



Vlaams
Parlement

ingediend op **419** (2019-2020) – Nr. 5
14 september 2020 (2019-2020)

Verslag van de hoorzitting

namens de Commissie ad hoc voor de Evaluatie
en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid
uitgebracht door Lorin Parys, Katrien Schryvers,
Immanuel De Reuse en Ann De Martelaer

over de evaluatie en verdere uitvoering
van het Vlaamse coronabeleid
in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid
en Gezin: (residentiële) ouderenzorg

Samenstelling van de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid:

Voorzitter: Björn Rzoska.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Marius Meremans, Lorin Parys, Sarah Smeyers, Wilfried Vandaele;
Immanuel De Reuse, Chris Janssens, Stefaan Sintobin;
Katrien Schryvers, Peter Van Rompuy;
Freya Saeys, Willem-Frederik Schiltz;
Celia Groothedde, Björn Rzoska;
Hannes Anaf.

Plaatsvervangers:

Arnout Coel, Andries Gryffroy, Bert Maertens, Axel Ronse, Tine van der Vloet;
Yves Buysse, Johan Deckmyn, Sam Van Rooy;
Joke Schauvliege, Loes Vandromme;
Siame El Kaouakibi, Maurits Vande Reyde;
Ann De Martelaer, Jeremie Vaneeckhout;
Hannelore Goeman.

Toegevoegde leden:

Jos D'Haese.

Documenten in het dossier:

419 (2019-2020) – Nr. 1 tot en met 4: Verslagen van de hoorzitting

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Ann Demeulemeester, algemeen directeur van Familiehulp	6
1.	Familiehulp: visie op thuiszorg	6
2.	Familiehulp in cijfers: 2019	7
3.	Familiehulp: missie en visie	7
4.	Gezinszorg: kerngegevens en tendensen	7
5.	Aanvullende thuiszorg en dienstencheques: kerngegevens en tendensen	8
6.	Aanpak tijdens de coronacrisis	8
6.1.	De crisis in cijfers: Familiehulp	8
6.2.	De crisis in cijfers: dienstencheques	9
6.3.	De crisis in cijfers: zorg bij COVID-19-patiënten	9
6.4.	De crisis in cijfers: sector thuiszorg	9
7.	De aanpak van de crisis: Familiehulp	10
8.	Personeelsbeleid tijdens de coronacrisis	10
9.	Problemen tijdens de coronacrisis	10
10.	De thuiszorg verdient meer dan een applaus	11
11.	Relance thuiszorg	12
II.	Uiteenzetting door Karin Van Mossevelde, algemeen directeur i-mens	12
1.	Wie is i-mens?	12
2.	Intern crisismanagement	13
3.	Zorg voor de klanten	13
4.	Zorg voor medewerkers	14
5.	Aangepaste dienstverlening	16
5.1.	Residentieel	16
5.2.	Thuiszorgsituatie	17
6.	Vaststellingen	17
III.	Vragen van de leden	18
1.	Vragen van Ann De Martelaer	18
2.	Vragen van Lise Vandecasteele	18
3.	Vragen van Immanuel De Reuse	19
4.	Vragen van Koen Daniëls	19
5.	Vragen van Maaïke De Rudder	19
6.	Vragen van Maurits Vande Reyde	20
7.	Vragen van Hannes Anaf	20
8.	Vragen van Celia Groothedde	21
9.	Vragen van Arnout Coel	21
IV.	Antwoord van Ann De Meulemeester en Karin Van Mossevelde	21

V.	Uiteenzetting door Geert Uytterschaut, voorzitter, Kurt Stabel, ondervoorzitter, en Johan Poel, directielid, VLOZO	24
1.	Wat is VLOZO?	25
2.	Tijdelijk	25
3.	Tien pijnpunten	25
4.	Voorstellen	30
VI.	Vragen van de leden	31
1.	Vragen van Lise Vandecasteele	31
2.	Vragen van Immanuel De Reuse	31
3.	Vragen van Lorin Parys	32
4.	Vragen van Katrien Schryvers	32
5.	Uiteenzetting door Maurits Vande Reyde	33
6.	Vragen van Hannes Anaf	33
7.	Vragen van Ann De Martelaer	34
8.	Vragen van Koen Daniëls	34
VII.	Antwoord van VLOZO	34
VIII.	Uiteenzetting door Pedro Facon, secretaris van de IMC	
	Volksgezondheid	38
1.	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu	38
2.	FOD in COVID-19-tijden	38
3.	DG Gezondheidszorg in COVID-19-tijden	38
4.	Interfederaal coördinatiemechanismen in de gezondheidszorg	38
5.	Interfederaal coördinatie in het kader van het gezondheids crisisbeheer	39
6.	Organisatie van de IMC Volksgezondheid	39
7.	Activiteit van de IMC Volksgezondheid	39
8.	Activiteit van de RMG en RMA	40
9.	Ouderenzorginstellingen	40
IX.	Vragen van de leden	41
1.	Vragen van Chris Janssens	41
2.	Vragen van Lorin Parys	42
3.	Vragen van Katrien Schryvers	43
4.	Vragen van Maurits Vande Reyde	44
5.	Vragen van Hannes Anaf	45
6.	Vragen van Celia Groothedde	45
7.	Vragen van Lise Vandecasteele	46
8.	Vragen van Arnout Coel	47
9.	Vragen van Koen Daniëls	47
X.	Antwoord van Pedro Facon	47
XI.	Uiteenzetting door prof. dr. Emmanuel André, Laboratorium Klinische Bacteriologie en Mycologie, KU Leuven	52

XII. Vragen van de leden.....	53
1. Vragen van Lorin Parys.....	53
2. Vragen van Maaïke De Rudder.....	54
3. Vragen van Maurits Vande Reyde.....	54
4. Vragen van Hannes Anaf.....	55
5. Vragen van Celia Groothedde.....	55
6. Vragen van Lise Vandecasteele.....	56
7. Vragen van Immanuel De Reuse.....	56
8. Vragen van Arnout Coel.....	57
9. Vragen van Koen Daniëls.....	57
XIII. Antwoord van Emmanuel André.....	57
Gebruikte afkortingen.....	59
Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op vrijdag 10 juli 2020 hield de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid haar vijfde hoorzitting over de evaluatie en verdere uitvoering van het Vlaamse coronabeleid in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: (residentiële) ouderenzorg. De commissie hoorde achtereenvolgens:

- Ann Demeulemeester, algemeen directeur van Familiehulp;
- Karin Van Mossevelde, algemeen directeur van i-mens;
- Geert Uytterschaut, voorzitter van VLOZO;
- Kurt Stabel, ondervoorzitter van VLOZO;
- Johan Poel, directielid van VLOZO;
- Pedro Facon, secretaris van de IMC Volksgezondheid; en
- prof. dr. Emmanuel André, Laboratorium Klinische Bacteriologie en Mycologie, KU Leuven.

De presentaties van de sprekers zijn terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

Het Uitgebreid Bureau van 27 mei 2020 besliste een themadebat te houden, conform artikel 78 van het Reglement, met het oog op de evaluatie van het Vlaamse coronabeleid en het uitzetten van een postcoronatraject. Om dit themadebat voor te bereiden werd de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid opgericht. Deze commissie ad hoc zal een maatschappelijke beleidsnota opstellen die, naast de probleemstelling, een langetermijnvisie inhoudt en verduidelijkt wat men er in de lopende zittingsperiode aan wil doen, na hoorzittingen met experts en vertegenwoordigers van de diverse betrokken sectoren. Met het themadebat wordt beoogd om enerzijds een evaluatie op te maken van de voorbije coronacrisisperiode, met als bedoeling hieruit de nodige lessen te trekken voor de toekomst, en anderzijds een eerste aanzet te geven voor een postcoronatraject.

I. Uiteenzetting door Ann Demeulemeester, algemeen directeur van Familiehulp

Ann Demeulemeester bedankt de commissie voor de uitnodiging. Ze spreekt niet enkel als algemeen directeur van Familiehulp, maar ook als voorzitter van Zorggezind, de koepel van de erkende diensten voor gezinszorg. Haar presentatie bestaat uit drie onderdelen: een toelichting over wat Familiehulp is en doet, met inbegrip van een aantal zichtbare tendensen in de thuiszorg, de aanpak van de coronacrisis door Familiehulp en de sector, en een aantal verwachtingen. De zorgsector verdient immers meer dan wat applaus.

1. Familiehulp: visie op thuiszorg

Familiehulp is een groep die zorg en ondersteuning biedt. Volgens het motto doen ze dat zodra mensen zijn geboren tot mensen sterven. De baseline is We zijn er voor jou. Familiehulp is het bekendst om de thuiszorg, die bestaat uit gezinszorg en aanvullende thuiszorg. In de aanvullende thuiszorg zijn de poetsdiensten het bekendst, maar er zijn ook karweiploegen en een oppasdienst. De sector telt tevens grote dienstenchequebedrijven, waarvan Familiehulp er een heeft. Dat ressorteert onder het paritair comité 318.02. Verder beschikt Familiehulp over elf kinderdagverblijven en is Familiehulp actief in de sociale economie, vooral voor aanpassingen aan de woningen van de meest kwetsbaren in functie van de zorgnoden en energiemaatregelen.

2. Familiehulp in cijfers: 2019

Familiehulp is een grote sociale onderneming met meer dan 80.000 unieke klanten. Indien alle klanten worden opgeteld, gaat het eigenlijk om 110.000 klanten van de verschillende diensten. Het urenpakket is gigantisch. De aanwezigheid bij mensen met een ondersteuningsnood ligt boven 10 miljoen uren per jaar. Familiehulp heeft net minder dan 13.000 medewerkers. Het aantal vte ligt lager, want er zijn veel deeltijdse medewerkers.

3. Familiehulp: missie en visie

Familiehulp heeft recent een nieuwe missie en visie geschreven, waarin de nieuwe, geïntegreerde visie op zorg en ondersteuning te vinden is. De missie is geformuleerd vertrekkend vanuit de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag. Familiehulp wil vanuit dat perspectief vertrekken en plaatst de samenwerking met de cliënt, de mantelzorgers, de familie en alle partners in de zorg en ondersteuning centraal.

De afgelopen jaren heeft Familiehulp de medewerkers regelruimte en verantwoordelijkheid gegeven. Zo kunnen de basised medewerkers meer zorg op maat bieden en wendbaarder zijn in functie van de noden van de cliënten die op hen afkomen. Wat innovatie betreft, volgt Familiehulp met andere spelers trajecten in verband met digitalisering en zorgtechnologie. Dat is echter niet het onderwerp van deze hoorzitting. Ann Demeulemeester wil focussen op de coronacrisis en op een aantal kerngegevens en tendensen.

4. Gezinszorg: kerngegevens en tendensen

Uit het aantal klanten blijkt dat de gezinszorg een cruciale speler in de ouderenzorg is. De gemiddelde leeftijd van de klanten is 75 jaar. Slechts 21 procent van de 80-plussers woont in een woonzorgcentrum. De meerderheid woont thuis en krijgt daar zorg. De helft van de cliënten is alleenstaand en bijna de helft is zwaar zorgbehoevend. Volgens BelRAI gaat het om 5.700.000 klanturen. In het inkomensgerelateerd systeem zijn de klantbijdragen helemaal gereguleerd. Het gaat gemiddeld om 6,68 euro per uur. Het is opvallend dat een derde van de cliënten van de gezinszorg dit met het aanbod van een andere dienst combineert, wat aan toont hoe zorgbehoevend deze mensen zijn.

De medewerkers zijn de verzorgenden in de gezinszorg. Er is ook omkaderend personeel, namelijk sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. De leeftijd van de verzorgenden toont aan dat de impact van de anciënniteit hoger ligt dan de gesubsidieerde anciënniteit en de compenserende financiering voor de VAP-regeling, wat de impact van de VAP-regeling zwaar maakt in de sector. Meer dan de helft van de medewerkers heeft hier recht op en een grote groep is ouder dan 55 jaar en geniet van de 32-urenregeling voor een voltijdse job.

Wat de tendensen betreft, heeft Ann Demeulemeester belangrijk nieuws. De integrale zorg met een beschikbaarheid van 24 uur per dag, zeven dagen per week, is al zeer verregaand gerealiseerd. Daar werkt de thuiszorg al jaren aan. Nu krijgt 10 procent van de cliënten nachtzorg, zorg tijdens het weekend of op feestdagen. Dat zijn wat men noemt 'onregelmatige prestaties metinconveniënte uren'. Verder is er flexibele zorg, wat betekent dat de zorg naar de avondrondes verschuift. Familiehulp heeft overal avondequipes. De zorg wordt ook gespreid over meerdere momenten per dag. De verzorgenden gaan 's morgens, 's avonds of zelfs driemaal per dag langs. De zorgbeurten zijn korter geworden. De lengte van een zorgbeurt in de gezinszorg is zeer gevarieerd, maar het gaat gemiddeld om ongeveer 2,5 uur en niet langer om de klassieke zorgbeurten van vier uur. Familiehulp kan soms

onvoldoende zorgintensiteit bieden. Er zijn wachtlijsten in bepaalde regio's door te veel vraag in verhouding tot het beschikbare urencontingent. Maar de cliënten zelf vragen soms ook om minder zorg. Ze willen bijvoorbeeld zo weinig mogelijk zorgafhankelijk zijn. Dit gaat soms ten nadele van de kwaliteit van de zorg, en maakt de intensiteit en werkbelasting voor de medewerker groter. Verder heeft de sector de voorbije jaren moeten besparen, waardoor het urencontingent niet is gegroeid.

5. Aanvullende thuiszorg en dienstencheques: kerngegevens en tendensen

De aanvullende thuiszorg bestaat vooral uit de poetsdienst, die zeer veel klanten heeft. De gemiddelde leeftijd van die 25.000 klanten is zeer hoog, namelijk 77 jaar. Daar zijn veel 80-plussers en alleenstaanden bij. Velen zijn zwaar zorgbehoevend. De klantbijdragen liggen relatief hoog.

Wat de leeftijd van de huishoudhulpen betreft, gaat het om een verouderde leeftijdsgroep. Een belangrijke tendens die Ann Demeulemeester aanstipt, is de problematiek van de instroom van nieuwe medewerkers.

In de poetszorg en de aanvullende thuiszorg is er een stijging van de leeftijd en van het aantal zwaar zorgbehoevende klanten. Wat de dienstencheques betreft, is de situatie anders, maar bij Familiehulp toch enigszins vergelijkbaar. De leeftijd van de klanten ligt gemiddeld iets hoger dan bij een commercieel dienstenchequebedrijf. Iets minder dan 8 procent van de klanten combineert dit met het aanbod van een andere dienst. Die mensen zijn niet allemaal zorgbehoevend, maar hun leeftijd is ook vrij hoog.

Ann Demeulemeester wijst erop dat de rentabiliteitsproblematiek in de dienstenchequesector recent aan bod is gekomen in het Vlaams Parlement (*Parl. St* VI. Parl. 2019-20, nr. 442/1). De bedrijven die onder paritair comité 318.02 vallen, betalen hogere lonen en bieden meer coaching, opleiding en vorming aan. Hierdoor zijn de financieringsproblemen nog groter. Ten gevolge van de desindexering van de overheidstussenkomst in de dienstencheques en van het feit dat de klantbijdragen al jaren niet meer zijn verhoogd, draait momenteel geen enkele vzw in de sector break-even.

6. Aanpak tijdens de coronacrisis

6.1. De crisis in cijfers: Familiehulp

Wat de impact van de coronacrisis betreft, kijkt Ann Demeulemeester eerst naar een aantal cijfers. Hier en daar stond te lezen dat de gezinszorg ten gevolge van de coronacrisis is stilgevallen, wat de medewerkers verschrikkelijk heeft gefrustreerd. Ze is vaak naar de pers gestapt om dit recht te zetten, maar dat is niet helemaal gelukt.

Ann Demeulemeester vergelijkt de huidige situatie met de situatie in 2019. Halverwege maart 2020 was de impact meteen groot. Veel klanten hebben afgebeld en veel medewerkers hebben zich ziek gemeld of zijn door hun huisarts op ziekteverlof gezet. Het was in het begin tamelijk onduidelijk en eigenlijk werd iedereen met een verkoudheid thuisgehouden. Dat is gaandeweg natuurlijk veranderd.

Op het dieptepunt van de crisis, in april 2020, zijn de zorgprestaties beduidend verminderd, maar ondertussen is er een volledig herstel. Er is zelfs een inhaalbeweging in de gezinszorg om de zorgrelatie met de cliënten te herstellen. De gezinszorg gaat weer naar mensen die hadden opgezegd en knoopt aan bij mensen die zorg vragen. De situatie is gestabiliseerd, maar Ann Demeulemeester beschikt nog niet over de cijfers voor juni 2020.

6.2. De crisis in cijfers: dienstencheques

Wat de dienstencheques betreft, is de situatie anders. In vergelijking met 2019, was er in maart 2020 een zeer grote terugval. De medewerkers hadden schrik en veel mensen in lockdown hebben hun dienstenchequemedewerker afgezegd. De commerciële bedrijven wilden dat de dienstenchequesector werd gesloten. Ann Demeulemeester heeft er in paritair comité 318.02 sterk voor gepleit dit niet te doen. De essentiële sectoren, bijvoorbeeld de mensen die in de zorg werken, hadden dit nodig. Familiehulp heeft alle kwetsbare klanten die een dienstenchequemedewerker konden gebruiken, bijvoorbeeld mensen met een handicap of een vergevorderde leeftijd, zelf gebeld. Familiehulp is tijdens de piek blijven doorwerken, aan 37 procent van de normale inzet. Er is een traag herstel en nu zit de inzet weer aan 90 procent.

6.3. De crisis in cijfers: zorg bij COVID-19-patiënten

Wat nog nergens in de kranten is verschenen, is hoe goed het is gelukt besmettingen te vermijden. Familiehulp monitort dit dagelijks en kent het aantal besmette cliënten. Aanvankelijk kregen zij quarantainezorg. Tijdens de piekperiode is, samen met de andere diensten voor gezinszorg en thuisverpleging, naar cohortzorg omgeschakeld. Dat is op het niveau van de eerstelijnszones van onderuit door de diensten zelf in onderling overleg georganiseerd. Dat is allemaal op veertien dagen tijd geregeld. Een voorbeeld van geïntegreerde zorg.

Bij Familiehulp zijn 750 besmette cliënten gemeld. De verschillen tussen de provincies zijn frappant en kunnen niet door het aantal cliënten van Familiehulp worden verklaard. Dat kan soms worden verklaard door de opstelling van de ziekenhuizen. In Vlaams-Brabant kwamen cliënten snel in de ziekenhuizen terecht, waardoor ze niet in de thuiszorg bleven. De andere verschillen kan Ann Demeulemeester eigenlijk niet verklaren. De quarantainezorg door Familiehulp is meestal in het begin of op het einde van de dag verstrekt. Dat vergt immers een hele procedure van preventie en hygiënemaatregelen. Wat de besmetting van medewerkers betreft, gaat het voor de hele periode om 84 besmette gevallen binnen Familiehulp. Voor zover Ann Demeulemeester weet, zijn de meesten buiten de zorgsituatie besmet.

6.4. De crisis in cijfers: sector thuiszorg

Om aan te tonen wat de miljoenen uren aanwezigheid vereisen aan benodigd beschermingsmateriaal en -middelen in de thuiszorg, vermeldt Ann Demeulemeester de cijfers voor de thuiszorg. Familiehulp zelf heeft zich voorbereid op een verlenging van deze situatie gedurende de komende maanden en wellicht zelfs tot 2021. Familiehulp heeft nu al 700.000 euro aan beschermingsmateriaal en -middelen uitgegeven.

De thuiszorgmedewerkers zijn ook ingezet in de residentiële setting, hoofdzakelijk in de woonzorgcentra, maar hier en daar ook in schakelzorgcentra en voorzieningen van het VAPH. Het ging toen niet enkel om de gezinszorg. De huishoudhulpen uit de aanvullende thuiszorg zijn ook ingezet en hebben zich zeer verdienstelijk gemaakt. In de schakelzorgcentra zijn relatief veel uren gepresteerd. In de woonzorgcentra zijn relatief meer medewerkers ingezet. In de schakelzorgcentra lag de piek in april 2020. In de woonzorgcentra was dat in mei 2020.

De inzet in de cohortzorg is lager uitgevallen dan Ann Demeulemeester aanvankelijk had verwacht. Deze inzet is volledig op vrijwilligheid gebaseerd en er waren altijd meer vrijwilligers dan nodig. Ook voor de inzet in de COVID-19-afdelingen in de woonzorgcentra zijn altijd vlot mensen gevonden en 157 mensen hebben dit effectief gedaan. Er waren echter ook hier nog meer gegadigden die klaarstonden.

7. De aanpak van de crisis: Familiehulp

De aanpak van de crisis door Familiehulp is op drie doelen gefocust. Het is geen horrorverhaal. Familiehulp had van in het begin het gevoel de situatie onder controle te hebben. Toen de lockdown werd uitgeroepen, was de directie net op tweedaagse. Ann Demeulemeester zal nooit vergeten hoe iedereen onmiddellijk in de cockpit ging zitten. De drie doelen waren de veiligheid, de continuïteit van de dienstverlening en de focus op de meest kwetsbare groepen. Er is onmiddellijk een crisiscel geïnstalleerd die onder meer alle vragen opving, en de directie adviseerde over te nemen preventiemaatregelen en over communicatie. Technische ondersteuning en telewerken mogelijk maken voor honderden bedienden is gerealiseerd in het weekend zodat iedereen op maandag meteen van start kon gaan. Er zijn instructies en vorming gegeven. Er zijn beslissingen over het materiaal en over de coaching genomen. Er is een interne campagne opgezet om de medewerkers en de klanten te motiveren. Medewerkers en klanten zijn dikwijls gecontacteerd. Er is veel aandacht gegaan naar de psychosociale ondersteuning van de medewerkers en de klanten. Ook zij die op dat moment geen zorg wilden, zijn gebeld.

Na lang aandringen is de doorstart in mei 2020 begonnen met een bezoeksregeling in de thuiszorg. De Federale Regering had de algemene bezoeksregeling voor de burger versoepeld, maar in de thuiszorg mocht er eigenlijk geen bezoek plaatsvinden.

8. Personeelsbeleid tijdens de coronacrisis

Gedurende deze periode is een heel intensief personeelsbeleid gevoerd op het vlak van motivering, ondersteuning, instructies, opleiding en vooral coaching. Ann Demeulemeester is ervan overtuigd dat voorgaande sprekers dit al hebben gedaan. De grootste uitdaging in de thuiszorg is dat de medewerkers alleen op stap zijn. De wijkwerking werd immers geschrapt. De zorgteams mochten niet meer samenkomen. De medewerkers zijn elke dag alleen op stap, met als enige hulplijn de mogelijkheid naar hun coach en zorgpartner te bellen.

9. Problemen tijdens de coronacrisis

In functie van een eventuele bespreking wil Ann Demeulemeester vervolgens het perspectief van Familiehulp op een aantal problemen en uitdagingen naar voren brengen.

In de thuiszorg is het patiënten- of cliëntenperspectief cruciaal. De medewerkers moeten zich in de thuissetting aanvaardbaar en welkom maken. Familiehulp heeft echter in een tegennatuurlijke context moeten werken. De medische benadering van de volksgezondheid, vooral door de federale overheid, was sterk op de intramurale setting gericht en paste niet echt bij de werkwijze van Familiehulp. Zo besteedt Familiehulp veel aandacht aan de psychosociale belasting van gezinnen, mantelzorgers en zorgbehoevenden. Familiehulp had het gevoel dat de federale aanpak haaks stond op het beleid dat in Vlaanderen al jaren is gevoerd. De regie ligt bij de persoon met de zorgvraag. Hij krijgt zorg op maat en bepaalt zelf hoeveel zorg en welke zorg hij in zijn eigen leefomgeving wil.

Familiehulp betreurt dan ook dat bepaalde beslissingen abrupt en zonder overleg zijn genomen. Ten gevolge van de algemene richtlijnen zijn de centra voor dagopvang gesloten, met enorme gevolgen voor de mantelzorgers. De dienstencentra en veel voorzieningen voor assistentiewoningen zijn gesloten. Het is bizar dat het op veel plaatsen verboden was gezinszorg in assistentiewoningen te verstrekken. Het sociaal onderzoek werd stopgezet. De maatschappelijk werkers konden geen intakegesprekken bij mensen thuis meer voeren om samen zorgdoelen te bepalen en de zorgsituatie in te schatten. Dat moest vanop afstand gebeuren, maar de

verzorgenden mochten wel bij die mensen langsgaan. In die rare situatie mochten de zorgkundigen en de huishoudhulpen langsgaan, maar de bachelors en de masters in het omkaderend team mochten dat in alle sectoren niet.

De ambulante equipes in de jeugdhulp, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenvoorzieningen zijn weggefallen. Dat heeft een rol gespeeld, want Familiehulp vervult daar veel aanvullende functies. Er zijn veel gemengde situaties. Ann Demeulemeester heeft zich tot nu toe op de ouderenzorg gefocust, maar steeds meer klanten komen uit de psychiatrie, hebben een verslaving, zitten in kansarme situaties, hebben behoefte aan jeugdhulp of hebben een handicap. De medewerkers stonden er alleen voor, met uitzondering van de thuisverplegenden.

Aangezien dit tijdens voorgaande vergaderingen van de commissie al tot in den treure is besproken, wil Ann Demeulemeester niet veel over de bescherming van de medewerkers en van de klanten zeggen, behalve dat Familiehulp als dienst zijn verantwoordelijkheid heeft genomen en dat de druk op de medewerkers door het ontbreken van materiaal op geen enkele wijze kan worden onderschat. Ze hoopt op compenserende maatregelen voor de eigen aankopen door de diensten, want op dat vlak is ze ongerust.

Ze heeft ook het gevoel dat zeker de federale overheid geen voeling met de eerstelijnszorg, de welzijnsbenadering en de thuiszorg heeft. De federale overheid heeft onvoldoende benut wat de bestaande netwerken en samenwerking kunnen betekenen. Bepaalde systemen functioneren heel goed. Er is veel aandacht voor nieuwe structuren, wat tijdens de doorstart en de voorbereidingen op nieuwe uitbraken weer komt opduiken. Het herstel van de brede visie op gezondheid en welzijn is in zicht, maar spijtig genoeg geven de kaderrichtlijnen daar geen blijk van. Ann Demeulemeester hoopt dat dit nog zal worden bijgestuurd.

10. De thuiszorg verdient meer dan een applaus

Familiehulp is eigenlijk tamelijk goed uit deze crisis gekomen. De organisatie heeft het doorstaan en heeft gezien dat een aantal zaken perfect werkt. Dat Ann Demeulemeester zelf in de thuiszorg gelooft, zal niemand verbazen, maar ze heeft nu gezien hoe onmisbaar de thuiszorg eigenlijk is. De feedback van de cliënten was sterk, hoewel velen vinden dat ze te weinig zorg hebben gekregen. Dit blijkt ook uit de regionale media, waarin de thuiszorg wel aan bod is gekomen.

De medewerkers hebben het schitterend gedaan. Met het vertrouwen en de verantwoordelijkheid die ze hebben gekregen, hebben ze veel zelf moeten en kunnen doen. Er is veel online vergaderd en op het vlak van teleleren zijn de verzorgenden en de zorgkundigen door de eigen opleidingscentra opgeleid. Op een paar weken tijd is op afstandslernen overgeschakeld.

In de zorg lukt het samen te werken. De administratieve vereenvoudiging is gelukt. Door flexibel te zijn, is het sociaal ondernemerschap volledig naar boven gekomen. De digitalisering, waar Familiehulp al jaren op inzet, heeft enorm geholpen. De nieuwe strategie en de projecten wapenen Familiehulp voor de toekomst. Een aantal innovaties moet in de toekomst worden opgenomen, zoals zorg op afstand.

In de eerste plaats denkt Ann Demeulemeester hiervoor aan de sterke rol van de thuiszorg op het vlak van preventie. Familiehulp heeft veel betekend voor de mensen, ook met betrekking tot de omgang met de overheidsregels. Familiehulp heeft mensen geholpen om hygiënische en preventieve maatregelen te nemen. Er is gezocht naar manieren om zorg op afstand te verstrekken. Er is sneller ingezet op de digitalisering van de medewerkers en de klanten. Door samen te werken, zijn op een hoger niveau synergieën bereikt, is flexibiliteit gezocht en zijn beslissingen efficiënt genomen.

Ann Demeulemeester is weggeblazen door de veerkracht en de brede inzetbaarheid van de medewerkers van Familiehulp en door het coachend leiderschap van de directies en leidinggevendenden. In de media is niet aan bod gekomen hoe het management in al die sociale ondernemingen en zorgorganisaties veel leiderschap aan de dag heeft gelegd. Die mensen moesten tegelijkertijd crisismanager, optimale coach en supercommunicator zijn. Ze hebben dat heel goed gedaan, vaak als ploegen en altijd vanop afstand.

11. Relance thuiszorg

Ann Demeulemeester rondt af met concrete verwachtingen. Meer dan applaus, moet er een echte relance van de thuiszorg komen. De waarde is bewezen, zeker wat de gezinszorg en de aanvullende thuiszorg betreft. Namens Zorggezind wijst ze erop dat tijdens deze legislatuur een afbouw van de thuiszorg is gepland.

Het decretale groeipad voor de gezinszorg bedraagt 4 procent. In de meerjarenbegroting is slechts 2,5 procent ingeschreven. Dat minimale groeipad is nodig, maar door de besparingsmaatregelen gaat het in 2021 slechts om 1 procent en nog later slechts om 0,5 procent. Gelet op de recent gepubliceerde cijfers over de vergrijzing, de keuze van mensen voor thuiszorg en de kwaliteit van die thuiszorg is dat een gerechtvaardigde verwachting, niet enkel van de sector, maar ook van de Vlaamse burger. De aanvullende thuiszorg heeft ook zijn onmisbare plaats bewezen en kan niet door het dienstenchequestelsel worden vervangen.

De poetshulpen die ook in de woonzorgcentra zijn ingezet, bieden poetszorg. Zij moeten in een team kunnen functioneren. Voor zwaar zorgbehoevende cliënten is dat echt nodig. Zij dragen verantwoordelijkheid. Als voorbeeld verwijst Ann Demeulemeester naar een poetshulp die had gemerkt dat een alleenstaande klant was besmet en die de huisarts heeft verwittigd. Die alertheid en rol kan van een dienstenchequemedewerker moeilijk worden verwacht.

Wat de omkaderingsnormen betreft, wordt in de sector nu een bachelor per 120 cliënten deeltijds gesubsidieerd. Dat beantwoordt niet aan de toenemende complexiteit van de gezinszorg en van de zorgsituaties van de cliënten, en is voor de medewerkers niet houdbaar.

Tot slot sluit Ann Demeulemeester zich aan bij de vraag naar een financiële opwaardering voor alle zorgmedewerkers, ook in de thuiszorg. Ze vermoedt dat de commissieleden dit delen.

II. Uiteenzetting door Karin Van Mossevelde, algemeen directeur i-mens

Karin Van Mossevelde dankt de commissie voor de uitnodiging om tijdens deze vergadering het woord te nemen. Het is niet haar favoriete bezigheid op een vrijdagvoormiddag, maar ze vindt het belangrijk voor het personeel van i-mens. Nu ze op de stoel van de minister van Welzijn zit, merkt ze op dat ze tijdens de coronacrisis graag zelf minister van Welzijn was geweest.

1. Wie is i-mens?

i-mens is een recente fusie van elf vzw's in de zorgsector, en bestaat voornamelijk uit twee zeer grote vzw's, namelijk vzw Solidariteit voor het Gezin en vzw Thuishulp. De totale omzet bedraagt ongeveer 400 miljoen euro per jaar.

Aangezien Ann Demeulemeester de cijfers al perfect heeft geschetst, zal Karin Van Mossevelde hier minder op ingaan. De doelgroepen, de klanten en de

kenmerken van de klanten zijn uiteindelijk bijna dezelfde. i-mens heeft ongeveer 100.000 klanten, 12.000 medewerkers en 2000 vrijwilligers. De specialiteit is de geïntegreerde zorg en daarmee bekleedt i-mens een unieke positie in Vlaanderen. i-mens is op geen enkel vlak de grootste, maar is wel de meest complete zorgorganisatie in Vlaanderen. i-mens heeft een aanbod van voor de geboorte tot aan het levenseinde.

i-mens omvat twee woonzorgcentra, vijf groepen van assistentiewoningen, twee centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning, 29 kinderdagverblijven en 400 onthaalouders. i-mens zorgt jaarlijks voor ongeveer 130.000 dagen kinderopvang, meer dan 380.000 opvangdagen bij gezinnen en de oppas op zieke kinderen aan huis. De thuisverpleging legt bijna zeven miljoen huisbezoeken per jaar af. i-mens zorgt voor 3,4 miljoen uren gezinszorg, 1,4 miljoen uren poetshulp, 45.000 uren karwei-hulp, 767 uren oppashulp en 2,3 miljoen uren op basis van dienstencheques.

i-mens is een fusie van verschillende organisaties en is op 6 maart 2020 gelanceerd. Gedurende heel die week zijn het nieuwe merk, de nieuwe naam, de nieuwe raad van bestuur en het nieuw managementteam met alle personeelsleden gevierd. i-mens heeft elke avond personeelsleden in tenten uitgenodigd. i-mens vond het immers belangrijk hiermee eerst en vooral met de personeelsleden naar buiten te treden.

De laatste van die bijeenkomsten vond plaats op 9 maart 2020. Op 13 maart 2020 zat Karin Van Mossevelde in de crisisruimte op de hoofdzetel. Ze is daar bijna drie weken blijven zitten. Tijdens die eerste drie weken is de helft van het directiecomité uitgevallen. Er zijn in totaal zeer weinig besmettingen geweest, namelijk 0,74 procent van de meer dan 12.000 medewerkers, maar daar hoorde wel de helft van de directieleden bij.

2. Intern crisismanagement

De wereld is plots veranderd en i-mens is naar een intern crisismanagement overgeschakeld. De eerste dag is een twaalfpuntenplan opgesteld. i-mens wilde eerst een ethisch afsprakenkader maken. De vraag was hoe i-mens tijdens de crisis met de klanten en met het personeel zou omgaan, en hoe op basis daarvan een aangepaste dienstverlening zou worden verzekerd.

Onmiddellijk hierna heeft i-mens besloten dat dit alles samen moest gebeuren met een beleid dat ten aanzien van de werkvloer kon worden vertaald. Dit betekent niet dat i-mens dat alleen heeft gedaan. Heel de sector heeft getoond dat er in een dergelijke crisis nood aan daadkracht, beslissingskracht en wendbaarheid is.

3. Zorg voor de klanten

Het eerste doel was de zorg voor de klanten. i-mens heeft vanaf de eerste dag een eigen callcenter gebruikt. De telefoon stond roodgloeiend, want veel mensen hebben toen hun zorg opgezegd. Het ging vooral om de poetshulp, maar ook in de thuisverpleging werd soms de niet-essentiële zorg stilgelegd. De klanten waren enorm bang. Hierop is i-mens gestart met belrondes om te horen of er andere behoeftes waren en om te ontdekken hoe zorg op maat kon worden geboden. Nadien zijn die belrondes veranderd in gesprekken met klanten van wie al een tijdje niets meer was gehoord om na te gaan of er geen precaire situaties waren ontstaan.

i-mens heeft, vooral op vraag van de medewerkers, een gedragscode voor de klanten opgesteld. De meeste medewerkers komen op individuele basis in die huizen. Op basis van de verhalen van de medewerkers is duidelijk gemaakt wat ten opzichte van het personeel werd gevraagd.

Er is met brieven, telefoongesprekken en een vrijwilligersplatform communicatie opgezet. Dat is allemaal digitaal gebeurd, want de vrijwilligers moesten vanaf de eerste dag al stoppen. De meeste vrijwilligers zijn ouder dan 65 jaar. Het is Karin Van Mossevelde niet duidelijk waarom 65-jarige vrijwilligers wel en 65-jarige chronische patiënten niet tot de risicogroepen behoren.

Karin Van Mossevelde is er heel trots op dat i-mens het beeldbellen in de thuissituatie heeft ingebracht. Dat is in de woonzorgcentra heel snel ingeburgerd. Zo kon er nog contact zijn tussen de mensen in de woonzorgcentra en hun familie of vrienden. Het beleid is wel volledig voorbijgegaan aan de meer dan 150.000 80-plussers die alleen thuis wonen. Zij zijn vanaf de eerste dag volledig van familie, kinderen, kleinkinderen en vaak ook van mantelzorgers afgesloten. Dat was een enorme chaos. Er was veel eenzaamheid. i-mens heeft wel het geluk gehad met een private speler te kunnen samenwerken om dat beeldbellen naar de thuissituatie te brengen. De verzorgenden en de poetshulpen zijn opgeleid om dit te ondersteunen. i-mens is niet in de huiskamer van de koning geraakt, maar heeft de koning op die manier wel in de huiskamers van de mensen gebracht.

4. Zorg voor medewerkers

Het tweede doel was de veiligheid van de medewerkers. Het gaat dan onder meer om monitoring, beschermingsmateriaal, testing, thuiswerkattenties en dergelijke. Karin Van Mossevelde zal op een aantal van die punten ingaan.

Wat de monitoring betreft, is vanaf de eerste dag nagekeken wie ziek uitviel. Indien er op bepaalde plaatsen een concentratie was, werd nagegaan in hoeverre de dienstverlening kon worden gegarandeerd. Karin Van Mossevelde verwijst in dit verband naar de ziektecijfers voor 2019. Toen de lockdown begon, was er slechts één regel, namelijk dat wie zich ziek voelde meteen moest thuisblijven en geen risico's mocht nemen. Tijdens de week van 23 maart 2020 zat het aantal zieken op een recordhoogte in vergelijking met die week in 2019. De weken nadien is dat veranderd. Op bepaalde momenten waren er minder zieken dan in de dezelfde weken in 2019, toen er geen epidemie was. Volgens Karin Van Mossevelde zegt dit veel over de inzet van het personeel.

De piek tijdens de eerste week is niet aan de feestjes van i-mens te wijten. In dat geval was het effect gedurende drie of vier weken zichtbaar gebleven. De piek is te wijten aan de beelden van het beschermingsmateriaal die de medewerkers bijna dagelijks in de media hebben gezien. Als er besmettingen waren, zagen ze mensen met maskers. i-mens heeft onmiddellijk geprobeerd dit aan te pakken. Gedurende die eerste weken stelde Karin Van Mossevelde zich vaak de vraag of er nog genoeg maskers waren om te voorkomen dat de medewerkers zonder bescherming in de huiskamers zouden komen. Er zijn al vaak verhalen verteld over de machteloosheid van de werkgever die weet dat zijn werknemers risico's nemen. Een zelfgemaakt mondk masker moest toen nog voldoende zijn, want chirurgische maskers waren in het begin onbespreekbaar. Niemand had daar een stock van in huis. Een van de punten in het twaalfpuntenplan was dat i-mens altijd de overheidsregels zou volgen. De leidinggevenden moesten daardoor zelf beslissen aan wie ze maskers zouden geven. Dat verklaart het ziektebeeld tijdens die eerste week. Er is toen veel onduidelijkheid voor het personeel gecreëerd. Dat is niemands schuld, want niemand heeft deze crisis zien aankomen. De overheid heeft gedaan wat ze kon en na drie weken waren er maskers voor het personeel. Er was elke dag een nieuwsbrief met informatie over wie hoe lang een masker moest dragen.

Er was beschermingsmateriaal voor de medewerkers, maar i-mens heeft daar enorm veel voor moeten doen. Karin Van Mossevelde heeft zelfs haar echtgenoot naar al zijn contacten laten bellen. Ze heeft zelf zonder enige schaamte heel het weekend rondgebeld, maar dat heeft veel opgeleverd. Zo heeft ze van brouwerij

De Koninck een grote lading flessen met 3 liter handgel gekregen. Het probleem was dat de medewerkers van i-mens niet in een ziekenhuis of een woonzorgcentrum werken waar het gemakkelijk is die handgel over dispensers te verspreiden. i-mens moest die handgel naar 8000 individuele medewerkers in Vlaanderen zien te verspreiden en dus moest iedereen weer beginnen rond te bellen. Uiteindelijk is die handgel uit de grote flessen in mayonaissepotten van Devos & Lemmens overgeheveld, wat uren werk heeft gekost, en zo hebben 8000 individuele medewerkers handgel gekregen.

Karin Van Mossevelde stelt dat ze over dat beschermingsmateriaal een boek kan schrijven. De onderrichtingen veranderden steeds. Er waren onduidelijkheden en het ging steeds om veel verschillende bestellingen. Als over helden wordt gepraat, mag het ook over de karweidiensten gaan, want zij hebben voor de distributie gezorgd. Ze heeft veel bijgeleerd over manieren om bestellingen op de juiste plaats te krijgen. Zodra de bestelde maskers toekwamen, moesten ze onmiddellijk worden verspreid. De dag nadien kwam weer een nieuwe bestelling toe en kon iedereen opnieuw beginnen om 6000 tot 8000 mensen in het werkveld te bedienen.

Een belangrijk punt is dat veel medewerkers van i-mens het niet gewend waren met dat beschermingsmateriaal te werken. Indien ze twintig maskers zouden krijgen, zouden ze beginnen hamsteren. In een ziekenhuis wordt al het personeel bij elkaar geroepen om uitleg te krijgen, maar dat is voor i-mens niet mogelijk. Er zijn filmpjes gemaakt, maar niet iedereen is online aanwezig. Uiteindelijk is aan alles een fiche bevestigd waarop stond hoe het materiaal moest worden gebruikt.

De testing vat Karin Van Mossevelde samen als het Wilde Westen van de visies. Ze was aanvankelijk van plan een overzicht van de maatregelen te maken, maar ze had daar niet genoeg tijd voor. De onderrichtingen zijn bijna elke dag veranderd. De ene keer moest na twee dagen worden getest. Dan werd het na vijf dagen, na negen dagen en op de twaalfde dag als er symptomen waren. i-mens wist niet meer wanneer er moest worden getest, maar er waren ook geen tests voor de thuiszorgsituaties. In de groepen van assistentiewoningen was de testing volledig, hoewel daar net dezelfde doelgroep zat. Een ander punt is dat mensen met symptomen te horen hebben gekregen dat ze in hun kot moesten blijven, tenzij ze in de zorg werkten. Wie niet te veel symptomen had, moest komen werken. Ook dat was een enorme tegenstelling.

i-mens heeft ook een aantal andere initiatieven genomen. Er was een dagelijkse nieuwsbrief. i-mens vond het belangrijk om elke dag met het personeel te communiceren en voldoende transparante informatie te geven. Wat veel tijd heeft gekost, was het wekelijks overleg met de vakbonden. Elke vrijdag heeft het management van de vakbonden de verhalen over de ervaringen op de werkvloer en de angsten van de medewerkers gehoord. Karin Van Mossevelde wist dat het management zijn best deed, maar toch kreeg ze elke vrijdag te horen dat i-mens niet voldoende voor de mensen zorgde en niet voldoende beschermingsmateriaal had.

De attenties waren een teken van het nieuwe Vlaanderen. Voedsel en allerlei attenties werden naar de ziekenhuizen en de woonzorgcentra gebracht, maar niet naar de mensen in de thuiszorg. i-mens heeft geprobeerd ervoor te zorgen dat de medewerkers hier ook van zouden kunnen genieten. Die attenties zijn dan beginnen toe te stromen. Op een bepaald ogenblik zijn 9000 azalea's toegekomen die dan allemaal moesten worden verspreid. De medewerkers hebben dat enorm geapprecieerd.

De thuiszorg is geïsoleerd werk. De medewerkers zijn alleen op de baan en krijgen niet enkel hun eigen angsten, maar ook de angsten van hun cliënten te verwerken. De veerkracht van die mensen is groter dan de werkdruk. Slechts 2 procent heeft

COVID-19-ouderschapsverlof aangevraagd, wat Karin Van Mossevelde relatief weinig vindt. Verder krijgen achttien medewerkers psychosociale ondersteuning en heeft de speciale telefoonlijn voor het personeel minder dan 150 oproepen gekregen.

5. Aangepaste dienstverlening

5.1. Residentieel

Op basis van de zorg voor het personeel en de klanten is een aangepaste dienstverlening tot stand gekomen. Aangezien dit in de commissie al het meest aan bod is gekomen, begint Karin Van Mossevelde met de residentiële zorg.

Een totaal vergeten groep op dat vlak zijn de bewoners en het personeel van de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning. Dat zijn opvoeders. Overdag gaan de kinderen naar school en 's avonds komen ze in hun leefgroep terecht. Daar zitten jaarlijks ongeveer 600 kinderen. Nu zijn de opvoeders de ouders geworden, wat voor hen zeer lastig was. Het gaat niet enkel om kinderen die geen ouders meer hebben. Er waren ook kleintjes aan wie niet kon worden uitgelegd dat ze na hun plaatsing maanden opgesloten zouden blijven. Als die kinderen met hun ouders zouden skypen, zouden er in die voorzieningen drama's volgen.

i-mens heeft een kinderdagverblijf omgebouwd om kinderen van zieke ouders elk uur van elke dag te kunnen plaatsen. i-mens heeft dat centrum gelukkig niet moeten openen.

Wat de assistentiewoningen betreft, was er een enorm verschil tussen de aparte groepen en de geïntegreerde groepen. De groepen die apart functioneren, werden opeens private woningen. De overheid heeft zich daar niets van aangetrokken. Er was geen testing en die mensen zaten geïsoleerd in hun woning. Er was geen opnamebeleid en de ondersteuning viel stil. Karin Van Mossevelde wijst erop dat het bij i-mens niet om grote groepen ging. De moederorganisatie heeft voor de nodige hulp en zorg kunnen zorgen.

Het is niet zo dat de bewoners van geïntegreerde assistentiewoningen beter af waren. Voor hen golden dezelfde regels als in de woonzorgcentra. Die mensen mochten niet meer buiten, want ze woonden vlak naast een woonzorgcentrum. Ze moesten binnenblijven, maar ze werden niet getest, want ze woonden niet in het woonzorgcentrum zelf. Er was geen financiële vergoeding voor het beschermingsmateriaal van de medewerkers die voor hen zorgden.

i-mens heeft slechts twee woonzorgcentra. Hoewel het altijd een beetje een kwestie van geluk is, overloopt Karin Van Mossevelde een aantal punten dat ertoe heeft geleid dat daar geen besmettingen zijn geweest.

De bewoners beschikken over individuele kamers met een eigen sanitaire cel. Al voor de coronacrisis werd het badlinnen en de persoonlijke kledij in de organisatie zelf gewassen. Het medisch geschoold management kon onmiddellijk ingrijpen. Soms is tot een eigen testing overgegaan. De mensen die in de tuin kwamen werken en dergelijke zijn onmiddellijk buitengehouden. De moederorganisatie heeft beschermingsmateriaal kunnen brengen en er is permanent overleg met de artsen geweest. Het allermoeilijkste punt was het bezoekrecht. i-mens is op dat vlak heel streng geweest en heeft zelf aandacht aan de welzijnsaspecten van de mensen gegeven. De verzorgenden zijn in feite kapster, manicure, pedicure en boodschappendienst geweest.

5.2. Thuiszorgsituatie

Net zoals Familiehulp, heeft i-mens de dienstenchequemedewerkers naar mensen met een essentieel beroep laten gaan. De dienstenchequemedewerkers hebben ook de kans gekregen om op vrijwillige basis een apart contract voor de zorg af te sluiten. Zo is 30 procent van die mensen in de aanvullende thuiszorg ingeschakeld, wat ook nodig was.

De thuisopvang van zieke kinderen is omgevormd tot de opvang van kinderen van zieke ouders. De scholen waren gesloten. Als de ouders ziek werden, was het voor hen heel moeilijk om voor hun kinderen te zorgen.

Vanaf 1 april 2020 heeft i-mens voor de teleconsultatie van vroedvrouwen gezorgd. Dat is gecombineerd met kraambezoeken.

De maaltijden aan huis hebben een enorme stijging met 125 procent gekend.

Het personeel van i-mens is ingezet in de residentiële zorg, in de schakelzorgcentra en in de triage.

Karin Van Mossevelde is er heel trots op dat i-mens er op veertien dagen tijd in is geslaagd de cohortzorg in Vlaanderen voor de thuisverpleging en de gezinszorg mogelijk te maken. Dat was voor i-mens een ethische kwestie. Als het personeel zowel besmette en niet-besmette mensen moet bezoeken, is dat een tijdbom. De grote organisaties zijn uit hun silo's getreden en hebben die cohortzorg samen mogelijk gemaakt.

i-mens heeft in elke provincie een 0800-nummer aangemaakt waar professionelen naar konden bellen. Die nummers heeft Z-Plus, de zorgcentrale van i-mens, gedeeld met de zorgcentrales van de coöperatieve waar de grote zorgverleners bij betrokken zijn en van het Wit-Gele Kruis. Er zijn meer dan duizend oproepen gekomen, maar Karin Van Mossevelde vindt dat eigenlijk weinig. Dat heeft minder dan 10.000 euro gekost en zijn nut meer dan bewezen. Het werkveld heeft beslist die 0800-nummers in sluimerende toestand te bewaren en te reactiveren zodra het moet.

6. Vaststellingen

De spreker wil geen steen gooien. Het was voor iedereen de eerste keer en iedereen heeft er het beste van willen maken. Maar dit kan men geen tweede keer laten gebeuren. Als er nu niet wordt geconsolideerd, als er nu niet naar de goede voorbeelden wordt gekeken, als nu de nieuwe recepten zich moeten inpassen in oude structuren, dan is dat schuldig verzuim. Er moet dringend worden gepraat over pooling van het personeel, en over hoe geïntegreerde zorg er moet uitzien. Er moet een gestructureerde samenwerking komen tussen het beleid, de koepels en de grote spelers, en die samenwerking moet worden ingebed.

Centrale sturing bij een crisissituatie, decentrale uitvoering. Er is daadkracht en er is één commando nodig. Wie dat is, daar ligt Karin Van Mossevelde niet van wakker, als het er maar is. Onnodige bureaucratie dient te worden vermeden.

Thuiszorg is een essentiële sector. Karin Van Mossevelde vraagt zich nu af hoe dat in de praktijk zal worden ingevuld. Het is een geïsoleerde sector ook, de kanariepiet van de zorg: de thuiszorgers vangen de signalen op en proberen die naar boven te brengen. Maar een kanariepiet die te veel gas inademt, sterft. Daarom moeten de verloning en de waardering worden bekeken, zowel vanuit de werkgeversvakbond als vanuit het beleid. Dat moet gebeuren met een andere bril dan de bril van voor corona en het besparingsbeleid.

De mensen willen langer thuisblijven. Ook daarom moet de thuiszorgsituatie fundamenteel worden herdacht. De mogelijkheden moeten er zijn om 24/7 te kunnen werken. De financieringssystemen moeten worden bekeken en het 'face-to-face' moet samengaan met de zorg op afstand. Het werkveld is daar klaar voor.

De zorg moet evolueren naar ecosystemen en betrouwbare partnerschappen. De regelgeving moet dit stimuleren in plaats van tegen te werken. Er moeten meer en vooral ook andere handen komen in de zorg. De mensen die er werken, moeten opnieuw goesting krijgen. Het imago is aangetast. Karin Van Mossevelde wil ook dat het poetsen in de aanvullende thuiszorg komt en niet omgekeerd. Corona toonde aan dat daar anders niet genoeg mensen voor zijn. Er moet een herwaardering zijn van het 'face-to-face' en van de solidariteit.

Karin Van Mossevelde sluit af met de opmerking dat er op ethiek geen prijs staat. Ethiek binnen de zorg moet preventief op de agenda komen. Hoe om te gaan met ouderen of met participatie? Wanneer moet iemand voorrang krijgen? Ethiek is preventie. Ook thuiszorg is preventie. Nu werd er, vooral bij het afscheid nemen en in de rechtenbenadering, heel conservatief gedacht en naar oplossingen gestreefd.

III. Vragen van de leden

1. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer vraagt de sprekers of zij al contact hebben gehad met de minister, een departement of een agentschap. Hoe werd daarop gereageerd? Zijn de sprekers betrokken geweest bij de taskforce? *Ann De Martelaer* vernam dat dat vooral een praatbarak was. Hadden de sprekers ook dat gevoel, of hebben zij kunnen wegen op de beslissingen die er werden genomen? Hoe bereiden de sprekers zich voor op een tweede golf? Worden zij daarvoor ondersteund door het beleid? Of zijn zij zelf in hun eigen werkgroepen daarmee bezig? Bijna 50 procent van de doelgroep is ouder dan 80 jaar. Bij de lockdown viel alles stil. Uit angst hebben die mensen de zorg opgezegd. Die is nu stilaan opnieuw op gang gekomen. Hoe zal die angst bij mensen die zorg ontvangen, vermeden worden? Hoe zouden de sprekers, mochten ze minister zijn, vandaag hun aanbevelingen verwezenlijken?

2. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele onthoudt dat heel veel inspanningen zijn geleverd om op allerlei vlakken zelf gaten te vullen: de maskers, de alcoholgel, het toepassen van de richtlijnen, het testen. Begin maart 2020 zei minister Wouter Beke dat hij 'boots on the ground' wou maar dat dat moeilijk was omdat er corona was. De mensen mochten niet samen in een zaal voor opleiding. De opleiding en de ondersteuning zouden gebeuren op het terrein. Maar over concrete ondersteuning door de overheid heeft *Lise Vandecasteele* weinig vernomen. Er waren heel wat extra taken te verrichten. Werd aan de overheid extra ondersteuning gevraagd? Is die er dan ook gekomen?

Er is bij het zorgpersoneel angst: om de mensen thuis te besmetten of om het volgende gezin dat wordt bezocht, te besmetten. Uit een enquête die begin april 2020 bij het zorgpersoneel werd afgenomen, blijkt dat de psychische weerslag zeer groot was. Een van de sprekers zei zelf ook voor psychosociale ondersteuning te hebben gezorgd. Heeft de overheid dat ondersteund? Wanneer?

De sprekers zeggen dat moet worden geconsolideerd wat nu geweten is. De 'good practices' moeten gezien en toegepast worden. Worden de 'good practices' vandaag al besproken met de minister of met het Vlaams Agentschap Zorg en

Gezondheid? Gebeurt er vandaag consolidatie, met input van de eigen goede ervaringen?

3. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse erkent dat de thuiszorg een soms vergeten maar toch belangrijke schakel is in de zorg. Ook de mantelzorg had terecht het gevoel over het hoofd te worden gezien. Immanuel De Reuse heeft ook weet van de ondersteuning van de brede sector. Hij vond de toelichting daarover zeer verhelderend. Hij sluit zich aan bij de vragen over het overleg met de overheid. Is nu geweten welke lijn er moet worden gevolgd en waar men moet zijn om rechtstreeks contact met de overheid te hebben bij een eventuele tweede golf?

Er is in de woonzorgcentra al preventief getest, op eigen initiatief, los van de overheid. Hoe denken de sprekers over het testen van de eigen medewerkers? Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zegt dat dit niet nodig is. Sommige artsen vinden van wel. Zou dat testen op een regelmatige basis moeten gebeuren?

Hoe kunnen de persoonlijke beschermingsmiddelen in de toekomst beter aangepakt worden? Waar zat het probleem? Waar moet die coördinatie gebeuren? Hoe kan dit opgelost worden?

Uit heel wat getuigenissen blijkt dat de mensen in de zorg op en moe zijn. Ze hebben nood aan vakantie en ondersteuning. In de thuiszorg zou de veerkracht optimaal zijn, veel beter dan verwacht. Hoe komt dat? Omdat er heel wat mensen deeltijds werken? Die mensen hebben dan wellicht meer tijd om te recupereren in de eigen thuissituatie.

4. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls stelt vast dat het hier gaat om twee atypische sectoren. Alle cliënten, alle personeel en alle doelgroepen zitten niet op één plaats samen. Heeft de overheid instructies gegeven, specifiek voor elk soort klanten of elk onderdeel van de dienstverlening? Of was het een amalgaam? Waren die richtlijnen congruent of spraken ze elkaar tegen?

Waren de sprekers rechtstreeks betrokken bij het overleg? Zorgnet-Icuro heeft gevraagd om betrokken te worden in de gesprekken. Wanneer en door wie zijn de sprekers gecontacteerd om te overleggen over de aanpak van hun specifieke decentrale werking?

Zouden de sprekers liever hebben dat de overheid rechtstreeks stuurt, waarbij er flexibiliteit zou verloren gaan en duidelijkheid gewonnen? Of is die flexibiliteit echt wel nodig, gezien de zeer diverse aanpak?

Bij andere dienstverleners zeggen klanten dat zij niemand meer over de vloer willen hebben omdat zij niet besmet willen worden. Moeten zij daarover rechtstreeks worden geïnformeerd? Door wie?

Welk personeel is er nodig voor het testen? Wat denken de klanten daarvan? Welke periodiciteit is er nodig? Moet alle personeel dat terugkomt van vakantie getest worden?

5. Vragen van Maaïke De Rudder

Maaïke De Rudder vraagt op welke manier het beschermingsmateriaal beschikbaar werd gesteld aan het personeel. Welke toegang heeft het personeel tot de testen?

Voor de verdeling van het beschermingsmateriaal werd gewerkt met een prioriteringslijst. Kreeg de thuiszorg de juiste prioriteit?

Hoe is het samenspel met de woonzorgcentra verlopen? Zij kregen eind maart 2020 een brief waarin dat samenspel werd uitgelegd. Is daar veel gebruik van gemaakt? Hoe werd dat aangepakt?

Heeft de thuiszorg gebruikgemaakt van het vrijwilligersplatform Help de helpers? De succesverhalen daarover zijn niet onverdeeld. Kan bij een eventuele golf de medische reserve voor de thuiszorg worden uitgebouwd?

Gezinszorg heeft gewacht op zekerheid over de financiële compensatie voor het personeel in de woonzorgcentra. Is men daar in de thuiszorg al vroeger mee gestart? Of heeft men gewacht op het kader dat de overheid heeft uitgezet?

De federale overheid heeft gecommuniceerd over crisisbeheer. Op welke manier heeft de thuiszorg die communicatie ontvangen en ervaren?

6. Vragen van Maurits Vande Reyde

Maurits Vande Reyde uit, net als alle andere collega's dat voor hem al hebben gedaan, zijn enorme appreciatie voor het werk dat de sprekers hebben verricht. Hij heeft iemand in de familie die bij Familiehulp werkt en weet aldus wat die mensen hebben moeten doorstaan de voorbije maanden.

Er werd ook personeel ingezet voor de verzorging van mensen met een beperking thuis. Vaak zijn dat mensen die bij hun voorziening niet meer terechtkonden. Waren daar veel extra aanvragen voor? Is die hulp goed kunnen verlopen? Een rapport van Unia meldde dat er gebrek was aan dergelijke thuishulp. Hoe kan dit worden geëvalueerd en kunnen daaruit lessen worden getrokken voor de toekomst?

7. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf is net als de sprekers heel erg bezorgd over het gebrek aan aandacht voor het welbevinden en de autonomie van de zorgontvangers, maar ook voor de specifieke situatie van de zorggevers. Een van de redenen voor het horen van de thuisverzorgers is dat de indruk ontstond dat zij soms werden bekeken als manusje-van-alles. Zij moesten allerlei problemen opvangen: het tekort aan zuurstofapparaten en handgel, maar ook het opstarten van schakelcentra. Ook voor het opvangen van te grote afwezigheden in de woonzorgcentra werd naar de thuiszorg verwezen. En er moesten al extra uren worden gepresteerd voor het eigen reguliere werk. Hoe werd dat ervaren? Was er marge? De indruk bestaat dat er te veel naar de thuiszorg werd gekeken om andere dingen op te vangen.

Kunnen de sprekers toelichting geven bij de toegenomen prestatie-uren in april en mei 2020? Verwachten zij dat deze tendens zich zal doorzetten? Heeft dit gevolgen voor het urencontingent voor 2020?

De thuiszorg is een specifieke sector. Hebben beide sprekers, die er een stevige trackrecord in hebben, het idee dat ze voldoende betrokken zijn geweest bij het beleid tijdens de crisis? Hoe waren hun contacten met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en met het kabinet? Wanneer vonden de eerste contacten plaats? Was er regelmatig overleg? Hebben de sprekers het gevoel dat er dan ook effectief naar hun aanbevelingen werd geluisterd? Zijn zij met hun verzuchtingen over het aanbod van zorg- en assistentiewoningen naar de minister gestapt? Wat was het antwoord? Is er ook nu nog regelmatig overleg, met het oog op een eventuele tweede golf?

Is ook de bezorgdheid over de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning tot bij het beleid geraakt? Kwam daar respons op?

Hannes Anaf vindt het onbegrijpelijk dat de Vlaamse Regering 55 miljoen euro wil besparen op de thuis- en gezinszorg. Welke invloed op het aanbod en op de wachtlijsten verwachten de sprekers daarvan? Is het decretale groeipad voldoende om de toegenomen zorgzwaarte in de thuiszorg op te vangen? Er is een tekort van uren op het contingent. Vanaf 2017 is het aantal gepresteerde uren in de thuis- en gezinszorg niet significant gestegen, terwijl de middelen in de begroting wel toenamen maar werden onderbenut. Steeg tussen 2017 het aantal uren dat mocht worden gepresteerd? Zo ja, met hoeveel?

Hannes Anaf is het met Karin Van Mossevelde eens dat de goede praktijken moeten worden geconsolideerd en dat een terugkeer naar de recepten uit het verleden niet mag. Heeft zij indicaties dat men opnieuw zal vervallen in zaken die in het verleden niet hebben gewerkt? Dat is interessant voor het formuleren van aanbevelingen.

8. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde heeft een tante die in de thuiszorg werkt en die zich daar altijd veilig heeft gevoeld. De mensen die in de thuiszorg werken, zijn niet altijd de hoogst opgeleiden, zij hebben het misschien niet altijd gemakkelijk om de richtlijnen vanuit de overheid te interpreteren. Celia Groothedde vindt dat de sprekers zich een voorbeeld hebben getoond op het vlak van communicatie bij het vertalen van de richtlijnen, en bij het aanbieden van zo goed mogelijk beschermingsmateriaal. Die inventiviteit en aanpak zijn echt eigen aan de organisaties van de thuiszorg.

De sprekers maakten zich zorgen over de kosten van het materiaal. De minister vroeg tijdens de crisis nog een vork voor de terugbetaling. Er moesten tijdens de crisis gedetailleerde verslagen worden gegeven. Kunnen de sprekers daarop ingaan?

Er waren tijdens de crisis een kwart minder aanvragen voor kraamzorg. Nu wordt er bericht over meer post-partumdepressies en meer neerslachtige gevoelens bij jonge gezinnen. Kunnen de sprekers daarop ingaan?

De richtlijnen waren zeer complex. Wat ontbrak daarin volgens de sprekers?

De tijdlijn is te ingewikkeld om op in te gaan. Maar kunnen de sprekers één frappante anekdote vertellen, om een idee te geven van waar het over ging?

9. Vragen van Arnout Coel

Arnout Coel heeft het over het stockbeheer van de persoonlijke beschermingsmaterialen. Welke rol ziet een grote organisatie die in heel wat onderdelen van de zorg actief is voor zichzelf in de toekomst, ter voorbereiding van een tweede golf? Rekent zij volledig op de overheid, of gaat zij zelf een stock aanleggen en voorzien in een beter distributiesysteem dat beter toepasbaar is dan het systeem dat aanwezig was?

IV. Antwoord van Ann De Meulemeester en Karin Van Mossevelde

Karin Van Mossevelde zal de vragen over de cijfers 2017-2020 schriftelijk beantwoorden.

Ze bevestigt dat ze via een koepel als grote zorgorganisatie in de taskforce zat. Ze was daar plaatsvervanger. De afspraak was dat de plaatsvervangers mochten luisteren maar niets mochten zeggen. Maar de voorzitter van de taskforce heeft diegenen die iets te zeggen hadden toch laten spreken. Karin Van Mossevelde vindt dus dat zij een volwaardige plaats in de taskforce had. Het was een instrument om dagelijks contact te hebben met de administratie, wetende dat de kabinetten aan het meeluisteren waren, en om op zijn minst frustratie te kunnen uiten.

Volgens Karin Van Mossevelde hebben de mensen van de administratie keihard gewerkt. Of het allemaal efficiënt was, daarover spreekt zij zich niet uit. Die mensen werken zoals ze worden aangestuurd. Men kon er altijd bij terecht.

Karin Van Mossevelde heeft in die hele periode twee keer de minister gehoord. De eerste keer naar aanleiding van een al lang vastliggend gesprek over zorginnovatie en zorg op afstand. De tweede keer was op 9 juli 2020 toen minister Wouter Beke vroeg om te praten over de aanvullende thuiszorg en de dienstencheques. Er was met het kabinet wel heel nauw overleg over de cohortzorg. Dit thema heeft het kabinet bijna zelf opgenomen.

Ann Demeulemeester stelt, als voorzitter van de koepel, dat ieder de eerste – ongeveer – veertien dagen van de lockdown in zijn eigen organisatie bezig was met het uitvaardigen van crisismaatregelen. Bij Familiehulp werd de preventieve aanpak gecoördineerd door de preventieadviseur samen met de coördinerend geneesheer van IDEWE, de arbeidsgeneeskundige dienst. Op dat moment waren er geen specifieke richtlijnen voor de thuiszorg. Die waren er wel voor de huisartsen. Daarnaast waren er de bestaande draaiboeken in geval van een griep epidemie. Daarover werden enkele jaren geleden afspraken gemaakt. De richtlijnen voor de eigen organisatie werden geschreven op basis van de richtlijnen van de huisarts. Dit was zeer stresserend.

De koepel Zorggezind is een eerste keer uitgenodigd op 4 maart 2020 op een breed overleg met kabinet, administratie, experts en vertegenwoordigers van de brede zorg- en welzijnssector. Het accent lag op het belang van de algemene hygiëne maatregelen en op sensibilisering voor de toepassing ervan in verschillende sectoren. Er werden mogelijke verdere stappen gesuggereerd. Vanaf de lockdown was er regelmatig contact tussen de directeur van Zorggezind en de raadgever van het kabinet over diverse aspecten, zoals persoonlijk beschermingsmateriaal, richtlijnen voor de gezinszorg en centra voor dagopvang, compenserende maatregelen, schakelzorg, cohortzorg en de inzet in de residentiële zorg.

Na die eerste twee weken ontstond in de sector de verwachting dat er meer overleg met de minister en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zou komen. Dat is niet onmiddellijk begonnen. Pas met de taskforce, waaraan zowel de spreker als de directeur van de koepel systematisch deelnemen, is dat veranderd. Die navolgende aanpak blijft echter gehandhaafd. De richtlijnen vanuit de federale comités zijn doorslaggevend en bepalen de manier waarop de Vlaamse richtlijnen worden aangepast. Wanneer de federale comités over testing, gevaldefinitie of maskers nieuwe inzichten kregen, kwamen die met vertraging in een richtlijn voor de sector terecht. Dat was zeer lastig. Daarenboven is de taskforce bij prioriteit gericht op de residentiële zorg, wat ertoe leidde dat de richtlijnen voor de thuiszorg en een oplossing voor de gesignaleerde problemen naar achteren werden geschoven met onbeantwoorde vragen en onzekerheid tot gevolg.

Ann Demeulemeester had niet het gevoel dat er geluisterd werd naar de noden van de thuiszorg. Ook op het federale niveau geldt dat de thuiszorg wordt gelijkgesteld met de burgerbevolking. Dat is letterlijk zo gezegd: "Je moet niet getest worden want dan moet je de hele burgerbevolking testen." Daar was niet genoeg materiaal voor.

Moest dat testen anders verlopen? Ann Demeulemeester zegt dat er op dat moment niets anders opzat dan mee te gaan in de logica en de context die er was: er was maar zoveel beschermingsmateriaal en er zijn maar zoveel testen. Als verantwoordelijke voor duizenden mensen moet men hun het kader kunnen bieden waarbinnen zij veilig aan de slag kunnen op basis van de gegevens en richtlijnen die er zijn. Men kan moeilijk een andere visie geven op de richtlijnen. Door een beslissing van het federale niveau moet bijvoorbeeld iedereen vandaag deze hoorzitting met een mondk masker bijwonen, en dus wordt dat gevolgd. Een paar weken geleden is, vanwege de contacttracing, beslist dat de medewerkers van Familiehulp, die tot dan toe hun mondk maskers niet moesten doordragen bij de cliënt, behalve in een risicosituatie, dat plots wel moesten doen. Het was niet prettig om zoiets te moeten communiceren. Ann Demeulemeester weet niet of dat de schuld is van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid of van de minister. Zij had in elk geval het gevoel dat ook het federale niveau geen rekening hield met de setting van de thuiszorg-situatie.

Testing geeft volgens Ann Demeulemeester een vals gevoel van veiligheid. Men kan onmiddellijk na een negatieve testing besmet raken. Het was moeilijk om dat aan de medewerkers uit te leggen. Er is uren gediscussieerd met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, in de taskforce en op de werkgroep over het testen van medewerkers die uit de cohortgroep komen. Aan Vlaamse kant wou men daar wel iets aan doen, maar op het federale niveau kom men niet tot een gevalsdefinitie komen. Dus is er nooit testing gekomen voor de voormalige COVID-19-medewerkers. Dan heeft men dat maar zelf georganiseerd via de huisartsen. De kosten daarvoor mochten eventueel worden ingediend in Vlaanderen. Dat heeft voor heel wat kopzorgen en anekdotiek gezorgd.

Ann Demeulemeester heeft geleerd dat zorg logistiek is. Thuiszorg is als een luchthaven. De planningstool van Familiezorg is dezelfde als die van een luchthaven. De eerste dagen bellen enorm veel mensen af. Een totale herplanning van duizenden cliënten en duizenden medewerkers is nodig.

Karin Van Mossevelde sluit zich daarbij aan. Er zijn duizenden verhalen, vooral van frustratie en onmacht. Zeker over die testing, die valse zekerheid bood. Er is continu geleerd tijdens de crisis. Alleen al over de vraag wie in quarantaine moet of getest moet worden, bestaat er onduidelijkheid. Nu vraagt men zich al af of er in oktober 2020 voldoende tests zullen zijn. Alles begint opnieuw. Daar moet nu al aan gewerkt worden. Als men zorgpersoneel test, moeten die in quarantaine. Maar wie moet er dan betaald worden? Zelfstandige verpleegkundigen worden op dat moment niet betaald. Zij worden aldus aangemoedigd om zich niet te laten testen. Dat was een van de moeilijkheden. De silo's werden verlaten om samen te werken, maar er waren verschillende statuten en regelgevingen. Dat moet herbekeken worden.

Is de organisatie al klaar voor een tweede golf? De stock is er al. De Vlaamse Regering beslist op 10 juli 2020 over de vergoedingen voor de thuishulpdiensten. Karin Van Mossevelde vertrouwt erop dat dit wordt goedgekeurd, maar zij heeft er niet op gewacht. De thuishulp en de woonzorgcentra zijn klaar. De draaiboeken zijn klaar. Het gaat om draaiboeken van een paar pagina's, die nu wel duidelijk zijn. Er waren veel richtlijnen, maar dat waren richtlijnen op instellingenniveau. Een woonzorgcentrum wist welk bezoekrecht er was. Maar dan moet dat nog worden vertaald voor families, mantelzorgers en vrijwilligers. Ondertussen was dat al in de media gekomen. De medewerkers zagen dat 's avonds op tv, terwijl de organisatie nog moest beginnen. Er is weinig nagedacht over het vertalen van de communicatie naar specifieke groepen.

Ann Demeulemeester beantwoordt de vraag over de psychosociale zorg. Daarvoor werd een beroep gedaan op De ZorgSamen. Het ging echter grotendeels om het

samenbrengen van wat ontwikkeld was in andere organisaties. Het accent bij de thuiszorg lag in grote mate op de eigen maatregelen. Er was onderlinge uitwisseling, en het evolueerde gedurende de crisis.

De medewerkers voelden een grote nood om bij elkaar te komen. Ze werden in onlinegroepen ondergebracht, samen met hun coach. Zo konden ze met elkaar overleggen. De vergaderingen werden heropgestart zodra het mogelijk was. Maar daarvoor moest wel worden aangedrongen bij de overheid. Dat geldt ook voor het sociaal onderzoek, voor het aan huis gaan voor de kraamzorg en bij heel wat andere klanten, bijvoorbeeld personen met een handicap. De aanvragen hiervoor bleven binnenkomen. Bij Familiehulp waren er vier- tot vijfduizend aanvragen in die periode. Er waren veel verschuivingen, bijvoorbeeld voor mensen die gewoonlijk naar de dagopvang gingen maar die nu thuis werden begeleid. Maatschappelijk werkers kunnen die contexten goed beoordelen en kunnen de klanten begeleiden om die stap te zetten. Er werd veel gemaild en getelefoneerd, maar dat contact zou toch ook moeten mogelijk zijn. Ook in een tweede golf. Er moet rekening worden gehouden met het klantperspectief. De psychosociale dimensie in heel de mantelzorg moet goed worden ingeschat. Dat is cruciaal. Ook kan men nagaan of er eventueel een onveilige of onhygiënische situatie is, ook voor de medewerkers.

Karin Van Mossevelde roept op om de structuren te herdenken, en daarmee bedoelt zij niet alleen de politieke structuren maar ook de structuren in het werkveld: de eerstelijnszone, zorgraden, regionale netwerken, ziekenhuizen enzovoort. Zij vraagt ook om alle nieuwe structuren die zijn ontstaan in de oude structuren onder te brengen. Cohortzorg en het 0800-nummer zijn hier een voorbeeld van. Er moet ook niet worden gekozen tussen beter verlonen of meer uren geven. De hervormingen moeten op een moderne manier worden bekeken. Er moet worden nagedacht of avond- en nachtdiensten, of meer flexibiliteit op een andere manier moeten worden verloned. Er moet met vier partners worden overlegd: administratie, beleid, koepels en grote zorgspelers zouden constant en dagelijks aan tafel moeten zitten. Zo kan wat wordt beslist, concreet worden vertaald naar het werkveld. En ten slotte moet er ook worden nagedacht over de ethische thema's in de zorg.

Volgens *Ann Demeulemeester* wil de sector geen systematische directieven, richtlijnen en sturing. Men heeft kunnen zien hoe de sector vanuit sociaal ondernemerschap, wendbaarheid en administratieve vereenvoudiging heeft kunnen handelen. Als er een duurzame hertekening van zorg en welzijn in Vlaanderen moet komen, dan moeten vereenvoudiging en wendbaarheid daar essentiële kenmerken van zijn. De spreker roept op om verantwoordelijkheidszin, ondernemerschap en samenwerking van alle actoren te benutten. Een en ander was bij manier van spreken onder controle voordat het helemaal in procedures en richtlijnen was gegoten.

Karin Van Mossevelde nodigt tot slot iedereen uit voor de meeloopdagen in oktober 2020 om kennis te maken met de thuiszorgsector of de organisaties in hun totaliteit.

De *voorzitter* bedankt Karin Van Mossevelde en Ann Demeulemeester en wenst hen een deugddoende vakantie toe.

V. Uiteenzetting door Geert Uytterschaut, voorzitter, Kurt Stabel, ondervoorzitter, en Johan Poel, directielid, VLOZO

Geert Uytterschaut stelt dat het Vlaams Parlement het voorrecht heeft om een goede representatie te krijgen van de private sector. Zelf is hij CEO van een internationale groep, Johan Poel is CEO van een Belgische groep en Kurt Stabel is

zaakvoerder van een zorgcentrum. Op die manier is de hele private sector vertegenwoordigd.

1. Wat is VLOZO?

VLOZO vertegenwoordigt meer dan tweehonderd private ouderenvoorzieningen, woonzorgcentra, groepen van assistentiewoningen en dagverzorgingscentra. Bijna alle private woonzorgcentra zijn lid van VLOZO: bijna 20.000 bedden en meer dan 20.000 medewerkers. Geert Uytterschaut bedankt meteen al die medewerkers. Zij hebben in moeilijke omstandigheden moeten werken, met de schrik op het lijf en met de angst om zonder beschermingsmateriaal te vallen. Zij hebben desondanks met heel veel drive en empathie gewerkt, en hebben ook zieke collega's bijgestaan en opgevangen.

2. Tijdlijn

In de eerste helft van februari 2020 al begon in de Italiaanse woonzorgcentra de situatie precair te worden. Eind februari, begin maart 2020 vroeg VLOZO meermaals aan de Vlaamse overheid om de situatie heel ernstig op te nemen. Op 11 maart 2020 adviseerde VLOZO om het bezoekrechten op te schorten en richtte het een publieke vraag tot de overheid om in meer beschermingsmateriaal te voorzien. Op 26 maart 2020 richtte VLOZO een heel bezorgde brief tot de ministers Wouter Beke en Maggie De Block waarin werd gesteld dat er tijdens die eerste weken tijd verloren was gegaan. De brief ging over de continuïteit van de bevoorrading van het beschermingsmateriaal, de testing van de bewoners, en de afspraken tussen de verschillende zorgaanbieders: de ziekenhuizen, de woonzorgcentra en de thuiszorg. VLOZO vond dat er heel veel aandacht naar de ziekenhuizen ging en veel te weinig naar de woonzorgcentra. Op 31 maart 2020 verstuurde VLOZO, tegen zijn gewoonte in, een persbericht omdat de toestand in de woonzorgcentra dreigde te ontsporen. Dan is begin april 2020 de bal vrij snel beginnen te rollen. Geert Uytterschaut was op 8 april 2020 te gast in De Afspraak. Op 12 april 2020 werd de taskforce geïnstalleerd, met als groot voordeel dat verschillende groepen aan tafel konden zitten. Waarmee nog niets gezegd is over de efficiëntie daarvan, aldus Geert Uytterschaut. Uit de mediastorm over het bezoekrechten moeten er lessen worden getrokken. Er moet meer samen worden gedaan. Misschien zou een kleiner aantal deelnemers aan de taskforce de daadkracht verhogen.

3. Tien pijnpunten

VLOZO heeft tien pijnpunten samengevat en suggereert meteen ook enkele oplossingen. *Johan Poel* benadrukt dat dit geen afbreuk doet aan de inzet van veel mensen, ook bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en andere zorgverleners, tijdens deze crisis.

Het eerste pijnpunt is de onduidelijke gevalsdefinitie van COVID-19. Er waren heel wat residenten en medewerkers besmet zonder de symptomen koorts, kortademigheid en hoest te vertonen. Dat leidde tot een zware onderschatting. Het ziekteverloop was zeer asymptomatisch.

Er ging veel tijd verloren met de vraag of de woonzorgcentra al dan niet moesten of konden getest worden. Dat kon pas in april 2020. Het virus was sneller. Zeker de eerste testings gingen gepaard met een zware administratieve procedure, die voor de huizen of de voorzieningen soms een halve tot een hele dag duurde.

Zonder voldoende testcapaciteit en zonder duidelijke gevalsdefinitie werd er gevaaren zonder kompas. Het was zeer moeilijk om te weten of mensen die, vaak zonder testing, uit een ziekenhuis kwamen, besmet waren. De klassieke testing met de wissers kon tot 30 procent vals negatief geven. Door middel van serologische

testen bleek dat sommigen die negatief hadden getest toch de ziekte hadden doorgemaakt. Het was voor de directies zeer belangrijk om te weten wie de ziekte had doorgemaakt.

De vraag over de testing werd zeer duidelijk gesteld aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, dat toen nog in de crisiscel zat. Dit was nodig om een duidelijke testingstrategie te hebben in functie van het ziekteverloop, opdat de organisaties en voorzieningen hun beleid daarop konden afstemmen. Op die manier moest er niet meteen worden overgegaan tot zeer lange kamerisolatie. Het agentschap tikte een aantal groepen op de vingers omdat die isolaties ethisch en qua normering niet konden. Maar soms kon het niet anders omdat er geen testing kon worden gedaan. Op die manier kon ook worden vermeden dat mensen te lang moeten worden geïsoleerd in een kamer en kon er, indien nodig, sneller worden gestart met de cohortering.

Voorzieningen hadden een beperkte voorraad beschermingsmateriaal vanuit het verleden, goed om een kleine epidemie op te vangen. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wees hen er meermaals op dat het de verantwoordelijkheid is van de werkgever om in de arbeidsmiddelen te voorzien. Dat is correct, in normale omstandigheden. Maar in de voorbije tijd heersten er geen normale omstandigheden. Daarom vraagt VLOZO begrip. In het begin van de crisis konden een aantal voorzieningen mondmaskers leveren aan een aantal huisartsen. Ziekenhuizen vroegen ook materiaal op. In de mate van het mogelijke werd dat geleverd. Er werden afspraken gemaakt met de leveranciers, die er alles aan deden om de continuïteit in de logistieke flow te waarborgen. Dan doken de douaneproblemen op. Er waren mondmaskers, maar die werden helaas drie dagen geblokkeerd door de douane in Luik.

Op 23 maart 2020 landde het eerste vliegtuig met mondmaskers. De besmettingen waren dan al veertien dagen bezig. Eenmaal COVID-19 in een zorgcentrum binnen was, verspreidde het zich snel.

Er werden veel richtlijnen uitgevaardigd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Maar helaas vulden de verschillende zorgverleners het gebruik van de beschermingsmiddelen anders in. De medewerkers droegen chirurgische mond- en neusmaskers, zoals het agentschap had aangegeven. Vaak zegden virologen, andere artsen en zorgverleners, en ziekenhuizen dat er beter FFP2-maskers werden gedragen. Die discussie veroorzaakte grote verwarring bij de medewerkers van de woonzorgcentra. Dat leidde tot frustratie. Niemand wist of hij voldoende beschermd was. Medewerkers zagen in de media dat de medewerkers van de COVID-19-afdelingen in de ziekenhuizen als marsmannetjes rondliepen: volledig in beschermingsuitrusting. Dat was in de woonzorgcentra niet mogelijk. Niet omdat men er niet in wilde investeren maar omdat dat materiaal niet kon worden gevonden. Dit leidde ertoe dat de verantwoordelijken van organisaties werden aangeschreven door malafide personen die alles probeerden aan de man te brengen. Sommige mondmaskers kostten opeens tien tot vijftien keer meer, en het waren niet eens goede. Hoewel er een schaarste was op de markt, is men er toch in geslaagd om de medewerkers altijd te blijven voorzien van het noodzakelijke beschermingsmateriaal, zoals het agentschap het voorschreef. Er waren ook vrijwillige initiatieven van verenigingen die mondmaskers begonnen te maken. Die konden vaak niet worden gebruikt. Maar het gebeurde toch en Johan Poel wil die mensen bedanken.

Bij de onduidelijke gevalsdefinitie, het onvoldoende beschermingsmateriaal en het gebrek aan testmateriaal kwam ook vaak de uitval van medewerkers. Dat vormde zeker in het begin van de coronacrisis een groot probleem. Op basis van een telefonisch consult met de huisarts werd beslist of een medewerker al dan niet kon thuisblijven wegens een mogelijke COVID-19-besmetting. Dat veroorzaakte veel onzekerheid. De medewerkers hadden schrik om zelf besmet te geraken maar ook

om anderen te besmetten, ook hun eigen familieleden. Daarom moest worden geschakeld met de arbeidsgeneeskundige dienst om te voorzien in psychosociale opvang. Er kon ook worden gerekend op steun van het Rode Kruis, van de thuisverpleging, de vrijwilligersthuiszorg, interimkantoren en – zeer beperkt – de medische reserve.

Begin april 2020 werd de taskforce opgericht. Die pakte de problemen aan in samspraak met de sector. Dat was zonder meer een goede zaak, maar Johan Poel vindt dat dat al drie weken eerder had moeten gebeuren. De klassieke crisiscel van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid kwam niet echt tot antwoorden. Johan Poel verwijt niemand iets, hij wil enkel deze vaststelling meegeven.

De woonzorgcentra kregen veel minder aandacht dan de ziekenhuizen. Er was buffercapaciteit nodig in de ziekenhuizen. Daar lag de focus bij de verdeling van het materiaal. Er werden extra eenheden gecreëerd. Het is inderdaad beter om COVID-19-positieve mensen niet met onvoldoende beschermingsmiddelen op te nemen in een woonzorgcentrum. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid maakte VLOZO erop attent dat dit een verplichting was. Op basis hiervan kan worden gesteld dat de woonzorgcentra hebben bijgedragen tot de vrijwaring van de capaciteit van de ziekenhuizen.

Dagelijks werden er cijfers getoond in de media. Die gaven duidelijk aan dat de capaciteit van de ziekenhuizen, en meer bepaald van de intensive care, onder controle was. België kon trots zijn. Maar op hetzelfde moment werden veel voorzieningen met veel lijden geconfronteerd. Naast alle criteria die werden opgesteld ten goede en om te helpen, moet eraan gedacht worden dat sommige bewoners zeker nog recht hebben op gespecialiseerde zorg.

Er werd vooral gevraagd om in te zetten op vroegtijdige zorgplanning. Maar vaak was dat niet meer mogelijk. Dat was er het moment niet voor.

Sommige voorzieningen hebben enkel een rob-erkenning zonder bijkomende erkenning, dat wil zeggen de vroegere rvt-erkenning. Die hebben een CRA. Daarnaast konden de mensen nog altijd een beroep doen op hun huisarts. Voorzieningen zonder bijkomende erkenning hebben geen recht op een CRA. Daar was het wachten op de bereidwilligheid van een huisarts om de medische coördinatie van dat woonzorgcentrum op zich te nemen. Veel huisartsen hebben dat gedaan. VLOZO heeft echter wel ondervonden dat het tijd is dat er in het medische beleid van de woonzorgcentra stappen worden gezet. Woonzorgcentra mogen geen min ziekenhuizen worden, maar nu bleek de medische versnippering toch te groot. De testresultaten komen binnen en elke huisarts interpreteert die op zijn eigen manier. De ene geeft een week kamerisolatie en de andere tien dagen. Dat was verwarrend voor de medewerkers. De huisartsen konden de voorziening enkel bij dringende gevallen binnen. Zij hadden ook nog andere taken: in schakelzorgcentra of als CRA in een ander woonzorgcentrum. Zij waren er terecht niet happig op om daar dan de residenten te gaan bezoeken.

De CRA werd vaak gezien als een vervanger van de eigen huisarts. Hij werd plots geconfronteerd met iets wat hij moeilijk aankon. Het ging om pathologieën die niet in een woonzorgcentrum hoorden maar wel in een ziekenhuis.

De gespecialiseerde medicatie ging ook vooral naar de ziekenhuizen. De woonzorgcentra moesten zich vaak behelpen met paracetamol. De ziekenhuizen hebben de woonzorgcentra toch ook goed bijgestaan met advies. De spreker verwijst naar de samenwerking van het netwerk met ziekenhuishygiënist. Ook bij het installeren van een COVID-19-afdeling is prachtig werk geleverd.

Kurt Stabel is directeur van een woonzorgcentrum waar er een uitbraak is geweest, van 14 tot eind maart 2020. Volgens hem was de gevalsdefinitie een van de grote problemen. In de eerste weken was het bijna onmogelijk om mensen te laten testen, zelfs medewerkers met koorts. Wie thuis een Dafalgan had genomen en geen 38° koorts had, moest blijven werken. Kurt Stabel is ervan overtuigd dat dit, zeker in de eerste maand, sterk heeft bijgedragen tot de verspreiding van het virus in de woonzorgcentra.

Diegenen die de gevalsdefinitie niet hebben bijgestuurd, hebben dat nagelaten vanuit onvoldoende kennis van zaken van de woonzorgcentra. Dat heeft ook te maken met de versnippering van het zorglandschap. VLOZO zat in heel wat Vlaamse raden, maar niet in de GEES, de Nationale Veiligheidsraad of andere organen waar dergelijke zaken werden beslist.

Er zijn nog steeds grote problemen met beschermingsmiddelen. De vorige sprekers meldden dat de voorraden zijn aangevuld, maar Kurt Stabel kreeg net nog bericht van zijn leverancier dat de alcoholgel niet kan worden geleverd. Op gewone vinngerhandschoenen is het weken wachten. De overjassen zijn momenteel iets vlotter verkrijgbaar, maar ze zijn niet altijd van goede kwaliteit. De beschermingsmiddelen van de marsmannetjes zoals die te zien waren in de ziekenhuizen, zijn nog altijd niet verkrijgbaar. VLOZO kreeg tot nu altijd chirurgische maskers van de Vlaamse overheid. In de media werd er enorm veel gesproken over de FFP2-maskers, maar het is nog altijd niet duidelijk of bij een volgende uitbraak al het personeel dat continu moet dragen, want in dat geval is er onvoldoende voorraad. Er is een opgeslagen voorraad volgens de huidige richtlijnen, maar die richtlijnen zijn te vaak gewijzigd.

Vervolgens wijst Kurt Stabel op de versnippering van het zorglandschap. Er zijn negen ministers bevoegd, maar dat is pas het topje van de ijsberg. Die ministers zijn niet voor alles bevoegd, want er zitten heel veel raden onder, zoals de FOD Volksgezondheid, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, het RIZIV, de GEES, de taskforce COVID-19 of de Nationale Veiligheidsraad. Al die organen hebben bepaalde bevoegdheden die ze willen uitoefenen en daar heeft de minister niet altijd vat op. Dat heeft voor vertragingen gezorgd in de besluitvorming.

In zo'n crisis moet worden nagedacht over democratie in bepaalde beslissingen. Er moet ook meer worden geluisterd naar het werkveld, maar bepaalde raden en adviezen moeten beter worden gecoördineerd om tijd te besparen.

Er waren heel veel mensen vertegenwoordigd, maar het viel voor dat men zelfs op het beleidsniveau niet wist wie waar verantwoordelijk voor was. Hoe kan VLOZO of een individueel woonzorgcentrum dan weten bij wie ze voor welk probleem terecht kunnen? Half april 2020 is de taskforce opgericht. Het duurde wel even voor die echt goed werkte, maar toen was de crisis gedaan en bijgevolg kwamen die adviezen te laat.

Een voorbeeld van de versnippering van het zorglandschap zijn de testen. Die kwamen veel te laat, de bijhorende procedure was fout, en de testen zelf waren afdankertjes van de ziekenhuizen. Ze werkten niet met neuswissers maar met keelwissers, wat voor mensen met dementie moeilijk was. In al die richtlijnen was er wel een kort woordje uitleg over bewoners met dementie, maar in de praktijk was het heel moeilijk om bijvoorbeeld een dementerende die op de grond was gevallen, met aandacht voor alle maatregelen om een besmetting te voorkomen, rechtop te krijgen. Een ander probleem waren de tilliften. Die moesten elke keer volledig worden ontsmet, maar daar was geen tijd voor. Het was een heel ongelijke strijd.

Dan werden de testen afgenomen en ingebracht in CyberLab, wat weer enkele uren duurde waarna bleek dat enkel een arts de resultaten kon opvragen. Er was een gebruiksaanwijzing, maar omdat de voorziening van Kurt Stabel niet bij degenen was met de grootste uitbraak, was die bijlage niet te zien. Na veel dagen en veel werk is de CRA uiteindelijk aan de resultaten geraakt. De testen waren weken te laat met verkeerde wissers, een verkeerde gebruiksaanwijzing en een enorm complexe manier om het resultaat op te zoeken. Dat is een gevolg van een zeer complex zorglandschap dat veel te versnipperd is.

Kurt Stabel vervolgt met de regeldrift. Er waren heel vaak nieuwe richtlijnen. In het begin ging het om enkele bladzijden, maar op het einde waren het veertig tot vijftig bladzijden. Wijzigingen werden niet in het rood gemarkeerd zodat men telkens weer die veertig bladzijden moest lezen om te zien wat er was veranderd. Er was ook een bundel over ethiek en cohortzorg, maar ook die kwam te laat, want toen was alles al achter de rug in het woonzorgcentrum.

Bij die cohortzorg stelt de spreker vragen. Zolang er niet goed kan worden getest, is hij bang dat mensen verkeerd samen worden gezet. In de praktijk kon dat ook niet, want het rusthuis was volzet bij de uitbraak. Er is snel overgeschakeld op kamerisolatie. Er waren net voldoende beschermingsmiddelen. Desondanks was er een hoge besmettingsgraad met veel overlijdens.

De ontvangen richtlijnen waren uitgebreid, en die moesten niet helemaal worden gevolgd want het waren maar richtlijnen. In de media stond dan wel dat dit de minimale zaken waren die moesten worden gevolgd. Het ging dan over social distance, terwijl dat voor bewoners met dementie een heel groot probleem is. Voor een aantal bewoners was dat niet haalbaar, of ze moesten worden opgesloten, wat niet werd gedaan. Die mensen begrijpen dat niet want ze zijn zich niet bewust van de situatie. Het is een gevecht om ze uit elkaar te houden want ze willen bij elkaar zijn. Als men dat niet kan testen, is het enorm frustrerend voor de medewerkers.

Over de coachende rol van de inspectie was Kurt Stabel tevreden, maar het duurde lang om antwoorden te krijgen. De inspectie zou van plan zijn om onaangekondigd te controleren of de draaiboeken klaarliggen. Dat is jammer want gezien de werkdruk bij medewerkers, directies en hoofdverpleegkundigen, zou het gepaster zijn om dat aangekondigd te doen. Onaangekondigd zijn ze ook welkom, maar met het extra werk dat er iemand bij moet zijn van het beleid.

Zowel VLOZO als de voorziening heeft continu cijfers doorgegeven, maar ze hebben heel weinig feedback gekregen, besluit Kurt Stabel.

Geert Uytterschaut vervolgt met het negende pijnpunt, namelijk de framing die rond woonzorgcentra werd opgehangen. Hij roept de media en alle politici op om daar een ander beeld van op te hangen, zeker voor wat de privésector betreft, die het in de ogen van sommigen niet goed heeft gedaan, terwijl de privésector waarschijnlijk veel meer beschermingsmateriaal had en ook veel vroeger dan de publieke sector. Daarvoor vraagt de spreker het respect van iedereen voor de medewerkers en voor de bewoners.

Het tiende pijnpunt is de isolatie en het psychosociale welzijn van de residenten. Veel coronaslachtoffers in woonzorgcentra waren zwaar zorgbehoevend en niet in staat om zelf hygiënemaatregelen toe te passen. Vaak hebben ze ook een onderliggende pathologie en was er veel lichamelijk contact nodig voor de hulpverlening. Dat is niet of heel laat meegenomen in de taskforce en de beleidsmaatregelen.

4. Voorstellen

VLOZO doet enkele aanbevelingen, en vraagt om te beginnen specifiek om de ouderenzorg te herdenken, vertrekkende vanaf een wit blad. Het gras zal niet groeien door eraan te trekken, maar enkel door het goed te verticuteren, en water en meststof te geven.

Zorg ook voor een gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders. De vraag moet dan worden gesteld of de rvt-dekkingen niet moeten worden opgetrokken, of de Sociale Maribel niet moet worden geïntegreerd in de normen, en of er sowieso nog normen nodig zijn. Nederland en Duitsland hebben geen normen, maar ze hebben wel 0,9 à 1 vte per resident, terwijl de Vlaamse en Belgische rusthuizen er heel wat minder hebben.

Alle overheidsmiddelen moeten worden gebruikt voor een betere zorg. Er was een overaanbod aan rusthuiskamers, aan rob-bedden, in Vlaanderen en zeker in Brussel, waar er toch wat leegstand was. Er waren een kleine 10.000 overlijdens door corona, waarvan zo'n 6000 in de 80-plusgroep. Er moeten geen rusthuiskamers bijkomen. Het geld wordt beter geïnvesteerd in betere zorg en de dekking van de rvt. Misschien is er wel geld genoeg, maar misschien is het niet altijd optimaal gebruikt.

Het fameuze koninklijk besluit nr. 78 is federale materie en dat mag worden opgeblazen, vindt Geert Uytterschaut. Laat de diplomaplicht los en denk modern op basis van competenties. In Vlaanderen zijn er 819 woonzorgcentra. Als de verpleegkundigen worden verminderd met 2, dan zijn er 1600 minder die anders niet worden gevonden. Als die 1600 vte worden vervangen door 2500 andere competenties en diploma's, dan zou iedereen daar beter van worden, ook de verpleegkundigen, want dan kunnen zij zich beter focussen op het verpleegkundige werk.

Een vereenvoudigde regelgeving is cruciaal, met minder regels, meer focus op een raamakkoord, minder op kwantiteit en meer op kwaliteit, meer vrijheid voor de zorgondernemers met minder regels en minder administratie. Dat kan alleen maar helpen. De tijd die in administratie en regelgeving wordt gestopt, gaat niet naar de residenten. Dat is een cruciale les van deze crisis.

Over de kleinschaligheid en grootschaligheid van organisaties in de toekomst kan een hele boom worden opgezet. In ieder geval moet de oudere bevolking worden bevraagd over haar wensen in het jaar 2030 en 2035. Dat is het cruciale begin. Misschien willen mensen dan kleinschaliger wonen, maar ook de grootschaligheid mag niet uit het oog worden verloren, want de optimalisatie van de administratieve structuren en de grote framing moeten worden behouden.

VLOZO is ook pleitbezorger van de invoering van een woonzorgarts in de plaats van een CRA. De CRA heeft zijn nut bewezen, maar heeft beperkingen. De CRA is minstens een uur per dag aanwezig in de voorziening. Zo kan er een beter medicatiebeleid worden opgestart – een beter medicatiebeleid is minder medicatie – en een beter hygiënebeleid met kennis van zaken. Een woonzorgarts is één aanspreekpunt voor families en residenten, en hij of zij heeft bij voorkeur een bijscholing gevolgd als hygiënist. Dat zou geen overbodige luxe zijn in de setting van woonzorgcentra.

Herdenk de bevoegdheden, zegt Geert Uytterschaut, dat is essentieel. Het versnipperde landschap heeft zeker niet geholpen in deze crisis. Er is nood aan eenduidige richtlijnen van één minister die alle bevoegdheden samen kan beheren, zodat er een traject kan worden uitgewerkt voor de senioren. Wat is op welk moment het beste voor iemand, zowel medisch, mentaal als budgettair? Als iemand bijvoorbeeld drie uur per week zorg nodig heeft, is thuiszorg misschien aangewezen. Als

iemand twaalf uur per week zorg nodig heeft, is een residentiële setting misschien aangewezen. Die vragen moeten worden gesteld in een veel breder kader dan vandaag.

De ervaringen in het buitenland zijn nuttig om naar te kijken en om zich op te inspireren, maar niet om te kopiëren. In Nederland zit de financiering vanuit de overheid rond 200 euro. Ook in andere landen is dat zo. Vlaanderen zit aan 50 euro overheidsbijdrage.

Geert Uytterschaut besluit met het laatste voorstel: besteed in woonzorgcentra meer aandacht aan het psychosociaal welzijn van residenten en medewerkers. Deze prachtige sector moet worden herdacht, rekening houdend met alle lessen die zijn geleerd en toch met een zekere daadkracht. Dat werd gemist. In dat kader zijn de private zorgondernemers met hun ervaring en hun gedrevenheid broodnodig.

VI. Vragen van de leden

1. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele vindt het schema van wanneer signalen werden gestuurd dat de situatie ernstig moest worden genomen, indrukwekkend. Het voordeel van in een internationale groep te spelen, is dat men signalen uit het buitenland hoort dat de situatie in woonzorgcentra al in februari 2020 precair was. VLOZO heeft in de loop van maart 2020 persberichten uitgestuurd om het probleem te melden en met de vraag dat ernstig te nemen, maar pas op 7 april 2020 kwam er een taskforce. Hoe komt het dat VLOZO midden februari dat signaal al gaf, en dat er dan zo lang werd gewacht? Uiteindelijk werd er een taskforce opgericht, maar dat verliep niet zo efficiënt. Wat was het probleem? Hoe had dat efficiënter kunnen worden aangepakt?

Vlaams minister Wouter Beke zegde dat hij rond 5 maart 2020 te horen kreeg dat er problemen waren met mondkmaskers in de woonzorgcentra. Wist VLOZO al vroeger dat het niet was voorbereid op zo'n crisis en dat het niet voldoende mondkmaskers had?

Er waren ook veel problemen met het testen. In het begin is dat zeer chaotisch verlopen. Het materiaal was ook niet helemaal het juiste materiaal met verkeerde handleidingen. Vandaag worden er mobiele testteams opgericht die in de eerste lijnszones kunnen helpen met testen. Had dat op dat moment geholpen om de testen goed uit te voeren? Heeft VLOZO het signaal gegeven dat die testen moeilijk liepen, en dat er meer ondersteuning nodig was om de testen te doen?

VLOZO heeft op 14 april 2020 een opiniestuk geschreven als reactie op Vlaams minister Wouter Beke, die zei dat de voorzieningen ook zelf hun verantwoordelijkheid moeten nemen. De getuigenissen uit de ouderenzorg zijn soms zeer hard. Minister Wouter Beke heeft gezegd dat die verhalen moeten worden doorgegeven aan de Zorginspectie. Vandaag wordt bekend dat er onaangekondigde bezoeken zullen gebeuren door de Zorginspectie. Lise Vandecasteele vraagt of de volgende crisis op die manier beter kan worden aangepakt, en of er andere problemen aan de basis van die schrijnende getuigenissen liggen.

2. Vragen van Immanuel De Reuse

Volgens *Immanuel De Reuse* geven de voorstellen van VLOZO al antwoorden op een deel van zijn vragen. Op 26 maart 2020 schreef VLOZO een bezorgde brief aan Vlaams minister Wouter Beke en federaal minister Maggie De Block, en op 31

maart 2020 stuurde VLOZO nog een persmededeling rond. Heeft VLOZO tussen die data een antwoord gekregen van de minister? Heeft hij die bezorgdheden ter harte genomen? Die bezorgdheden zijn niet van de minste.

VLOZO vraagt al lang een gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders. Heeft het ongelijke speelveld parten gespeeld voor VLOZO in de aanpak van de coronacrisis?

VLOZO stelt voor de CRA het Nederlandse model voor, maar wordt dat gedragen door alle leden van de koepelorganisatie? Het enthousiasme daarover in de sector verschilt nogal.

De draaiboeken moeten worden opgemaakt en er komt een onaangekondigde controle. In het licht van wat er is gebeurd, is dat niet aanvaardbaar, vindt de spreker, maar heeft VLOZO ondersteuning gekregen bij de opmaak van die draaiboeken? Heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een kader gegeven waarop VLOZO zich kon baseren om te beginnen met de opmaak van dat draaiboek, zodat er weinig verloren werk gebeurt?

Kon VLOZO een beroep doen op de medische reserve en heeft de koepel daarvan gebruikgemaakt?

3. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys focust op het voorstel van VLOZO om het hele beleid in één Vlaamse hand te brengen. Natuurlijk is dat geen voldoende voorwaarde, maar wel een noodzakelijke om dit soort beleidskakofonie in de toekomst te vermijden. Is dit wat VLOZO voorstelt?

In een opiniestuk in *De Standaard* pleiten een aantal artsen om in woonzorgcentra om de een of twee weken te testen. Niet iedereen is het echter eens over het nut daarvan. Wat is de opinie van VLOZO in dat debat?

De CRA heeft een belangrijke rol gespeeld in heel wat woonzorgcentra in de afgelopen maanden. Vandaag is die ondergewaardeerd. Hoe wil VLOZO die taak in de toekomst invullen met wat het nu heeft geleerd?

Er was een aanbeveling om een aantal bewoners van woonzorgcentra niet langer naar een ziekenhuis te vervoeren wanneer ze bepaalde symptomen zouden vertonen of een score van meer dan zeven zouden halen op de frailtyschaal, maar blijkbaar was het niet de bedoeling een richtlijn uit te vaardigen die de indruk zou wekken dat rusthuisbewoners niet langer welkom zijn in een ziekenhuis. Wat is de ervaring van VLOZO daarmee?

4. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers heeft een vraag over de tijdlijn. Achteraf is het niet gemakkelijk om zo'n tijdlijn nauwkeurig samen te stellen. VLOZO is eind februari 2020 gealtereerd en op 11 maart 2020 is er een coronawerkgroep van start gegaan met de koepels van de ouderenzorg en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Waarover ging die werkgroep en hoe vaak kwam die samen?

VLOZO had het in de presentatie meermaals over de crisiscel. Wie was dat, wie maakte er deel van uit en waar hield ze zich mee bezig?

Op 31 maart 2020 heeft VLOZO een persbericht uitgestuurd dat de situatie in de woonzorgcentra dreigde te ontsporen. Dat persbericht ging vooral over beschermingsmateriaal, over de vraag om maximaal te testen en over de beschikbaarheid van zorgpersoneel. Hoe heeft VLOZO een beroep gedaan op Help de helpers? Zou dat moeten worden geactualiseerd voor een tweede uitbraak? Hoe kan het

eventueel worden verfijnd en verbeterd? Op welke manier worden de woonzorgcentra van VLOZO ondersteund vanuit de ziekenhuizen?

VLOZO riep in het persbericht ook op om bewoners preventief maximaal op de kamers te houden. Betreurt VLOZO dat in de richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid daar niet op werd ingegaan? Ondertussen is er veel meer geweten over het virus en is het duidelijk dat er meer belang moet worden gehecht aan het mentaal welzijn van bewoners. Hoe kijkt VLOZO daar nu tegenaan? Zou VLOZO die oproep opnieuw doen?

VLOZO schreef dat op 12 april 2020 de Vlaamse Taskforce startte, maar volgens Katrien Schryvers is die gestart op 9 april 2020, zoals medegedeeld door minister Wouter Beke op 8 april 2020. Ondertussen was er een projectgroep Richtlijnen, maar wie maakte daar deel van uit? Hoe was de verhouding tussen de koepels en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, de crisiscel, de projectgroep Richtlijnen en nadien de taskforce?

Volgens VLOZO waren er heel wat woonzorgcentra met voldoende beschermingsmateriaal. Welke beleidslijn heeft VLOZO daarbij gehanteerd? Zou VLOZO nu voor meer beschermingsmateriaal zorgen? Wat moet de verhouding zijn tussen beschermingsmateriaal dat binnen elk woonzorgcentrum beschikbaar moet zijn en een centrale stock?

Blijkbaar kon Kurt Stabel zelf de testresultaten niet krijgen omdat die via de CRA moesten gaan. Heeft hij dat aangekaart bij het RIZIV en bij de bevoegde minister? Kan dat worden bijgestuurd in de toekomst of is dat al gebeurd?

Op 4 maart 2020 is de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebelid bij VLOZO op werkbezoek geweest. Ongetwijfeld was VLOZO toen al bezig met een aantal voorbereidingen, maar dat is niet ter sprake gekomen. Er was enkel een algemene uiteenzetting. Waren er toen al voorbereidende vergaderingen doorgegaan? In de tijdlijn verwees VLOZO naar einde februari 2020.

5. Uiteenzetting door Maurits Vande Reyde

Volgens *Maurits Vande Reyde* zal het de volgende dagen, weken en maanden belangrijk zijn om de teststrategieën goed op te volgen. Wat zijn de inzichten van VLOZO met betrekking tot bezoeken aan en contacten met de bewoners die vermeerderen, en is daar enige urgentie nodig?

Is het de bedoeling dat de bewoners in geval van een woonzorgarts hun normale huisarts opgeven?

Blijkbaar waren er nogal wat problemen met de bereikbaarheid van en een vlotte verstandhouding met de verschillende overheden. Hoe evalueert VLOZO de communicatie en de praktische samenwerking met de verschillende overheden?

Kan het kleinschaliger maken van woonzorgcentra, waarbij zorg dicht bij de mensen staat, in de toekomst helpen om crisissen als deze beter te doorstaan?

6. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf hoorde dat er in het begin van de crisis vooral aandacht was voor ziekenhuizen en minder voor woonzorgcentra. VLOZO probeerde dat aan te kaarten bij het beleid maar kreeg geen gehoor, waarna het dat probeerde via de media. Betekent dit dat er geen reactie kwam vanuit het beleid of was de reactie onvoldoende? Wat waren de vragen waarop VLOZO geen antwoord kreeg? Blijkbaar kwamen ook de data te laat om er echt mee te kunnen sturen. Werd het voor

woonzorgcentra als belastend ervaren om voor die data te zorgen? Konden ze er ook iets mee doen op het terrein?

Minister Wouter Beke zei dat het ook aan de voorzieningen zelf was om in beschermingsmateriaal te voorzien. Heeft de Vlaamse overheid VLOZO tijdig geïnformeerd en voldoende initiatief genomen om voor materiaal te zorgen op het terrein? Volgens de minister is er een stock aan schorten en handschoenen, maar is VLOZO daarvan op de hoogte? Is het voldoende duidelijk wanneer die stock kan worden aangewend, wat erin voorradig is en hoe men daar gebruik kan van maken?

VLOZO kreeg in het begin geen gehoor, maar was er in de loop van de crisis wel structureel overleg met het kabinet en was het daarover tevreden? Is er ook nu nog overleg met het kabinet, eventueel over het vermijden van een tweede golf?

7. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer vindt het goed dat elke hoorzitting nieuwe accenten brengt. VLOZO was door de overheid verplicht om bejaarde COVID-19-patiënten uit ziekenhuizen op te nemen in het rusthuis. Gaat dat over veel mensen en werd VLOZO nadien ondersteund door die ziekenhuizen bij de verdere verzorging? Was VLOZO voldoende geëquipeerd om dat te doen?

De spreker veronderstelt dat er een goede samenwerking is geweest tussen de private woonzorgcentra van VLOZO onderling, maar was er over de koepel heen ook samenwerking met andere woonzorgcentra en hebben ze van elkaar kunnen leren? Eigen ervaring in een privaat woonzorgcentrum heeft haar geleerd dat er ontzettend werd gebudgetteerd en dat er veel cijfers werden bijgehouden. Heeft VLOZO in deze uitzonderlijke tijden afspraken gemaakt met investeerders om andere prioriteiten te leggen voor hun rendement, met het oog op de werkdruk van het personeel en de behoeften van de bewoners?

8. Vragen van Koen Daniëls

Volgens *Koen Daniëls* voelde VLOZO zich geïsoleerd als koepel van private zorginstellingen. Heeft VLOZO dit ook ervaren in de communicatie vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid in verband met testen en materiaal? Werd er een onderscheid gemaakt?

VII. Antwoord van VLOZO

Geert Uytterschaut antwoordt op een eerste reeks vragen over de signalen van VLOZO aan de overheid. De overheid heeft zeker geluisterd, maar aangezien er verschillende overheden waren in dit debat, werd de informatie versnipperd en in het begin niet altijd voldoende ernstig genomen. Zo werd een privé-woonzorgcentrum dat heel in het begin het huis afsloot omdat er iemand in contact zou zijn geweest met iemand die terugkwam uit Italië, heel zwaar op de vingers getikt door de overheid. Er kwam op een bepaald moment ook een brief vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid om te zeggen dat kamerisolatie tegen de psychosociale welzijnsregels van de bewoners en onaanvaardbaar was. Waarschijnlijk was dat niet kwaad bedoeld, maar het geeft aan dat op dat moment de situatie niet ernstig werd genomen, terwijl het in Europa dan al ernstig aan het worden was.

VLOZO overlegde tweewekelijks met de andere koepels en het kabinet, maar dat was onvoldoende gezien de grote stroom aan maatregelen die moesten worden genomen. Het heeft dan vrij lang geduurd voor er een taskforce is opgericht. Het voordeel van de taskforce was dat iedereen daarin zat, het nadeel was dat het wat te laat kwam. Een belangrijk punt van crisismanagement is snel en adequaat

beslissen. Toen was het al half april 2020, terwijl de crisis al bezig was vanaf begin maart 2020. De taskforce moest dan worden samengesteld met een zevental werkgroepen, iedereen moest zijn vertegenwoordigers aanduiden, dan moest men samenkomen, men moest een rapport schrijven en dat verdelen enzovoort. De taskforce was nodig, maar te log en dat is niet voor herhaling vatbaar.

De sector werd met de vinger gewezen. De voorzieningen moesten zelf hun verantwoordelijkheid nemen, maar in Vlaanderen zijn er 800 woonzorgcentra, in België zijn het er 1500, en dan kwam ook de Nationale Veiligheidsraad in beeld. De instructies kwamen van overal. Ook de media speelden daar een grote rol in. Het grote probleem was dat er te veel regels waren en die hebben de efficiëntie serieus beknot.

Ook het ongelijke speelveld heeft parten gespeeld omdat er een zekere framing was. Een goed ouderenbeleid in Vlaanderen moet daar absoluut vanaf. Iedereen moet zich bewust worden van het feit dat er een vergrijzing is in de samenleving en van wat er gebeurt met de mensen in die grijze golf. Dat moet samen gebeuren, en niet apart.

Volgens Geert Uytterschaut is het geen goede zaak om het Nederlandse model te kopiëren. Daar is veel kleinschaligheid en daar kan Vlaanderen zich wel op inspireren, maar dat moet niet worden gekopieerd.

Bij het opmaken van het draaiboek kreeg VLOZO ondersteuning vanuit de overheid, maar dat was opnieuw te complex.

VLOZO kon een beroep doen op de medische reserve en op een pool van andere vrijwilligers, maar op een bepaald moment is dat allemaal gestopt. Als er veel handen nodig zijn om alle mogelijke taken met de nodige bescherming uit te voeren, moet ook het vrijwilligerswerk kunnen blijven. Dat zal ook ten goede komen van het psychosociaal welzijn van de bewoners.

De oplossing voor het beleid is volgens VLOZO niet dat het in één Vlaamse of één Waalse hand komt, maar dat de regio's een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben.

De taak van de CRA is coördinerend en raadgevend, maar dan vooral raadgevend en dus vanop enige afstand. Dat wil VLOZO diepgaander invullen met een woonzorgarts, zonder dat het de bedoeling is om de individuele arts van elke bewoner te supprimeren. Ze kunnen complementair zijn. Het grote voordeel is dat er een uniform beleid kan zijn op medisch vlak.

Inzake het overbrengen van bewoners naar ziekenhuizen heeft VLOZO altijd een goede samenwerking gehad met de ziekenhuizen. De ziekenhuizen hebben altijd voldoende capaciteit gehad om ook heel oude bewoners op te nemen. Dat gebeurde telkens in overleg met de arts en de familie. In sommige gevallen is het niet meer nuttig of wenselijk om een bewoner naar een ziekenhuis te verplaatsen.

VLOZO heeft inderdaad bewoners preventief op de kamer gehouden om een vorm van cohortering mogelijk te maken en verspreiding tegen te gaan. Dat was absoluut nodig voor die kwetsbare groep. Achteraf bekeken moet er absoluut meer aandacht zijn voor het psychosociaal welzijn. In geval van een tweede golf moet zeker worden nagedacht over de vraag in welke mate familieleden, mantelzorgers of vrijwilligers nog in contact kunnen komen met naasten. Een zwart-witverhaal is uit den boze, en dus kan een aanvaardbare grijze zone worden gehanteerd, zeker in de wetenschap dat een bewoner gemiddeld achttien maanden in een woonzorgcentrum verblijft. Als hij van die achttien maanden vier maanden kamerisolatie krijgt zonder iemand te zien, is dat geen goede oplossing.

In voorbereiding op het najaar kan een instructie zijn dat er voor minstens een maand beschermingsmateriaal aanwezig moet zijn. Vandaag is het bijvoorbeeld een groot probleem om aan handgel te geraken. Voor die bevoorrading moet er al worden uitgekeken naar het buitenland. Met dat soort zaken moet men zich in de zomer bezighouden, want een lokale stock van een maand is geen overbodige luxe, met daarnaast een centrale bufferstock voor Vlaanderen of België.

Met de overheden is er communicatie geweest, zeker ook vanuit de privésector. In een crisissituatie moet er sneller en daadkrachtig worden beslist, misschien met minder mensen, maar met een aantal experts. Het is een kunst om iets te schrijven op twee bladzijden in plaats van op veertig bladzijden. Ook dat heeft de crisis geleerd. Het was in deze crisis voor niemand eenvoudig om te communiceren, maar door de versnippering op de verschillende niveaus gebeurde dat overduidelijk te traag. Was er sneller en daadkrachtiger beslist, dan was er in de eerste drie weken van maart 2020 wellicht een lager sterftcijfer geweest. Dat is dus een belangrijke les. Als er negen ministers van Volksgezondheid zijn, waarom dan niet één gedelegeerd minister van Volksgezondheid? In een crisis zou het niet slecht zijn om daarover na te denken.

De overheid heeft gevraagd om ziekenhuizen te ontlasten van COVID-19-patiënten en -residenten, en hen op te nemen in woonzorgcentra, en dat heeft VLOZO ook gedaan. Als een besmette persoon verhuist van een ziekenhuis naar een woonzorgcentrum, moet hij beter worden begeleid, zelfs met de behandelende arts. Op dat vlak moet er betere communicatie zijn tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Geert Uytterschaut vindt het ten slotte logisch dat zowel een OCMW als een privaat zorgcentrum zijn cijfers beheerst. Afspraken met investeerders moet ieder voor zichzelf bekijken. De hele sector van de private woonzorgcentra heeft miljoenen euro's minder inkomsten uit dagprijzen ontvangen. Als men dat vandaag afzet tegenover de steun van de overheid, dan heeft VLOZO voor 1 euro minder dagprijs ongeveer 0,30 euro steun gekregen. De sector heeft zelf heel wat heeft bijgedragen voor het materiaal, weliswaar met veel plezier, maar dat is wel gebeurd.

Johan Poel besluit inzake het materiaal met: "Blijf in uw kot en organiseer uzelf als voorziening." De eerste drie weken was dat heel belangrijk, want het ging heel traag en toen participeerde VLOZO in de crisiscel, maar voor het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid was dat moeilijk omdat niemand wist wat er zou gebeuren. Met de taskforce was er verbetering op dat vlak. Daar was een werkgroep rond materiaal die open en duidelijk communiceerde met VLOZO, en dat was een vooruitgang.

Over de samenwerking met ziekenhuizen werd de perceptie geschapen dat zoveel mogelijk moest worden vermeden om mensen vanuit de woonzorgcentra naar ziekenhuizen te brengen.

VLOZO heeft ook een beroep gedaan op de medische reserve. Dat was een goed initiatief, al was het soms tijdrovend om bepaalde shifts in te vullen.

Er is veel dataverzameling gebeurd, maar VLOZO zou graag wat meer zicht hebben op de output daarvan. Registratie blijft ook belangrijk, maar één databank waarin alles wordt samengebracht en die raadpleegbaar is door de betrokkenen, zou beter zijn.

Tussen 26 en 31 maart 2020 heeft VLOZO geen antwoord gekregen op zijn persbericht.

Voor hun kamerisolatie werden bepaalde centra op de vingers getikt, maar ervaringen uit Frankrijk en Italië leerden de crisiscel dat de beste resultaten werden gehaald door mensen onmiddellijk te isoleren.

VLOZO kon ook deelnemen aan werkgroepen en er waren telefonische en videocontacten met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Nadien kwam de taskforce waar VLOZO ook deel van uitmaakte. Daarin werd VLOZO ook betrokken.

Kurt Stabel voegt daaraan toe dat VLOZO actief is geweest in veel werk- en projectgroepen, maar dan werden de nationale groepen daarbij betrokken en de nota's die daar uitkwamen, heeft men niet meer kunnen nalezen. Zo waren bepaalde opmerkingen niet opgenomen. Er werd geluisterd, maar soms werd er niet goed geluisterd.

Bij een extreem grote uitbraak zou testen op de eerste lijn een goed idee zijn, maar beter zou zijn te zorgen voor voldoende reagentia en wissers in de labo's, zodat VLOZO zelf snel testen kan afnemen. Dat de resultaten via artsen moesten worden opgevraagd, heeft te maken met patiënt- en bewonersveiligheid, maar dat heeft slecht gewerkt. Artsen waren niet altijd goed bereikbaar en er is een groot verschil tussen de huisarts van nu en die van vroeger. Vroeger was een arts dag en nacht bereikbaar. Nu was er van vrijdagmiddag tot maandagmiddag niemand bereikbaar, en de wachtdienst was ook geen oplossing. Een woonzorgcentrum zou moeten worden beschouwd als een arts, zeker in zo'n crisissituatie.

Een wekelijkse testing zou een goed idee zijn, vindt Kurt Stabel, maar dan met voldoende wissers. Tussen private en openbare voorzieningen was er volgens hem geen onderscheid in testen.

Zolang de huisarts de eindverantwoordelijkheid heeft over de bewoner, zal er heel moeilijk een centraal medisch beleid kunnen worden gevoerd. Uiteraard is de huisarts welkom, maar de spreker hoopt dat op een open manier te kunnen bespreken. Dat is noodzakelijk en het kan ook bijdragen tot een beter gebruik van psychofarmaca, slaapmedicatie en antidepressiva. Telkens opnieuw krijgen rusthuizen daarvoor een slechte naam, terwijl het wel degelijk de huisartsen zijn die dat voorschrijven. Een centraal beleid zou zeker helpen.

De coronawerkgroep kwam twee keer per week samen. De taskforce is op 9 april 2020 samengekomen, maar dat was om de procedure af te spreken. De eerste echte inhoudelijke samenkomst was wel degelijk op 11 april 2020. VLOZO zat ook in de werkgroep rond de richtlijnen, samen met veel partners, maar uiteindelijk bepaalde het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wat er naar buiten ging, en dat is niet altijd goed gelopen.

Over hoeveel beschermingsmateriaal er centraal nodig is of in een woonzorgcentrum, is er nog altijd onduidelijkheid. De overjassen die centraal beschikbaar zijn, zijn witte pakken met een kap. Dat zijn zweetpakken in plastic en geen overjassen om te dragen op een COVID-19-afdeling. Die jassen zijn nog altijd niet te krijgen. Inzake kwaliteit van beschermingsmateriaal is er nog werk aan de winkel, anders zullen medewerkers over drie maanden dezelfde frustratie hebben.

Kleinschaligheid is zeker een goed idee, maar er is nu al een enorm tekort aan middelen en mankracht, terwijl kleinschaligheid dat net nog meer zal vergen. Kleinschaligheid op zich is mooi, net zoals mantelzorg en thuiszorg, maar dan moet er een grondig debat komen over de middelen en de continuïteit. 80.000 ouderen die nu gehuisvest zijn in een woonzorgcentrum, kunnen niet in drie jaar tijd kleinschalig gehuisvest worden. Dat beweren, is populistisch. Daar moet samen aan worden gewerkt op lange termijn.

Recent is er geen contact meer geweest tussen VLOZO en de minister over de brieven en de recente maatregelen.

VIII. Uiteenzetting door Pedro Facon, secretaris van de IMC Volksgezondheid

1. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Pedro Facon bedankt voor de uitnodiging. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is bevoegd voor diverse aspecten rond de bescherming en bevordering van gezondheid. Het gaat dan over zowel de menselijke gezondheid, waarvoor Pedro Facon bevoegd is, als over planten, dieren en voeding, leefmilieu en de gezondheid van ambtenaren. Aan het hoofd staat de voorzitter van het directiecomité.

2. FOD in COVID-19-tijden

In de COVID-19-periode heeft de FOD een aantal bevoegdheden opgenomen. Een eerste was de algemene gezondheidscrisiscoördinatie, opgenomen door de diensten van de voorzitter. Ze deden surveillance op nationaal en internationaal niveau en coördinatie van de Risk Management Group door de Chief Medical Officer, Paul Pardon. Binnen de diensten van de voorzitter is er ook een cel Rampenmanagement die met noodplanning in de brede zin van het woord en stocks bezig is, en Saniport beheert. Er zijn ook diensten die de internationale en Europese coördinatie volgen. Daarnaast is er een link naar het multidisciplinaire crisisbeheer dat door het Nationaal Crisiscentrum wordt waargenomen.

3. DG Gezondheidszorg in COVID-19-tijden

Het DG Gezondheidszorg heeft een aantal coördinerende taken op zich genomen. De surgecapacitycomités hadden tot doel om de capaciteiten te verhogen en te versterken, en om de toevloed van patiënten te verbeteren. Dat is gebeurd op het niveau van ziekenhuiscapaciteit en het medisch vervoer. Men heeft ook een coördinerende rol gespeeld voor de triage- en staalafnamecentra, wat in Vlaanderen de schakelzorgcentra heet maar federaal de Intermediaire Zorgstructurenwet werd genoemd. Men heeft ook heel wat taken over outbreakmanagement en het stroomlijnen daarvan op het Belgische grondgebied waargenomen, samen met Sciensano. Men heeft zich beziggehouden met de testingstrategie in de ziekenhuizen, ook met de exitstrategie en de herneming van de activiteiten in de ambulante praktijkvoering maar ook binnen de ziekenhuizen.

4. Interfederale coördinatiemechanismen in de gezondheidszorg

Een specifieke continue opdracht is de coördinatie en het secretariaat van de IMC Volksgezondheid. De bevoegdheden binnen de gezondheidszorg zijn door de staatshervormingen gefragmenteerd, waardoor er een aantal coördinatiemechanismen is opgericht. De gewone wet tot hervorming der instellingen van 1980 voorziet in een overlegcomité waarin alle leiders van de regeringen zitten. Zij kunnen IMC's creëren. Daarnaast is er een aantal ambtelijke coördinatiemechanismen zoals COPIL voor de implementatie van de zesde staatshervorming. Ook de banden met de deelstaatadministraties zijn versterkt. In Vlaanderen gaat het over protagonisten zoals Dirk De Wolf van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en Karine Moykens van het Departement WVG.

5. Interfederale coördinatie in het kader van het gezondheids crisisbeheer

De Raad van State heeft meermaals onderstreept dat elke overheid bevoegd is binnen haar eigen bevoegdheden. Het is niet omdat er een pandemie is dat het federale niveau meer bevoegdheden zou hebben of bepaalde bevoegdheden die toebehoren aan de deelstaten, naar zich toe zou kunnen trekken. Voor de zesde staatshervorming was het federale niveau niet uniek bevoegd voor de crisiscoördinatie en dat is ook niet veranderd met de zesde staatshervorming. In de Senaat heeft de institutionele meerderheid van dat moment een duidelijk antwoord gegeven, bij monde van de staatssecretaris, over het feit dat iedereen binnen zijn materiële bevoegdheden bevoegd blijft en dat het federale niveau, op grond van de residuaire bevoegdheid in het gezondheidsbeleid, niet exclusief bevoegd is voor het crisisbeleid. Dat betekent dus dat elke overheid bevoegd is binnen haar eigen materiële bevoegdheden, maar tegelijk is het zo dat het federale niveau historisch, en eerder bij traditie dan door wetgeving, een aantal coördinerende rollen op zich neemt.

Vanaf 2006 zijn er een aantal akkoorden gesloten over wie België vertegenwoordigt in internationale instellingen zoals de WHO maar ook het ECDC, die op het epidemiologische vlak een belangrijke rol opnemen. Het laatste relevante protocolakkoord duidt het nationaal focal point aan en dat is dokter Pardon. Het akkoord voorziet ook in de creatie van een Risk Assessment Group en een Risk Management Group, die enerzijds de evaluatie en anderzijds het beheer van de risico's op zich moeten nemen. De WHO heeft een internationaal gezondheidsreglement dat lidstaten verplicht om zulke generieke structuren voor sectoraal beheer van crisissen binnen de gezondheidssector op te nemen. Het protocolakkoord beschrijft zeer goed hoe die organen, binnen de IMC, moeten worden samengesteld en welke de opdrachten zijn. Het zijn interfederale organen, waardoor zowel de samenstelling van de RAG, die voornamelijk uit experts bestaat, wordt gevalideerd door alle ministers van de IMC, alsook de samenstelling van de RMG, waar kabinetsleden en ambtenaren van de diverse ministers van Volksgezondheid vertegenwoordigd zijn.

6. Organisatie van de IMC Volksgezondheid

De IMC heeft geen echte politieke beslissingsmacht maar kan proberen om akkoorden van diverse aard te sluiten. Het hoogst mogelijke instrument is een samenwerkingsakkoord dat moet worden goedgekeurd door parlementen en regeringen.

Op dit moment zijn er acht ministers van Volksgezondheid van wie er volgens de afspraken zeven in het overlegcomité vertegenwoordigd zijn. De achtste, minister Elke Van den Brandt van de Vlaamse Gemeenschapscommissie, laat haar mandaat waarnemen door Alain Maron, de Franstalige minister van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Ook de minister van de taskforces, Philippe De Backer, neemt deel aan de IMC, net zoals heel wat experts.

Er is een aantal instrumenten zoals de gemeenschappelijke verklaring en protocolakkoorden dat reglementair niet tegenstelbaar is maar wel een engagement weergeeft omdat ze ook ondertekend worden en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Er zijn ook samenwerkingsakkoorden.

7. Activiteit van de IMC Volksgezondheid

Sinds 1 maart 2020 zijn er twintig plenaire bijeenkomsten van IMC's geweest, telkens voorafgegaan door een voorbereidende vergadering met alle kabinetschefs van de ministers. Er is ook een aantal protocolakkoorden gesloten over triage- en staalafnamecentra, een aantal gemeenschappelijke verklaringen afgelegd over het outbreakmanagement en de tweedelijnsdefensie, en er is ook een samenwerkingsakkoord in ontwikkeling over contactopvolging, zowel manueel als digitaal. Het

federale niveau heeft geprobeerd om dit te regelen in een koninklijk besluit maar de Raad van State heeft er opnieuw op gewezen dat het federale niveau geen bevoegdheden kan usurperen en dat er een samenwerkingsakkoord nodig is waarbij alle bevoegde overheden binnen hun bevoegdheid zouden beslissen.

8. Activiteit van de RMG en RMA

Sinds begin 2020 heeft de RMG zo'n tachtig vergaderingen gehad. In de RMG zeten eigenlijk vaste vertegenwoordigers, want elke minister heeft er één kabinetsvertegenwoordiger en één ambtenaar. Door de crisis en door de veelheid van taskforces en commissies zijn er echter een vijftigtal deelnemers.

De RAG heeft een vijftigtal risico-evaluaties en adviezen gegeven sinds begin 2020. De RAG bestaat uit experts onder leiding van Sciensano. Soms zijn er externe experts aanwezig, evenals mensen van de Gemeenschapsinspectie zoals dokter Dirk Wildemeersch van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

9. Ouderenzorginstellingen

Het thema van de ouderenzorg is sterk aan bod gekomen in de IMC's. Uit de verslagen, die publiek zijn, blijkt dat de shift die plaatsvindt in de IMC, gepaard gaat met de evolutie in de epidemie en in het crisisbeheer. De IMC is van start gegaan op 1 maart 2020. In de loop van die maand zijn er heel veel actoren en organen gecreëerd die bevoegdheden hebben opgenomen. De testcapaciteit die problematisch was, werd opgedreven; de stock werd opgebouwd met de aankoop van beschermingsmateriaal. Op de IMC van 25 maart 2020 was er al aandacht voor de woonzorgcentra: aankoop van beschermingsmateriaal en het verzekeren van testing, ook voor personeel. Het testen is een complex en moeizaam proces geweest waar er een soort van tegensprekelijk debat was tussen experts en wetenschappers, vertegenwoordigers van het werkveld, en politici. Begin april 2020 wordt de aandacht voor de ouderenzorginstellingen zeer acuut. Er wordt vaak gezegd dat er te veel aandacht is gegaan naar de ziekenhuizen. Pedro Facon herinnert eraan dat de beelden uit Italië en Spanje de collaps in de ziekenhuizen toonden, en dat de aandacht voor de bejaardentehuizen slechts later kwam. Het verklaart voor een deel de focus die in België werd gelegd.

Er is veel debat geweest over de relatie met de ziekenhuizen en het opbouwen van beschermingsmateriaal. Wie is bevoegd? Hoe wordt de aankoop geregeld? Hoe wordt de distributie geregeld? Er waren meerdere weken nodig om de bevoegdheid uit te klaren en om een aantal praktische afspraken te maken. Het zoeken naar de taakverdeling en de bevoegdheidsverdeling heeft veel tijd en energie gevraagd op een zeer precair moment.

Begin april 2020 was de taskforce actief om de testcapaciteit op te drijven en wou men die ook inzetten. Er was capaciteit maar men moest een manier vinden om die te brengen tot bij diegenen die die capaciteit nodig hadden. Op de IMC van 1 april 2020 heeft federaal minister Philippe De Backer een overzicht gevraagd van de prioritaire instellingen om te testen. Op 20 april 2020 waren dan uiteindelijk 57.000 van de 72.000 testkits gebruikt. Er gaat tijd over om het op het terrein te realiseren.

Pas eind april 2020 is er een protocolakkoord over het beschermingsmateriaal gesloten dat gedetailleerd beschreef wie welke rol zou spelen. In april 2020 is het concept van de schakelzorgcentra veralgemeend op Belgisch niveau, met financiering vanuit de federale ziekteverzekering. Toen de situatie van de woonzorgcentra duidelijk werd, heeft de FOD een oriëntatienota aan de ziekenhuizen gegeven over hoe zij de woonzorgcentra zouden kunnen helpen. Een aantal individuele

ziekenhuizen deden dit al, aanvullend aan wat onder meer Artsen zonder Grenzen en Defensie hebben gedaan.

Op 6 april 2020 was de piek in de ziekenhuizen bereikt. De daling is half zo traag gegaan als de stijging. Vanaf toen begonnen de debatten over de exitstrategie, het opzetten van een afdoend contactopvolgingssysteem en de psychosociale zorg.

In mei 2020 waren er opnieuw heel wat discussies over de teststrategie, niet meer over een globale screening voor patiënten en personeel maar over de uitbreiding met asymptomatische personen en contacten van indexpatiënten. Het was opnieuw een complex en moeizaam proces met terugkoppeling naar alle mogelijke comités. Dit duurde opnieuw meerdere weken waarbij uiteindelijk op een overlegcomité een aantal zaken finaal is beslecht. Er moesten staalafnamecentra worden gecreëerd die werden gekoppeld aan triagecentra. Er doken ook andere kwesties op zoals het juridische kader voor de contactopvolging. Tegen 15 oktober 2020 moet het samenwerkingsakkoord zijn goedgekeurd.

In juni 2020 kwam dan de exit. Vanaf half juni werd er veel nagedacht over de paraatheid voor opflakkingen of een tweede golf. Dit ging gepaard met nieuwe instructies voor de ziekenhuizen, met een aantal reflecties over de triage- en staalafnamecentra, en met vragen over het beschermingsmateriaal en de testingscapaciteit. Heel wat elementen staan vandaag beter op punt dan in februari of maart 2020, maar er is nog werk om alle vereisten en condities om klaar te zijn voor een volgende golf, correct in te vullen.

IX. Vragen van de leden

1. Vragen van Chris Janssens

Chris Janssens dankt Pedro Facon voor zijn toelichting. Uit wat Chris Janssens gehoord en gelezen heeft, maakt hij op dat de IMC af en toe lijkt op een vliegtuig zonder piloot. Hij vraagt of Pedro Facon ook het idee heeft dat het vliegtuig beter uit de turbulentie had kunnen worden gehaald als iemand het stuur in handen had genomen. Had niet beter één iemand een overkoepelende en coördinerende rol ingenomen die namens de IMC had kunnen ageren? In een interview heeft Pedro Facon gezegd dat “verantwoordelijkheid nemen bij leiderschap hoort”. Chris Janssens voegt eraan toe dat het omgekeerde ook het geval is: bij leiderschap hoort ook verantwoordelijkheid nemen. Is dat in deze crisis voldoende gebeurd? Is er door de vele verantwoordelijken op alle niveaus niet te veel naar elkaar gekeken waardoor kostbare tijd verloren ging? De spreker verwijst ook naar de vervanging van de voorzitter van de FOD in het dieptepunt van de coronacrisis. In welke mate heeft dit ook voor vertraging gezorgd in het nemen van een aantal noodzakelijke beslissingen?

Het is duidelijk dat de crisis de complexe staatsstructuur in dit land heeft blootgelegd. In eerste instantie is dat een politieke discussie die de parlementen zullen moeten uitklaren. Het is wel duidelijk dat, als men in een crisis beslissingen moet nemen, het weinig efficiënt is om te werken met al die overlegcomités, werkgroepen enzovoort. Kan Pedro Facon een aantal inzichten delen over hoe dit op een betere en meer gestructureerde manier kan verlopen?

Zou het niet opportuun zijn om te werken met clusters tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen zodat de woonzorgcentra weten waar ze terechtkunnen?

Pedro Facon zei in Terzake van 26 juni 2020 ervan overtuigd te zijn dat men beter voorbereid is op een eventuele tweede golf dan men was op de eerste golf. De

mensen uit de woonzorgcentra beweren echter het tegendeel. Blijft hij bij zijn stelling? Waar zitten de knelpunten?

Mensen hebben vaak dringende en noodzakelijke ingrepen uitgesteld. Komt die nevenschade nog als een boemerang terug?

2. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys vraagt welk werk er nog moet gebeuren om klaar te zijn voor een tweede golf, zeker voor woonzorgcentra.

Als men terugkijkt op wat er de voorbije maanden is gebeurd, is de conclusie, alleszins ten dele, dat het tekort aan testen, aan mondkmaskers en persoonlijk beschermingsmateriaal, gecombineerd met het tijdverlies, levens heeft gekost. Hoe kan men dat in de toekomst beter doen? Pedro Facon sprak over stroomlijnen. Hoe zou dat er kunnen uitzien?

Op 25 februari 2020 wordt er een lijst gemaakt van de grootste gezondheidsrisico's in België waarbij de woonzorgcentra niet worden vermeld. Waarom niet?

Op 3 maart 2020 worden brieven geschreven met contacten en rusthuizen. Lorin Parys vraagt wat dit betekent.

In het verslag van de RMG van 23 maart 2020 staat dat er een uitbraakmanagement moet komen in de woonzorgcentra, eventueel met mobiele teams. Welke opvolging is daaraan gegeven?

In een vergadering van 27 maart 2020 legt de FOD Volksgezondheid in de RMG een nota op tafel met aanbevelingen voor de woonzorgcentra. Op 6 april 2020 staat in het verslag van de IMC dat de verschillende ministers van de gemeenschappen de nota niet aanvaardden. De nota beslaat een zevental bladzijden en is best interessant om de crisis in de woonzorgcentra aan te pakken. Wat is de reden dat er niets mee gedaan lijkt te zijn?

Op 9 maart 2020 wordt er een plan voorgesteld om persoonlijk beschermingsmateriaal te verdelen, maar er is nog geen sprake van woonzorgcentra. Waarom is dat zo?

Dan speelt er zich een hallucinant verhaal af over de federale overheid die bevoegd is voor de noodstock en de verdeelsleutel die moet worden bereikt om die noodstock effectief te distribueren. Op 2 april 2020 wordt er gevraagd naar de verdeelsleutel. Op 8 april 2020 wordt dit besproken op de IMC maar er wordt geen consensus bereikt. Op 15 april 2020 komt de taskforce Shortages met een eigen voorstel voor verdeling. Op 17 april 2020 wordt op de RMG gemeld dat de discussie vastloopt op het niveau van de IMC. Op 19 april 2020 wordt er op de RMG een nieuwe nota voor een protocolakkoord betreffende de aankoop en distributie van persoonlijk beschermingsmateriaal op tafel gelegd, maar de IMC gaat niet akkoord met de verdeling die van 80-20 naar 70-30 zou zijn gegaan. Op 21 april 2020 komt er een grote lading chirurgische maskers aan, maar de verdeelsleutel is nog niet afgesproken. De taskforce stelt voor om alvast 2 miljoen maskers te verdelen, onder andere onder de woonzorgcentra, maar dit zou zijn geweigerd door de deelstaten omdat het een bevoegdheid van de deelstaten zou zijn. Op 22 april 2020 wordt het opnieuw besproken op de IMC en de goedkeuring van de verdeelsleutel gebeurt op 29 april 2020. Voor Lorin Parys is dit een hallucinante opeenstapeling van informatie over de verdeelsleutel voor iets wat zo belangrijk is om de crisis aan te pakken. Hoe is het zover kunnen komen? Hoe kan zo iets in de toekomst worden vermeden?

Het zuurstofprobleem wordt voor het eerst aangehaald op de IMC van 6 april 2020, maar het duurt tot 19 april 2020 voor er een werkgroep wordt opgericht. Op 30 april 2020 wordt gemeld dat de situatie onder controle is. De vertegenwoordigers van de koepels hebben getuigd dat ze het zelf hebben opgelost. Strookt dat met wat Pedro Facon hierover weet?

Op 30 januari 2020 wordt gesproken over de repatriëring van mensen uit Wuhan die mogelijks besmet zijn. Er wordt aan quarantaine gedacht maar de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap zouden dit niet willen. Toch komen die mensen terug en worden ze in quarantaine geplaatst. Het lijkt dat de federale overheid dit als haar bevoegdheid beschouwt. Op 20 april 2020 is er een IMC waarin de federale minister voor mondmaskers maar ook voor quarantaine, Philippe De Backer, laat weten dat het een regionale bevoegdheid is. Op 27 april 2020 wordt er in de RMG voorgesteld dat tracers mensen quarantaine zouden moeten kunnen opleggen. Op 20 mei 2020 wordt in de RMG de vraag gesteld wat er moet gebeuren met mensen die terugkomen uit vakantie. Als men dat naast elkaar legt, is dat voor Lorin Parys een vreemde opeenstapeling van voorvallen waarin het nooit duidelijk lijkt wie bevoegd is. Hoe kan zoiets in de toekomst worden vermeden?

Saniport bestaat uit een aantal sanitaire inspecteurs of politie die afhangen van de FOD Volksgezondheid. Zij treden op preventief vlak op en eigenlijk is dat een gemeenschapsbevoegdheid. Ze werken op de luchthaven, Vlaams grondgebied, maar zijn federale inspecteurs. Er was een protocol dat is afgelopen in 2018, waarin ook een aantal doelstellingen stond die moesten worden bereikt tegen een bepaalde datum om te onderzoeken wie waarvoor bevoegd is. Wat is de stand van zaken?

3. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers dankt Pedro Facon voor zijn uiteenzetting. Hij heeft gewezen op een aantal moeilijkheden en tijd die verloren is gegaan. De coördinatie en het beheer van een pandemie zijn een federale bevoegdheid. Hoe werd dit in de praktijk ingevuld? In een interview in *De Standaard* van 12 juni 2020 zei Pedro Facon dat er te weinig afstemming en stroomlijning was tussen de wetenschappelijke standpunten en de activiteiten in de RMG, en de politieke beslissingen van de IMC. Hoe kan dit in de toekomst worden verbeterd?

Op 21 maart 2020 is federaal minister Philippe De Backer aangesteld en heeft hij een aantal werkgroepen opgericht. Kan Pedro Facon toelichting geven bij de doelstelling van die werkgroepen?

Wat was de rol van het wetenschappelijk comité onder leiding van Steven Van Gucht, dat is opgericht op 27 januari 2020? Aan wie rapporteerde dat wetenschappelijk comité?

Wanneer rees het besef dat de noodstock er niet was of niet voldoende was? Hoe is er toen op gereageerd? Welke afspraken werden daarover in het verleden gemaakt? Op 7 februari 2020 heeft de WHO gewaarschuwd voor een dreigend tekort aan medisch beschermingsmateriaal. Wat is er met die waarschuwing gebeurd? Welke acties werden er voordien of nadien genomen?

In het verslag van de IMC van 6 april 2020 wordt voor de verdeelsleutel verwezen naar objectieve analyses. Vanwaar kwamen die objectieve analyses? Kunnen die worden bezorgd?

Op 6 juni 2020 heeft Pedro Facon in een interview in *De Standaard* gezegd dat "het wegens gebrek aan gegevens lang heeft geduurd vooraleer men wist wat er zich in de woonzorgcentra afspeelde". Nochtans werden er al sinds 18 maart 2020 vanuit Vlaanderen cijfers van bevestigde en vermoedelijke coronasterftes gerapporteerd,

en werden die dagelijks doorgegeven. Op welke manier werd daarmee omgegaan? Het heeft even geduurd vooraleer Sciensano die cijfers heeft geïntegreerd met de registratie vanuit de ziekenhuizen, maar de cijfers waren er wel. Had er niet sneller een knipperlicht moeten branden?

Er wordt vaak gezegd dat de prioriteit bij de ziekenhuizen lag. In het verslag van de IMC van 6 april 2020 staat dat extra ondersteuning van ziekenhuizen aan woonzorgcentra, die op dat moment al wel degelijk werd gevraagd, werd geweigerd omdat er geen overschot was. Nochtans waren vele afdelingen gesloten en waren er zelfs mensen technisch werkloos. Waarom is er niet verder gezocht naar oplossingen?

Was men zich ervan bewust dat het ontslagbeleid van de ziekenhuizen druk zette op de woonzorgcentra en mogelijk zelfs impact had op een verdere verspreiding van het virus in de woonzorgcentra? Welke opdracht hebben de ziekenhuizen gekregen rond het ontslagbeleid?

Met wat men nu weet, zou men kunnen zeggen dat het federale crisisbeheer te weinig aandacht had voor de woonzorgcentra, alleszins in de eerste fase. Op welke manier zou men dat anders kunnen doen?

Pedro Facon heeft in een interview ook verwezen naar de enorme verschillen in de woonzorgcentra. Hij zei dat er weinig data waren maar dat men zou moeten kunnen zoeken naar succesfactoren. Mogelijke succesfactoren die al aan bod zijn gekomen, zijn voldoende beschermingsmateriaal, een goed preventiebeleid, een goed contact en een goede samenwerking met het ziekenhuis. Katrien Schryvers vraagt naar de visie van Pedro Facon hierover.

Er is een hele periode voorafgegaan aan het opstellen van richtlijnen voor het gebruik van beschermingsmateriaal, de teststrategie, de gevalsdefinitie en richtlijnen voor het dragen van mondklappers door personeel. Pedro Facon zei dat er heel wat gewijzigd is tijdens dat proces. Wat waren de oorzaken hiervan?

Men kon lezen dat er soms onenigheid was tussen politici en wetenschappers. Was er het aanvoelen dat de wetenschappers altijd op dezelfde manier adviseerden?

4. Vragen van Maurits Vande Reyde

Maurits Vande Reyde dankt Pedro Facon voor zijn komst en zijn duidelijke uiteenzetting. Hij is zeer uitgebreid op de bevoegdheden ingegaan. Hoe kan dit in de toekomst beter? Denkt hij dat het nodig is om eenheid van commando te hebben? Is een strikte afbakening nodig en is dat mogelijk met de huidige bevoegdheidsverdeling?

Wat is de visie van Pedro Facon over de verantwoordelijkheden die er zijn op de verschillende vlakken? Hebben deelstaten en eventueel ook lokale besturen een verantwoordelijkheid voor de collectiviteiten waarvoor zij bevoegd zijn om ze te voorzien van het nodige testmateriaal?

Volgens Maurits Vande Reyde is in zijn streek alles rond triagecentra en zorgschakelcentra vrij probleemloos verlopen. Kan Pedro Facon meer duiding geven waarom dit wel vlot is verlopen?

In het begin was er veel onduidelijkheid over de samenwerking met de ziekenhuizen en was er op zijn minst de perceptie dat er prioritair werd ingezet op de ziekenhuizen. Er is het fel besproken advies geweest om residenten van woonzorgcentra niet naar de ziekenhuizen te sturen, wat voor veel onduidelijkheid

heeft gezorgd. Later is er ook personeel van de ziekenhuizen ingezet in de woonzorgcentra. Wat kan men hieruit leren?

5. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf dankt Pedro Facon voor zijn presentatie en toelichting. Hij vraagt vanaf wanneer de federale overheid ervan op de hoogte was dat de situatie in de woonzorgcentra in Vlaanderen problematisch was. Was het vanaf 1 april 2020 toen federaal minister Philippe De Backer opriep om de actieplannen en de procedures van de regio's te krijgen? Kan hij de antwoorden van de Vlaamse overheid op de vraag van federaal minister Philippe De Backer bezorgen aan de commissie?

Pas op 7 april 2020 werden de 619 overlijdens in de woonzorgcentra retroactief bij de gegevens gevoegd. Op dat moment wist het grote publiek pas dat er iets fout liep in de woonzorgcentra. Vanaf wanneer beschikte de FOD Volksgezondheid over de gegevens?

Pedro Facon zegt terecht dat bevoegdheden niet wijzigen in een crisis. Vlaanderen is bevoegd voor het preventiebeleid, maar af en toe wordt er een paraplu opengedaan. Vlaams minister Wouter Beke zei dat hij op 27 februari 2020 een brief van federaal minister Maggie De Block heeft ontvangen waarin ze zegt dat zij bevoegd is voor het beschermend materiaal. Hannes Anaf vindt dit vreemd. Op 20 april 2020 is er de discussie geweest over wie bevoegd was voor contacttracing, maar Hannes Anaf begrijpt dat het altijd duidelijk was dat het de Vlaamse overheid is.

Als de RMG op 20 mei 2020 al vaststelt dat er maatregelen nodig zijn voor reizigers die terugkeren, had het toen al duidelijk moeten zijn dat Vlaanderen, Wallonië en Brussel maatregelen hadden moeten nemen. Ze zijn er pas sinds de week van 6 juli 2020.

De gevalsdefinitie was in het begin nogal beperkt. Uit adviezen van de RMG blijkt dat de experts pleitten voor een uitgebreidere gevalsdefinitie. De indruk ontstaat dat de politiek ook toen de experts overruledde, met alle gevolgen van dien. Wat is het standpunt van Pedro Facon?

Ook voor testing wijzigde de definitie vaak. Wat is het standpunt van Pedro Facon of de FOD hierover? Werd dit gevolgd of niet?

In april 2020 was er nog een spijtig incident bij de eerste testing met foute wissers en een foute handleiding. Was de FOD Volksgezondheid verantwoordelijk voor de samenstelling van die testkits, zoals minister Wouter Beke beweerde?

Wat is het standpunt van de FOD Volksgezondheid over de richtlijnen voor het rationeel gebruik van mondmaskers? In de ziekenhuizen moest iedereen die in contact kwam met vermoedelijke COVID-19-besmettingen een chirurgisch masker dragen, maar in de woonzorgcentra was dat niet het geval. Is het verschil in richtlijnen voor verzorgend personeel ter sprake gekomen op een IMC? Wat was het federale en eventueel het Vlaamse standpunt?

6. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde vraagt wanneer men wist dat de strategische mondmaskerstock was vernietigd. Kwamen er signalen vanuit het kabinet om die te hernieuwen?

Ze vindt het frappant dat voor de contacttracing enkel maar consultancybedrijven zijn gecontacteerd. Waarom zijn er geen ambtenaren ingezet? Hoe kwam dat besluit er? Vlaams minister Wouter Beke wordt bijgestaan door KPMG en federaal minister Philippe De Backer door Deloitte. Wat dragen deze consultancybedrijven

bij? Zijn zij op enige manier aansprakelijk? Kan Pedro Facon ingaan op wat de rol van KPMG is in de strategische communicatie bij contacttracing? De minister heeft hierop nog nooit antwoord gegeven.

Er is veel gepraat over de relatie tussen de kabinetschef van federaal minister Maggie De Block en de topman van de FOD Volksgezondheid. Heeft deze relatie invloed gehad in het beheer van de crisis en op welke manier?

De ministers houden vol dat de experts zijn gevolgd in hun adviezen. Experts geven in de media echter aan dat adviezen niet zijn gevolgd en men kan dit ook merken in de verslagen. Waarin zijn de experts niet gevolgd? Waarin te laat? Welk gevolg heeft dit volgens Pedro Facon gehad op de crisis en op de uitbraak in België en in Vlaanderen?

Celia Groothedde meent uit de uitleg van Pedro Facon te begrijpen dat hij de discussie over de bevoegdheidsverdeling niet de meest zinnige discussie vindt. Waarover moest het dan wel gaan? Een pijnpunt zijn de woonzorgcentra. Op welk niveau was het crisismanagement daar dan het beste gevoerd?

Vanaf 18 maart 2020 worden de woonzorgcentra vermeld, maar toch duurt het nog tot 1 april, vooraleer er urgentie aan de dag wordt gelegd. Waarom heeft dat zo lang geduurd? Heeft Pedro Facon zelf informeel naar contacten gezocht om mensen te informeren over wat ze moesten doen?

Er wordt al een maand gevraagd naar een kader voor de terugkeer uit vakantie. Klopt het dat in de RMG van 29 juni 2020 de nood aan een wetgevend kader is aangehaald? Waarom is toen de knoop niet doorgehakt?

7. Vragen van Lise Vandecasteele

Volgens *Lise Vandecasteele* zegt minister Wouter Beke dat hij pas op 6 maart 2020 te horen kreeg dat men geen beroep kon doen op de federale noodstock en men zelf maskers moest gaan kopen. In de RMG van 6 februari 2020 werd echter al bekendgemaakt dat de stock was vernietigd. Ze kreeg hierover graag verduidelijking. Er was ook een dispuut tussen federaal minister Philippe De Backer en Vlaams minister Wouter Beke over de verdeling van de 2 miljoen mondmaskers. Minister Philippe De Backer zei dat minister Wouter Beke hierop te laat heeft gereageerd en dat daardoor de maskers nog niet zijn verdeeld in de Vlaamse woonzorgcentra. Heeft de Vlaamse overheid hierop effectief te laat gereageerd?

Het is zeer problematisch dat op 1 april 2020 testen beschikbaar waren die ingezet konden worden in de woonzorgcentra maar dat die er pas later zijn geraakt. Erika Vlieghe heeft in februari 2020 al mobiele testteams aangeraden om zo de aanwezige testkits te verspreiden en woonzorgcentra te testen. Had men niet vroeger mobiele testteams moeten oprichten?

Begin maart 2020 stopte de Vlaamse overheid met het contactonderzoek omdat er te weinig mensen en te veel besmettingen waren. Toch zegt minister Wouter Beke op 20 april 2020 op de IMC dat hij zich koud gepakt voelt omdat het ineens een Vlaamse bevoegdheid blijkt te zijn. Op 22 april 2020 benadrukte hij nog eens dat hij verontwaardigd is. Dat is vreemd omdat preventie een Vlaamse bevoegdheid is en men al bezig was met het contactonderzoek.

In een interview in *De Standaard* vraagt Pedro Facon of er voldoende is geïnvesteerd in de professionalisering van de rusthuizen. "In sommige rusthuizen is er geen noodplan, geen preventiebeleid, zijn er geen verpleegkundigen met iets hogere opleiding. Toch heeft het relatief lang geduurd voor er een echte coördinatie is gekomen in de rusthuizen." Men was dus al langer op de hoogte van de preciaire

situatie in de rusthuizen, in tegenstelling tot wat Pedro Facon in zijn presentatie zei.

Er is heel veel discussie over de bevoegdheidsverdeling. Is het niet beter dat de federale overheid de centrale leiding neemt?

8. Vragen van Arnout Coel

In de IMC van 1 april 2020 wordt actief gedebatteerd over de beslissing van het Waalse Gewest om gehospitaliseerde bewoners van woonzorgcentra niet meer te laten terugkeren naar de woonzorgcentra, tenzij ze COVID-19-vrij zijn. Uit het verslag blijkt dat Vlaanderen een andere visie had, zegt *Arnout Coel*. Hij vraagt aan Pedro Facon welk van beide inzichten hem het juiste lijkt.

9. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls leest in het verslag van de IMC van 25 maart 2020 de vraag om een analyse te maken van de noden aan mondklappers in andere sectoren en diensten, zoals havens, voedingsindustrie maar ook in de publieke sector en de welzijnssector. Men besluit met: "De eerste prioriteit dient op de zorgsector zelf te liggen." Wat bedoelt de IMC met zorgsector? Gaat het enkel over ziekenhuizen, of ook over woonzorgcentra en instellingen voor personen met een handicap?

Op de IMC van 9 april 2020 gaat het over de teststrategie en geeft de RAG de raad om in de collectiviteiten slechts vijf testen te doen bij symptomatische mensen. Er staat ook in het verslag dat ouderenzorgvoorzieningen geen gesloten omgevingen zijn, maar op dat moment waren ze wel gesloten wegens grote uitbraken. Hoe komt het dat men op dat moment de impact nog altijd niet beseft?

X. Antwoord van Pedro Facon

Pedro Facon wijst erop dat hem veel vragen worden gesteld die ver zijn rol als secretaris van de IMC overstijgen. Over bepaalde elementen heeft hij geen informatie.

Er is inderdaad op geen enkele manier in de huidige beschrijving van de bevoegdheden binnen de gezondheidszorg een piloot aangeduid. De spreker gelooft oprecht dat de ministers in de IMC, het overlegcomité of andere organen hun werk goed wilden doen, maar de structuren in dit land maken dat individuen, ook ministers, minder goed functioneren. Ministers voelen zich vaak wat machteloos binnen de structuren die het politieke systeem zelf heeft gecreëerd. Voor Pedro Facon is deze bevoegdheidsstructuur moeilijk werkbaar – dat zegt men op het terrein ook al jaren – en in een crisis is dit dubbel zo hard voelbaar.

Er zijn een viertal scenario's mogelijk. Men kan kiezen voor de status quo, maar dat is weinig wenselijk. Men kan ervoor kiezen om bevoegdheden verder over te dragen naar de deelentiteiten en bepaalde zaken federaal te houden om pragmatische of principiële redenen, zoals bijvoorbeeld het crisisbeheer. Pedro Facon wil geen politieke uitspraken doen over wat er in de gezondheidszorg of elders moet gebeuren, maar het is duidelijk dat, zolang men in een structuur zit met een federale staat en deelstaten, het goed zou zijn dat er één iemand is die de volledige coördinatie en verantwoordelijkheid op zich kan nemen. Een derde scenario is herfederaliseren. Een vierde scenario is een soort van patchwork waarbij men in het bevoegdheidspakket deelsector per deelsector van de gezondheidszorg bekijkt. Er zijn bijvoorbeeld pistes om in het RIZIV-budget deelsbudgetten te maken voor de deelstaten. Er zijn allerlei pistes denkbaar, maar op een bepaald moment moet

de politiek een mandaat geven aan ambtenaren en experts om die scenario's uit te werken en om de voor- en nadelen af te wegen.

Over de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra zegt Pedro Facon dat goede gezondheidszorg en zorg aan mensen geïntegreerde zorg moet zijn. Men heeft gepoogd de ziekenhuizen onderling meer te laten samenwerken in locoregionale netwerken. De vorige minister heeft de eerstelijnszorg meer laten samenwerken in eerstelijnszones en zorgzones met inkanteling van de woonzorgcentra. Het is zaak om deze netwerken niet naast elkaar te laten werken, maar de samenwerking te verbeteren. De transmurale werking moet worden versterkt. Op het terrein heeft men dit gedaan, los van eender welk wettelijk en financieel kader. De politiek zou dit reglementair en financieel beter moeten ondersteunen, maar ook hier speelt de bevoegdheidsverdeling. De locoregionale netwerken worden gecreëerd door een federale wet, maar de erkenning gebeurt door de deelstaten. De artikel 107-netwerken zijn federaal. De netwerken voor geestelijke gezondheidszorg en kinderen en jongeren zijn ook federaal geregeld, maar de eerstelijnszones door de deelstaten.

Men is beter voorbereid voor een tweede golf dan men was voor de eerste golf. Op het federale niveau zijn intussen grote stocks aangelegd voor de federale doelgroepen. Er is ook een aantal predistributies gebeurd naar ambulante praktijken die in de toekomst een eigen stock zouden moeten bijhouden. Er is het contactopvolgingssysteem. Er zijn de surgecapacitywerkzaamheden. Dit alles kan redelijk snel opnieuw worden gedeactiveerd.

Een aantal zaken vraagt nog aandacht: het alarmeringssysteem en de wijze waarop men meer lokaal kan sturen om zowel bestuurlijke als sanitaire maatregelen te nemen. De meer gefaseerde aanpak met kleuren codes is nog niet helemaal rond. De wijze waarop het outbreakmanagement wordt georganiseerd, kan ook nog worden versterkt.

Het is niet makkelijk om nu al een goed zicht te krijgen op de uitgestelde zorg. Er is wel een aantal vaststellingen te maken, bijvoorbeeld dat de kankerdiagnoses sterk gedaald zijn in april 2020 maar ook in mei en juni. Er waren ook minder verkeersongevallen. Men moet zich ervan bewust zijn dat er een zekere impact zal zijn.

In de IMC heeft men een overzicht gegeven van alle stappen die het federale niveau heeft genomen, onder meer voor mondklappers, geneesmiddelen, de ziekenhuis capaciteit met een plan om de ziekenhuisactiviteit gefaseerd in noodplanning te plaatsen, en de wijze waarop de triage- en staalafnamecentra zullen werken. Zowel minister Wouter Beke als minister Christie Morreale hebben toelichting gegeven over de besprekingen die hebben plaatsgevonden in de Vlaamse respectievelijk de Waalse Regering voor de voorbereiding op een tweede golf. Pedro Facon kent niet in detail alle maatregelen die zijn genomen voor een tweede golf in de.

Pedro Facon leest vaak dat "de federale ziekenhuizen het goed hebben gedaan", maar er zijn geen federale ziekenhuizen. Het gaat over een gedeelde bevoegdheid. De aanpak in de surgecapacitycomités bestond er net in om, zowel voor het comité Hospital and Transport, voor Primary and Outpatient Care als voor de Outbreak Management Group, alle overheden rond de tafel te brengen met de administraties van alle niveaus, en om de sectororganisaties rond de tafel te brengen met de vier ziekenhuis- en zorgkoepels met soms ook de huisartsenverenigingen en anderen. Ook Defensie zat mee aan tafel en experts zoals Erika Vlieghe en Geert Meyfroidt.

Op een bepaald moment heeft de FOD in het comité Primary and Outpatient Care een lijst gemaakt van de problematieken in de ouderenzorginstellingen. Op 27 maart 2020 heeft men die op de RMG voorgesteld. De vraag was of men voor de

woonzorgcentra ook iets zou doen zoals men voor de ziekenhuizen rond ouderenzorg had gedaan. Het antwoord in de RMG was dat, waar de ziekenhuizen een gedeelde bevoegdheid zijn, de rusthuizen dat niet zijn. Het federale niveau is enkel bevoegd voor kwaliteitsvolle praktijkvoering en een aantal zaken rond medicatie maar de ouderenzorginstellingen zijn bij uitstek een domein waarvoor de bevoegdheid bij de deelstaten ligt. Het antwoord van de deelstaten was dat zij verkozen om het zelf te coördineren. Men vond de aanbevelingen goed – het staat letterlijk in het verslag van de RMG van 27 maart 2020 – maar men heeft de keuze gemaakt om de coördinatie op deelstaatniveau op te nemen. Volgens Pedro Facon had dit voor een deel te maken met het feit dat er intussen al wel wat richtlijnen waren klaargemaakt.

Daarna is er op de IMC nog een aantal keer over gesproken. Op 6 april 2020 betreunde Pedro Facon dat die nota niet was aanvaard. Hij heeft ook informele contacten gehad met deelstaatadministraties om na te gaan of men de coördinatie niet kon versterken, nog voor op Vlaams niveau op 8 april 2020 de taskforce is gestart. De idee was om dit eerder interfederaal aan te pakken maar de leiding zou bij een deelstaatambtenaar liggen. Dit is niet gebeurd en Pedro Facon vindt het jammer.

Op 6 april 2020 hebben een aantal deelstaatministers de IMC op hun vraag samengeroepen over de kwestie in de ouderenzorginstellingen. Pedro Facon heeft daar opnieuw de vraag gesteld of er de wens was om over te gaan tot een versterkte interfederale coördinatie. De IMC is daar niet op ingegaan.

Hoe heeft het federale niveau haar coördinerende rol opgenomen? Het federale niveau is niet exclusief bevoegd voor de coördinerende rol. Het federale niveau is bevoegd voor haar materiële bevoegdheden en ook, zoals de Raad van State zegt, voor de coördinatie net zoals ook deelstaten kunnen coördineren. Het federale niveau heeft gecoördineerd via de RMG, de RAG, de IMC en het overlegcomité, gecoördineerd en ondersteund door federale actoren. De surgecapacitycomités worden gecoördineerd op het federale niveau. De Outbreak Management Group is eigenlijk een bevoegdheid van de deelstaten, maar wordt gecoördineerd door het federale niveau. Het federaal niveau heeft dus op zeer veel vlakken een coördinerende rol opgenomen. Men moet nu nagaan wat er heeft gewerkt en wat niet.

Volgens Pedro Facon heeft Karine Moykens uitstekend werk geleverd vanaf het moment dat de tasforce is opgestart, maar toch betreurt hij het dat elke deelstaat een andere strategie ontwikkelt en een eigen registratiesysteem heeft voor de besmettingen in de ouderenzorginstellingen. Daardoor waren de cijfers niet perfect vergelijkbaar. Begin april 2020 was er voor de ziekenhuizen al één stroom via Sciensano opgezet. Als federaal ambtenaar en secretaris van de IMC zou hij eerder hebben gepleit voor meer interfederale coördinatie dan voor minder.

Het DG van Pedro Facon is niet bevoegd voor de strategische stock. Hij heeft niet veel toe te voegen aan alles wat men daarover heeft kunnen lezen en vernemen. Pedro Facon meent dat ook hier de Raad van State zou zeggen dat iedereen bevoegd is binnen de eigen materiële bevoegdheid. Voor de collectiviteiten die onder de bevoegdheid vallen van de deelstaten, had elke minister een aantal stappen te zetten. Petro Facon heeft gehoord van een aantal brieven en uitwisselingen, en ook hij is benieuwd naar de brief tussen minister Maggie De Block en minister Wouter Beke. Het zou goed zijn dat in de toekomst elke overheid voor de eigen doelgroepen de bevoorrading verzekert zoals in het protocolakkoord duidelijk is bepaald. Het federale niveau heeft op een bepaald moment gezegd dat iedereen die gefinancierd wordt vanuit het ziekteverzekeringsbudget door het federale niveau zal worden beleverd.

In de loop van april 2020 kwamen er leveringen binnen en was er de urgentie om ze te verdelen. De discussies over de verdeling hebben lang geduurd en waren er beter niet geweest. De federale noodstock die er op dat moment was, was om noodvragen van sommige deelstaten, bijvoorbeeld Brussel, te kunnen beantwoorden.

Het FAGG en het RIZIV hebben maatregelen genomen om de terugbetaling en de beschikbaarheid van zuurstof op de markt aan te pakken, en dit heeft gewerkt. De zuurstoftoestellen konden op een bepaald moment niet snel genoeg worden verplaatst naar waar ze nodig waren. Strikt genomen behoort de distributie van oxyconcentratoren tot de organisatie van de ouderenzorginstellingen, maar het federale niveau heeft een coördinerende rol op zich genomen. Het FAGG heeft maatregelen genomen om zo snel mogelijk niet-gebruikte oxyconcentratoren aan de distributeurs terug te geven en de taskforce van federaal minister Philippe De Backer heeft maatregelen genomen om extra concentratoren op de markt te brengen en te verdelen. De meeste problemen zijn aangepakt, alhoewel er op bepaalde momenten toch problemen bleven met zuurstof. De ziekenhuizen hebben altijd duidelijk gezegd dat, als er een probleem met zuurstof was, die personen gehospitaliseerd konden worden of blijven.

Contactopsporing is al sinds 1980 een bevoegdheid van de deelstaten. Ook daar heeft het federale niveau met het kabinet-De Backer een coördinerende rol opgenomen omdat er federaal capaciteit ter beschikking was, bijvoorbeeld callcenter-technologie met Frank Robben als specialist, en met het oog op een te ontwikkelen app. Er wordt nu een samenwerkingsakkoord afgesloten tussen het federale niveau en de deelstaten omdat de databank van Sciensano een federale bevoegdheid is. Een coördinerende rol opnemen, betekent niet dat men al die bevoegdheden overneemt. Pedro Facon wijst er nogmaals op dat federaal minister Philippe De Backer een koninklijk besluit heeft gemaakt voor de contactopsporing, maar dat hij is teruggefloten door de Raad van State. Daarop is een federale juridische werkgroep opgericht en een advocaat aangesteld om het samenwerkingsakkoord te schrijven.

Pedro Facon wil weg van het idee dat enerzijds het federale niveau de coördinerende rol vanuit haar bevoegdheid verplicht en exclusief zou moeten opnemen, en anderzijds dat het federale niveau niet maximaal haar coördinerende rol zou hebben opgenomen. Het federale niveau speelde een sterkere coördinerende rol op het moment van de quarantaine van mensen die terugkeerden uit Wuhan, omdat het over repatriëringen ging. Het in quarantaine plaatsen is niet door het federale niveau gebeurd, maar bijvoorbeeld door de Brusselse burgemeester voor mensen die op Brussels grondgebied verbleven. Op dat moment ging het over enkelingen. Een decretale regeling is aangewezen omdat het nu gaat over veel meer mensen die uit vakantie terugkeren.

Saniport is een los eindje van de zesde staatshervorming. Na de zesde staatshervorming is er een protocolakkoord afgesloten om Saniport twee jaar te laten verder werken. Het zou goed zijn dat het protocolakkoord wordt verlengd, en dat de toekomst en de taak van Saniport op een volgende staatshervorming op tafel worden gelegd.

Er was een vraag over de stroomlijning van wetenschappers en politiek, en van wetenschappers onderling. Wetenschappers handelen vanuit hun opdracht en hun expertise. Het wetenschappelijk comité is vroeg in de crisis door de federale minister aangeduid om advies te geven aan de federale minister en de Federale Regering. Daarnaast is er de RAG die een uitvoering is van het protocolakkoord. Er is ook nog de GEES, een groep van experts die ad hoc is aangeduid om de exitstrategie te bepalen en die rechtstreeks aan de eerste minister rapporteerde. Celeval is ingebed in het Nationaal Crisiscentrum dat ook experts verzamelt om zich uit te spreken over een reeks materies. Er zijn veel organen, formele en

informele. De overheid heeft niet de rol om die experts te stroomlijnen, maar ze hebben zeker bijgedragen aan het tegensprekelijke debat.

Een vraagsteller zei dat de RAG een assertievere teststrategie wou, maar dat de politiek op de rem stond. Volgens Pedro Facon had de RAG soms een zeer strikte wetenschappelijke benadering en heeft de politiek op basis van maatschappelijke verwachtingen en bezorgdheden een assertievere strategie. Het samenspel tussen experts en politiek heeft veel dynamiek gecreëerd. Bij momenten was het zeker chaotisch en was er soms tegenspraak, maar het heeft zeker voor debat gezorgd. Hij verwijst naar het huidige debat over de mondklappers. Sommige landen zoals Zweden, hebben een expert die alles bepaalt, maar dat werkt ook niet. Misschien zijn vier expertengroepen wel zeer royaal en moet het wat worden gestroomlijnd.

Aanvankelijk was federaal minister Philippe De Backer door de premier gevraagd om voornamelijk over de testcapaciteit een aantal maatregelen te nemen, maar zijn taak is geleidelijk aan uitgebreid. Hij heeft ook de tekorten aan mondklappers en geneesmiddelen opgenomen, en heeft een aantal activiteiten rond 'data against corona' opgenomen. In die taskforces zaten veel consultants omdat er binnen de administraties een zeker capaciteitsprobleem of een tekort aan expertise was. McKinsey heeft bijvoorbeeld een analyse van de behoefte aan beschermingsmateriaal gemaakt. Die documenten kunnen worden geraadpleegd.

Pedro Facon wenst geen uitspraken te doen over die consultants behalve dat in algemene zin de samenwerking tussen consultants, politiek en administratie eerder positief is verlopen. Hoe ze zijn aangesteld en wat hun vergoeding is, is een andere discussie. De vraag moet wel zijn hoe het komt dat de administraties de capaciteiten of de expertise niet hadden. Voor een deel is dit acceptabel omdat het een mondiale crisis was, maar voor een deel is het ook het gevolg van te weinig investeren. Een tweede vraag is op welke manier de competenties van de consultants kunnen worden overgedragen aan de administratie op het moment dat de consultants het terrein verlaten. Federaal minister Philippe De Backer heeft de intentie om zijn taskforces af te bouwen en te ontmantelen, en die activiteiten over te hevelen naar de administratie. Er zijn contacten tussen consultants en administratie om na te gaan hoe dit kan gebeuren maar dit zal natuurlijk ook investeringen vereisen.

De 80/20-verdeling was gebaseerd op de analyse van McKinsey. Er werd ook samengewerkt met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de koepels.

De gegevens waren inderdaad ter beschikking vanaf 18 maart 2020 maar niet altijd perfect vergelijkbaar. De traditie van registratie in de ouderenzorginstelling is er minder. De vaststelling is dat het langer heeft geduurd. De cohesie over het grondgebied ligt ook moeilijker. 75 procent van de ouderenzorginstellingen rapporteert vandaag aan Sciensano, 95 procent van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen zijn door een volmachtenbesluit verplicht om te rapporteren.

Er is een vraag gesteld over het personeel dat vanuit het ziekenhuis zou gaan helpen in de ouderenzorginstellingen. De FOD dacht op dat moment dat er geen personeel was, maar achteraf bleek er toch wat marge te zijn. Heel wat individuele ziekenhuizen hebben protocollen afgesloten met ouderenzorginstellingen. De FOD heeft een oriëntatienota opgesteld.

In april 2020 waren er in de algemene psychiatrische ziekenhuizen ongeveer 9000 mensen technisch werkloos, niet allemaal zorgpersoneel. Ook in de rusthuizensector waren er in april 1000 mensen technisch werkloos; in de thuiszorg en de gezinszorg waren er 5000 mensen technisch werkloos. In de toekomst, bij een mogelijke tweede golf, is het de uitdaging om de samenwerking tussen de instellingen beter te organiseren.

Over het ontslagbeleid van de ziekenhuizen heeft de FOD geen enkele nieuwe instructie gegeven. De regel moet zijn dat, wanneer een persoon geen ziekenhuiszorg meer nodig heeft, hij terugkeert naar zijn woning of residentiële woonplaats.

Gegevens gaan naar Sciensano en worden ter beschikking gesteld van de RMG. Vanaf midden maart 2020 waren er aldus data ter beschikking op basis waarvan een aantal stappen kon worden gezet.

De FOD Volksgezondheid heeft geen enkele rol gespeeld bij de verspreiding van de foute wissers.

De richtlijnen voor het rationeel gebruik van mondklappers zijn regelmatig veranderd en besproken in de RMG. De FOD ondersteunt de organen maar schuift geen eigen richtlijnen naar voren.

Het Waalse Gewest heeft op een bepaald moment beslist om rusthuisbewoners die uit het ziekenhuis terugkeerden, verplicht te testen. Vlaanderen niet. Er is hierover gesproken in de IMC, want dit was om meerdere redenen niet aangewezen. Het verbieden van mensen om terug te keren naar hun woonzorgcentrum is wetenschappelijk zinloos. Voor Pedro Facon heeft minister Wouter Beke op dat moment de juiste beslissing genomen.

De *voorzitter* besluit dat Pedro Facon op zeer essentiële vragen heeft geantwoord en goed de verantwoordelijkheden heeft vastgelegd.

XI. Uiteenzetting door prof. dr. Emmanuel André, Laboratorium Klinische Bacteriologie en Mycologie, KU Leuven

Emmanuel André was gedurende enkele weken interfederaal woordvoerder voor de Franstaligen. Hij was coördinator voor de testing en tracing in de opstartfase. Hij is nog lid van de GEES. In de taskforce van minister Philippe De Backer was hij verantwoordelijk voor de opbouw van het nationaal platform voor testing en de kwaliteitsopvolging ervan. Hij is in bijna alle organen uitgenodigd als expert om specifieke adviezen te kunnen geven. Hij heeft geen financiële vergoeding of ander belangenconflict.

Emmanuel André focust op de residentiële ouderenzorg gedurende de eerste golf. In een crisis moet een snel en efficiënt monitoringsysteem worden geïmplementeerd zodat er een adequate en evenredige reactie komt. Er is nu een evaluatiemoment, niet alleen over het monitoringsysteem, maar ook over de vraag of men goed voorbereid was. Zijn de juiste preventieve maatregelen genomen?

Dagelijks kreeg men van Sciensano de cijfers over het aantal gevallen. Er was van in het begin een duidelijk signaal dat personen met een hoge leeftijd slachtoffer van de epidemie waren. Het monitoringsysteem is gebaseerd op de laboratoriumresultaten die objectieve data zijn. Er was van in het begin een onderschatting van de cijfers omdat niet iedereen werd getest wegens een tekort aan reagentia. Daarnaast is er de niet-microbiologische monitoring, een snelle systematische rapportering vanuit de woonzorgcentra, vaak wel niet dagelijks.

Een grafiek van Niel Hens van de Universiteit Hasselt toont de oversterfte per leeftijd. Rond 20 maart 2020 zag men al een duidelijk signaal dat er een significant probleem was. Het monitoringsysteem heeft het probleem kunnen detecteren.

Eind maart 2020 verscheen er een wetenschappelijke grafiek uit China die hoge mortaliteitscijfers toonde naarmate de leeftijd steeg. Op dat moment was er wetenschappelijke evidentie dat het probleem niet enkel gerelateerd was met

België. De laatste week van maart 2020 is het aantal sterfgevallen verhoogd van 35 tot 200 per dag, met een heel hoge piek bij de 65+-ers.

Het monitoringsysteem was gebaseerd op testingcriteria, hospitalisatie enzovoort, en op de niet-microbiologische monitoring, gebaseerd op symptomen. Het heeft problemen opgepikt maar zeker niet opgelost. Na moeilijke discussies heeft men begin april 2020 een switch gemaakt en gezegd dat vijf positieve testen in een woonzorgcentrum genoeg waren om te zeggen dat het om een problematisch woonzorgcentrum ging. Daarnaast was er ook de nood om te switchen naar een meer individuele diagnostiek en naar systematisch testen, in elk woonzorgcentrum en van symptomatische en asymptomatische gevallen.

Initieel was die testcapaciteit niet aanwezig; ze moest worden opgebouwd. Begin april 2020 was er een zeer acute fase, maar het aantal testen uitgevoerd door de gewone laboratoria was niet voldoende. Op dat moment heeft federaal minister Philippe De Backer een initiatief genomen en aan Emmanuel André gevraagd om een nationaal testingplatform op te bouwen. Er volgde een debat of iedereen moest worden getest, en of ook de asymptomatische gevallen moesten worden getest. Bij de deelstaten was er zeker de wens naar systematisch testen. Voor de RAG en de RMG waren er argumenten tegen en voor. Argumenten tegen waren onder meer dat er niet genoeg wetenschappelijke evidentie was en niet voldoende testcapaciteit. De taskforce en de ministers in de IMC wilden iedereen testen.

Uiteindelijk is een massale testingstrategie uitgerold met honderdduizenden testen. De privélaboratoria buiten de ziekenhuizen waren gefrustreerd omdat ze hun capaciteit niet konden benutten omdat mensen buiten de ziekenhuizen niet mochten worden getest. Enkele weken later werden de criteria uitgebreid. In crisissituaties wordt een aantal beslissingen genomen die impact hebben. De positieve testen bij residenten en medewerkers in de woonzorgcentra waren asymptomatisch, volgens recente cijfers van Sciensano. De uitbreiding van de criteria heeft zeker geholpen om deze problematiek te behandelen, maar evidentie had men op dat moment nog niet.

Testen is een deel van de adequate reactie want men moet het probleem kennen. Men moet spreken over preventieve middelen om het probleem te voorkomen. Men moet oog hebben voor de menselijke aspecten om het probleem leefbaar te maken. Werkten er genoeg mensen in de woonzorgcentra? Hadden ze de juiste kwalificaties?

Een woonzorgcentrum is een setting die gevoelig is voor uitbraken. Was men zich daarvan bewust? Men wist dit. Uit een studie van Sciensano van 2016 bleek evidentie dat er transmissie van pathogenen, infectieziektes en multiresistente organismen in woonzorgcentra is. Er waren dus de nodige signalen.

Ook voor de implementatie van preventieve maatregelen moet men rekening houden met testing, voldoende preventieve middelen en aandacht voor menselijke aspecten.

XII. Vragen van de leden

1. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys dankt Emmanuel André voor zijn presentatie. Waarom is het zo moeilijk om bij asymptomatische testing van woonzorgpersoneel tot een conclusie te komen? Is het enkel voortschrijdend inzicht?

In een opiniestuk in De Standaard van 14 juli 2020 zegt een aantal artsen dat in de profvoetbalclubs wel om de week zal worden getest. Ze vragen waarom dat dan niet in woonzorgcentra gebeurt.

In het verslag van de RMG van 5 maart 2020 staat dat er honderd bevestigde gevallen per dag bijkomen. Er worden 25 labo's in orde gemaakt om met dezelfde software als die van de KU Leuven te werken, maar toch moeten alle geteste stalen nog voor een tweede test opnieuw naar Leuven. Is er geen fout gemaakt door een centralisatie in te voeren en heeft dat het uitrollen van de testen niet onnoemelijk veel vertraagd? Zou men dat vandaag anders doen?

De WHO zegt dat er wel degelijk een gevaar is voor aerosol en niet alleen voor druppelverspreiding van het virus. Is er bij de WHO iets fout gegaan? Denkt Emmanuel André ook dat er een gevaar is om via aerosol het virus door te geven? Kan dit impact hebben op woonzorgcentra?

Emmanuel André heeft ontslag genomen als voorzitter van de interfederale testing- en tracingwerkgroep. Een paar dagen later heeft hij in de Franstalige pers verklaard dat Frank Robben, die de spil is in het hele netwerk wanneer het gaat over e-health, de databanken, het uitrollen van de app, "een totalitaire, buitengewoon machtige man is die capabel is om in zijn eentje een regering te laten vallen. Hij heeft een monopolie op de gezondheidsdata. Straks zijn we allemaal gevangenen in zijn web." Lorin Parys vraagt daarover wat achtergrondinformatie. Is er een verband tussen het ontslag en die uitspraak? Blijft Emmanuel André nog altijd achter zijn uitspraak staan?

2. Vragen van Maaïke De Rudder

Maaïke De Rudder dankt Emmanuel André voor zijn deskundige uitleg. Personeel dat positief testte maar asymptomatisch was, kon blijven werken. Hoe is die beslissing door de RMG genomen?

Kan de spreker de besluitvorming in verband met de gevalsdefinitie toelichten? Waarom en wanneer is men ertoe gekomen om het testen van asymptomatische personen toe te laten?

Is er voor de uitbraak van een eventuele tweede golf wel eensgezindheid over het preventief testen?

Waarom was het contactonderzoek niet meteen een onderdeel van het crisismanagement?

Op de IMC van 20 april 2020 was er plots een handovermeeting in een speciaal opgerichte werkgroep nadat federaal minister Philippe De Backer volop aan een app bezig was. Was Emmanuel André bij die werkgroep betrokken? Wat werd daar precies besproken?

3. Vragen van Maurits Vande Reyde

Maurits Vande Reyde dankt Emmanuel André voor zijn toelichting. Recent heeft federaal minister Maggie De Block een opiniestuk geschreven om zich te verdedigen tegen de verschillende vergelijkingen die internationaal worden gemaakt. In een artikel in The Economist staat België aan de kop van de landen die het slechtst scoren als men naar de data kijkt. Onze registratie verschilt heel erg met die van het buitenland. Is dit ooit grondig ter sprake gekomen? Zijn er bijstellingen gebeurd?

Op de RMG werd gevraagd naar meer interfederale afstemming voor de test- en registratiestrategie. De spreker heeft begrepen dat dit door de deelstaten werd afgeblokt. Was er een grote discrepantie in het bijhouden van statistieken door de verschillende entiteiten?

Lorin Parys vroeg al of men de testing in de woonzorgcentra niet dringend moest opschalen omdat er meer contacten mogelijk zijn. Het is toch eigenaardig dat er in die voorzieningen niet meer wordt getest.

4. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf dankt Emmanuel André voor de korte maar krachtige presentatie. Hij vraagt of de grafiek van 22 maart 2020 met de cijfers van overlijdens gaat over overlijdens in de ziekenhuizen omdat op dat moment de cijfers uit de woonzorgcentra nog niet waren opgenomen. De virologen wisten toen al dat ouderen en de woonzorgcentra heel kwetsbaar waren en dat het virus er al aanwezig was. Er waren dringend maatregelen nodig. Op welke grenzen zijn Emmanuel André en zijn collega's gebotst?

Uit een studie van 2016 blijkt dat woonzorgcentra kwetsbaar waren voor infecties. Toch valt het op dat er de eerste weken weinig aandacht was voor de woonzorgcentra, ook bij de experts. Was die er wel en slaagde men er niet in om de beleidsmakers ervan te overtuigen?

Emmanuel André werd coördinator van de tracing op een moment dat er al een hobbelig politiek parcours was afgelegd. Kinderziekten zijn natuurlijk niet te vermijden, maar vandaag is contactopsporing in Vlaanderen nog altijd eerder problematisch. Hannes Anaf zou graag horen wat nog altijd de hiaten in de contactopsporing zijn, waar er meer aandacht aan moet worden gegeven, en of de contactopsporing in rusthuizen mag worden doorgeschoven naar het personeel ter plaatse dan wel of het in samenwerking met de eigen opspoorders moet gebeuren.

Het siert Emmanuel André dat hij toegeeft dat de RMG, achteraf bekeken, het niet altijd bij het rechte eind had. De RMG pleitte wel voor een snelle testing bij de eerste uitbraak. In mei en juni 2020 waren er nog uitbraken en moest de CRA beslissen of er zou worden getest. Is het volgens de spreker aangewezen om bij een nieuwe besmetting in een woonzorgcentrum over te gaan tot een snelle testing van het hele woonzorgcentrum, zonder beslissing van de CRA?

5. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde dankt Emmanuel André dat hij een toelichting geeft in een taal die niet de zijne is.

Na de krokusvakantie heeft men beslist om vakantiegangers niet te testen of te traceren. Pedro Facon gaf aan dat het kwam door een schrijnend gebrek aan artsen in de administratie. Men had hen ook in quarantaine kunnen zetten. Denkt Emmanuel André niet dat het een goed idee was om die mensen te traceren of ze in quarantaine te plaatsen? Welke discussies zijn hierover gevoerd?

Kan de spreker een bespiegeling geven over de rol van Sciensano, onder andere bij de hoeveelheid testen zowel in het begin als later?

Emmanuel André heeft ook samengewerkt met consultants. Hoe zijn die contacten verlopen? In hoeverre zijn ze gewenst?

Emmanuel André heeft opmerkelijke uitspraken over Frank Robben gedaan. Is het wenselijk dat iemand die data in handen heeft? In een crisis moet men

noodgedwongen partners zoeken om expertise aan te trekken. Er zijn garanties opgenomen in de contracten, maar toch worden data al te vaak gebruikt. Hoe zit het met de beveiliging? Kan de spreker dit in zijn algemene beoordeling inbedden?

Vanaf wanneer wordt er door experts op de noodzaak van contactopsporing aangedrongen? Verloopt de contactopsporing op dit moment correct en voldoende? Is België klaar voor het mobiele vakantieverkeer?

6. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele dankt Emmanuel André voor zijn inzet tijdens de coronacrisis. Hij zegt dat men van in het begin wist dat ouderen zeer kwetsbaar waren voor het coronavirus en dat woonzorgcentra een plaats zijn waar besmettingen zich snel verspreiden. Heeft de spreker in februari of maart 2020 al signalen gegeven dat men moest focussen op de woonzorgcentra omdat er een groot probleem zou kunnen ontstaan?

Op 25 maart 2020 heeft Emmanuel André, samen met Steven Van Gucht, op de IMC gewaarschuwd voor de epidemie, dat er onvoldoende testen waren en gevraagd om contactonderzoek uit te voeren. Waarom kon er op dat moment niet voldoende worden getest of contactonderzoek worden uitgevoerd? Was er een tekort aan testen of aan personeel? Welk concreet advies heeft hij toen gegeven?

Lise Vandecasteele vraagt verduidelijking over de bevoegdheidsverdeling bij het contactonderzoek. Was het van in het begin duidelijk dat Vlaanderen bevoegd was of was het op een gegeven moment onduidelijk? Contactonderzoek wordt op dit moment uitbesteed aan private callcentra. In andere landen wordt dit door publieke preventiediensten opgenomen. In Ierland bijvoorbeeld heeft men van in het begin iedereen kunnen testen en opsporen. Wat is de visie van Emmanuel André?

In het begin was duidelijk dat veel asymptomatische bewoners en personeelsleden in woonzorgcentra toch positief testten waarbij ze mogelijks besmettelijk waren. Begin april 2020 is beslist om te beginnen met testen in het volledige woonzorgcentrum. Op 8 april 2020 trekt minister Wouter Beke het nut hiervan in twijfel. Het heeft heel lang geduurd voor alle testen afgenomen zijn. Als men eenmaal test in een woonzorgcentrum, moet men eigenlijk blijven testen. Ook het ECDC raadt aan om wekelijks te blijven testen. Moet men dit niet uitbouwen om zo een nieuwe uitbraak in woonzorgcentra te voorkomen?

7. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse dankt de spreker voor zijn toelichting in een taal die niet zijn moedertaal is. Mondmaskers waren in het begin van de crisis niet nodig volgens sommige experts. Men zegt dat men van in het begin wist dat mondmaskers nuttig waren, wat de geloofwaardigheid niet ten goede komt. Wat denkt Emmanuel André hiervan als wetenschapper en expert?

Emmanuel André heeft zijn bezorgdheid over de teststrategie al heel vroeg gedeeld. Hoe moet er nu volgens hem worden getest? Is het nuttig dat bepaalde bevolkings- of beroepsgroepen op een systematische manier worden getest?

Contactopsporing verloopt weer in de beste Belgische traditie: hoe moet het niet? Emmanuel André heeft het volgende gezegd: "Al bij de eerste missie van de WHO naar China hebben we één ding geleerd: het belang van testen en opsporen. Maar, ik heb geen enkel advies van de RAG gezien dat op dat risico wees. Ze hebben er het risico niet gezien. Was het van niet willen of was het van niet kunnen?" Hebben ze het niet gezien of waren ze niet bekwaam? Hebben ze het niet willen zien en was er politieke onwil?

8. Vragen van Arnout Coel

Een directeur van een woonzorgcentrum zei dat bij het cohorteren, toen er nog weinig testen ter beschikking waren, het gokken was welk personeel hij naar de cohortafdeling zou sturen, zegt *Arnout Coel*. Was dit puur een gebrek aan testcapaciteit? Hoe moet men daar bij een tweede golf mee omgaan?

9. Vragen van Koen Daniëls

Er zijn verschillende groepen waar experts en wetenschappers onderling delibereren. Het virus is helemaal nieuw en men weet er nog niet alles van, zegt *Koen Daniëls*. Als wetenschappers een bepaalde visie naar voren brengen en een voorstel doen, op wat is dat dan gebaseerd? Is dit gebaseerd op eigen onderzoek of op basis van een internationale consensus? Op basis waarvan kunnen er tussen wetenschappers in hetzelfde domein verschillende visies zijn als de onderzoeken heel beperkt zijn? De steeds groter wordende variatie maakt het voor mensen niet evident.

XIII. Antwoord van Emmanuel André

Waarom wordt een voetballer vaak getest en test men minder in woonzorgcentra? Er is enerzijds de medische nood, en anderzijds alles wat rond een voetballer hangt zoals de economie en de voetballiga. Het gaat over commerciële testing. *Emmanuel André* zegt dat men in een acute situatie personen met een hoog risico moet testen.

Het risico op transmissie in de woonzorgcentra, in “closed communities”, is hoog en gekend door iedereen. In het begin van de crisis waren er signalen, maar was er zeker niet de evidentie van vandaag. Men kan nu niet meer zeggen dat men het risico niet kent. *Emmanuel André* denkt dat regelmatig testen in woonzorgcentra nodig is. Men moet een alarmsysteem hebben om onmiddellijk en adequaat in te grijpen. Tot nu toe is niet beslist om iedereen elke week te testen, maar er is wel veel aandacht als iemand positief test. Er zijn meer dan duizend woonzorgcentra in België. Men kan niet zeggen dat het overal perfect gebeurt.

Er is wel een probleem met testen. In de vorige golf zijn er zoveel positieve gevallen geweest dat sommige personen nog altijd positief zijn als men ze test. Men weet niet goed of ze nog besmettelijk zijn. Vandaag testen is gemakkelijker omdat er meer testen en goede handleidingen zijn, maar er zijn wel andere problemen. *Emmanuel André* denkt dat massale testing zeker zijn waarde heeft, maar een test zal nooit een probleem oplossen. Mensen kunnen negatief testen en de volgende dag positief.

De beslissingen over testen zijn genomen na lange discussies. De verschillende opinies kunnen evolueren in de tijd, en dat is een goede zaak.

Als er een nieuwe persoon in een woonzorgcentrum komt of als er een symptomatische persoon is, wordt er onmiddellijk getest. Tracing zal de hoog-risicocontacten onmiddellijk kunnen detecteren en testen. Als men in specifieke omstandigheden iedereen in een woonzorgcentrum wil testen, moet men de criteria opnieuw veranderen. Bij een nieuwe golf zou het over heel grote aantallen gaan en zou men moeten werken met nieuwe technologieën.

De missie van de WHO naar China bracht verslag uit over een contacttracingsysteem met duizenden opspoorders, lockdown en mondklappers. Men weet nooit of de cijfers van China correct zijn maar het stond in het rapport van de WHO. Men weet dat er transmissie is en als men snel genoeg is, kan men de keten van

transmissie opvolgen. Men heeft dit in het begin niet geprobeerd, maar met de hoge cijfers en de capaciteit die er was, kon men het ook niet doen.

Waarom is het testing- en tracingsysteem niet vroeger geïmplementeerd? Er is op dat moment zeker een aantal weken verloren. Het was technisch moeilijk, maar men had dit zeker een aantal weken vroeger kunnen doen.

Emmanuel André heeft de startfase van de tracing gecoördineerd. Dat is besproken met verschillende ministers. Hij zegt dat hij geen vijf beroepen kan combineren. Hij heeft het contactopsporingssysteem dus niet verlaten vanwege één persoon. Het systeem was goed genoeg om te kunnen evolueren, inclusief een voorstel voor een app. De conceptuele fase was afgesloten. Een van de moeilijkheden is dat contacttracing is gebouwd op vertrouwen, ook vertrouwen onder collega's die hij niet zelf heeft gekozen.

Als men het systeem van contacttracing in België vergelijkt met systemen in andere landen, dan ziet men dat andere landen dezelfde problemen hebben. Het is moeilijk om een volledig beeld van en controle over de contacten te hebben. Tracing zal hopelijk worden ondersteund door een app die complementair zal zijn met het callcenter. Ook de andere preventiemiddelen blijven belangrijk zoals mondmaskers en testen.

De maatregelen die men heeft genomen, hebben gewerkt tot op een bepaald niveau. Het is geen natuurlijk proces. Andere landen bereiken dit niveau niet.

In een lockdown kan aerosoltransmissie worden verminderd omdat er weinig contacten zijn. In woonzorgcentra zal het moeilijker zijn omdat er bijvoorbeeld minder wordt geventileerd. Ook de komende winter moet men veel aandacht voor de woonzorgcentra hebben.

Mondmaskers zijn nodig, volgens Emmanuel André, maar zijn complementair met andere maatregelen. Het debat over preventiemiddelen, inclusief mondmaskers, mag nooit een ideologisch debat worden. Preventie gaat over het beschermen van mensen en mondmaskers zijn belangrijk.

Emmanuel André heeft dezelfde mening als Pedro Facon over consultants. Er zijn veel consultants aangesproken omdat er waarschijnlijk te weinig capaciteit in de administratie was. Als men de capaciteit had gehad, was het een ander verhaal geweest. Op een bepaald moment had men mensen nodig die dag en nacht willen werken en waarschijnlijk was dit de enige manier om zo'n intens werk te doen. Is het systeem sterk genoeg? Waarschijnlijk niet voor dit type van uitbraak.

Björn RZOSKA,
voorzitter

Lorin PARYS
Katrien SCHRYVERS
Immanuel DE REUSE
Ann DE MARTELAER,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

BelRAI	verzamelnaam voor de Belgische vertaling en informatisering van de interRAI (instrumentenbasiseerstelijnschaal en Resident Assessment Instrument)
Celeval	comité d'évaluation
COPIL	comité de pilotage
COVID-19	'CO' staat voor de virusgroep corona waartoe de ziekte behoort; 'VI' verwijst naar virus; 'D' staat voor 'disease'; en 19 duidt op het jaartal waarin het nieuwe virus uitbrak: 2019
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	directoraat-generaal
ECDC	Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FFP2	Filtering Facepiece Particals
FOD	Federale Overheidsdienst
GEES	Groep van Experts belast met de Exitstrategie
IMC	interministeriële conferentie
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RAG	Risk Assessment Group
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RMG	Risk Management Group
rob	rustoord voor bejaarden
rvt	rust- en verzorgingstehuis
VAP	vrijstelling van arbeidsprestaties
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VLOZO	Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent
WHO	World Health Organization
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)