogte zelfs inspirerend werkte: *“We maakten het heetst van de strijd mee”*, vertelt een verpleegkundige. Sommigen geven ook aan dat ze zich gesterkt voelden door de vele initiatieven en sympathie vanuit de bevolking, zoals het *“applaus op straat dat iedere avond om 20 uur weerklonk en de lakens aan de vensters”*, maar ook de steun van vrijwilligers en familieleden die maaltijden brachten bijvoorbeeld.

Hoewel veel instellingen hun institutioneel project zien als een ‘woonplek’, die zich openstelt voor de buitenwereld en het negatieve imago van een gevangenis van zich af willen schudden, ervoeren de meeste zorgverleners de lockdown echter als een antimodel. Achteraf gezien vinden de meeste directies en zorgverantwoordelijken dat ze juist hebben gehandeld en dat ze de maatregelen tot op de letter hebben nageleefd, of zelfs nog verder zijn gegaan. Anderen oordeelden achteraf dat ze te streng waren geweest, in het licht van de nevenschade.

55. De logopediste van de instelling die deze strategie voorstelde liet zich inspireren op initiatieven in Frankrijk die bekend waren geraakt via de sociale media. Ze zei daarover: *“Het voorstel werd heel enthousiast onthaald. Het team zag het volledig zitten!”* Maar toch, *“mocht het te herdoen zijn, we zouden het niet meer doen. We hadden geen idee waar we aan begonnen, het is echt heel lastig geweest. Ieder van ons had een gezin, een partner, kinderen. We moesten ons privéleven on hold zetten om de bewoners te beschermen”*.

## 1. De aankondiging van de lockdown

Een directrice beschrijft de aankondiging van de lockdown als een moment van ‘alle hens aan dek’. Zij riep onmiddellijk alle afdelingsverantwoordelijken bijeen om na te denken over de nodige aanpassingen om de opgelegde maatregelen zo comfortabel mogelijk te maken voor de bewoners:



*“Wat kunnen we doen om het leven van onze bewoners niet al te zeer te ontregelen?” Nu de beslissing over de lockdown is gevallen, sluit ons woonzorgcentrum de deuren en is er geen bezoek meer toegelaten enz. Het was dus van: “Stop jullie overleg maar [over wat goed of niet goed is om te doen], want alles werd al in onze plaats beslist. Ziezo, dit zijn de maatregelen!”.*

*Dat was toch even heel chaos en heel hard op de tanden bijten, want de gevolgen gingen onmiddellijk in. Er waren nog buitenstaanders in het gebouw; de families waren niet gewaarschuwd ... We zitten hier in Brussel, maar we hebben bewoners van wie de familieleden van ver moeten komen en al onderweg waren. Moeten we die mensen nu meteen terugsturen omdat ze niet op de hoogte waren? Ze hebben misschien wel een uur gereden. (...) Een bezoek verbieden, dat hadden tot dan toe nog nooit gedaan! Het was dus echt wel heftig om aan de familie te moeten zeggen: “Nee, u mag niet meer binnen, vertrek maar”. (...) Dat was exact wat men ons toen had opgelegd. (RVT – privaat, vzw)*

Sommige woonzorgcentra kregen al voor de lockdown af te rekenen met besmette bewoners, terwijl dat in andere pas later het geval was. In deze laatste categorie werd de besmetting van de bewoners des te schrijnend bevonden, omdat het virus logischerwijs alleen via het personeel kon zijn binnengeslopen en uitsluitend kon worden toegeschreven aan een nefast gebrek aan voorzorgen, of aan kennis over hygiëne, ontsmetting en het voorkomen van besmettingen. “We moesten op bepaalde momenten overal tegelijk zijn. We werkten ontzettend hard en dat zal ongetwijfeld tot foutieve handelingen hebben geleid”, betreurt een directrice. De woorden van deze directrice

vertolken haar schuldgevoel bij de vaststelling van besmettingen na de lockdown:



*We werden toen geconfronteerd met besmettingen en dat viel ons heel zwaar. [De bewoners] zaten al in lockdown, ze moesten in hun kamer blijven, mochten niet meer samen eten en er waren geen activiteiten meer. Al snel bekwam ons een schuldgevoel, omdat alleen wij het virus konden binnenbrengen. Nu ja, het moet gezegd dat we ook niet veel beschermingsmateriaal hadden in het begin. Het was helemaal niet evident om je 100% te beschermen. Bovendien wisten we toen nog niet zoveel over de overdracht van het virus als nu. Ondertussen kregen we intensieve, zeer grondige opleidingen in hygiëne. Maar op dat moment hadden we nog nooit een quarantaine van dit kaliber gekend. We zijn tenslotte een woonzorgcentrum en geen ziekenhuis. We hadden nooit eerder ziekten gehad die zo besmettelijk waren, en het virus verspreidde zich echt niet via de lucht ... Maar ja, we waren toen behoorlijk radeloos. (...) Contact opnemen met ons referentieziekenhuis was in die tijd ook al geen optie meer. Ze luisterden wel naar ons, maar hadden geen tijd om ons te komen bijscholen. Zelf hadden ze iedereen ter plaatse nodig, wat ook wel begrijpelijk is ... (RVT – privaat, vzw)*

## 2. Uitvoering van de procedures

De verantwoordelijken van woonzorgcentra, hoofdverpleegkundigen en coördinerende artsen stonden voor een enorme uitdaging: de procedures doornemen en ze uitleggen aan de teams, de bewoners, familieleden; praktijken en handelingen onder de knie krijgen om de risico's te beperken en deze nieuwe werkmethodes aan anderen aanleren. Teamwerk is hierbij vaak een pluspunt gebleken. Maar ook de aanduiding van een personeelslid/coach – zoals toegelicht in het tweede citaat – om de nieuwe richtlijnen op te volgen en te briefen, zal zijn vruchten afwerpen.



*Het materiaal was er. Maar dan moesten alle procedures nog worden opgestart, want onze medewerkers hadden daar geen ervaring mee. Ja, in een woonzorgcentrum komt bijvoorbeeld MRSA [gouden stafylokokken] voor, maar wat heb je*

*anders nog dat je kunt vergelijken met een pandemie? We hebben alle procedures doorgevoerd, alle inlichtingen genomen ... Hoe trek ik die uitrusting (...) aan? Hoe voorkomen we verspilling? Hoe kleed ik me aan? Hoe kleed ik me uit? Hoe ga ik een kamer binnen van een patiënt met COVID, of een vermoeden van COVID? Op welke criteria moet ik letten? We moesten dat allemaal razendsnel onder de knie krijgen. Het was echt een prestatie van het hele team. (Hoofdverpleegkundige, RVT - publiek)*



*Met hulp van de directie en rekening houdend met de richtlijnen van Iriscare en de artsen, zijn we er stap voor stap in geslaagd om procedures op papier te zetten die zowel door de familieleden als door het personeel moesten worden opgevolgd en nageleefd. Eigenlijk volgden wij altijd de richtlijnen. Nooit hebben wij de lat hoger of lager gelegd. Alles werd tot op de letter opgevolgd. Telkens wanneer er nieuwe richtlijnen kwamen, werden ze nog dezelfde dag toegepast. Ze werden uitgetikt en als interne mededeling bekendgemaakt. (...) We werden bijgestaan [door een interne coach]. Het was immers geen sinecure om permanent de instructies van Iriscare in het oog te houden en klaarheid te scheppen in die materie. Onze coach gaf dus alle belangrijke informatie door en ik kan je zeggen dat ze dat voortreffelijk heeft gedaan. Ze heeft dat echt goed gedaan. Gelukkig maar! We prijzen ons gelukkig, want het is dankzij haar werk dat we alle maatregelen hebben kunnen doorvoeren en dat ze ook doeltreffend waren. (Hoofdverpleegkundige, RVT- privaat, vzw)*

De coördinerende artsen hebben een belangrijke rol gespeeld bij de uitwerking en toepassing van deze procedures. Teamoverleg was daarin een heel belangrijke factor. Verscheidene artsen melden evenwel dat zij moeite hadden om de instructies op een heldere manier over te brengen:



*Ik kreeg e-mails van Sciensano, van Stad Brussel, van de Vereniging voor Geriatrie ... Ik denk dat ik wekelijks tussen vijf en tien e-mails kreeg over COVID. Op een bepaald moment markeerden ze de*

*wijzigingen in hun aanbevelingen in fluo, opdat men niet alles zou moeten herlezen. Die continue wijzigingen in de procedures waren behoorlijk lastig. (Arts 13)*

Verschillende coördinerende artsen benadrukken dat de uitrol van de procedures ook werd belemmerd door wat zij een gebrek aan opleiding noemen:



*We kwamen tot de vaststelling ... hoe zou ik het zeggen ... dat ons verzorgend personeel en vooral onze verpleegkundigen flink tekortschoten op het vlak van opleiding. En dus werden er fouten, zeg maar ... vreselijke fouten gemaakt op het gebied van hygiëne enzovoort. En dat is dus bijzonder lastig. Ze waren eigenlijk ook niet geneigd om de regels te volgen. Wanneer we hen zeiden: "Je moet dit of dat aantrekken of je moet je pak op die manier uittrekken ... dan [antwoordden ze]: "Dat duurt veel te lang, snappen jullie dat niet!". In werkelijkheid was het geen kwestie van tijd, maar stond de epidemie en hoe ermee om te gaan centraal. Dat was de essentie. We konden vergeefs blijven uitleggen, opnieuw uitleggen, nog maar eens uitleggen, tutorials maken. (...) Ter verdediging voerden ze aan dat ze rusthuisverpleegkundige waren en geen ziekenhuisverpleegkundige. Voor mij maakt dat geen verschil. Waarmee ik bedoel dat ze allemaal dezelfde opleiding hebben gehad. Ik had soms de indruk dat sommige leden van het verzorgend personeel gekozen hadden om in een woonzorgcentrum te werken, omdat ze dachten dat er minder regeltjes waren en dat het werk minder complex en uitgebreid zou zijn. Gewoon daarom dus. In tijden van crisis is niets minder waar! (Arts 3)*

Sommige coördinerende artsen en teamleden denken dat dit gebrek aan opleiding – of zelfs motivatie – bij een deel van het verzorgend personeel specifiek te maken heeft met hun professionele keuze om in een woonzorgcentrum aan de slag te gaan in plaats van bewust te kiezen voor de werkomgeving van een ziekenhuis. We wijzen er evenwel op dat deze artsen geenszins alle personeelsleden over dezelfde kam willen scheren. Ze benadrukken tegelijk hun zeer waardevolle samenwerking met verpleegkundigen

en verzorgenden die er tijdens de pandemie wel degelijk stonden.

### 3. De ondersteuning voortzetten en zich aanpassen

Om de bewoners in de best mogelijke omstandigheden te kunnen blijven begeleiden, werd herhaaldelijk geschoven met personeelsfuncties. Ook de taakverdeling werd aangepast om het werk beter te spreiden onder de aanwezige personeelsleden, die in aantal waren gedaald. In de meeste gevallen werd een 'crisismanagementteam' samengesteld van directieleden, een of meerdere coördinerende arts(en) (meestal officiële coördinerende artsen, maar in sommige gevallen namen assistenten of huisartsen het van hen over), hoofdverpleegkundigen en andere teamverantwoordelijken.

#### 3.1. Het personeelstekort opvangen

Een van de meest prangende knelpunten was het personeelstekort. De continuïteit van de zorg- en dienstverlening garanderen, terwijl een pak medewerkers – zoals eerder al aangehaald – had afgemeld, in quarantaine zat of ziek was, is een ware uitdaging. Het gevolg: een aantal beperkende maatregelen, zoals bijvoorbeeld minder tijd uittrekken om de bewoners "een bad te geven". Er werd een beroep gedaan op vrijwilligers (voormalige, gepensioneerde personeelsleden, gepensioneerde artsen, telewerkende leerkrachten die zich hadden aangeboden) en interimpersoneel. De ondersteuning van externe diensten vanuit het eigen netwerk heeft in sommige gevallen de aanwerving van vervangingspersoneel versneld (bijv. HR-dienst voor de administratieve formaliteiten ...).

Zo werden zelfstandige kinesisten die niet langer hun 'contactberoep' mochten uitoefenen, aangetrokken om taken te vervullen die niet rechtstreeks met hun opleiding te maken hadden, zoals maaltijden rondbrengen, bezoeken organiseren enz. Toch lijkt het personeelstekort niet in alle instellingen even uitgesproken te zijn geweest. Een directrice getuigt:

« Wij hebben gelukkig nooit zoveel personeelsleden moeten missen dat we een beroep moesten doen op externe diensten.

*We hebben het wel moeilijk gehad. Onze diensten waren duidelijk onderbezet. Veel van onze medewerkers zaten in quarantaine, omdat ze contact hadden gehad met een besmet persoon. Een kleiner aantal was besmet. (...) Ze kwamen niet werken, maar waren niet ziek. Niemand hoefde te worden gehospitaliseerd; het was ofwel asymptomatisch, ofwel hadden ze relatief milde symptomen. En dan inderdaad, red-den we het wel! (RVT – privaat, vzw)*

Om het personeelstekort op te vangen in de zorg- en ondersteunende functies, wezen heel wat instellingen nieuwe taken toe aan het bestaande personeel. Zo zijn er voorbeelden van administratieve medewerkers en maatschappelijk assistenten, die opeens uren vrij hadden, omdat ze geen bezoeken meer hoefden af te leggen bij nieuwe potentiële bewoners van de instelling, of zelfs animatoren die aangesteld werden als 'COVID-verantwoordelijke'. Idem dito voor de paramedische teams die hun behandelingen moesten opschorten en werden ingeschakeld ter vervanging van verzorgend personeel dat ziek thuiszat. Het paramedisch en administratief team van een instelling kon bijvoorbeeld worden ingezet als hulp bij verzorgingstaken en maaltijdbedeling. Dankzij het toenmalige toverwoord 'flexibiliteit', kon een maximaal aantal woonzorgcentra de begeleiding van hun bewoners zo goed en zo kwaad mogelijk verzekeren:

« Mensen eten geven, een bord serveren, iedereen kan dat. Je hebt daar geen diploma voor nodig. (...) Wij hadden geluk dat ons paramedisch team zich op dat moment erg flexibel opstelde en ons hielp bij de verzorgingstaken. Wij gingen helpen bij de lunch. (...) In veel gevallen vulde het paramedisch team de tekorten op. Ik moet zeggen dat het hele team het beste van zichzelf heeft gegeven. Ze deden meer dan gevraagd om alles rond te krijgen. (Directie RVT – privaat, vzw).

In een andere instelling vertelt een maatschappelijk assistente welke functies zij erbij kreeg als 'nieuwe polyvalente medewerkster':

« Je moet weten dat mijn job op zich al vrij veelzijdig is. Maar in die periode kwam het erop aan om ultra-veelzijdig te zijn: de was ophalen, bewoners ophalen,

*bewoners terugbrengen, de was terugbrengen, opbergen in de kasten. De medewerkers op het terrein wonnen hiermee tijd die ze aan de bewoners konden besteden. Ook gewoon om wat meer tijd met hen te kunnen doorbrengen. (ROB – privaat-commercieel)*

Elders werd een schoonmaakster gevraagd om in te springen als zorgkundige en keukenmedewerkster:



*“Als poetsploeg moesten we in die periode tien keer meer ontsmetten dan normaal: de deurkrukken, de kamers, de badkamers, werkelijk alles, ook de vloer. Tegelijk moest ik ook keuzes maken: twee van mijn kamers niet poetsen om bijvoorbeeld bewoners te helpen bij het eten. (...) Ik moest taken uitvoeren die normaal niet voor mij zijn. Dat is bijvoorbeeld de senioren eten geven, hen verzorgen zoals verzorgers dat doen omdat er een personeelstekort was. (...) Ik stond ook vaak in de keuken om medewerkers te vervangen die COVID hadden of in quarantaine zaten ... (RVT – privaat, vzw)*

### 3.2. Professionele inzet en solidariteit

De onderbezette diensten, in combinatie met een zwaardere taakverdeling als gevolg van de lockdown, de toepassing van de gezondheidsrichtlijnen, hygiënemaatregelen, ontsmetten enz. legden een bijzonder zware werkdruk op de schouders van de zorgverleners. Verschillende werknemers, ongeacht hun functie, bevestigen dat hun totale werkuren aanzienlijk waren toegenomen; dat ze hun uren niet meer telden; dat ze wekenlang 7 dagen op 7 aan het werk waren geweest om de continuïteit van het leven en de zorg in hun instelling te garanderen. “Er zijn mensen die zelfs geen vijf minuten pauze namen om iets te drinken. Ze waren bang dat ze in die vijf minuten nog twee of drie van hun bewoners zouden verliezen ... (...) Soms hielden we onze plas op, omdat we geen tijd hadden om naar het toilet te gaan ...”, zijn de aanschouwelijke bewoordingen van hoofdverpleegkundige Shérine. “We wilden vooral goed doen, soms ten koste van onszelf”, voegt Michel, een hoofdverpleger die eerder al aan het woord kwam, eraan toe. Velen zijn tot het uiterste gegaan om ‘om het schip op koers te houden’, om ‘in de frontlinie’ te staan samen met de andere teamleden. Er heerste vaak een sterk

solidariteitsgevoel dat op velen een diepe indruk maakte en dat hen wellicht geholpen heeft om de beproeving te doorstaan. Zo is er een coördinerende arts die niet aarzelde om, waar nodig en in navolging van de directeur, kamers te poetsen, bewoners eten te geven, te wassen, aan te kleden enz. De arts blikt er met een zekere tevredenheid op terug: “We trokken allemaal aan hetzelfde zeel! Dat is volgens mij de reden waarom het werkte en we onze focus konden aanhouden”. (Arts 3)

Zorgkundige Cindy die aangeeft dat ze haar werk en de instelling bijzonder waardeert, benadrukt eveneens de onderlinge steun die de zorgverleners bij elkaar vonden:



*Wanneer een collega uitviel, wisten we maar al te goed dat het druk op andere schouders zou terechtkomen. Niemand bleef thuis zonder reden ... (...) Iedereen droeg zijn steentje bij. Wat ik op het werk kon waarderen, was de wederzijdse steun. Ook al had ik gevoel dat ik mezelf wegcijferde om ‘maar’ oude mensen te redden, ik vond gelukkig veel onderlinge steun bij naaste collega’s en zorgkundigen. Niemand weigerde het werk uit te voeren, zelfs al was het gevaarlijk. Niemand zei “Dat doe ik niet”, of iets dergelijks. We weten dat het gevaarlijk was voor iedereen, maar elk van ons droeg zijn steentje bij. We deden het allemaal samen, niemand haalde het in zijn of haar hoofd om ervanonder te muizen. (RVT - publiek)*

Ook hoofdverpleegkundige Veerle getuigt met vuur over haar niet-aflatende toewijding tijdens deze ronduit atypische periode. Bijkomend detail is dat ze ‘s morgens vroeg en ‘s avonds laat nog een uur pendelen voor de boeg had:



*Ik werkte van ‘s morgens tot ‘s avonds, tot alle werk gedaan was en iedereen in bed lag. Daarna ging ik naar huis. Douchen, slapen en de volgende dag opnieuw, hier heel de tijd, heel de tijd. Of het nu zaterdag, zondag, of maandag was... Zeven dagen op zeven. Altijd altijd. (...) Er was veel personeel ziek op de andere diensten. Bij mij ook. Dus gingen we helpen op de andere diensten. Het was daar een catastrofe, een echte catastrofe. (...) We waren vaak met dezelfde in het team, omdat er veel waren die schrik hadden om te komen werken. Die bleven dan gewoon*



*thuis. Alleen de mensen die niet zo bang waren, verschenen altijd op post. Het was altijd hetzelfde team, of vaak toch hetzelfde team. En dus zeiden we elke dag: "OK, we vliegen er weer in, wij doen dat, wij doen dat ... We doen dat". Ik denk dat we het uiteindelijk wel goed hebben gedaan. We hebben dat goed gedaan... (RVT - privaat-commercieel, groep)*

Geneviève, hoofdverpleegkundige in een andere instelling, vertelt over haar engagement:



*De eerste keer hadden mijn collega en ik afgesproken om zeven dagen na elkaar te werken en daarna zeven dagen vrij te nemen. Zo wisselden we elkaar af. Ik zat op mijn tandvlees. Het was echt niet evident. Uiteindelijk hebben we elkaar om de drie dagen afgelost: drie dagen hier, drie dagen thuis. Maar als het team ons nodig had, dan bleef ik soms tot 10 uur 's avonds. Ik kwam om 7 uur 's morgens aan op het werk en vertrok om 10 uur 's avonds. De teams zomaar in de steek laten, nee dat kon ik niet. Dat is ondenkbaar voor mij. (RVT - publiek)*

Een van de bevroegde instellingen kon wekenlang rekenen op een permanent aanwezig team van vrijwilligers. Christine, de maatschappelijk assistente die eerder al aan het woord was, getuigt op haar beurt van de enorme professionele betrokkenheid. Zij ervaart het als een soort 'vanzelfsprekendheid' om het woonzorgcentrum draaiende te houden. Ze heeft geen spijt van haar deelname aan de permanentie en houdt er een uitzonderlijk gevoel van solidariteit aan over:



*Als ik me niet vergis, bleven hier toch 12 personen slapen. Mensen die zich vrijwillig hadden opgegeven om de nachten hier door te brengen, ingeval er zich grote problemen zouden voordoen ... zoals sterfgevallen 's nachts ... En daardoor hadden we langere diensten. Ikzelf bijvoorbeeld werk normaal van 9 tot 15.30 uur. Toen ik hier bleef slapen, was dat van 8 tot 20 of 21 uur. We hielpen [immers] met de maaltijden, want alles gebeurde toen in de kamers. We moesten nu maaltijden serveren enz. en dat allemaal met hetzelfde aantal mensen of zelf met minder als er zieken waren. Voor mij was het*

*vooral belangrijk dat de boel bleef draaien en dat ik mijn steentje kon bijdragen. Ik stelde mij nooit de vraag "zou ik nu blijven of niet?". (...)*

*Die twee maanden waarin we hier bleven slapen en onmogelijk veel uren presteerden, ervaar ik als veelbewogen, maar positief. Het is de onderlinge steun die ons erdoor heeft gehaald. Het was de logopediste, de ergotherapeut, de directie, mezelf. Het was Audrey die op het terrein én met de administratie bezig was. Het was de kinesist die toen al zelfstandig was, maar toch alle mogelijke hulp heeft geboden. Ze hebben hem dan halftijds aangeworven. Vrienden van de logopediste en anderen zijn bij ons komen werken als jobstudent en ze zijn gebleven. Dat is een schoolvoorbeeld van solidariteit die in bijzondere tijden tot stand komt ... (ROB - privaat-commercieel)*

Sommige leden van het verzorgend personeel die getuigen over hun sterke betrokkenheid tijdens die periode, benadrukken hun beroepsethiek. Facetten als risico en angst zijn daarvan een wezenlijk onderdeel. A contrario, betreurt hoofdverpleegkundige Veerle de weigerachtige houding en het gebrek aan engagement van verschillende leden van haar team:



*Je mag bang zijn, maar toch ... dit is uiteindelijk ons werk. We hebben ervoor gekozen! Er zijn veel virussen. Je kunt hier allerlei ziekten oplopen. Maar in de tram is het eigenlijk gevaarlijker ... hier kan je je tenminste nog beschermen. (...) Bij het minste dat ik voelde, een beginnende loopneus of iets dergelijks, dacht ik al dat "het is zover, nu ben ik besmet". Maar dat ging over en ik had niets. Daarna was ik niet meer bang. Neem nu bijvoorbeeld een brandweerman. Ik denk niet dat ... nu ja, hij heeft misschien wel schrik van het vuur, maar het is uiteindelijk wel zijn job. Dus ja, we staan ervoor en moeten erdoor. Wij moeten het doen, hé. Iemand moet het doen! (...) Als je je goed beschermt, moet dat normaal wel lukken. Dan moet je komen werken. Als je ziek bent - en iedereen kan ziek zijn - (...), ziek worden kan iedereen overkomen. Maar als je niet ziek bent, is [niet komen werken] geen optie.*

*Het waren altijd dezelfde die zeiden: “Nee ik kom niet werken, omdat ...” (...) Mocht iedereen zo denken, dan zou er niemand nog aan het werk zijn. Niemand. En de bewoners... die zouden geen eten hebben of niet de nodige zorg krijgen. Dat gaat dus niet. Ik vind dat dat niet kan. (...)*

*Er zijn collega's die zwaar ziek zijn geweest; dat kan gebeuren. Ik vond het wel jammer dat sommige mensen zeiden: “Pfff, ik heb mijn arts opgebeld en hij denkt dat ik beter niet ga werken”. Ik was echt teleurgesteld, diep teleurgesteld in mijn team ... (...) Er zijn mensen die in de periode van maart tot mei helemaal niet of slechts af en toe zijn komen werken. (RVT - privaat-commercieel, groep)*

Volgens zorgkundige Cindy ligt het wat genuanceerder. Haar keuze om te blijven werken heeft te maken met respect voor de bewoners (en daar ook een zekere erkenning voor terugkrijgen) en professioneel plichtsbesef, veeleer dan dat het een daad van zelfopoffering is. Deze getuigenissen tonen aan hoezeer de zorgverleners het risico voor hun gezondheid moesten wegcijferen om toch maar te blijven werken:

« *We deden wat we moesten doen! De bewoners vroegen niets. We konden hen toch niet in de steek laten, we moesten hen helpen. (...) Een offer brengen door te komen werken, voelde bij mij vreemd aan. Ik besepte maar al te goed dat ik mijn werk deed om anderen te helpen, met gevaar voor mijn eigen gezondheid. (...) Het was niet evident op 's morgens op te staan en te beseffen: ik moet gaan werken terwijl de anderen veilig kunnen thuisblijven en voor hun kinderen en gezin zorgen. Ik voelde me verplicht om te gaan werken en had geen andere keuze. En toch, vreemd genoeg gaf het mij een soort voldoening, omdat ik mezelf voorhield dat ik “tenminste iets goeds deed. Ik help andere mensen”, dat gaf mij persoonlijke voldoening. (RVT - publiek)*

Iets verder in het gesprek verwijzen haar woorden naar een morele verantwoordelijkheid die eigen is aan het werk in de zorgsector. Het is die factor die zorgverleners 'bindt' en breed wordt uitgedragen:

« *Ik deed wat ik moest doen. Ook al bracht ik mezelf in gevaar, ik deed het toch. Er waren bewoners met corona, sommigen lagen op de grond en ik moest ze in mijn eentje overleiden helpen. Om mensen van de grond te tillen, moet je [hen] wel dicht tegen je aanhouden. Ik deed het toch, goed wetende dat het niet ideaal was, maar ik moest wel. Ik heb in hun belang toch af en toe mijn eigen gezondheid op het spel gezet ... (...) Als je een beroep hebt als het onze, dan reageer je volgens mij vooral op gevoel. Het eerste wat je doet als je iemand in nood op de grond ziet liggen, is die persoon helpen, wat er je ook kan overkomen. Helpen is onlosmakelijk verbonden met onze job. We zijn er in feite altijd om hen te helpen. We laten niemand in de kou staan. Zo zit onze job niet in elkaar. Ik had ook de deur weer kunnen dichtdoen en zeggen dat ik iemand zou roepen om het te doen. Maar zo werkt het niet. Dat is eigen aan onze job, denk ik. (RVT - publiek)*

De niet-aflatende inzet van veel zorgverleners dreef hen vaak tot uitputting. Een verpleegkundige getuigt dat hij zelfs zijn eigen gezondheid heeft genegeerd om er altijd te zijn voor de bewoners:

« *Op een bepaald moment ben je keihard aan het werk. Gedreven door de gedachte dat die mensen alleen ons hebben. We legden onszelf geen grenzen op. We bleven maar doorwerken en op het einde van de dag waren we op, compleet uitgeput. Ik herinner me nog dat ik een arts moest bellen [voor een bewoner], die bij uitzondering effectief langskwam ... Hij keek me aan en zei: “Vraag maar een ziektebriefje voor twee weken aan je huisarts. Als hij het je niet geeft, bel je mij maar. Dit is mijn nummer. Ik bezorg je wel een ziektebriefje, want ik zie dat je uitgeput bent.” (...) Ik heb het niet gedaan, omdat ik vond dat ik daarmee de bewoners en de collega's in de steek liet. Ik heb het niet gedaan. Uiteindelijk liep ik zelf ook nog COVID op ... (RVT - publiek)*

### 3.3. Spanningsveld tussen werk en privé

De COVID-epidemie in de woonzorgcentra heeft de zorgverleners met een gezin voor lastige dilemma's geplaatst. Ze getuigden over de bezorgdheid van hun naasten, partner en kinderen, en over de nefaste gevolgen van hun job in een woonzorgcentrum op hun omgeving. Hoe vaak vreesden ze niet om hun gezinsleden te besmetten of erger nog, zelf ernstig ziek te worden en het met hun leven te moeten bekopen. Ze voelden zich verscheurd tussen werk en thuis. Daarom waren ze bij thuiskomst zo voorzichtig mogelijk en probeerden ze ieder contact te vermijden voordat ze zich hadden gewassen en volledig omgekleed. Anderen kozen doelbewust voor afzondering en schermden zich wekenlang volledig af van hun gezin, zelfs van hun jonge kinderen. Sommige zorgverleners werden geconfronteerd met problematische thuissituaties, waarbij hun kinderen uit bezorgdheid helemaal in zichzelf gekeerd raakten, of een mentale stoornis en zelfs suïcidaal gedrag ontwikkelden.

Weten dat je je gezin kan besmetten met een virus uit je werkomgeving of ziek worden en moeten vaststellen dat je kinderen daarvan afzien, is iets wat verpleger Émile moreel erg zwaar valt.

« *Wij werken buitenshuis en hebben tegelijk een gezin dat net als wij 's avonds naar huis komt. Toen ik erg ziek was, was mijn dochter ook COVID-positief. Het kind leed eronder. De rest van het gezin maakte zich zorgen: ik was ziek, mijn dochter was heel ziek. (...) Dat was erg zwaar voor mijn gezin, erg moeilijk. Een van mijn kinderen is door die hele toestand zelfs incontinent geworden. Hij was volgens mij enorm aangeslagen door zijn zus en zijn vader naar adem te zien happen. (...) Het heeft volgens mij met angst te maken. Ik vertel dit om maar te zeggen dat we het niet alleen moeilijk hadden op het werk, maar dat het thuis ook niet allemaal van een leien dakje liep. Wat ook mentaal op ons woog, was dat we overdag nog bij de bewoners waren en daarna naar huis gingen met de gedachte dat sommigen er 's anderdaags misschien niet meer zouden zijn. (RVT- publiek)*

Schoonmaakster Nanon vertelt hoe de voorzorgsmaatregelen die zij nam bij haar thuiskomst, niet volstonden om haar schrik en die van haar kinderen volledig weg te nemen.

« *Zodra ik thuiskwam, ging ik me wassen. Ik nam een douche en waste mijn haar. En maar wassen, en maar wassen. Zelfs nadat ik me volledig had gewassen, was ik nog steeds bang om mijn kinderen te knuffelen. Ik dacht toen: "Dat kan toch niet ... heb ik het nu of heb ik het niet?" Niet dus. Het was niet evident. (...) Onze jongste was nog klein, maar mijn oudste zoon vroeg me: "Alles oké, mama? Is er daar corona? Corona is niet leuk. Het maakt iedereen dood". Ik zei: "Nee, nee. Maak je geen zorgen, liefje, er is daar geen corona". Dat was voor die kinderen ook stresserend! (RVT - privaat, vzw)*

Net als andere professionals heeft zij het ook over de stigmatisering door argwanende burens, waarvan ze zich het onderwerp voelde:

« *Mijn burens zeiden: "Ja, maar jij bent zorgkundige", ze keken mij vreemd aan en zeiden achter mijn rug: "Inderdaad, ze werkt in een woonzorgcentrum en misschien is ze wel besmet!" (...) Mijn burens vroegen mij: "Maar jij werkt in een woonzorgcentrum, hoe loopt het daar dan? En heb jij het niet?" Ik antwoordde: "Het is daar totaal niet oké, maar we houden stand. En ter info: ik heb het niet". (...) Zodra je thuiskomt, zijn ze daar om je scheef te bekijken. Het is alsof je persoonlijk corona binnenloodst in het gebouw.*

## 4. De ruimten herinrichten en de praktijken daarop afstemmen

Om de risico's op besmetting te beperken, moesten de teams grootschalige aanpassingen doorvoeren. De gemeenschappelijke ruimten (restaurant, cafetaria, lokalen voor activiteiten, salons enz.) werden gesloten en de afdelingen werden heringericht om een 'COVID-ruimte' toe te wijzen aan de bewoners met corona (cohortering). Door deze wijzigingen kreeg het merendeel van de medewerkers een aangepast takenpakket. Alle gerechten werden in de keuken 'au bain marie' opgewarmd en moesten daarna op dienbladen worden geserveerd in de kamers. De animatoren mochten geen gemeenschappelijke activiteiten meer organiseren. Ze probeerden de bewoners, die hun kamer niet mochten verlaten, te entertainen op de gang en hen zo vanop afstand nog wat bezig te houden. Alle zorgverleners, ongeacht hun functie, beschrijven met een krop in de keel



hoe leeg en muistil het was in de verlaten ruimten van hun woonzorgcentrum.

Naast de herinrichting van de ruimten, werd ook de doorstroming in de gangen aangepakt. Om het risico op verticale besmetting te voorkomen, verboden sommige woonzorgcentra de toegang tot bepaalde verdiepingen voor medewerkers die daar beroepsmatig niet vereist waren. Daarnaast werden ook maatregelen getroffen in de zin van een gescheiden parcours voor ‘*proper en vuil*’ linnen, materiaal e.d.

Nog een vaststelling is dat woonzorgcentra met grote, ruime gebouwen bevoordeeld waren in hun strijd tegen besmettingen. De grote ruimten, brede gangen, verschillende liften en buitenruimten, zoals terrassen en tuinen waren duidelijk belangrijke troeven. Bovendien kon men er de lockdownmaatregelen zowel voor de zorgverleners als voor de bewoners iets soepeler toepassen.

## 5. De communicatie met de familieleden aanpassen

Een van praktijken die ook werd aangepast en bijzondere aandacht vereiste, was het informeren van en communiceren met de families. De meeste directies oordeelden dat er zo snel mogelijk een transparante, heldere en regelmatige communicatie moest worden opgezet. Vanuit menselijk oogpunt was dat voor hen een prioriteit. Maar het was ook een manier om de naleving van de maatregelen door te duwen en het gevaar voor verhitte discussies en tegenkantingen te beperken, zoals een directrice die net haar functie had opgenomen, getuigt. Haar specifieke aanpak bestond erin de instructies van Iriscare door te geven. Volgens haar moest deze methode leiden tot een grotere sociale aanvaarding van de maatregelen (hoewel dat niet 100% het geval was, zoals later nog wordt besproken).

« *Wij zijn onmiddellijk, vanaf het begin, e-mails beginnen sturen naar de families, of, indien niet mogelijk, belden we hen op. Ik was de COVID-verantwoordelijke en had er de tijd voor dus ik deed het. We brachten hen op de hoogte van de situatie in ons woonzorgcentrum en van de veranderingen in de maatregelen, want in het begin veranderden die heel, heel dikwijls. We hebben hen altijd op een eerlijke en open manier op de hoogte gehouden.*

*Zij zaten met vragen, maar wanneer we hen een duidelijk antwoord konden geven, accepteerden ze dat redelijk goed. Ik denk we geen vijf echte discussies hebben gehad. Er is een verschil tussen mensen die klagen en mensen die hun emoties over de situatie uiten. Er waren uiteraard familieleden die ons in tranen belden en zeiden: “Mijn moeder herkent mij niet aan de telefoon, zij zal mij vergeten”. Ik beschouw dat niet als een klacht of een opmerking van iemand die de maatregelen niet kan aanvaarden. Dat is gewoon een reactie van iemand die een slecht gevoel heeft bij de hele situatie.*

*V - Hebt u geen agressieve reacties gehad?*

*Nee, totaal niet. Misschien omdat wij voordien ook al een zeer open beleid voerden. Ik denk dat ze ook wel begrepen dat dit helemaal niet onze normale manier van werken was en dat dit gewoon de maatregelen waren die ons waren opgelegd. We hebben vrij snel beslist om alle documenten met instructies van Iriscare door te sturen aan de familieleden, zodat ze meteen zagen hoe de vork aan de steel zat. Uiteraard niet volledig, want sommige bundels telden maar liefst 27 pagina's! Alleen de passages die voor hen belangrijk waren. We copy-pasteten die fragmenten in onze communicatie om duidelijk aan te tonen dat die beslissingen niet van ons kwamen, en dat wij verplicht waren om ze toe te passen. En dat we ze gewoon zo goed mogelijk probeerden toe te passen. (RVT – privaat, vzw)*

Deze directrice merkt op dat zij als verantwoordelijke van de instelling in het begin het gevoel had dat ze de slechterik moest spelen om de opgelegde maatregelen te doen naleven:

« *Ik had vaak de indruk dat ik als een keiharde tante de boodschap moest overbrengen. “Hier, nieuwe richtlijn, geen bezoek: tsjakka!” En dan is het normaal dat de families in het begin heftig reageerden. Zodra de gevolgen van de crisis zich duidelijker aftekenden, verstilde het protest. De familieleden begrepen het nut van deze of gene maatregel wel en aanvaardden makkelijker de richtlijnen. Maar in het*

*begin was ik altijd de boosdoener. Ik was degene die de families moest opbellen om te zeggen: "Nee, het spijt me oprecht. Nee, nee, u mag echt niet binnen. Ik weet dat het hard klinkt". We zijn snel gestart met WhatsApp-gesprekken, in het begin zelfs met onze eigen gsm's, omdat we niet genoeg tablets in huis hadden om dit met de beschikbare toestellen te doen. Helaas begrijpen mensen met gevorderde symptomen van dementie of door hun leeftijd niet altijd goed het concept van videobellen. Voor onze generatie is dat geen probleem, maar bij hen ligt dat ingewikkeld. En dat viel me echt zwaar. We hebben nog nooit zoveel "nee" moeten zeggen tegen onze bewoners en hun familieleden als afgelopen anderhalf jaar. Onze instelling hanteerde altijd al een vrij open beleid, waarin we ons heel soepel opstelden en ons zoveel mogelijk probeerden aan te passen. We weigerden niet vaak iets. En toen was het constant van: "Nee, u mag niet naar buiten. Nee, u mag uw familie niet opzoeken. Nee, zij mogen u niet bezoeken". (...) Het was voortdurend "nee dit, nee dat", waardoor we de indruk kregen dat we hen geen levenskwaliteit meer boden.*

Een andere directeur heeft het moeilijk met het opleggen van maatregelen die hij in strijd acht met de mensenrechten.



*(...) De families begrepen het niet, de bewoners begrepen het evenmin. De mensen hun rechten en hun vrijheid ontzeggen ligt altijd bijzonder gevoelig. Hoeveel vergaderingen en gesprekken je ook organiseert, de mensen zullen nooit akkoord gaan. Op menselijk vlak is het niet te vatten. Iemand het recht ontzeggen om naar buiten te gaan ... Iemand het recht ontzeggen om zijn vader of moeder te bezoeken ... Die zaken liggen dus bijzonder moeilijk. Maar uiteindelijk werden de beperkende maatregelen, althans vanuit mijn organisatie, over het algemeen goed aanvaard of begrepen.*

Het spreekt voor zich dat de aanwezigheid van internet, communicatietools zoals tablets en een website van de instelling het contact met de families en de naasten, voor zover zij daar zelf ook

toegang toe hadden uiteraard, een stuk gemakkelijker heeft gemaakt. Op dat vlak heeft de toegang tot digitale middelen een ongelijkheid tussen de verschillende families veroorzaakt. Binnen de zorgsector zijn eveneens verschillen merkbaar. Een directeur merkte op dat hij een flinke kluif had aan die berichtgeving: *"Wij hebben geen website, dus wij werkten met brieven die per post aan alle familieleden werden verstuurd. Ik was bereikbaar op mijn gsm, ook tijdens het weekend"*. Bovendien zijn die digitale tools nauwelijks bruikbaar voor mensen met cognitieve beperkingen. Een huisarts stelt dat deze mensen er doorgaans niet in slagen om digitale apparaten te gebruiken, laat staan de communicatie via deze weg te begrijpen.

## 6. Ontwrichte ondersteuning

### 6.1. De zorgkwaliteit teruggeschroefd

Zoals hierboven al aangehaald, betreuren heel wat verzorgenden de gevolgen van het personeelstekort voor de zorgkwaliteit, ondanks de extra inspanningen van de aanwezige teams:



*(...) De factor tijd is belangrijk in kwaliteitsvolle zorgverlening. Onze tijd per bewoner was nu eenmaal beperkt. Ik denk dat dit dus zeker de kwaliteit van de zorg heeft beïnvloed. We kunnen dus aannemen dat de mensen minder goed werden verzorgd, omdat we onvoldoende tijd konden uittrekken om de zorg naar behoren of in de juiste omstandigheden uit te voeren. Dat is duidelijk. Maar we hadden toen geen andere optie. Er was geen passende oplossing voorhanden. Het klopt dat er minder mogelijkheden waren om zich terdege met de mensen bezig te houden. Zoveel is zeker. (Michel, hoofdverpleegkundige, RVT – privaat, vzw)*

### 6.2. Verstoorde zorgrelatie

Met een masker of een gelaatsscherm moeten werken, wordt beschouwd als fysiek uitermate belastend als het gaat om zorg verlenen - "het maakt het werk zwaarder" -, maar het is bovenal nadelig voor de relatie met de bewoners en bezorgt personen met cognitieve stoornissen extra stress. Hoofdverpleegkundige Michel geeft aan

dat hij zich als een soort indringer voelde die door de bewoners niet werd herkend. Het maakte de zorgtaken alleen maar moeilijker. Het voelde niet meer vertrouwd voor de bewoners en sommigen hadden de neiging om tegen te werken:



*V - Had het masker een invloed op de zorgrelatie met de bewoner?*

*Zeer zeker! Het gezicht is nu eenmaal een communicatiemiddel. Het is erg expressief. Oudere mensen, en meer specifiek mensen met cognitieve problemen of geheugenproblemen krijgen dan een 'onbekende' te zien met een mondmasker. Twee ogen zijn voor hen veel minder sprekend dan een volledig gezicht. We weten allemaal hoe belangrijk herkenbaarheid is voor mensen met Alzheimer of bepaalde cognitieve aandoeningen. Na een aantal jaar kennen ze de zorgverleners wel, maar wanneer je met een masker voor hen staat, valt die herkenning weg. (...) Je merkt dan dat die mensen, hoe zal ik het zeggen, zich ongemakkelijk voelen. Bij sommigen zou ik het geen angst noemen, maar veeleer wantrouwen. "Wie is het?" De stem - voor die persoon een herkenbaar geluid - helpt al voor een stuk. Ik wil toch het volgende bekennen. Het is mij ook overkomen om bij een persoon die volledig ontredderd was en met wie ik contact probeerde te leggen, een fractie van een seconde en op een mooie afstand ... opdat er toch enige herkenbaarheid zou optreden ... "Oef, er is weer contact". Die persoon kon mij weer thuiswijzen. Mensen moeten zich immers veilig en op hun gemak voelen. Dat is cruciaal voor het contact met de verzorgende. Wij komen zorg verlenen en voeren intieme handelingen uit. De bewoners zien het niet zitten om hun lichaam te pas en te onpas aan onbekenden bloot te stellen. De relatie van persoon tot persoon (iemand die ze kennen) is gemakkelijker. En alle zorg die vlot verloopt, is kwaliteitsvoller. Dat is wat telt. Dus ja, we hebben ook een periode doorgemaakt waarin we niet alleen met een masker werkten, maar ook met een gelaatsscherm. Dat was geen sinecure. Stel je voor, je gaat een kamer binnen bij mensen die positief zijn: je moet een schort aantrekken, een masker, een gelaatsscherm en handschoenen. Het is alsof er een astronaut de kamer*

*binnenkomt. "Goeiemorgen, ik ben hier voor uw verzorging". "Jij moet van mijn lijf blijven. Ik wil niet dat je aan me komt!" (...) Die mensen zijn van slag en gaan in het verweer. "Laat me los! Nee, ik wil niet, help!"*

*En dan heb je inderdaad die ene fractie van een seconde om je gezicht te laten zien. "Rustig maar, ik ben het, ik ben hier bij jou. Ik kom je helpen". "Oef, ik was zo bang". (RVT - privaat, vzw)*

### 6.3. Lockdown van de bewoners

De teams ervoeren de lockdown van de bewoners als een van de meest aangrijpende gevolgen van de COVID-epidemie. En dan te weten dat er "geen enkele mogelijkheid was om eraan te ontsnappen", aldus een coördinerende arts: "De bewoners waren niet gevaccineerd en het virus verspreidde zich razendsnel". De confrontatie met hun eenzaamheid, hun verdriet en hun radeloosheid zijn terugkerende thema's in het relaas van de zorgverleners. Het is een van de schrijnendste elementen in de hele crisis. De zorgverleners voelden zich ongemakkelijk in hun verplichte rol van toezichthouder op de regels. Ze beschouwden zichzelf als een 'gendarme' of zelfs beul, veeleer dan een zorgverlener voor wie net het relationele aspect centraal staat in de verlening van zorg en ondersteuning, vooral woonzorgcentra. Wanneer duidelijk werd dat sommige bewoners het erg moeilijk hadden met hun isolatie, besloten een aantal instellingen om de doorgevoerde regels bij te stellen en werden hier en daar uitzonderingen gemaakt. Voor de zorgverleners blijven deze levensomstandigheden in wezen hartverscheurend. Ze streden niet met een menselijke en relationele benadering van de begeleiding. Velen zijn van mening dat sommige bewoners "veeleer van eenzaamheid zijn gestorven dan van COVID".



*Hun familie niet meer mogen zien, viel hen het zwaarst. Ik denk dat afgesloten zijn van je familie iets vreselijks is. Het woonzorgcentrum is gedurende meerdere maanden gesloten geweest. Vijf of zes maanden lang, ik weet het niet. (...) Voor mij was dat het zwaarste. Ze zaten opgesloten, konden niet naar buiten. Het was net een gevangenis. Dat heeft enorm op de moraal gewerkt. Ze mochten enkel gaan wandelen op het terras. Sommige mensen moeten echt elke dag even naar buiten kunnen, een*

*wandelingetje maken en een frisse neus halen. Dat is het enige wat hen oppept. Dus ja, opgesloten zitten, je familie niet meer mogen ontmoeten, dat was...* (Hoofdverpleegkundige, RVT – publiek)

Om de levensomstandigheden tijdens de lockdown enigszins draaglijk te maken, haalden de animatoren en/of paramedici alles uit de kast (karaoke in de gangen, gezelschapspelen ‘op de kamer’, een individueel wandelingetje onder begeleiding zodra dat mogelijk en haalbaar was, ...). Het verzorgend personeel gebruikte vaak hun persoonlijke gsm om de bewoners te laten communiceren met hun naasten. Met behulp van de tablets afkomstig van Iriscare en van de eigen organisatie of geschonken door verenigingen en burgers, konden virtuele ontmoetingen plaatsvinden.

Dat neemt niet weg dat heel wat zorgverleners de verplichte lockdown van de bewoners als een dwangmaatregel beschouwen en een bron van ellende die een mensrechtelijke en ethische reflectie noodzaakt.



*Volgens mij heeft het wegvallen van de gemeenschappelijke activiteiten de mensen heel veel pijn gedaan. Voor alle groepsactiviteiten, zoals turnen bijvoorbeeld, moest de social distancing worden nageleefd. En dat was dus geen groot succes. Er vonden steeds minder activiteiten plaats. Het was dan ook pijnlijk om mensen te horen zeggen dat ze zich helemaal geïsoleerd voelden. Mensen die zeiden: “Het is hier net een gevangenis; we moeten altijd maar in onze kamer blijven”. Er werden geen activiteiten georganiseerd waardoor de teamleden vaker naar de kamers moesten om een praatje te slaan met de bewoners. Ze hielden de bewoners die gebukt gingen onder het gemis van hun kinderen, wat gezelschap (...) Dat heeft dus een behoorlijke impact gehad op het isolement van de mensen. (Hoofdverpleegkundige, RVT- privaat, vzw)*



*De [opgelegde] maatregel was niet min: “Sluit de bewoners van de woonzorgcentra op!”. Het gaat hier wel degelijk om mensen, niet om dieren! Ze hadden zelf niet te kiezen. Ze kregen de kans niet om te zeggen: “Ik neem het risico”; ‘zero contact’ was het devies! Ik vind dat een debat over de levenskwaliteit en de vrije keuze van de mensen zich opdringt. Het is trouwens niet*

*omdat ze in een instelling wonen dat ze geen inspraak meer hebben in hun eigen gezondheid!* (Directie, RVT- privaat, vzw)

De schoonmaakmedewerkers die met hun ontreddering werden geconfronteerd, trachtten meermaals de bewoners sociaal en emotioneel bij te staan:



*Ik was soms de enige persoon die hun kamer binnenkwam, de enige met wie ze konden praten. Je komt daar niet alleen om te poetsen, maar ook om hen een luisterend oor te bieden. We voelden ons bij momenten een gezelschapsdame, iemand met wie ze een praatje konden slaan ... (...) Ze vertelden dat ze zich slecht voelden. Sommigen zeiden: “Ik zou zo graag mijn zoon zien, en mijn kleinkinderen”, en dan moet je hen troosten. Wij waren bij hen, wij moesten hen wel troosten. Op dat moment konden we niet veel meer doen dan hen geruststellen: “Ach, mevrouw, het komt wel goed, alles komt in orde. U zal hen terugzien, maar voorlopig mag het nog niet”. (...) We probeerden op hen in te praten. (Schoonmaakster, RVT – privaat, vzw)*

#### 6.4. De cohortering

De teams moesten de bewoners in cohortafdelingen onderbrengen, dat wil zeggen, mensen met een vermoeden van COVID-besmetting (die aan de hand van een PCR-test werd bevestigd) in een afgesloten ruimte (afdeling, eenheid, verdieping ...) samenbrengen. Deze kwetsbare, hulpbehoevende bewoners naar een andere kamer moeten overbrengen, was een pijnlijke ervaring, wetende dat ze een zware periode van isolement tegemoet gingen. Ze moesten verhuizen zonder het merendeel van hun persoonlijke spullen, weg van hun vertrouwde omgeving en het contact met hun vertrouwde zorgverleners. Verschillende leidinggevenden en leden van het verzorgend personeel herinneren zich dat ze druk hebben moeten uitoefenen op deze kwetsbare personen. Toch was het volgens hen een terechte maatregel om de andere bewoners te kunnen beschermen:



*Op een bepaald moment werd beslist om te cohorteren ... Ik vind dat men dat zeer goed heeft gedaan, want het was niet eenvoudig om de eerste, zwaarst getroffen*



*afdeling te sluiten en de bewoners naar een andere kamer over te brengen. Het was zeer lastig en behoorlijk meedogenloos voor de bewoners die op de valreep nog hun vertrouwde kamer moesten verlaten. (...)* (Directie RVT – publiek)



*We zijn de mensen dan beginnen overplaatsen. Je mag daar niet bij stilstaan. Het is nu eenmaal zo. Waarmee ik wil zeggen dat je rationeel moet denken. Je moet in feite je emoties buitenspel zetten. Je moet wel rationeel zijn, want mensen verhuizen van 90 jaar en ouder, die vaak visuele of gehoorproblemen hebben of minder mobiel zijn, met hun stapeltje kleren en toiletgerief... dat is mensonterend. (...) we hebben mensonterende dingen gedaan! We wilden dat het stopte, omdat er al meer dan 20 mensen gestorven waren in ons centrum. En op een bepaald moment zeg je dan: “Dat moet nu stoppen!” We wilden de mensen die geen COVID hadden, beschermen. Op een bepaald moment beseften we dat alle positieve bewoners effectief in één afdeling onderbrengen, de enige uitweg was. (...) Voor mij betekent ontmenselijking vooral wanneer het contact met de bewoners tot een minimum wordt beperkt. Senioren hebben fysieke verzorging nodig, die degelijk en oprecht is. Daarnaast hebben ze ook nood aan psychologische zorg. Je moet hen aandacht geven, hun vaste gewoonten kennen, rekening houden met de kleren die ze willen dragen enz. Ze waren overgebracht met slechts enkele kledingstukken... Dat zijn allemaal van die details. Volgens mij was de basiszorg wel degelijk aanwezig, dat ontken ik niet. De mensen die in de cohortafdeling waren ondergebracht, zullen wel alle noodzakelijk verpleging en zorg hebben gekregen. Dat kan evenwel niet worden gezegd van de niet-materiële zorg! Ze hebben niet gekregen wat ze gewoon waren of wat ze nodig hadden voor hun welbevinden. Ze moeten worden gerustgesteld. Er is nood aan aandacht, aandacht voor de persoon zelf, voor wat die persoon tot mens maakt, zijn of haar karakter, gewoonten, familie. En dat was in die context niet mogelijk!* (Hoofdverpleegkundige, RVT – publiek)

Op een COVID-afdeling werken was voor de teams bijzonder zwaar. Er was de ontredde van de bewoners, maar evenzeer de verhoogde blootstelling aan het besmettingsrisico. In sommige woonzorgcentra werd het personeel door de directie aan deze afdelingen toegewezen, in andere gebeurde het op vrijwillige basis.



*Ik vind dat onze directie dat tof heeft aangepakt. Er werd bij het personeel gepolst wie bereid was om op vrijwillige basis op de COVID-afdeling te werken. En daardoor kon men het personeelsverloop binnen de instelling vermijden. Alleen de medewerkers die zich vrijwillig hadden aangeboden, werden daar tewerkgesteld.* (Hoofdverpleegkundige, RVT – publiek)

### 6.5. Wat met bewoners die wegwijnen

Verschillende zorgverleners getuigden over hun bezorgdheid en verdriet bij de confrontatie met bewoners die het hoofd lieten hangen en aangaven dat ze nog liever wilden sterven dan zo te moeten leven. Hoe vaak de teamleden ook probeerden om hen op te beuren en aan te moedigen om erin te geloven, toch moesten ze meermaals machteloos toezien hoe het ‘wegkwijnsyndroom’ opspeelde.



*We hadden mensen die vooral mentaal diep zaten en geen levenslust meer hadden. Dat viel des meer op bij de zieken: “Nee, nee, geen dokter opbellen. ‘t Is oké, laat mij maar gaan. Ik heb niets meer om voor te leven, ik mag mijn familie niet zien, er zijn geen activiteiten, ik zie mijn vrienden niet meer. Laat maar”. (...) We hoorden dat vaak. We probeerden hen uit te leggen dat die situatie tijdelijk was en dat we, zodra het mocht, de draad weer zouden opnemen. En dat geen enkele overheid ooit zou beslissen om die maatregelen vijf jaar lang te handhaven. Dat het normale leven op een bepaalde dag beetje bij beetje zou terugkomen en dat het toch fijn zou zijn als ze dan weer fysiek gezond en wel van dat moment zouden kunnen genieten. We deden ons best om hen overtuigen... We regelden daarom vaak videogesprekken met hun kinderen, die we vooraf hadden gevraagd om hun ouders wat moed in te spreken: “Ze verliezen gaandeweg het vertrouwen in een*



*goede afloop van de crisis". Dat is nu wel gemakkelijk om op papier te zetten, maar in de werkelijkheid ... Mocht er een einddatum zijn geweest, dan hadden we kunnen zeggen: "Nog even op de tanden bijten en vanaf dan [datum] zullen de bezoeken weer mogelijk zijn", maar helaas hadden we die niet, we wisten van niets. (Directie, RVT – privaat, vzw)*

Sommige bewoners die een Gepersonaliseerd en Anticiperend Zorg Project (GAZP) of zorgplan hadden laten opmaken, overwogen om hun keuze te wijzigen om zorg te weigeren. Ze waren moedeloos geworden door hun verslechterde levensomstandigheden en hadden hun levenslust verloren. Diezelfde directrice getuigt: *"Er zijn er toch behoorlijk veel die hun [GAZP] hebben laten wijzigen en zeiden: "Ik had eigenlijk gevraagd om mij te reanimeren, maar het hoeft niet meer, laat maar. Ik wil het niet meer". (...) Het werd wel niet altijd officieel aangepast, maar die bewoners hadden het effectief zo uitgesproken"*.

Het was voor de zorgverleners bij momenten pijnlijk om te zien dat bewoners weigerden te eten, hun medicatie niet innamen en weggooiden. *"Dat kwam heel hard aan bij ons (...) Ik vond het mensonterend dat ze maandenlang hun naasten niet mochten zien!"*, aldus een huisarts. De zorgverleners waren ook getuige van suïcidaal gedrag of hebben gevallen van zelfdoding moeten betreuren.

### 6.6. Wat met bewoners die zich niet aan de maatregelen hielden of ze niet begrepen

Heel wat medewerkers ondervonden – volgens hen volkomen voorspelbaar en te begrijpen – problemen om de besmette en geïsoleerde bewoners in hun kamer te houden. Dat was voornamelijk het geval bij mensen met cognitieve problemen of patiënten met een psychiatrische aandoening. Dat kan sommige zorgverleners ertoe hebben aangezet om extreme dwangmaatregelen in te

voeren, zoals bewoners in hun kamer opsluiten. Deze praktijken, die ze tijdens de crisis misschien aanvaardbaar achtten en toepasten omwille van het argument dat ze de bewoners- en werknemersgemeenschap wilden beschermen tegen nog meer kwaad, worden door de meeste zorgmedewerkers nu als ethisch laakbaar beschouwd. Ze hebben het over een vorm van 'ethisch lijden'<sup>56</sup>. Achteraf bekeken denken ze dat ze het niet meer zouden toestaan, mocht de situatie zich opnieuw voordoen.

Hoofdverpleegkundige Veerle, die einde loopbaan is, vertelt duidelijk aangeslagen dat die kleine twee weken waarin ze de rol van 'cipier' moest vervullen bij bewoners met een psychiatrische aandoening *"een van de lastigste dingen uit heel haar carrière"* is geweest. Ze zegt dat ze nog steeds getraumatiseerd terugdenkt aan de bewoners die achter hun kamerdeur zaten te roepen, ook al heeft ze tegelijkertijd ook het gevoel dat ze hen heeft kunnen beschermen, en *"in leven houden"*:



*Dat was heel zwaar, want toen ik 's nachts thuis was, hoorde ik nog steeds het gebonk op de deuren. Echt waar, dat is een van de moeilijkste dingen uit mijn carrière. Dat was super, superzwaar.*

*V - Dat waren dus mensen die binnen waren opgesloten?*

*Inderdaad, ze zaten echt opgesloten. We konden niet anders.*

*V- Met de deuren op slot?*

*Ja ja, het was echt ... Ik ben daar niet trots op, maar het was niet mijn beslissing. Normaal kan iedereen van binnenuit zijn of haar deur openen. Alle bewoners kunnen hun deur van binnenuit openen en sluiten wanneer ze dat willen. Toen hadden we echter alle sleutels aan de buitenkant gestoken. We sloten iedereen op, omdat*

56. In een rapport over de ervaringen van gezondheidswerkers tijdens de pandemie hebben de auteurs het over het begrip 'ethisch lijden'. Christophe Desjours gebruikt deze term als omschrijving van "het leed dat de werknemers ervaren door hun medewerking of deelname aan handelingen die ze in andere omstandigheden moreel verwerpelijk vinden. Volgens Pascal Molinier "komt het lijden voort uit een onvermurwbare ethische verantwoordelijkheid ten opzichte van de ander. De zorgverlener vindt van zichzelf dat hij of zij die niet nakomt door in te stemmen met handelingen die hij of zij afkeurt. De klinische benadering van het huidige werk toont aan dat mensen geen erg hebben in de dingen die hen gevraagd worden om te doen, maar wel lijden onder het feit dat ze *ermee ingestemd hebben om ze te doen*, en zich aan de veiligheids- en kwaliteitseisen moesten houden." [Eigen vertaling] Molinier Pascale, *Les enjeux psychiques du travail*, Petite Bibliothèque Payot, 2006, p. 276, geciteerd in: Espace éthique Île-de-France (A.-C. Clause-Verdreau et P.-L. Weil Dubuc), *Pendant la pandémie et après. Vécus et analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement. Enquête sur la première vague de la COVID-19*, maart 2022, pp. 59-60.

*we zo bang waren dat iemand die besmet was bij de anderen zou binnengaan en op die manier iedereen ... Zo was het ook gebeurd op de andere afdelingen. Er waren veel besmette bewoners die zomaar rondliepen en daardoor raakte uiteindelijk iedereen besmet.*

*V - Hoe komt het dat jullie verplicht werden om de deuren op slot te doen?*

*Precies omdat we geen risico's wilden nemen. Op dat moment, 9 maart, wisten we eigenlijk niet zo goed wat er aan de hand was. Op de andere afdelingen vielen de mensen als vliegen. (...) Dat was super, superheftig. Dat is iets wat me altijd zal bijblijven. (...)*

*V - Wil dat dan zeggen dat jullie, althans dat veronderstel ik toch, aan de mensen moesten uitleggen: "We gaan jullie isoleren, opsluiten"? ...*

*Dat was niet altijd evident. We moesten sommige bewoners extra kalmeermiddelen geven, omdat het anders niet zou gelukt zijn. Sommige mensen konden dit niet vatten. Kan jij je voorstellen hoe het is als je zoiets moet uitleggen aan iemand met dementie? Het valt gewoon niet uit te leggen dat je verplicht bent om hen in hun kamer te isoleren en de deur op slot te doen.*

*V - Hebt u geweld ervaren?*

*Tsjonge, het was heftig ... Ik kan je verzekeren dat die korte periode in mijn geheugen gegrift staat. Het was zo zwaar, ongeloflijk zwaar. Het moment dat je die deur opende om eten te brengen, de bewoner te wassen, eten te geven of gewoon om even te checken ... Want we deden natuurlijk regelmatig onze ronde om te zien of alles oké was ... Er was geen raam vanaf de gang, dus je moet de deur wel opendoen om te checken of alles oké is, of om iemands temperatuur op te nemen, gewoon even te controleren ... En wanneer je dan die deur opent, komen ze naar je toe, ze willen ..., ze wenen en willen je vastpakken, tja ... En dan moet je constant herhalen, nee, nee, nee ... Jij moet hier blijven!*

*V - Waren jullie dan eigenlijk een soort cipier, een gevangenisbewaarder?*

*Ja, in feite wel. Dat heeft een diepe indruk op ons nagelaten. Dat heeft ons getekend. In het begin moest ik daar echt om huilen. Natuurlijk dachten we: "Het is beter, het is beter dan ...". Akkoord, het druist tegen onze principes in om dat te doen; we kennen onze bewoners, het was echt verschrikkelijk. (...)*

*Het gaat tegen mijn natuur in, omdat ik nog nooit ..., ik had in heel mijn leven nog nooit iemand opgesloten. Echt niet. Nooit of te nimmer. Hoe lastig het ook was, we probeerden nog te bemiddelen en de gemeederen te bedaren. Iemand opsluiten zou nooit mogen gebeuren. Dat is zo fout. Dat is echt niet oké. En ja, dat is iets wat me altijd zal bijblijven. Ik kan je zeggen dat ik 's nachts nog steeds "Klop, klop, klop, klop" hoorde. Oh, het was echt verschrikkelijk zwaar.*

*V - Bedoel je dat de bewoners op hun deur bonkten en schreeuwden?*

*Natuurlijk, soms met stoelen of met hun schoenen. Ja, ja, echt ...*

*V - Hoorden jullie hen door de deur heen schreeuwen?*

*Ja, "Laat me hieruit!" Niet iedereen. Er waren ook mensen die rustig bleven. Nu ja, voor de mensen die het nog een beetje begrepen, lukte dat, maar voor mensen die er niets van snapten, was dat verschrikkelijk. Bovendien sluit je geen mensen op. We weten dat mensen opsluiten niet hoort. Het is algemeen geweten dat dat fout is, maar we hadden geen keuze. We moesten het doen. Maar het was zwaar.*

*V - Toen de mensen op hun deur bonkten, moesten jullie hen negeren ...*

*We gingen toch wel even kijken. Ik ging altijd even binnen om hen te kalmeren, maar je kunt natuurlijk niet overal tegelijk zijn. Dus ja, in feite wel. Maar we vroegen ons bij momenten af: "Wat is er hier in godsnaam aan de hand?"*

*V - Hoe hielden je dat toen eigenlijk vol? Wat hield je op de been, waarom bleef je aan boord?*

*Ik hield mezelf altijd voor "Goed, het is tijdelijk, het is tijdelijk. Het is tenslotte het beste en daarna zal het beter gaan"... (RVT – privaat-commercieel, groep)*

Zorgverleners uit andere woonzorgcentra stellen eveneens de problematiek rond opsluiting van verwarde bewoners of mensen met dementie aan de kaak. Op die afdelingen zouden over het algemeen de meeste besmettingen en overlijdens zijn voorgevallen.



*Het was erg lastig voor die verwarde mensen die bij ons verbleven. Het virus verspreidde zich razendsnel, omdat dit net de mensen zijn die bij elkaar op de kamer binnengaan; ze zitten samen aan tafel en drinken uit elkaar glazen. Geen enkele afstandsmaatregelen bij die mensen. (...) Dat is niet onmogelijk bij deze bewoners, onmogelijk! (...) Op een afdeling waar we sterfgevallen hadden, was er onder meer een dame die in alle kamers binnenging. Zij is onhandelbaar, echt, zij is onhandelbaar. We hebben dan maar het slot omgekeerd gestoken en haar opgesloten in haar kamer, zodat ze niet meer naar de andere kamers kon gaan, want op een bepaald moment was zij ook positief. (...)*

*V - Hoe lang heeft dat geduurd?*

*Tja, tot ze uiteindelijk negatief testte, drie weken, misschien een maand later. Ja, ja ... Dat moesten wij ook doen. Op een bepaald moment was ze effectief positief. We hebben haar naar een andere verdieping overgebracht, maar dat was erg moeilijk. Dan hebben we maar beslist: "Oké, ze mag daar blijven, maar met de deur op slot".*

*V - Hoe heeft zij die opsluiting beleefd?*

*Tja, niet goed hé, helemaal niet goed! Ze heeft niet meermaals het slot afgebroken, dat was verschrikkelijk ... Ze bonkte op die deur en wilde natuurlijk naar buiten! (Hoofdverpleegkundige, RVT – publiek)*

Sommige woonzorgcentra die voor dezelfde dilemma's kwamen te staan wat betreft hun bewoners met dementie, probeerden dan weer een beleid te hanteren in lijn met hun zorgfilosofie. De uitspraken van een directrice bevestigen deze ethische begaanheid. De aanpak in dit woonzorgcentrum was evenwel praktisch haalbaar, omdat de instelling slechts een beperkt aantal positieve gevallen telde, maar vooral omdat er voldoende personeel aanwezig was om de bewoners in hun kamer te houden zonder ze te moeten opsluiten. Iets was zichzelf omschreven als 'een non-stop job'.



*Wij hebben niemand moeten opsluiten. Dat is ook wettelijk niet toegelaten. Daarbij komt dat mensen die het nu niet snappen, dat ook nooit zullen doen. Door hen op te sluiten wek je agressiviteit in de hand. Heel de crisis lang hebben we toch geprobeerd om de levenskwaliteit van onze bewoners te handhaven. Bewoners kunnen ook aan iets anders sterven dan COVID. (...) Iemand die agressief is en begint te slaan, anderen of zichzelf verwondt of valt ... dat kan even gevaarlijk zijn. Te meer omdat we wisten dat de ziekenhuizen toen geen ouderen opnamen. Wij hebben hen nooit onder dwang opgesloten, nee. Wanneer we hen in de gangen tegenkwamen, namen we hen weer mee naar hun kamer. Dat wel. Maar goed, je blijft wel bezig hoor, op die manier, want de bewoners verlieten ook voortdurend hun kamer. De ergotherapeuten probeerden activiteiten te organiseren om hen in hun kamer bezig te houden. Wanneer we bijvoorbeeld van iemand wisten dat die film liefhebber was, zetten we een film op om hen een tijdje af te leiden, waardoor ze uiteraard op hun stoel bleven zitten. Akkoord, dat werkt niet altijd en bij iedereen, maar het was toch iets. Wat telt, is hun levenskwaliteit en mensen tegen hun wil opsluiten, dat is ... (...)*

*De vrijheid van onze bewoners maakt deel uit van het DNA van onze instelling en is superbelangrijk voor ons. Zoiets doen was voor ons ondenkbaar. Het werd zelfs nooit overwogen. Maar ik ben uiteraard niet blind voor het risico dat we hebben genomen en voor het feit dat we geluk hebben gehad dat er niet meer gevallen en overlijdens zijn geweest. Van woonzorgcentra die bijzonder zwaar werden getroffen en*

*waar op één dag twee, drie, vier bewoners stierven, kan ik die aanpak emotioneel wel begrijpen. En ik ben ervan overtuigd dat ze het met de beste bedoelingen hebben gedaan, namelijk om hun bewoners te beschermen! Niet voor hun eigen gemak. Het was niet van "Ik sluit hun deur om niet achter hen aan te moeten lopen". Ik weiger namelijk te geloven dat er mensen in de zorg werken die zo onmenselijk zijn dat ze dergelijke dingen zouden doen uit gemakzucht. Ik kan mij ook niet voorstellen dat we het hier zouden doen, maar dat is gewoon omdat ... (RVT- privaat, vzw)*

De directeur van een instelling die voornamelijk O- en A- profielen (gecategoriseerd als "meest autonoom" op de schaal van Katz) opvangt, getuigde over de spanningen tussen de bewoners onderling naar aanleiding van de lockdownmaatregelen:

« We hebben mensen met Alzheimer, we hebben een voormalige drugverslaafde, we hebben mensen met Downsyndroom of met mentale beperkingen. We hebben iemand met een psychotische problematiek. Dus al die mensen opsluiten ... Jij en ik zullen geen vijftwintig rondjes draaien, badend in het zweet, omdat we niet buiten mogen ... Hier is er veel meer aan de hand. We moeten rekening houden met agressie, want vroeg of laat vallen er klappen. De ademruimte: het woonzorgcentrum volledig sluiten is zo goed als onmogelijk voor onze bewonersprofielen. Het is geen psychiatrische instelling. Het is een woonzorgcentrum voor ouderen, waarvan sommigen gedragsstoornissen vertonen. In zo'n situatie moet je je wel kunnen aanpassen! Daarom lieten wij hen individueel hun kamer verlaten (...) We deden dat, omdat er zich een aantal zware gevallen van agressie hadden voorgedaan. We kregen opstoten van agressie te verwerken. Daarom regelden we dagelijks systematisch een aantal momenten waarop ze naar buiten konden om te vermijden dat de situatie uit de hand zou lopen, dat mensen elkaar zouden te lijf gaan. (ROB - privaat-commercieel)

Een animator die de bewoners begeleidt tijdens uitstappen in de buurt merkte op dat de lockdownmaatregelen en het sociaal isolement rondit onleefbaar en ondraaglijk waren voor de bewoners. De maatregelen leidden tot agressie, maar evenzeer tot extreme angst bij sommige bewoners. Ze keerden zich in zichzelf, waren bang om hun geïsoleerde ruimte te verlaten en bang voor de confrontatie met de buitenwereld (ook wel 'cabinekoorts' genoemd).

« De bewoners hebben het ons niet gemakkelijk gemaakt. Het voelde als een armworstelwedstrijd en dat is het nog altijd. Die gewoonten van toen ze in kamerisolatie zaten, sluimeren nog steeds. Bijvoorbeeld, wanneer ze elkaar zien, roepen ze: "Masker aan!". Wanneer ze mij iets vragen en ik doe het niet, dan krijg ik beledigingen naar mijn hoofd geslingerd en kan er geen 'hallo' meer van af. Dan krijg ik niet. (...) Mensen die naar een woonzorgcentrum komen, voelen zich sowieso in de steek gelaten. Het eerste wat ze zeggen, is: "Ik zit hier op de plek waar ik zal sterven; ik word hier gewoon gedropt door mijn naasten en familie". Dat is sowieso al een slecht begin. (...) Het leidt tot complexe situaties, zoals met de heer P. bijvoorbeeld. Hij neemt methadon en drinkt. Het is een voormalige drugsverslaafde. Dat is hier een woonzorgcentrum, geen gevangenis. Wij zullen de mensen niet verplichten om te stoppen met drinken e.d. ... Het is alle dagen moeilijk, alle dagen ... Wij zijn daar niet voor gekwalificeerd en de helft van de mensen die hier worden opgevangen, zitten hier vrijwel zeker niet op hun plaats. Na een tijdje wordt dat best lastig. Het is een armworstelwedstrijd die we al bij voorbaat verloren hebben ... Ze voelen zich echt aan hun lot overgelaten en miskend. Alles is nu weer open, ze mogen naar buiten, maar zeggen "Nu ga ik niet meer buiten!" Ze willen niet meer naar buiten. (...) Sommigen ontwikkelden een soort pleinvrees door de hele toestand. Zoals de heer P. die bang is van de mensen ... (...) De heer B. verzuimt al maanden zijn medische afspraken. Hij is bang om naar het ziekenhuis te gaan. Anderen willen alleen naar buiten in een volledig bescherm pak met gelaatsscherm. Er heeft een angst ingetreden ...



Emmanuel Hirsch<sup>57</sup> merkt op dat een lockdown en andere beschermingsmaatregelen voor bepaalde bewonersprofielen vaak niet haalbaar zijn. Ze gaan in tegen de beroepsethiek en zijn in strijd met de beginselen van respect en waardigheid. Deze getuigenissen pleiten ervoor om het leed van dergelijke praktijken niet te onderschatten, maar evenmin om het personeel hierin te vergeten dat geprangd zat tussen twee fundamentele zorgwaarden: lichamelijke bescherming (besmetting vermijden) en hun levenskwaliteit handhaven.

## 7. Gefnuikte stervensbegeleiding

Veel zorgverleners ervaren het feit dat ze de bewoners niet konden begeleiden bij hun levenseinde als een soort ontwrichting. Een van de goede praktijken waaraan niet te tornen valt binnen de zorgcontinuïteit, is de begeleiding ‘tot het einde’. Het gaat hierbij om praktijken die de zorgverleners nauw aan het hart liggen en waarvoor een aantal van hen zelfs specifiek is opgeleid. Ook in de woonzorgcentra wordt net als elders in de zorgsector, steeds harder gepleit voor het principe van “een stervende persoon zijn waardigheid teruggeven en het nodige materiële, lichamelijke en psychische comfort bieden”<sup>58</sup>. In het kader van hun beroepsethos houdt deze ondersteuning een sterk moreel engagement in. Heel wat zorgverleners gaven aan dat dit gebrek aan begeleiding hen had aangegrepen en dat het vanuit hun zienswijze ‘tegennatuurlijk’ was, als het ware een belediging voor de essentie van hun beroep. “Wij zijn hun laatste ‘thuis’, hun eindstation. Dat is pijnlijk voor ons, want wij worden verondersteld hen te ondersteunen tot hun laatste snik. Dat hoort bij onze job. Gewoonlijk kunnen we onze bewoners in schoonheid laten gaan”, aldus hoofdverpleegkundige Patrick (ROB – *privaat-commercieel*).

De directies betreuren in grote mate de beperkingen die de stervensbegeleiding en het rouwproces zowel voor het personeel, de familieleden als de bewoners onder druk hebben gezet.

In een van bevraagde instellingen werd bijvoorbeeld het verbod om iemand de laatste sacramenten toe te dienen of om de uitvaart van een bewoner ‘bij hen’ te vieren, zoals gebruikelijk, als

bijzonder oneerbiedig ervaren. Dit, voor het personeel bijzondere zorgmoment, werd hen ontnomen.



*Wij hebben hier een kapel. Normaal vindt 70% van de begrafenissen bij ons plaats. Daardoor hebben onze personeelsleden de mogelijkheid om de bewoner tot het allerlaatste moment te vergezellen. Bij ons is het einde immers niet het levenseinde van de bewoner. Daar blijft het niet bij: we nemen afscheid en we blijven ter beschikking van de familieleden mochten zij ons nodig hebben. Dat werd ons ontnomen; onze manier van rouwen om onze bewoners werd van ons ‘afgepakt’. Het laatste eerbetoon viel weg, omdat de begrafenis niet bij ons plaatsvond. Het aantal toegelaten personen op de begrafenis was zo beperkt, dat de uitvaart bijwonen – wat wij ook af en toe doen – geen optie was. Wanneer er slechts vijftien of eventueel vijftig personen mochten aanwezig zijn, was het niet de bedoeling dat wij de plaats innamen van een familielid of van een vriend van vroeger. We hebben het niet gedaan, maar we voelden ons toch beknot in onze manier van rouwen. Wat de mensen ook mogen denken, wij raken echt wel gehecht aan onze bewoners. Ze verblijven soms jaren bij ons, waardoor we hen natuurlijk ook leren waarderen. Ook voor de overige bewoners is die situatie zwaar. Ze kunnen in normale omstandigheden afscheid nemen van hun medebewoner tijdens de begrafenis in ons woonzorgcentrum. Tijdens de lockdown mochten ze echter hun kamer niet uit. En naar buiten gaan is over het algemeen lastig voor hen. Dus moesten we nog dat bijkomende verdriet ondervangen van de bewoners die ook aan het rouwen waren. Soms treurden ze om het verlies van iemand die ze al lang kenden, met wie ze elke middag samen aan tafel zaten of die ze ‘s avonds opzochten in de kamer. Dus ja, zo iets is zwaar. Het gaat om gewoonten die worden doorbroken. (Directie, RVT – *privaat, vzw*)*

De directrice van een andere instelling kaart het gebrek aan begeleiding aan bij het levenseinde.

57. Hirsch Emmanuel, *Une démocratie confinée. L'éthique quoiqu'il en coûte*, Toulouse, Erès, 2021, p. 78.

58. Discry Anne, *Éclairages sociologiques pour professions de la santé*, Liège, Edi Pro, 2019, p. 158.



Ze heeft alle begrip voor de ontredning en woe-  
de van de families die daarmee moesten omgaan.



*Ik beschouw het als een hartverscheuren-  
de maatregel. Wij hebben namelijk ook de  
gewoonte om onze stervende bewoners  
bij te staan, hun lijktoui uitvoeren, eventue-  
eel een absoute verzorgen, naar de mis  
gaan, naar het kerkhof gaan ...*

*V - Was het feit dat jullie de stervenden  
niet konden begeleiden nog het pijnlijkste  
van alles?*

*Inderdaad, zo is het. Het heftigste wat er  
is. Dat en het feit dat de familieleden ook  
niet mochten komen. Voor mensen die  
palliatief werden begeleid, hebben we  
toch nog geprobeerd om de familieleden  
bij hun dierbare te laten. De gedachte dat  
ze geen afscheid konden nemen, viel hen  
bijzonder zwaar. Dat zijn ook allemaal  
dingen die je moet opvangen. Je moet de  
familieleden opbellen met de boodschap:  
“Sorry, maar je papa, mama, tante is zonet  
overleden” ... Dan moet je ook heel wat in-  
casseren ...*

*Normaal doen de verpleegkundigen dat,  
maar zij waren op dat moment al behoor-  
lijk overbevraagd. Dus namen wij die taak  
over. (RVT - publiek)*

Het bezoekverbod, gevolgd door een  
bezoekbeperking aan bewoners bij hun  
levenseinde (waarbij naasten niet tot bij het bed  
van de stervende persoon mochten komen om  
afscheid te nemen ...) heeft zowel zorgverleners  
als niet-verzorgend personeel heel diep geraakt.  
Hoofdverpleegkundige Veerle ervaaarde deze  
situatie als bijzonder schrijnend. Ze uit haar  
ongenoegen en spijt over het feit dat de  
coördinerende arts een laatste bezoek van de  
familie weigerde:



*We moesten naar de familie bellen met de  
boodschap: “Uw vader, moeder, tante ... is  
overleden”, en dit zonder dat de familie  
had kunnen ... Ik geef toe, we konden de  
familie niet altijd tijdig op de hoogte bren-  
gen. Als er eventueel nog wat tijd was,  
konden we de familie zeggen: “Oké, jullie  
mogen komen, maar je moet die bepaal-  
de beschermkledij aantrekken ...”. Toch  
onvoorstelbaar dat je moeder of vader op  
sterven ligt en dat je niet meer bij hen  
mag? Ik maakte dat mee op mijn*

*afdeling ... Ik had de familie opgebeld om  
te laten weten dat het bergaf ging met  
hun [familie lid] en niet wist of ze het zou  
halen. De familie vroeg of ze mocht langs-  
komen. Ik zei: “Als het aan mij lag, zouden  
jullie mogen komen, maar ik moet toela-  
ting vragen aan mijn leidinggevenden”.  
Ik vroeg het aan onze arts en die zei: “Nee!  
De familie mag niet komen!” Toen ben ik  
echt beginnen wenen, wenen, wenen.  
Ik vond dat verschrikkelijk ... Ik zei tegen  
de arts: “Stel u toch in hun plaats, dokter,  
stel u in hun plaats!” Daarna mocht de fa-  
milie toch komen, maar het was al te laat ...  
Ik heb voor de rest van mijn leven spijt dat  
ik toen niet gezegd heb: “Kom maar, me-  
vrouw, u mag langskomen”, echt waar!*

De woonzorgcentra pakten de bezoeksregelingen  
aan stervende bewoners elk op hun eigen manier  
aan. Ze hielden onder meer rekening met de offi-  
ciële richtlijnen, de situatie ter plaatse, maar ook  
met de heersende filosofie van de instelling zelf.  
Dat gaf aanleiding tot schrille contrasten binnen  
de sector. Zo gaat de directrice die eerder al aan  
bod kwam in dit hoofdstuk, er prat op dat, in over-  
eenstemming met haar visie op ‘waardig sterven’,  
geen enkele bewoner in haar woonzorgcentrum  
‘alleen’ is gestorven:



*Wat wij lastig vonden, was dat het om  
mensen ging die gedurende een vrij lange  
periode geen bezoek hadden gekregen.  
En dan wel bij hun levenseinde, want dat  
was toegestaan en dat hebben we altijd  
laten gebeuren. Bij ons is geen enkele be-  
woner moederziel alleen gestorven. En  
daar zijn we bijzonder trots op. Anderzijds  
is het wel zo dat ze tijdens hun laatste le-  
vensweken geen familie hebben gezien.  
Ze hebben geen afscheid kunnen nemen,  
zoals ze dat wensten. Wij waren toen nog  
de enige met wie ze contact hadden.  
En dat zou niet mogen. Dat was heftig ...*

## 8. Rouwzorg in mineur

De omstandigheden waarin het leven van veel  
rusthuisbewoners eindigde, heeft een diepe in-  
druk gemaakt op de medewerkers. Maar zij had-  
den het ook heel zwaar met de gebrekkige rouw-  
zorg en de afgehaspelde begrafenisrituelen. Het  
gevoel dat er een grens is overschreden komt ook  
voor in de studie van Catherine Le Grand-Sébil-  
le en Anne Véga over de ervaringen van begra-  
fisondernemers tijdens de hittegolf van 2003  
in Frankrijk: “Onder normale omstandigheden

stellen de mortuaria en begrafenisondernemers alles in het werk om een zo waardig mogelijk afscheid te organiseren van het stoffelijk overschot, conform de verschillende cultussen en rituelen. Wat we nu hebben vastgesteld, zijn wantoestanden bij de overbrengen van het lichaam, de opbaring van de overledene en de duur van de plechtigheid. Stuk voor stuk normoverschrijdingen die iedereen betreurt”<sup>59</sup>. [Eigen vertaling]

Heel wat zorgverleners verklaren geschokt te zijn door de barbaarse manier waarmee met het lichaam van overledenen werd omgesprongen: geen lijktooi, niet aangekleed, onmiddellijk in een zak gestopt die door de begrafenisondernemer werd meegenomen.



*De familieleden mochten zelfs het lijk niet meer zien. Wanneer wij de begrafenisondernemers belden, kwamen ze en namen ze het lijk onmiddellijk mee. Normaal is het de taak van de begrafenisondernemer om de overledene aan te kleden, op te maken ... Maar toen was het van: “We ritzen de zak dicht” en ze vertrokken onmiddellijk. (Hoofdverpleegkundige, ROB – privaat-commercieel)*

Sommige zorgverleners - zoals Veerle andermaal - zijn nog steeds zwaar onder de indruk van de omstandigheden waarin de COVID-patiënten zijn gestorven. Maar ook de werkelijk schrikbarende beelden van de lichamen van bewoners die in het mortuarium van hun instelling lagen te wachten op de begrafenisondernemers, wegen emotioneel zwaar door:



*Dat is nog zoiets wat ik nooit zal vergeten. Wie hier werkt, beseft uiteraard heel goed dat de bewoners nooit meer naar huis zullen terugkeren. Ze zijn hier en zullen hier sterven. We weten dat. Ik werk hier al lang en heb dus al veel mensen zien sterven. We hebben daarin een routine ontwikkeld. We verzorgen onze mensen met veel empathie, want als je dit werk niet meer vanuit je gevoel doet, moet je ermee stoppen. Maar goed, dat is een andere discussie. Ons mortuarium lag volledig vol! Dat hadden we nog nooit gezien. En ook nog nooit meegemaakt. Er lagen overal mensen (...) mensen op de grond. Heel bevreemdend wanneer je het mortuarium binnenging, er lagen veel mensen die ... je zag ... Ik vond dat verschrikkelijk,*

*vreselijk ... Ik vind dat mensen altijd vredig moeten kunnen sterven. In alle rust. Dat is iets wat ik echt [belangrijk vind]. Het is uiteindelijk het laatste wat we nog kunnen doen voor de bewoner en zijn of haar familie. (...) We zetten wat muziek op, geurstokjes, we zijn aanwezig, we geven pijnstillende medicatie. De familie mag er tijdig bij zijn en blijven ... Als er geen familie is, blijven wij in de buurt en zijn wij wat meer aanwezig. Dat is belangrijk voor mij. Het is zeer belangrijk dat mensen vredig kunnen sterven. Je kunt die vreedzame blik van hun gezicht aflezen Maar hier kon je zien dat de meeste van die mensen – ik huiver nog als ik eraan denk – niet vredig waren gestorven. Je kon de zware doodstrijd nog aflezen van de grimas op hun gezicht. (...) Ik ben vaak naar het mortuarium geweest. Heel wat collega's zagen dat niet zitten, maar iemand moest het wel doen! Ik was er vaak om te checken of alles in orde was. En dat raakte me echt. (...) Gewoonlijk lag er niemand. Soms één persoon, soms twee, maar nooit meer dan twee. Maar toen was het daar echt ... het was de hel. Het was in de eerste plaats dat beeld: al die mensen die daar lagen, zelfs op de grond! Soms tussen 10 en 20. Dat is enorm veel voor hier! En dan zag je hun gezicht. Hun gezicht inderdaad (...) Ik denk dat ze wel de correcte zorg hadden gekregen. Toch zijn er mensen die zelfs met zuurstof enorm hebben afgezien. Ze stierven door verstikking. (...) Zoiets is verschrikkelijk. Je kunt dat aflezen van het gezicht van iemand die gestorven is. Dat zijn [de] dingen die er bij mij echt hebben ingehakt. Dingen die ik nooit zal vergeten ... (RVT – privaat, vzw)*

Ook deze verpleegkundige getuigde – in de lijn van de bevindingen van Le Grand-Séville en Véga – over de heersende ontredde bij de toenmalige stervensbegeleiding die “niet opgewassen was tegen grote aantallen, onvoorziene gebeurtenissen en een epidemie”. Gebukt gaan onder de beproeving dat we niet meer in staat zijn om “de doden het respect en de waardigheid te betuigen die we hen verschuldigd zijn”<sup>60</sup>. [Eigen vertaling] Terwijl de palliatieve zorg in woonzorgcentra de laatste jaren de dood en begrafenisprijken in ere had hersteld, leek het alsof de COVID-crisis deze – althans gedurende

59. Le Grand-Séville Catherine, Véga Anne, *Pour une autre mémoire de la canicule*, Parijs, Vuibert, 2005, p. 66.

60. Le Grand-Séville Catherine, Véga Anne, *Pour une autre mémoire de la canicule*, Parijs, Vuibert, 2005, p. 37.

een bepaalde periode – van de kaart had geveegd<sup>61</sup>.

De zorgverleners zijn nog steeds zwaar onder de indruk van het overlijden van de bewoners. De meesten lieten blijken hoe verknocht ze zijn aan hun werkplek. Ze benadrukken het belang van de relationele, affectieve dimensie in de zorg en van de specifieke ondersteuning van de bewoners in dergelijke leefomgevingen. Een hoofdverpleegkundige getuigde in dit verband over zijn keuze om de ziekenhuiszorg vaarwel te zeggen, “*on-danks het financiële nadeel*”. Anders dan in een ziekenhuis, waar het advies luidt om ‘zich niet te hechten’ aan de patiënten, waar het zorgmodel ‘geen ruimte biedt voor affectie’, kent het rusthuispersoneel de bewoners en ontstaat er vaak een hechte, langdurige band:

« *We zitten hier niet in een ziekenhuis, waar patiënten meestal slechts enkele dagen verblijven. De contacten met [de zorgverleners] in een ziekenhuis zijn eerder afstandelijk ... Wij daarentegen maken deel uit van het dagelijks leven van de bewoners. We hebben hier mensen die soms één, twee tot zes maanden lang geen bezoek krijgen. Maar ons zien ze meerdere keren op een dag: ‘s morgens of in de namiddag ... Dan zijn er collega’s die in de namiddag en avond langsgaan en anderen die ‘s nachts aanwezig zijn. De enige ‘bezoekers’ die ze overdag zien, zijn de personeelsleden. (ROB – privaat-commercieel)*

Ook een andere hoofdverpleger, Michel, benadrukt zijn hechte band met de bewoners die hij onder zijn hoede heeft:

« *Het blijft moeilijk wanneer een van je mensen overlijdt, wat de oorzaak ook mag zijn. Dat weegt op je. (...) Het is heel lastig om iemand te verliezen. Hoe dat komt? Omdat we nu eenmaal zo dicht staan bij de bewoners en verknocht zijn aan elkaar. Als hier iemand overlijdt, dan ben ik daar niet goed van en moet ik wenen. (...) Zo is het, we staan heel dicht bij onze mensen. Dat is de beste manier om voor hen te zorgen. Het raakt ons als ze er niet meer zijn. We hadden hier op onze verdieping een dame van 98. Haar naam was Rosalie. Rosalie is gestorven aan COVID, amper 12 uur na de diagnose. ‘s Ochtends aan het ontbijt leek ze nog*

*kerngezond. Ik hielp haar nog met haar boterhammen en zo. In de namiddag ging het bergaf met haar en daalde haar saturatie. Je kunt al raden dat ze met haar 98 jaar niet welkom was in een ziekenhuis. “Nee, nee, iemand met COVID komt er niet in”. (RVT – privaat, vzw)*

## 9. Spanningen in de relatie met de familie en naasten

Tijdens de sluiting van de woonzorgcentra liepen de gemoederen met de familieleden en naasten behoorlijk hoog op. De meesten hadden begrip voor de opgelegde maatregelen en leefden ze na. Anderen daarentegen weigerden om zich bij de beperkingen neer te leggen en vonden ze ronduit onaanvaardbaar. Sommigen wilden koste wat het kost hun ouder(s), partner enz. bezoeken. De zorgverleners vertellen hoe moeilijk het voor hen was om met die doordrammende en opstandige families om te gaan. Scheldpartijen en agressief gedrag tegen administratief en onthaalpersoneel waren geen uitzondering.

Een hoofdverpleegkundige erkent dat hij voor zware dilemma’s heeft gestaan en dat de vragen, het verdriet en de boosheid flink wat psychologische druk op zijn schouders legden:

« *Hoe moet je je gedragen tegenover familieleden en naasten die hun dierbare willen zien en die zelf ook lijden onder het isolement en bezoekverbod? Dat was allemaal niet eenvoudig. Daarbij kwam – totaal begrijpelijk uiteraard – ook de ergernis van families die zeiden: “Jullie kunnen mij toch niet verbieden om mijn moeder te zien!”. En dan aarzelen ze niet om hun wil door te drijven en te zeggen: “Ik ga naar mijn moeder, punt uit! En dan sta je daar ... wat kan je in zo’n geval dan doen? Door die mentale druk waren dat zeer heftige momenten. Aan de ene kant wilden we alles zo goed mogelijk doen. Maar aan de andere kant beschikten we over te weinig informatie en voelden we ons niet altijd begrepen door de families. Het duurde lang voordat we de zaken op een rijtje kregen. (...) De families zeiden: “Ik hoorde op de radio dat ... en jullie beweren nu net het tegenovergestelde”. Het viel niet mee om al die vragen en de kritiek het hoofd te bieden. (RVT – privaat, vzw)*

61. Bacqué Marie-Frédérique, Mourir aujourd’hui. Les nouveaux rites funéraires, Paris, Odile Jacob, 1997.

Ook een directeur vertelt over de spanningen en conflicten met naasten die de opgelegde maatregelen aan hun laars laptten, terwijl hij uit alle macht probeerde ‘zijn bewoners te beschermen’. In zijn getuigenis schetst hij nog een andere uitdaging, namelijk de vrees om bij nieuwe besmettingen met de vinger te worden gewezen:

« *Ze begrepen niet dat ik de bevoegdheid had om hen de toegang tot het woonzorgcentrum te verbieden. Het was dan ook een continue strijd om mijn bewoners te beschermen. (...) Ondanks alle lockdown- en gezondheidsmaatregelen, ter bescherming van de ouderen en de gemeenschap, bleven de families moeilijk doen en gebruikten ze allerlei smoesjes om de beperkingen te omzeilen. We hadden geen andere keuze dan onafgebroken de strijd aan te gaan met alles wat van buiten het woonzorgcentrum kwam om onze steriele bubbel veilig te stellen. (...) Er waren familieleden die van buitenaf pakketjes kwamen afgeven via de ramen op het gelijkvloers of touwen gooiden naar de bewoners. Echt waar! De familie haakte het pakje eraan en hop, naar boven ermee. Dat waren allemaal dingen die van buitenaf kwamen. (...) En dan was het aan mij om de bewoners te beschermen. Ik schermde hen niet af van hun familie, maar er waren nu eenmaal richtlijnen. We moesten die naleven in het belang van de volksgezondheid en de gezondheid van de gemeenschap. Bovendien had ik geen zin om nog maar eens te moeten horen: “Er zijn weer COVID-gevallen in het woonzorgcentrum.” (...) (ROB – privaat-commercieel)*

## 10. Bijstand van de coördinerende artsen en huisartsen

Heel wat woonzorgcentra kregen volop hulp van hun coördinerende arts en van de huisartsen van de bewoners. Deze vlotte samenwerking met beide partijen is een uitermate belangrijke factor gebleken in de strijd tegen het virus: testsessies organiseren, de situatie evalueren, lockdown- en isolatiemaatregelen doorvoeren, de vragen van het personeel beantwoorden, online vormings sessies verstrekken, ziekenhuisopnames aanvragen enz. Hun aanwezigheid of regelmatig contact worden meermaals benadrukt door het verzorgend personeel en de directies, die dankbaar zijn voor hun hulp en ‘teamspirit’.

« *Onze coördinerende arts was zeer aanwezig. Hij kwam meerdere keer per week langs. We hadden op dat vlak echt wel geluk. Geen enkele van de huisartsen die voor onze bewoners kwamen, heeft ons in de steek gelaten. Hun vaste, regelmatige afspraken waren opgeschort, omdat ze het te druk hadden, maar wanneer wij hen belden, waren ze op de afspraak. Iets wat blijkbaar niet overal het geval was. Wij hadden op dat vlak echt wel geluk. (...) Toen wij hen belden en zeiden: “Het is dringend, we hebben een diagnose nodig”, dan konden we op hen rekenen en kwamen ze de patiënt opzoeken. (...) Wij hebben veel artsen uit wijkgezondheidscentra. Ze kwamen niet allemaal, maar uit ieder wijkgezondheidscentrum wilde wel iemand langskomen. We belden hen per slot van rekening niet voor een onnozelheid. (...) Wanneer het niet lukte om ons telefonisch verder te helpen, is er nooit een arts geweest die zei: “Trek jullie plan. Ik kom niet, ik heb het te druk”. Of “Het is te gevaarlijk, ik kom niet”. Ze vermeden het zoveel mogelijk, maar wanneer we hen nodig hadden, waren ze er. (...) We hebben ook huisartsen gehad die zelf ziek waren, maar goed, dat is iets anders dan. Dat geldt niet als weigering, dat heeft met hun eigen gezondheid te maken. In dergelijke situaties nam onze coördinerende arts het over en hielp ons verder in overleg met zijn collega. (Directie, RVT – privaat, vzw)*

« *[Een van de verwijzende artsen] briefte ons over ontwikkeling van de epidemie, over wat we moesten doen. Hij informeerde ook naar de rechtstreekse informatie die wij via Iriscare binnenkregen. Hij belde ons en vroeg informatie op. (...) Het was een houvast. Er ontstond een mooie samenwerking. Hij stond ook open voor de zaken die wij aankaartten, het probleem van de ziekenhuizen ... De artsen spraken ons altijd moed in. We belden toen we hen nodig hadden en ze waren er. Ze zijn met twee. Ze stonden aan onze zijde. (...) We zijn schouder aan schouder doorgegaan tot het einde ... (Hoofdverpleegkundige, ROB – privaat-commercieel)*

« *We hebben er [onze teams] altijd op gewezen dat de coördinerende arts beschikbaar was voor vragen – zowel individueel*



*als in groep – of bezorgdheden. We hebben vanaf het begin van de epidemie geprobeerd om de mensen zo goed mogelijk te helpen, maar we beseffen dat er heel wat angst leefde onder de personeelsleden. De coördinerende arts pepte me telkens op: “Kop op, we gaan ervoor! En we tonen dat we niet bang zijn”. (Directie RVT – publiek)*

Toch zijn er een aantal woonzorgcentra die te maken kregen met artsen die afhaakten of verstek gaven. Het ging vaak om oudere artsen die waarschijnlijk zelf voor hun gezondheid vreesden. Een huisarts vertelt:



*Ik heb in heel mijn carrière nog nooit zo iets meegemaakt. Er zijn collega's die niet meer naar rusthuizen wilden gaan ... die zich verstopten achter teleconsultaties ... (Arts 4)*

De huisartsen en coördinerende artsen die zelf met afhakende collega's te maken kregen, zitten met een dubbel gevoel: er is onbegrip, maar evenzeer collegialiteit die hen ervan weerhoudt een ongunstige oordeel te vellen:



*Ik kan echt niet oordelen over collega's die niet kwamen opdagen, misschien hadden ze wel een goede reden. Maar ik denk toch dat ze ons in de steek hebben gelaten. Zo zag ik het. (Arts 10)*



*Sommige collega's waren bang. Je kunt het hen niet kwalijk nemen. Ik probeerde zo rationeel mogelijk te denken. Ik heb patiënten bezocht van collega's, ik heb hen uit de nood geholpen. Dat heet collegialiteit. (Arts 11)*

Naast de specifieke ongerustheid die deze crisis teweegbracht, kunnen we niet om de structurele trend heen die van toepassing is op alle generaties van huisartsen. Sommige woonzorgcentra stuiten op problemen om de huisartsen bij de zorg voor hun bewoners te betrekken. Eén van de huisartsen die betrokken was bij het uittekenen van de vaccinatiestrategie van het zorgpersoneel in woonzorgcentra die we hebben gesproken, vertelde dat de artspraktijk waar hij als assistent aan de slag was, nog voor de COVID-periode een beleid voerde waarin bezoeken aan woonzorgcentra systematisch werden geweigerd. Dit om het aantal verplaatsingen te beperken en de

werkdag optimaal te benutten. In zijn huidige praktijk ligt de nadruk eerder op de verantwoordelijkheid van de huisarts in de zorgcontinuïteit van de patiënt en worden de bezoeken beperkt tot woonzorgcentra in de buurt.

Een aantal huisartsen daarentegen betreurt het feit dat bepaalde woonzorgcentra hen geen toegang gaven. De “deuren bleven gesloten”, zowel voor hen als voor alle externe personen, omdat ze beschouwd werden als potentiële ziektedragers. Een huisarts merkt op dat “Sommige woonzorgcentra ons tegenhielden en de toegang verhinderden ... omdat we van buiten kwamen”. (Arts 4)

Deze arts bespeurt hierin een zekere miskenning en ongepaste beschermende houding van bepaalde directies die hun COVID-vrije instelling als argument aanvoerden om de huisartsen de toegang te kunnen weigeren en/of het binnenbrengen van bepaalde voorwerpen (bijv. tassen) te beperken.

De reactie daarop is tweeledig: we spraken coördinerende artsen die achter die strenge houding stonden ten opzichte van bezoekers als potentiële ziektedragers, terwijl anderen een flexibeler houding bepleitten. De eerste groep legt uit dat ze met zo'n groot aantal overlijdens werden geconfronteerd (in het bijzonder in woonzorgcentra waar mensen met dementie worden opgevangen) dat er wel extreem strenge maatregelen moesten worden gehanteerd in andere instellingen waar zij actief waren:



*Voor sommigen was dat een levenslange veroordeling, levenslange opsluiting omdat het niet anders kon ... Bezoek werd tegengehouden, familieleden werden tegengehouden, alles werd tegengehouden. Je moet weten dat er een en al paniek was, echt paniek hé. En het is toch wel dankzij dit woonzorgcentrum, als ik het zo mag uitdrukken, dat ik tijdig de maatregelen kon nemen in de andere woonzorgcentra waar er reeds een aantal soepelere maatregelen van kracht waren. We verplichtten de mensen al om mondkapjes en dergelijke te dragen. (...) Door de psychogeriatric waren we gewaarschuwd dat het zeer, zeer ernstig was. (Arts 9)*

De tweede groep openden toch deuren en adviseerde om “te werken met wat bestaat”,



*“te vertrouwen op de mensen op het terrein”,* elementaire maatregelen op te leggen zoals het mondkapje en handen ontsmetten, maar af te stappen van de *“administratieve rompslomp”* zoals het organiseren van nieuwe looproutes en de ontmenselijking van de contacten met de bewoners. (*Arts 11*)

## Derde fase: Versoepelen en standhouden

### 1. Bezoekers welkom, maar onder voorwaarden

Wanneer de woonzorgcentra hun deuren weer mochten openen en er onder bepaalde voorwaarden bezoeken werden toegestaan, doken er nieuwe uitdagingen op waarmee de instellingen nooit eerder werden geconfronteerd. De meeste niet-verzorgenden kregen nieuwe taken toegevoegd: ontmoetingsruimten inrichten, afspraken vastleggen, bezoekers ontvangen, de bewoners ophalen en terugbrengen, de naleving van de gezondheidsmaatregelen controleren, het meubilair ontsmetten, de planning controleren, antwoorden op vragen en bezorgdheden, omgaan met grieven van de naasten, de was en andere persoonlijke spullen van de bewoners aannemen enz. Hoewel deze periode voor de zorgverleners, de bewoners en hun naasten als een opluchting voelde, kwamen toch regelmatig frustraties en gevoeligheden naar boven bij familieleden die de richtlijnen betwistten, ze probeerden om te buigen en ervan af te wijken.

Dit moment waar zo reikhalzend naar werd uitgekeken, bleek uiteindelijk behoorlijk slopend, zowel op organisatorisch vlak – om de bezoeken te regelen – als wat mentale belasting en werkdruk betreft. Of zoals een directrice het verwoordt: “Politici zijn zich niet bewust van de praktische gevolgen op het terrein!”

Sommige woonzorgcentra zouden ervoor gekozen hebben om hun bewoners te betrekken bij de beslissing over de (her)openingsmoment(en), rekening houdend met hun eigen houding ten opzichte van risico. Een directrice die getuigt over een gelijkaardige aanpak – volgens haar een

“goede praktijk” – legt uit waarom die beter aansloot op de filosofie van de instelling:



*Wij zijn vrij snel begonnen met de heropstart van de bezoeken. Vanaf het moment dat het toegelaten was, hebben wij meteen alles gedaan wat we konden doen. Er zijn woonzorgcentra die uit voorzorg langer hebben gewacht. Wij hebben die keuze gemaakt ... Het was uiteindelijk geen moeilijke beslissing, omdat ik vanuit mijn functie ook instond voor de bewonersraad. Ik heb dus de bewoners die lid zijn van die bewonersraad naar hun mening gevraagd: “Wat zouden jullie het liefste hebben? We mogen bezoek toelaten, maar dat houdt natuurlijk risico's in. Willen jullie op veilig spelen en nog wat wachten of nemen jullie het risico en organiseren we opnieuw bezoeken?” Het was achter plexiglas, met masker en maximaal een kwartier. Een normaal bezoek was dat niet, maar op dat moment was het beter dan niets. (...) Ze kozen voor het risico en zeiden: “Wat heeft het voor zin om een jaar langer te leven als we niemand mogen zien?” Want op dat moment wist niemand hoelang de crisis nog zou duren. (...) Ik begreep hun standpunt. Leven om nog maar eens dag te zien voorbijgaan,... Ze wilden leven om hun naasten te zien, om die sociale band in stand te kunnen houden. (...)*

*De bezoeken gingen van start onder zeer strenge voorwaarden: een kwartier per bewoner per week, een persoon achter plexiglas, alles ontsmetten. Ook op*

*personeelsvlak was dit niet gemakkelijk te organiseren, omdat je mensen nodig hebt die enkel dit doen. Gelukkig hebben we achteraf geen besmettingen meer gehad. Het heeft zware inspanningen van ons geëist. Maar uiteindelijk – en wellicht ook omdat we geluk hebben gehad – loonde het wel de moeite om het risico te nemen. Hoe beperkt en kort ook... we konden eenvoudig bezoek toelaten voor onze bewoners. Dankzij de maatregelen, die we achteraf beschouwd blijkbaar goed hebben toegepast, zijn er geen nieuwe besmettingen meer geweest. Op dat ogenblik gaf ons dat de moed om te besluiten dat het best haalbaar was! (RVT – privaat, vzw)*

Christine, een maatschappelijk assistente uit een woonzorgcentrum waar het personeel alles in het werk heeft gesteld om zoveel mogelijk bewoners met hun naasten te herenigen – uiteraard in overeenstemming met het bezoekbeleid van de instelling – wijst er evenwel op dat het een zware taak kon zijn, in het bijzonder ten aanzien van families die terughoudend waren of machtsmisbruik vermoedden:

« *Het grote probleem was hoe al die bezoeken in goede banen leiden! Toen bezoeken ‘van een half uur én op afspraak’ werden toegelaten, moesten wij de planning van die afspraken bijhouden en als ‘gendarmes’ de timing bewaken. We hadden toen immers meer dan 90 bewoners. (...) Dat was verre van eenvoudig in die periode. Bovenop het agendabeheer moesten we ook een soort politieagent ‘spelen’! Mensen die geen masker droegen. Of die het eerst opzetten, maar daarna afnamen ... zonder te beseffen welk gevaar of risico ze konden binnenbrengen. Mensen wilden elkaar aanraken enz. De toenmalige omzendbrief verbood knuffelen enz. Dat lag allemaal heel moeilijk. Een ander probleem was het naleven van de timing. Een half uur is immers snel voorbij. (...). Zodra de toegewezen tijd om was, moesten we de bezoekers daarop wijzen. “Jullie moeten vertrekken. De volgende komen eraan”. Sommige families zijn daarin erg meegaand: de tijd is om, ze staan recht en vertrekken. Bij anderen ligt dat moeilijker. Ze begrijpen niet waarom enz. En dus moesten we de omzendbrieven erbij halen. En telkens opnieuw legden we hen de omzendbrief voor om te bewijzen dat wij*

*die regeling niet hadden uitgevonden. (...) We moesten ons voortdurend verantwoord voor regels die ons waren opgelegd!*

*We hadden drie, vier families die zelf de omzendbrieven gingen opzoeken op internet om te checken of wij niet vals speelden of zelf regels verzonnen ... Inderdaad, drie, vier families die nota bene zelf die omzendbrieven in detail gingen uitpluizen. “Bezoeken zijn niet echt verboden, maar worden afgeraden” ... (ROB – privaat-commercieel)*

Net als andere zorgverleners hekelt deze maatschappelijk assistente het gedoe met de bezoeken in open lucht en het gebrek aan comfort van de locaties. Pijnpunten die door iedereen als frustrerend en zelfs absurd werden ervaren:

« *De bezoeken vonden plaats in een hok met een venster, ergens op onze parking ... Qua toegankelijkheid liet het te wensen over ... Mensen in een rolstoel moesten over de keien worden geduwd, waardoor je al snel 5 minuten verloor. Wanneer iemand 5 minuten langer bij de familie bleef, was je 5 minuten kwijt om de volgende bewoner op te halen ... Bij warm weer was het in dat hok snikheet. Bij frisser weer was het daar te koud! (...)*

## 2. Een aanslepende crisis, ondanks de vaccinatie

De vaccinatie van het personeel en de bewoners begin 2021 betekende een doorbraak in het verloop van de crisis. Vanaf dat moment viel een zware last van de schouders van de zorgverleners. Toch gaf de vaccinatiecampaagne ook aanleiding tot een pak bezorgdheden, of zelfs spanningen binnen de teams. Verschillende personeelsleden stonden immers weigerachtig tegenover vaccinatie, ze begonnen de maskerplicht beu te worden en het wantrouwen ten opzichte van weerspannige families nam opnieuw toe. “Het zorgde voor wrijvingen, omdat de collega’s die zich lieten vaccineren, dat niet bepaald van ganser harte deden”, aldus een directrice. Het was vaak uit professioneel plichtsbesef: “Het is uiteindelijk wel onze job. We hebben voor die job gekozen. We moeten onze bewoners beschermen. We moeten het voorbeeld geven”. Maar het was niet met hun volle goesting. Er waren er die er zo over dachten, maar niet allemaal. (RVT – privaat, vzw)

We zullen binnen dit bestek niet verder uitweiden over de problematiek rond de vaccinatie, omdat dit thema stof is voor een afzonderlijke studie.

Verschillende directies en teamverantwoordelijken vonden de periode na de opstart van de vaccinaties zelfs nog een stuk zwaarder dan de voorgaande. Dit had voornamelijk te maken met de totale uitputting van het personeel, de moedeloosheid van de bewoners, het ongeduld van hun naasten en de angst dat “*alles opnieuw zou beginnen*”. Ondanks een bescheiden terugkeer naar het normale leven, vreesden velen dat de crisis nog lang zou aanslepen, en dat we “*er nooit zouden vanaf geraken*”. Dit gevoel werd ingegeven door het blijvend risico op nieuwe besmettingen, de aanhoudende beschermingsmaatregelen (maskerplicht, ontsmetten ...), de beperkte en gecontroleerde opening voor de families.



*Op dit ogenblik voel ik me vooral mentaal moe. En dat blijft maar duren en duren. Het wordt met de dag moeilijker om aan onze bewoners uit te leggen waarom ze nog steeds de maatregelen moeten naleven, terwijl ze al maanden geleden werden gevaccineerd. Er gelden immers nog altijd beperkingen. In de cafetaria bijvoorbeeld moeten onze bewoners nog steeds een plaats vrijhouden naast en recht tegenover hen, om te voorkomen dat ze elkaar besmetten via druppeltjes speeksel. Dat zijn nog allemaal beperkingen. Het zijn kleinigheden, maar het feit dat het nu al zo lang duurt, maakt het voor hen – en voor ons – heel zwaar. (Directie, RVT – privaat, vzw)*



*Ik ben ook bang voor een nieuwe golf. Wat de vaccinatiegraad van het personeel en de bewoners betreft, zitten we hier heel goed. Bij de bewoners zitten we op bijna 100%. Bij het personeel gaat het om meer dan 90%. Ik ben nu vooral bang om weer een stap achteruit te zetten. Het blijft altijd moeilijk. Dat zou pas een afgang zijn. “Nee toch, het kan niet waar zijn. Hier gaan we weer.” De mentale impact van een nieuwe golf op de bewoners, boezemt mij angst in. (Directie, ROB – privaat-commercieel)*

### 3. Herdenking van de overleden bewoners

Verschillende woonzorgcentra organiseerden een herdenking van de overleden bewoners om de zorgverleners de kans te geven hun nagedachtenis te eren en gezamenlijk te rouwen om dit verlies. Velen ervaarden dit gebaar als een vorm van troost. In andere instellingen werd het idee geopperd, maar waren de zorgverleners geen vragende partij voor een ceremonie als dusdanig, omdat ze die naargeestige sfeer van de afgelopen maanden achter zich wilden laten. Bewoners die hierover werden gepolst, dachten er blijkbaar ook zo over. Een directrice voerde aan dat “*De bewoners eigenlijk liever niet steeds aan die situatie willen herinnerd worden. Hun leven was nu weer tamelijk normaal, meer vroegen ze niet. We moeten toch vooruit*”. Een andere directeur vond dat dergelijke herdenkingen de bewoners eventueel nog kwetsbaarder kunnen maken:



*Wat voorbij is, is voorbij. Het doet pijn. Maar als we de gebeurtenissen op die manier in herinnering brengen, kan dat sommige mensen kwetsbaar of ziek maken. Eenmaal de crisis voorbij was, begonnen de mensen aan een nieuw hoofdstuk. Vergeten doen ze niet, maar ze gaan verder met hun leven. En het is misschien maar beter zo. (ROB – privé-commercieel)*

Sommige woonzorgcentra hadden tijdens het afnemen van de interviews nog niet bij deze kwestie stilgestaan. Het speelde wel, maar ze hadden, op enkele uitzonderingen na, die mogelijkheid nog niet kunnen voorzien, buiten de nog steeds aanwezige noodgevallen. Naast een gezamenlijke herdenking richtten heel wat afdelingen voor het personeel en de bewoners een rouwhoekje in met foto's van de overledenen en tekstjes. Deze zichtbare vorm van eerbeton in de institutionele ruimte leek te helpen de sluimerende neerslachtigheid onder de zorgverleners wegnemen en stond hen toe om de draad weer op te pikken en door te zetten.

## Vierde fase: Een tegenstrijdige balans

Hoewel de epidemie nog steeds aanwezig was in de tweede helft van 2021 – bij het afnemen van de interviews – kunnen we terugblikkend vaststellen dat de manier waarop de zorgverleners op die periode terugkijken, wat zij er zich van herinneren, hoe ze eruit zijn gekomen, zeer sterk uiteenloopt. Het merendeel van de zorgverleners geeft aan volledig overdonderd te zijn geweest door de ontwrichting van de praktijken en de invulling van hun zin van de begeleiding. Anderen troosten zich met de gedachte dat ze het woonzorgcentrum en de bewoners overeind hebben gehouden. Gevoelens van succes en mislukking doorkruisen elkaar in de getuigenissen van de zorgverleners en zijn in een en hetzelfde interview soms onlosmakelijk met elkaar verweven.

### 1. De beproeving doorstaan

Sommige zorgverleners vinden dat hun instelling “er al bij al niet zo slecht uit is gekomen”, of anders gezegd: de epidemie binnen de perken heeft kunnen houden. “Iedereen is tot het uiterste gegaan”, wordt meermaals geopperd. Die uitspraak bevestigt het gevoel dat er immense inspanningen werden geleverd, ondanks de tegenslag (de moeilijke omstandigheden, de werkdruk, enz.). Ze zijn meestal ook tevreden over het geleverde werk, zeker in het licht van de problemen die ze ondervonden en de middelen waarover ze beschikten. Dit gevoel van welslagen komt voort uit uiteenlopende dingen: erin geslaagd zijn om tijdens de volledige crisisperiode en na de piek (in de eerste en de tweede golf) het aantal overlijdens te beperken en de zorg voor de overlevende bewoners te bestendigen ondanks de talloze beperkingen, zorgen de instelling kon blijven functioneren zonder te “zinken”, “teamspirit” nastreven en de beproeving samen het hoofd bieden.

Hoofdverpleger Michel, gespecialiseerd in spoedgeneeskunde, spreekt vol lof over de zorgvuldigheid waarmee de gezondheidsmaatregelen werden toegepast in de instelling waar hij werkt. Hij geeft toe dat het lastig was om ze door te voeren en te laten naleven, zowel voor de personeelsleden, de bewoners en de familieleden, maar uiteindelijk is gebleken dat het de enige manier was om de crisis door te komen en het aantal overlijdens te beperken:



*Alle artsen die we tegenkwamen, huisartsen, coördinerende artsen, artsen van de familieleden, zeiden: “Jullie doen dat prima. Proficiat!” We kregen felicitaties. Ook de families feliciteerden ons. Er waren inderdaad ook af en toe familieleden die ontevreden waren. Ze vonden een halfuur bezoek veel te kort, hadden problemen met de maskerplicht, met het feit dat ze niets konden consumeren enz. Sommige families vonden al die verbodsbepalingen en beperkingen maar niets. Achteraf hebben ze wel ingezien dat dit wij op die manier het risico op interne besmettingen konden tegenhouden en aldus de veiligheid van onze bewoners garanderen. Daarom denk ik dat heel wat families beseffen dat ze dankzij de maatregelen ontsnapt zijn aan veel erger, ook al waren ze er op het moment zelf niet over te spreken. Er waren gelukkig ook mensen die zeiden: “Jullie deden er goed aan om zo te reageren!” We moesten zo snel mogelijk handelen en streng zijn. Wij waren hier onverbiddeijk en zeer, zeer streng. Dat was niet vanzelfsprekend voor de teams, de familieleden en de bewoners, maar we hebben ongetwijfeld veel levens gered. (...) Als je alle familieleden zomaar laat*



*rondlopen, het personeel niet verplicht om beschermingsmiddelen te dragen enz., bestaat het risico dat iedereen onherroepelijk [besmet] raakt. En eenmaal het zover is, sta je voor een voldongen feit. (...) Ik troost me in ieder geval met de gedachte dat we er goed aan deden om streng en onverbiddeijk te zijn. Mochten we dat niet hebben gedaan, dan waren er volgens mij nog (veel) meer mensen gestorven. Het is dus terecht dat we daar zo veel belang aan hebben gehecht. Alsof het de pest was, bijvoorbeeld. Het was de juiste aanpak. (RVT – privaat, vzw)*

Michel komt nog eens terug op zijn liefde voor het vak. Dat is voor hem de motivatie achter zijn engagement, dat hem niet alleen de kracht heeft gegeven om 'vol te houden', maar ook heeft voortgestuwd:



*Er bestaat zoiets als liefde voor het vak, zoveel is zeker. Liefde voor je job, liefde ... Je moet in zekere zin ook menslievend zijn en graag met mensen werken.*

Ondanks de pijnlijke herinneringen die haar als verpleegkundige nog steeds achtervolgen, heeft Veerle de overlevende bewoners kunnen beschermen en hen de nodige zorg kunnen verlenen in de dramatische institutionele context waarin ze moest werken, wat haar een gevoel van waardering gegeven heeft en haar roeping als zorgverlener heeft versterkt:



*Er was oprechte solidariteit tussen ons, en erkenning. Deze erkenning vanuit de instelling valt ons lang niet altijd te beurt. Als ik eerlijk mag zijn, gewoonlijk is het altijd van "Ik, ik, ik, mijn verdieping hier, mijn verdieping daar ...", maar toen zaten we allemaal in hetzelfde schuitje. (...) Soms laat ik mij al eens ontvallen: "Het was een harde tijd, maar bij momenten toch wel fijn." Als je dat aan iemand in de buitenwereld zegt, stuit je vaak op onbegrip. Maar wij voelden dat ook zo aan. En precies dat zorgde ervoor dat we plezier en erkenning vonden in ons werk. We voelden ons gewaardeerd omdat we werkelijk alle werk deden. We hielden onze bewoners letterlijk in leven. (...) Het gaf ons veel voldoening dat ze nadien nog steeds gezond waren, echt wel. En ik vind dat ons werk als verpleegkundige toen*

*ook ten volle werd gewaardeerd. (...) We moesten veel dingen doen die we normaal slechts sporadisch moeten doen. We volgden voortdurend de parameters op, non-stop. We dienden zuurstof toe, enz. We controleerden de matrassen ... We moesten echt iedereen in het oog houden, iedereen. (...) We hielden onze bewoners in leven en zorgden voor hen. We deden werkelijk alles, maar dan ook alles. En dat is toch wel fijn. We waren voortdurend in de weer met zuurstof. (...) We voelden ons verantwoordelijk voor hun leven. (...) Ik vind mezelf een zeer moederlijk persoon. Daarom gaf het me ook een goed gevoel dat iedereen er uiteindelijk nog was. Ik was daar best trots op, echt waar. Ik was daar zeker trots op. Het is misschien een beetje raar om dat te zeggen, maar het is wel zo. (Hoofdverpleegkundige, RVT – privaat-commercieel, groep)*

Ook hoofdverpleegkundige Sania put een zekere voldoening uit het feit dat ze 'er was', dat ze zich heeft kunnen inzetten voor de bewoners: *"Ik was er toen deze mensen me nodig hadden. Ik vind dat iets positiefs. En mochten we het opnieuw moeten doen, ik zou weer paraat staan!"* De zin van haar werk kreeg hierdoor geen deuk. Wat ze wel betreurt, is het dramatisch gebrek aan middelen. Ze zou "voor geen geld ter wereld" uit het beroep willen stappen, omdat het volgens haar iets is wat je vanuit het hart doet, een job die betrokkenheid en verantwoordelijkheid vergt:



*Wie dit niet met hart en ziel doet, stapt er beter uit. (...) Sommige mensen zeiden mij: "Jij kunt toch ook thuisblijven en doen zoals iedereen." Nee, ik doe niet zoals iedereen, want ik ben zorgverlener. Ik werk niet in een kantoor waar ik de deur kan dichttrekken. Als ik daar mijn deur sluit, wacht er iemand op mij. Ik zou het niet kunnen. (RVT - publiek)*

Schoonmaakster Nanon vertelt met een zekere fierheid over de erkenning die ze krijgt van de bewoners:



*Toen de bewoners weer bezoek mochten ontvangen, waren er vaak die aan hun kinderen zeiden: "Dit is nu Nanon, die zo goed voor ons heeft gezorgd. Het is een schat van een vrouw." Dat zorgde voor*

*een sterke band. (...) Ik heb eerlijk gezegd nergens spijt van. Het was een moeilijk jaar, maar we hebben er ons toch maar mooi doorgeslagen.*

Ook logopediste Lucy denkt er zo over:



*Ik denk dat de crisis onze band heeft versterkt. We voelden ons nog nuttiger voor de bewoners, omdat ze enkel op ons konden rekenen. En dat zorgt automatisch voor waardering. Zaten ze met een probleempje, dan belden ze ons meteen op. Ik denk dat de vertrouwensband met hen daardoor nog sterker is geworden. (...) Achteraf was er heel veel dankbaarheid van de families van bewoners voor alles wat we hadden gedaan. Ze zeiden: “Zonder jullie was niemand dit te boven gekomen!” Die erkenning raakt je uiteindelijk wel. Iedereen krijgt toch graag een minimum aan erkenning voor zijn of haar werk. Dus, ja, wij werden overladen met complimenten. (...) Ik denk dat de crisis ons werk heeft veranderd en dat we nu een andere band hebben met de bewoners. Ze stellen zich veel meer open. (...) Ze weten wie er voor hen klaarstond, wie de mensen zijn die voor hen hebben gevochten, als ik het zo mag uitdrukken. En het stelt hen dan ook gerust om ons daar nog steeds te zien. (ROB – privaat-commercieel)*

Op institutioneel vlak verklaart een psychologe die weinig contact had met de bewoners, maar des te meer ondersteunend heeft gewerkt ten aanzien van de zorgverleners, dat zij inspiratie heeft geput uit het concept ‘veerkracht’, zoals gedefinieerd door Boris Cyrulnik. Volgens deze Franse neuroloog-psychiater is veerkracht het vermogen om te leven, te slagen en zich te ontwikkelen ondanks tegenspoed. Ze is van mening dat deze crisis – ondanks de vele pijnpunten – de verhoudingen binnen de instelling waar zij werkt, heeft versoepeld. Er zijn nauwere banden gesmeed tussen de collega’s onderling, maar ook tussen de zorgverleners en de bewoners. Ze verwoordt het als volgt: “Deze crisis heeft ons voor blok gezet, maar heeft tegelijk onze creativiteit en onze professionele en collegiale vaardigheden naar boven gehaald.” Ze verwijst daarbij naar een eerder aangehaald rapport van Vasselier, Novelli en Bosquet (2020), dat stelt: “Uit de chaos en de verwarring zijn nieuwe organisatievormen, nieuwe praktijken

en onverwachte relationele werkvormen ontsproten”<sup>62</sup>. [Eigen vertaling].

Bovendien denkt ze op professioneel vlak nu echt “haar plaats en beroepsidentiteit” te hebben gevonden in de instelling waar ze aan de slag is. Ze vindt ook dat haar job meer zingeving heeft gekregen en besliste zelfs om meer uren per week te werken om praatgroepen met de bewoners te kunnen organiseren. In haar rapport schrijft ze dat ze dankzij dit proces “gegroeid” is in haar job en dat ze “zelfvertrouwen en geloofwaardigheid” heeft bijgetankt<sup>63</sup>.

## 2. Blijvend getekend. Gevoel van verslagenheid

Als tegenwicht van het voorgaande discours, dat focust op de positieve impact van de crisis, is er de groep zorgverleners die nog steeds worstelt met gevoelens van bitterheid, verslagenheid, ontmoediging en totale uitputting. Deze crisis heeft te lang geduurd voor hen, ze zagen geen licht aan het einde van de tunnel. Ze zaten op hun tandvles en drukken hun pijn, ontredde en mogelijke professionele ontgoocheling uit: “De wonden zijn nog niet geheel”, verklaart een hoofdverpleegkundig die over het algemeen tevreden is over haar werkomstandigheden. Ze herinnert zich het gevoel van machteloosheid bij het aantal COVID-gevallen, de hartverscheurende maatregelen die het waardig levenseinde ondermijnden en de heftigheid van de crisis: de bewoners niet naar behoren kunnen bijstaan, geconfronteerd worden met hun leed, de kwaadheid van de families ... Zij merkt ook op dat de teams aan het einde van hun latijn waren, dat zij “het schip niet meer vlot kregen”.



*Vóór de pandemie waren we heel hecht met onze bewoners. Tijdens de crisis moesten we ons beperken tot de basic handelingen: de verzorging doen, geen zesendertig keer de kamer binnen- en buitenlopen, uitermate gestructureerd en zeer secuur werken. Efficiënt, maar ook verstandig om zelf geen risico’s te nemen. Wij konden hen wel zeggen: “Allee kom, ga maar lekker zitten”, maar het is lastig als je die mensen moederziel alleen in hun kamer ziet zitten. Al onze bewoners zaten alleen opgesloten in hun kamer en mochten niet in de gangen lopen om besmetting*

62. Uit respect voor de anonimiteit, worden de referenties niet vermeld, p. 24.

63. *Idem*, p. 26

te voorkomen. Dat was lastig, omdat wij gewoonlijk met hen bezig waren. Daarom ook dat we het nut van ons werk hier in het woonzorgcentrum in twijfel trokken. Het is toch een plek waar mensen leven, geen 'sterfhuis'! En om dit huis weer tot leven te brengen, wel, ik kan je zeggen dat ieder van ons ... We waren eigenlijk allemaal bang. Ik heb het gevoel dat het personeel terughoudend is en niet meer spontaan bij de bezoekers langsgaat. We krijgen die dynamiek er niet meer in ... De pandemie heeft de teams versterkt. We gingen heel hecht met elkaar om, maar nu heeft iedereen nood aan ademruimte, weer bij het gezin zijn, een beetje tot rust komen, zowel op mentaal als beroepsvlak. Ik slaag er maar niet om de schwing van voor de crisis terug te brengen in het team. De veer is gebroken.

Normaal gesproken moet je positief en kalm blijven, met beide voeten op de grond. Maar ik kan je zeggen dat het na de tweede golf bijzonder moeilijk was om de draad van voordien weer op te pikken ... onze vroegere job dus. We zijn toch allemaal flink van slag geweest. (...) Ik kan het momenteel nog niet. Begin juni, toen ik mijn grip op de situatie begon te verliezen, maakte ik mezelf wijs dat ik er echt geen zin meer in had ... Niet dat ik mijn job niet meer zag zitten, maar toch ... Een vierde golf had ik niet meer aangekond, dat weet ik wel zeker. Van die derde golf hebben we niet zoveel last gehad, maar een vierde golf ... Nee, die had ik niet meer aangekond.

*V - Was je professioneel uitgeput?*

*Psychisch en professioneel uitgeput. We hadden toen alles wat nodig was, dat was niet het probleem, maar die machteloosheid door de tsunami die je over je heen krijgt! In feite konden we dat niet meer aan, als ik zo eerlijk mag zijn. (RVT - publiek)*

Een jonge medewerker van het animatieteam zegt dat hij letterlijk doodop was na maanden non-stop werken, op enkele vrije dagen na, die hij moest nemen, omdat hij volledig uitgeteld was. Hij legt met zijn getuigenis een nog open wonde bloot:

« Drie dagen lang was het alsof ik ... Een depressie zou ik het niet noemen, maar ik zat in een hoekje te wenen, alleen in mijn bed. Ik schaam me niet om te zeggen dat ik geweest heb. Uit frustratie, overdreven druk en mensen om me heen die er niets van snapt. De mensen stonden voor ons te applaudisseren, maar ze hadden er geen benul van hoe het echt was! Je moet het hebben meegemaakt om het te begrijpen! We werken in een omgeving waar we mensen zien sterven, dat klopt. Het maakt deel uit van onze job, maar die mensen die toen overleden, zo onverwacht ... De dag ervoor hadden we nog met hen gepraat, samen gelachen, ze waren in goede gezondheid ... Dat is echt verschrikkelijk. (...) Hier mag je dat niet tonen, het mag niet naar buiten komen. (...) We moeten doorgaan, we moeten vooruit, we moeten er zijn ... in het belang van de andere bewoners en het personeel. Wanneer wij in paniek slaan of in tranen uitbarsten, zullen de andere bewoners ons zo zien. (...) Op een bepaald moment reden de lijkwagens en de ambulances hier af en aan. Niet bepaald een gezellige sfeer ... We wilden hier op de duur niet meer zijn, behalve voor hen dan! Ik zag hier deuren waarop 'Overleden' was aangebracht en ging binnen. Ik was bang, maar kwam toch. Ook thuis was ik bang. Daarna kwam ik naar hier en was bang. Ik beschouwde die plek als het eindpunt van al mijn naasten! (ROB-privaat-commercieel)

De artsen die wij spraken, voelden zich stuk voor stuk erg betrokken bij hun werk en getuigen over een zeer hechte band met hun patiënten: "Je moet je job echt graag doen. Je medemens graag zien ... graag willen helpen en verzorgen." Ook beginnende en doorgewinterde artsen beschrijven hoe de crisis een blijvende impact heeft gehad op hun persoonlijk welbevinden:

« Ik ben echt depressief geweest. (...) Als je op bepaalde dagen 23 overlijdensattesten moet opmaken ... Dat weegt toch loodzwaar op je moraal. (...) Na 10 dagen zonder nieuwe sterfgevallen begon ik mij beter te voelen. (Arts 9)

Sommigen hebben het over de “*donkere dagen*” die ze toen wel hebben doorstaan, maar die hen nu nog steeds achtervolgen. Deze emoties hebben een impact op de relatie met hun werk, ook voor een arts die einde loopbaan is:

« *Ik ben 70 jaar. Ik had mijn carrière eigenlijk wel op een andere manier willen afsluiten. Maar dan heb ik voor mezelf uitgemaakt: “Ik moet het volhouden tot ...” (Arts 2)*

Een beginnende arts:

« *Het minste dat je kan zeggen is dat deze gebeurtenissen een diepe, diepe indruk nalaten op een jonge arts als ik, die tot dusver nog nooit een vaststelling van overlijden had gedaan. Ik kreeg wat je een ‘snelcursus’ zou kunnen noemen. (Arts 8).*

### 2.1. Nood aan ondersteuning

Op de vraag welke steun zorgverleners eventueel zouden kunnen gebruiken om hun eigen wonden te helen, antwoorden verrassend weinig respondenten dat ze van plan zijn om psychologische hulp in te roepen, waarvoor ze dan zelf een ‘aanvraag’ moeten indienen. Heel wat zorgverleners gaven blijk van schroom om een dergelijke stap te zetten, omdat ze niet de indruk willen wekken dat ze zelf ‘ziek’ zijn. Nood hebben aan hulp of steun zien zij als een vorm van tekortkoming ten aanzien van de professionele standaard die stelt dat een zorgverlener moet kunnen ‘volhouden’:

« *Ik praat nu met jou en dat lucht me op. (...) Maar om nu te zeggen “Ik maak een afspraak met een psycholoog om daarover te praten”, nee, dat gaat niet gebeuren! Zolang niemand me dwingt, doe ik het niet. Ik hou dan liever alles voor mezelf. (Animator, ROB – privaat-commercieel)*

Een verpleegkundige spreekt zijn ongenoegen uit over de arbeidsgeneesheer die in het woonzorgcentrum een telefoonnummer ter beschikking had gesteld waarop de personeelsleden hun verhaal konden doen. Hij vindt dit initiatief maar niets wegens te bureaucratisch:

« *De telefoon nemen en even je verhaal doen ... nee, zo werkt het niet. Het is misschien niet evident, maar ik denk dat men bij het luwen van de crisis beter een team van psychologen had ingezet op het terrein. (...) In tijden van crisis ga je naar de mensen toe! Je begint met naar hen te luisteren, en dat moet op het werkveld zelf gebeuren. Nadien kun je hen eventueel aanmoedigen om naar je toe te komen, maar het volstaat niet om te zeggen: “Hier heb je een telefoonnummer, meld je aan en bel”. Volgens mij is het beter is om eerst ter plekke te komen. Er zijn er wel die gebeld hebben, maar niet veel in vergelijking met wat we allemaal hebben meegemaakt. (RVT – publiek)*

Verschillende zorgverleners onderstrepen het belang van teamondersteuning waarin de onderlinge solidariteit om door te zetten, centraal staat.

« *Als collega's hebben wij elkaar altijd opgepept. Wanneer iemand van ons het niet meer aankon, sprongen we in de bres: “Kop op, we komen er wel. Het is bijna voorbij. We blijven doorgaan.” En dat met steun vanuit het hele team en de collega's onderling. Dat was echt superbelangrijk. (Hoofdverpleegkundige, RVT – publiek)*

### 2.2. Uit de zorgsector stappen?

Een aantal zorgverleners sprak de wens uit om van job te veranderen en de sector te verlaten. Oververmoeidheid, impact op de fysieke en mentale gezondheid (“*we zitten erdoor*”), afbreuk van het persoonlijk en gezinsleven en verbittering door niet-ingeloste beloften van opwaardering zijn enkele van de factoren die aantonen dat engagement ook zijn grenzen heeft:

« *Het is fysiek zwaar. Maar mentaal is het nog stukken zwaarder. Bovendien verdienen we niet veel. We krijgen een hongerloon. En dan te weten dat we alles hebben gegeven. Ik ben nu 47, maar ik denk niet dat ik dit nog jaren kan volhouden. Niet dus! Ik werk nu ruim 20 jaar in de gezondheidszorg, eerst als zorgkundige en daarna al verpleegkundige. Maar dat is ...*



*Te lastig, te zwaar, te weinig personeel. (...) Als ik het kon overdoen, zou ik geen verpleegkunde meer studeren. Zoveel is duidelijk. Dan word ik nog liever straatveger. Gewoon zorgen dat de staten proper zijn, mijn enige verantwoordelijkheid... En dat is alles! Hier zijn we verantwoordelijk voor de mensen, de behandelingen. We hebben een totaalpakket van allerlei verantwoordelijkheden. En krijgen we daarvoor waardering? Nope! Ik hang me nog liever op dan dat ik deze job tot mijn 67e moet doen. Dat zie ik niet gebeuren. Nooit van mijn leven. Het is op. Ik heb alles gegeven, maar nu is het welletjes. Ik heb het gehad. Sorry.*

*Ziekenhuis of woonzorgcentrum, maakt niet uit, nergens is er nog enige vorm van erkenning. Het beroep is volledig verziekt. Het is een zinkend schip. Steeds minder jongeren kiezen voor verpleegkunde. En ik begrijp hen. Ik zou hen ook niet pushen. Degenen die het nu nog doen zijn gemotiveerd. Ik weet wel niet of het motivatie of waanzin is om hiermee door te gaan. Echt waar! Ik ben 47 en Paul. [een verpleegkundige collega] wordt binnenkort 50. We zitten erdoor. Mijn rug is kapot. Een gezinsleven, dat hebben we niet: weekends, feestdagen, ditjes, datjes enz. Ik trek het niet meer. Er is onvoldoende personeel. Niet genoeg erkenning. Er wordt niets gedaan om de job aantrekkelijk te maken (...) Gelukkig kunnen we binnen het team goed met elkaar overweg. Dat maakt veel goed. (Verpleegkundige, ROB – privaat-commercieel)*

### 3. Openbloeien tijdens de crisis

Zacharie, een jonge keukenverantwoordelijke (WZC – *privaat*, *vzw*) brengt een enigszins verrassende en atypische getuigenis binnen het geheel van onze gesprekken. Hij is een van de weinige medewerkers die aangeven dat ze crisis niet bepaald als een beproeving hebben ervaren, maar eerder als een stimulans voor de onderlinge verbondenheid. Hij ervaarde blijkbaar geen panieksfeer en heeft zichzelf ook nooit zorgen gemaakt. Hij werd ook ingeschakeld bij de reorganisatie van zijn dienst om in orde te zijn met de gezondheidsaanbevelingen (maaltijdverdeling in de kamers enz.) en hij lijkt deze periode vrij gemoedelijk te hebben doorstaan. Zacharie schrijft dat zowel toe aan

de steun en hulp van het crisisteam dat toen werd opgericht als aan de cursus hygiëne die hij mocht volgen. Hij merkt op dat hij zich nooit alleen of tekortgedaan heeft gevoeld. Integendeel, hij putte steun uit het hechte team en de liefde voor zijn job, die volgens hem te maken heeft met de erkenning die hij krijgt van de bejaarde bewoners. Deze collectieve beproeving heeft hem extra kansen en voldoening bezorgd in zijn werk. Hij schrijft dit groeiproces toe aan de sterkere band met de bewoners en met de teamleden die zich eensgezinder opstellen dan daarvoor.

### 4. Wachten op een koerswijziging van het beleid

Toen we de balans opmaakten, staken de zorgmedewerkers hun ergernis en verontwaardiging over de beleidslijnen voor woonzorgcentra niet onder stoelen of banken. Volgens hen heeft de politiek hen belet hun job uit te voeren, “*zorg te verlenen*”, m.a.w. de bewoners het nodige welbevinden te bieden. Dat ze werden gedwongen om af te zien van hun normen en waarden inzake ‘zorgverlening’ en aldus hun bewoners in de steek te laten, stemt hen somber. De vele kritische aantijgingen liegen er niet om. Deze verpleegkundige foetert op het personeelstekort dat stilaan onhoudbaar is geworden, mede door de pandemie:



*Ik kan me geen half uur bezighouden met een bewoner, als ik weet dat er nog een andere mensen moeten worden gewassen, verzorgd enz. Dat is niet haalbaar. Dat is onmogelijk, omdat we niet met genoeg mensen zijn. We zijn zelf vleugellam en moeten op die manier verder. (...) Het gaat hier wel om mensen die zorg nodig hebben, hé, geen dieren! Ik denk dat de politici hun hond belangrijker vinden. Dat is toch niet meer normaal! Ik vraag me dan altijd af: “Wat als het mijn generatie was die hier verbleef?” Hoe zou ik willen behandeld worden? Wat verwacht ik van het zorgkundig personeel? (...) Die crisis is al meer dan een jaar bezig. Ik heb in die tijd niet veel zien veranderen; we werken hier nog altijd met evenveel mensen. Mijn arbeidsvoorwaarden zijn nog steeds dezelfde ... Daar moeten we het mee doen. (...) Ik vraag me wel af wat ze zullen doen als er nieuwe golf aankomt die nog erger is dan de eerste? Ze hebben volop tijd gehad om van alles te reorganiseren ...*



*Er bieden zich hier gediplomeerde werkzoekenden aan en weet je wat ze te horen krijgen: "Sorry, we zijn voltallig, we kunnen niemand meer aanwerven. (...) Zet toch in godsnaam die extra krachten in!" (RVT - publiek)*

Een hoofdverpleegkundige deed tot slot een warme oproep om het beroep van 'verzorgende' te herbekijken en te herwaarderen, onder het motto "zorgen voor het verzorgend personeel".



*We moeten voor die mensen [de verzorgenden] zorgen, we moeten voor hen opkomen! Het zijn zorgverleners, ze zijn er voor de mensen. Deze crisis heeft het zorgsysteem in zijn geheel en op wereldschaal ziek gemaakt. (...) Personeelstekort, gebrek aan erkenning, gebrek aan waardering! Het is een job die je met hart en ziel doet, maar ook onderbetaald is. (...) Beseffen ze wel hoe zwaar onze job eigenlijk is? De overheid is niet bezig met ons beroep. Dit is eigenlijk een noodkreet! De overheid heeft geen waardering voor ons beroep. We worden niet naar waarde geschat. "Ach, het is toch maar verzorgend personeel." Ook onze leidinggevers, de artsen enz. denken er zo over. (...)*

*Maar wij zijn wel degenen die elke ochtend van 7 tot 11.30 uur mensen wassen en verschonen. Wij zitten met onze handen in de pis en kak. Wij staan altijd paraat om de mensen te wassen, aan te kleden en toonbaar te maken. En niet alle bewoners zijn gelijk. Sommigen schelden je uit, er zijn er die niet graag gewassen worden ... Zo gaat dat in de zorg. We moeten ook alle verpleegtechnische handelingen uitvoeren: blaaskatheders, spoelingen, desinfecties. We moeten spuiten zetten. Dat is allemaal voor ons. (...) Dit moet je niet voor het geld doen. Het is een job die je met passie doet. Je moet het graag doen, je moet graag met ouderen werken. (...) Het is een roeping. De toewijding moet er zijn. En dat is niet iedereen gegeven. Degenen die het eens komen uitproberen, haken snel af. Ze kunnen het niet aan. Tegenwoordig zien we dat de omstandigheden - het gebrek aan waardering en erkenning - veel mensen naar de uitgang leiden. Het beroep wordt ook almaar zwaarder: de mensen worden ouder en er komen steeds meer pathologieën bij ... (ROB- privaat-commercieel)*

# De crisis door de ogen van familieleden en naasten. Van berusting tot verontwaardiging

Dit deel van het onderzoek is gebaseerd op zeven interviews met naasten van bewoners die leefden of tijdens de crisis waren overleden in een van de bevraagde woonzorgcentra. Het gaat om 2 partners, 3 dochters en 2 zonen. Komen in dit deel ook aan bod: de bevindingen van de twee halfdaagse reflectiewerkshops (focusgroepen)<sup>64</sup>, waaraan respectievelijk 7 en 10 naasten (1 partner, 10 dochters, 2 zonen, 1 kleindochter, 2 nichtjes, 1 vrijwilligster-bezoekster) deelnamen. De meeste bevraagden wilden wel hun ervaringen delen, maar toch was er een hele groep die niet op onze uitnodiging wenste in te gaan. Deze familieleden en naasten werden liever niet aan de gebeurtenissen herinnerd. Het verdriet was nog te sterk aanwezig bij degenen die een ouder verloren zonder waardig afscheid te kunnen nemen. *“Ik heb geen zin om die wonde opnieuw open te rijten”*, waren de woorden van de echtgenote van een bewoner die ‘moederziel alleen’ was gestorven, zonder dat zij hem nog had mogen bezoeken. Anderen waren nog steeds op hun hoede voor het risico op besmetting of wilden liever niet buitenkomen na een lange lockdownperiode.

## 1. Vervlogen tijd

De gesprekken met de naasten, die we in dit rapport ook ‘familieleden’<sup>65</sup> noemen, vonden plaats kort na de interviews met de zorgverleners (najaar-winter 2021). Het was een periode van rust, gekenmerkt door een zichtbare terugkeer naar het normale leven – uiteraard overeenkomstig de ingeburgerde maatregelen inzake preventie en hygiëne – en de heropstart van de activiteiten.

De naasten hadden ondertussen al heel wat lockdowns, versoepelingen, nieuwe lockdowns en nieuwe versoepelingen meegemaakt als gevolg van de wisselende epidemische situatie in het woonzorgcentrum van hun ouder/naaste. Alle respondenten herinneren zich het begin van de crisis, waarbij velen kritiek spuien op de traagheid en het getalm van de beleidsmakers. Daarnaast spreken ze over hun angst, de pijnpunten, zoals het bezoekverbod en de streng gecontroleerde heropening, de ongerustheid over het isolement en de evolutie van de gezondheidstoestand van hun familielid. Door de verschillende coronagolven vonden ze het moeilijk om de gebeurtenissen chronologisch te ordenen. Slechts enkelen onder hen hielden een agenda of een dagboek bij. Voor veel familieleden (en dat zal ook het geval zijn voor de bewoners) voelt het alsof de tijd hen door de vingers is geglipt. Ze getuigen over de opluchting dat hun familielid de pandemie heeft overleefd, maar ook over hun enorm verdriet door het overlijden van hun ouder, die ze tijdens zijn of haar leven niet met de nodige aandacht en respect hebben kunnen bijstaan.

Daarbij komt dat heel wat familieleden zelf ook COVID opliepen. Ze zaten in quarantaine, waren ziek of zelfs opgenomen in een ziekenhuis, met extra verwarring, uitgestelde bezoeken en heel veel verdriet tot gevolg.

## 2. Ongelijke ervaringen

De manier waarop de naasten de crisis hebben ervaren, zijn zeer divers en sterk uiteenlopend.

64. De workshops vonden plaats op 25 februari 2022 in de kantoren van Home-Info (Brussel) en op 3 maart 2022 in de kantoren van Infor-Homes (Etterbeek).

65. Micheau Julie, *La traversée de la crise sanitaire 2020 dans les résidences de l’association Monsieur Vincent*, Association Monsieur Vincent, januari 2021.

Ze gaan van tevredenheid over de interne aanpak en opvolging van de gezondheids crisis tot onbegrip, boosheid en zelfs verontwaardiging over de algemene, door de overheid aan de woonzorgcentra opgelegde maatregelen en/of de aanpak van de crisis door de instelling zelf. In het betoog van de familieleden tekenen zich twee tegengestelde strekkingen af: een discours van erkenning voor het woonzorgcentrum, voor de directie en de medewerkers die “alles hebben gedaan wat in hun macht lag”, en een veroordelend discours ten aanzien van de te langdurig opgelegde beperkingen, het tekort aan personeel, begeleiding, aandacht en/of zorg, of zelfs nalatigheden. Deze aanklachten zijn vaak ingegeven door de drang om “te vechten voor de overige bewoners”. Het is vaak een uiting van opgekropte ontevredenheid – nog van voor de crisis – over de misstanden in de bejaardenopvang (commercialisering, ontoereikende normen, personeelstekort, gebrek aan opleiding enz.)

Een van de respondenten die zijn waardering uitsprekt, is de zoon van twee bewoners, van wie de vader echter in het ziekenhuis overleed ten gevolge van COVID. Hij geeft aan bijzonder tevreden te zijn over het strenge beleid dat de directie vanaf het begin van de pandemie had doorgevoerd. Hij heeft nooit bedenkingen gehad over de kwaliteit van de begeleiding tijdens de crisis en aanvaardde zonder tegenspraak de ‘meedogenloze’ beperkingen bij het levenseinde van zijn vader, die hij niet meer heeft mogen zien. De beslissing om zijn moeder die positief had getest, over te brengen naar een COVID-afdeling, was volgens hem de enige juiste. Zijn vertrouwen in dit woonzorgcentrum is sindsdien alleen maar toegenomen:



*Er waren hier geen activiteiten meer, er werd niet meer samen gegeten en de bewoners mochten niet meer uit hun kamer. De beperkingen waren zeer verregaand, maar het was de goede keuze! Beter dan dit kon niet. Alles was supergoed geregeld! Door de preventieve aanpak is de eerste golf zonder gevolgen gebleven. Zo zie je maar ... Ik denk dat een of twee leden van het zorgpersoneel besmet zijn geraakt. Als ik me niet vergis, heeft er tijdens de eerste golf geen enkele bewoner COVID opgelopen; tijdens de tweede golf waren er een paar. Toen sloeg de stress wel even toe: zal het virus zich verspreiden enz. Ik wil toch nogmaals hun juiste aanpak met onmiddellijk isolement benadrukken. Het bewijs is er: mijn mama werd volledig geïsoleerd en vertoonde geen symptomen. Dat is toch*

*het mooiste bewijs dat men de zaken niet op hun beloop liet. En dat bevestigt eens te meer mijn mening dat mijn ouders daar aan het goede adres waren. In een woonzorgcentrum verblijven in goede tijden, is één ding, maar het wordt een ander verhaal als je ziet hoe de instellingen functioneren in tijden van tegenspoed of bij extreme situaties zoals we hebben meegemaakt. De vreselijke taferelen die zich elders afspeelden, hebben mijn ogen doen opengaan. Het heeft mijn gedachte versterkt dat ik echt wel de goede keuze heb gemaakt: er valt hier helemaal niets op aan te merken. (RVT – publiek)*

We noteerden nog verschillende positieve getuigenissen waarin de onvoorwaardelijke inzet van de directie en het personeel tijdens de bewuste periode wordt bevestigd. Zo ook het relaas van een andere zoon van een bewoonster die had aangeboden om vrijwilligerswerk te doen in het woonzorgcentrum waar zijn moeder verblijft: “De directie heeft alles in het werk gesteld en zelf de mouwen opgestroopt. Ze hebben dat niet slecht gedaan”, merkt hij op. Sommige familieleden wilden graag “een handje toesteken”, maar zagen hun aanbod afgewezen.

Andere naasten zetten grote vraagtekens bij het crisismanagement in het woonzorgcentrum waar hun familielid verblijft of verbleef. Ze zijn van mening dat de maatregelen te streng waren en willekeurig werden toegepast, dat de bewoners door het personeelstekort “in de steek werden gelaten”, “aan hun lot overgelaten”, “opgegeven”, dat er sprake was van verwaarlozing en mishandeling, en dat de naasten “niet werden gehoord”. “Het was verschrikkelijk”; “Het was een hel ...”; “Een schandaal!”; “Onvoorstelbaar”, aldus een aantal respondenten. De directies en personeelsleden wordt verweten “niet in staat te zijn geweest de bewoners te beschermen”. Op grond van hun bevindingen probeerden sommige familieleden de directie daarop aan te spreken of beslisten ze om hun ouder tijdens de crisis over te plaatsen. Er zijn er zelfs die met hun klachten naar de controle-instanties zijn getrokken. Ook Infor-Homes en Home-Info kregen talloze telefoontjes van ontevreden familieleden.

Andere naasten schetsen dan weer een meer gematigd, genuanceerder beeld. Hoewel ze de eerste COVID-golf als bijzonder hachelijk hebben ervaren, spreken zij in termen van berusting en vertrouwen. De echtgenoot van een bewoonster

met dementie was erg van streek door het feit dat hij zijn vrouw lange tijd niet mocht bezoeken, wetende dat zij niet zou begrijpen waarom hij niet meer kwam. En toch weerklinkt geen verbittering in zijn getuigenis. Hij stelt zich eerder begripvol op:

« *Ik kon leven met het systeem dat hier van toepassing was en waarin we de bewoners een hele tijd niet mochten zien. Maar had ik dan een andere keuze? Ik moest het wel aanvaarden! Ik bracht wel af en toe dingen voor haar. Wat ik vooral heb gemist, is dat ik haar kamer niet meer binnen mocht of bij haar zijn. Ik had ook totaal geen idee hoe ze zich redde (...) bijvoorbeeld met haar kleren en zo. Dat vond ik behoorlijk heftig.*

*V - U kon niet anders dan het woonzorgcentrum ten volle vertrouwen ...*

*Noodgedwongen, ja. Ik had geen andere keuze. Maar ik moet erbij vertellen ik alle vertrouwen heb in dit woonzorgcentrum. Volgens mij doen ze dat hier prima! (...) Na de lockdown moest je voor de bezoeken een afspraak maken binnen een bepaald tijdvak ... Tja, dan doe je dat maar hé! Ik heb me gewoon aangepast aan de planning. (...) Ik heb inderdaad telkens de regels gevolgd zoals ze waren vastgelegd. Ik ben nu eenmaal iemand die van structuur houdt, en bovendien: reglement is reglement. Daar is toch niks mis mee? Ik ging er in elk geval van uit dat dit niet eeuwig zou duren ... (ROB - privaat-commercieel)*

De echtgenoot van een bewoonster met de ziekte van Parkinson, die gewoon was om elke dag bij zijn vrouw langs te gaan, stelt zich eveneens begripvol op en legt zich neer bij de maatregelen:

« *Ik geloof dat we in februari vorig jaar te horen kregen dat de bezoeken aan het woonzorgcentrum zouden worden opgeschort door de uitbreiding van het COVID-virus. Het was te gevaarlijk geworden. Ik kon perfect leven met die beperking, omdat ik snel doorhad dat deze pandemie ons voor enorme problemen zou stellen en dat isolatie wel degelijk een van de oplossingen was ... (RVT - privaat, vzw)*

Naasten die tevreden waren over de gang van zaken, benadrukken de reactiesnelheid van de directie, de goede communicatie (regelmatige updates over de epidemiologische toestand, nieuws over de gezondheidstoestand van het familielid enz.), de opmerkzaamheid – en kleine attenties – van het personeel, alsook de mogelijkheid om contact te houden met het familielid. “Hier laten ze de mensen niet in de kou staan, het personeel is bijzonder betrokken”, verklaart een van hen. We willen er wel op wijzen dat de getuigenissen met een positieve ondertoon vaak samenhangen met situaties waarin de bewoner zelf blijkbaar weinig last ondervond van de nieuwe levensomstandigheden. De zoon van een bewoonster die eerder al aan het woord kwam, geeft toe dat hij zich in een “bevoorrechte” positie bevindt. Daarmee verwijst hij naar de inschikkelijke houding van zijn moeder, de “kleine attenties van het personeel voor haar”, maar ook de goede contacten die hij heeft met sommige zorgverleners:

« *In dergelijke situaties kan het personeel geen grootse dingen doen, maar die kleine, dagelijkse gebaren zijn superbelangrijk voor de ouderen. Positieve dingen die een blijvende indruk op mijn mama hebben gemaakt, zijn bijvoorbeeld het bezoek van het personeel van haar verdieping toen ze moest verhuizen of de feestelijke ontvangst bij haar terugkeer. (...) Dergelijke opstokers kunnen die twee weken isolatie die ze daarvoor had moeten doorstaan, volledig doen vergeten. Begrijp je? (...) Mijn getuigenis klinkt inderdaad heel positief, of beter superpositief. Daarbij heb ik het voordeel dat ik zo dicht woon, het feit dat mijn mama nog zo kwiek is, dat ze een zacht karakter heeft en dat ze positief is ingesteld. Dat zijn stuk voor stuk factoren die er voor zorgden dat alles, ook op het vlak van communicatie, rimpelloos is verlopen. Ik kan dat alleen maar bevestigen. (RVT - publiek)*

De dochter van een bewoonster vindt troost in het feit dat haar moeder die hele periode lijkt te zijn vergeten:

« *Voor mama lijkt alles als voorheen. Ze leeft eigenlijk meer in het heden. Ze denkt blijkbaar niet meer aan dingen die voorbij zijn. Wanneer ik het met haar heb over de periode waarin ze geïsoleerd zat in haar kamer, kan ik niet aflezen of ze er zich iets van herinnert.*

Er ontstaat een soort ‘kruiselingse kwetsbaarheid’, een ‘interactionele dialectiek’ tussen de ervaring van de bewoners en de perceptie van hun familieleden, naar het voorbeeld van het proces dat Nicolas Meunier-Beillard beschrijft over patiënten op intensive care en hun zorgverleners<sup>66</sup>. Ook Gaucher, Ribes en Ploton hebben het over ‘uitwisseling van kwetsbaarheden’ of ‘gespiegelde kwetsbaarheden’<sup>67</sup>. De volgende uitspraken kunnen we dan ook als dusdanig interpreteren: *“Als het met mijn vrouw redelijk goed gaat, dan voel ik me oké. Ik voel me dan ook vrij goed. Maar wanneer zij in een mindere periode zit – door haar ziekte – (...) dan gaat het met mij ook stukken minder”*. Ook de opmerking van verschillende naasten die het zelf heel lastig hadden bij de gedachte dat hun familielid *“zich in de steek gelaten kon voelen”* volgt dit principe.

### 3. Geruststellende communicatie als onmisbare schakel voor een stabiele band

Het merendeel van de familieleden was heel erg bezorgd en gestresseerd toen de media berichten over de risico's die hun echtgenoot, echtgenote, vader, moeder, enz. liepen in een instelling. De communicatie vanuit de instelling heeft een belangrijke rol gespeeld in het geruststellingsproces. Sommige familieleden bevestigen dat ze regelmatig op de hoogte werden gehouden van de maatregelen. De communicatie verliep via de website van het woonzorgcentrum, een blog of een mededeling via e-mail. Anderen hebben dan weer het gevoel dat zij letterlijk de ‘vergeten groep’ waren van de crisis. In sommige gevallen was er niet eens een contactpersoon aangeduid die hen informatie kon geven, of iets kon vertellen over hun familielid of over de gang van zaken *intra muros*.



*Het ergste dat je op zo'n moment kan overkomen, is een gebrek aan communicatie. Je kreeg aan de ene kant een tsunami van berichten en informatie binnen via de media en aan de andere kant waren er instellingen waarmee nagenoeg geen contact mogelijk was en die ook geen informatie uitstuurden (...). Hier werd evenwel voortdurend gecommuniceerd. Wij werden continu op de hoogte gehouden van het exacte aantal besmette en niet-besmette personen ... (Zoon van een bewoonster, RVT – publiek)*

De bereidheid van bepaalde directies om met de families te communiceren wordt sterk toegejuicht, omdat zij zich in dat geval erkend voelen als gesprekspartner, als betrokkene in het ‘zorgproces’<sup>68</sup>.

De familieleden hebben zeer uiteenlopende ervaringen met de mogelijkheden om rechtstreeks met de bewoner te communiceren tijdens de sluiting van de woonzorgcentra. Sommigen konden per telefoon of gsm contact houden met hun ouder die in kamerisolatie zat. De telefoontjes verliepen in een aantal gevallen ook via de gsm, tablet of pc van het personeel. Andere familieleden hadden die mogelijkheid niet, en in sommige gevallen was de bewoner niet in staat om te communiceren via deze weg.

De echtgenoot van een bewoonster, die eerder al aan het woord kwam, zegt dat deze virtuele gesprekken een geruststellend, troostend effect hadden op hen beiden:

66. Meunier-Beillard Nicolas, “Vulnérabilités croisées chez les professionnels et les patients en réanimation” in: Chahraoui Khadija (ed.), *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, Paris, Dunod, 2015, p. 41.

67. Gaucher Jacques, Ribes Gérard, Ploton Louis, “Les vulnérabilisations en miroir, professionnels-familles, dans l'accompagnement des personnes âgées”, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 31, 2003, pp. 148-164.

68. Lavoie Jean-Pierre, Membrado Monique, “Prendre soin d'un parent âgé. La part du lien familial”, in : Hummel Cornelia, Mallon Isabelle, Caradec Vincent, *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 341-353.



« *Wij konden elkaar spreken via videocalls. Dat we die mogelijkheid kregen, wil ik toch even benadrukken. Er werden videocalls opgezet en we konden elkaar zien. Dat was ideaal, omdat mijn vrouw, ondanks haar toestand, mij nog zeer goed herkent. En zo hadden we uiteindelijk toch nog oogcontact. Dat is superbelangrijk. (...) Ik zat voor mijn computer en men had in haar kamer ook een computer geïnstalleerd. Zo konden wij elkaar zien. Dat gebeurde eenmaal per week, als ik me goed herinner. (...) Ik had het gsm-nummer van iemand die op een verdieping lager werkte en via haar kon ik een keer per dag bellen. Ze ging dan naar boven en gaf haar de telefoon. (RVT – privaat, vzw)*

De zoon van een bewoonster vertelt dat ook hij troost vond in de communicatie op afstand, hoe miniem die ook was door de beperkte vermogens van zijn moeder: *“Ik belde, ze nam op, ik hoorde haar stem en wist dat alles oké was!”*

Naast deze getuigenissen van naasten die geruststelling vonden in het blijvende contact via telefoon, tablet enz., was het voor anderen niet haalbaar om op een aangename manier te communiceren door de cognitieve of andere problemen (gehoor, gezichtsvermogen ...) van hun ouder. En dat was de facto nadelig voor het bestendigen van de band. *“Mijn moeder kan niet meer telefoneren of een telefoon vasthouden. Ze laat hem steeds vallen. We hoorden haar wenen, snikken, het was vreselijk”,* vertelt de dochter van een bewoonster. Een man zei: *“Ik was natuurlijk bang dat mijn vrouw zich eenzaam en alleen zou voelen. Dat was mijn grote bezorgdheid. Aan iemand die nog helder van geest is, kan je dat uitleggen. Je kan zeggen waarom je niet komt en die persoon begrijpt je. Bij iemand die verward is, kan het gebeuren dat die persoon de reden niet begrijpt, en zich ook niet kan uitdrukken om te vragen naar het waarom. Dat is een enorm probleem ...”*

Een dochter voelt zich slecht bij de gedachte dat haar moeder maar niet begreep waarom ze geen bezoek kreeg tijdens de quarantaine:

« *Mama zat minstens twee weken in quarantaine zonder dat we haar mochten bezoeken. Normaal zie ik haar driemaal per week. Dat maakte haar natuurlijk erg van streek. (...) Dergelijke situatie valt de kinderen even zwaar als de ouder. We spraken elkaar weliswaar aan de telefoon, maar dat is niet hetzelfde. (...) We hoorden haar dus enkel (...). Dat was echt heftig. Mama begreep niet goed waarom we haar niet meer kwamen bezoeken. (...) Haar reactie was: “Je bent weeral niet langsgekomen!” Ik zei: “Ik mag niet, mama. Het is de schuld van COVID, je hebt contact gehad met een besmet persoon!” Maar dat begreep ze eigenlijk niet. COVID, ja, dat kende ze wel, maar hoe het zat met contacten, mogelijk positief zijn en zo, nee, dat ging haar petje te boven. Vandaar dus dat het moeilijk was om haar uit te leggen waarom wij niet meer langskwamen ... (WZC – privaat, vzw)*

Verschillende familieleden vinden het wenselijk om meer rekening te houden met deze specifieke situaties. Ze stellen voor om de maatregelen op bepaalde punten te versoepelen of extra personeel in te zetten om de virtuele communicatie beter te omkaderen.

« *V – Kon u uw vrouw spreken aan de telefoon?*

*Helaas niet, dat lukte niet. Toen zorgmedewerkers een of twee keer meehielpen om een gesprek op te zetten via WhatsApp, hebben we toch enkele woorden met elkaar kunnen wisselen. (...) Maar dat kan nooit een echt contact vervangen! Meer dan een schrale troost is het niet. (...) Ze hadden de contactmogelijkheden moeten aanpassen aan de cognitieve toestand van de bewoners. Ik vind trouwens ook dat het niet verstandig was om het contact van de ene op de andere dag volledig te verbreken; dat kan alleen maar nefaste gevolgen hebben, wat ook is gebleken. (...) Ik denk dat het van cruciaal belang is dat het contact niet wordt verbroken, dat men de naasten niet verbiedt om recht-*

*streeks contact te houden met de bewoners. Mocht er nog een nieuwe golf of zo iets aankomen, dan mag dat in geen geval nog gebeuren. Dat de bewoners daaronder lijden, staat als een paal boven water! Er moeten andere manieren te vinden zijn om contact te houden!* (Echtgenoot van een bewoonster, RVT – privaat-commercieel, groep)

Sommigen betreuren ook het gebrek aan privacy bij virtuele gesprekken waarbij de bewoner hulp krijgt. Dat aspect van ‘controle’ werd meermaals als frustrerend ervaren.

#### 4. Lockdown met stuitende praktijken

Alle respondenten beschouwen de lockdown met de sluitingsperiodes van de woonzorgcentra, gevolgd door een versoepelde bezoekenregeling, als bijzonder verwarrend. Naarmate de periodes langer werden en zich herhaalden, kwamen de maatregelen des te harder aan. Deze periodes verschillen wel in aantal en intensiteit naargelang de instellingen. Heel wat familieleden vonden de toestand ondraaglijk, te meer omdat de contactmogelijkheden met de bewoners eerder beperkt waren, zoals we hierboven al beschreven.

« *Het feit dat ik haar een jaar, meer dan een jaar zelfs, niet heb kunnen knuffelen, was ondenkbaar voor mij! En toch was het de realiteit; alles zat op slot! Toen ze daarna weer de deuren openden, zagen we elkaar achter plexiglas. (...) Dat je elkaar enkel kunt terugzien, gescheiden door plexiglas, is iets wat ik niet kan vatten ...* (Zoon van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)

Anderen moesten machteloos toekijken hoe hun naaste zich verveelde, hartzeer had en alle houvast aan het verliezen was.

« *We stonden te wuiven voor haar raam, maar communiceren was erg moeilijk. Bovendien moesten we vaststellen dat ze er helemaal niet goed uitzag ... Er is niets dat je kan doen ... Je staat daar totaal machteloos bij! Het is verschrikkelijk ...* (Dochter van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)

Sommigen steken hun verantwoordiging en woede over de maatregelen en de verslechterde leefomstandigheden van hun ouders niet onder stoelen of banken. Ze zijn van mening dat dit

kwateitsverlies aan de bewoners werd opgedrongen, zonder enig overleg of aandacht voor hun gewoonten, de zaken die zij belangrijk vinden en hen ‘op de been houden’. De dochter van een bewoonster is bijzonder verbitterd omdat ze op afstand moest toezien hoe haar moeder aftakelde en zelf niets kon doen om het tij te keren. “Mama heeft ons nodig! Het is onze band die haar in leven houdt en gelukkig maakt. Een mens is veel meer dan een ‘gezond lichaam’. Mijn mama wilde niets meer dan ‘leven’, zelfs met het risico een ziekte op te lopen.” Ze is er rotsvast van overtuigd dat haar moeder die leefomstandigheden van opsluiting, zonder haar familie te mogen zien, niet langer aankon. Ze is gestorven aan dat gemis. De echtgenote van een vrij jonge bewoner met een auto-immuuniteitsziekte vertelt ons in tranen dat haar man gestorven is door een “gebrek aan zorg”: “Ik kende zijn gezondheidstoestand en wist dat hij mijn hulp nodig had. Dat wij niet mochten langskomen, moet vreselijk zijn geweest voor hem. En verschrikkelijk vernederend.” De dochter van een bewoonster benadrukt het belang van fysieke aanrakingen en genegenheid, zeker voor mensen met dementie:

« *Mijn moeder die aan dementie lijdt, houdt zich staande dankzij onze band. Ze mag zich niet in de steek gelaten voelen, want zonder contact en tederheid zal haar toestand alleen maar verslechteren. Ik vreesde voor een achteruitgang van haar toestand door de angst voor het isolement en een gebrek aan affectie, aanrakingen en tederheid.*

Daarbij komt dat heel wat familieleden zich schuldig voelen over het feit dat zij als het ware hun ouder in een woonzorgcentrum hebben ‘geplaatst’. Anderen daarentegen troosten zich met de gedachte dat de leefomstandigheden van hun ouder thuis niet veel beter waren geweest, of slechts slechter, met misschien nog minder contacten dan in een woonzorgcentrum.

De maatregelen in het kader van de lockdown en bezoekenregeling stuitten meer dan eens op kritiek. Volgens sommigen was er een gebrek aan duidelijkheid, werden de regels willekeurig toegepast of waren ze moeilijk te volgen, omdat ze zo vaak veranderden.

« *De informatie veranderde voortdurend. We kregen een hele lijst met nieuwe instructies: “Momenteel mag er maar 1 persoon langskomen”, later werd dat:*

*“De regels zijn veranderd, u mag met twee komen”. (...) En zo ging dat maar door. Uiteindelijk snaptten wij er ook niets meer van ... Ik denk dat ze hier strenger zijn geweest dan in welk woonzorgcentrum ook. (...) (Dochter van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)*

Sommige familieleden vinden dat het totaalverbod op bezoeken nooit had mogen plaatsvinden. Men had bijvoorbeeld steeds een en dezelfde persoon kunnen toelaten. In bepaalde, minder kritieke omstandigheden had men het ‘recht op risico’ moeten laten gelden en de bewoners inspraak geven: “Ze konden nergens terecht met hun wensen”; “De bewoners werden als laatsten gepolst naar de keuze omtrent hun levenseinde”; “Hoe zit het eigenlijk met de rechten van de bewoners?” In tegenstelling tot bovenstaande getuigenissen zijn er ook een aantal respondenten die bepaalde ‘versoepelingen’ konden afspreken met de directies of zorgverantwoordelijken, bijvoorbeeld om hun ouder te helpen bij de maaltijden.

« *Aangezien mijn vrouw niet meer zelfstandig kan eten, heeft ze altijd hulp nodig. Ik kreeg alsnog de toestemming van de directie om voor een uurtje bij mijn vrouw te zijn en haar te helpen bij het avondeten. Ik had een badge waarmee ik het woonzorgcentrum binnen mocht. Zo ben ik paar weken blijven gaan, tot ik aanvoelde dat de situatie steeds verergerde en het te gevaarlijk werd. Toen ben ik ermee gestopt. Ik ben niet meer bij mijn vrouw langsgegaan ... Tot ongeveer in juni, dan ben ik teruggekeerd. (Echtgenoot van een bewoonster, RVT – privaat, vzw)*

Andere naasten hadden het gevoel dat de maatregelen proportioneel waren en konden zich vinden in deze strategie: snel reageren om potentieel besmette bewoners te testen en af te zonderen in plaats van het centrum opnieuw te sluiten.

« *Hier probeerden ze alles in het werk te stellen om geen radicale maatregelen [sluiting] te moeten nemen. Toen mama besmet raakte [tijdens een gezamenlijke activiteit in de instelling], hebben ze onmiddellijk isolatiemaatregelen genomen voor alle bewoners die daarbij aanwezig waren, maar ze hebben de instelling niet gesloten. (...) Ik denk niet dat ze overal zo hebben gereageerd. Volgens mij had men eerder de neiging om te zeggen:*

*“Bij nieuwe besmettingen sluiten we het woonzorgcentrum weer voor 3 weken en is er geen bezoek meer toegelaten!” (...) (Dochter van een bewoonster, RVT – privaat, vzw)*

Tot slot benadrukken sommige naasten de vele nuances in hun standpunten: van verontwaardiging over het bezoekverbod tot begrip ervoor en instemming met de beslissingen.

« *De richtlijnen maken je eerst toch wel een beetje boos. Je zegt: “Mama is nog maar net bij jullie en ik mag haar al niet meer bezoeken?! Is de situatie dan zo erg?” Maar dan begin je te beseffen: “Hm, in feite doen ze het in haar belang!” (Dochter van een bewoonster, RVT – privaat, vzw)*

De lockdown van de bewoners heeft het belang van aanwezigheid, van troost en van dagelijkse hulp door de naasten in de woonzorgcentra blootgelegd. Het zijn stuk voor stuk ondersteunende factoren waarmee niet overal evenveel rekening werd gehouden, en al zeker niet door de gezondheidsautoriteiten.

## 5. Beperkte contacten en maskerverplichting

Het dragen van een mondmasker tijdens de bezoeken werd herhaaldelijk als bijzonder vervelend, zo niet onhaalbaar ervaren. Sommige familieleden vertellen hoezeer dit hen heeft beperkt in de communicatiemogelijkheden met hun oudere. Bij bewoners met gehoorproblemen was dit zeer lastig voor de verstaanbaarheid. Voor mensen met cognitieve stoornissen belemmerde het mondmasker zonder meer de gevoelsband met hun familielid: “Voor iemand met een beperkt cognitief vermogen is de herkenbaarheid van het gezicht cruciaal!” Sommige familieleden erkennen dat ze de richtlijnen van de overheid en de instellingen wel moesten aan hun laars te lappen, omdat ze volgens hen totaal onrealistisch waren. Ze zijn van mening dat de mentale of lichamelijke beperking van hun ouder of het veroorzaakte fysieke leed, hun ‘ongehoorzaamheid’ verdedigbaar maakt.

« *Net zoals veel senioren hoort mama minder goed. Iemand met een mondmasker is voor haar meestal heel moeilijk te verstaan. Ik deed af en toe mijn masker naar beneden om met haar te praten, omdat*

*het anders te moeilijk was. Mensen bij wie het gehoor het laat afweten, begrijpen enkel wat gezegd wordt door naar de mond te kijken. We denken daar niet altijd aan ... Stel je maar eens in hun plaats!* (Zoon van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)



*Was me dat een gedoe met dat masker! Ze wilde het niet opzetten, ze kon niet ademen, ze trok het onder haar neus!* (Dochter van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)

## 6. Van toereikende zorg tot flagrante tekortkomingen

Volgens de naasten heeft de gezondheidscrisis geleid tot een ontwrichting van het begeleidings- en zorgmodel in de woonzorgcentra. En toch zijn velen geneigd om te denken dat hun familielid tijdens die periode als persoon niet echt heeft geleden onder gebrekkige zorg of begeleiding.



*Toen ik haar [zijn vrouw] opnieuw mocht bezoeken, merkte ik niet meteen misstanden of gebreken, ook bijvoorbeeld geen doorligwonden. Dat is toch belangrijk. Ik denk dat zij werkelijk tot het uiterste zijn gegaan en alles hebben gedaan hebben wat maar kon, en dat ondanks de afwezige, besmette personeelsleden.* (Echtgenoot van een bewoonster, RVT – privaat, vzw)



*We hoorden dat ze verzwakt was. Ze was zwak. Maar ik was al blij dat ze niet naar het ziekenhuis moest. Mijn enige gedachte was: oké, ze kan daar nog blijven, zelfs al [verblijft] ze op een aparte afdeling, op een specifieke verdieping. Ze hebben op dat vlak goed werk geleverd. Ze kreeg zuurstof toegediend en nog andere dingen. (...) Ik denk dat de bewoners op het vlak van COVID wel goed werden verzorgd. Dat is wel zo, maar we weten er eigenlijk weinig over. (...) En we kunnen het hen niet kwalijk nemen, want niemand kende dit virus ...* (Dochter van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)

Sommige familieleden spreken hun waardering uit voor de teams die hun oudere met de nodige zorg en aandacht hebben omringd. “Dat zijn engelen”, vertelt de dochter van een bewoonster die in pijnlijke omstandigheden is overleden. Andere respondenten voe-

ren een rist van gezondheidsproblemen aan die ze toeschrijven aan het tekort aan materiaal, aan personeel of aan bekwaamheid van de aanwezige personeelsleden en inderhaast opgetrommelde vervangers (interimpersoneel enz.). “Ze heeft geen zuurstof gekregen”; “Er was niemand aanwezig op haar verdieping. Toen mama belde, moest er iemand van de 10e verdieping komen, wat dus wel een tijdje duurde. Ze was ook nog gevallen (...) en ik weet niet hoe lang ze daar zo gelegen heeft ...”; “Ze kregen geen prikkels meer; mijn moeder was gestopt met spreken”; “Een ingegroeide teennagel werd niet verzorgd, met gangreen als gevolg.”. Door mijn moeder luiers om te doen, is ze incontinent geworden”. “Mama was niet gewassen”. “Er werd verkeerde medicatie toegediend, dat hebben we nadien vastgesteld op de factuur.” “Voor COVID kon mijn moeder nog stappen, erna niet meer”, “Ze verloor 7 kilo”; “Mama is weggekwijnd. Dat is haar dood geweest!”, “De arts kwam niet meer langs” ... zijn enkele van de vele verzuchtingen.

De familieleden dichten de problemen niet altijd rechtstreeks toe aan het woonzorgcentrum in kwestie of aan de COVID-crisis. “Mijn beschuldiging”, sneert de echtgenoot van een bewoonster, “is eigenlijk een algemene aanklacht. Ik denk dat de problemen vrijwel overal voorkomen en te wijten zijn aan het schrijnend gebrek aan personeel. Vooral op de afdelingen, zoals deze waar mijn vrouw verblijft, is het echt erg ...” Verschillende naasten hadden eerder – nog voor de crisis – al hun twijfels geuit over de kwaliteit van de dienstverlening en/of de zorg in het centrum waar hun ouder verbleef. Ze stellen vast dat de crisis de structurele tekortkomingen alleen maar heeft uitvergroot. Anderen betreurden een ongelukkige directiewissel net voor of na het begin van de crisis: “Het woonzorgcentrum leek in niets meer op dat waar mama het jaar voordien was ingetrokken”, verzucht de dochter van een bewoonster. Sommige familieleden spuien kritiek op hetgeen ze “commerciële ondernemingen” noemen, namelijk de woonzorgcentra die in handen zijn van grote groepen: “De prijzen in de woonzorgcentra zijn zonder meer schrikbarend. Ik vind dat een fatsoenlijke dienstverlening toch een minimale vereiste is!” Sommigen familieleden gaan nog een stapje verder en bepleiten een betere klachtenopvolging door de controleautoriteiten. Ze geven aan dat ze niet werden gehoord of dat ze niet op de hoogte werden gehouden over de uitkomst van hun klacht.



*COVID heeft volgens mij de aandacht gevestigd op de werkelijk dramatische*



*toestanden in bepaalde woonzorgcentra, waar de bewoners gewoon aan hun lot werden overlaten. We hoorden dat er absoluut weerzinwekkende dingen waren gebeurd. Ik hoop dat de verantwoordelijken voor die nalatigheden gestraft of ontslagen worden. (Zoon van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)*

## 7. Het verdriet van naasten en omgeving

Slechts enkele familieleden beweren dat ze deze periode met relatieve gemoedsrust en geduld zijn doorgekomen. Ze hadden vertrouwen in het feit dat “alles wel goed zou komen”. De meesten daarentegen geven toe dat ze zwaar hebben geleden onder het fysieke contactverbod met hun oudere. Dat was vooral voelbaar wanneer hun oudere op het vlak van gezondheid snel achteruitging of zelfs overleed zonder dat de familieleden aanwezig waren bij het levenseinde. Zij dragen dit verdriet nog steeds in zich en hekelen het “*gebrek aan menselijkheid*”. Verschillende respondenten geven toe dat ze antidepressiva namen om zich erdoor te slaan. “*Het heeft mij mentaal gebroken*”, getuigt de man van een bewoonster die terugdenkt aan zijn vrouw die maandenlang geïsoleerd zat in haar kamer. “*Ze at niet meer en was 12 kilo vermagerd*”, aldus de dochter van een bewoonster met dementie die de lockdown en ‘raambezoeken’ in herinnering brengt. Dit was voor haar de donkerste periode van haar leven. Een andere dochter zei dat ze er kapot van was.

De meeste familieleden geven aan toch wel ongerust te zijn geweest over het verbod om vrij rond te lopen in het woonzorgcentrum, de stopzetting van de gemeenschappelijke activiteiten, de bezigheden, animatie, uitstapjes, bezoeken enz.



*Ik maakte me zorgen omdat ze 24 uur op 24 in haar kamer zat. Ze zat zelfs niet meer op de afdeling, waardoor ze aan geen activiteiten kon deelnemen, helemaal niets. Ze at ook in haar kamer en kwam dus niet meer buiten. (...) Er was niemand om zich over haar te ontfermen ... Ik denk dat ze zich stierlijk verveelde. (Dochter van een bewoonster, WZC – privaat, vzw)*

Heel wat familieleden/naasten zijn dankbaar voor de waardevolle steun van burens en vrienden die regelmatig langskwamen; sommigen legden contact met mensen uit de omgeving van andere bewoners. Ze bundelden hun krachten om elkaar te helpen en te steunen, en deden dat een tijdlang via *WhatsApp*-groepjes. Sommige van die groepen werden ook gevormd om druk uit te oefenen op de woonzorgcentra en van hen wijzigingen af te dwingen in de aanpak. Tot slot zijn er verschillende respondenten die aangeven dat ook zij eraan onderdoor zijn gegaan en psychologische hulp moesten inroepen.

## 8. Uitgeholde positie van familie en vrienden

Uit alle getuigenissen blijkt dat de COVID-periode de rol van naasten en familie behoorlijk heeft ondermijnd<sup>69</sup>. De instellingen die van oudsher de omgeving van de bewoners bij het leven in het woonzorgcentrum betrekken, probeerden dit uiteraard zo goed en zo kwaad mogelijk te blijven doen. Ze stelden alles in het werk om de familie en naasten te informeren, zoveel mogelijk bezoeken toe te staan en het contact met de bewoner te stimuleren. Andere woonzorgcentra hadden hiervoor minder aandacht of niet de mogelijkheden om dit te organiseren. Sommige naasten hebben het gevoel dat effectief rekening werd gehouden met hen, ondanks de barre omstandigheden. Anderen daarentegen voelden zich indringers of ongewenste buitenstaanders, en zelfs bedreigd. “*We waren persona non grata*”, vertelde de dochter van een bewoonster. Deze familieleden betreuren het feit dat ze moesten knokken om contact te kunnen opnemen met hun ouder om hem of haar een hart onder de riem te steken.

Van de naasten wordt in normale tijden een zekere mate van betrokkenheid verwacht<sup>70</sup>. Het ziet ernaar uit dat de gezondheids crisis deze geplogenheden meedogenloos heeft omgebogen, waardoor de familieleden door de zorgverleners nu werden aangemaand om zich op de achtergrond te houden, zich niet te laten gelden en als het ware “onzichtbaar te blijven”<sup>71</sup>, met alle spanningen en frustraties van dien.

69. Loffeier Iris, “Prise en charge collective des résidents en maison de retraite : l’ambivalente place des entourages”, in: Le Borgne-Uguen Françoise et al., *Vieillir en société. Une pluralité de regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019, pp. 363-372.

70. Loffeier Iris, « Prise en charge collective... », p. 371; Capuano Christophe, *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Paris, Presses de Sciences Po, 2018.

71. Loffeier Iris, « Prise en charge collective... », p. 371.



# De crisis door de ogen van de bewoners. Van een test in relativeren tot een breuk met het gewone leven

We spraken 34 bewoners<sup>72</sup> in dertien GGC-Iriscare erkende woonzorgcentra (n=11) en 2 Vlaams erkende woonzorgcentra (n=2) waar de studie werd opgezet. De meeste respondenten waren blij met de uitnodiging en waren bereid om hun visie te geven op de gebeurtenissen en hun beleving van de crisis in hun instelling met ons te delen. Een aantal van hen wees op het belang van een dergelijk onderzoek waarin zij “*een stem kregen*”. Andere bewoners daarentegen waren eerder verbaasd over de belangstelling voor hun ervaringen, omdat ze niet meteen het nut inzagen van een studie over dit onderwerp, of omdat ze het lastig vonden om er over te praten en het te verwoorden. De meeste bewoners konden de herinneringen aan de belangrijkste feiten nog haarscherp voor de geest halen. Anderen beweerden dat ze zich niet alles meer duidelijk herinnerden, of zoals een bewoonster aangaf “*zat het verleden al te ver weg*”, buiten handbereik. Het verleden was verwaterd tot

een ‘oneindig heden’<sup>73</sup>, een soort ‘wachtmodus’<sup>74</sup> of verloochening, waarbij de bewoners berustten in een of andere permanente lockdown, ondanks een zichtbare heropstart van de activiteiten.

Tijdens de gesprekken (die meer dan een jaar na de eerste lockdown plaatsvonden) komt naar boven dat ook de ervaringen van de bewoners zeer heterogeen zijn en talloze tegenstrijdigheden bevatten<sup>75</sup>, in tegenstelling tot wat de geraadpleegde literatuur in de voorbereidingsfase van dit onderzoek liet uitschijnen. Deze uiteenlopende ervaringen hangen onder meer samen met de voorgeschiedenis van de bewoner en de levenswijze in het woonzorgcentrum (meer toegespitst op een persoonlijke leefruimte, in dit geval de kamer, of gericht op het collectieve gebeuren of ‘extra muros’ activiteiten), het feit of de bewoner COVID-positief is geweest, al dan niet in quarantaine of in afzondering werd geplaatst

72. 24 vrouwen, 10 mannen, tussen 56 en 94 jaar (de mediane leeftijd bedroeg 82 jaar), die van enkele maanden tot meer dan 10 jaar in de instelling woonden. Hun voorgeschiedenis is uiteenlopend: sommigen kwamen er terecht na een persoonlijke gebeurtenis, zoals het overlijden van hun partner, bij anderen had het te maken met een valpartij of een ziekte, daarnaast is er ook een groep die niet langer alleen thuis wilde wonen of afhankelijk zijn van de kinderen. Nog andere bewoners zijn in een woonzorgcentrum terechtgekomen na een of meerdere ziekenhuisopnames, waarbij een terugkeer naar huis door hun omgeving, de sociale diensten en/of artsen als ‘te risicovol’ of onmogelijk werd beschouwd. We konden echter alleen bewoners interviewen die zich bereid hadden verklaard om ons te ontmoeten in het kader van deze studie en die door de zorgverleners geschikt werden bevonden om deel te nemen aan de gesprekken. Het vermogen van de respondenten om uitvoerig in te gaan op de vragen, vormt uiteraard een belangrijke methodologische beperking voor het vastleggen van hun bevindingen. De gesprekken varieerden in tijdsduur (van 20 minuten tot anderhalf uur naargelang het verloop ervan) en werden grotendeels opgenomen en uitgeschreven.

73. “présent qui n’en finit pas”: uitdrukking van François Hartog, auteur van *Chronos, l’Occident aux prises avec le temps* (Gallimard, 2020). De historicus stelt dat “we door de wereldwijde lockdown van begin 2020 een totaal nieuw tijdperk zijn binnengetrepen dat niemand ooit eerder had meegemaakt. Het gaat om een moment van immense desoriëntatie: de tijd wordt opgeschort, er is enkel maar een heden, en dat heden eindigt niet. De indruk hebben dat je steeds weer dezelfde dag beleeft, is best ingewikkeld”. [Eigen vertaling] (Citaat uit een interview door J.-M. Normand, *Le Monde*, 16 februari 2022)

74. Sophie Besson onderzocht de relatie met de tijd in een woonzorgcentrum en onderscheidt er diverse fenomenen: de activiteit, het wachten, de herinnering, het gemis, de verveling. Besson Sophie, “Bonheur et figures du temps en maison de retraite : un éclairage philosophique », in: Christen-Gueissaz Eliane, *Le bien-être de la personne âgée en institution. Un défi quotidien*, Paris, Seli Arslan, 2008, pp. 11-36. Zie ook Rimbart Gérard, “Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, n°53, 2005, pp. 93-104.

75. We verwijzen naar de analyse van de Franse onderzoekers over de bevindingen van EHPAD-bewoners (établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes of woonzorgcentrum) tijdens de eerste lockdown. Zie Balard Frédéric, Caradec Vincent, Castra Michel et al., “Habiter en EHPAD au temps de la COVID-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement”, *Revue des politiques sociales et familiales*, 2021/4, n°141, pp. 31-48.

(cohortering), of de bewoner in zijn of haar eigen kamer mocht blijven en niet naar een andere verdieping (nieuwe omgeving) werd overgebracht. De ervaringen hangen ook samen met de band en de contacten die tijdens de crisis wel of niet mogelijk waren met hun naasten, andere bewoners, personeelsleden en met de hulpvaardige, troostende aanwezigheid van hun omgeving.

Isabelle Mallon bestudeerde de verschillende woonvormen in woonzorgcentra.<sup>76</sup> Uit onze interviews is naar voor gekomen dat de beleving van COVID nauw samenhangt met de mate waarin het normale leven meer of minder werd overhoop gehaald. Volgens Isabelle Mallon “zijn factoren als de reden van opname in het woonzorgcentrum en de sociale kenmerken van de bewoner bepalend voor de manier waarop de COVID-crisis werd ervaren. Sommigen vinden dankzij de instelling een evenwicht in hun leven, een houvast na jaren van onzekerheid of eenzaamheid. Anderen daarentegen verkiezen de beslotenheid van hun kamer – hun thuis – binnen de instelling, en onderhouden tegelijk sterke banden met de buitenwereld. Nog anderen raken maar niet gewoon aan deze leefvorm die hen werd opgedrongen en leven teruggetrokken in hun kamer”<sup>77</sup>.

Binnen de bewonerservaringen tekenen zich verschillende denkpatronen af. Ze variëren van een vorm van berusting in de situatie, in combinatie met een relativerende benadering van de beproeving, naar een houding waarin het gevoel van lusteloosheid, vermoeidheid en een afname van de vitale prikkels de boventoon voeren (“*ik het gevoel dat ik oud word*”, zegt een bewoonster)<sup>78</sup>. In het derde scenario staan vooral de ontwrichting van het bestaan en het verstoorde evenwicht centraal. Deze zijn te wijten aan het gemis en de bekende vrijheid van handelen. “*Dat is toch geen leven*”, merkte een andere bewoonster op.

De meeste bewoners die getuigden over de zware impact van de beperkingen en de beknotting van

hun vrijheid om de epidemische situatie onder controle te houden, hadden over het algemeen toch wel begrip voor de genomen maatregelen en waren de directies en zorgverleners dankbaar voor hun aanpak van de situatie: “*Ze waren niet vertrouwd met het virus en deden alles wat ze konden*”; “*Het was niet gemakkelijk voor hen*”, merkten verschillende bewoners op<sup>79</sup>.

## 1. Geduldig afwachten. Een test in relativeren

Verscheidene bewoners met wie we spraken, oordeelden dat de crisisperiode hen niet overdreven zwaar had getroffen of van slag gebracht. Hoewel ze de vele gezondheidsmaatregelen best pittig vonden, konden ze ermee leven. Het was een kwestie van zich aanpassen aan de globale context en de risico's. Ze wachtten geduldig af, omdat ze zich bewust waren van het besmettingsgevaar, zowel voor de gemeenschap als voor hun eigen gezondheid, steeds met hun eigen pathologieën in het achterhoofd. De bewoners die graag op hun kamer vertoeven en hun eigen ding doen (lezen, muziek, tv, laptop, telefoon) bleven in contact met de buitenwereld via de televisie of via onlinecommunicatie met hun naasten. Ze voelden zich niet alleen ondersteund, maar ook aangemoedigd om steeds voorzichtig te zijn, net als de bevolking in het algemeen. Hoewel er geen einde leek te komen aan de crisis, bleven zij geloven in een terugkeer naar hun leven van weleer en beschouwden ze de COVID-periode slechts als een intermezzo. Bovendien ervoeren ze het woonzorgcentrum als een veilige, beschermende omgeving, ondanks de beperkende maatregelen die ze er moesten bijnemen. Althans veiliger dan eender waar, zoals bijvoorbeeld bij hen thuis, waar ze zich veel meer geïsoleerd hadden gevoeld.

De meeste mannelijke bewoners die we spraken, waren die mening toegedaan. Ze hielden zich bezig met hun activiteiten en hobby's in hun kamer,

76. Mallon Isabelle, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004; Mallon Isabelle, “Vivre en maison de retraite : de l'institution aux mondes privés des résidents”, in: Carbonnelle Sylvie, *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, 2010, pp. 165-178.

77. Aangehaald door Balard Frédéric, Caradec Vincent, Castra Michel et al., « Habiter en EHPAD... », p. 34.

78. Bewoners die dit ervoeren, moesten hun leven herinrichten. De beperkingen van dit gripverlies waren niet hun eigen keuze, maar werden hen opgedrongen. Serge Clément en Monique Membrado omschrijven ‘déprise’ (gripverlies) als een “herinrichtingsproces van het leven dat rekening houdt met veranderingen in persoonlijke vaardigheden, met de voorafgaande levensloop en met de huidige interpersoonlijke situaties in een bepaalde sociale context.” [Eigen vertaling] Clément Serge, Membrado Monique, “Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise”, in: Carbonnelle Sylvie, *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, 2010, p. 118. Dit begrip komt ook aan bod in: Meidani Anastasia, Cavalli Stefano, *Figures du vieillir et formes de déprise*, Toulouse, Erès, 2019; Caradec Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan, 2001.

79. Hier moet wel rekening worden gehouden met een mogelijk selectie-effect waarbij de directies en zorgverleners bepaalde bewoners hebben voorgedragen als respondenten. We spraken ook op eigen initiatief enkele bewoners, zonder tussenkomst van de instelling.

die door sommigen ingericht was als bureau-ruimte. Hierna laten we echter twee vrouwelijke respondenten aan het woord.

### 1.1. “De test zonder kleerscheuren doorstaan”

Het eerste getuigenis komt van mevrouw Wéry (92 jaar, *gewezen directiesecretaresse, RVT – publiek*). Ze belandde drie jaar geleden samen met haar man, die de ziekte van Alzheimer had (hij verbleef in een aangrenzende kamer), in dit woonzorgcentrum in de buurt van hun voormalige woonplaats. Haar kinderen en ook zijzelf vonden dat de gezinswoning met tuin te groot was geworden en niet praktisch voor dagelijks gebruik. Ze vertelt dat ze geen aanpassingsproblemen heeft gehad en wordt er naar eigen zeggen “goed verzorgd”. Ze “voelt zich thuis” in haar kamer met haar eigen meubelen en persoonlijke spulletjes. Ze leest veel en blijft op de hoogte van de actualiteit door naar het nieuws te kijken. Als ze nood heeft aan buitenlucht, trekt ze meestal naar de tuin. Haar contact met andere bewoners is eerder beperkt: “Ik ben nogal op mezelf”, legt ze uit.

Al vanaf het begin van de epidemie vond ze het belangrijk om de maatregelen nauwgezet op te volgen. Ze legde zich dan ook zonder meer neer bij de overplaatsing naar een COVID-afdeling op een andere verdieping toen zij een vermeend ‘positief’ was. Dankzij de dagelijkse bezoeken van haar zoon heeft ze niet het gevoel dat ze hem mist. Tijdens de periode waarin bezoek niet was toegestaan, belde hij haar elke dag. Ze voelt zich gesteund door het personeel – naar haar mening onderbezet – dat bijzonder behulpzaam was toen haar man in het ziekenhuis moest worden opgenomen en daar is overleden. Anderhalf jaar later vindt ze van zichzelf dat “ze de test zonder kleerscheuren heeft doorstaan”. Ze is niet ziek geweest en schrijft dit toe aan het snelle reactievermogen van de directie die volgens haar een belangrijke rol heeft gespeeld in de bescherming van de bewoners. Ze voegt eraan toe dat ze nooit last heeft gehad van het isolement, omdat ze steeds haar dagelijkse bezigheden kon voortzetten, en daarom “geen reden tot klagen heeft”. “Ik ben positief ingesteld en begrijp die dingen. En daarmee is alles gezegd”.

### 1.2. “Zich beschermd voelen”

Een tweede getuigenis van die strekking komt van mevrouw Bello (94 jaar, *aanvankelijk werkzaam in het toerisme, RVT – privaat-commercieel*). Deze dame kwam tweeënehalf jaar geleden in het woonzorgcentrum terecht na een valpartij bij

haar thuis, gevolgd door een ziekenhuisopname en een revalidatie. Ze beseft dat thuis blijven wonen niet langer mogelijk was. Mevrouw Bello is een weduwe zonder kinderen, maar heeft veel vrienden met wie ze regelmatig belt. Ze krijgt ook af en toe bezoek, maar komt zelf heel weinig buiten door haar mobiliteitsprobleem. Ze kan aarden in haar tweekamerflat, die ze naar haar smaak heeft ingericht en waar ze de meeste tijd doorbrengt. Ze heeft weinig contact met de andere bewoners, met uitzondering van twee “dames” met wie ze een aantal interesses en raakvlakken deelt. Ze eet altijd in haar kamer en vult de dagen met muziek beluisteren. Ze ervaart het woonzorgcentrum als een veilige omgeving: “Ik voel me hier niet alleen. Er zijn zoveel mensen rondom mij. De service is hier goed, het verblijf is prima, het is hier rustig...”.

Van de voorbije COVID-periode en de vele gezondheidsmaatregelen onthoudt ze vooral het gevoel van bescherming: “Sommige mensen keurden de maatregelen af. Voor mij waren ze de enige logische keuze. Alles beter dan te moeten sterven, toch?” Deze bewoonster onderging de situatie met een zekere sereniteit. Geen bezoek meer mogen ontvangen, stemde haar wel verdrietig, maar ze had “de pro’s en contra’s afgewogen” en kon de ernst van de situatie relativeren, vooral bij de gedachte aan de ontberingen en ellende tijdens de oorlogsjaren in haar jeugd: “Leven met ontberingen? Wij hebben toen echt honger geleden!” Ze haalt ook het overlijden van haar man aan, de dood van een zus tijdens haar kindertijd, een ernstige ziekte waarvan ze herstelde ... “Ik denk dat ik veel zwaardere tijden heb meegemaakt dan COVID. (...) Ik heb de oorlog meegemaakt. (...) Er is niets erger dan oorlog! Hier hebben we ten minste nog medicamenten, verpleegkundigen, artsen, ziekenhuizen. Dankzij de voorzorgsmaatregelen, voelde ik me hier veel veiliger dan tijdens de oorlog. Want toen hadden we geen verweer...”

Zij vond het gebrek aan contacten de zwaarste domper van de hele lockdownperiode. “Die lockdownperiode was echt heftig. Ik vond het allesbehalve fijn. (...) We zaten moederziel alleen, niemand om ons heen, we konden met niemand praten en er waren geen activiteiten meer ... (...) Het gebrek aan affectie en mensen om me heen heeft me diep geraakt, te meer omdat ik geen kinderen heb en ook geen familie meer. Ik voelde me bij momenten erg eenzaam en verdrietig.” De telefoontjes van vrienden en de aandacht van het personeel konden haar evenwel opbeuren. Ze loofde de toewijding van het team dat wekenlang dag en nacht ter plaatse is gebleven: “Ze hebben dat prima gedaan en ik heb hen daarvoor gefeliciteerd.”

*Ze waren zeer behulpzaam. (...) De maatregelen waren soms lastig, maar volstrekt normaal.” De instelling was voor haar een ware houvast, ondanks de meedogenloze maatregelen in de strijd tegen de COVID-epidemie: “Waar kon ik anders naartoe? Ik zit hier goed, het verblijf is prima. (...) Ik word hier goed omringd en voel me niet eenzaam. Thuis zou ik me veel eenzamer hebben gevoeld ...”.*

## 2. Tanende energie. Een beproeving die kwetsbaar maakt

Andere bewoners dragen nog de sporen van de voorbije periode. COVID heeft hun gewoonten grondig dooreengeschied. Ze hielden zich aan de maatregelen, maar vinden dat de lockdown te lang heeft geduurd. Sommigen spreken zelfs van ‘overbescherming’. Door het gebrek aan contacten, activiteiten en een leven buiten de muren kwijnden ze weg. Velen kropen hierdoor in hun schulp. Ze wilden zich wel herpakken en weer plezier krijgen in het leven, maar hadden geen idee of dat ooit nog zou lukken. Ze waren niet opstandig of verontwaardigd, maar voelden zich eerder moedeloos en zelfs depressief. De crisis heeft hen enkele jaren ouder gemaakt. Volgens Vincent Caradec geven ze uitdrukking aan een “kwalitatieve kentering die hen in hun menszijn aantast”, ze benadrukken de vermoeidheid die ze vandaag voelen, het verlies aan interesses en het vooruitzicht van de dood<sup>80</sup>. [Eigen vertaling] De lockdownmaatregelen in de woonzorgcentra, die traditioneel worden erkend als een veilige omgeving, waar de fase van het ‘ouder worden’ wordt vertraagd, en als plek waar ouderen mits begeleiding toch hun ‘eigen’ leven kunnen leiden, hebben de bewoners op slag en genadeloos ‘jaren ouder gemaakt’.

### 2.1. “Ik durf niet meer naar buiten te gaan”

Het getuigenis van mevrouw Noël (81 jaar, voormalige psychologe, RVT – privaat, vzw) sluit aan bij dit tweede scenario. Mevrouw Noël is in het woonzorgcentrum terechtgekomen na een valpartij gevolgd door een ziekenhuisopname. Ze was eerst gescheiden, daarna waren zij en haar nieuwe partner uit elkaar gegaan en sindsdien woonde ze al geruime tijd alleen. Zij wilde eigenlijk liever met een nieuwe partner thuis blijven wonen, maar haar kinderen beslisten daar anders over. De keuze voor een woonzorgcentrum kwam

dus niet van haar. Ze zegt dat ze het ouder worden nooit zal aanvaarden, laat staan de gedachte dat ze de rest van haar leven “in een home moet doorbrengen”, wat volgens haar vergelijkbaar is met “een pensionaat”.

Aan het begin van de epidemie werd ze besmet met COVID waardoor ze een maand in kamerisolatie zat. Ze ervaarde de eenzaamheid als “lastig om dragen”, maar geeft toe dat ze de maatregelen wel kon aanvaarden om niet het gevaar te lopen andere bewoners te besmetten: “Je hiertegen verzetten, heeft geen zin. Je moet de situatie gewoon ondergaan.” Zelfs toen de bezoeken weer toegelaten waren, verbood ze haar kinderen om langs te komen om hen zeker niet aan het risico bloot te stellen. Het feit dat zij het coronavirus had opgelopen, stelde haar gerust voor de toekomst: ze wist dat ze voorlopig immuun was. Het lastigste voor haar was niet meer naar buiten kunnen. Eigenlijk lag haar sociaal leven volledig buiten het woonzorgcentrum: uitstapjes met vrienden en vriendinnen, wandelingen in de buurt, op restaurant gaan enz. Ze knoopte zelfs nog een nieuwe relatie aan, die inmiddels is stopgezet: “Ik wou naar buiten, zelf beslissen hoe en wanneer ik vertrek en naar huis ga ... Het verbod om het woonzorgcentrum te verlaten, heeft me veel verdriet gedaan. Ik voelde me vernederd. Ik voelde me behandeld als een kind. (...) Ik heb liever niet dat mensen mij hier opzoeken. Ik vind dat niet echt een aangename omgeving. Ik ga liever zelf naar buiten dan hier bezoek te ontvangen. Bezoek hier in mijn kamer, ofwel beneden, samen met de andere bewoners, nee ... Ik schaam me eigenlijk om hier te zijn.”

Die periode van ‘opsluiting’ heeft sporen nagelaten op haar. Hoewel ze sinds een paar weken weer naar buiten mag, durft ze niet meer op stap gaan of plannen maken. Ze is moe. “Ik heb nog de moed niet gehad om naar buiten te gaan. Om zo maar weer de stad in te trekken, waar je maanden niet bent geweest, dat is een hele opgave! Ik ben bang om alleen op straat te gaan, om te vallen. (...) Je raakt het opgesloten zitten gewoon! Het is zielig om dat te zeggen, maar zo voel ik het aan ... Ik heb de fut niet meer. (...) Voordien ging ik alle dagen met een vriendin ergens iets drinken. We amuseerden ons enorm. We spraken af met andere mensen en ik voelde me gelukkig. En nu zit ik hier hele dagen!”

Haar verbittering heeft ook te maken met het instellingsmodel van de meeste woonzorgcentra, ook dat waar zij verblijft. “Ik ondervind dat

80. Caradec Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan, 2001, p. 102.



ze oude mensen voor ‘debielen’ houden, die toch niets begrijpen, net als kleine kinderen: “Doe dit, doe dat ... Dat mag niet, blijf daaraf”. En dat allemaal zonder enige uitleg. Wat ik nu zeg, komt behoorlijk cru over, maar in dit woonzorgcentrum is er totaal geen inspraak! (...) Ik heb in een ander woonzorgcentrum verbleven waar het er helemaal niet zo aan toe ging. Daar werden beslissingen samen genomen. Ik vind dat de ouderen hier als kinderen worden behandeld. (...) Ik ben een van de weinigen hier die nog op zijn strepen staat en voor wie zelfstandigheid belangrijk is. Dat heeft ongewijfeld te maken met mijn voorgeschiedenis en de verantwoordelijkheden die ik vroeger had ...”

## 2.2. “Uiteindelijk laat je je gaan”

Ook het getuigenis van mevrouw Renée (90 jaar, voormalige presentatrice, RVT – publiek) sluit aan bij het tweede scenario wat betreft de beleving van de lockdown. Deze weduwe woont al 20 jaar alleen, ze heeft geen kinderen, maar onderhoudt een hechte band met een van haar neven. Aan haar definitieve verblijf in het woonzorgcentrum gingen verschillende fasen vooraf (o.a. kortverblijf). Toen ze uiteindelijk heel slecht ter been was, besefte ze dat alleen wonen niet meer voor haar was weggelegd. Zelf heeft ze geen COVID gehad; ze hield zich trouwens aan de maatregelen: “Je daartegen verzetten heeft geen zin. Je moet gewoon je verstand gebruiken.” Ze vindt zichzelf nogal een eenzaat en heeft niet bepaald de behoefte om andere bewoners op te zoeken. In tegenstelling tot mevrouw Noël, die eerder al aan bod kwam, speelt het leven van mevrouw Renée zich vooral af binnen het woonzorgcentrum en niet daarbuiten. Ze maakt regelmatig wandelingetjes in de gangen en zegt dat ze graag in haar kamer aan het raam zit. Ze geniet van de beweging op straat (kinderen die naar school gaan, voorbijgangers die hun hond uitlaten ...). Daarnaast brengt ze haar tijd door met lezen, tv-kijken, schrijven, sudoku’s invullen. De lockdown was voor haar een lastige periode, omdat ze haar “wandelingetjes niet meer kon doen”, “met niemand meer kon praten” (ook de andere bewoners zaten in hun kamer en het personeel had het superdruk). “Je voelt je beknot; het voelt alsof je gevangen zit in je kamer ...” Verschillende bewoners van haar verdieping werden overgeplaatst; daar was ze niet goed van: “Het was hier zo leeg”, vertelt ze.

Volgens haar heeft die periode de aftakeling versneld: in haar kamer moeten blijven en niet meer mogen stappen, hebben haar toestand alleen

maar erger gemaakt: “Ik heb het stappen daarvoor helemaal verleerd. Dat is een enorme achteruitgang!”. Die terugslag heeft ook gevolgen voor het sociaal leven: ze merkt op dat de crisis de onderlinge band tussen de bewoners en de verstandhouding met het personeel geen goed heeft gedaan. Ook tussen haar en haar neef is een afstand gegroeid. Volgens haar zal het jammer genoeg “nooit meer hetzelfde zijn”. Op het vlak van begeleiding stelde zij tekortkomingen vast. Het personeel was volgens haar minder beschikbaar en minder vriendelijk: “Er was veel te weinig personeel. Die mensen waren werkelijk doodop. Het was alsof ze overal tegelijk moesten zijn! (...) Je moest altijd wachten. Bijvoorbeeld om naar het toilet te gaan ... Het niet meer kunnen ophouden is geen pretje. Ik werd ook vroeger in bed gestopt ... Het gebeurde wel eens dat ze me afsnauwden.”

Sindsdien heeft ze geen zin meer om iets te doen, ze ervaart een soort gelatenheid, lusteloosheid: “Voordien las ik nog, deed ik een beetje van alles, maar nu, echt waar, niets kan me nog boeien. Ik dacht ‘en nu ga ik breien’, niets daarvan, niets meer!” Ze steekt haar teleurstelling en verdriet over deze manier van leven niet onder stoelen of banken. Het is niet wat zij had verwacht van ‘waardig oud worden’. “Als je ouder wordt, denk je tot rust te kunnen komen, maar dan gebeurt dit! (...) Ik had nooit gedacht dat ik zo oud zou worden: 75-80 worden was voor mij al mooi geweest ...”

## 3. Een gevoel van afzondering. Het dagelijks leven verstoord en beproefd

Als derde thema hebben we specifiek gepeild naar de manier waarop de bewoners de kamerisolatie hebben ervaren. In hun relaas over de vele ontberingen komt de periode van kamerisolatie als de meest ingrijpende ervaring naar boven. Dit thema bespraken we meer bepaald met jongere mensen die in een woonzorgcentrum waren terechtgekomen na een traject van instellingen (psychiatrie, instellingen voor mensen met een handicap). Het leven van die bewoners speelde zich vooral af binnen de muren van de instelling. Sommigen konden weinig begrip opbrengen voor de opgelegde maatregelen (maskerplicht, social distancing, kamerisolatie, verbod om in het gebouw rond te lopen ...) waardoor de zorgverleners meer dan eens verplicht waren om hun kamerdeur op slot te doen. Anderen daarentegen, toonden weinig begrip voor de medebewoners die de maatregelen niet naleefden. Ze spoorden hen aan om in kamerisolatie te blijven en zich van de buitenwereld af te sluiten. De



volgende twee praktijkvoorbeelden gaan over de ervaring van oudere dames, met wie we kwalitatief betere gesprekken konden voeren op het vlak van input en samenhang.

### 3.1. "Zoals in de gevangenis"

Mevrouw Henriette is 90 jaar. Ze kwam vier jaar geleden in een instelling (WZC – *privaat, vzw*) terecht, samen met haar man die de ziekte van Alzheimer had. Hij overleed al tijdens de eerste maanden van hun verblijf. Ook een van haar zonen is onlangs overleden. Ze woonde voordien in Wallonië, maar verhuisde naar Brussel om dichterbij haar kinderen te zijn. Ze vindt van zichzelf dat ze "autonoom" is: "Ik doe nog alles zelf, behalve mijn kamer poetsen." Toen ze positief testte, zat ze bijna drie weken in isolatie. Het hele gesprek ontspint zich over deze verstoorde leefwijze en de omstandigheden die ze als 'mensonterend' ervaarde:

« *Nooit kregen we een woord uitleg. Nooit. Ik vond dat echt ... Ik begreep er niets van. Ze brachten me naar hier [in een andere kamer dan die van haar]. Ze hadden mij gevraagd om wat kleren mee te nemen, wat ik dan ook deed. En dat was het! (...) Ik denk dat ze nu meer weten over de ziekte ... Ik was een van de eerste! Het is iets wat ik nooit meer zal vergeten, mijn allerergste ervaring!*

Tijdens die paar weken voelde zij zich "volledig in de steek gelaten" door het personeel. Ze kreeg geen informatie, geen steun en er was niemand met wie ze kon praten. De enige manier om te communiceren was haar gsm. Ze vertelt dat haar kamerdeur en raam altijd op slot waren.

« *Ik kreeg het raam niet open. De deur was op slot en je moet weten dat ik claustrofobie heb. Ik dacht dat ik daarbinnen zou sterven. (...) Ik wou mijn kinderen niet ongerust maken – en wilde ook niet dat ze me hoorden snikken aan de telefoon –, "nee, nee, het is oké, ik zou alleen graag hebben dat ze mijn raam openzetten!" Alles potdicht, dat is echt vreselijk. Kun je je dat voorstellen? Het is erger dan een gevangenis! Ik hou er vreselijke herinneringen aan over, echt waar!*

In haar relaas kaart ze ook de onpersoonlijke begeleiding aan: er komen personeelsleden langs die ze niet herkent – met een minimale interactie tot gevolg – en die niet met haar welbevinden begaan zijn:

« *Het verzorgend personeel was zeer onbeleefd, maar echt, hé! (...) Geen goeiedag ... Als ik niets had gegeten, namen ze het volledige plateau gewoon weer mee. Niemand vroeg me waarom ik niet had gegeten. Niets. Niemand die me vroeg: "Hoe gaat het met je?" Niets daarvan. Ze brachten 's ochtends het ontbijt en zetten het op de tafel. Geen goeiedag, goedenavond, helemaal niets. Als je niet eet, nemen ze je plateau gewoon weer mee.*

*Tijdens die drie weken vroeg ik eens: "Mag ik hier binnenkort weg?" Er was een die antwoordde: "Dat zal je wel zien!" En dat was het. Op een ochtend zei hij enkel: "Je mag vertrekken", meer niet. Er is toen een man binnengekomen ... Ze waren helemaal in het wit gekleed ... Zie je het voor je? Dat is echt vreselijk de eerste keer als ze zo je kamer binnenkomen! Ik had er geen idee van wie dat was. Ik zou ze nu nog altijd niet herkennen ... Je kan je dat echt niet inbeelden. Gelukkig gaat het er vandaag niet meer zo aan toe, denk ik. Dat hangt ook af van het personeel. Ze kregen misschien niet de nodige opleiding, ik weet het niet. Ik stel me daar vragen bij. (...) Het was alsof ik niet bestond. Ik zat in een gevangenis. Dat heeft drie weken geduurd, en je moet dat gewoon slikken! (...) Ik heb nu toch een nachtlampje gekocht. Ik laat het 's nachts branden, want ik heb nog steeds het gevoel alsof ik opgesloten zit, zo raar ... Het was een heel heftige tijd.*

Door het gebrek aan informatie en aan uitleg – de communicatiekloof – voelde ze zich compleet radeloos: "Het was moordend. Mensonterend, ja mensonterend was het", verzucht ze. Ze vond nergens steun en had het gevoel zich ergens op een "verlaten plek" te bevinden.

« *Er was hier niemand. Ik wou met iemand praten, maar met wie? Met de verpleegsters? Zij hadden geen tijd! En ik begrijp dat allemaal wel. Sommigen waren vriendelijk en gingen eventjes zitten, maar dat was uitzonderlijk. Er kwam soms een supervriendelijke verpleegster langs, maar ze had ook van die dagen dat ze geen zin had om goeiedag te zeggen, en ze klopte zelfs niet op de deur. Ze bracht gewoon mijn plateau binnen en meer niet. (...) Ik had eigenlijk wel iemand willen spreken, een psycholoog of zo ... Ik begrijp niet waarom ze dat nooit hebben voorgesteld ...*

Volgens haar duurde de lockdown te lang. De herstelling van de afdelingen, de social distancing en het tekort aan beschikbaar personeel beknotten elke vorm van sociaal leven: *“Tijdens die periode leefde iedereen veel meer teruggetrokken. (...) Het is nog niet zo lang dat we weer naar beneden mogen en niet op onze eigen verdieping hoeven te blijven. We moesten heel lang op onze eigen verdieping ...”* Ook het zorgtempo was verstoord en niet meer afgestemd op het levensritme van de bewoners. Ze beklaagt zich erover dat de kinesiste bijvoorbeeld niet meer zoals voordien, de bewoners op de hoogte brengt van de afspraken: *“Soms zitten de mensen te eten en dan worden ze plots opgehaald om naar de kine te gaan ...”*

Door al die feiten op een rijtje te zetten, veranderde haar manier van omgaan met de wereld. Het was een breekpunt in haar dagelijks levenspatroon<sup>81</sup>, waardoor ze haar levenseinde zwartgallig begon in te zien: *“Ik ben aan het einde van mijn leven. Ik zou niet meer willen herbeginnen. (...) Dat heeft mij stukken ouder gemaakt!”*

### 3.2. *“Ik kon me niet inbeelden zo te leven tot het einde van mijn dagen”*

Een tweede getuigenis van die strekking komt van mevrouw Darc (89 jaar, RVT – *privaat, vzw*). Haar betoog is afstandelijker en meer politiek getint dan de tussenkomst van de vorige bewoonster. Mevrouw Darc voelt zich als lid van de bewonersraad vaak geroepen om te spreken in naam van iedereen, en zich niet te beperken tot haar eigen ervaringen. Ze werpt zich op als woordvoerder. Haar maatschappelijke positie en haar beroep zitten hier wellicht voor iets tussen: ze was docente recht. Mevrouw Darc kwam in het woonzorgcentrum terecht door een aantal gezondheidsproblemen, maar vooral omdat ze zich verplaatst in een rolstoel. Ze heeft geen televisie, maar volgt alle informatie over de epidemie op haar computer.

Net als alle andere bewoners schetst zij in haar betoog het verdriet dat die bewuste periode heeft veroorzaakt bij mensen die hun laatste levensfase in afzondering moeten doorbrengen:



*We gingen door een periode die erg moeilijk onder woorden te brengen is en die ik nog steeds niet kan bevatten. Ik heb veel verbeeldingskracht, maar het idee*

*om een lockdown met alle gevolgen van dien te moeten meemaken voordat je sterft, is zo ingrijpend, zo heftig dat ik denk dat er heel, heel diepe wonden zijn geslagen onder de ouderen. Je zou voor minder je verstand verliezen. We weten dat we hier in onze laatste rechte lijn zitten naar de dood. We gaan nergens anders meer naartoe. De mensen hierbuiten weten niet wanneer en waar ze zullen sterven, maar wij weten al zeker dat het hier zal zijn!*

Mevrouw Darc beschrijft in geuren en kleuren hoe de aankondiging van de sluiting als een schokgolf door het woonzorgcentrum ging:



*We zaten hier 's middags nog rustig te eten in deze ruimte die als refter is ingericht. Daarna ging iedereen naar de kamer om een dutje of weet-ik-veel-wat te doen. En toen om vier uur kwamen ze ons zeggen ... We zaten in onze kamer en ze kwamen zomaar binnen met een mededeling: “Jullie mogen je kamer niet meer verlaten! Niemand mag nog uit zijn of haar kamer.” Op dat moment weet je niet voor hoeveel minuten, dagen, maanden, jaren dat zal zijn ... We werden ineens opgesloten, maar al bij al ben ik heel blij dat dit woonzorgcentrum het zo heeft gedaan. Het is waarschijnlijk daardoor dat het ergste ons is bespaard gebleven. Iedereen is toen onmiddellijk doeltreffend en zeer kort op de bal beginnen spelen. Ze hadden geen mondkapjes, beschermingspakken. Ze hadden niets. Geen producten om de handen te wassen en te ontsmetten en noem maar op. Het personeel stond hier in de vuurlinie. Ze liepen een groot gevaar, maar waren zeer moedig. En wij, of liever, ik ... Ik ben toen mijn kamer binnengegaan zonder te weten of ik er ooit levend zou uitkomen! Dat was een vreselijke gedachte! Men heeft hier eerder dan waar ook een lockdown ingesteld. Wij zaten al in lockdown nog voor de hele bevolking. Een week vroeger, als ik me niet vergis. We spraken toen nog niet over 'lockdown'. Dat woord kenden we nog niet. En dan, patsboem, het was er! Ze hadden een markering op de deur aangebracht dat we*

81. We verwijzen hier naar een tekst van Fabienne Malbois voorgelegd voor publicatie in het tijdschrift *Gérontologie et société* (vol.44, n°168) : “Une forme de vie à l'épreuve de la pandémie. Care et vulnérabilité dans les EMS”. De tekst kwam aan bod tijdens het seminar *Penser les vieillesse - Covid-19 en MR-S. L'emprise de la crise*, CDCS asbl, Brussel (ULB), 9 mei 2022.

*niet meer naar buiten mochten! Een stopteken! Ik heb het bijgehouden. Dat is iets wat heel hard binnenkwam. Ik uit geen kritiek op de genomen maatregel, maar de gevolgen ervan aan den lijve meemaken is nog iets anders dan een rationale keuze. Vandaag vinden we dat ze de juiste keuze hebben gemaakt! Maar op het moment zelf was het verschrikkelijk. Ik denk niet dat ik de enige ben die het zo heeft ervaren, geen vooruitzichten, niets. Er werd toen ook nog weinig over gepraat. (...) Na een tijdje kon ik het woord 'lockdown' niet meer horen. (...).*

Deze bewoonster beschrijft ook de gevolgen van de kamerisolatie voor het dagelijkse leven.



*Je zit daar dan in je kamer waar alles moet gebeuren. Een bad nemen kan niet meer, want ook daar zou je kunnen besmet worden. (...) Je komt niet meer uit je coconnetje. Ik heb nog het geluk dat ik in een tweekamerflat woon, en ben dus minder te beklagen dan sommige andere bewoners. Ik heb die sluiting als iets verschrikkelijks ervaren. (...) Geen andere mensen meer zien, niet meer met andere bewoners kunnen praten. Gelukkig waren er nog de personeelsleden die ons eten naar de kamer brachten. Dat is normaal hun werk niet. Er waren geen activiteiten meer, geen kine, geen fitness. (...) Iemand als ik die in een rolstoel zit en niet beweegt, heeft echt wel nood aan een minimum aan activiteiten. Dat was allemaal afgeschaft. Het was toen prachtig weer. We zagen dat de zon scheen. We wisten dat het dan heerlijk toeven is in onze tuin. Allemaal gedaan! Niets meer van dat! Toen de verpleegsters even tijd hadden, namen ze ons uitzonderlijk mee naar buiten voor wat frisse lucht. Ze bleven bij ons om te voorkomen dat we iemand anders zouden tegenkomen. Zo was het in het begin van de lockdown en bleef het maar duren. Ik ben vergeten hoe lang die periode waarin we niets mochten doen en niemand mochten zien, heeft geduurd.*

Mevrouw Darc geeft toe dat zij voortdurend schrik had om COVID op te lopen. Haar grote angst was: haar kamer misschien nooit meer mogen verlaten en haar leven eindigen in opsluiting: "De gedachte dat je door deze ziekte aan je kamer gekluisterd

bent, is afgrijselijk! Ik kon me niet voorstellen dat ik tot het einde van mijn dagen zo zou moeten leven!" Mevrouw Darc had niet gevoel dat ze "in een gevangenis" zat zoals mevrouw Henriette, maar ze wist wel dat wie de kamer verliet, zich onmiddellijk aan een berisping mocht verwachten. Rekening houdend met de 'zorgzame karakter' van het woonzorgcentrum, was dat een terechtwijzing geweest, in de zin van: "Had ik bijvoorbeeld gezegd 'ik ga naar buiten', dan kreeg ik zeker en vast de volle laag: "Geen sprake van, terug naar je kamer en vlug! We hebben toch gezegd dat je binnen moet blijven!" In het beste geval mochten de bewoners onder begeleiding naar de tuin.

Mevrouw Darc is blij dat ze via haar computer "in contact kon blijven met de buitenwereld". Ze deelt met ons haar mening over de politieke aanpak van de epidemie. Enkele van de zaken die zij aankaart, zijn het gebrek aan materiaal, aan tests enz. "We werden in die periode niet getest, en dat heeft alles bemoeilijkt." Ze vindt het ook jammer dat de bewoners nooit de kans kregen om met iemand over hun angsten te spreken (geen psycholoog, geen praatgroep enz.). Ze kan zich hierover nog steeds opwinden, en ook over het feit dat ze geen antwoord heeft gekregen op een brief die op haar initiatief aan de eerste minister werd gericht: "Ik heb die brief geschreven. Dat was voor mij een manier om mijn angst te overwinnen. En te kunnen zeggen "ik doe iets, ik ga op de juiste deur kloppen opdat er iets zou bewegen, dat men zou testen enz.". De artsen zeiden: "We moeten testen, testen!" En waar werd niet getest? In de woonzorgcentra!"

Volgens haar is het verwerpelijk bezuinigingsbeleid de oorzaak van de stiefmoederlijke behandeling van de woonzorgcentra tijdens de pandemie: "Ons leven was blijkbaar van geen tel, we zitten daar toch maar onze dood af te wachten ... En dat is vernederend!"

Mevrouw Darc is enkele weken na ons gesprek overleden. Ze kon helaas niet meer deelnemen aan de focusgroep voor bewoners, waar ze graag was bij geweest.

# Nadenken over de toekomst. Aandachtspunten voortkomend uit de ervaring van de Covid-19-crisis in woonzorgcentra

“De atopie weerspiegelt deze diepe kloof tussen het bekende en onbekende. De meedogenloze snelheid van de COVID-19-uitbraak met de onmiddellijke gevolgen van dien, doet weliswaar vragen rijzen, maar legt bovenal de structurele onmacht bloot om te reageren op onvoorziene behoeften. In die optiek dringt een verkleining van de atopische ruimte zich op, evenwel zonder al het voorgaande uit te sluiten.” [Eigen vertaling]

(Vercauteren R., Connangle S., 2021, p. 22)

De COVID-crisis bracht een schokgolf teweeg in de woonzorgcentra. Zoals reeds aangehaald, stonden deze instellingen voor een hele reeks uitdagingen die grotendeels te maken hadden met het gebrek aan voorbereiding, het klimaat van onzekerheid, ongerustheid en malaise, en het gebrek aan middelen om snel te reageren. De getuigenissen van de zorgverleners schetsen een beeld van hun grootschalige, nooit eerder vertoonde inzet, hun inventiviteit, hun herschikkingen om ‘te roeien met de beschikbare riemen’ en hun ondersteuning en zorg voor de bewoners in uitermate zorgwekkende omstandigheden.

Deze zware beproeving heeft sporen nagelaten op het moreel van de teams. Denken we maar aan hun gevoel van onmacht, van in de steek gelaten te worden, ontredde of verontwaardiging over de levensomstandigheden en het levenseinde die de bewoners werden opgelegd. Sommigen kunnen hun ervaringen al een plaats geven, maar anderen zijn nog steeds zwaar aangeslagen door wat ze hebben meegemaakt. Anderen zijn hun motivatie kwijt, zien het niet meer zitten, zijn opgestapt of denken eraan om de zorgsector en hun job vaarwel te zeggen. Talloze bewoners en naasten leden onder het gemis aan contacten als gevolg van de gezondheidsmaatregelen.

De crisisperiode heeft enerzijds de reeds bestaande malaise in de sector onder de aandacht ge-

bracht (het spanningsveld tussen ‘onderbrengen en verzorgen’<sup>82</sup>, tussen ‘beschermen en zorgen’<sup>83</sup>, de kloof tussen waarde- en respectvolle ondersteuning en de beschikbare middelen; het gevoel van geringschatting ten opzichte van de sector en de omgeving, een gevoel van verwaarlozing van de bewoners, het gebrek aan professionele erkenning op concreet en symbolisch vlak enz.). Anderzijds legde deze crisis ook het streven naar verandering bloot. De ambitie om het huidige structurele en culturele model van woonzorgcentra te hertekenen, wordt aangestuurd vanuit een grotere bekommernis dan vroeger voor het gezamenlijk ‘welzijn’ van de bewoners, hun naasten en de zorgverleners.

Verscheidene respondenten, zoals deze directeur, verwachten dat de crisis een hefboomeffect zal hebben op de sector zelf, omdat ze de debatten rond de sociale en maatschappelijke vraagstukken ter zake, in een stroomversnelling heeft gebracht:



*Ik denk dat de epidemie een en ander in beweging heeft gezet binnen de sector. Zonder de crisis zou dat niet of veel minder het geval zijn geweest. Er komen nu vragen op tafel die zonder de realiteit van de COVID-crisis nooit naar boven waren gekomen. Wie nu de woonzorgcentra aan de kaak stelt en beweert dat ze nutteloos*

82. Loffeier Iris, “Fabriquer du ‘bien-être’ : tension entre missions chez les personnels d’Établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France”, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n°1, 2011, pp. 69-84.

83. Zorg die technisch-klinische kennis combineert met constructieve verbondenheid. (Worms Frédéric, *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF, 2010, p. 249).



*zijn, miskent de kwaliteitszorg voor ouderen, en gaat voorbij aan de sociale rol die woonzorgcentra bekleden ten aanzien van de bewoners en de familieleden. (ROB – privaat-commercieel)*

Vanuit het geloof in de ‘vatbaarheid voor verbetering van de mensen’<sup>84</sup>, waarbij we de professionele, disciplinaire, statutaire enz. scheidingslijnen trachten te overstijgen, willen we in dit laatste deel de belangrijkste lessen die deze crisis ons heeft geleerd, belichten. Het zijn de thema’s die ons tijdens de verschillende fasen van deze studie (interviews, focusgroepen, scenarioworkshops) werden aangereikt door onze verschillende gesprekspartners – zorgverleners, naasten en bewoners. Doel: lessen trekken uit de crisis zoals ze werd ervaren in de woonzorgcentra, nadenken over de toekomst en meewerken aan een toekomstgericht model aan de hand van collectieve kennis en expertise. Bij de opmaak van dit rapport is het denkproces over bepaalde ‘pistes voor verbetering’ al in volle gang en lopen er al projecten (vanuit Iriscare, het maatschappelijk middenveld, de instellingen zelf enz.). Sommige aandachtspunten vereisen dringende, concrete voorstellen (pragmatische scenario’s), terwijl andere veeleer aansluiten bij een visionaire langetermijnvisie (droomsenario’s).

## 1. Crisisbeheer vergemakkelijken

### 1.1. Op overheidsniveau

- *De reactiesnelheid van de overheidsinstaties opvoeren.*

Heel wat respondenten zijn nog steeds verbitterd over het feit dat de ouderen “een hoge prijs hebben betaald”.

- *Een ‘pandemie-crisisplan’ opmaken voor de sector van de woonzorgcentra.*

Dit crisisplan moet uitgaan van een democratisch debat over de lockdown van bewoners en een denkproces bevatten over mensenrechten en ethiek<sup>85</sup>.

*Ze waren niet bezig met ons. (...) Er werden maatregelen genomen, maar die hadden geen betrekking op ons. Wij bestonden niet! Ze wisten nochtans dat er doden vielen! Ik had echt het gevoel dat de woonzorgcentra straal genegeerd werden. (...) Het leek alsof de overlijdens in woonzorgcentra de normaalste zaak van de wereld waren, het lot van de bewoners, toch? Het is toch ‘normaal’ dat mensen sterven in een woonzorgcentrum, daar zijn ze toch voor. Je brengt er mensen samen om ze daar te laten sterven ... (Bewoonster, RVT – privaat, vzw)*

- *Betere beschikbaarheid van materiaal en uitrustingen, zoals:*
  - tests en snelle resultaten
  - voldoende voorraad beschermingsmiddelen
  - zuurstof
- *Betere beleidscoördinatie voor de aanpak van de crisis. Betere onderlinge afspraken over de maatregelen tussen de verschillende beleidsniveaus (federaal, regionaal, communautair, gemeentelijk enz.).*

Velen betreuren de ingewikkelde beleidsniveaus en hun tegenstrijdigheden, alsook de voortdurende aanpassingen van de richtlijnen van Iriscare (die onhaalbaar werden bevonden op het terrein).

Volgens een coördinerende arts voelden de artsen zich als “marionetten van het systeem”, waarbij hun opdracht om de naleving van de maatregelen af te dwingen, onbegonnen werk was. “Ons werk werd vanaf het begin ‘gesaboteerd’. (...) Als de quarantaineregels tien keer of meer veranderen: zeven dagen, tien dagen, veertien dagen ... dan, tja. En dan het testen: om de drie dagen, zeven dagen, tien dagen, vier dagen, vijf dagen en ga zo maar door ...” Ook een directeur beschouwt de non-stop aanpassingen van de instructies als praktisch niet haalbaar:



*Het beleidsniveau zou bij een pandemie vooraf een plan van aanpak moeten hebben en niet met 36.000 verschillende adviezen voor de dag komen. Er ging bijna geen dag voorbij of we kregen nieuwe in-*

84. Hennion Antoine, Monnin Alexandre, “Du pragmatisme au méliorisme radical : enquêter dans un monde ouvert, prendre acte de ses fragilités, considérer la possibilité de catastrophes”, *Sociologies*, [Online], Dossiers, online geplaatst op 20 mei 2020, geraadpleegd op 1 augustus 2022. URL: <http://journals.openedition.org/sociologies/13931>; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologies.13931>

85. Lees hierover: Hirsch Emmanuel, *Une démocratie confinée. L'éthique quoi qu'il en coûte*, Toulouse, Erès, 2021.



*formatie die elkaar overlapt of de vorige tenietdeed ... Op een bepaald moment was dat kluwen niet meer werkbaar. En dan moet je 'breien met de wol die je hebt' en er het beste van maken ... (Directie, RVT – publiek)*

- *De richtlijnen beter communiceren om ze vlotter te kunnen implementeren (vereenvoudiging) en de bijkomende administratieve druk verlichten.*

*Ik vind communicatie superbelangrijk. Er moet eenduidig en helder, maar vooral ook eenvoudig, worden gecommuniceerd. Als je 25 pagina's met aanbevelingen krijgt ... sorry, maar dat zal niet werken. Niemand heeft tijd om in volle crisisperiode 25 pagina's te lezen. Iriscare heeft dat ingezien en heeft dan steeds dezelfde teksten doorgestuurd met de wijzigingen in het geel gemarkeerd. Daardoor zagen we meteen wat er veranderd was, maar het had al bij al, veel eenvoudiger gekund. (...) (Directie, RVT – privaat, commercieel, groep)*

- *De mogelijkheid voorzien om het systeem van omzendbrieven aan te passen aan en af te stemmen op de lokale contexten en situaties, met oog voor de specifieke doelgroepen (rekening houden met de uitvoerbaarheid van de maatregelen en de verschillende omstandigheden op het terrein<sup>86</sup>). Streven naar een minder bureaucratistische aanpak.*

De meeste mensen die we spraken, vonden dat de maatregelen voor de woonzorgcentra noodzakelijk waren om de besmettingen in te dijken. Verscheidene verantwoordelijken hebben ze dan ook 'naar de letter' nageleefd en zelfs nog aangescherpt, terwijl anderen net probeerden rekening te houden met de standpunten van de bewoners en hun gezondheidstoestand om ze te versoepelen. Het langdurige bezoekverbod voor naasten (soms ook bij een levenseinde) vormt hoe dan

ook een punt van kritiek aan het adres van de beleidsmakers en het institutionele crisismanagement.

Heel wat directies hadden liever wat meer autonomie of manoeuvreerruimte en vertrouwen gekregen om de maatregelen aan hun eigen context te kunnen aanpassen (configuratie van het gebouw, bewonersprofielen, tragische situaties ...). Doel: een "juist evenwicht bewaren" tussen de opgelegde beperkingen en de maatregelen die de directies opportuun achten om het risico op nefaste gevolgen voor de bewoners te beperken en voorrang te geven aan hun welbevinden. Ze waren ook vragende partij om hierover een ethisch denkproces op te zetten<sup>87</sup>.

*Ik dacht: "Wat moeten we hier in godsnaam mee doen? Hoe kunnen wij die richtlijnen uit omzendbrieven concreet implementeren in onze omgeving?" In elke vergadering zaten we ons af te vragen hoe we die verschillende omzendbrieven moesten interpreteren. (...) Ieder woonzorgcentrum is anders op het vlak van configuratie, infrastructuur, noem maar op. Daarom kwamen die instructies niet overeen met de realiteit op het terrein. (...) We besloten uiteindelijk om multidisciplinaire vergaderingen te beleggen met de coördinerende arts: "Dat gaan we niet doorvoeren; de mentale klap zal de onze bewoners doen wegwijnen. (...) Wij hebben hier bijvoorbeeld een grote tuin. En toch was het niet toegelaten om naar buiten te gaan. Waarom mogen onze mensen niet binnen ons domein wandelen? We hebben de omzendbrief dan maar aangepast aan onze situatie, enerzijds met de gezondheidssituatie en anderzijds met het welzijn van de bewoners en personeelsleden in het achterhoofd. (Directie, RVT – privaat, vzw)*

*Wat doen we met mensen met psychiatrische stoornissen? Want we vangen er steeds meer op. Door COVID takelen ze duidelijk verder af, dat zie je zo. Alle psychiaters bevestigen dit trouwens.*

86. In een reactie van het Franse Comité Consultatif National d'Éthique op de aanhangigmaking van het ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid van Frankrijk inzake de uitbreiding van de beschermingsmaatregelen in de EHPAD en de USLD (unités de soins de longue durée) van 30 maart 2020, wordt opgeroepen tot een bemiddeling op het vlak van kamerisolatie van ouderen in de woonzorgcentra. Dit initiatief biedt ruimte om, op grond van de criteria waarbij respectvol en met inachtneming van de bewoners en hun rechten wordt gehandeld, "met elkaar doorgesproken, uitvoerig gedetailleerde, proportionele en permanent gemonitorde maatregelen te overwegen." [Eigen vertaling] Zie ook het rapport van Unia over dit onderwerp. (Unia, *De impact van COVID-19-maatregelen op mensenrechten in woonzorgcentra: een kwalitatief onderzoek*, Brussel, 2020).

87. Dit aandachtspunt impliceert dat "de situatie kan worden geïnterpreteerd" zonder vrees voor sancties: "de situatie interpreteren kan op een bepaald moment ook de vorm aannemen van ongehoorzaamheid tegenover adviezen of bevelen. Sommige zorgverleners kozen daarom incidenteel om de 'doctrine' te overtreden of op zijn minst van de regel af te wijken om trouw te blijven aan hun eigen principes." Espace éthique Île-de-France, *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels*, januari 2021.

*In Brussel zijn er nauwelijks psychogeriatrische voorzieningen voor deze mensen. Voor ouderen met een mentale handicap zijn er helemaal geen instellingen. Waarkomen al die ouderen met deze en andere aandoeningen uiteindelijk terecht? Ze zouden toch een minimum aan begeleiding moeten kunnen krijgen! Dat zijn allemaal zaken waarover in het post-COVID-tijdperk moet worden nagedacht in het kader van de herwaardering van de sector. Maar dat gebeurt niet. De psychiatrie en gehandicaptensector zijn dé vergeten groepen. Ook deze mensen worden ouder. Hoe moet ons samenlevingsmodel er in de toekomst uitzien? (Maatschappelijk assistent, RVT – publiek)*

## 1.2. Op het niveau van de woonzorgcentra

- *Crisisvoorzieningen uitwerken*

De meeste woonzorgcentra bevestigen dat ze eigenlijk niet voorbereid waren op een epidemie van dergelijke omvang, en dat ze evenmin over de nodige uitrustingen beschikten. Ze vinden dat ze nu beter ‘gewapend’ zijn, zowel wat betreft beschermingsmateriaal als kennis over de specifieke procedures. De zorgverleners benadrukken het belang van proactief handelen en het reactievermogen van hun structuur, van de samenstelling van een crisisteam, van een goede communicatie met de teams (duidelijkheid over de evolutie van de epidemie, de maatregelen enz.), van de teamondersteuning, van de samenwerking met de coördinerende artsen en huisartsen, van de wederzijdse hulp en solidariteit. Volgens hen zijn dit hefboomen voor de toekomst.

- *De structuur van de instellingen optimaliseren*

De bouwkundige configuratie van de instellingen heeft de aanpak van de epidemie binnenin de gebouwen ofwel bevordert ofwel bemoeilijkt. In gebouwen met verschillende verdiepingen, brede gangen, meerdere eetruimten, verschillende liften (die een scheiding tussen de “propere” en “vuile” lijn mogelijk maken), buitenruimten (terras, tuin) was de viruscirculatie beter onder controle te houden, mede dankzij een herschikking van de diensten in ‘bubbels’ (kleinere afdelingen). Kleinere structuren op hun beurt hadden het voordeel dat ze snel konden reageren en de vereiste wijzigingen aanbrengen op organisatorisch vlak (minder beslissingsniveau).

- *Ter ondersteuning van de virtuele communicatie: de digitale toegankelijkheid uitbreiden en internet en de communicatietools (tablets enz.) in de woonzorgcentra op grotere schaal uitbouwen.*

De COVID-periode heeft het belang uitvergroot van communicatie, het behoud van de band met de naasten en de contacten tussen de naasten en hun familielid in een instelling. Naast de klassieke telefoon zijn internet en de digitale communicatiemiddelen onmisbare instrumenten geworden in de communicatie tussen het woonzorgcentrum en de buitenwereld. Het is wel belangrijk dat de bewoners op hulp kunnen rekenen bij het gebruik van de apparaten en de virtuele communicatie. Deze manier van communiceren is immers niet voor iedere bewoner vlot haalbaar. Er moet rekening worden gehouden met de digitale kloof, met het vermogen van de bewoners om deze toestellen te gebruiken en met hun wens om digitaal te communiceren. Het is niet de bedoeling hun digitale ‘onkunde’ extra in de verf te zetten.

- *Begrip en aanvaarding van de maatregelen door de bewoners bevorderen.*

Een aantal naasten merkt op dat een betere communicatie over de maatregelen de aanvaarding had kunnen bevorderen. Sommigen hadden liever een mondelinge toelichting gehad van de richtlijnen in aanwezigheid van enkele familieleden, die dan op hun beurt de informatie konden briefen.

## 2. De organisatie en de omkadering van het werk herdenken

### 2.1. Personeel in woonzorgcentra

- *Financiële middelen vrijmaken voor het personeel, de normen optrekken, rekening houden met de evolutie en de diversiteit van de profielen (grotere zorgbehoefte dan vroeger, meer technische vaardigheden vereist, nood aan extra sociale ondersteuning).*

De COVID-crisis heeft de problematiek van de personeelscapaciteit in de woonzorgcentra verder aangescherpt. Alle mensen die we spraken, vragen om de normen voor het zorgpersoneel op te trekken (verpleegkundigen, zorgkundigen). De druk op de schouders van het bestaande personeel was zo zwaar dat sommigen overwegen om

hun job op te geven. We brachten al ter sprake dat veel respondenten vinden dat de overheidsinstanties geen oog hebben voor de concrete arbeidsomstandigheden – ‘het beroep zoals het is’ – in het licht van de veranderende bewonersprofielen in de woonzorgcentra<sup>88</sup>. Deze evolutie heeft volgens hen een impact op de kwaliteit van de begeleiding, de levenskwaliteit van de bewoners en hun welzijn. Laat dit nu net factoren zijn die op hun beurt de arbeidsvreugde van de zorgverleners meebepalen. Verder wijzen ze erop dat deze omstandigheden aanzetten tot onvrijwillige praktijken van ‘institutionele mishandeling’ (vaak gebagatelliseerd of aangemerkt als dagelijkse kost), en dat ze demotivatie in de hand werken.

*Niemand kan een bewoner in minder dan twee minuten wassen en alle bijkomende noodzakelijke zorgtaken uitvoeren. Bij controles vragen ze ons: “Hoe zit het met de nagels en al die zaken ...” Ze gaan ervan uit dat wij dat allemaal klaarspelen in twee minuten, terwijl we met 4 verzorgenden instaan voor 30 à 38 bewoners op een hele voormiddag. Hoe kan je nu al die mensen wassen als je maar met 4 bent? Je moet daarmee klaar zijn tegen 11 uur, want die dienst loopt door. Daarna, tegen 11.30 uur moet hun soep klaarstaan en moeten ze kunnen eten. Hoe zouden ze dan willen dat we hen wassen? Het is gewoon zielig! (...) Denken zij misschien dat wij robots zijn en altijd alles maar aankunnen? (Verpleegkundige, RVT – publiek)*

We zouden veel efficiënter kunnen werken, mochten we met meer mensen zijn. Ik vind het niet kunnen dat je aan een bewoner die om 9.30 uur wil opstaan, moet zeggen: “Nee, nu niet, u moet nog een uur wachten”, dat is mensonterend, echt onmenselijk. Wanneer je moet zeggen: “Deze week kan u helaas niet in bad. U zal een week moeten wachten, want we zijn onderbezet”, ook dat is niet menselijk. Dat zijn dingen die er bij mij niet ingaan! We zijn dan ook effectief met te weinig mensen voor het werk dat we doen. Je moet ook weten dat alles langzamer gaat: ouderen zijn niet meer zo snel, je moet hen met geduld, zachtheid en kalmte behandelen. Hoe pakken jullie die loodzware werkdruk aan? Doorwerken, hé, zorgen dat alle opgelegde taken afgevinkt zijn. Maar door snel te werken, jagen jullie de mensen op en luisteren

jullie niet naar hen! (Hoofdverpleegkundige, RVT- privaat, commercieel, groep)

*De mensen die momenteel in onze sector worden opgevangen, zijn veel zwaarder hulpbehoevend dan 10 jaar geleden. Het gaat om mensen die zeer laag scoren op zelfredzaamheid. Wat de personeelsnormen op het terrein betreft, zien we evenwel geen toename in het aantal medewerkers. Er is niet alleen de vergevorderde leeftijd van onze bewoners, maar we hebben ook steeds meer mensen met dementie. Deze laatste groep vergt dubbel zoveel tijd, omdat wij hen steeds achterna moeten lopen, de dingen tienmaal uitleggen, en omdat we hen niet mogen pushen. Dat neemt allemaal verschrikkelijk veel tijd in beslag en we komen handen tekort om deze bewoners op een adequate manier de nodige zorg te kunnen geven. (...) Twintig jaar geleden hadden we bijvoorbeeld tien bedlegerige bewoners en tien mensen met dementie, maar daarnaast had je nog een grote groep die zich elke ochtend alleen kon aankleden, zich scheren, zich oprispen. Je bracht toen het ontbijt binnen in de kamer en kon je plateau daar gewoon achterlaten, een beetje zoals roomservice. “Als u mij nog nodig hebt voor uw rug, bel maar, hé”, enz. Vandaag is dat niet langer het geval, je moet van kamer naar kamer gaan en ... (Hoofdverpleegkundige, RVT – privaat, vzw)*

Naast een uitbreiding van het aantal verzorgende personeelsleden, zou ook meer personeel moeten beschikbaar zijn voor animatie en activiteiten die het welbevinden en de levenskwaliteit van de bewoners verbeteren (het leven intra en extra muros). Dergelijke medewerkers kunnen de instellingen warmer en menselijker maken. Sommige directies bepleiten meer flexibiliteit op het vlak van financiering van de verschillende functies, zodat ze meer speelruimte krijgen in hun aanwervingsmogelijkheden.

88. Bewoners die steeds ouder en ‘afhankelijker’ zijn bij opname in een woonzorgcentrum, met een toename van meervoudige pathologieën, waaronder cognitieve, psychologische en psychiatrische problemen.

- *De functie van een interne psycholoog in het leven roepen.*

Veel respondenten zouden meer transdisciplinaire<sup>89</sup> teams willen zien met daarin diverse profielen.

*Een belangrijke les die we hieruit [de crisis], kunnen trekken, is dat we ons hokjesdenken moeten doorbreken als het gaat om zorgberoepen. Ieder van ons is zorgverlener, we dragen allemaal ons steentje bij, we zijn een team! We moeten meer aandacht hebben voor de dagelijkse omgang met de bewoners en veel minder voor de functies. We hebben een ondersteunende functie. Ik denk dat onze sector nood heeft aan dergelijke profielen. Wij hadden COVID daar niet voor nodig. COVID heeft alleen maar zaken die we al wisten aan het licht gebracht, concreet gemaakt. (...) Ik zou durven zeggen dat er nu meer spontane betrokkenheid aanwezig is. Vroeger hoorde je van: "Ja maar, dat is mijn werk niet", naar het oerclassieke model van 'ken je plaats': de kinesist doet kine, de psycholoog doet gesprekken en de verpleegster doet de verzorging ... (Psycholoog, RVT – Privaat, commercieel, groep)*

## 2.2. Opleiding

Er werd meermaals gewezen op het gebrek aan opleiding. Die noodzaak situeert zich voornamelijk op het vlak van geriatrische vorming voor de zorgverleners en meer algemeen op het vlak van psychosociale aspecten van veroudering. De meningen zijn minder uitgesproken als het gaat om een tekort aan opleiding inzake hygiëne en profylactische maatregelen.

Voorts wordt aangestuurd op de uitwerking en verdeling van meer theoretische en praktische instrumenten om over de woonzorg- en begeleidingsmodellen na te denken.

Het is ook wenselijk om de bewustmaking/vorming op het vlak van ethisch denken en psychologie uit te breiden en het opleidingsaanbod te verruimen (beschikken over een opleidingscluster voor woonzorgcentra, meer bepaald voor de niet-verzorgende beroepen).

## 2.3. Arbeidsomstandigheden in woonzorgcentra

- *Betere arbeidsomstandigheden (bezetting, uurroosters, vakantiedagen, recuperatie van overuren, work-lifebalance enz.).*

De arbeidsomstandigheden zijn er tijdens de crisis fors op achteruitgegaan. Veel zorgverleners lieten noteren dat de toegenomen mentale druk, de zwaardere werklast en de aanpassing van hun werkmethoden aan de epidemische context hen behoorlijk op de proef hebben gesteld. Veel respondenten dringen aan op een herwaardering van hun job. Deze oproep is niet nieuw, maar werd aangewakkerd door de loonkloof (de vergelijking tussen lonen van zorgverleners in ziekenhuizen en in woonzorgcentra) en de gedrevenheid waarmee ze het beste van zichzelf hebben gegeven om hun bewoners de vereiste kwaliteitszorg te bieden.

De uurroosters vormen een apart aandachtspunt. De werktijden moeten flexibeler aanpasbaar zijn om ze te kunnen verzoenen met een gezinsleven. Verschillende zorgverleners geloven dat dit een concrete stimulans kan zijn om mensen warm te maken voor het beroep (aantrekkelijkheid van de job).

*Om mensen te kunnen werven in onze sector zouden de werktijden beter moeten afgestemd zijn op bijvoorbeeld vrouwen met kinderen of medewerkers van 60 jaar en ouder. Ik vind dat men daar nog niet alle denkpistes heeft bestudeerd. Er wordt altijd geklaagd dat er zoveel mensen uit de het beroep stappen, maar de meesten nemen die beslissing niet om financiële redenen. Er zijn mensen die vertrekken omdat de uren op een bepaald moment in hun leven niet langer combineerbaar zijn met een gezin. Ik ben er zelf ook zes jaar uit geweest. Ik had toen drie jonge kinderen en kon onmogelijk 's ochtends om 8 uur op mijn werk geraken. Je moet jezelf niets wijsmaken. Volgens mij speelt het zorgsysteem nog te weinig flexibel in op die noden. Het is gewoon een kwestie van aanpassing: niet alleen aan de zorgvragers, maar ook aan de zorgverleners! (Hoofdverpleegkundige, RVT – publiek)*

<sup>89</sup>. Dat is ook een van de aanbevelingen van de Koning Boudewijnstichting in het rapport *Kiezen moet kunnen. Ook voor ouderen. De woonzorgomgeving van de toekomst*, september 2022, p. 25



- *Bemiddeling bij spanningen en conflicten op het werk, inzetten op het collectief belang.*

De COVID-crisis heeft de reeds aanwezige sociale spanningen in de instellingen – wrijvingen tussen zorgverleners en directie, tussen zorgverleners onderling, tussen zorgverleners en bewoners, zorgverleners en mantelzorgers – alleen maar aangewakkerd. Deze onderhuidse conflicten uitten zich in het al dan niet naleven van de beschermingsmaatregelen, zich al dan niet laten vaccineren, verschillende houdingen ten opzichte van werk en inzet enz. Sommige directies spraken hun frustratie uit over de dagelijkse verwijten die ze moesten incasseren: *“We waren net pompiers die brandjes (klachten) moesten blussen!”* Een coördinerende arts is ontmoedigd door de voortdurende sociale conflicten waarbij het lijkt alsof hij geen kant meer op kan.

Om samen te werken in een woonzorgcentrum en gezamenlijk te bouwen aan (nieuwe) werkvormen is het nodig om een gemeenschappelijke visie op het institutionele project uit te werken en te delen. COVID heeft een aantal uitdagingen blootgelegd, zoals culturele diversiteit, problemen door ontoereikende talenkennis, verschillende normen, waarden en ethische opvattingen, soms zelfs politieke confrontaties die niet thuishoren op de werkvloer enz.

- *Meer erkenning voor de zorgverleners.*

Heel wat zorgverleners benadrukten het gebrek aan erkenning en waardering voor hun werk in een woonzorgcentrum. Ze wijzen daarbij met de vinger naar de politieke wereld, de media en het maatschappelijk middenveld. Aan het begin van de crisis viel hen weliswaar een soort publiek heldendom ten deel, maar het lof dat ze toen in ontvangst mochten nemen, lost geenszins de erkenning in die ze verwachten. Dat de toenmalige felicitaties niet tot concrete verbeteringen van hun statuut en arbeidsomstandigheden hebben geleid, vinden ze een spijtige zaak. Het viel velen bovendien op dat het tijdelijke heldendom al snel plaats moest ruimen voor denigrerende, beschuldigende en kwetsende uitlatingen<sup>90</sup>.

90. Boeiende inzichten over de kritiek op de heldenverering van de zorgmedewerkers zijn te vinden in het hoofdstuk “Les professionnels face aux marques de reconnaissance et au mouvement d’héroïsation” in: Espace éthique Île-de-France, *Pendant la pandémie et après. Vécus et analyses de professionnels du soin et de l’accompagnement. Enquête sur la première vague de la COVID-19*, maart 2022, p. 42 en volg.

91. Goffman Erving, Asiles. *Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

92. In de betekenis van de ‘totale instituties’ zoals omschreven door Goffman.

“Erkenning betekent voor mij ook gehoord worden over de lastige aspecten van het werk”, aldus een verpleegkundige. “Wij zijn geen helden, we ook gewoon maar mensen. We zijn eigenlijk geen helden. En aangezien we gewoon maar mensen zijn, hebben ook wij hulp nodig, bijvoorbeeld om niet dagelijks met het uitputtingssyndroom te worden geconfronteerd ...” (*RVT – publiek*).

#### 2.4. Institutionele cultuur - Begeleidingsmodellen

De COVID-crisis heeft de lokale zorg- en begeleidingsmodellen flink aan het wankelen gebracht. In de praktijk werd voorrang gegeven aan de inperking en de aanpak van de epidemie; de gezondheidsinstructies stonden meermaals haaks op de waarden en de beroepsethiek van de zorgverleners. Het was voor hen meestal niet meer mogelijk – of toch minder dan gewoonlijk – de bewoners de nodige zorg te bieden die zij wenselijk achtten. Het leven van de bewoners werd voor een lange periode “on hold” gezet. Ze waren aan hun kamer “gekleusterd”<sup>91</sup>, zonder dat ze naar buiten konden of hun vertrouwde bezoekers konden ontvangen. Hun lot lag in de handen van het woonzorgcentrum dat toen als enige in hun behoeften moest voorzien<sup>92</sup>. Iedereen verlangde naar de terugkeer van het gewone leven, naar instellingen die weer gastvrijer werden, waarin kwaliteitszorg en degelijke ondersteuning weer mogelijk was en waar de bewoners zich opnieuw ‘thuis’ voelden.

- *De relatie hertekenen tussen cure en care in woonzorgcentra; tussen het concept ‘zorgomgeving’ en ‘woonomgeving’.*
- *Care opnieuw centraal stellen in de woonzorgcentra-praktijken, de begeleiding uitbreiden om het relationele en de zelfredzaamheid van de bewoners te bevorderen (hierbij worden de modellen van Tubbe en Montessori regelmatig aangehaald).*
- *De capaciteiten van de bewoners ondersteunen met aandacht voor hun verschillende kwetsbaarheden.*



- Waarden als zorgzaamheid en menselijkheid bevorderen (in tegenstelling tot ont-menselijking, standaardisering, depersonalisatie). 'Deugdelijke' instellingen promoten waar geen 'vernederings' plaatsvinden (niet van bewoners, zorgverleners of naasten).
- Organisatiemodellen bepleiten die heilzaam zijn voor het welzijn van iedereen.

Wat de hele situatie wellicht heeft bemoeilijkt, is dat men te fors heeft ingezet op veiligheid en hygiënemaatregelen. We moeten terug naar meer menselijkheid en 'care' in de huidige zorgverlening en op zoek gaan naar een evenwicht. (...) 49 van de 50 procedures die ons werden opgelegd, hadden betrekking op hygiëne. Slechts een betrof het 'wegkwijnverschijnsel'. De klemtoon lag constant op hygiëne en veiligheid. De bedenking die we ons maken na de eerste golf, is dat er meer mensen zijn gestorven door weg te kwijnen van verdriet dan aan COVID. (Directie, RVT – publiek)

Ons huidige woonmodel situeert zich tussen gevangenis, ziekenhuis en hotel. We zouden er echter graag een 'thuismodel' van maken. (...) Dat is wat de mensen die hier in ons woonzorgcentrum terecht komen, verwachten. Ze willen bezig zijn, iets om handen hebben. Ze willen een plekje hebben. Ik stel vast dat de mentaliteit en de verwachtingen niet meer dezelfde zijn als 30 jaar geleden toen ik hier begon. De mensen zijn nog actief. In 30 jaar heb ik de senioren zien veranderen. Daarom vind ik dat we het zorgmodel fundamenteel moeten hertekenen. Het model waarin alles in de plaats van de bewoners wordt gedaan, waarin ze niet meer mogen ... waarin ze als kinderen worden behandeld. Waar slaat dat op? (...) Alles wordt gedaan in de plaats van de mensen. Volgens mij moet de opvang van ouderen absoluut anders worden aangepakt. We zijn het spoor bijster. Bij ons geldt de regel "mensen die zelf hun glas kunnen inschenken, moeten dat ook doen". (...) Als bewoners zichzelf nog een beetje kunnen wassen, laten wij hen doen. In sommige woonzorgcentra worden alle bewoners in bed gewassen en verzorgd, ook mensen die nog kunnen rechtstaan ... Gewoon omdat het op die manier sneller gaat. Iedereen gelijk voor de wet! Zo kunnen we sneller werken, zonder te moeten nadenken. Bij ons is deze manier van werken al jaren niet meer in gebruik. En we zouden nog

verder willen gaan. Ons doel is de bewoners erbij te betrekken alsof ze 'thuis' zijn. De tafel dekken, hun bed opmaken, hun kamer opruimen; heel wat bewoners kunnen dat nog allemaal zelf. En is dat niet het geval, dan zijn wij er om te helpen bij de zaken die echt niet meer lukken. (...) Dat vergt uiteraard een hele organisatie, een andere manier van werken en de bewoners hun zin te laten doen! (Paramedisch directrice, RVT – privaat, vzw)

- Institutionele modellen promoten die dichterbij de buurt, de stad en de wereld staan. Het sociaal leven boosten.

Wat zeker belangrijk is en moet worden uitgebreid, zijn de kleine gebaren, activiteiten en verlangens die deel uitmaken van het dagelijks leven. Er moet meer begeleiding zijn om het contact met de buitenwereld te vergroten, zodat de bewoners kunnen aanknopen met hun leven van voorheen. Althans als de bewoner dat wenst. Zo kwam er bij ons een dame binnen op de afdeling voor mensen met cognitieve problemen die fysiek nog in staat was om te wandelen enz. Elk weekend trok zij naar de Marollen om rond te snuisteren op de antiekmarkt. Het zou de bewoners een echte boost kunnen geven als wij de mogelijkheid hadden om hen vaker bij te staan in de dingen die ze graag deden, alles wat ze vroeger belangrijk vonden en waar ze nu nog met plezier naar uitkijken. Dat is mijn ultieme wens. Wanneer we dit nu doen, zien we telkens dat het werkt! (Psychologe, RVT – publiek)

- De levenskwaliteit ondersteunen = burgerschap en het vermogen om beslissingen te nemen en keuzes maken bevorderen.

Zichzelf nog kunnen ontplooiën, keuzes maken, zelf beslissen waarin je zin hebt en daarbij kunnen rekenen op begeleiding, keuzes respecteren. Ik denk dat al die zaken bijdragen tot burgerschap: niet onmondig zijn wat betreft beslissingen of alles wat met de persoon zelf te maken heeft. Het is niet zo dat wij beter weten wat de persoon in kwestie nodig heeft. De bewoners moeten hun inspraak kunnen behouden. Het is de bedoeling dat wij hen, waar mogelijk, begeleiden in hun keuzes, in hun plannen. Ik denk dat wij de bewoners te vaak als kinderen behandelen, we luisteren niet altijd naar wat ze te zeggen hebben en we laten hen niet altijd zelf keuzes maken. (...) Hen beschouwen als burgers ... (Psychologe, RVT – publiek)

### 3. De samenwerking in en rond de woonzorgcentra versterken

#### 3.1. Samenwerkingsverbanden binnen dezelfde sector, tussen woonzorgcentra

- De wisselwerking tussen instellingen uitbreiden.

De COVID-crisis heeft geleid tot onderlinge samenwerking en solidariteit tussen instellingen (bijvoorbeeld wat betreft het materiaal). Sommigen respondenten zouden graag zien dat de onderlinge samenwerking zich verder ontwikkelt en prevaleert op concurrerende praktijken die als contraproductief worden beschouwd. Ze bepleiten bijkomende uitwisseling van 'goede praktijken' tussen de instellingen en sectoren, of ze nu publiek of privaat zijn, of tot het maatschappelijk middenveld behoren (met name op buurtniveau).

- Het overleg tussen zorgverleners en de onderlinge kennisuitwisseling van de beroepen ondersteunen (bijv. via specifieke beurzen voor beroepen in woonzorgcentra). Netwerken opzetten (een beleid ontwikkelen dat netwerken activeert en ondersteunt).

Eventueel initiatieven uitbreiden naar het voorbeeld van Iriscare om de samenwerkingsverbanden in de sector te versterken door professionele netwerken op te richten, zoals het netwerk van hoofdverpleegkundigen.

#### 3.2. Samenwerkingsverbanden tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen

- De samenwerking tussen de woonzorgcentra en ziekenhuizen uitbreiden, de praktijken toelichten en de communicatie verbeteren tijdens crisissen. De administratieve verplichting om akkoorden af te sluiten tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen moet gepaard gaan met een concrete implemen-

tatie van deze samenwerkingsverbanden (kennis van de diensten, opvang van stagiaires enz.).

- De mechanismen achter de zorgcontinuïteit (procedures, communicatie) uitbreiden.

Niet alle woonzorgcentra behoren tot een ziekenhuisnetwerk dat hen de mogelijkheid biedt om hun bewoners te laten opnemen. Sommigen betreuren het gebrek aan transparantie, aan doorverwijzing (zorgcontinuïteit), aan communicatie. De zorgverleners beschikten niet altijd over de officiële informatie. De combinatie van deze gegevens met de berichtgeving in de media zorgde meermaals voor verwarring: "We hoorden in de pers dat ziekenhuisopnames werden geweigerd ..." (Directie, RVT - publiek)

- Op ruimere democratische basis een ethische denkoefening opzetten over voorrangspraktijken, over triage en over de toegang tot ziekenhuiszorg voor ouderen<sup>93</sup>.

Dit debat moet plaatsvinden in een breed denk-kader over sociale ongelijkheid binnen de gezondheidszorg en daarbuiten, aldus Fabrice Gzil. Het debat moet de collectieve, democratische confrontatie aangaan met een netelig vraagstuk als de verdeling van de middelen voor gezondheidszorg tegen de achtergrond van een epidemie<sup>94</sup>.

*Het is schandalig dat ziekenhuizen mensen weigeren uit woonzorgcentra omdat ze oud zijn en toch moeten sterven! Ik besef wel dat het einde stilaan nadert. (...) Maar dat iemand mij zegt: "U mag niet naar het ziekenhuis"; terwijl dat wel nodig is? Ik ben een COVID-patiënt net als de anderen ... Maar dan beschouwd worden als iemand die ondanks alles toch binnenkort zal sterven ... Dat is onaanvaardbaar. Vanuit het standpunt van de mensenrechten, is dat ronduit schandalig. (...) Er zou geen voorkeur mogen zijn. Het gezondheidssysteem moet voldoende uitgebouwd zijn om zowel jong als oud te kunnen opvangen. Maar wat heeft men gedaan? Het aantal bedden teruggeschroefd en gesnoeid in*

93. Lees onder andere over dit onderwerp: Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, *Aanbeveling COVID-19: Ethische aspecten betreffende prioritering van zorg*, Aanbeveling van 21 december van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek; Gzil Fabrice, "Triage et COVID-19 : qu'est-ce qui ne va pas avec l'approche utilitariste ?" *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Région Île-de-France, oktober 2020, pp. 59-60; Leichter-Flack Frédérique, "Trier face à l'afflux des malades : critères de priorisation ou choix des sacrifiés ? La soudaine visibilité du "tri" dans le débat public et ses effets, *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Région Île-de-France, oktober 2020, pp. 56-57; Morel Sylvie, "Chaque pays, en fonction de son système de soins, choisit ses morts !" *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Région Île-de-France, oktober 2020, pp. 54-55; Nicolas Guylène, "L'égalité d'accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie", *Droit, Santé et Société*, 2020/1, pp. 31-40.

94. Gzil Fabrice, « Triage et Covid-19... ».

*het zorgpersoneel. De afgelopen jaren werd alleen maar bezuinigd en dat wil ik aan de kaak stellen. Nee, ik wil niet dat ze mij voor die keuze stellen, ik wil dat de maatschappij daarop voorzien is en dat men dergelijke keuzes niet hoeft te maken. (Bewoonster, RVT – privaat, vzw)*

### 3.3. Samenwerking coördinerende arts - huisarts

#### 3.3.1. Rol van de coördinerende arts

- *De samenwerking en (aanvullende) rolverdeling met de huisartsen (coördinatie) verbeteren.*

De COVID-crisis heeft de onmisbare rol van de coördinerende arts blootgelegd in de aanpak van de crisis in de instellingen (implementatie van de procedures, informatie en ondersteuning van teams, bemiddeling met de ziekenhuizen enz.). Wat het overleg met hun collega's-huisartsen betreft, is er evenwel ruimte voor verbetering, of zoals een directielid van een instelling het verwoordt: *“Soms hadden we de indruk dat er tussen de artsen een gebrek aan eenstemmigheid of coördinatie was. Het kon gebeuren dat de coördinerende arts vond dat we een bewoner beter intern konden verzorgen en niet lieten opnemen in een ziekenhuis, terwijl de huisarts voorstander was van een opname. (Directie, RVT – publiek).*

#### 3.3.2. Rol van de huisarts

- *Tijdens een epidemie, de toegang van de huisartsen afstemmen op de lokale situaties en de noden van de bewoners.*
- *De opvolging van de bewoners door hun huisarts vergemakkelijken.*

Sommige coördinerende artsen en huisartsen luiden de alarmbel en maken zich zorgen over het totaal 'gebrek aan bereidwilligheid' van bepaalde huisartsen om patiënten te bezoeken in woonzorgcentra.

De raadplegingen van huisartsen ter plaatse werden sterk afgeraden tijdens de crisis (ten gunste van virtuele raadplegingen)<sup>95</sup>. Sommige woon-

zorgcentra weigerden hen de toegang, andere lieten hen gewoon binnen en een hele groep huisartsen koos er trouwens zelf voor om niet meer langs te gaan. Sommige huisartsen bleven hun patiënten op afstand opvolgen, terwijl anderen de follow-up overlieten aan de coördinerende arts of aan de zorgverantwoordelijke.

## 4. Rekening houden met het leed van verzorgenden, bewoners en naasten

### 4.1. Ethische reflectie

- *De relatie tussen gemeenschappelijke gezondheidszorg en het belang van elk individu op de agenda zetten.*
- *Een algemene cultuur van ethische overwegingen uitbouwen in de woonzorgcentra. Naast de aanpak van de recente crisissituaties moeten hierin ook vraagstukken aan bod komen zoals levenseinde, seksualiteit van de bewoners, dwangmaatregelen enz.*
- *Het ethisch denkproces moet in goede banen worden geleid door zorgverleners die een opleiding klinische ethiek volgden.*
- *De opleiding klinische ethiek ondersteunen.*

De COVID-crisis heeft heel wat ethisch lijden veroorzaakt onder de zorgverleners. Ook de bewoners en hun naasten bleven hiervan niet gespaard. De naleving van de gezondheidsmaatregelen zorgde voor talloze hoofdbrekers voor de teams en spanningen tussen de zorgverleners onderling en met bewoners en hun bezoekers. Heel wat zorgverleners verklaarden dat de zingeving van hun job hierdoor werd aangetast en dat hun ethische waarden werden uitgehold. Ze werden op bepaalde momenten gedwongen om bewoners op te sluiten of hen 'vol te proppen' met kalmeringsmiddelen. Ze stonden voor situaties die in hun ogen ruimer ethisch beraad vereisten, of waarbij een aanpassing van de maatregelen zich opdrong. Dit om een evenwicht te verkrijgen tussen veiligheid en leed van de bewoners: pogingen tot zelfdoding, zelfmoorden, bewoners die wegwijnden met de dood tot gevolg, bewoners die hun verzet lieten blijken via gewelddadige en agressieve uitlatingen en handelingen.

95. De routinebezoeken van de huisartsen werden opgeschort van 15 maart (23 maart in Vlaanderen) tot 18 juni 2020. De huisartsen mochten wel nog altijd op aanvraag langskomen of werden telefonisch geraadpleegd. (Aanbeveling van AFRAMECO, de Franstalige vereniging van coördinerende en raadgevende artsen in woonzorgcentra).

## 4.2. Stervensbegeleiding en lijkrituelen

- *De begeleiding en het comfort bij het levenseinde van de bewoners verbeteren.*
- *Nadenken over haalbare praktijken bij het levenseinde en lijkrituelen tijdens een epidemie.*
- *Omgaan met trauma's. Nadenken over een publieke en officiële herdenking van COVID-slachtoffers in woonzorgcentra.*

De omstandigheden tijdens het levenseinde, het overlijden, de lijk- en uitvaartrituelen vervullen nog steeds veel mensen met afschuw. Ze laten diepe sporen en trauma's na bij zowel de zorgverleners als de naasten van overleden bewoners.

## 5. De bewoners en naasten meer inspraak geven

### 5.1. Participatie van de bewoners

- *De bewoners betrekken bij beslissingen die hen aangaan (in overeenstemming met hun vermogens).*
- *De bewonersraden herbekijken met het oog op meer participatie en meer burgerbewustzijn vanuit de bewoners.*
- *De functie van aanspreekpersoon voor de bewoners in het leven roepen.*

### 5.2. Erkenning van de rol van de naasten

- *De informatie en communicatie met de omgeving van de bewoners verbeteren (overleg over geschikte middelen).*
- *De expertise en de inbreng van de naasten erkennen bij de ondersteuning en hulp aan bewoners. De sociale en affectieve banden tussen de bewoners en hun omgeving vrijwaren.*

Een woonzorgcentrum is geen ziekenhuis, het is de leefomgeving ... van mensen die geleidelijk naar het einde van hun leven gaan. Het contact met hun omgeving moet anders kunnen dan via een scherm ... Ze moeten bij hun kinderen, en af en toe ook bij hun kleinkinderen kunnen zijn ... (Arts 4)

- *Begeleidingsmodellen ontwikkelen die openstaan voor de naasten (samenwerking met de familieleden in een partnerrol).*

Tijdens de COVID-crisis werden de naasten op afstand gehouden. In sommige gevallen bleven de instellingen hen in zekere mate de vrije toegang ontzeggen (bijv. door na de COVID-periode de bezoeken in te perken).

- *De oprichting van steungroepen voor mantelzorgers aanmoedigen*

### 5.3. Conflict- en klachtenbeheer

- *Een bemiddelaar (ombudsfunctie) inzake de bewonersrechten aanstellen om bij problemen de dialoog aan te gaan tussen het woonzorgcentrum, de naasten en bewoners en om conflicten uit te klaren; een sfeer van vertrouwen scheppen (bijv. overlegcultuur, informatiebereidheid, opgeleide en erkende contactpersonen, op regelmatige basis officiële vergaderingen plannen enz.). Neutraliteit is hierin een fundamentele vereiste.*
- *De bewoners en hun naasten wijzen op het bestaan van een federale functie 'Bemiddelaar patiëntenrechten'<sup>96</sup>, en deze functie aanpassen aan de context van het woonzorgcentrum.*
- *Betere klachtenprocedures en de opvolging ervan.*
- *De bewoners en naasten beter informeren over bemiddelingsinstanties en diensten waar ze terecht kunnen.*

96. Lees hierover: Cantelli Fabrizio, Carbonnelle Sylvie, De Muelenaere Laurence, Zaccari-Reyners Nathalie (leid.), *Le service de médiation "Droits du patient" dans le secteur "soins aux personnes âgées": évaluation des conditions d'un financement axé sur le groupe cible*, Onderzoek in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Meti-ces-ULB, Grap-ULB, CDCS asbl-ULB, Vakgroep Medische Sociologie-VUB, 2012, 184 pagina's.

#### 5.4. Deelname aan overleg- en besluitvormingsorganen

- *Vertegenwoordigers aanduiden van naasten en bewoners die ingeschakeld worden bij de uitwerking van het opvang- en zorgbeleid van ouderen.*

### 6. Het imago van de woonzorgcentra verbeteren

#### 6.1. Verwachtingen tegenover de media

- *De beeldvorming rond woonzorgcentra verbeteren, rekening houden met de grote verscheidenheid binnen de sector en de diversiteit van de praktijken; de kwaliteit van het werk dat in de meeste woonzorgcentra werd verricht tijdens de crisis, documenteren, onder de aandacht brengen en erkennen (verdienstelijke praktijken in de kijker zetten).*
- *De maatschappelijke rol van woonzorgcentra opwaarderen (bijv. mensen de mogelijkheid bieden om uit hun isolement te breken en in collectieve leefvoorzieningen te wonen).*

Veel zorgverleners vinden dat de sector gebukt gaat onder een stigmatisering en spreken over een algemene en ongenueanceerde *bashing* van woonzorgcentra, wat hun 'onwelbevinden' versterkt. Ze ontkennen niet dat de crisis een aantal onaanvaardbare, zelfs ontoelaatbare situaties aan het licht heeft gebracht, maar betreuren dat telkens opnieuw wordt gefocust op deze feiten, ten koste van de inzet en het engagement van de vele actoren en zorgverleners. Anderzijds wordt de sociale rol van deze instellingen onderbelicht en is er weinig aandacht voor de wanverhouding tussen de verantwoordelijkheden van de woonzorgcentra (bijv. opvang van zeer uiteenlopende profielen<sup>97</sup>) en de middelen die ze daartoe krijgen. Ze vinden het vanuit hun standpunt belangrijk dat de media, naast het zichtbaar blijven maken van bepaalde problemen, ook laat zien aan welke aandachtspunten wordt gewerkt en waar 'positief nieuws' te rapen valt.

*Ik heb mij mateloos geërgerd aan het mediadebat. Het beeld dat de media schetst van woonzorgcentra is sowieso al niet te vrolijk. COVID heeft er alleen maar een schepje bovenop gedaan. Ik moet zeggen dat de journalisten in talloze artikelen zaken schreven als "in de woonzorgcentra laten ze de mensen sterven ..." Er werd een gruwelijk beeld opgetrokken van de woonzorgcentra, terwijl wij eronder doorgingen, en alles deden om onze bewoners levend en wel door deze crisis te halen. (Maatschappelijk assistent, RVT – publiek)*

- *De woonzorgcentra ondersteunen door het publiek beter te informeren over de specifieke preventiemaatregelen (bezoekregeling enz.).*

#### 6.2. Verwachtingen ten aanzien van de overheid

- *De terminologie m.b.t. 'maison de repos' ('rusthuis') aanpassen aan de huidige realiteit.*
- *Bewuster omgaan met de complexe realiteiten en uitdagingen binnen de sector van de woonzorgcentra en de evenwichtsoefening maken tussen kwaliteitsvolle zorgverlening en begeleiding die aansluit op het gewone leven van de bewoners (meervoudige opdrachten, diversiteit van de profielen enz.).*
- *De complementariteit tussen de residentiële zorgsector en de thuiszorg tot stand brengen en uitbreiden, op basis van het principe van levenslange zorgcontinuïteit.*
- *De beeldvorming van de sector van de woonzorgcentra opwaarderen bij politici, ziekenhuizen, artsen en het maatschappelijk middenveld.*

In alle sectoren (publiek, privaat-commercieel en vzw) overheerst de indruk dat de woonzorgcentra tijdens de crisis in grote mate en ten onrechte in diskrediet werden gebracht.

97. Lees hierover: Carbone Sylvie, *Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives*, Bruxelles, CDCS asbl, Observatoire de la Santé et du Social (COCOM), juni 2017, 96 pagina's.



*Wat ik eerlijk gezegd fijn zou vinden, is dat er een mentaliteitsverandering komt van zowel de overheid als van de pers. We worden altijd afgeschilderd als een sector waar alles fout loopt. Als we in de krant komen, zijn het altijd negatieve berichten. “Nieuwe besmettingshaard leidt tot organisatie van ... (...) We zijn niet perfect. En ja, we maken fouten, maar is het nu zo moeilijk om ons gewoon als mensen te beschouwen die anderen trachten levenskwaliteit te bieden, en proberen goed te doen? (...) [Die kritiek] slaat niet alleen op de COVID-periode, maar de crisis heeft de commentaren alleen maar aangewakkerd. (...) En dat geldt ook voor de regering. “Weeral uitbraken in de woonzorgcentra?” (...) Heel veel mensen worstelen al lang met die frustratie, en de COVID-periode heeft alles nog erger gemaakt. (Directie, RVT – privaat, vzw)*

*De politici hadden vóór de crisis weinig interesse in de sector. Daarna is de druk lichtjes toegenomen. Er moest wel een reactie komen, maar het was niet hun prioriteit. (...) In welke wereld willen we morgen leven? De COVID-crisis heeft volgens mij helaas geen mentaliteitsverandering kunnen teweegbrengen. Idem dito voor de lijst met prioriteiten. (Maatschappelijk assistent, RVT – publiek)*

*levensverwachting (vroeger en nu) is het van cruciaal belang om waakzaam te zijn voor de recente ontwikkelingen op het vlak van vergrijzing. Denken we maar aan de uiteenlopende vormen van kwetsbaarheid en individuele problematieken die niet tot een chronologische leeftijd terug te brengen zijn. Meer nog, het is onze verantwoordelijkheid om te schrijven aan een nieuwe versie van een aan wankelen gebracht, generatie-overschrijdend pact<sup>98</sup>.*

We ronden deze studie af met een quote die oproept om de balans van de COVID-crisis in de woonzorgcentra (verder) uit te werken ...

*“Elke crisis brengt verscheidene inzichten aan het licht, en de huidige pandemie vormt daarop zeker geen uitzondering. COVID-19 heeft een aantal tegenstrijdigheden blootgelegd die nog steeds diepgeworteld zitten in de maatschappelijke beeldvorming van ouder worden en senioren. Bovenop de dapperheid van de zorgverleners, impliceerde de verheerlijking van de ziekenhuizen als tempels van technologie, ongetwijfeld ook een impliciet verzoek aan het adres van de wetenschapswereld om ons te redden. De situatie van de woonzorgcentra bleef hierbij buiten het vizier, vaak zelfs tot het te laat was. Over het geheel genomen is gebleken dat de verschillende componenten van het sociaal-geneeskundig systeem onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Vooral in landen met de hoogste*

98. Wij onderstrepen. Oris Michel et al., “La crise comme révélateur de la position sociale des personnes âgées”, in: Gamba Fiorenza, Nardone Marco, Ricciardi Toni, Cattacin Sandro (dir.), COVID-19. *Le regard des sciences sociales*, Genève et Zurich, Editions Seismo, 2020.

# Bibliografie

## (citaten en raadplegingen)

Adam Stéphane et al., *Analyse d'impact de la crise sur les résidents, les directeurs et les professionnels en MRPA/MRS et dans les centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap (Lot 3 : axe psychosocial)*, UPSYSEN, Université de Liège, septembre 2020.

Amnesty International Belgique, « Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19 en Belgique », novembre 2020. [https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116\\_rapport\\_belgique\\_mr\\_mrs.pdf](https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs.pdf)

Arborio Anne-Marie, *Un personnel invisible. Les aidessoignantes à l'hôpital*, Paris, AnthroposÉconomica, 2<sup>e</sup> éd., 2012.

Bacqué Marie-Frédérique, *Mourir aujourd'hui. Les nouveaux rites funéraires*, Paris, Odile Jacob, 1997.

Balard Frédéric, Corvol Aline, « Covid et personnes âgées : liaisons dangereuses », *Gérontologie et société*, 2020/2, vol. 42, n°162, pp. 9-16.

Balard Frédéric, Caradec Vincent, Castra Michel, Chassagne Aline, Clavandier Gaëlle, Launay Pauline, Schrecker Cherry, Trimaille Hélène, « Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2021/4, n°141, pp. 31-38.

Barbot Janine, « Mener un entretien en face à face », in : Paugam Serge, *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2010, pp. 115-142.

Bergugnat Laurence (dir.), *Des professionnels face à la pandémie. Un devoir de mémoire*, Nîmes, Champ social éditions, 2021.

Besson Sophie, « Bonheur et figures du temps en maison de retraite : un éclairage philosophique », in : Christen-Gueissaz Eliane, *Le bien-être de la personne âgée en institution. Un défi quotidien*, Paris, Seli Arslan, 2008, pp. 11-36.

Bourguignon Mélanie, Damiens Joan, Doignon Yoann, Eggerickx Thierry, Fontaine Scott, Lusyne Patrick, Plavsic Audrey, Sanderson Jean-Paul, *Surmortalité liée à la Covid-19 en Belgique : variations spatiales et socio-démographiques*, Document de travail 17, Centre de recherche en démographie, Louvain-la-Neuve, 2020, 42 pages.

Brugère Fabienne, « Pour une société du care. Retour sur dix ans de combat », *Études*, 2020/7 (juillet-août), pp. 61-72.

Brugère Fabienne, le Blanc Guillaume, « Le lieu du soin », *Esprit*, mai 2020/5, pp. 77-85.

Brulocalis - Fédération des CPAS, *Les maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?*, juillet 2020, 43 pages.

Cantelli Fabrizio, Carbonnelle Sylvie, De Muelenaere Laurence, Zaccari-Reyners Nathalie (dir. ), *Le service de médiation "Droits du patient" dans le secteur "soins aux personnes âgées" : évaluation des conditions d'un financement axé sur le groupe cible*, Recherche commanditée par le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Metices-ULB, Grap-ULB, CDCS asbl-ULB, Vakgroep Medische Sociologie-VUB, 2012.

Capuano Christophe, *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Paris, Presses de Sciences Po, 2018.

Caradec Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan, 2001.

Caradec Vincent, « Les 'supports' de l'individu vieillissant. Retour sur la notion de 'déprise' », in : Caradec Vincent, Martucelli Danilo (eds), *Matériaux pour une sociologie de l'individu. Perspectives et débats*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2004, pp. 25-42.

Carbonnelle Sylvie, *Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives*, Bruxelles, CDCS asbl, Observatoire de la Santé et du Social (COCOM), juin 2017.

Carde Estelle, « Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir. Covid-19 au Québec », *Santé Publique*, 2020/5-6, Vol. 32, pp. 461-471.

Carvalho Sarah, « La santé des personnes âgées en institution à l'épreuve de la COVID-19 », in : Pierron Jean-Philippe (dir.), *L'éthique médicale à l'épreuve de la COVID-19*, Dijon, Éditions universitaires de Dijon, 2020, pp. 91-94.

Castanet Victor, *Les fossoyeurs*, Paris, Fayard, 2022.

Chamahian Aline, Balard Frédéric, Caradec Vincent, « Enquêter auprès de personnes malades d'Alzheimer. L'approche compréhensive », in : Kivits Joëlle, Balard Frédéric, Fournier Cécile, Winance Myriam, *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, 2016, pp. 229-244.

Chovrelat-Péchoux Geneviève, « Covid-19 en EHPAD : quelle place pour les familles ? », *Gérontologie et société*, 2021/1, vol. 43, n°164, pp. 191-202.

Christen-Gueissaz Eliane, *Le bien-être de la personne âgée en institution. Un défi au quotidien*, Paris, Seli Arslan, 2008.

Clément Michèle, Gagnon Eric, Deshaies Marie-Hélène, « Dignité et indignité de l'hébergement institutionnel », *Éthique publique*, vol. 10, n°2, 2008. URL : <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/1435>

Clément Serge, Membrado Monique, « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise », in : Carbonnelle Sylvie, *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, 2010, pp. 109-128.

Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de COVID-19*, Recommandation du 21 décembre 2020.

Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis n° 78 du 9 juin 2021 concernant l'égalité de traitement et l'autonomie des personnes résidant en maison de repos en contexte de pandémie (de) COVID-19*.

Debru Armelle, « Des chiffres et des êtres : la tragédie des EHPAD et nous », in : *Les cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Île-de-France, octobre 2020, pp. 20-21.

Declercq Anja, « Het woonzorgcentrum van de toekomst », *Samenleving & Politiek*, 2020, 27(6), pp. 45.

Declercq Anja, Stampa Mathieu de, Geffen Leon, Heckman George, Hirdes John, Finne-Soveri Harriet, Lum Terry, Millar Nigel, Morris John N., Onder Graziano, Szczerbinska Katarzyna, Topinkova Eva, van Hout Hein, *Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by COVID-19 ?*, Bruxelles, Observatoire social européen, OSE Working Paper Series, Opinion Paper, n°23, juillet 2020.

Delville Annie, Dell'Accio Elisabeth, Laporte Thérèse, Prud'homme Marie-Christine, « De la souffrance des soignants par temps d'épidémie », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, Presses universitaires de Grenoble, 2021/2, n°145, pp. 101-107.

Denier Yvonne, et al., *Ethisch kompas voor keuzes omtrent bezoekenregeling in tijden van Corona*, Brussel, Vlaamse overheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2020.

Derval Sophie, « Sens et cohérence : des défis pour les MR-MRS d'aujourd'hui », *Ethica Clinica*, n°106, 2022, pp. 92-95.

Dewey John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, 2005 (1<sup>ère</sup> ed. 1934).

Discry Anne, *Éclairages sociologiques pour professions de la santé*, Liège, Edi Pro, 2019.

Douglas Mary, Arnold David, Watts Sheldon, Packard M. Randall, *Épidémies et rapports sociaux*, Toulouse, Éditions de l'Asymétrie, 2021.

Duchesne Sophie, Haegel Florence, *L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif*, Paris, Nathan, 2004.

Ennuyer Bernard, « La stigmatisation des « personnes âgées » dans les politiques vieillesse en France des années 1960 à aujourd'hui », in : Le Borgne-Uguen Françoise et al., *Vieillir en société. Une pluralité de regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019, pp. 35-44.

Espace éthique Île-de-France, *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels*, janvier 2021.

Espace éthique Île-de-France, *Pendant la pandémie et après. Vécus et analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement. Enquête sur la première vague de la Covid-19*, mars 2022.

Eurofound, *COVID-19 and older people: Impact on their lives, support and care*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2022.

Evrard Albert, « Personnes âgées, virus et confinement. Que dit le droit ? », *Revue Projet*, 2020/5, n°378, pp. 80-83.

Fassin Didier (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, 2022.

Fondation Roi Baudouin, *Tout le monde a le droit de choisir. Les personnes âgées aussi. Les lieux de vie et de soins de demain*, septembre 2022.

Fraser Sarah, Lagacé Martine et al., « Ageism and Covid-19: what does our society's response say about us? », *Age and Ageing*, 2020. 00: 1-4 doi:10.1093/ageing/afaa097

Gagnon Eric, *Éclats. Figures de la colère*, Montréal, Liber, 2011.

Gaille Marie, Foureur Nicolas, « 'L'humanité', enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? », in : Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp. 189-204.

Gaucher Jacques, Ribes Gérard, Ploton Louis, « Les vulnérabilisations en miroir, professionnels/familles, dans l'accompagnement des personnes âgées », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 31, 2003, pp. 148-164.

Gamba Fiorenza, Nardone Marco, Ricciardi Toni, Cattacin Sandro (dir.), *Covid-19. Le regard des sciences sociales*, Genève et Zurich, Éditions Seismo, 2020.

Gaudillière Jean-Paul, Izambert Caroline, Juven André, *Pandémo-politique. Réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte, 2021.

Geertz Clifford, « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », in : Céfai Daniel (dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 208-234.

Geurts Florence, Favresse Damien, *Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : impact de la crise sanitaire et recommandations*, Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Bruxelles, 2022.

Goffman Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

Guedj Jérôme, *Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement*, Rapport d'étape n° 1 et principales recommandations de la mission confiée par Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé à Jérôme Guedj le 23 mars 2020. [En ligne] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_no1\\_j.\\_guedj\\_-\\_05042020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_no1_j._guedj_-_05042020.pdf)

Gzil Fabrice, « Triage et Covid-19 : qu'est-ce qui ne va pas avec l'approche utilitariste ? » *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Île-de-France, octobre 2020, pp. 59-60.

Hardy Olivier J., Dubourg Dominique, Bourguignon Mélanie, Dellicour Simon, Eggerickx Thierry, Gilbert Marius, Sanderson Jean-Paul, Scohy Aline, Vandael Eline, Decroly Jean-Michel, « A world apart: levels and determinants of excess mortality due to COVID-19 in care homes. The case of the Belgian region of Wallonia during the spring 2020 wave », *Demographic Research*, vol. 45, 33, pp. 1011-1040.

Heulme de Sophie, Polard José, « EHPAD : pour un nouvel horizon du soin institutionnel », in : Messy Jacques, *La maison du bout de la vie : Soigner l'EHPAD pour soigner les adultes âgés*, Toulouse, Erès, 2020, pp. 7-28.

Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre, Guichet Franck, Hénaut Léonie, *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie*, Rapport de recherche pour la MiRe (DREES), CSI, MINES-ParisTech/Cerpe, associé au centre Max Weber, Lyon, 2012.

Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre A., « 'Enfermer Maman !' Épreuves et arrangements. Le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et santé*, 2015, 33(3), pp. 65-90.

Hennion Antoine, Monnin Alexandre, « Du pragmatisme au méliorisme radical : enquêter dans un monde ouvert, prendre acte de ses fragilités, considérer la possibilité de catastrophes », *SociologieS*, [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 20 mai 2020, consulté le 01 août 2022. URL : <https://journals.openedition.org/sociologies/13931>



Heylen Leen, Meuris César, Knaeps Jeroen, Baldewijns Karolien, Dispa Marie-Françoise, *Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins, Bruxelles*, Fondation Roi Baudouin, 2019.

Hirsch Emmanuel (dir.), *Pandémie 2020. Éthique, société, politique*, Paris, Les Éditions du Cerf, 2020.

Hirsch Emmanuel, *Une démocratie confinée. L'éthique quoi qu'il en coûte*, Toulouse, Erès, 2021.

Kivits Joëlle, Balard Frédéric, Fournier Cécile, Winance Myriam, *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, 2016.

Infor-Homes, *La situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maison de Repos Bruxelloises*, 2020.

Lannoy Pierre, Nijs Greg, « L'entretien collectif : un dispositif de réflexivité distribuée », in : Kivits Joëlle, Balard Frédéric, Fournier Cécile, Winance Myriam, *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, 2016, pp. 101-116.

Lavoie Jean-Pierre, Membrado Monique, « Prendre soin d'un parent âgé. La part du lien familial », in : Hummel Cornelia, Mallon Isabelle, Caradec Vincent, *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 341-353.

Lefebvre des Noëttes Véronique, « Fins de vies ou vies sans fin des personnes âgées en Soins de Longue Durée ? », *Gérontologie et société*, 2021/1, vol. 43, n°164, pp. 53-65.

Lefève Céline, « La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri », in : Worms Frédéric, Mino Jean-Christophe, Dumont Martin (dir.), *Le soin en première ligne*, Paris, PUF, 2021, pp. 107-130.

Le Grand-Séville Catherine, Véga Anne, *Pour une autre mémoire de la canicule*, Paris, Vuibert, 2005.

Leichter-Flack Frédérique, « Trier face à l'afflux des malades : critères de priorisation ou choix des sacrifiés ? La soudaine visibilité du « tri » dans le débat public et ses effets », *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Région Île-de-France, oct. 2020, pp. 56-57.

Les cahiers de l'Espace éthique, *Au cœur de la pandémie du coronavirus – Vivre, décider, anticiper* (Hors-série), Espace éthique Région Île-de-France, octobre 2020.

Loffeier Iris, « Fabriquer du 'bien-être' : tension entre missions chez les personnels d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n°1, 2011, pp. 69-84.

Loffeier Iris, « Prise en charge collective des résidents en maison de retraite : l'ambivalente place des entourages », in : Le Borgne-Uguen Françoise et al., *Vieillir en société. Une pluralité de regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019, pp. 363-372.

Lucas Barbara, Sgier Léa, « Soutenir la citoyenneté des personnes âgées en institution », *Gérontologie et société*, 2012, n°35, vol. 143, pp. 83-86.

LUSS, *Plaidoyer en faveur du respect de la dignité et des droits fondamentaux des résidents, de la qualité de vie et de soins en maisons de repos*, Namur, janvier 2021.

Mallon Isabelle, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.

Mallon Isabelle, « Vivre en maison de retraite : de l'institution aux mondes privés des résidents », in : Carbonnelle Sylvie, *Penser les vieilles. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, 2010, pp. 165-178.

Mallon Isabelle, « Vieillir en maison de retraite », in : Hummel Cornelia, Mallon Isabelle, Caradec Vincent, *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 323-337.

Margalit Avishai, *La société décente*, Paris, Flammarion, 2007.

Martucelli Danilo, *Grammaire de l'individu*, Paris, Gallimard, 2002.

Martucelli Danilo, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie*, 2015/1, vol. 6, pp. 43-60.

Médecins Sans Frontières, *Les laissés pour compte de la réponse au Covid 19. Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique*, juillet 2020, 30 pages.

Meidani Anastasia, Cavalli Stefano (dir.), *Figures du vieillir et formes de déprise*, Toulouse, Erès, 2019

Meunier Pascale, « Les maisons de repos, martyres du Covid-19 », *Santé Conjuguée*, juin 2020, n° 91, pp. 5-6.

Meunier-Beillard Nicolas, « Vulnérabilités croisées chez les professionnels et les patients en réanimation », in : Chahraoui Khadija (ed.), *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*, Paris, Dunod, 2015, pp. 41-48.

Micheau Julie, *La traversée de la crise sanitaire 2020 dans les résidences de l'association Monsieur Vincent*, Association Monsieur Vincent, janvier 2021.

Millot Glen, *Guide pour la conduite d'ateliers-scénarios pour le développement de partenariats chercheurs-société civile*, Projet PERARES-Deliverable D3.1A, Paris, Fondation Sciences citoyennes, janvier 2013, 26 pages.

Mincke Christophe, Maes Renaud, « Covid-19, deux ans après », *La Revue Nouvelle*, n° 8/21, pp. 323-4.

Molinier Pascale, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013.

Morel Sylvie, « Chaque pays, en fonction de son système de soins, choisit ses morts ! », *Les Cahiers de l'Espace éthique*, Au cœur de la pandémie du coronavirus - Vivre, décider, anticiper (Hors-série), Espace éthique Île-de-France, octobre 2020, pp. 54-55.

Nicolas Guylène, « L'égalité d'accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie », *Droit, Santé et Société*, 2020/1, pp. 31-40.

Observatoire Covid-19, éthique et société, *Première synthèse des travaux de l'Observatoire. Identifier les enjeux, partager les questionnements, répondre dans l'urgence*, Espace éthique Région Île-de-France, mai 2020, 36 pages.

Observatoire de la Santé et du Social, *Document de travail. 1<sup>ère</sup> vague de l'épidémie de COVID-19 à Bruxelles - Analyse des données de mortalité et de surmortalité, avec un focus particulier sur le cas des MR/MRS*, 23 septembre 2020.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 2008.

Oris Michel *et al.*, « La crise comme révélateur de la position sociale des personnes âgées », in : Gamba Fiorenza, Nardone Marco, Ricciardi Toni, Cattacin Sandro (dir.), *Covid-19. Le regard des sciences sociales*, Genève et Zurich, Editions Seismo, 2020.

Paillé Pierre, Mucchielli Alex, « L'examen phénoménologique des données empiriques », in : Paillé Pierre, Mucchielli Alex, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2008 (2<sup>e</sup> ed.), pp. 85-98.

Paperman Patricia, *Care et sentiments*, Paris, PUF, 2013.

Pirard Virginie, « Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin », *Esprit*, 2006/1, pp. 80-94.

Rimbert Gérard, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, n°53, 2005, pp. 93-104.

Ruscart Laurence, *Les tribulations d'une psy en plein Covid. D'une menace mortelle à l'émergence d'une identité professionnelle*, Travail de certification. Intervention systémique dans l'abord familial et institutionnel, CERSO-HELHa, années académiques 2020-2021, 32 pages.

Soulet Marc-Henry, « La souffrance sociale, pathologie des sociétés contemporaines », *Éthique publique*, 2009, vol. 11, n°2, pp. 72-77. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.107>

Steyaert Jan, De Wachter Leentje, Dely Herlinde, *Dementiezorg in tijden van corona*, Antwerpen, Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw, 15 juillet 2020, 99 pages.

Tessier Laurence, « Covid, la mort en Facetime », *L'Homme*, 2020/2, n°234-235, pp. 33-50.

Trionfetti Maria Cecilia, Hirtz Natalia, « La privatisation du secteur des maisons de repos et de soins en Belgique », Rapport du Réseau européen des observatoires des multinationales (ENCO), à paraître.

Unia, *L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) : une étude qualitative*, Bruxelles, 2020.

Van Durme Thérèse (coord.), *Demande d'avis concernant les résidents actuellement confinés en MRMRS en région bruxelloise*, à la demande du Ministre Maron, 24 avril 2020, 22 pages.

Vercauteren Richard, Connangle Sylvain, *EHPAD : des espoirs ? Complexités managériales d'un milieu en mutation*, Toulouse, Erès, 2021.

Weil-Dubuc Paul-Loup, « Coronavirus : Avec l'interdiction des visites dans les Ehpad, les seniors sont coupés du monde », *Le Monde*, 14 mars 2020.

Worms Frédéric, *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF, 2010.

Worms Frédéric, Mino Jean-Christophe, Dumont Martin (dir.), *Le soin en première ligne*, Paris, PUF, 2021.

Zaccaï-Reyners Nathalie, « Care et institutions : regards sur le style organisationnel et le soin aux personnes », in : Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Mino Jean-Christophe, Worms Frédéric, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010, pp. 251-266.

Zaccaï-Reyners Nathalie, « Des mondes qui nous soutiennent », in : Worms Frédéric, Mino Jean-Christophe, Dumont Martin (dir.), *Le soin en première ligne*, Paris, PUF, 2021, pp. 179-188.

# Bijlagen

## Contextualisering van de aanpak van de COVID-epidemie in de woonzorgcentra in het Brussels Gewest, van januari 2020 tot december 2021

*Sleutelmomenten*<sup>99</sup>

31 december 2019	- Het bureau van de WHO krijgt een melding van gevallen van 'virale longontsteking' in Wuhan (Volksrepubliek China)
30 januari 2020	- De WHO roept de SARS- CoV-2-ziekte (COVID-19) uit tot een Medische Noodsituatie van Internationaal Belang
3 februari 2020	- Eerste geval van COVID-19 vastgesteld in België
1 maart 2020	- Begin van de eerste golf in België
7 maart 2020	- Eerste overlijden door COVID-19 in Brussel en in België
10 maart 2020	- Bij besluit van de minister-president van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest sluiting van de woonzorgcentra voor bezoekers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
11 maart 2020	- De WHO verklaart dat de epidemie van het coronavirus COVID-19 een pandemie is  - Sluiting van de woonzorgcentra voor bezoekers in Wallonië
12 maart 2020	- Sluiting van de woonzorgcentra voor bezoekers in Vlaanderen

99. Dit document werd opgemaakt op basis van de volgende bronnen: WHO (<https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-COVID-timeline>); EU ([https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/nl/ip\\_20\\_2466](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/nl/ip_20_2466)); Sciensano; Belgisch Staatsblad; Advies nr. 78 van 9 juni 2021 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek betreffende de gelijke behandeling en de autonomie van bewoners van woonzorgcentra (WZC) in de context van de COVID-19-pandemie; Amnesty International ([https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/bijlagen/amnesty\\_international.woonzorgcentra\\_in\\_de\\_dode\\_hoek.pdf](https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/bijlagen/amnesty_international.woonzorgcentra_in_de_dode_hoek.pdf)); <https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/minguetc.pdf>; Manzella, Eva. L'articulation des pouvoirs de l'autorité fédérale, des entités fédérées et des pouvoirs locaux en temps de crise sanitaire du Covid-19. Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2021. Prom.: Bonbled, Nicolas. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:29329>.

- 13 maart 2020
- Ministerieel besluit houdende de afkondiging van de federale fase betreffende de coördinatie en het beheer van de crisis coronavirus COVID-19 (Nationaal noodplan), *“overwegende het overleg tussen de regeringen van de deelstaten en de bevoegde federale overheden binnen de Nationale Veiligheidsraad”*
  - Het Ziekenhuisnoodplan wordt in alle ziekenhuizen van het land geactiveerd. Consulten, onderzoeken en electieve (niet-dringende) interventies worden gedurende verschillende weken uitgesteld
- 14 maart 2020
- Het RIZIV stelt twee nieuwe raadplegingscodes open voor de vergoeding van telefonische medische consultaties
- 17 maart 2020
- Brief van de voorzitter van de Risk Management Group (RMG) (en andere wetenschappelijke adviseurs) aan alle ziekenhuizen om hen aan te sporen een maximaal aantal bedden vrij te houden
  - Een omzendbrief van Iriscare aan de door de GGC erkende en gesubsidieerde woonzorgcentra specificeert dat *“(de) instelling alleen in geval van strikte noodzaak bewoners naar het ziekenhuis mag sturen (...) Het is belangrijk dat op elk niveau wordt meegewerkt aan het verlichten van de verzadiging in ziekenhuizen, zodat patiënten in kritieke toestand de juiste opvolging en zorg kunnen krijgen”*
- 18 maart 2020
- Begin van de algemene lockdown
  - Sluiting van de woonzorgcentra voor bezoekers in de Duitstalige gemeenschap
- 19 maart 2020
- Publicatie van een flowchart van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVGG) *“Beslissing opname bij mogelijk COVID-pos WZC-bewoner”* Versie 1
- 23 maart 2020
- Eerste leveringen van mondmaskers (federale overheid, deelstaten, eigen netwerken van de woonzorgcentra) in de woonzorgcentra
- 25 maart 2020
- De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid behandelt de situatie in de woonzorgcentra
- 26 maart 2020
- De Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde werkt de *“Ethische principes betreffende de gelijkwaardigheid van intensieve zorg tijdens de COVID-19-pandemie van 2020 in België”* bij. Het gaat om principes voor de ziekenhuizen die op vraag van de FOD Volksgezondheid werden uitgewerkt voor het geval de beddencapaciteit op Intensieve Zorg zou overschreden worden
- 9 april 2020
- Start van het Nationaal Testplatform. 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 de aanwezigheid van het virus in deze groepen te leren kennen
- 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)



- 15 april 2020 - De NVR besluit om bezoeken aan de woonzorgcentra opnieuw toe te laten. Noch de verantwoordelijken van de sector, noch de gewestelijke ministers van Volksgezondheid werden geraadpleegd. Zij besluiten 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
- 15 april - 3 mei 2020 - Tweede testfase om alle personeelsleden en bewoners van de woonzorgcentra van hele het land te testen
- 21-30 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 (WHO) 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"
- 8 juni 2020 - Einde van de algemene lockdown
- 21 juni 2020 - Einde van de eerste golf in België
- 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"
- 31 augustus 2020 - Begin van de tweede golf in België
- 21 oktober 2020 - BVGG: "Ziekenhuisopname bij WZC bewoner met bewezen/sterk vermoeden COVID-19 infectie: leidraad voor artsen", versie 2.0
- 21 december 2020 - In de Europese Unie wordt het eerste vaccin tegen COVID-19 (BioNTech en Pfizer) goedgekeurd
- 28 december 2020 - Start vaccinatie van bewoners van woonzorgcentra in het BHG
- 18 januari 2021 - Start vaccinatie van personeel van woonzorgcentra in het BHG
- 15 februari 2021 - Begin<sup>100</sup> van de derde golf in België
- 27 juni 2021 - Einde van de derde golf in België
- 4 oktober 2021 - Begin van de vierde golf in België

100. Geen 'intergolfperiode' tussen de golven 2 en 3, 4 en 5, 5 en 6, en 6 en 7.

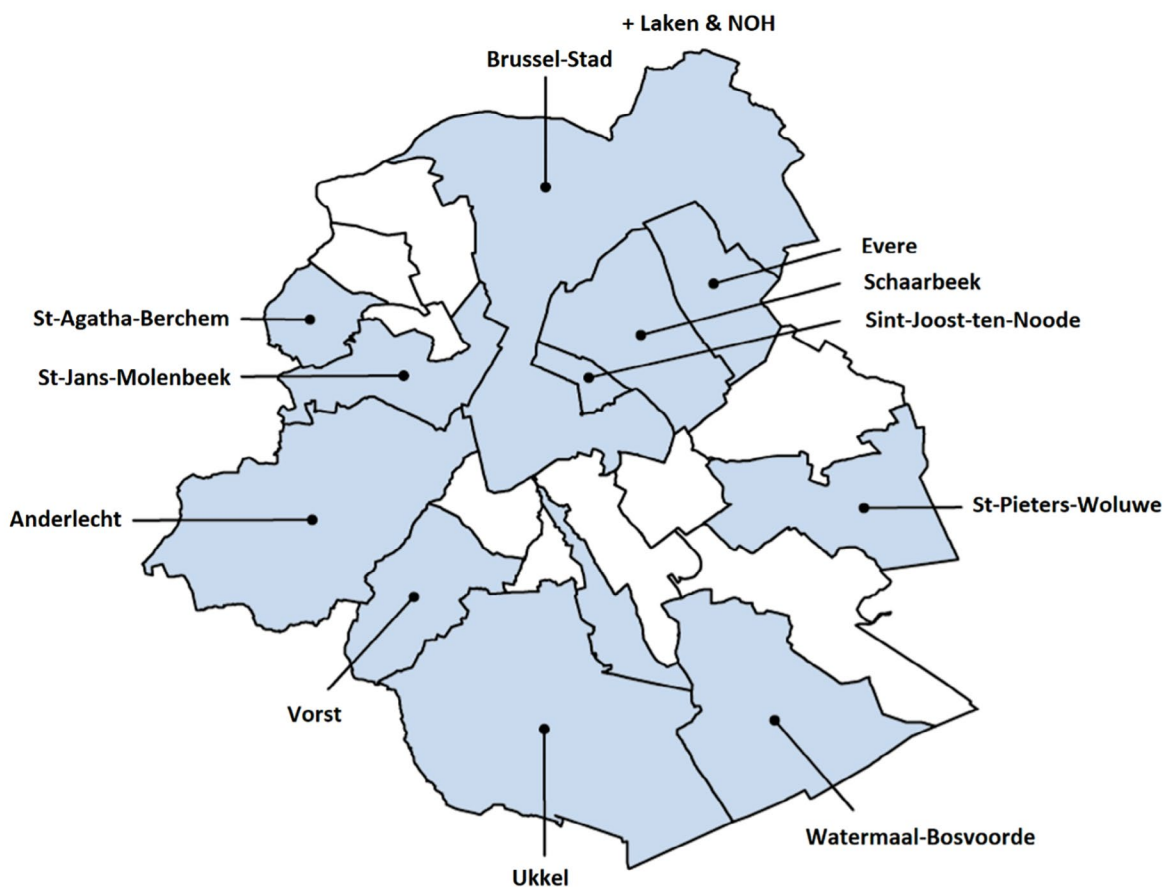
[https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID-19\\_FAQ\\_NL\\_final.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID-19_FAQ_NL_final.pdf)

**Tabel 1 – Verdeling van de woonzorgcentra (Doelgerichte steekproef)**

N=13

<b>Toezijende overheid</b>	Iriscare-GGC	Vlaamse Gemeenschap			
	11	2			<b>13</b>
<b>Erkenning</b>	ROB	RVT			
	2	11			<b>13</b>
<b>Sector</b>	Publiek (OCMW)	VZW	Commercieel		
	4	4	5		<b>13</b>
			Groep	Geen Groep	
			3	2	
<b>Omvang</b>	< 75	76 > 150	> 150		
	2	5	6		<b>13</b>
<b>Gemeenten</b>					
op 19					<b>11</b>

**Kaart 1 – Geografische spreiding van de woonzorgcentra**



**Tabel 2 – Verdeling van de interviews per profiel**

N=104

Waaronder

Medewerkers	50
Artsen (coördinerende artsen en huisartsen)	13
Bewoners	34
Naasten	7

**104**

Profiel			
<b>Directie</b>	Directeur/directrice	12	
	Adjunct-directeur/directrice	2	14
<b>Verzorgende</b>	Hoofdverpleegkundige	8	
	Verpleegkundige	5	
	Zorgkundige	4	17
<b>Paramedisch medewerker</b>	Paramedisch coördinator	2	
	Psycholoog/psychologe	2	
	Logopedist(e)	1	5
<b>Niet-verzorgende</b>	Receptionist(e)	1	
	Logistiek medewerk(st)er-Schoonmaak	3	
	Animator/opvoed(st)er	2	
	Sociaal assistent(e)	2	
	Kwaliteitsverantwoordelijke + medisch directeur groep	2	
	Verantwoordelijke schoonmaak	1	
	Verantwoordelijke keuken-hygiëne-onthaal	3	14
<b>Arts</b>	Huisarts, coördinerende arts of dubbele functie	13	13
<b>Bewoner</b>	Bewoner	10	
	Bewoonster	24	34
<b>Naasten</b>	Echtgenoot	2	
	Zoon	2	
	Dochter	3	7
<b>Totaal</b>		<b>104</b>	



**“COVID, een beproeving voor de woonzorgcentra in het Brussels Gewest.  
Een kwalitatieve studie onder het personeel, de bewoners en hun naasten”**

De woonzorgcentra werden zwaar getroffen door de COVID-epidemie. Hoewel verschillende eerdere studies licht hebben geworpen op de sociale en gezondheidssituatie in deze context, heeft geen enkele van die studies in het Brussels Gewest tot nu toe aandacht besteed aan de ervaringen van de belangrijkste actoren, met name het personeel, de bewoners en hun naasten, noch hen een stem gegeven.

Deze studie heeft als doel om aan de hand van een kwalitatieve benadering verslag uit te brengen over de ervaringen van het personeel, de bewoners en hun naasten tijdens de COVID-crisis. Door hun ervaringen en deskundigheid samen te brengen, werden mogelijke verbeteringen en/of praktijkwijzigingen geformuleerd die de woonzorgcentra kunnen helpen om in de toekomst beter uitgerust en voorbereid te zijn.

Ce document est également disponible en français.  
Dit document is ook in het Frans beschikbaar onder de titel:  
“L'épreuve du Covid en maison de repos (et de soins) en Région bruxelloise.  
Une étude qualitative auprès des professionnels,  
des résidents et de leurs proches”.