



Vlaams
Parlement

ingediend op **419** (2019-2020) – Nr. 3
24 juli 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;
Sihame El Kaouakibi, Maurits Vande Reyde;
Ann De Martelaer, Jeremie Vaneekhout;
Hannelore Goeman.

Toegevoegde leden:

Jos D'Haese.

Documenten in het dossier:

419 (2019-2020) – Nr. 1 en 2: Verslagen over hoorzitting

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Steven Verdoolaege, algemeen directeur, Laurent Hostekint, directeur Zorg en Philippe Schollaert, directeur wzc De Zilverberg, Motena.....	5
	1. Wat is Motena?	5
	2. COVID-19-crisis	6
	2.1. Kinderopvang	6
	2.2. Therapeutisch Zorpunt N.....	7
	2.3. Lokale dienstencentra	7
	2.4. Thuiszorg	8
	2.5. Pluk-de-dag centrum	8
	2.6. Assistentiewoningen	9
	2.7. Woonzorgcentra.....	9
	3. Overschouwingen.....	11
	4. Voorbereiding tweede golf.....	13
II.	Vragen van de leden	14
	1. Vragen van Hannes Anaf	14
	2. Vragen van Ann De Martelaer	14
	3. Vragen van Lise Vandecasteele	15
	4. Vragen van Immanuel De Reuse	16
	5. Vragen van Lorin Parys	18
	6. Vragen van Sarah Smeyers	18
	7. Vragen van Katrien Schryvers.....	18
	8. Vragen van Freya Saeys.....	19
III.	Antwoord van Motena.....	19
IV.	Uiteenzetting door Geert Meyfroidt, professor, hoogleraar Faculteit Geneeskunde KU Leuven, stafid Intensieve Geneeskunde UZ Leuven en voorzitter van de Belgische Vereniging Intensieve Geneeskunde (SIZ)	22
V.	Vragen van de leden	26
	1. Vragen van Ann De Martelaer	26
	2. Vragen van Lise Vandecasteele	27
	3. Vragen van Immanuel De Reuse	27
	4. Vragen van Lorin Parys	27
	5. Vragen van Katrien Schryvers.....	27
	6. Vragen van Freya Saeys.....	28
	7. Vragen van Koen Daniëls.....	28
	8. Vragen van Hannes Anaf	28
VI.	Antwoord van Geert Meyfroidt	28

VII.	Uiteenzetting door Nele Van Den Noortgate, professor, secretaris-generaal van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, en Jan De Lepeleire, professor, voorzitter van Crataegus en lid van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie	30
	1. Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie	31
	2. Korte analyse van de voorbije maanden	31
	3. Blik op de toekomst.....	34
VIII.	Vragen van de leden	36
	1. Vragen van Lise Vandecasteele	36
	2. Vragen van Immanuel De Reuse	36
	3. Vragen van Lorin Parys	36
	4. Vragen van Maaïke De Rudder	37
	5. Vragen van Freya Saeys.....	37
	6. Vragen van Hannes Anaf	37
	7. Vragen van Ann De Martelaer	37
	8. Vragen van Katrien Schryvers.....	37
IX.	Antwoord van Nele Van Den Noortgate	37
X.	Antwoord van Jan De Lepeleire.....	38
XI.	Uiteenzetting door Mathieu Martens, bestuurslid, en Nils Vandenweghe, directeur van de Vlaamse Ouderenraad.....	39
	1. Ervaringen, signalen en getuigenissen van ouderen	39
	2. Vaststellingen over de aanpak.....	42
	3. Aanbevelingen	43
XII.	Vragen van de leden	46
	1. Vragen van Immanuel De Reuse	46
	2. Vragen van Lorin Parys	46
	3. Vragen van Katrien Schryvers.....	46
	4. Vragen van Freya Saeys.....	46
	5. Vragen van Hannes Anaf	46
	6. Vragen van Ann De Martelaer	46
	7. Vragen van Lise Vandecasteele	47
	8. Vragen van Arnout Coel	47
	9. Vragen van Koen Daniëls.....	47
	10. Antwoord van de Vlaamse Ouderenraad.....	47
	Gebruikte afkortingen	51
	Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op vrijdag 3 juli 2020 hield de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid haar derde hoorzitting over de evaluatie en verdere uitvoering van het Vlaamse coronabeleid in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: (residentiële) ouderenzorg. Op deze hoorzitting waren de volgende sprekers uitgenodigd:

- Steven Verdoolaege, algemeen directeur, Motena;
- Laurent Hostekint, directeur Zorg, Motena;
- Philippe Schollaert, directeur wzc De Zilverberg, Motena;
- Geert Meyfroidt, professor, stafid intensieve geneeskunde, voorzitter Belgian Society of Intensive Care Medicine, KU Leuven;
- Nele Van Den Noortgate, professor, secretaris-generaal van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie;
- Jan De Lepeleire, professor, voorzitter van Crataegus en lid van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie;
- Mathieu Martens, bestuurslid Vlaamse Ouderenraad;
- Nils Vandenweghe, directeur Vlaamse Ouderenraad.

De bijlagen 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 Steven Verdoolaege, algemeen directeur, Laurent Hostekint, directeur Zorg en Philippe Schollaert, directeur wzc De Zilverberg, Motena

1. Wat is Motena?

Steven Verdoolaege bedankt de commissie voor de gelegenheid een bijdrage te leveren. Zijn presentatie bestaat uit drie blokken. Eerst schetst hij de context van waaruit deze getuigenis wordt gebracht. Vervolgens licht hij toe welke impact COVID-19 op de operationele diensten heeft gehad en tot slot zijn zijn nabeschouwingen een mix van sentiment en aanbevelingen. Hij wil een genuanceerd verhaal vertellen, want er zijn kansen voor de toekomst.

Motena, het verzelfstandigd agentschap van de stad Roeselare en het OCMW van Roeselare, is vijf jaar oud en verenigt alle zorgdiensten. Dit wordt een welzijnsvereniging genoemd. De stad Roeselare is volledig eigenaar van deze lokaal ingebedde welzijnsvereniging met een bovenlokale actieradius. Gezien de strategie en de meerwaarde die in de omliggende gemeenten wordt geboden, is Motena actief in het midden van West-Vlaanderen.

Motena is een middelgrote kmo met 900 medewerkers en iets meer dan 5000 klanten. Motena zorgt voor iedereen, wat een onderscheid is met de andere uit het werkveld die al in de commissie hebben getuigd. De zorggroep zorgt voor baby's, peuters, buitenschoolse kinderopvang, revalidatie, thuiszorg, assistentiewoningen, dagverzorging en woonzorgcentra. Hoewel het hoofdthema de ouderenzorg is, wil

hij een paar sprongetjes maken naar de andere onderdelen die ook tot de Vlaamse bevoegdheden behoren. De thuisverpleging is de vreemde eend in de bijt, want dat is strikt genomen federale materie.

Aangezien Motena uit het OCMW is gegroeid, is er een sociale invalshoek. Dat is het verschil met andere die vanuit hun eigen economische realiteit ook beweren voor iedereen te willen zorgen. Er wordt geen onderscheid gemaakt indien een klant de factuur niet kan betalen of dergelijke.

Motena is de West-Vlaamse versie van het Japans begrip 'omotenashi', het kernbegrip inzake de ultieme gastvrijheid en service. De strategie bestaat erin dat goede zorgkwaliteit het minimum is, maar dat dit voor de klanten met extra service wordt gekruid. Dat is het verschil met andere. Motena praat ook consequent over klanten en niet over cliënten of patiënten. Dat is immers vrij stigmatiserend. De klanten worden behandeld zoals klanten elders worden behandeld.

Steven Verdoolaege geeft een voorbeeld. Met Kotee, het eigen thuiszorgmerk, levert Motena maaltijden aan huis. Die maaltijden moeten uiteraard lekker zijn, maar de klant met een vereenzamingsproblematiek kan vragen mee op ronde te gaan en zo heel de stad te zien. Hij moet daar niet voor betalen, want Motena wil net dit tikkeltje meer doen. Dat heeft meer te maken met discipline en empathie dan met strategie. Eenzaamheid is immers een echt probleem. Op vrijdagmiddag blijven de maaltijdbezorgers overigens bij een klant mee-eten. Dat is 'omotenashi'. In het busje van het dagverzorgingscentrum bestaat de playlist uit de favoriete nummers van de mensen die op die dag in het busje zitten. Zo wordt gedisciplineerd aan extraatjes gewerkt.

2. COVID-19-crisis

Naar de coronacrisis werd aanvankelijk wat naïef en meewarig gekeken. Het zou wel zo erg niet zijn. De crisis heeft Motena echter keihard geraakt. Er was geen proactieve strategische stock met preventiemiddelen en dergelijke. Motena heeft moeten improviseren, en het heeft drie tot vier dagen geduurd voor er een echt professioneel crisismanagement was. De context was er een van tegenstrijdigheid en wisselende informatie. De zorggroep is echter een grote familie en dat is een sterkte gebleken. De sterken konden voor de zwakkeren zorgen, want ook een dienst die goed is voorbereid, kan gewoon pech hebben. Ondanks de goede intenties van bepaalde overheden heeft Motena een aantal zaken op eigen kracht kunnen doen.

2.1. Kinderopvang

Laurent Hostekint overloopt de operationele diensten van Motena met uitzondering van de woonzorgcentra, die nadien aan bod komen. Wat kinderopvanginitiatieven betreft, heeft Motena een aantal crèches, voorzieningen voor buitenschoolse kinderopvang en onthaalouders. In totaal worden dagelijks ongeveer 700 kindjes opgevangen. Wat goed is, is dat de kinderopvanglocaties open zijn gebleven. Zeker voor de mensen met een kritiek beroep was dat een grote meerwaarde. Motena heeft dat vooral gedaan voor de mensen die in het ziekenhuis werken en voor de eigen werknemers. Er is snel duidelijkheid gekomen over de compenserende maatregelen, die als voldoende dekkend zijn ervaren.

Wat minder goed is, is dat veel verschillende richtlijnen elkaar hebben opgevolgd die niet op het onderwijs waren afgestemd. Het onderwijs heeft bepaalde maatregelen genomen, maar die maatregelen hadden ook impact op de buitenschoolse kinderopvang en op dat vlak is wel wat geïmproviseerd. Schooldirecteurs hebben gebeld met de vraag waarom kinderen uit twee verschillende bubbels in de kinderopvang bij elkaar terechtkwamen.

Er zijn ook geen compenserende maatregelen voor de kinderopvang in de zomermaanden. In de paasvakantie was dat goed geregeld. De lokale sector en de overheid moesten de opvang regisseren. Motena is zelf naar de scholen gegaan om de naschoolse opvang te regelen. Voor de zomervakantie is dat niet geregeld en bijgevolg heeft Motena dat zelf moeten ontdebellen. De bubbels mogen maximaal vijftig personen tellen. De drie opvanglocaties met honderd kindjes zijn dan ook ontdebeld. Het lokaal bestuur heeft de regierol niet en er zijn geen compensaties, maar toch moet Motena daar bijkomend personeel voor inzetten. Eigenlijk heeft Motena op dat vlak zijn plan moeten trekken. Gelukkig heeft de stad Roeselare zich ertoe geëngageerd om de bijkomende personeelsinzet te compenseren.

2.2. Therapeutisch Zorpunt N

Het Therapeutisch Zorgpunt N is een centrum voor ambulante revalidatie, waar ook individuele en groepstherapieën worden gegeven. Wat goed is, is dat snel op digitale therapiesessies is omgeschakeld. Motena hield dat voordien niet voor mogelijk, maar eigenlijk is het de klanten en de therapeuten op twee dagen tijd gelukt om veel kwaliteit te bieden. Motena is tevreden dat het beleid dit heeft opgepikt en is van plan dit te blijven aanbieden, uiteraard in combinatie met fysieke therapie. Uit de tevredenheidsgrafiek blijkt dat de therapeuten met digitale therapiesessies kwaliteit kunnen leveren. De therapeuten zijn hierin geëvolueerd.

Wat minder goed is, is dat er lang onduidelijkheid is geweest over de vraag of therapeuten kindjes en volwassenen fysiek mochten blijven ontvangen. Op 18 maart 2020 heeft Motena zelf beslist het zorgcentrum te sluiten. Met al die bubbels die in het gebouw samenkwamen, werd het risico te groot. De richtlijnen zijn pas op 27 maart 2020 in die zin aangepast.

Er is ook lang onduidelijkheid over de compenserende maatregelen geweest. De compenserende maatregelen voor juni 2020 zijn nu, begin juli 2020, nog niet gekend. Hoewel er nog onzekerheid is, is Motena van mening dat het wel goed zal komen. Voor maart en april 2020 is dit berekend op basis van de gemiddelden voor 2019, maar daar is nog geen zekerheid over.

Hoewel de medewerkers van Motena heel hard hun best hebben gedaan, heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid toch eens op een zaterdag gebeld om te vragen of het therapeutisch zorgcentrum wel open was. Dat wantrouwen vond Laurent Hostekint minder leuk.

2.3. Lokale dienstencentra

Motena heeft tevens vier dienstencentra, waarvan er twee in een woonzorgcentrum zijn ingebed en twee op zichzelf staan. Die dienstencentra zijn op 11 maart 2020 als eerste gesloten. Het woonzorgcentrum liet nog bezoek toe en de cafetaria was nog open, waardoor er onzekerheid was. Er waren risico's op het vlak van sociaal isolement, want die mensen hebben sociaal contact nodig. Er is snel overgeschakeld op digitale contacten met die mensen, wat een grote meerwaarde had. Die mensen zijn blij dat ze ondertussen weer in het dienstencentrum kunnen eten en sociaal contact kunnen hebben.

De compensaties zijn niet gekend. Als er nog een tweede golf zou komen, is het zeer belangrijk hier hard op in te zetten.

2.4. Thuiszorg

De thuiszorgdiensten zijn opgenomen in het nieuwe merk Kotee. Het was de bedoeling om dit nieuwe merk eind maart 2020 te lanceren, maar door de crisis is dat uitgesteld en is de campagne aangepast. Motena wil met Kotee diensten bij de mensen thuis leveren. Het gaat dan om de poetsdienst, maaltijden aan huis, de klusdienst, de thuisverpleging en de assistentiewoningen.

De impact van de crisis houdt in dat het aantal maaltijden aan huis op een dag met 25 procent is gestegen. De dienstencentra en de dagverzorgingscentra waren gesloten. De thuiszorgdiensten zijn dan essentieel voor de dienstverlening aan de mensen die thuis blijven. Het aantal klanten van de thuisverpleging is wel met 20 procent gedaald, deels ten gevolge van ziekenhuisopnames en overlijdens, maar deels ook omdat mensen soms bang zijn om zorgverleners binnen te laten. De poetsdienst is open gebleven. Heel wat dienstenchequebedrijven zijn gestopt, maar hygiëne is belangrijk. Motena vond het belangrijk die dienst open te houden en vindt het spijtig dat de rest van de sector dat niet heeft gedaan.

Wat goed is, is dat de compenserende maatregelen voor dienstencheques nog lopen en nog zullen uitfaseren. Er zijn compenserende maatregelen voor de thuisverpleging, maar dan vooral op het vlak van beschermingsmiddelen en niet met betrekking tot de gestegen werkdruk en het rendementsverlies. Motena moest immers heel wat bijkomende parameters opvolgen en dat rendementsverlies is niet gecompenseerd.

Wat beter kan, is de psychische ondersteuning van de thuisverpleegkundigen. Die mensen zijn helemaal alleen op weg naar het hol van de leeuw. Iedereen wordt als een potentieel besmette persoon beschouwd. In een woonzorgcentrum steunen de leden van het team elkaar, maar de mentale druk op de thuisverpleging was zeer groot. Het was voor de thuisverpleegkundigen niet evident om om te gaan met de andere rol die huisartsen hebben opgenomen. Sommige artsen bezochten nog mensen en anderen deden dat niet. Er was geen eenduidige richtlijn, of die werd althans divers ingevuld.

Er was geen informatie voor de klusdienst en de maaltijden aan huis. Motena heeft zijn plan moeten trekken. Die diensten zijn nochtans essentieel voor de ondersteuning van mensen die thuis wonen.

2.5. Pluk-de-dag centrum

Motena noemt het eigen dagverzorgingscentrum het Pluk-de-dagcentrum. Dat centrum is in een woonzorgcentrum ingebed en telt 55 gebruikers. Wat goed is, is de flexibiliteit. Het centrum heeft op een andere locatie snel mogen starten. Voordien kwamen die bezoekers in het woonzorgcentrum, maar Motena wilde geen risico's op besmetting lopen. Het Pluk-de-dagcentrum is dan naar het dienstencentrum verhuisd. Dat staat volledig los van een woonzorgcentrum en nu wordt daar in een veilige situatie met dertig mensen gewerkt.

Wat minder goed is, is dat er lang onduidelijkheid over een al dan niet verplichte sluiting van het dagverzorgingscentrum is geweest. Het dienstencentrum was al gesloten en er mocht geen bezoek meer in het woonzorgcentrum komen. Het dagverzorgingscentrum was wel nog open, waardoor dagelijks 55 mensen in het woonzorgcentrum kwamen, wat een groot risico vormde. Motena heeft op eigen initiatief besloten te sluiten.

2.6. Assistentiewoningen

Motena heeft vier complexen met assistentiewoningen, waar gelukkig slechts twee besmettingen zijn vastgesteld. De start van een complex is wel met drie maanden uitgesteld. Er is pas laat duidelijkheid over de beperkende maatregelen gekomen. Hoewel die senioren kwetsbare personen zijn, zijn de eerste maatregelen er pas op 1 april 2020 gekomen.

Laurent Hostekint heeft wel vastgesteld dat veel externe zorgverleners binnen mochten, bijvoorbeeld poetsdiensten van andere organisaties. Om de risico's te beperken, heeft Motena dan maar snel beslist slechts een poetsdame in de flats en de gemeenschappelijke delen binnen te laten. Dit heeft natuurlijk geleid tot discussies met de poetsfirma's over de richtlijnen. In een dergelijke situatie moet het aantal bezoekers echter zo klein mogelijk worden gehouden.

2.7. Woonzorgcentra

Motena telt vier woonzorgcentra, waarvan er twee een cohorteafdeling hebben gehad. De woonzorgcentra zijn door de pandemie getroffen en hebben met beide voeten in de modder gestaan, maar *Philippe Schollaert* start toch met een aantal beschouwingen over wat goed is gelopen.

Het zou kunnen verbazen, maar de testen staan op het lijstje van goede punten. In samenwerking met het naburige AZ Delta is het testen snel begonnen. In samenwerking met het laboratorium is de nodige creativiteit aan de dag gelegd om het onderscheid tussen besmette en niet-besmette bewoners te maken. Motena had graag het volledig woonzorgcentrum en alle medewerkers sneller laten testen, maar die snelle start is toch een enorme winst gebleken.

De samenwerking met het AZ Delta wordt in haar geheel als een positief gegeven ervaren. De Zilverberg heeft eerst en vooral een beroep op de expertise kunnen doen, maar de verpleegkundigen hebben ook letterlijk op de werkvloer geholpen. In een latere fase hebben ze de verpleegkundigen in de woonzorgcentra opgeleid om zelf testen af te nemen.

Daarnaast was er de samenwerking met de CRA. Voor de crisis kreeg De Zilverberg 43 huisartsen over de vloer. Dat werd dan tot de CRA beperkt. De vruchtbare samenwerking met de CRA werkt inspirerend voor de toekomst en is door de bewoners en medewerkers bijzonder hard geapprecieerd.

De beschermingsmiddelen staan ook op het lijstje met positieve punten. De dienst die binnen Motena verantwoordelijk voor de aankopen is, heeft De Zilverberg enorm goed ondersteund. Dankzij de grotere groep waartoe De Zilverberg behoort, heeft het woonzorgcentrum veel steun gekregen om het nodige materiaal aan te kopen. Motena heeft zelfs beschermingsmateriaal aan de stad geleverd. Uiteindelijk is er een globale test van alle bewoners en medewerkers door de overheid gekomen. Hoewel dat pas op 5 mei 2020 is gebeurd, is dat toch als zeer deugzaam ervaren.

De compenserende maatregelen zijn zeer belangrijk. In maart en april 2020 is De Zilverberg met overluidens geconfronteerd. Om niet in een economisch moeilijke omgeving terecht te komen, zou het nodig zijn geweest die kamers opnieuw te vullen, maar de overheid heeft vrij snel gecommuniceerd over de compenserende maatregelen in verband met de dagprijs. Dat de leegstand zou worden vergoed, heeft grotere rust gebracht.

De digitale communicatie met de buitenwereld is ook een positief gegeven. In feite is tijdens de lockdown een glazen stolp over het woonzorgcentrum geplaatst, maar

met de nodige creativiteit is het gelukt de digitale middelen te ontdekken. Er zijn WhatsApp groepen en er zijn digitale nieuwsbrieven naar de families gestuurd.

Wat Philippe Schollaert als minder goed heeft ervaren, zijn de onduidelijke richtlijnen over de beschermingsmiddelen. Hij veronderstelt dat hij hier weinig uitleg over moet geven. Vooral de discussie over de mondkmaskers lag in het begin heel moeilijk. Eerst was er verteld dat de medewerkers enkel bij besmette personen een mondkmasker moesten dragen, maar toen wist niemand welke bewoners al dan niet besmet waren. Dat heeft lang aangeslept en had beter gekund. In het begin zijn de mondkmaskers ook hergebruikt, want dat mocht. Die richtlijn is dan weer veranderd en dat maakte het moeilijk.

Er was in het begin een gebrek aan testmateriaal. Dankzij de samenwerking met het AZ Delta is iedereen getest, maar het is moeilijk gebleven om aan voldoende testmateriaal te geraken. Hierdoor was het in het woonzorgcentrum onzeker of iemand die bepaalde symptomen vertoonde ook effectief was besmet. Met een tekort aan testmateriaal blijft dat moeilijk.

Wat communicatie betreft, verwijst Philippe Schollaert naar wat hij de 'vrijdag-avondrichtlijnen' noemt. Die richtlijnen werden telkens op een vrijdagavond, vlak voor het weekend, verspreid en de maatregelen moesten dan op maandagochtend ingaan. Dat heeft de medewerkers van Motena telkens opnieuw stressvolle week-ends bezorgd, vooral omdat de communicatie met de pers parallel verliep en er hierdoor veel vragen van familieleden kwamen. Eigenlijk heeft Philippe Schollaert geen enkel vrij moment gehad, want elke vrijdagavond kwamen er weer nieuwe maatregelen die even goed de donderdag nadien hadden kunnen ingaan. Dat had De Zilverberg iets meer ademruimte gegeven om die zaken te realiseren en er duidelijk over te communiceren.

Philippe Schollaert is ook geconfronteerd met een gebrek aan kennis in De Zilverberg. Hij heeft gelukkig in ruime mate een beroep kunnen doen op de expertise van het AZ Delta, maar hij maakt ook de bedenking dat er beter op voorhand was nagedacht over wat hij een 'woonzorgcentrumhygiënist' noemt, iemand die het personeel op een deskundige manier kan ondersteunen. De woonzorgcentra hebben veel behoefte aan handen, maar ook aan hersenen en aan deskundige ondersteuning.

Hoewel de weekends er niet meer bij horen, blijft de dagelijkse registratie bij het e-loket voor continue stress zorgen. Elke dag moet die aangifte, vertrekkend van een leeg blad, worden ingevuld. Informatica speelt iedereen wel eens parten, maar Philippe Schollaert vraagt zich af of het niet mogelijk is te vertrekken van reeds ingevulde formulieren en enkel de wijzigingen in te voeren. Dat is iets om bij stil te staan, want dit bezorgt niet-aflatende stress aan iedereen die het moet invullen.

Het beeld van de woonzorgcentra dat in de media is gecreëerd, is ook pijnlijk. Hoewel het haast huizen van ellende leken, waren er ook tijdens de coronacrisis heel fijne momenten. Ondanks de dreiging, was het goed wonen in De Zilverberg. De medewerkers hebben hun best gedaan om het voor de bewoners zo aangenaam mogelijk te maken. Philippe Schollaert vindt de beeldvorming in de persartikels dan ook pijnlijk.

Steven Verdoolaege meent dat Motena geluk heeft gehad. De organisatie van de groep is een voordeel gebleken. Er is grote solidariteit tussen de diensten geweest. Indien een woonzorgcentrum dreigde te capituleren, werden daar mensen uit de thuisverpleging toegevoegd of kwamen mensen uit het kinderdagverblijf helpen met de animatie en dergelijke. De solidariteit was heel groot, maar hij moet hieraan toevoegen dat hij op die ogenblikken niet aan de regels dacht. Het was pompen of verzuipen.

Wat de interpretatie van de beschermingsmaterialen betreft, merkt Steven Verdoolaege op dat Motena veel verschillende diensten aanbiedt. Op een bepaald moment waren er verschillende richtlijnen voor wie welke bescherming moest krijgen. Motena heeft in het begin beslist geen onderscheid te maken tussen thuisverpleegkundigen, poetsvrouwen of medewerkers in een woonzorgcentrum. Met 900 medewerkers is dat niet verantwoord. Iedereen moest even goed worden beschermd. Het was de verantwoordelijkheid van het management aan dat materiaal te geraken.

Steven Verdoolaege denkt in dit verband ook aan de steuntelefoon. De eigen therapeuten hebben mensen gebeld die het lastig hadden. In de eerste plaats ging het om medewerkers, maar dat is doorgetrokken naar de families van bewoners. Er waren overlijdens en daar ging in de coronacrisis heel wat dramatiek mee gepaard. Dat Motena op die manier voor de eigen mensen en voor de families heeft gezorgd, werd sterk geapprecieerd. Steven Verdoolaege weet nu al dat die interne coronamaatregel vanwege de meerwaarde structureel zal worden ingevoerd. Het is immers ook de bedoeling uit dergelijke crisissen te leren.

3. Overschouwingen

In zijn slotbeschouwingen geeft Steven Verdoolaege een aantal signalen over hoe de mensen van Motena zich voelen en over de kansen die er misschien nog zijn. In de eerste plaats heeft hij grenzeloos respect voor de overheid die iets moet managen dat op een bepaald ogenblik eigenlijk niet te managen valt. Het is gemakkelijk kranten te vullen met stellingen over wat allemaal verkeerd is gelopen, maar hij heeft ook goede zaken gezien. Aangezien niemand dit ooit al had meegemaakt, heeft hij hier veel respect voor.

Steven Verdoolaege heeft gemerkt dat iedereen keihard zijn best heeft gedaan. Voor mensen die in het werkveld en in de modder staan, is het soms verbijsterend te zien hoe ver mensen die in Brussel claimen namens de sector te spreken eigenlijk van die sector afstaan. Hij wil dat de realiteitszin zowel in crisistijden als in normale omstandigheden beter wordt.

De economische stabiliteit die door de snelle aankondiging van de compenserende maatregelen is geboden, heeft voor enorme rust gezorgd. De mensen moeten zich focussen op wat ze op dat ogenblik moeten doen, zonder zich om financiële issues zorgen te maken. Steven Verdoolaege wil echter een nuance aanbrengen. Dat de bezettingsgraad wordt gecompenseerd, betekent immers niet dat alle bijkomende kosten worden gecompenseerd. Zeker in de cohorteafdelingen zijn meer mensen ingezet. De technici hebben overuren geklopt om de babbelboxen te installeren. Finaal moet iemand dat allemaal betalen en dat is dan Motena zelf.

In het diepste van de crisis is op alle fronten, ook in de administratie van de overheid, enorme flexibiliteit ontstaan. Eigenlijk ontstaat zo een vorm van informele regelluwte die toelaat creatief om te gaan met het redden van de mensen. Steven Verdoolaege hoopt dat uit die regelluwte en die creativiteit lessen kunnen worden geleerd zodra de stabiliteit terugkeert. Hij illustreert met een casus hoe hier het beste kan worden uitgehaald.

Er is een tekort aan verpleegkundigen in de sector. Er zijn in de sector evenwel ook mensen die voltijds werken en nadien nog bijklussen, bijvoorbeeld als zelfstandig verpleegkundige. Ze zouden dat het liefst bij hun eigen werkgever doen, maar dat kan arbeidsrechtelijk niet. Ze mogen met die werkgever immers enkel een fulltime contract hebben. Steven Verdoolaege heeft de federale overheid gevraagd dit in de toekomst anders te interpreteren zodat ze kunnen bijklussen bij de klanten en de werkgever die ze al kennen. Strikt genomen kan dat juridisch niet, maar de sector wordt elke dag geconfronteerd met uitdagingen om het personeelstekort op

te lossen. In een crisisperiode volgt dan wel het antwoord dat niemand zich zorgen hoeft te maken en dat er gewoon mensen op de werkvloer moeten staan. Steven Verdoolaege hoopt dat beleidsmatig stappen kunnen worden gezet om hier flexibeler mee om te gaan, zodat mensen beter inzetbaar worden.

Om crisissen op te lossen, vallen kleine units uiteraard gemakkelijker te managen. Steven Verdoolaege pleit voor de voordelen van een grote familie met kleine huisjes waardoor alles netjes kan worden gecompartmenteerd. Zo kan iedereen gemakkelijker voor elkaar zorgen. Hoewel dit iets duurder is, moet dit in het toekomstige beleid meer vorm krijgen.

Eerdere sprekers hebben al op de toekomstige investeringen gewezen. Het gaat niet enkel om de handen, maar ook om het kennisniveau dat constant op peil moet worden gehouden. De juiste profielen moeten aan het juiste bed staan. Er mag niet enkel in volumes worden gedacht.

Steven Verdoolaege garandeert dat Motena niet alle regels heeft gerespecteerd om te overleven. Motena is op geen enkel ogenblik in de problemen gekomen, maar de Wet op de Overheidsopdrachten is niet voor alle bestellingen van mondklappers volledig gerespecteerd. Hij vraagt de aanwezige commissieleden of zij twee weken op maskers zouden wachten indien hun eigen vader of moeder in dat woonzorgcentrum zou wonen.

Zoals iedereen in het Belgische staatsbestel weet, is de eenheid van commando niet altijd evident. De verschillende bevoegdheden zijn niet enkel verspreid tussen de federale en de Vlaamse overheid, maar ook tussen de Vlaamse beleidsdomeinen, bijvoorbeeld het onderscheid tussen kinderopvang en onderwijs. Voor de maatregelen worden gelost, moet worden geprobeerd steeds coherenter te overleggen.

Wat zeker kansen biedt, is het elektronische zorgdossier. Er bestaan al jaren initiatieven, maar Steven Verdoolaege hoopt dat nu een turbo kan worden geplaatst om ervoor te zorgen dat iedereen die helpt en in die keten zit naar dezelfde informatie kijkt. Dat zou drie stappen vooruit betekenen.

Dat bepaalde mensen op vrijdag vergaderen, betekent niet dat die maatregelen op vrijdagavond moeten ingaan. Door meer tijd te nemen, heeft de sector meer zuurstof om alles deftig voor te bereiden.

Steven Verdoolaege vraagt zich af wat in het geval van een tweede uitbraak zal gebeuren. Hij hoopt uiteraard dat er dan weer compenserende maatregelen zullen komen, want dat zorgt voor stabiliteit. Hij vraagt zich echter af of die maatregelen er altijd voor de hele sector of voor het hele woonzorgcentrum moeten komen. Als bepaalde compartimenten worden afgesloten, moet dit niet zo breed worden geïnterpreteerd. Dat zou misschien onbetaalbaar worden. Het kan, bijvoorbeeld, enkel om de bezetting van de cohorteafdeling gaan. De rest kan dan zijn normale werking behouden. Tot nu toe is dit altijd sectorbreed bekeken. Het risico daarvan is dat op een bepaald ogenblik misschien zelfs een structurele leegstand wordt gefinancierd. De maatregelen moeten de juiste doelgroepen bereiken.

Op een bepaald ogenblik is de strenge beslissing genomen mensen niet meer in het ziekenhuis op te nemen. Het gevolg is dat Motena in de eigen woonzorgcentra een eigen ziekenhuiswerking heeft gecreëerd. Die setting is daar infrastructureel niet op voorbereid. Er zijn geen zuurstofleidingen en dergelijke. De mensen die er werken, doen keihard hun best, maar hebben daar niet de juiste opleiding voor gekregen. Van hen kan moeilijk worden verwacht dat ze dat niveau halen.

Steven Verdoolaege stelt de open vraag of Vlaanderen eigenlijk een performant logistiek netwerk heeft. Dit heeft natuurlijk met de beschikbare bevoegdheden te

maken. Het gaat hem vooral om de manier waarop zaken in de sector worden verspreid. Het kost tijd en de overheid moet dat logistieke proces performanter maken.

Tot hun grote frustratie hebben medewerkers van Motena soms naar de officiële hulplijnen gebeld en geen antwoord gekregen. Het is niet zo erg te horen dat iemand het antwoord niet kent. Steven Verdoolaege kent tenslotte ook niet alle antwoorden. Het antwoord was echter vaak dat iemand zou terugbellen, wat vervolgens nooit gebeurde. In deze sector duurt een crisis elk uur van elke dag, wat betekent dat organisaties ook op zaterdag of zondag vragen hebben. Wat de bereikbaarheid van de diensten betreft, was dat niet altijd evident.

Motena heeft vanaf de eerste besmetting voor open communicatie gekozen. Dat levert enorm veel respect en duidelijkheid op, want mensen moeten niet raden wat er aan het gebeuren is. Dat is de eerste les in crisiscommunicatie. Motena heeft alles eerst opengetrokken en heeft niet gelogen. Als iets onduidelijk is, wordt het ook op die manier benoemd. Steven Verdoolaege vindt het spijtig dat anderen voor een andere, maatschappelijk minder goede strategie hebben gekozen. Op die manier moeten mensen raden wat er in een woonzorgcentrum gebeurt. Als het de bedoeling is de zorgsector duurzaam uit te bouwen, zijn dit vragen waarover iedereen moet reflecteren.

4. Voorbereiding tweede golf

Het antwoord op de vraag of Motena op een tweede golf is voorbereid, durft Steven Verdoolaege bijna niet te geven. Motena is erin geslaagd een strategische stock aan materiaal in te slaan, maar hij wil de vermoeidheid van het personeel niet onderschatten. Als de crisis opnieuw met dezelfde intensiteit losbarst, is hij er zeker van dat mensen onderuit zullen gaan. Daar moet iedereen zich bewust van zijn.

Hij merkt ook dat de familieleden van de klanten steeds ongedisciplineerder worden. De medewerkers van Motena krijgen kritiek als ze vragen de maatregelen te respecteren. De mensen worden zelfs onbeleefd. Het is voor vermoeide zorgverleners niet evident om met dit fenomeen om te gaan.

Mensen, diensten en instellingen hebben elkaar soms tegen de richtlijnen in geholpen. Het zou volgens Steven Verdoolaege een richtlijn moeten zijn dat iedereen elkaar mag helpen. Als iedereen alles samen doet, ontstaat er een zekere camaraderie. Samen uit, samen thuis.

Tot slot vermeldt Steven Verdoolaege nog dat hij als een professional getuigt, maar dat zijn ervaringen niet enkel op droge, rationele vaststellingen zijn gebaseerd. Hij is ook een mantelzorger. Het is belangrijk dat iedereen weet hoe het voelt deze crisis het hoofd te moeten bieden. Hij weet goed wat het voor de klanten betekent, want zijn ouders zijn allebei positief getest en zes weken in het ziekenhuis opgenomen. Zijn vader heeft op de afdeling intensieve zorgen gelegen. Ze hebben het gelukkig gehaald en worden thuis sterk omringd. Dat is gebeurd terwijl hij een organisatie met 900 medewerkers door een crisis moest leiden. Als professional en als mantelzorger zag hij welke maatregelen al dan niet hielpen. Hij vindt dat beleidsmakers dit ook niet mogen splitsen.

Philippe Schollaert vertelt dat zijn moeder 92 jaar oud is en in de cohorteafdeling van De Zilverberg heeft gewoond. Aangezien de niet-besmette bewoners uit de cohorteafdeling moesten worden gehaald, is ze driemaal getest voor de beslissing is genomen haar te verplaatsen. Toen ze haar zoon voor het eerst opnieuw zag, zei ze meteen dat hij er vermoeid uitzag. Dat is het heersende beeld. Veel medewerkers zijn moe en zijn nog altijd elke dag bezig. Een van de zorgkundigen moest thuis in de garage slapen omdat het gezin schrik had. De handen van sommige

mensen zijn door de ontsmettingsalcohol beschadigd. Hij hoopt dat de sector van een tweede golf gevrijwaard blijft.

De *voorzitter* dankt de sprekers voor hun presentatie en de pakkende persoonlijke getuigenissen. Hij stelt voor een eerste ronde met concrete vragen te houden.

II. Vragen van de leden

1. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf hoopt dat er geen tweede golf komt of dat die tweede golf minstens nog op zich laat wachten, zodat iedereen wat op adem kan komen. Aangezien ondertussen al vertegenwoordigers van een aantal woonzorgcentra hebben getuigd, zal hij ingaan op een paar punten die hem zijn opgevallen.

Blijkbaar zijn de woonzorgcentra te laat voor bezoekers gesloten. Hij vraagt wanneer die bezoekregeling dan had moeten worden verstrengd.

Er kwamen nog veel externe diensten over de vloer. De commissie heeft al getuigenissen gehoord van interim-medewerkers die tijdens de crisis in meerdere woonzorgcentra en zelfs in meerdere COVID-19-afdelingen hebben gewerkt. Hannes Anaf vindt dat problematisch en vindt dat dit in de toekomst moet worden vermeden. Hij vraagt hoe Motena het aantal externe personeelsleden heeft beperkt. Dit kan, bijvoorbeeld, door in de uurroosters in te grijpen of afspraken met de externe organisaties te maken. Het is mogelijk dat Motena in dit verband best practices kan delen.

Wat de zogenaamde 'vrijdagavondrichtlijnen' betreft, heeft de commissie al vastgesteld dat die richtlijnen vaak snel veranderden. Die veranderingen werden niet altijd ingegeven door wat volgens de wetenschappelijke inzichten het meest aangewezen was, maar door schaarste. Er was een kloof tussen de theoretische situatie en de praktijk. Hannes Anaf vraagt hoe moeilijk het was die richtlijnen in de praktijk te brengen.

Hannes Anaf heeft tevens een vraag over het aantal kinderen in de kinderopvang. Het is goed dat de kinderopvang open is gebleven, maar volgens de presentatie is voorrang gegeven aan ouders met kritieke beroepen. Gedurende een bepaalde periode konden enkel ouders met kritieke beroepen aanspraak op kinderopvang maken. Hij heeft de indruk dat die regel in verschillende kinderopvanginitiatieven anders is geïnterpreteerd. Hij vraagt hoe Motena dit heeft geïnterpreteerd en hoeveel kinderen in de zwaarste fase nog naar de kinderopvang kwamen.

Aangezien er al tegenstrijdige getuigenissen zijn geweest, gaat Hannes Anaf in op de moeilijkheden om mensen in een ziekenhuis te laten opnemen. Blijkbaar was dat ook voor Motena moeilijker dan in normale omstandigheden. Andere woonzorgcentra hebben daar geen moeite mee gehad.

De compensatieregeling vangt niet alle bijkomende kosten op. Hannes Anaf vraagt een raming te maken van de kosten die zijn voortgevloeid uit de praktische organisatie van de bezoekregeling, de tracing, het beschermend materiaal en dergelijke.

2. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer bedankt de sprekers voor hun getuigenissen. Motena heeft blijkbaar geluk gehad met het lage aantal besmettingen. De vraag is evenwel of dit echt een kwestie van geluk is. Ze vraagt of dit met elementaire zaken als hygiëne of organisatie van het personeel te maken heeft.

Artsen Zonder Grenzen heeft verklaard in een aantal woonzorgcentra te moeten inspringen om vormingen over infectiepreventie en over de reorganisatie van de zorg te geven. Motena heeft eind februari 2020 een draaiboek gekregen over het infectiebeleid dat in de woonzorgcentra wordt verwacht. De vraag is of de medewerkers van Motena tijd hebben gehad om die driehonderd pagina's door te nemen en de voorbereidingen daarop te baseren.

Volgens minister Wouter Beke moeten de woonzorgcentra in elke provincie tweejaarlijks een handhygiënecampagne voeren. Dat materiaal wordt dan rondgestuurd. De medewerkers van Motena hadden blijkbaar een gebrek aan kennis over het gebruik van mondmaskers. Er was een gebrek aan educatief materiaal. De minister heeft echter verklaard dat tweejaarlijks allerlei zaken worden rondgestuurd. Ann De Martelaer vraagt of Motena dat materiaal heeft ontvangen en op welke wijze Motena dat heeft georganiseerd.

In het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 staan een aantal artikelen waarin de woonzorgcentra wordt gevraagd om een beleid te voeren inzake infecties en de afzondering van bewoners tijdens een pandemie. Er moet een algemeen reglement zijn. Er moet een samenwerkingsovereenkomst met een regionaal platform voor ziekenhuishygiëne zijn. De CRA moet in de woonzorgcentra opleidingen geven. Ann De Martelaer wil weten of er in de praktijk tijd is om dit te doen, maar ook of de naleving van die regels is geïnspecteerd. In de inspectieverslagen zouden suggesties kunnen staan om bepaalde zaken in de toekomst te verbeteren.

De volgende vraag is of bewoners nog naar een ziekenhuis konden gaan. Blijkbaar heeft Motena een eigen ziekenhuisomgeving gecreëerd. Ann De Martelaer vraagt of die beslissing is genomen omdat de bewoners niet in een ziekenhuis terecht konden. Ze vraagt ook of Motena de door de geriater rondgestuurde beslissingsboom heeft gevolgd. Een andere vraag is hoe Motena de families hierbij heeft betrokken. Vervolgens vraagt ze of bewoners met andere medische problemen wel in een ziekenhuis terechtkonden. Heeft Motena wel voldoende geschoold personeel en materiaal in huis om een ziekenhuisboeg te organiseren? Welke rol hebben de CRA en de huisartsen gespeeld?

In Spanje trekken heel wat mensen naar de rechtbank omdat ze hebben gemerkt dat hun ouders in hun woonzorgcentrum niet voldoende zijn verzorgd. Heeft Motena weet van klachten van bewoners of van personeel die op komst zouden zijn?

De laatste vraag van Ann De Martelaer betreft de mantelzorg. Motena is een groot bedrijf dat ook diensten aan huis levert. Ze heeft zelf ervaring als mantelzorger van haar vader. In het begin van de lockdown is de poetsdienst van het OCMW gestopt omdat de medewerkers uit angst niet meer wilden werken. De volgende dag is ook de thuiszorg gestopt. Momenteel krijgt haar vader hulp, maar met een lagere frequentie dan voordien. Ze hoort veel over de goede bedoelingen van mensen, maar in de praktijk zitten er haken en ogen aan de wijze waarop de zorg wordt verleend. Ze vraagt hoe Motena ervoor heeft gezorgd dat de mensen die thuis essentiële ondersteuning nodig hadden niet in de steek werden gelaten.

3. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele bedankt de sprekers voor hun getuigenissen. Ze start met de noodkreet op het einde: het personeel is vermoeid en kan geen tweede golf aan. De commissie wil nagaan wat dringend moet gebeuren in functie van een eventuele tweede golf in het najaar.

Ze vindt het interessant dat Motena zelf in de psychologische ondersteuning van personeel en familieleden heeft geïnvesteerd. De minister en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid hebben hierop ingespeeld en heeft De ZorgSamen

opgericht. Ze vraagt of Motena hiermee in aanraking is gekomen. Uit een bevraging van Artsen Zonder Grenzen begin april 2020 is gebleken dat het voor het personeel psychologisch zwaar is. Motena heeft dit zelf opgelost. Ze vraagt of het dan om proactieve professionele psychologische ondersteuning op de werkvloer gaat. Het is ook mogelijk dat mensen zelf moeten aangeven dat ze ergens naartoe willen gaan. Motena kan hiervoor zorgen omdat het een grote organisatie is waar de juiste mensen werken. De vraag is hoe de Vlaamse overheid dit beter kan aanpakken, want daar is in heel het ouderenzorglandschap nood aan.

Motena heeft niet enkel constant nood aan handen, maar ook aan hersenen. Lise Vandecasteele zou graag vernemen waar en wanneer welke handen precies nodig zijn. Er is blijkbaar nood aan dringende ondersteuning van het personeel, maar ze vraagt wat dit precies betekent. Zo is er al gesproken over een hygiënist of hygiëneverantwoordelijke om de infectiepreventie te organiseren. Ze vraagt of het voor Motena mogelijk is per woonzorgcentrum een verantwoordelijke voor infectiepreventie aan te stellen. Ze wil weten of Motena daarvoor wordt gefinancierd, maar ook of de Vlaamse overheid nog stappen moet zetten om dat in elk woonzorgcentrum te kunnen invoeren.

Als huisarts heeft Lise Vandecasteele zelf in een woonzorgcentrum tests afgenomen. Veel woonzorgcentra waren eind maart 2020 al vragende partij. Motena heeft eind maart 2020 kunnen laten testen en heeft de mensen kunnen scheiden. In functie van de tweede golf vinden een aantal internationale experts dat het testen moet doorgaan zo lang het virus aanwezig is. Om er snel bij te zijn, zou het personeel eigenlijk wekelijks moeten worden getest. Er wordt aan een noodplan gewerkt, maar het zou beter zijn de infecties te voorkomen en besmette mensen zo snel mogelijk te isoleren. Ze vraagt de vertegenwoordigers van Motena of zij dat nodig vinden, of zij dat kunnen organiseren en hoe in het geval van een tweede golf besmettingen zullen worden gedetecteerd.

Lise Vandecasteele verwijst naar de kritiek van Artsen Zonder Grenzen op de richtlijnen. De richtlijnen zijn te zeer op schaarste gebaseerd, maar eigenlijk was er niet overal schaarste. Motena beschikte over maskers, maar mocht ze volgens de richtlijnen niet altijd gebruiken. Volgens Artsen Zonder Grenzen moeten de richtlijnen op de situatie worden gebaseerd en moeten ze schetsen wat, schaarste of niet, de ideale situatie is. Ze vraagt of Motena het signaal heeft gegeven dat bepaalde richtlijnen onduidelijk waren en welke reactie daar eventueel op is gekomen.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft overheden geadviseerd niet enkel richtlijnen te schrijven, maar ook voor praktische ondersteuning op het terrein te zorgen. Lise Vandecasteele wil weten of Motena de recent opgerichte mobiele teams al heeft gezien. Ze vraagt of Motena nood aan die expertise heeft.

De laatste vraag van Lise Vandecasteele heeft betrekking op een mogelijke tweede golf. De vertegenwoordigers van Motena hebben verklaard dat er nood is aan opleidingen voor de mensen op de werkvloer. Ze vraagt of alle medewerkers ondertussen voldoende expertise hebben opgebouwd of dat nog in bijkomende opleidingen moet worden geïnvesteerd.

4. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse bedankt de sprekers van Motena. De inzet van het personeel en het management was overweldigend. Immanuel De Reuse is blij dat dit op veel plaatsen in Vlaanderen het geval is geweest.

Hij meent dat in de toekomst rekening moet worden gehouden met de geschetste meerwaarde van een grote groep. Dat kan niet in een enkele beweging in heel

Vlaanderen worden uitgerold, maar het onderbrengen van verschillende diensten in een groter geheel is in het geval van een pandemie een meerwaarde.

Er was blijkbaar een zeker wantrouwen ten aanzien van Therapeutisch Zorgpunt N. Immanuel De Reuse vraagt of de vertegenwoordigers van Motena de indruk hebben dat dit een algemeen wantrouwen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid was of dat het veeleer om een eenmalig feit ging.

De volgende vraag betreft de rol van de huisartsen en de CRA, die in De Zilverberg dagelijks op de werkvloer aanwezig was. Er zijn al getuigenissen over zeer actieve CRA's geweest, maar anderen hebben dan weer verklaard dat de CRA eigenlijk niet nodig was. De vraag is welke invloed de CRA heeft en wat de meerwaarde van een CRA is. In Nederland worden de huisartsen na de opname in een rusthuis uitgeschakeld. Er is een arts voor het hele woonzorgcentrum. Immanuel De Reuse vraagt of dat in Vlaanderen ook kan.

De samenwerking met het AZ Delta is een meerwaarde gebleken. Zo is er op eigen initiatief getest en zijn er opleidingen op de werkvloer geweest. Immanuel De Reuse vraagt of het niet beter zou zijn elk woonzorgcentrum toe te wijzen aan een ziekenhuis in de buurt waarmee een structurele samenwerking moet worden opgezet. Zo kunnen in het geval van een pandemie opleidingen worden gegeven, tests worden afgenomen en kan in capaciteit worden voorzien. Een woonzorgcentrum weet dan ook waar het heen moet gaan.

Wat het lokaal overleg betreft, is al verwezen naar de onderwijsactoren, de woonzorgcentra en de opvanginitiatieven. Daarnaast zijn er ook economische spelers. Immanuel De Reuse vraagt of het niet aangewezen lijkt een lokale taskforce in het leven te roepen die in dergelijke situaties de lokale spelers samenbrengt. Dit betekent niet dat alles kan worden afgestemd, maar ze zouden al wel kunnen overleggen, pijnpunten kunnen detecteren en oplossingen kunnen aanreiken.

Immanuel De Reuse vraagt of er problemen met leveranciers zijn geweest. Naast de persoonlijke beschermingsmiddelen moet dagelijks nog heel wat ander materiaal aan een woonzorgcentrum worden geleverd en heel wat economische activiteiten zijn stilgevallen. Hij vraagt of dit voor problemen heeft gezorgd en welke oplossingen daar mogelijk voor zijn.

Er is heel wat kennis op de werkvloer, maar er kan altijd nog wat bij. Immanuel De Reuse vraagt of er hiaten zijn in de opleidingen van de verpleeg- en zorgkundigen. Hij vraagt of er met betrekking tot de basisopleiding iets moet gebeuren.

Immanuel De Reuse hoopt dat er geen tweede golf komt, ook omdat de medewerkers op hun tandvles zitten. Hij vraagt wat Motena voorstelt om de veerkracht van de medewerkers in de toekomst proactief te vergroten. Nu zijn ze tot op het bot gegaan, maar dat is eenmalig. Als de vakantie door een tweede golf wordt doorkruist, wordt dat een probleem. Dit moet structureel worden opgelost.

De laatste vraag van Immanuel De Reuse heeft betrekking op de poetsdiensten. Er is een groot verschil tussen wat Motena heeft gedaan omdat de mensen nood aan hygiëne hebben, en wat de commerciële sector heeft gedaan. Hij vraagt welke maatregelen Motena heeft genomen. De werknemers hebben natuurlijk vernomen dat de volledige sector mocht thuisblijven en dat zij aan huis moesten gaan. Hij vraagt hoe Motena die mensen heeft gemotiveerd en met een veilig gevoel heeft laten werken.

5. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys bedankt de sprekers voor hun heldere presentatie. Dat Motena niet durft te verklaren op een tweede golf voorbereid te zijn, vindt hij veelzeggend. Blijkbaar hebben medewerkers van Motena een aantal keren naar de hulplijn gebeld en geen antwoord gekregen. Vooral in het weekend was er niemand om vragen te beantwoorden. Hij vraagt Steven Verdoolaege of hij dat nog wat meer kan toelichten.

6. Vragen van Sarah Smeyers

Sarah Smeyers heeft in haar hoedanigheid van voorzitter van het OCMW van Aalst vergelijkbare verhalen gehoord. Dat de sprekers van Motena ervoor hebben gekozen punten als goed en minder goed te omschrijven, getuigt volgens haar van empathie. Ze bedankt de sprekers voor het feit dat ze het woord 'slecht' niet hebben gebruikt.

Ze onderschrijft de vraag om dieper in te gaan op een samenwerking tussen woonzorgcentra. Ze heeft niets over de schakelzorgcentra horen zeggen. Ze vraagt of Motena daar tevreden over is. Zelf is ze nogal misnoegd omdat mensen van het woonzorgcentrum in Aalst niet naar een schakelzorgcentrum of een ziekenhuis mochten worden gebracht. Die vraag zal op een later tijdstip zeker nog aan bod komen.

Ze vraagt of Motena in het geval van een tweede uitbraak dezelfde bezoekenregeling zou willen toepassen. Misschien vindt Motena het wel absurd totaal geen bezoek toe te staan en zijn er ook andere mogelijkheden.

De schaalgrootte heeft voor goede samenwerking gezorgd, maar de vraag is hoe het zit met de andere woonzorgcentra op het grondgebied. Ze vraagt of er ook een goede samenwerking met de private woonzorgcentra is geweest.

In Aalst was de was een bijkomende besmettingsfactor en een manier om onder de bezoekenregeling uit te glippen.

De vier woonzorgcentra in Aalst leggen een strategische stock aan. Ze verwijst in dit verband naar de mondkmaskers. Iedereen heeft er al en dan hollen de Vlaamse overheid en de federale overheid er achteraan. Ze vraagt of Motena daar al over heeft nagedacht.

7. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers heeft veel appreciatie voor wat Motena de voorbije maanden heeft gedaan. Motena is een grote organisatie met veel verschillende diensten. Ze vraagt of er veel uitwisseling van personeel is geweest en welke problemen daarmee zijn ondervonden. Ze gaat ervan uit dat die ervaring tot meer flexibilisering en uitwisseling in de toekomst kan leiden. Ze vraagt in welke mate Motena dit als een kans ziet.

Aangezien Motena veel diensten aanbiedt, vraagt Katrien Schryvers wat de relatie met de eerstelijnszones is en hoe beide op elkaar kunnen inspelen.

Katrien Schryvers vraagt of er nood is aan versterking van de CRA en hoe dat dan best zou gebeuren.

Vervolgens vraagt ze wie beslist of een ziekenhuisopname opportuun is. Ze vraagt of Motena ervaring heeft met noodzakelijke opnames die toch niet konden of mochten plaatsvinden. Misschien is Motena wel op weigeringen van het ziekenhuis gebotst.

Er is een spanningsveld tussen de algemene maatregelen en de implementatie op het terrein. De woonzorgcentra mochten de bezoekenregeling zelf invullen. De

mensen begrijpen dat niet goed en dat levert negatieve reacties op. Elk woonzorgcentrum is verschillend. Katrien Schryvers vraagt hoe, in functie van de eigen mogelijkheden, situatie en infrastructuur, een goed evenwicht tussen de algemene richtlijnen en de implementatie op het terrein kan worden gevonden.

Heeft Motena een beroep op de medische reserve moeten doen en, zo ja, wat zijn de ervaringen daarmee geweest?

Het is de spreker ook opgevallen dat over het verschil tussen de werkvloer en de vertegenwoordiging in Brussel is gesproken. Ze zou graag enkele voorbeelden van die ondersteuning krijgen.

Tot slot vraagt Katrien Schryvers of Motena, naast het pak maatregelen van de Vlaamse overheid, ook rechtstreekse richtlijnen van de federale overheid heeft ontvangen.

8. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys bedankt op haar beurt de sprekers van Motena. Haar eerste vraag is hoe groot de stock op dit ogenblik is. Heeft Motena zelf beslist voor welke periode een stock wordt aangelegd?

In een aantal woonzorgcentra hebben vrijwilligers een belangrijke meerwaarde betekend. Het gaat dan, bijvoorbeeld, om mensen die helpen voeding geven en laten drinken. Heeft Motena ook met vrijwilligers gewerkt?

Vervolgens wil *Freya Saeys* weten hoe de cohortezorg specifiek is georganiseerd. Ze vraagt of hiervoor in een bepaalde afdeling is voorzien, en of de dementen en niet-dementen in die afdeling zijn gemengd. Is er personeel specifiek voor die afdeling voorbehouden?

Haar vierde vraag is of Motena problemen met zuurstof heeft ondervonden. In andere woonzorgcentra zijn er op bepaalde momenten tekorten geweest. Ze vraagt of Motena contact met andere woonzorgcentra heeft gehad om dit af te toetsen.

Volgens *Freya Saeys* zijn er noodplannen nodig. Ze vraagt of die plannen volgens Motena het best op het niveau van de eerstelijnszone of veeleer op het niveau van grotere regionale zorgplatforms worden opgesteld.

III. Antwoord van Motena

Laurent Hostekint gaat eerst in op de vragen over de kinderopvang. Op een bepaald ogenblik was de capaciteit 20 tot 30 procent gedaald. Met die kleinere bubbels was de druk op de kinderbegeleiding lager. Met een normale capaciteit zou het personeel misschien ziek zijn uitgevallen. Er zijn prioriteiten gesteld. De meeste ouders zonder kritieke beroepen, hebben geen beroep op deze dienstverlening gedaan. Motena is erin geslaagd veel problemen zelf op te lossen.

De poetsdienst is opengehouden. De betrokkenen zijn snel samengeroepen. Motena heeft een missie, namelijk het helpen van de meest kwetsbaren. Door de vraag te stellen en dit niet te verplichten, hebben de meeste medewerkers besloten te blijven werken. Motena heeft in het nodige beschermingsmateriaal voorzien. Er is ook gecommuniceerd ten aanzien van de klanten. Zo mochten klanten niet in hetzelfde lokaal blijven en dergelijke.

Motena heeft in het begin meteen een steuntelefoon voor psychologische ondersteuning ingesteld. Aangezien mensen niet zelf bellen als ze dit nodig hebben, hebben de leidinggevenden dit gesignaleerd. Die mensen zijn dan door Motena zelf

gebeld. Hetzelfde is gebeurd ten aanzien van de familieleden van bewoners. Dat heeft goed gewerkt.

Het gesignaleerde geval van wantrouwen was gelukkig een uniek voorval. Laurent Hostekint wil dit niet onnodig opblazen, maar het kwam wel hard aan voor de mensen die er werkten. Digitale therapie was nieuw en Laurent Hostekint gaat ervan uit dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ook nog niet wist hoe hiermee om te gaan.

Philippe Schollaert vindt het een goede zaak dat de woonzorgcentra in het heetst van de strijd werden afgesloten voor bezoekers. Gaandeweg zijn creatieve oplossingen bedacht. De digitale weg is snel bewandeld en verder zijn er raambezoeken geweest. Motena zou het bezoek nu anders organiseren, maar met social distancing, zodat mensen elkaar kunnen zien. In april 2020 zijn de deuren gewoon volledig gesloten.

Wanneer medewerkers uitvallen, is er een drang om dit zo lang mogelijk zelf op te vangen. In de voorzieningen werken medewerkers in hun eigen leefgroep. Daar is een grote dynamiek en gedrevenheid vastgesteld. In De Zilverberg is dit niet gebeurd, maar in Ter Berken zijn medewerkers uitgevallen en dan is het goed dat een reserveploeg klaarstaat. Dit geldt zeker voor mensen uit het ziekenhuis die de nodige kennis hebben.

Philippe Schollaert heeft een kort antwoord op de vraag hoe de richtlijnen op vrijdagavond beter kunnen worden aangepakt. Die richtlijnen komen beter niet op een vrijdagavond. Het was geen gelukkige keuze die richtlijnen op vrijdag in de media te verspreiden en op maandagochtend te laten ingaan. Het zou beter zijn de richtlijnen in het begin van de week aan te kondigen en een week tijd te geven om ze in te voeren.

De spreker vindt het een goede zaak bij de richtlijnen een kader te schetsen. De woonzorgcentra kregen veel verantwoordelijkheid om dit zelf te realiseren. De situatie verschilt immers per woonzorgcentrum. Dat kader en die regelluwte zijn zeker zaken om te onthouden.

Wat de inschatting van de loonkosten betreft, merkt Philippe Schollaert op dat in de cohorteafdeling, afhankelijk van de situatie, gedurende twaalf tot veertien uur per dag een medewerker mee is ingezet. Die berekening is snel gemaakt, maar er zijn nog andere loonkosten die, ondanks de compenserende maatregelen, niet zijn vergoed. De bezoeksregeling moest worden georganiseerd. Er was screening. De technici hadden meer werk. Er zijn veel handen nodig geweest om alles georganiseerd te krijgen.

Wat het aantal besmettingen betreft, is Philippe Schollaert van mening dat het ook een kwestie van geluk is. Met negen positieve testen heeft De Zilverberg geluk gehad. Elders waren er meer besmettingen, maar dat betekent niet dat de zorg daar slecht is. Een aantal factoren kunnen het geluk immers in de hand werken. Motena werkt met kleinschalige leefgroepen en de bewoners zijn tijdens de lockdown in hun eigen leefgroep gebleven.

Er is veel informatie verspreid, maar die informatie moet natuurlijk ook worden geïnterpreteerd en in praktische richtlijnen worden omgezet. Er was een grote discrepantie. Er waren filmpjes en Motena heeft ook geprobeerd zelf filmpjes te maken, maar dat had sneller kunnen gaan. Philippe Schollaert vindt dat er een bibliotheek moet komen waar die informatie ten aanzien van de sector sneller kan worden ontsloten.

Er zijn geen ziekenhuisopnames geweigerd. Aangezien de huisartsen niet meer over de vloer kwamen, zijn wel een aantal niet-COVID-19-gerelateerde opnames uitgesteld. De ziekenhuizen gaven ook geen prioriteit aan andere zorg, maar de deur van het ziekenhuis wat niet gesloten. Het was voor Philippe Schollaert schrikken toen positief geteste bewoners met symptomen snel terugkeerden. De Zilverberg is geen ziekenhuisomgeving, maar moest dat noodgedwongen wel worden.

Er zijn referenten in verband met palliatieve zorgen en dementie. Voor hygiëne en de omgang met pandemieën kan dat ook. Dat kan niet zonder vrijstelling aan de taken van iemand worden toegevoegd. Dat werkt niet. In deze sector moeten mensen zich hard inzetten. Indien dit goed moet gebeuren, moet hiervoor iemand worden vrijgesteld.

Philippe Schollaert is heel tevreden over de samenwerking met de CRA. Vanuit hygiënisch oogpunt is het belangrijk dat er geen 42 artsen meer over de vloer kwamen. De huisartsen waren overigens geen vragende partij om langs te komen. Philippe Schollaert was blij een arts in huis te hebben. Hij heeft gaandeweg ontdekt hoe comfortabel het is met de CRA als aanspreekpunt voor de coördinatie van de zorgactiviteit te kunnen werken.

Hij heeft geen ervaring met de schakelzorgcentra. Het schakelzorgcentrum in Roeselare is niet gestart.

De uitwisseling van personeel in de groep is goed verlopen. Op een bepaald ogenblik zijn de vier woonzorgcentra in een samenwerkingsverband met een cohorteafdeling geclusterd. Indien er uitval was, konden mensen snel worden ingezet om bij de burens te helpen. De regionale organisatie liet nog niet toe dat ten aanzien van woonzorgcentra buiten Motena te organiseren. In de eerstelijnszone is nagedacht over de mogelijkheden van de mensen en de middelen voor de schakelzorgcentra. De werking van de eerstelijnszones, waar de ziekenhuizen niet in vertegenwoordigd zijn, zorgt voor veel tijdverlies. Na het overleg in de eerstelijnszone moet met de ziekenhuishygiënist worden overlegd en dan volgt nog het overleg met de CRA's. Het ontbreekt op dat vlak, net als bij de federale en Vlaamse overheid, aan eenheid van commando.

Tot nu toe heeft Motena een mooie stock met chirurgische maskers en FFP2-maskers aangelegd.

Wat de opleiding tot zorgkundige betreft, wordt gewerkt aan manieren om hen sneller te kunnen inzetten voor taken die ze nu niet mogen uitvoeren. De nieuwe mogelijkheden om zorgkundigen vijf taken meer te laten uitvoeren, zijn zeer goed. Er is schaarste aan verpleegkundigen en zorgkundigen willen vaak meer taken kunnen uitvoeren.

Steven Verdoolaege gaat in op het lokale overleg. Er zijn drie types woonzorgcentra actief in Roeselare, namelijk openbare instellingen, vzw's en commerciële voorzieningen. Op initiatief van de burgemeester is er overleg geweest. Dat overleg was vooral bedoeld om de hulpverlening van AZ Delta te structureren. Ondertussen is beslist dat dit goede initiatief met een duidelijke meerwaarde zal blijven bestaan. Op het ogenblik dat een crisis het hardst toeslaat, is het eigenlijk elk woonzorgcentrum voor zichzelf.

Motena gelooft sterk in de structurele samenwerking met een ziekenhuis. Er zijn verwachtingen en iedereen is nu wakker geschoten om hier werk van te maken. Als mensen elkaar kennen, gaat het allemaal veel beter. Soms spelen persoonlijke relaties een rol. Voor de begrafenisondernemer komt, moet in het woonzorgcentrum de pacemaker van de overledene worden verwijderd. De medisch directeur heeft tijdens een vergadering aangeboden dat zelf te komen doen. Dat zijn de

situaties waarin Steven Verdoolaege soms terecht komt. Het zou zeker een meerwaarde hebben dit structureler op te vatten.

Motena gelooft in het concept van mobiele teams. Tijdens een volgende uitbraak zullen zij zeker een meerwaarde hebben.

Steven Verdoolaege worstelt zelf met de veerkracht van de medewerkers. Hij vindt Motena een goede werkgever die een sterk welzijnsbeleid tracht te voeren. Dat heeft de naam 'boostprogramma' gekregen en houdt in dat mensen samen sporten en leuke activiteiten houden. Er is echter een grens aan wat mensen aankunnen. Steven Verdoolaege wil niet met de illusie leven dat mensen hier beter in kunnen worden. Het is vooral belangrijk een structureel beleid te voeren zodat mensen beter voor elkaar zorgen. Een crisis blijft echter een crisis.

Conceptueel vindt de spreker de medische reserve een goed idee, maar het moet met de operationele werking kunnen worden gematcht. In de regio van Motena waren er mensen die op sommige dagen een paar uur konden werken. Motena kon die mensen niet gebruiken om een structurele crisis te managen. Het is in de praktijk niet zo evident.

Motena heeft momenteel 30.000 chirurgische maskers en 10.000 FFP2-maskers in voorraad. Er waren er eerst 15.000, maar Steven Verdoolaege vermoedt dat 5000 exemplaren niet in orde zijn. Hij wil vooral het signaal geven dat een aantal firma's in de vrije markt tijdens deze crisis goed hebben gedraaid. Wat handschoenen betreft, komt het neer op Russische roulette. Iemand moet gokken hoe de prijs zal evolueren, maar op een bepaald ogenblik koopt hij toch aan een prijs die twee- tot driemaal hoger dan normaal ligt. Gokken op welk ogenblik er best worden aangekocht, is iets wat hij kan missen als kiespijn. Dat valt misschien te reguleren, zodat met de sector afspraken kunnen worden gemaakt. Hierdoor kan er een faire verdeling voor een faire prijs komen. Het is immers niet enkel bij Colruyt dat er wordt gehamsterd. De woonzorgvoorzieningen doen dat ook en Steven Verdoolaege vindt het jammer dat ze elkaar niet helpen.

IV. Uiteenzetting door Geert Meyfroidt, professor, hoogleraar faculteit Geneeskunde KU Leuven, stafid Intensieve Geneeskunde UZ Leuven en voorzitter van de Belgische Vereniging Intensieve Geneeskunde (SIZ)

Geert Meyfroidt licht toe dat een afdeling intensive care mensen opvangt met een levensbedreigende aandoening, van wie belangrijke orgaansystemen niet meer werken of dreigen niet meer te werken. Op een gewone afdeling kunnen deze mensen niet meer worden verzorgd. Op deze gespecialiseerde eenheid werken gespecialiseerde artsen, de intensivisten. Dat is niet hetzelfde als spoedartsen. Ook de verpleegkundigen zijn gespecialiseerd. De patiënten worden intensief gemonitord: er worden continu signalen gemeten. Er wordt 'life support' gedaan. Ook 'end of life care' is een onderdeel van intensieve geneeskunde.

Bij COVID-19-patiënten is er niet alleen een ontsteking van de longen, de ontstekingsreactie verspreidt zich over het hele lichaam en activeert de bloedstolling heel fel. De combinatie van zuurstoftekort, bloedstolsels en de ontstekingsreactie doet de bloedsomloop falen. Het hart en bloeddruk moeten worden ondersteund en er falen secundair ook andere organen. Het gevolg is dat deze patiënten meerdere weken tot zelfs maanden op IC liggen. De patiënten op IC vormen maar het topje van de ijsberg. De basis wordt gevormd door mensen die volledig asymptomatisch blijven. Maar het topje is toch groot genoeg om een heel gezondheidssysteem lam te leggen.

Het is allemaal begonnen in Wuhan, China. In januari 2020 begon men daar opeens een ziekenhuis te bouwen van 1300 bedden. Geert Meyfroidt geeft toe dat hij aan-

vankelijk dacht dat het niet tot in België zou komen, zoals eerder met SARS het geval was. Na enkele eerste alarmerende berichten uit Lombardije, een Noord-Italiaanse regio met een uitstekende gezondheidszorg, was het vooral de melding 'The region is full of covid. The system is collapsing.' die Geert Meyfroidt overtuigde van de ernst van de situatie. Een week later, 15 maart 2020, was er nog maar één IC-bed vrij in heel Lombardije. Er lagen daar toen 867 COVID-19-patiënten op IC. Rond diezelfde tijd meldde een Italiaanse collega dat er keuzes moesten worden gemaakt: wie te intuberen en wie niet. Dat was nog maar een begin. De piek met 6000 nieuwe gevallen per dag in Italië en de overvolle ziekenhuizen met patiënten in de gangen moest nog komen.

Begin april 2020 lagen er in Lombardije 1500 patiënten op IC en 1300 werden beademd. De grootste groep was tussen de 50 en 80 jaar oud. Er werden niet veel patiënten ouder dan 80 opgenomen op de IC-afdelingen. De ziekte slaat vooral bij oudere mensen toe. Zij maken meer kans eraan te overlijden. De Chinese wetenschappers hadden daarover al geïnformeerd.

Samen met zijn collega's van de Europese vereniging begon Geert Meyfroidt richtlijnen uit te schrijven. Het systeem moest worden voorbereid op basis van de ervaring die werd opgedaan terwijl de epidemie gaande was. De ziekenhuizen moesten georganiseerd worden, de IC's en het aantal ventilatoren moesten gepland worden, voorspellende modellen moesten worden toegepast. Ook het opzetten van triagesystemen, in samenwerking tussen de overheid en de wetenschappelijke verenigingen, wordt aanbevolen. Juridische bescherming voor artsen en zorgverleners die de triagebeslissingen moeten nemen, zou wenselijk zijn.

België kon met 2001 erkende IC-bedden vertrekken van een hoge capaciteit, een van de hoogste ter wereld. De voorspellende modellen deden vrezen dat zelfs dat niet zou volstaan. Er zou vier keer zoveel hospitalisatie nodig zijn, en dat niet enkel voor COVID-19.

Ventilatoren vormden niet het hoofdprobleem op de IC's. Het knelpunt is het aantal gekwalificeerde mensen die ermee kunnen werken. Door de activiteiten in de operatiezalen stop te zetten, kon er extra capaciteit worden vrijgemaakt. Niet alleen logistiek, maar doordat anesthesisten, chirurgen en operatiezaalverpleegkundigen beschikbaar werden, die weliswaar geen intensivisten zijn maar een aantal verwante competenties hebben. Door middel van een minicursus IC konden deze mensen bijdragen tot de extra capaciteit.

De 'surge capacity group' ging vooral uit van de kracht van de ziekenhuisnetwerken. Die stonden en staan nog altijd niet op punt. De overheid heeft geen goed zicht op wat elk ziekenhuis goed kan. Die netwerken weten dat wel.

Het uitgangspunt was dat indien een ziekenhuis overbelast zou geraken, er primair binnen het netwerk zou worden verwezen. Wanneer een netwerk overbelast zou geraken, wat werd gedefinieerd als boven de 75 procent van de capaciteit plus de extra capaciteit te zitten of de nacht moeten ingaan met minder dan twee IC-bedden, zouden door de federale gezondheidsinspecteur transporten worden georganiseerd naar buiten het netwerk. Het idee was om 60 procent van de erkende IC-bedden voor COVID-19 te reserveren. Bij deze 1200 bedden werden er nog 1000 extra gecreëerd. Dat was volgens Geert Meyfroidt een onwaarschijnlijk indrukwekkende operatie, die decentraal werd uitgevoerd, door de ziekenhuizen en op basis van richtlijnen van de overheid. Er werd verbouwd, mensen werden opgeleid en getraind, en op tien dagen tijd waren de units operationeel voor de opname van de eerste patiënten.

Zowel hier als in andere landen ontstond de vrees dat te veel patiënten die niet gebaat zouden zijn met IC toch naar IC verwezen zouden worden. Daar waren

richtlijnen voor nodig, ook al omdat niet-intensivisten die dergelijke triage niet gewoon zijn, ze zouden moeten uitvoeren. Internationaal wordt aanbevolen dat diegenen die deze richtlijnen opstellen net zoals diegenen die de triages moeten uitvoeren worden beschermd. Dat bleek niet mogelijk, zo bleek uit contact met het kabinet. Toch heeft de SIZ richtlijnen opgesteld. Die kregen een paar updates. Er was geen nationaal protocol voor triage. Maar zeker voor de collega's die niet gewoon waren om op een IC te werken, moesten de ethische en wetenschappelijke principes duidelijk worden gemaakt. Onder meer ethicus Ignaas Devisch en professor Erika Vlieghe hebben meegewerkt aan het opstellen van deze richtlijnen. De richtlijnen werden meteen gepubliceerd op het internet. Ze waren van meet af aan transparant. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde keurde ze goed.

De richtlijnen bevatten drie hoofdzaken. De eerste is een aanbeveling voor vroegtijdige zorgplanning, specifiek voor de woonzorgcentrumbewoners. De tweede gaat over cardiopulmonaire reanimatie. Daarbij wordt geconformeerd aan andere richtlijnen, en gaat het vooral over de balans tussen de kans op succes van zo'n reanimatie en het risico dat de zorgverlener loopt. De derde betreft de ethische overwegingen voor triage in het ziekenhuis. Het doel van vroegtijdige zorgplanning is het vermijden van onnodige verwijzingen. Veel mensen in woonzorgcentra weten nog zeer goed wat zij willen en wat niet. Het zou pijnlijk zijn hen naar een ziekenhuis te sturen, als zij dat helemaal niet willen. De vroegtijdige zorgplanning specificeert onder meer of een persoon nog naar het ziekenhuis wil, of hij daar op een IC wil liggen, en of hij nog wil beademd, geïntubeerd, en gereanimeerd worden.

Om te bepalen of aan een patiënt niet de uiterste zorgen moeten worden gegeven, zijn er wetenschappelijke criteria. Om te vermijden dat één arts die beslissing alleen zou moeten nemen, is het aan te bevelen om dat altijd met twee of drie artsen te doen. Uit de wetenschappelijke literatuur is het duidelijk dat leeftijd op zich geen goed criterium is. De 'clinical frailty scale' is doorslaggevend, de mate van kwetsbaarheid. Daarbij moet rekening worden gehouden met nog andere factoren, bijvoorbeeld dementie of terminale aandoeningen zoals bijvoorbeeld kanker.

Van bij het begin werd gepleit voor transparantie. In het UZ Leuven werd meteen een register bijgehouden. Bij het toekennen van een IC-bed werd discriminatie tussen COVID-19 en niet-COVID-19-patiënten vermeden door dezelfde criteria te hanteren. Ook psychologische ondersteuning voor artsen werd aanbevolen.

'Frailty' wijst op het achteruitgaan van verschillende orgaansystemen en valt niet noodzakelijk samen met hoge leeftijd. Maar naast de andere risicofactoren is het wel een van de beste voorspellers om te weten wie het slecht zal doen op IC. De personen met de hoogste 'frailty' zouden ook in niet-pandemische omstandigheden niet worden opgenomen op IC.

De piek van intensieve opnames situeerde zich begin april 2020. Toen lagen er 1355 COVID-19-patiënten en 669 niet-COVID-19-patiënten op IC. Deze cijfers zijn benaderend want ze brengen de gegevens van verschillende databanken samen. Het verzamelen van gegevens moet veel beter kunnen.

In totaal waren er 2024 patiënten op IC. Het initiële aantal bedden, 2001, zou niet hebben volstaan. De opschaling was absoluut nodig. Voor de ziekenhuispatiënten was er meer reserve. Er waren er 6000 met COVID-19 in de ziekenhuizen, er waren op een bepaald ogenblik 12.000 bedden.

Toen de piek begon te zakken, was er in de sector toch een zekere trots over wat er was verwezenlijkt. Het was pijnlijk om achteraf te moeten horen dat dit alleen mogelijk was geweest door kwetsbare bewoners van woonzorgcentra in de steek te laten. Geert Meyfroidt vindt dat niet gerechtvaardigd. Hij heeft daarvoor verschillende argumenten.

Het eerste argument is dat er nooit een directief is geweest om bepaalde groepen of leeftijden systematisch uit te sluiten van zorg. Men was voorbereid op een grote piek van ouderen. Er werden geen andere criteria gehanteerd dan in niet-COVID-19-tijden. Er werd wel gepleit voor een individueel assessment per patiënt. Er is ook uitdrukkelijk gepleit voor overleg met geriaters of huisartsen die de patiënt vaak beter kennen. Er was op elk moment voldoende capaciteit in België. Misschien niet in elk ziekenhuis. Er waren er in Limburg, de Kempen en Oost-Vlaams-Brabant waar het op een bepaald moment krapper was. Maar er was plaats in andere ziekenhuizen en er waren mechanismen om patiënten te herverdelen.

De Nederlanders zijn veel verder gegaan in hun ethische richtlijnen. Ze zijn voorzienig maar ook direct en hard. In hun fase 3 hadden zij in drie triagestappen voorzien. De Belgische richtlijn heeft enkel stap A gecoverd: de triage op basis van medische criteria. De Nederlanders hadden ook een stap B: triage op basis van aangescherpte medische criteria, waarbij bijvoorbeeld een 'frailty' boven de 5 niet meer kon worden opgenomen op IC, waarbij niet meer werd gereanimeerd en waarbij geen hart-longmachines meer werden ingezet. De Nederlanders hadden ook nog een stap C: triage op basis van niet-medische criteria, bijvoorbeeld voorrang voor diegenen voor wie men een kortverblijf verwacht of voor mensen die in de zorg of beroepsmatig besmet zijn geraakt. Daarna kon er nog worden getrieerd op basis van leeftijd, en daarna was er ook nog een 'first come first service'-principe, en zelfs ook nog een loting wanneer twee patiënten zich tegelijk zouden presenteren. Zover zijn de richtlijnen in Vlaanderen nooit gegaan.

Het tweede argument is dat IC geen wondermiddel voor alle patiënten is. Iemand onterecht op IC opnemen, is even erg als iemand onterecht niet opnemen. IC is een heel belastende therapeutische optie, die ook veel lijden kan veroorzaken. Opname op IC wordt alleen gedaan als er een redelijke kans is om daar een voordeel mee te behalen. Iemand niet opnemen is niet een kwestie van discriminatie. Een opname op IC heeft op korte termijn neveneffecten. De beademing is zeer pijnlijk. De omgeving is angstwekkend. Ook mensen die voorheen mentaal sterk waren, zullen verwardheid ervaren. Men is immobiel op een IC-afdeling. Men kan niet communiceren en is volledig geïsoleerd van zijn omgeving. Er zijn ook lange-termijngevolgen. Er is kans op blijvend orgaanfalen. Van sommige overlevers zullen de longen nooit meer goed werken. Sommigen lijden aan een post-IC-syndroom. Er is verlies van spiermassa. Er zijn cognitieve en psychische problemen. Er is impact op familie, omgeving, en dagelijkse activiteit.

Wanneer de te verwachten prognose of levenskwaliteit niet in verhouding staat tot de inspanning en het lijden, wordt gesproken van 'disproportionele zorg'. Per week IC moet men rekenen op een maand revalidatie. Voor mensen met slechts enkele maanden levensverwachting dient daarmee rekening te worden gehouden. Ook als er restletsels zijn die niet compatibel zijn met levenskwaliteit, moet niet-opname op IC worden overwogen. Een Franse studie bij 3000 75-plussers deed in de helft van de ziekenhuizen een actieve campagne om die 75-plussers naar de IC te verwijzen, en vergeleek die strategie met de standaardstrategie. De campagne was succesvol en er werden inderdaad meer 75-plussers opgenomen, maar de uitkomst (sterfte) bleef hetzelfde.

In België is er geen continue monitoring van de IC-capaciteit. Nederland, het VK, Frankrijk en Brazilië hebben wel een continue benchmark van patiënten op IC, inclusief de outcomes. De SIZ en Sciensano zullen de eerste golf nu wel analyseren. Maar dit is een ad-hocproject, een nieuwe extra administratieve belasting voor de ziekenhuizen. Een permanent systeem zou beter zijn. In het Vlaamse ziekenhuisnetwerk kan een dergelijk systeem worden uitgerold over heel Vlaanderen.

UZ Leuven heeft wel cijfers. 35 procent van de patiënten die er werden opgenomen, was ouder dan 75 jaar. Het beeld dat ouderen massief zouden zijn gewei-

gerd, klopt dus niet. De sterftcijfers in UZ Leuven zijn indrukwekkend laag. Geen enkele internationale studie kan lagere sterftcijfers voorleggen. Er werden 114 patiënten opgenomen op IC, waarvan 21 75-plussers. Drie van hen zijn overleden. Geert Meyfroidt is er zeker van dat er nog andere Belgische ziekenhuizen dergelijke goede cijfers kunnen voorleggen. Het Belgische gezondheidssysteem heeft wel degelijk sterktes, die zeker moeten worden bewaard.

Voor wat betreft de planning voor de tweede golf is Geert Meyfroidt van oordeel dat de ziekenhuisnetwerken met de woonzorgcentra in de regio en de eerste lijn een mooie kern van samenwerking kunnen vormen voor het uitwerken van vroegdetectiesystemen, opleidingsmodules, ad-hocadvies, swabteams, het detacheren van zorgverstrekkers bij een outbreak, het afstemmen van het verwijzbeleid. Plexus, het ziekenhuisnetwerk van UZ Leuven, Heilig Hart Leuven, Diest en Tienen, werkt momenteel aan een draaiboek. De overheid heeft gevraagd dit draaiboek te delen en beschikbaar te maken.

Het systeem moet op de lange termijn worden verbeterd. Er moeten meer handen aan bed. De verpleegkundigen in zowel ziekenhuizen als woonzorgcentra kampen hier al lang mee. Na de coronacrisis zitten heel veel mensen op hun tandvlees. Ook een op vertrouwen gebaseerd zorgmodel is belangrijk. Met duidelijke targets vanuit de overheid maar met niet te veel bemoeienis over de uitvoering, hebben de ziekenhuizen zich decentraal kunnen organiseren. Dat is een sterkte die behouden moet blijven, aldus Geert Meyfroidt, die besluit dat men beter en sterker uit deze crisis kan komen als men er de nodige lessen uit trekt.

V. Vragen van de leden

1. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer wil weten in welke mate ouderen nog terechtkonden in ziekenhuizen. Er is het document met de ethische principes. Het behoorde niet tot het mandaat om de triage te doen. De 'clinical frailty scale' werd gehanteerd. Bij wie lag de verantwoordelijkheid voor het individuele assessment? Bij de geriater, de CRA-artsen, de huisartsen, de directie van de woonzorgcentra? Wat is er misgelopen?

Geert Meyfroidt vindt het moeilijk om dat te beoordelen. Wie moet dat beoordelen? Iedereen die bij een patiënt staat, in zijn of haar expertise. Indien het de expertise overstijgt, moet raad worden gevraagd aan een collega. Als intensivist vraagt Geert Meyfroidt soms raad aan een geriater. Met de principes kan een arts aan de slag en kan een ziekenhuis zijn policy bepalen. Maar het individuele assessment komt toe aan wie de medische competentie en ervaring heeft om dat te doen. Als niet-medische directies dat in bepaalde gevallen hebben gedaan, was dat fout. Geert Meyfroidt weet niet of dat gebeurd is.

Ann De Martelaer vraagt of de 75-plussers die werden opgenomen in het UZ Leuven uit een woonzorgcentrum kwamen of uit een thuissituatie. Heeft de communicatie over de ethische principes niet het onbedoelde gevolg dat het signaal rondging dat er in Vlaanderen prioriteit moest worden gegeven aan niet-oude mensen? Waarom konden ouderen met andere klachten niet worden opgenomen? Hoe kan dat anders in de toekomst? De Chinese en Italiaanse ervaringen wezen al uit dat vooral ouderen zouden worden getroffen. Werd de geriatrische afdeling van de ziekenhuizen betrokken bij de voorbereiding? Waarom werd dan ook niet gedacht aan de woonzorgcentra? Zijn die vergeten, of zijn er toch contacten geweest? Half april kwam er vanuit de ziekenhuizen ondersteuning voor de woonzorgcentra. Hoe en waar is die tot stand gekomen? Kwam het initiatief van het management van de ziekenhuizen? Nam de overheid dat initiatief? Hebben alle ziekenhuizen die ondersteuning geboden aan de woonzorgcentra? Waren er regio's waar dat niet gebeurd is? Hoe kan deze positieve actie geconsolideerd worden met het oog op een tweede

uitbraak? België had IC-bedden over, maar wou die toch niet afstaan voor buitenlandse vragen. Had hier geen Europese solidariteit moeten spelen?

2. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele vraagt of er in Italië niet alleen uit de ziekenhuizen maar ook uit de woonzorgcentra signalen kwamen. In Spanje moest het leger de lijken uit een woonzorgcentrum verwijderen. Toch luidt de kritiek dat in België te laat op de situatie is ingespeeld. Pas op 9 april 2020 zat de taskforce voor het eerst samen over de woonzorgcentra. Is er te laat opgetreden? Er konden schakelzorgcentra worden opgericht om de overloop van de ziekenhuizen op te vangen. Uiteindelijk zijn er maar zes van de dertig geplande opgericht. Er waren veel meer zieke mensen die in de woonzorgcentra zorg nodig hadden. Moesten die schakelzorgcentra niet worden omgebouwd tot centra waar de zieke mensen uit de woonzorgcentra naartoe konden?

3. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse vindt het een goed idee om voor een tweede golf te werken met een samenwerking tussen ziekenhuisnetwerken, de eerste lijn en de woonzorgcentra. Is het dan geen gemiste kans dat de ziekenhuisnetwerken geen plaats hebben gekregen in de eerstelijnszones? Wat betreft de ethische principes zei Dirk Dewolf van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dat indien vanuit de woonzorgcentra iedereen zou zijn doorgestuurd, het in de ziekenhuizen een heel ander verhaal zou geweest zijn. Klopt dat?

4. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys vraagt of er in het UZ Leuven meer of minder oudere mensen werden opgenomen dan kon worden verwacht, gegeven het feit dat eventueel dat protocol zou worden toegepast. Nederland heeft inderdaad een streng of hard protocol. Maar waar zijn er betere praktijken te vinden? Zijn er andere landen die het anders hebben gedaan, waar men eventueel van zou kunnen leren? Wat betreft de samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra vraagt Lorin Parys wat er verhindert dat dit overal in Vlaanderen gebeurt. Is het regelgeving, mentaliteit, het feit dat mensen elkaar niet kennen, ontbrekende budgetten, het institutionele kluwen of te weinig data?

5. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers heeft een vraag over mensen die in eenzaamheid sterven. Hoe gaan ziekenhuizen om met afscheid nemen en overlijden in een pandemie? Dat was vaak schrijnend. Zijn hieruit lessen te trekken? Hoe kan de rol van de CRA in de woonzorgcentra worden versterkt? Is daar nood aan? De richtlijnen waren niet anders dan in een normale situatie. Nochtans ontstond op het terrein snel de perceptie dat ouderen minder snel naar een ziekenhuis mochten worden overgebracht. Was er dan nood aan verduidelijking? Zijn er cijfers over de periode tussen de opname en het ontslag? Kwam het ontslag uit het ziekenhuis sneller dan in een andere periode waardoor er voor de patiënten die werden ontslagen uit het ziekenhuis in de thuisomgeving of in het woonzorgcentrum alsnog meer medische zorg nodig was? De vroegtijdige zorgplanning is vooral op het levenseinde gericht. Ze zou volgens Katrien Schryvers ook moeten focussen op de totale zorg. Voelde Geert Meyfroidt aan dat er woonzorgcentra waren waar dit snel moest worden opgenomen met de bewoners, zodat men er niet genoeg over had kunnen overleggen met familieleden, gezien het bezoekverbod?

6. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys heeft een vraag over de noodplannen die zouden moeten worden opgesteld tussen de ziekenhuizen, de woonzorgcentra en de andere instellingen van welzijnzorg. Ziet Geert Meyfroidt dat op het niveau van de regionale zorgzones of van de eerstelijnszones? Waar vindt hij dat de coördinatie moet plaatsvinden?

7. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls vraagt of er grote verschillen zijn qua prognosecijfers tussen de Vlaamse ziekenhuizen. Zijn er uit de crisis lessen te trekken voor de opleiding van alle mensen die zorg verlenen aan het bed? Zijn de mensen in de woonzorgcentra, die mentaal moe zijn, voorbereid op een tweede golf?

8. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf stelt vast dat er aanvankelijk gefocust werd op het streven de ziekenhuizen niet te laten overspoelen. Pas begin april 2020 kwamen er cijfers naar buiten over de woonzorgcentra. Heeft Geert Meyfroidt de indruk dat er een onderschatting is geweest? Had men daar sneller op moeten inspelen? Geert Meyfroidt zegt dat een week IC een maand revalidatie vergt. In de woonzorgcentra zijn de bewoners vaak weken en zelfs maanden in isolatie op hun kamer gezet. Kine werd vaak beperkt of zelfs stopgezet. Moet er bij een eventuele tweede golf niet meer aandacht worden besteed aan voldoende fysieke activiteit voor de rusthuisbewoners?

VI. Antwoord van Geert Meyfroidt

Geert Meyfroidt stelt dat hij te weinig weet van woonzorgcentra om alle vragen daarover te kunnen beantwoorden. Hij vindt dat de ethische richtlijnen goed werden gecommuniceerd. Er was echter marge voor interpretatie. Opiniemakers krijgen vaak grotere fora dan experts. Dat blijft een probleem. Misschien had men beter moeten afstemmen met de overheden, zodat een synchrone communicatie mogelijk was.

Wat de niet-COVID-19-gevallen betreft, bevestigt Geert Meyfroidt dat alle dringende zorg, zoals traumatologie, kankerbehandelingen en dergelijke gewoon zijn doorgegaan. Veel niet-dringende zorg werd echter wel uitgesteld. Daarover zijn nog geen cijfers bekend. Er zal zeker impact zijn. Bij een tweede golf moet die zoveel mogelijk vermeden worden. Niet alles kan worden uitgesteld en een aandoening die aanvankelijk niet dringend was, kan dat nadien nog worden.

De ouderen werden wel degelijk verwacht. Zoals ook bij de griep. In de meeste gevallen werd geriatrie ook ingeschakeld. Geert Meyfroidt weet niet of de woonzorgcentra vergeten zijn. Hij stelt wel post factum vast dat er meer had kunnen gebeuren. De mensen op het terrein hebben het zo goed mogelijk gedaan en moeten daar erkenning en ondersteuning voor krijgen. Persoonlijk vindt Geert Meyfroidt dat het decentrale, lokale of bovenlokale niveau daarvoor het best geschikt is. Bepaalde regio's hebben immers bepaalde specificiteiten.

Post factum gezien hadden buitenlandse patiënten inderdaad geholpen kunnen worden. Maar dat was op het moment zelf niet bekend. De meest pessimistische modellen toonden aan dat beschikbare capaciteit niet zou hebben volstaan. Zelfs de waarschijnlijker modellen lieten uitschijnen dat er ook van de duizend extra IC-bedden nog veel nodig zouden geweest zijn. Geert Meyfroidt vindt dat Europa in de hele crisis te afwezig is gebleven. Daar staat tegenover dat Nederland heel erg bezuinigd heeft op IC-bedden en te krap zat. Ze hebben daar snel kunnen opschalen dankzij een strenge personeelsnorm. Daar is er één verpleegkundige per IC-bed. Hier is dat

één op twee. Hier vond men dat de investeringen in eerste instantie moesten worden ingezet voor de mensen die mee voor die zorg hebben betaald.

België heeft geluk gehad want het kon evengoed het eerste land geweest zijn. Doordat de Italianen eerder waren, kreeg het twee extra weken bovenop de zo al grotere capaciteit. Er zijn lessen getrokken uit de Italiaanse ervaring. Post factum kan gesteld worden dat er te laat naar de woonzorgcentra is gegaan. Het feit dat daar ook de verdachte gevallen werden meegeteld, heeft België internationaal geen goede naam bezorgd, maar het creëerde wel de gelegenheid om minstens die problemen te detecteren. In Nederland en het VK wordt nu pas duidelijk wat de impact is geweest op de woonzorgcentra en op de oudere bewoners.

Schakelzorgcentra zijn een goed concept, iets tussen een ziekenhuis en een woonzorgcentrum. Anderzijds is dat een nieuwe entiteit, die op korte tijd moet worden opgezet. Dat is op weinig plaatsen gelukt en vaak pas toen de piek al achter de rug was. Geert Meyfroidt weet niet goed of het een goed idee is. Misschien is het beter om schakelzorg aan te bieden in de woonzorgcentra, of 'step down units' op te zetten in de ziekenhuizen.

De vraag over de zones die elkaar niet helemaal overlappen vindt Geert Meyfroidt terecht. De eerstelijnszones komen niet helemaal overeen met de ziekenhuisnetwerkzones. Dat probleem kan niet op korte termijn worden opgelost. Er moet zo goed mogelijk worden afgestemd en de samenwerking moet als iets constructiefs worden bekeken. Dat een huisartsenzone overlapt met twee ziekenhuisnetwerkzones hoeft geen probleem te zijn, zolang de mensen maar weten waar ze terecht kunnen.

Indien alle patiënten waren doorgestuurd, zouden de ziekenhuizen inderdaad in de problemen zijn gekomen. Maar Geert Meyfroidt weet niet of de redenering kan worden omgekeerd, namelijk dat de ziekenhuizen niet in de problemen zijn gekomen omdat niet alle patiënten werden doorgestuurd. Men moet vooral kijken wie men doorstuurt, en of daar een goede indicatie voor is. Daar zijn geen cijfers over. Heeft iedereen die in aanmerking kwam voor een IC-bed er een gekregen? Zijn er niet te veel mensen op IC beland die daar niet moesten zijn? Beide scenario's zijn onwenselijk en moeten bekeken worden.

Er zijn in België een vergelijkbaar aantal ouderen opgenomen als in andere landen. Van het Nederlandse systeem kan een betere ordening van wie wat doet worden overgenomen. In Belgische ziekenhuizen is dat niet altijd duidelijk. Dat geldt ook voor IC. Er zijn kleinere IC-units in België, waar vooral postoperatieve monitoring gebeurt. In de grote academische en regionale centra kan men hart-longmachines inzetten. Die afspraken zijn niet goed afgelijnd. Daarom werd snel naar de ziekenhuisnetwerken overgegaan: omdat die ziekenhuizen elkaar kennen.

De volgende sprekers zullen kunnen toelichten wat de rol van de CRA is in een woonzorgcentrum en ook waarom er al niet eerder beter werd samengewerkt tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra. Dit kan een gelegenheid zijn om tot een betere samenwerking te komen. De aanpassingen gebeuren best in vreedstijd en niet in volle crisisperiode.

De overlijdens en het afscheid konden niet gebeuren zoals gewenst. De 'end of life care' op een IC kost normaal gezien meer tijd dan het louter voortzetten van de therapie. Dat gebeurt op senior niveau. Dat is niets voor assistenten of junior dokters. Families werden elke dag opgebeld met een update. Dat is natuurlijk niet hetzelfde. Bij het overlijden werd een bezoekmoment georganiseerd. Dat was kort en afstandelijk, en kwam vaak te laat. Een deel van het probleem was het tekort aan beschermingsmiddelen.

De perceptie is inderdaad fout geweest. Maar dat kan men niet in crisistijd communiceren. Er is nood aan rustige communicatie. Geert Meyfroidt raadt in dat verband de lectuur van het boek *Being Mortal* van Atul Gawande aan. Deze arts uit Philadelphia beschrijft het gebrek aan cultuur om te spreken over de dood bij bejaardenzorg en kankerzorg. Vroegtijdige zorgplanning is niets negatiefs. Dat hoort bij goed medisch handelen. De nieuwe generatie ouderen kan daar al opener over communiceren. Het verschilt ook van familie tot familie. Een cultuur moet daarin groeien. Er is ook een verschil tussen Vlaanderen en Wallonië: in het Noorden gaat men daar opener mee om.

Er zijn geen cijfers over ontslag en heropnames. Geert Meyfroidt heeft niet het gevoel dat in zijn ziekenhuis te vroeg werd ontslagen. Maar het moet landelijk bekeken worden.

Binnen Plexus worden de noodplannen door het UZ Leuven gecoördineerd. Het netwerk was daar al mee bezig. Ook die coördinaties moeten beter op elkaar worden afgestemd.

Er is een unieke benchmarkingskans om de verschillen tussen de ziekenhuizen op te meten. Dezelfde ziekte woedde op hetzelfde moment in het hele land, met een redelijk vergelijkbare distributie. De cultuur om dat te meten en er op een volwassen manier mee om te gaan, is er niet. De SIZ en Sciensano zijn dat aan het bekijken. Er kunnen grote verschillen gevonden worden. Die hebben niet met fouten te maken maar kunnen te wijten zijn aan lokale omstandigheden. Die moeten bekend zijn om het beter te doen. Het is belangrijk dat die analyse gebeurt.

Het enige wat deze zomer kan gebeuren om een volgende piek beter te beheersen is het omscholen van personeel en het organiseren van trainingen op basis van de lessen die geleerd zijn. Aanvankelijk ging het enkel om beademen, maar nu worden ook bloedverdunners gegeven. Achteraf bleek ook dat het geen goed idee was om heel vroeg te beademen en te intuberen.

De druk in verband met de triages hoort volgens Geert Meyfroidt bij het dagelijks werk. Voor minder ervaren, jongere artsen moet dat inderdaad heel zwaar geweest zijn, maar men leert dat. Het is belangrijk daar veel aandacht aan te besteden. IC heeft geen conventie voor psychologische ondersteuning voor patiënten. De psychologen, die hun normale activiteiten niet konden ontplooiën, hebben hulp aangeboden. Zij zorgden niet alleen voor de patiënten maar ook voor het personeel. Dat vond Geert Meyfroidt heel nuttig. De SIZ zal de federale minister van Volksgezondheid vragen om in een conventie te voorzien voor psychologen op de afdeling, zowel voor het personeel als voor de patiënten.

De cijfers van de woonzorgcentra hadden er sneller moeten zijn. Geert Meyfroidt pleit ervoor om earlywarningsystemen op te zetten in de eerste lijn, bij de woonzorgcentra en de huisartsen. Zoals ze er al zijn voor griep. Ziekenhuizen moeten zich klaarmaken als er in een bepaalde regio een opvallende stijging is van het aantal consultaties.

Het schrappen van reguliere zorg, bijvoorbeeld revalidatie, in woonzorgcentra is niet wenselijk. Wie revalidatie onderbreekt, komt vaak slechter uit dan het punt waar hij ermee begon.

VII. Uiteenzetting door Nele Van Den Noortgate, professor, secretaris-generaal van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, en Jan De Lepeleire, professor, voorzitter van Crataegus en lid van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie

1. Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie

Nele Van Den Noortgate zegt dat de BVGG een multidisciplinair samengestelde wetenschappelijke vereniging is die de kwaliteit van het leven en de zorg bij de ouderen wil stimuleren vanuit een holistische visie. Het gaat om persoonsgerichte zorg. De BVGG streeft ook preventie van kwetsbaarheid of van verdere deterioratie van de kwetsbaarheid na. Daarbij zijn een aantal zaken belangrijk: het managen van ziekte en polyfarmacie; het stimuleren van bewegen; het optimaliseren van de voedingstoestand; aandacht voor het psychisch welzijn; en sociale contacten. Er kunnen maar tevreden bewoners zijn als ook het zorgteam tevreden is. Daarom is ook de zorg voor de zorgverlener belangrijk. Dat betekent voldoende handen en voldoende deskundigheid. De BVGG is niet gebonden aan een ziekenhuis, woonzorgcentrum of de eerste lijn. De transmurale zorg is evenwel voor de oudere heel belangrijk.

2. Korte analyse van de voorbije maanden

Nele Van Den Noortgate geeft een korte analyse van de voorbije maanden. Wat zijn de richtlijnen? Hoe kunnen het hoge aantal besmettingen en de hoge mortaliteit worden verklaard? Waar zijn de ouderen overleden? Welke rol spelen de transfers van het woonzorgcentrum naar het ziekenhuis daarin? De holistische visie was bij dat alles wat zoek. Dat alles moet bijdragen tot een visie op een eventuele tweede golf. Wat dat betreft zijn er zes thema's te onderscheiden: infectie- en preventiebeleid; de rol van zorgplanning en medische beslissingen; handen en expertise in zorg en welzijn; de locoregionale samenwerking; het deskundig aansturen van het kleinschalige; en de beeldvorming in de ouderenzorg.

Vooraleer in te gaan op de verbeterpunten beklemtoont *Nele Van Den Noortgate* dat er veel solidariteit en respect waren. De zorgverleners hebben het beste van zichzelf gegeven. CRA's waren 24/7 beschikbaar voor hun woonzorgcentrum. Er waren ook veel mooie initiatieven en een grote creativiteit over hoe er binnen alle beperkingen toch contact kon zijn. Er waren veel best practices, die moeten worden meegenomen voor de blik op de toekomst. Die waren vaak locoregionaal. Hierbij denkt *Nele Van Den Noortgate* vooral aan de sterke samenwerking tussen CRA's en geriateren, tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra, en tussen eerstelijnszorgzones.

De richtlijnen van de BVGG zijn er gekomen met op de achtergrond het feit dat SIZ ethische adviezen aan het maken was. Ook in de ethische commissies van de universiteiten werden ideeën ontwikkeld met betrekking tot de vrijwaring van de search capacity in de ziekenhuizen. De BVGG wilde vooral zorgen voor de gepaste zorg voor de patiënt op de juiste plaats, met het vermijden van leeftijd als parameter. De BVGG ontwikkelde ook de richtlijnen omdat de huisartsen vroegen om criteria om te beslissen of patiënten moesten worden behandeld of doorverwezen. Hoe kunnen deze verwijsbeslissingen worden ondersteund? Dergelijke richtlijnen blijven een proces en een individuele verantwoordelijkheid. Artsen kunnen zich er niet op beroepen om zich in te dekken.

De BVGG vertrok vanuit de gebruikelijke processen in de reguliere ouderenzorg. Staat de wens van de oudere of van zijn familie beschreven in een vroegtijdige zorgplanning? Ook het kwetsbaarheidsprofiel wordt gehanteerd als gevalideerde schaal in relatie met de mortaliteit. In de richtlijnen wordt ook rekening gehouden met de medische problemen. Welke alarmsymptomen induceren de verwijzing? Er werd gefocust op de alarmsymptomen die het meest waarschijnlijk bleven. De visie daarop is enigszins gewijzigd. Er werd ook uitgegaan van de palliatieve zorgprinci-

pes en van intercollegiaal overleg om discussies bij de ingangspoort te vermijden. Na overleg tussen geriater en huisarts kan de geriater de spoedarts verwittigen en zal de patiënt in het juiste bed terechtkomen.

Rond 20 maart 2020 werd duidelijk dat bij ouderen diarree vaak een eerste symptoom was van COVID-19. Ouderen die vielen, bleken bij opname in het ziekenhuis COVID-19-positief te testen, waarbij bleek dat er mogelijk atypische presentaties waren van een infectie. De volgende stap was nagaan of er een vroegtijdige zorgplanning was. Dan werd de 'clinical frailty'-schaal bekeken. Elke score lager dan 7 vergt parametercontrole. Wanneer er geen alarmsymptomen zijn, houdt de huisarts de bewoner in de thuiszorgsetting, indien nodig met zuurstoftoediening en antibiotica. Na 48 uur wordt de situatie opnieuw geëvalueerd, om te zien of een ziekenhuisopname wenselijk is. Bij zorgafhankelijke bewoners, al dan niet met een beperktere levensverwachting, wordt met de familie overlegd of palliatieve en supportieve zorg in het woonzorgcentrum aangewezen is. Het lijkt logisch dat mensen met een palliatief zorgprofiel kunnen sterven op de plek waar ze thuis zijn, in het woonzorgcentrum.

Wat zijn nu de verbeterpunten? De flowchart is gebaseerd op onvoldoende achtergrondinformatie en begeleiding. Er moet ook meer aandacht zijn voor hoe de zaken in de media terechtkomen. Dat lijkt fout te zijn gegaan vanaf de eerste dag. Volgens Nele Van Den Noortgate was de palliatieve zorgattitude wel al voor een deel aanwezig in Vlaanderen. In de crisistijd is dat helemaal weggeveegd. Er kon niet meer over waardig sterven worden gesproken. Dat werd heel sterk als een falen beschouwd.

Men heeft zich ook miskeken op het feit dat er veranderingen konden plaatsvinden in de reguliere zorgprocessen in het woonzorgcentrum. Door het personeelstekort kon supportieve en palliatieve zorg niet meer zoals normaal geboden worden. Sommige woonzorgcentra hebben laattijdig hulpvragen gesteld. De CRA kreeg nieuwe opdrachten met onvoorziene implicaties. Huisartsen waren verplicht afwezig in de woonzorgcentra. Het telefonische overleg leverde niet altijd de juiste informatie op. Nele Van Den Noortgate heeft bij bewoners en familie veel angst voor hospitalisatie gemerkt. De familie, die geen bezoek mocht afleggen, kon onvoldoende inschatten of de zorg die zij gewoon waren te zien toepassen, niet meer gewoon was. Al deze aspecten zijn niet mee opgenomen in de richtlijnen.

40 procent van de besmettingen deed zich voor bij de 70-plussers. Sterfte was er vooral bij de 75- en 85-plussers: 70 procent van de mortaliteit deed zich voor bij de 75-plussers. Dat was te verwachten. Het hoge aantal besmettingen heeft te maken met het feit dat infecties laattijdig werden herkend. Daar zijn drie belangrijke redenen voor: de atypische symptomen; het feit dat er ook asymptomatische bewoners waren; en het feit dat er in woonzorgcentra laattijdig screeningsmateriaal was. Volgens de richtlijnen van de overheid kwamen veel bewoners ook niet in aanmerking om te screenen. Ook het beschermingsmateriaal kwam laat. Veel outbreaks in woonzorgcentra zijn veroorzaakt door niet-zieke besmette personeelsleden, die vaak op meerdere verdiepingen zorg verleenden. Daarenboven is ook ziek personeel nog aan de slag gebleven met onvoldoende beschermingsmateriaal.

In een aantal woonzorgcentra was er geen outbreakplan en werd leidinggevende expertise gemist. De richtinggevende maatregelen waren soms onvoldoende verspreid. Er was ook discussie over het cohortebeleid. Hoe moest er worden gecohorteerd en in welke mate was dat in overeenstemming met het woon- en leefbeleid? Het verhuizen van bewoners binnen het woonzorgcentrum om een cohortafdeling te maken, leidde tot discussies en vertragingen in het cohorteren van de bewoners. Er is ook laattijdig gebruikgemaakt van elkaars expertise in de wettelijk verplichte functionele bindingen tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen. Structuren om CRA's te bereiken ontbreken.

Uit de best practices kan het een en ander worden geleerd. Locoregionaal was er soms veel afstemming tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen. In sommige regio's zijn de CRA's wel goed georganiseerd, met structuur en overleg.

Zijn er te weinig opnames in ziekenhuizen geweest? Er zijn recente cijfers van een Europees onderzoek over de plaats van overlijden in niet-COVID-19-tijd. 82 procent van de bewoners overlijdt in het woonzorgcentrum en 18 procent in het ziekenhuis. Tijdens de COVID-19-periode zijn in Vlaanderen 13,3 procent van de bewoners van het woonzorgcentrum in het ziekenhuis overleden.

Is er weigering geweest van transfers naar het ziekenhuis? Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen systematische weigeringen en weigeringen op casuïstieke basis. De cijfers tonen aan dat het casuïstiek was. Wat speelt een rol in een transfer? Er is ten eerste de wens van de bewoner en van de familie. Sommige bewoners weigerden door de hulpdienst te worden meegenomen. Een tweede factor is het medische beslissingsproces van de arts in het woonzorgcentrum en de arts in het ziekenhuis. Dat proces wordt bepaald door de opleiding van de arts, zijn kennis van het ziektebeeld, en de onderliggende ziektebeelden van de patiënt. Soms spelen persoonlijkheid en ervaring van de arts ook een rol. De derde factor zijn de regionale verschillen in de beschikbaarheid van bedden. Het gaat hier altijd om een medische verantwoordelijkheid, in overleg met de patiënt en de goed geïnformeerde familie.

In Vlaanderen bestaat niet de gewoonte om data systematisch en prospectief te registreren. De BVGG heeft een aantal Vlaamse ziekenhuizen en geriateren gevraagd om retrospectief data aan te leveren over de in het ziekenhuis opgenomen 80-plussers. Die data komen nog altijd binnen. Er zijn er al 570. Van de 80-plussers tijdens de COVID-19-periode kwamen er 63,9 procent van thuis en 30 procent uit de woonzorgcentra. Daaruit valt af te leiden dat personen uit de woonzorgcentra niet op reguliere basis zijn geweigerd in de ziekenhuizen. Een visitatie van de BVGG in 2008 op de geriatriediensten toonde aan dat toen gemiddeld 63,8 procent van thuis kwam. Er is geen verschil.

26,6 procent van die 80 had een 'clinical frailty'-schaal van zes. 27,2 procent zat op schaal zeven. 3 procent had schaal acht en negen. Schaal zeven en acht zijn niet systematisch geweerd uit de ziekenhuizen.

Een op de drie 80-plussers is overleden in het ziekenhuis. Een studie in The Lancet toont dat in het VK en Italië de mortaliteit in die categorie 37,3 procent bedroeg. Bij de 80-plussers met een lagere 'clinical frailty', schaal zes en zeven, zijn er minder mensen opgenomen. De mortaliteit ligt daar ook rond de 33 procent. Deze opdeling is voor België nog niet beschikbaar.

De holistische visie was zoek. Het welzijn van de ouderen en het personeel kwam te weinig en te laat aan bod. De Koning Boudewijnstichting heeft de psychosociale zorg met enkele initiatieven proberen te ondersteunen. De bezoekerichtlijn vond Nele Van Den Noortgate mensonwaardig, zeker in de palliatieve setting. Daar moest creatief mee worden omgesprongen. Dat is in onderling overleg ook zo verlopen in het eigen ziekenhuis. Er werd een eigen richtlijn gemaakt omdat het niet haalbaar leek om iemand slechts gedurende 20 minuten bij een stervende toe te laten. Het zal belangrijk zijn om neveneffecten van pathologische rouw bij familie op termijn te blijven monitoren, maar ook voor ouderen die meer en meer in een cocon zijn gaan wonen: hoe zullen zij hun sociale activiteiten opnieuw opnemen? De Vlaamse Ouderenraad zal dat ook voor een deel opnemen.

Nele Van Den Noortgate is ook bezorgd voor de zorgverleners. Er is veel morele stress, zeker in de ouderenzorg. Dat leidt tot jobverlaters en er zijn al zoveel handen te kort. Er moet dringend iets gebeuren.

Nele Van Den Noortgate heeft een taskforce gezien met veel virologen. Hoewel geweten is dat de ouderen het kwetsbaarst waren, zaten er geen geriateren in de taskforce. Internationale literatuur over atypische presentaties kon daardoor niet worden ingebracht. In de taskforce zetelen ook geen gerontologen, die leefstijladviezen hadden kunnen geven of hadden kunnen wijzen op de nood aan psychosociale ondersteuning. Er was in de taskforce ook onvoldoende vertegenwoordiging van de stem van de ouderen, of van hun familie. De betrokkenheid van de ethici was onvoldoende gestructureerd.

3. **Blik op de toekomst**

Jan De Lepeleire is al twintig jaar CRA en in die hoedanigheid lid van de multidisciplinaire BVGG. Hij zal een blik op de toekomst werpen. De maatregelen voor infectiepreventiebeleid zijn, indien rigoureuus toegepast, niet zo heel moeilijk. Daar moet nog meer op worden ingezet. Eind 2019 was hij betrokken bij de uitgave van een boek over het infectiepreventiebeleid in de woonzorgcentra met inhoudelijke en financiële ondersteuning van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Hij heeft er ook opleidingen over gegeven in heel Vlaanderen, doch telkens met weinig aanwezigen. Daar is nog wat werk te doen.

De screening van bewoners wordt ervaren als een zware frustratie door mensen die niet konden testen, maar soms werden gedwongen om testen te doen, die dan weinig zinvol waren. De systematische screening die daarna werd opgezet, is op veel plaatsen te laat gekomen.

Er was een tekort aan outbreakplannen. Die plannen zijn noodzakelijk bij het uitbreken van een tweede golf of een cluster, maar men zegt dat men daarmee bezig is.

Al in 2006 heeft Jan De Lepeleire voorgesteld om infectieteams te vormen in woonzorgcentra. Dat past in een structurele inbedding. Dat is uitgeschreven en kan gewoon copy-paste worden ingevoerd met een competentieverhoging. De instellingen die enkel een rob-erkenning en geen rvt-erkenning hebben, hebben geen CRA en dat is een manco. In Vlaanderen heeft ongeveer 10 procent van de woonzorgcentra enkel een rob-erkenning, in Wallonië is dat 30 procent. De spreker stelde toen voor dat er een CRA-functie 'light' zou komen. Daarvan moet werk worden gemaakt. Nog beter zou zijn om het onderscheid tussen rob en rvt op te doeken. In 1982 voorzag toenmalig minister Jean-Luc Dehaene dat de rob-functie nog vijf jaar zou bestaan en dus zou ophouden in 1987. Dat is ondertussen al even geleden.

In 2006 is al beschreven hoe de CRA-functie een groter mandaat moet krijgen om surveillance te doen en een infectiebeleid te voeren. Een CRA moet bijvoorbeeld op de hoogte zijn van alle microbiologische onderzoeken in een woonzorgcentrum. Dat gebeurt best in hetzelfde labo zodat er audits en rapporten van kunnen worden gemaakt. Als de CRA zelf aanvragen doet zonder toelating van de huisarts, moet hij dat kunnen doen met een pseudocode zodat dat niet op zijn RIZIV-profiel komt. Die zaken moeten federaal worden geregeld, maar het moet wel worden opgelost.

Het laatste indicatorenrapport over de cijfers van 2019 toont dat er in 56,6 procent van de gevallen een plan voor vroegtijdige zorgplanning was. Dat is nog maar de helft, en een aantal daarvan waren niet duidelijk. Daarop moet worden ingezet, en daarvoor is heel wat multidisciplinair overleg nodig tussen artsen en in de teams in de woonzorgcentra.

De palliatieve zorgcultuur is in deze COVID-19-crisis op de achtergrond geduwd. Er is een advies over van een expertgroep van de zorg rond het levenseinde van de VUB en UGent. De richtlijn die is ontwikkeld door de BVGG, moet verder worden uitgewerkt en verfijnd. Misschien moeten alle richtlijnen die werden gemaakt, worden gebundeld. Er is ook een zuurstofnota gemaakt voor de woonzorgcentra.

Daaruit is geleerd dat de nood aan zuurstof in woonzorgcentra van een andere orde was dan werd gepercipieerd, en daarvoor waren heel wat alternatieven mogelijk. Er is een soort crisis over ontstaan, maar bij een tweede outbreak zal dat niet meer gebeuren en zal men daar beter op voorbereid zijn. Het is belangrijk om daar nog verder aan te werken.

De woonzorgcentra hebben een sterk management nodig. Er zijn instellingen die goed georganiseerd zijn, maar er zijn er ook waar vragen kunnen worden gesteld bij de competentie van de mensen die ze leiden, niet alleen inhoudelijk, maar ook op medisch, financieel en logistiek niveau. In kleinere instellingen is dat waarschijnlijk net iets moeilijker, tenzij ze kunnen aanleunen bij een grotere groep.

De CRA moet een mandaat hebben om tot actie over te gaan. Ook over de verloning moet worden gesproken. De CRA kan een aanspreekpunt zijn. De spreker stelde op een vergadering met het platform van CRA's uit heel Vlaanderen voor om naar het model van Nederland te gaan met een verpleeghuisarts. In dat platform zijn ook de koepels van de woonzorgcentra vertegenwoordigd. Als het model van Nederland wordt aangenomen, dan stopt de relatie met de huisarts en neemt de verpleeghuisarts de zorg over. Het huidige model is een huisarts per drie residenten – dus 40 huisartsen voor een instelling van 120 bedden – met elk hun eigenheden, willetjes en grilletjes. Dat zijn de twee extremen, maar er zijn ook tussenwegen mogelijk. Dat is al 30 jaar een punt van discussie, maar deze crisis heeft aangetoond dat het noodzakelijk is om hierover na te denken.

Een vergadering van einde maart 2020 met datzelfde CRA-platform wees uit dat het in Vlaanderen heel verschillend geregeld is. In sommige instellingen had de CRA alles overgenomen, in andere kwamen nog huisartsen met duidelijke engagementen en afspraken.

Het personeelsbestand van verpleegkundigen moet worden opgedreven, meent Jan De Lepeleire. België is bij de landen met de laagste personeelsomkadering in de woonzorgcentra. Er moeten ook goede en adequate opleidingen zijn, maar dat neemt tijd af van de zorg. Wie heel krap zit, kan in een tekort terechtkomen.

Voor palliatieve dementie, wondzorg, fixatie en valpreventie, moet er misschien iemand in een middenkaderfunctie zijn die die specifieke expertise in huis kan brengen en houden. Ook andere zorgverstrekkers moeten een plaats krijgen. Ook de communicatie, zowel intern als extern, is belangrijk, bijvoorbeeld van de overheid met de instellingen, van de instellingen met de familie, of van de instellingen met de betrokken hulpverleners. De nieuwe cursus voor de CRA die wordt opgezet, bevat een module over communicatietechnieken, vergadertechnieken enzovoort. Een zekere academisering en onderzoek zijn daarbij nodig. België heeft op dat vlak gebrekkige cijfers, al zijn er ook boeiende initiatieven, zoals de COVID-19-barometer, die waardevol is gebleken. Jan De Lepeleire is eerstelijnsvoorzitter in de zuidostrand van Antwerpen en wist dankzij die barometer snel wanneer er een brand ontstond.

Dit vergt ook performante en geïntegreerde ICT-systemen. Er is op dat vlak de laatste jaren actie ondernomen, maar het is nog niet wat het anno 2020 moet zijn in een beschaafd land in het centrum van Europa. Dit kan een verlichting betekenen in de werklast van verpleegkundigen en verzorgenden.

De eerstelijnszones zijn recent gestart. Als er in 2021 een tweede golf komt, dan zal men in elk geval beter voorbereid zijn. De eerstelijnszone en de regionale zorgzone haken op elkaar in. Als voorzitter van de eerstelijnszone had de spreker contact met alle ziekenhuizen. In zijn regio zitten twee ziekenhuizen mee in het bestuur van die eerstelijnszone. Dat is niet onmogelijk, en bovendien is het belangrijk.

De eerstelijnszones en de regionale zorgzones kunnen een belangrijke rol spelen. Het zijn structuren met een 'public health'-cultuur en -structuur. Recent kreeg de spreker een brief van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid met de aankondiging van bijkomende middelen voor de volgende taken: 'public health'-taken, ondersteuning aan mobiele teams, populatiegericht afstemmen van hulpvragen, ondersteuning en advies aan lokale en provinciale besturen, en op populatieniveau zorgaanbieders sensibiliseren om het draagvlak voor het contactonderzoek te verhogen. Vlaanderen mag zich gelukkig prijzen dat die structuren worden opgestart, maar ze kunnen nog een extra boost gebruiken om problemen in de toekomst aan te kunnen.

Volgens *Nele Van Den Noortgate* is het belangrijk dat de woonvormen blijven aansluiten bij de lokale leefwereld van de oudere personen, dat de kleinschalige woonvormen mogelijke voordelen hebben inzake infectiepreventie, maar ook inzake huiselijkheid. Competentie in de zorg blijft belangrijk. Kleinschalige woonvormen zijn duurder, maar de dagprijzen moeten daar betaalbaar blijven, en ze worden best deskundig aangestuurd door overkoepelende organisaties die meer mogelijkheden hebben op logistiek en financieel vlak.

Heel veel mensen waren gechoqueerd toen de boodschap de wereld werd ingestuurd dat intensivisten de helden waren, en geriateren en gerontologen de slechteriken die ouderen in woonzorgcentra lieten sterven. Dat is zeker niet waar. Zorgverleners in de ouderenzorg hadden een enorme inzet. Dit zijn uitspraken die schade kunnen aanrichten. Enkel een eerlijk en genuanceerd beeld dat vertrekt vanuit de ouderenzorg is de enige manier om de beeldvorming van de ouderenzorg eindelijk uit het slop te halen.

VIII. Vragen van de leden

1. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele betreurt dat het infectiepreventieplan voor de woonzorgcentra dat lang geleden werd ontwikkeld, nog niet volledig is uitgevoerd en dat daar niet meer is in geïnvesteerd. Er was het plan, er waren proefprojecten die positief werden geëvalueerd, en er was een Zorginspectierapport van 2011 waaruit blijkt dat de helft van de woonzorgcentra niet volledig beantwoordt aan de infectiepreventienormen. Hoe komt het dat het infectiepreventieplan niet werd opgezet voor deze crisis? Moeten dezelfde richtlijnen van 2006 nog worden uitgevoerd? Of moet er een nieuw plan worden gemaakt over de manier waarop infectiepreventie in woonzorgcentra moet worden georganiseerd?

2. Vragen van Immanuel De Reuse

Volgens *Immanuel De Reuse* sprak minister Wouter Beke de beweringen van Lise Vandecasteele tegen en zegde dat de implementatie van het rapport van 2009 al redelijk ver gevorderd is. Hij vraagt hoe de sprekers daartegenover staan. Klopt die bewering?

Over de CRA is er al veel overlegd, maar wanneer moet dat rond zijn? Dat is een heel belangrijke functie in een woonzorgcentrum, en die wordt nu heel divers ingevuld.

3. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys hoorde dat de bezoekerichtlijnen van de voorbije maanden mensonwaardig waren. Hij vraagt naar hun aanbeveling om dat bij een eventuele tweede golf anders te doen. Kan een systeem met kleurencodes die lokaal worden gedifferentieerd? Op die manier zouden niet alle 80.000 bewoners over dezelfde kam moeten worden geschoren bij een nieuwe lokale uitbraak.

4. Vragen van Maaike De Rudder

Volgens *Maaike De Rudder* vroegen huisartsen om handvatten om te kunnen beslissen of een patiënt al dan niet naar het ziekenhuis moest. Zijn die handvatten er? Wie heeft die beslissing genomen? Moest men voor mensen zonder vroegtijdige zorgplanning snel schakelen, en hoe is die snelle schakeling dan gebeurd?

5. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys hoorde dat Jan De Lepeleire de ziekenhuizen had betrokken bij de eerstelijnszone. Volgens het plan zitten die op de regionale zorgplatformen. Is het de bedoeling dat de ziekenhuizen sowieso in de eerstelijnszones moeten worden vertegenwoordigd? Als er noodplannen moeten worden gemaakt, moet er zeker een link zijn met de ziekenhuizen. Moet dat in de eerstelijnszone of in het regionale zorgplatform?

6. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf meent dat veel aanbevelingen die tijdens deze hoorzitting werden gemaakt, kunnen worden opgenomen in het eindrapport. Als er van het overleg met de Vlaamse overheid verslagen zijn gemaakt, zou hij die graag krijgen. De *voorzitter* zal die opvragen.

7. Vragen van Ann De Martelaer

Volgens *Ann De Martelaer* moet de voorbije periode voor de grote groep ouderen met dementie moeilijk zijn geweest: isolement, geen aanrakingen en gemaskerde mensen. De vorige jaren waren er veel rapporten, documenten en aanbevelingen om de referentieartsen dementie op de eerste lijn te installeren. Hebben de deskundigen het gevoel dat dit kan worden geleerd uit deze crisis en dat het moet worden waargemaakt?

8. Vragen van Katrien Schryvers

Als er wordt geadviseerd om ouderen die al sterk verzwakt zijn, niet meer over te brengen naar een ziekenhuis, maar om ze waardig te laten sterven in een woonzorgcentrum, is het nodig dat er voldoende en goede medische en palliatieve zorg is in het woonzorgcentrum. *Katrien Schryvers* vraagt of de deskundigen een advies hebben over eventuele bijkomende functies om die medische en palliatieve kennis in woonzorgcentra binnen te brengen, en of er meer opleiding nodig is voor de mensen die er nu werken. Wie zou de functie van infectiepreventieadviseur kunnen invullen?

IX. Antwoord van Nele Van Den Noortgate

Nele Van Den Noortgate antwoordt dat er altijd wat is geworsteld met de algemene richtlijnen voor bezoek voor de totale populatie, waarbij de contacten zoveel mogelijk werden beperkt, en dat geldt ook voor de woonzorgcentra. Een doorsnee-bewoner kon nog contact nemen op een andere manier. Er zijn namelijk veel initiatieven geweest om sociaal contact mogelijk te maken. Het belangrijkste aspect is natuurlijk voor mensen die dicht bij het einde van het leven staan. De gemiddelde verblijfsduur in een woonzorgcentrum is anderhalf tot twee jaar. Voor sommige bewoners is dat maar twee dagen en voor anderen een paar maand. De mensen die er maar enkele maanden verbleven, hebben vijf maanden van hun leven niemand op bezoek gekregen. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen het type bewoners en hoe het menswaardig kan worden gehouden.

Algemene regels moeten er zijn, maar die moeten lokaal kunnen worden geïnterpreteerd en daarvoor zijn er mensen nodig met de nodige bekwaamheid en deskundigheid. De ziekenhuissector kan daarvoor meer competentie en capaciteit op korte tijd samenbrengen om samen met de ethicus en de psychosociale ondersteuning en rekening houdend met de algemene regels, te bekijken hoe het menswaardig kan verlopen. Daarover moet worden nagedacht. Dat vergt tijd en overleg, maar ook mensen en middelen. Die zaken tijdig bespreken met de betrokkenen is belangrijk om te voorkomen dat men terug in dezelfde situatie belandt.

Om mensen menswaardig te laten sterven in een woonzorgcentrum, is expertise nodig. De laatste jaren is er heel wat palliatieve zorgexpertise ingezet in de woonzorgcentra. Er zijn veel proefprojecten en studies over geweest, er zijn modellen beschikbaar en er is steeds meer onderscheid tussen palliatieve basiszorg, wat elke zorgverlener aan basisprincipes moet kennen, en de meer specialistische palliatieve zorg voor moeilijkere zorgsituaties. Dat laatste kan met behulp van mobiele palliatieve zorgequipes. Deze reguliere zaken kwamen echter te vervallen in deze crisis. De mobiele equipes die woonzorgcentra soms adviseerden, werden niet meer aangesproken. De palliatieve expertise in de woonzorgcentra moet verder worden uitgebreid, mensen moeten beter worden onderricht in de basisopleidingen en palliatieve zorg moet er meer aan bod komen. Ook de specialistische palliatieve zorg heeft meer middelen en handen nodig, zodat woonzorgcentra daarop een beroep kunnen doen.

X. Antwoord van Jan De Lepeleire

Jan De Lepeleire heeft de elementen uit het plan gedetailleerd doorgenomen. Een aantal zaken zijn nog niet ingevuld, en sommige zaken moeten op het federale niveau gebeuren.

De handvatten voor huisartsen waren er. Daarop heeft de spreker veel positieve respons gekregen. De toestand was voor iedereen zo onbekend en overweldigend dat het systematisch introduceren van de 'clinical frailty scale' veel huisartsen heeft geholpen om tot gedragen beslissingen te komen, in overleg met het verpleegkundige team en de familie.

Tegen het einde van 2020 wil Jan De Lepeleire een conferentie organiseren over de CRA. Hij suggereert het Vlaams Parlement een te initiatief nemen om alle betrokkenen die daarover iets te zeggen hebben, bijeen te brengen. Er zijn veel betrokkenen: bestuurders, directies, CRA's, huisartsen, bewoners en vertegenwoordigers. Enkele instellingen hebben al met verschillende vormen geëxperimenteerd en kunnen ook een bijdrage leveren.

Een les uit deze crisis is dat de CRA een statuut moet hebben dat hem een zekere autonomie garandeert, net zoals een adviserend arts van het ziekenfonds of een arbeidsarts dat heeft. Het functioneren van CRA's, directies en huisartsen is verdeeld volgens een gausscurve. Waar het goed was, verliep het goed, en waar er een conflict was, zijn er problemen ontstaan.

In de eerstelijnszones moeten ziekenhuizen in het regionale zorgzonenniveau zitten, maar het is ook belangrijk om voeling te houden op het persoonlijke en structurele niveau.

De structuur voor de opleiding van referentiearts dementie is klaar, en is afgesproken met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Dat staat al enkele jaren in het Dementieplan Vlaanderen 2016-2019. Als daar groen licht voor is, wil Jan De Lepeleire daar direct mee beginnen. In het dementieplan staat dat er een richtlijn moet komen voor de diagnostiek van dementie in een huisartspraktijk. Die is gemaakt, CEBAM-gevalideerd en kan worden verspreid.

De infectiepreventieadviseur moet een vast personeelslid zijn, als het ware een waakhond, die de aandacht van het personeel kan vestigen op preventie. Al tientallen jaren staat er in de regelgeving dat er één keer per jaar overleg moet zijn met het regionaal hygiëneplatform, maar het had nogal wat voeten in de aarde om de adressen te krijgen van de federale overheid.

Als een CRA al die taken moet waarmaken, is dat voor een kleine instelling niet haalbaar. De CRA wordt betaald per bed, maar misschien moet er een financiering zijn met een sokkel voor basisactiviteiten in plaats van de 0,62 euro per dag en per bed.

XI. Uiteenzetting door Mathieu Martens, bestuurslid, en Nils Vandenweghe, directeur van de Vlaamse Ouderenraad

Nils Vandenweghe dankt de commissie voor haar werk. De voorbije hoorzittingen waren vruchtbaar en belangrijk in het geven van erkenning en zichtbaarheid aan de moeilijke situatie van veel bewoners en personeelsleden tijdens de voorbije maanden. Eerst schetst de spreker hoe ouderen de voorbije maanden hebben ervaren, bij uitstek in de woonzorgcentra. Daarna doet hij een aantal vaststellingen over hoe die periode is aangepakt, waarna enkele aanbevelingen volgen op korte en middellange termijn.

De Vlaamse Ouderenraad is een platform van ouderenorganisaties, van lokale ouderenraden en van ouderen die vanuit een bepaalde deskundigheid of ervaring aan die werking participeren, en brengt een brede waaier aan mensen en organisaties samen, van actieve jonggepensioneerden tot ouderenverenigingen met een uitgebouwde mantelzorgwerking die de situatie in woonzorgcentra van nabij hebben opgevolgd.

Alles wat de Vlaamse Ouderenraad doet, vertrekt vanuit ouderen, wordt uitgewerkt en getoetst met een brede groep van ouderen. *Nils Vandenweghe* heeft vooral een coördinerende rol. *Mathieu Martens* is bestuurslid, maar ook voorzitter van de interne commissie over welzijn, gezondheid en zorg. Hij heeft een carrière als directeur in woonzorgcentra achter de rug en was betrokken bij de Alzheimer Liga Vlaanderen, bij OKRA Zorgrecht als mantelzorgvereniging, en is voorzitter van een eerstelijnszone. De Vlaamse Ouderenraad heeft veel competentie in huis vanuit de ouderen.

1. Ervaringen, signalen en getuigenissen van ouderen

Nils Vandenweghe spitst zich toe op de woonzorgcentra. Tijdens de voorbije hoorzittingen is duidelijk geworden dat veel voorzieningen het beste van zichzelf hebben gegeven in een context van schaarste, gebrekkige voorbereiding, improviseren en ad-hoc oplossingen zoeken. Niettegenstaande de verhalen en getuigenissen, was er veel diversiteit in de voorzieningen. De spreker zal geen veralgemeend beeld geven van de beleving in de sector van de ouderen. Hij zal de meer confronterende en minder positieve verhalen een plaats geven, in de hoop dat die ook worden meegenomen in de aanloop naar een volgende golf, waarmee hij geen afbreuk wil doen aan de enorme inspanningen van vele mensen.

Een belangrijke vaststelling is dat de samenleving op een heel fundamentele manier mensen hun rechten, hun vrijheid, hun autonomie, en hun inspraak op cruciale aspecten van hun leven als ondergeschikt heeft behandeld. Dat zal niemand ter discussie stellen, zeker niet in de eerste fase van de acute periode. In de getuigenissen komen vier aspecten duidelijk naar voren.

Het eerste aspect is het wegvallen van elementaire, menswaardige zorg. Op sommige plaatsen kon die elementaire basiszorg niet meer worden geboden. Zo was er

een man die door dementie kort voor de lockdown was verhuisd van een assistentiewoning naar een woonzorgcentrum. Het woonzorgcentrum was onderbemand en kon geen maaltijdbegeleiding bieden, en zo is die man op een maand tijd ondervoed geraakt. Hij kon amper nog spreken, kon niet meer op eigen benen staan en was incontinent. De familie heeft in die periode weinig communicatie ervaren, tot de mededeling kwam dat die man palliatief was. Op dat moment is de man daar weggehaald, is zijn dochter mee ingetrokken in een assistentiewoning en heeft hem daar een maand lang dag en nacht verzorgd tot hij uiteindelijk terug op de been was. De palliatieve situatie was geweken. De dochter is volledig over haar eigen grens gegaan door die intensieve en zwaar beladen periode. Dat was wellicht anders afgelopen als die man in het woonzorgcentrum was gebleven.

De focus ligt op woonzorgcentra, maar assistentiewoningen aangesloten aan woonzorgcentra kwamen ook in beeld. De verbonden assistentiewoningen gingen mee in lockdown. De spreker geeft het voorbeeld van een 93-jarige vrouw met hart- en ademhalingsmoeilijkheden die daar bijna drie maand lang geen hulp heeft gekregen om te douchen, ze heeft geen huisarts gezien, heeft geen perimedische pedicure gekregen, geen kine en geen hulp in het onderhoud van haar assistentiewoning. Ze werd verzorgd, maar dat beperkte zich tot temperatuuropname en controle van de medicatie.

Dat kan zeker niet worden veralgemeend voor elk woonzorgcentrum. Veel woonzorgcentra hebben geen uitbraak gehad en hebben goed werk geleverd, ook in moeilijke omstandigheden, maar veel van de signalen die binnenkwamen, slaan op mensen die bezorgd zijn, die een indicatie hebben van gebrekkige wondzorg, van gebrekkige maaltijdbegeleiding enzovoort. De machteloosheid die veel mensen daarbij voelen, heeft enorme impact gehad. Sommige bewoners zijn op korte tijd sterk achteruitgegaan.

De kwaliteit van de zorg in sommige woonzorgcentra liet al voor de coronacrisis te wensen over, of was niet op het niveau dat ervan werd verwacht. De coronacrisis heeft in veel gevallen het wantrouwen dat er bij sommige familieleden al was, alleen maar versterkt.

Een tweede grote vaststelling is de gebrekkige ondersteuning voor psychosociaal welzijn. Het welzijn van bewoners is in deze periode zwaar op de proef gesteld. In het begin hebben veel mensen veel veerkracht getoond. Ze werden gesteund door het personeel dat het beste van zichzelf gaf, maar na verloop van tijd is dat bij veel bewoners omgeslagen.

Contact met familie, kinderen, kleinkinderen of een partner buiten het woonzorgcentrum, is van onschatbare belang voor mensen die verblijven in een woonzorgcentrum. Het maandenlang wegvallen van dat rechtstreeks contact, maar ook van beweging of betekenisvolle activiteiten in geval van kamerisolatie, heeft zwaar doorgewogen, met daar bovenop angst, bezorgdheden en verlies van medebewoners. Ook nu, tijdens de versoepeling met de beperkte bezoeksregeling, is er gebrek aan privacy, aan elkaar aanraken of aan mogelijkheden om naar buiten te gaan, en dat weegt nog altijd door.

Dat creëert eenzaamheid, die zowel sociaal, emotioneel als existentieel is. Veel families werden geconfronteerd met de vraag: wat zit ik hier nog te doen? Dat zijn signalen waar familieleden het moeilijk mee hebben en waarin de machteloosheid zich sterk laat voelen.

Een bijzonder aandachtspunt daarbij is de schaarse groep. Er was een opnamestop, behalve voor uitzonderlijke gevallen. In die uitzonderlijke gevallen ontbraken alle elementen van een warme opname in de voorbije maanden. De mensen kwamen terecht in een setting van fysieke afstand, mondklappers, kamerisolatie of

geen bezoek. Het gevoel om vanuit een ziekenhuis in een gevangenis te belanden, is hoe verschillende mensen het hebben omschreven.

Doorheen dat alles hadden bewoners, zeker in woonzorgcentra die zwaar zijn getroffen en onderbemand waren, geen aanspreekpunt om hun belevingen en emoties te delen. Vrijwilligers en mantelzorgers werden door sommige woonzorgcentra volledig geweerd. Het personeel was in die situaties vaak overbevraagd, en persoonlijke psychologische begeleiding maakt geen deel uit van de standaardomkadering in een woonzorgcentrum, niettegenstaande de verlieservaring die mensen, los van COVID-19, in de laatste levensjaren en in die zorgsituaties sowieso al ervaren.

Nils Vandenweghe is zich ervan bewust dat hij een negatief verhaal brengt, maar beseft dat er veel goede initiatieven zijn genomen zoals beeldbellen, babbelboxen enzovoort. Maar ook dat soort zaken had een houdbaarheidsdatum. De voldoening uit die noodoplossingen blijft niet voldoende om de nood aan menselijk contact te lenigen.

Een derde grote vaststelling, zeker van de laatste maanden, is dat er veel zeggenschap bij de voorzieningen is gelegd. Begin mei 2020 werd de spreker gecontacteerd door een CRA van een woonzorgcentrum die ongelooflijk was gefrustreerd over de richtlijnen. Het woonzorgcentrum was COVID-19-vrij, goed bemand, perfect bevoorraad en kon bezoek op een veilige manier organiseren, terwijl de bewoners afzagen onder het bezoekverbod, zeker omdat op dat moment aan de overkant van de taalgrens wel werd opgestart. Het duurde nog tot 18 mei 2020 eer bezoek werd toegestaan na toestemming van de voorziening. Op zich was het een goede beslissing om de controle bij de voorzieningen te leggen, dat had al van bij het begin van de aankondiging in april 2020 de lijn moeten zijn. Het voordeel was dat ze zo konden inspelen op de eigenheid van verschillende situaties.

Veel voorzieningen zijn daar verantwoordelijk, constructief en evenwichtig mee omgegaan. Andere voorzieningen hebben echter heel lang het been stijf gehouden om maximaal in te zetten op ziektepreventie, en hebben het welzijn van de bewoners en de nood aan sociaal contact zo lang mogelijk afgeremd. Tot nu komen er klachten binnen over de onmogelijkheid van bezoek, over het niet naar buiten mogen, over assistentiewoningen die fysiek gescheiden kunnen worden, maar niet werden gescheiden.

Zo kreeg Nils Vandenweghe twee weken eerder een telefoon van een vrouw wier moeder verblijft in een woonzorgcentrum en tijdens de lockdown 4 kilogram is afgevallen en nog maar 39 kilogram weegt. Ze wou haar dolgraag mee naar buiten nemen om haar op het terras een goede maaltijd te geven, maar werd afgeblokt door de directie. De directie zei dat iedereen die naar buiten gaat, daarna twee weken in kamerquarantaine moet. Van alle nuance in de richtlijnen was niets terug te vinden. Die vrouw vraagt zich af met welk recht die voorziening zich die beslissingsmacht toe-eigent, en welke juridische mogelijkheden ze zelf heeft om daartegen in beroep te gaan.

Dat was een terugkerend element in de klachten: de onduidelijkheid van het statuut, van de aanbevelingen, de richtlijnen en de variatie die voorzieningen hadden om te kunnen afwijken. Voor veel mensen was dat onduidelijk. Pas bij de laatste wijzigingen van de richtlijnen eind juni 2020 is het accent opgenomen dat voorzieningen niet alleen moeten communiceren, maar vooral ook perspectief moeten bieden en beslissingen moeten motiveren.

Sommige voorzieningen gingen drastisch te werk in hun preventiebeleid. Al op 13 maart 2020 was er een grote groep woonzorgcentra die besliste om alle bewoners preventief in kamerisolatie te stoppen, ongeacht symptomen of outbreak. Ook daar rijst de vraag over de balans tussen collectieve ziektepreventie en indi-

vidueel welzijn, en hoe daar in de toekomst een sterker sturend kader rond kan worden geboden.

Een vierde en laatste vaststelling is de betrokkenheid bij cruciale beslissingen en levenseindezorg. Over ouderen die werden geweigerd door een ziekenhuis bij een poging tot hospitalisatie, heeft Nils Vandenweghe geen signalen ontvangen. Ook Unia heeft daarover tot nader order geen klachten ontvangen. Wel kwamen er signalen van familieleden dat ze bij ingrijpende beslissingen niet werden betrokken of geen inspraak kregen. Mensen kregen bijvoorbeeld telefoon met de mededeling dat een geliefde COVID-19 had, maar niet zou worden gehospitaliseerd. De ene keer kwam dat bericht van de huisarts en de andere keer van de verpleegkundige van het woonzorgcentrum. Die mededeling werd niet onempathisch gebracht, maar overleg met de bewoner en zijn naasten hebben die mensen niet ervaren. In de situatie waarin die bewoner uiteindelijk overleden is, zit die familie met veel schuldgevoel. Het schuldgevoel van niet meer te hebben aangedrongen op een hospitalisatie.

De uitdagingen maken het voor de woonzorgcentra heel moeilijk om de aanwezigheid bij levenseindemomenten te regelen. De richtlijnen op dat vlak waren, zeker in de loop van maart tot begin april 2020, heel vaag en open. Er was een uitzondering op het bezoekverbod, maar hoe dat werd ingevuld, werd niet geconcretiseerd, maar overgelaten aan de voorziening. Ook daarin was veel variatie.

2. Vaststellingen over de aanpak

De voorbije maanden werden de voorzieningen volgens *Mathieu Martens* geconfronteerd met een ongelofelijke vraag om het beste te geven van zichzelf, maar de instellingen waaraan die vraag werd gesteld, waren amper of niet uitgerust om daar een positief antwoord op te geven. De Vlaamse Ouderenraad schuift al jarenlang bepaalde pijnpunten naar voren. Zo is de personele omkadering, zowel in het rob- als in het rvt-statuut, duidelijk ontoereikend. Als men spreekt over een inhaalmanoeuvre van rob naar rvt, dan is de Vlaamse Ouderenraad daar blij mee en hoopt dat men daar versneld op zal ingaan. Maar evengoed zeggen rvt-gerechtigde instellingen dat hun personele omkadering ontoereikend is om wat op hen afkomt, goed te doen. De toename van personeel van rob naar rvt is eigenlijk ontoereikend.

De Vlaamse Ouderenraad vraagt niet om zoveel extra personeel, maar kijkt al eens over de grens. Nederland maakt niet de meest positieve indruk, maar de personele omkadering zit daar tussen vijftien en twintig. Daarmee kan men al wat meer doen. De historische pijnpunten die er waren, zowel kwalitatief als kwantitatief, komen zeker op hen af.

Een tweede vaststelling is dat de woonzorgcentra niet voorbereid waren. Er zijn heel wat pilootprojecten geweest rond infecties in woonzorgcentra, er zijn draaiboeken, en er zijn kwaliteitshandboeken waarin duidelijk staat wat woonzorgcentra verplicht zijn te doen. Motena maakte duidelijk dat woonzorgcentra zich nu voorbereiden en dat ze materialen inslaan. Zij doen dat op hun eigen manier. Maar er waren geen of weinig zorginstellingen die eigen materiaal hadden. Dan is het gemakkelijk om naar de overheid te kijken. Ze hebben zelfs niet de basis om mee te starten.

De werkinstrumenten zoals kwaliteitshandboeken zijn er, maar ze worden niet ingevuld, ze worden niet onmiddellijk begrepen, want er zijn zorgkundigen die niet weten hoe ze beschermingsmateriaal moeten aantrekken, en dan zal er waarschijnlijk weinig les gegeven zijn over die zaken. Volgens Jan De Lepeleire zijn er veel lessen gegeven maar was er nauwelijks aandacht voor. De woonzorgcentra hebben een eigen verantwoordelijkheid en moeten inspelen op de zaken die de overheid aanbiedt.

De woonzorgcentra stonden ook onder extreme druk. Zowel bewoners die het nog goed begrijpen als mantelzorgers kijken ook naar tv en horen ook dat mensen vanaf een zekere leeftijd misschien moeten worden geweerd in de intensive care. Dit maakt dat er ongerustheid was bij ouderen en mantelzorgers. Ze vroegen zich af wat er boven hun hoofden zou worden beslist over wat er met hen zou gebeuren.

Ook in de woonzorgcentra was er veel druk. Het was een ongewilde druk doordat op een bepaald moment bijna werd gezegd dat een woonzorgcentrum gelijk was aan een ziekenhuis. Men verwachtte dat bij een outbreak in een woonzorgcentrum daar bijna dezelfde zorgen kon worden gegeven als in een ziekenhuis. Die verwachting mag er zijn maar het woonzorgcentrum kan op dat moment in een zekere panische angst schieten omdat het niet weet wat te doen.

In de woonzorgcentra vielen veel helpende handen zomaar weg. Vrijwilligers en mantelzorgers werden onmiddellijk geweerd. Of het een terecht afweermechanisme is of niet, dat moeten wetenschappers bekijken. Bij de minste symptomen van COVID-19 moest van de ene voorziening het personeel thuisblijven en in de andere moest het personeel blijven komen. In de woonzorgcentra heerste er angst om het niet te kunnen.

Er was geen vertaling van de richtlijnen voor bewoners en mantelzorgers. Op vrijdagavond kwam de raad bijeen. Toen waren er al journalisten die zaken lieten vallen van wat er eventueel zou komen. Op zaterdag werd duidelijk wat dat zou zijn. Op maandag werden de bewoners en mantelzorgers geconfronteerd met hoe het de volgende week zou zijn.

De communicatie van de overheid ontbrak, en werd niet vertaald voor bewoners en mantelzorgers. Dat werd overgelaten aan de directies van de instellingen, en dat gaf veel stress voor bewoners en mantelzorgers.

Deze zaken waren ook continu in evolutie. Wekelijks of tweewekelijks veranderden de richtlijnen, en er was weinig of geen communicatie tussen instellingen, mantelzorgers en bewoners. Er zullen zeker instellingen zijn die het wel goed deden, maar op veel plaatsen was er te weinig communicatie. Dat is belangrijk om op te nemen zodat de mantelzorgers en de bewoners nooit meer het gevoel hebben dat ze er alleen voor staan en in de kou worden gelaten.

Er was ook geen afstemming over de richtlijnen en de draaiboeken met organisaties die ouderen en mantelzorgers vertegenwoordigen. In het opzetten van werkgroepen en commissies is de betrokkenheid van mantelzorgverenigingen er pas gekomen op het moment dat ze daarom vroegen. Dan kregen ze alleen toestemming om bij de psychosociale ondersteuning vertegenwoordigd te zijn.

In geval van een nieuwe outbreak moet dat sneller kunnen. Het kan niet dat dit soort zware beslissingen met geweldige impact op het psychosociaal welzijn van bewoners en mantelzorgers, zonder hen worden genomen. Zij weten hoe die zaken kunnen lopen in de toekomst. In de specifieke werkgroepen van de taskforce moeten in de toekomst ook mantelzorgverenigingen en ouderenraden worden vertegenwoordigd.

3. Aanbevelingen

Nils Vandenweghe overloopt de aanbevelingen die de Vlaamse Ouderenraad op korte termijn wil doen. In de hoop om zoveel mogelijk levens te redden, zijn de voorbije maanden beleidsmatig alle principes over ouderenzorg in Vlaanderen – de gebruikers centraal zetten, kwaliteit van wonen, leven en zorg, of inspraak – radicaal naar het achterplan verwezen. Veel mantelzorgers voelden zich alleen nog

beschouwd als potentiële superverspreider, en veel bewoners hebben gezien dat er op veel vlakken van hun leven is beslist zonder dat ze daar inspraak in hadden.

Dat is de eerste aanbeveling: versterk de inspraak van bewoners. De Vlaamse Ouderenraad pleit meer dan ooit voor iemand die vanuit bewonersperspectief participeert aan het bestuur van een woonzorgcentrum. Dat kan een goed opgeleide vrijwilliger zijn met een raadgevende stem, maar die wel terugkoppelt met de bewonersraad en de familieraad, en die vandaaruit het bewonersperspectief inbrengt in het concrete bestuur van het woonzorgcentrum.

In Nederland is dat ingebed in de wet op medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen. Ook in Vlaanderen is dat mogelijk. Onder normale omstandigheden kan dat iemand zijn die mee nadenkt over de keuzes van investeringen of over de prioriteiten van kwaliteitsverbetering. In coronatijden kan dat iemand zijn die mee reflecteert over het welzijn van bewoners. Veel directies zijn overstelpt met vragen van familieleden. Veel voorzieningen hebben niet goed kunnen communiceren over alles wat op hen afkwam. Een vertrouwd aanspreekpunt vanuit familie en bewoners kan daarin een rol spelen. Dat kan een vrijwilliger zijn. Het hoeft geen geld te kosten. Als persoonsgerichte zorg centraal moet staan, moet die persoon inspraak krijgen in het bestuur en het beleid rond persoonsgerichte zorg.

Die uitdaging bestaat ook op het beleidsniveau. Het perspectief van de gebruiker is nog niet verworven in Vlaanderen. De doelgroepen met het oog waarop al die draaiboeken en richtlijnen zijn opgesteld, zijn nooit rechtstreeks betrokken of bevraagd. Naast de inspraak op voorzieningenniveau, moet de organisatie, in geval van volgende golven, ook structurele kanalen hebben om signalen in te brengen. Mantelzorgers in thuissituaties op het eerstelijnsniveau hebben het ook moeilijk gehad, ook op dat niveau moet dat goed worden bekeken.

De tweede aanbeveling vraagt een kader te creëren voor het geestelijke welzijn van bewoners. Het is overduidelijk dat de psychologische en existentiële zorg in woonzorgcentra op veel plaatsen ontoereikend is geweest, met de maandenlange lockdown, alle angsten, alle isolement en geen professioneel omkaderd aanspreekpunt. Er zijn affiches uitgehangen voor Tele-onthaal. Tele-onthaal doet fantastisch werk, maar het gaat over een traumatische periode voor veel mensen en dat vergt toch meer dan dat.

Met het nieuwe Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 zijn er inzake preventie grote stappen vooruit gezet. Dat nieuwe decreet heeft een duidelijk accent gelegd op betekenisvolle dagbesteding, wisselwerking met de buurt, of kwaliteit van wonen en leven. Dat is het preventieve deel. Het curatieve aspect ontbreekt echter nog, zeker als de statistieken van medicatiegebruik daartegenover worden gezet.

Op korte termijn is de voorbije maanden op het federale niveau door de coronacrisis de eerstelijnspsychologische functie uitgerold voor 65-plussers. Alleen zal het voor mensen in woonzorgcentra moeilijk zijn om op die externe psychologen een beroep te doen, want die zijn per definitie minder toegankelijk voor hen. Hoe kan de opening die federaal is gecreëerd in de woonzorgcentra worden getrokken? Kan Vlaanderen op korte termijn middelen uittrekken om de eerstelijnspsychologische functie voor wie ervoor in aanmerking komt, toegankelijk te maken?

Dit onderdeel moet structureel worden geïntegreerd in het beleid van de voorziening. Er moet een kader voor komen, en middelen. Er moet iemand zijn in de voorziening die de visieontwikkeling rond geestelijk welzijn trekt, die samenwerking met CGG's of externe psychologen uitbouwt, die collega's begeleidt, en die een aanspreekpunt kan zijn. Het kan een opwaardering van de begeleider wonen en leven zijn of het kan een referentiepersoon geestelijke gezondheidszorg zijn. Daarvoor zijn kaders nodig.

Het andere punt is dat de personeelsnormen moeten worden herzien. Ze moeten zowel worden opgetrokken als verbreed. Nils Vandenweghe verwijst daarvoor naar de bijzondere woongelegenheden voor mensen met jongdementie, die op het einde van de legislatuur 2014-2019 zijn gecreëerd. In de financiering zit er ruimte voor een maatschappelijk werker, een sociaal verpleegkundige of een psycholoog. Voor die groep is dat op basis van diagnose. Het zou niet onmenselijk zijn om dat door te trekken naar andere bewoners die daarvoor in aanmerking komen.

Een andere aanbeveling die *Mathieu Martens* naar voren schuift, is het aanmoedigen van woonzorgcentra om op zoek te gaan naar maatwerk. Op welke manier kan er, in samenspraak met mantelzorgers, familieleden en vrijwilligers, worden nagedacht over hoe een woonzorgcentrum in crisis mee kan worden gerund? Nu was de dialoog met mantelzorgers en familieleden duidelijk afwezig. Ze keken toe hoe de beslissingen in de raad van bestuur of de directie werden genomen, maar ze kregen geen gelegenheid om dat samen met hen te bekijken.

De hulp van mantelzorgers en vrijwilligers moet meer essentieel worden. Mantelzorgers en vrijwilligers worden in woonzorgcentra gebruikt om aanvullende tewerkstelling te krijgen, maar de spreker wil hen, op hun niveau, mee laten runnen als medezorgverleners. De psychosociale zorg voor die groep van mensen is ook belangrijk.

Specifieke doelgroepen zoals mensen met dementie moeten apart worden bekeken. Hoe moet met die mensen worden omgegaan in dit soort crisissituaties? Hoe moet de stroomlijning gebeuren van de communicatie vanuit de overheid? Mantelzorgers moeten ook door de overheid direct worden geïnformeerd. Er zijn zes mantelzorgverenigingen en die moeten worden betrokken bij het geheel in een zeer duidelijke communicatie.

Garandeer essentiële zorg en ondersteuning, ook in de thuiszorg, is een andere aanbeveling. Veel ouderen en mantelzorgers merkten op dat door de drastische afbouw of zelfs stopzetting van thuiszorg, van de poetsdiensten, van de transmurale zorgverlening zoals dagopvang, zij plots de 24/7-zorg op zich moesten nemen. Mensen die zichzelf met dagopvang en dagverzorging konden redden in normale omstandigheden, moesten zich nu redden in abnormale omstandigheden en kregen die continue zorg daar bovenop. Op welke manier kunnen die zaken sneller worden opgestart of trager afgebouwd? Daarover kunnen wetenschappers even nadenken.

Een laatste aanbeveling: pak de onderfinanciering van de ouderenzorg aan. Dat geldt niet alleen voor een switch van rob naar rvt, het geldt ook voor de uitbouw van palliatieve zorg, voor vroegtijdige zorgplanning en voor psychisch welzijn. Dit kan niet met de huidige financiering van een rob en een rvt. Op welke manier kan daarop een antwoord worden geboden? Veel instellingen kunnen een hogere en flexibele personeelsnorm hebben naargelang van de personen die ze in hun eigen instelling hebben. Instellingen met veel personen met dementie kunnen zich daarop focussen. Instellingen met meer personen met lichamelijke zorg kunnen zich daarop focussen, en kunnen flexibel omgaan met de personele omkadering, zodat het geen keurslijf is dat van hogerhand wordt opgelegd, maar wel een kwaliteitsweergave in het geheel.

XII. Vragen van de leden

1. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse vraagt of de deskundigen te vinden zijn voor een soort basisregels voor bezoek. Dat wordt breed ingevuld, sommige voorzieningen behouden de lockdown en andere houden de deuren open. Zou een basisregel over wat er bij een bepaalde versoepeling minimaal moet gebeuren, goed zijn?

2. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys vraagt hoeveel klachten de deskundigen hebben gekregen, en of dat kan worden gerelateerd aan het aantal leden dat ze hebben. Wat ze hebben verteld, is schrijnend, maar hij wil graag weten hoe prevalent dat is.

3. Vragen van Katrien Schryvers

Door de kwetsbaarheid van ouderen voor COVID-19 zijn al snel heel algemene maatregelen genomen voor de groep van 65-plussers, stelt *Katrien Schryvers*, terwijl die groep ongelooflijk divers is. Sommige mensen van 50 of 60 jaar kunnen kwetsbaarder zijn dan bijvoorbeeld kloeke 75-plussers. Hebben de deskundigen een advies over hoe daar in de toekomst beter mee kan worden omgegaan, in plaats van maatregelen te nemen die een hele leeftijdsgroep omvatten?

4. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys weet dat mantelzorgers op dit moment op hun tandvlees zitten omdat de professionele zorg in de thuissituatie is weggevallen, en ook het gewone netwerk van bijvoorbeeld burens, vaak uit schrik om besmet te geraken en om de bubbel zo klein mogelijk te houden. Daardoor is de druk op de mantelzorgers enorm groot geworden. Hoe kunnen de mantelzorgers in de thuissituatie in zo'n crisis worden ondersteund?

5. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf wijst erop dat het perspectief van ouderen wat verloren is gegaan omdat beslissingen vaak boven hun hoofden werden genomen. Professor Johan Leman hield recentelijk een pleidooi om de Vlaamse Ouderenraad om te vormen tot een volwaardig ouderenrechtencommissariaat, zoals het Kinderrechtencommissariaat. Er is duidelijk een grote nood aan een sterkere stem van ouderen in het beleid tijdens zo'n crisis, maar ook op andere momenten. Hoe staan de deskundigen tegenover het structureel versterken van de huidige Vlaamse Ouderenraad om de stem van ouderen in de toekomst sterker te laten horen?

6. Vragen van Ann De Martelaer

Volgens *Ann De Martelaer* is in het decreet van 7 december 2012 houdende stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en beleidsparticipatie van ouderen, de erkenning van de Vlaamse Ouderenraad opgenomen. Inzake beleidsparticipatie is er nog veel te doen en moet dat decreet mogelijks nog worden aangevuld. De Vlaamse Ouderenraad was niet betrokken bij de taskforce voor de zorgvoorzieningen en heeft dus niet mee de exit besproken. Waarom werd de Vlaamse Ouderenraad daar niet voor gevraagd?

7. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele hoorde dat de Vlaamse Ouderenraad bepaalde zaken al jaren vraagt, bijvoorbeeld over de te lage personeelsbezetting, waarvoor een zware tol is betaald. Wat zijn de eisen vandaag? Wat moet er dringend gebeuren voor er een eventuele tweede golf aankomt, op het vlak van personeelsbezetting? Welk budget is daarvoor nodig?

8. Vragen van Arnout Coel

Arnout Coel vernam dat ook de inwoners van serviceflats getroffen zijn door de beperkende maatregelen, hoewel zij toch zelfstandig wonen met ondersteuning. Zijn daar aantallen van gekend? Moet er in de aanbevelingen geen aandacht zijn om de rechten te garanderen van die focusgroep?

9. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls vraagt of er een structurele weigering is geweest van het doorsturen van mensen uit woonzorgcentra naar ziekenhuizen, ook al hadden ze daar nood aan. Dat stond breedvoerig in de kranten, maar tot nu toe heeft niemand gezegd dat er zwart op wit een richtlijn was om dat niet te doen. Als ook de Vlaamse Ouderenraad dat niet zegt, moet die mythe voor eeuwig en altijd uit de wereld.

10. Antwoord van de Vlaamse Ouderenraad

Mathieu Martens heeft als voorzitter van een scholengemeenschap ook gekeken naar de manier waarop scholen in de toekomst zullen omgaan met zeggenschap en bezoeksregeling. Zij baseren zich op een kleurenindicatie en dat zou hier ook nuttig kunnen zijn. Zo worden de instellingen niet tegenover elkaar uitgespeeld. De kleurenindicatie geeft bijvoorbeeld aan of een instelling wel of geen besmettingen heeft. Als de kleur rood is, is er geen bezoek mogelijk, en dat geldt dan ook voor de buitenwereld. Dat zou geen slecht systeem zijn.

Nils Vandenweghe maakt een onderscheid qua betrokkenheid. De Vlaamse Ouderenraad was beleidsmatig sterk betrokken bij de brede maatschappelijke impact van de coronacrisis op ouderen in de samenleving. Kort nadat de Vlaamse Ouderenraad samen met de ouderenverenigingen in navolging van de lokale dienstencentra heeft beslist om de activiteiten op te schorten, werd die midden maart 2020 uitgenodigd door minister Wouter Beke voor overleg over de impact van de lockdown op de eenzaamheid en het isolement van ouderen die alleen thuiszitten. De Vlaamse Ouderenraad werd bevraagd over het actieplan mentaal welzijn, en werd toegevoegd aan de taskforce kwetsbare gezinnen, die vooral keek naar de impact van lockdownmaatregelen op mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie. De Vlaamse Ouderenraad werkte samen met minister Wouter Beke en professor Erika Vlieghe aan het charter van het maatschappelijk engagement van ouderen, en werkte ook samen met het kabinet van minister-president Jan Jambon aan de heropstart van de ouderenorganisaties met cultuur.

Bij het brede maatschappelijke verhaal werd de Vlaamse Ouderenraad goed betrokken, maar de taskforce ouderenzorg is anders gelopen. Op het moment dat het werd gelanceerd in de eerste acute fase, ging het over hier en nu praktische problemen oplossen, bevoorradingsmateriaal, testingcapaciteit en het vinden van personeel. Het was perfect te verdedigen om dat in kleine groepen met voorzieningen en professionals te bekijken. Daar was op dat moment geen kritiek op. Pas toen duidelijk werd dat er werd overgegaan op inhoudelijk beleid en op het uitwerken van bezoeksrichtlijnen en versoepelingen, heeft de Vlaamse Ouderenraad eind april 2020 gevraagd om een adviserende rol op te nemen. Toen was er bezorgdheid over de vraag of er een leeftijdsgrens van 65 jaar zou zitten in de bezoeksregeling.

Daarmee bestond het risico dat jonggepensioneerden en partners niet op bezoek zouden mogen komen. Op dat moment heeft de Vlaamse Ouderenraad die vraag heel duidelijk gesteld.

In navolging van de versoepeling van het bezoekrecht was er de vrees, die terecht is gebleken, dat er met het elkaar terugzien heel wat klachten boven gingen komen over de voorbije periode. In de loop van mei 2020 werd de Vlaamse Ouderenraad toegevoegd aan een werkgroep om een retrospectieve opsomming te maken van al die klachten en welk antwoord daarop mogelijk was. In die werkgroep was er wel geen zicht op andere werkgroepen. Er was geen transversaal beeld. De Vlaamse Ouderenraad werd niet geïnformeerd over draaiboeken of nieuwe richtlijnen.

De vraag naar het aantal klachten is een moeilijke vraag. De Vlaamse Ouderenraad heeft geen individuele, bemiddelende of klachtenbehandelende functie. Het is geen ombudsdienst en daar is ook geen werking voor uitgebouwd. Wat binnenkomt, zijn signalen van mensen die over de Vlaamse Ouderenraad horen in de pers of op het internet, en dat is sowieso versnipperd. Er was een samenwerking met de lidorganisaties om de kwalitatieve signalen te capteren. Over wat er bij die lidorganisaties is binnengekomen, zijn er geen aantallen. Het ging meer over wat er moest worden bijgestuurd dan over hoeveel klachten er waren.

De meest objectieve bron is de Woonzorglijn, die wellicht een pak meer oproepen heeft ontvangen, en ook statistisch kan verwerken waarop de klachten betrekking hebben. Over de versoepeling van het bezoekrecht is midden juni 2020 vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid de boodschap vertrokken dat de Woonzorglijn werd overspoeld met telefoontjes van familieleden over voorzieningen die niet meegaan in de versoepeling van het bezoek. De vraag leefde om het belang van de afweging tussen welzijn en veiligheid te communiceren en om perspectief te bieden. Hoewel het niet bekend is hoe representatief de klachten waren, is het duidelijk dat de klachten relevant zijn. Bij een eventuele tweede golf moet ervoor worden gezorgd dat die situatie zich zo weinig mogelijk voordoet.

Mathieu Martens voegt eraan toe dat de Vlaamse Ouderenraad recent een brief stuurde naar de leden met de vraag om de zaken die ze opvangen, door te geven. Over een maand zullen er wellicht meer van dit soort zaken zijn. Mensen kruipen ook niet zomaar in hun pen, maar met wat aanmoediging zullen ze wel melden waar de pijnpunten zitten.

Het netwerk van de mantelzorgers dreigt weg te vallen door alle maatregelen, ook de maatregelen in de thuiszorg. Er zijn heel wat spontane zaken gebeurd, en dat kan nog worden vermenigvuldigd. Heel wat lokale dienstencentra kregen op een bepaald moment het bericht dat ze moesten sluiten, en dan kregen ze heel wat telefoons. Zij hebben dan geprobeerd telefonisch contact op te nemen met mensen in preciaire situaties om hen op te vangen.

Ook verenigingen zoals OKRA werden aangemoedigd om de zwakkeren en de mensen van wie ze vermoedden dat ze in een moeilijke situatie waren terechtgekomen, op te bellen en te vragen of ze iets nodig hadden. De druk op de mantelzorger kan op die manier gedeeltelijk worden opgeheven door dit soort zaken te enthousiasmeren. Ze hebben dit heel spontaan gedaan, maar nu kan worden bekeken hoe voor een structuur kan worden gezorgd zodat verenigingen en lokale dienstencentra dit met een zekere spontaniteit doen. Op die manier kan het netwerk rond zieke personen worden ondersteund.

Volgens *Nils Vandenweghe* leeft er nog een bezorgdheid op het terrein. Voor heel veel buurtinitiatieven zijn sociaal-culturele verenigingen belangrijke trekkers geweest. Ze hebben vrijwilligers samengebracht om dat soort zaken op te zetten. Ook op hen en hun werking heeft de crisis grote impact gehad. Daar leeft de vraag of ze bij een tweede golf die trekkersrol nog kunnen opnemen. Er zijn wel middelen toegekend aan de lokale besturen om daaraan te besteden, maar de spreker hoopt dat die worden besteed met het perspectief op het waarmaken van zorgzame buurten en buurtgerichte ondersteuning.

Dit sluit aan bij de vraag hoe er in de toekomst beter kan worden omgegaan met leeftijd. Dat was een heel moeilijk vraagstuk in de voorbije periode. Er was een duidelijke samenhang tussen leeftijd en de risico's die samenhangen met COVID-19. De samenhang was graduueel en steeg naarmate mensen ouder worden. Niet zozeer de leeftijd was daarin het probleem, maar vooral het risicogehalte van leeftijdgerelateerde aandoeningen. Dat maakt dat er tachtigers zijn die perfect gezond zijn en mogelijk minder risico lopen dan zestigers of nog jongere mensen.

Met het charter dat is uitgewerkt, heeft de Vlaamse Ouderenraad geprobeerd om in samenspraak met experts, de GEES en de BVGG een alternatief te presenteren dat veel genuanceerder is en kijkt naar de persoonlijke gezondheidssituatie: raadpleeg de arts, kijk naar het risicogehalte van de gewenste activiteit, en maak op basis daarvan een geïnformeerde beslissing. Men moet zijn gezond verstand gebruiken. Veel ouderen zijn voorzichtig geweest, ook zonder alle verboden die van bovenaf zijn opgelegd. Met de juiste informatie zullen ze de juiste beslissing nemen.

Het pleidooi van Johan Leman kwam er niet op neer dat de Vlaamse Ouderenraad zou worden uitgebouwd tot een ouderenrechtencommissariaat, maar wel dat er een zou worden opgericht. Nils Vandenweghe heeft te weinig zicht op de samenwerking tussen het Kinderrechtencommissariaat en de Vlaamse Jeugdraad om daar een parallel in te maken. De voorbije weken is er geen tijd geweest om dat nader te bestuderen. De bezorgdheid daarover is sowieso terecht. In het publieke debat is een sterke stem van ouderen belangrijk, en die is er nu te weinig geweest. Met zijn mogelijkheden en middelen heeft de Vlaamse Ouderenraad zo sterk mogelijk zijn rol gespeeld, van de bezorgdheid over ziekenhuisopnames en het feit dat boven de mensen hun hoofd zou worden beslist, tot de leeftijdsgrens, de bezorgdheden over woonzorgcentra en het bezoekrecht. Maar het kan altijd beter, en dat is voor de Vlaamse Ouderenraad een strategische uitdaging voor de toekomst.

In 2018 is er een hoorzitting geweest over de conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende de gefaseerde instelling van een intersectorale commissie voor de buitengerechtelijke regeling van geschillen tussen gebruikers en aanbieders van welzijns- en gezondheidszorg (*Parl.St.* VI.Parl. 2017-18, nr. 1564/2). De punten die daar werden aangehaald, zijn voor de Vlaamse Ouderenraad nog altijd grote lacunes. Waar kunnen mensen in woonzorgcentra met hun klachten terecht? Daarvoor zijn er veeleer te veel aanspreekpunten dan te weinig. Het kan gaan over de huisarts, de kine, het woonzorgcentrum zelf, het mobiliteitshulpmiddel, of de tegemoetkoming.

Inzake ouderenzorg moet er bij uitstek worden ingezet op oplossingen in de nabijheid van mensen. Er is een hoge drempel om hulp of de formele kanalen in te roepen. Mensen kunnen in een zorgafhankelijke situatie zitten of in een sociaal afhankelijke situatie. Kwetsbare ouderen kunnen afhankelijk zijn van een persoon die hen minder goed behandelt. Uit alle onderzoeken blijkt dat het moeilijk is om vanuit die positie formele stappen te zetten. Daarom moeten die inspraakkanalen worden versterkt, en moet er gepleit worden voor een referentiepersoon die mee in het bestuur van een woonzorgcentrum een raadgevende stem kan vertolken.

Volgens Nils Vandenweghe is de prioriteit bij een tweede golf ervoor zorgen dat mensen in hun nabijheid een persoon hebben die ze kunnen aanspreken. Over wat de rol van een ouderenrechtencommissariaat kan zijn en hoe dat aansluit op andere organen en op de werking van de Vlaamse Ouderenraad, wil hij zeker nadenken. Maar als er wordt gefocust op ouderenzorg, pleit hij er toch voor om dicht bij mensen te werken.

Björn RZOSKA,
voorzitter

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

Gebruikte afkortingen

AZ	algemeen ziekenhuis
BVGG	Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie
CEBAM	Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
CGG	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
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
FFP	filtering facepiece particles
GEES	Groep van Experts belast met de Exitstrategie
IC	intensive care
ICT	informatie- en communicatietechnologie
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OKRA	Open, Kristelijk, Respectvol en Actief
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
rob	rustoord voor bejaarden
rvt	rust- en verzorgingstehuis
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SIZ	Belgian Society of Intensive Care Medicine
UGent	Universiteit Gent
UZ Leuven	Universitaire Ziekenhuizen Leuven
VK	Verenigd Koninkrijk
VUB	Vrije Universiteit Brussel
wzc	woonzorgcentrum