



Vlaams
Parlement

ingediend op **419** (2019-2020) – Nr. 2
20 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 Vaneeckhout;
Hannelore Goeman.

Toegevoegde leden:

Jos D'Haese.

Documenten in het dossier:

419 (2019-2020) – Nr. 1: Verslag over hoorzitting

INHOUD

1. Uiteenzetting door Guy Claeys, directeur, en Annick Schepens, stafmedewerker directie, wzc Sint-Bernardus, Bassevelde.....	5
2. Vragen van de leden	9
2.1. Vragen van Lorin Parys.....	9
2.2. Vragen van Katrien Schryvers	10
2.3. Vragen van Freya Saeys	10
2.4. Vragen van Hannes Anaf.....	11
2.5. Vragen van Ann De Martelaer.....	11
2.6. Vragen van Jos D’Haese	11
2.7. Vragen van Stefaan Sintobin	12
2.8. Vragen van Immanuel De Reuse	12
2.9. Vragen van Sarah Smeyers	13
2.10. Vragen van Koen Daniëls	13
2.11. Vragen van Arnout Coel.....	13
3. Antwoord van Guy Claeys en Annick Schepens	13
4. Uiteenzetting door Stef Bossaerts, crisismanager	15
4.1. Situatie	15
4.2. Voorafgaand aan zijn aantreden.....	15
4.3. Relatie met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	15
4.4. Aanpak.....	16
4.5. Een pluim voor alle personeelsleden.....	18
4.6. Welbevinden van de bewoners.....	18
4.7. Tien aanbevelingen voor de commissie	19
4.8. Tot slot.....	19
5. Vragen van de leden	20
5.1. Vragen van Katrien Schryvers	20
5.2. Vragen van Freya Saeys	20
5.3. Vragen van Hannes Anaf.....	21
5.4. Vragen van Ann De Martelaer.....	21
5.5. Vragen van Jos D’Haese	21
5.6. Vragen van Stefaan Sintobin	22
5.7. Vragen van Sarah Smeyers	22
5.8. Vragen van Immanuel De Reuse	22
5.9. Vragen van Celia Groothedde	22
6. Antwoord van Stef Bossaerts	23

7. Uiteenzetting door Artsen Zonder Grenzen	26
7.1. COVID-19 in België	26
7.2. Interventie in de woonzorgcentra.....	27
7.3. Observaties	29
7.4. Uitdagingen	30
7.5. Lessons learned	31
7.6. What's next?	32
8. Vragen van de leden	33
8.1. Vragen van Freya Saeys	33
8.2. Vragen van Hannes Anaf.....	33
8.3. Vragen van Ann De Martelaer.....	34
8.4. Vragen van Jos D'Haese	35
8.5. Vragen van Immanuel De Reuse	35
8.6. Vragen van Lorin Parys.....	36
8.7. Vragen van Peter Van Rompuy	36
8.8. Vragen van Celia Groothedde	37
9. Antwoord van Artsen Zonder Grenzen.....	37
Gebruikte afkortingen	43
Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op maandag 29 juni 2020 hield de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid een hoorzitting over de evaluatie en verdere uitvoering van het Vlaamse coronabeleid in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: (residentiële) ouderenzorg. De sprekers waren:

- Guy Claeys, directeur, wzc Sint-Bernardus, Bassevelde;
- Annick Schepens, stafmedewerker directie, wzc Sint-Bernardus, Bassevelde;
- Stef Bossaerts, crisismanager;
- Sofie Spiers, dokter, medisch coördinator van de activiteiten in woonzorgcentra, Artsen Zonder Grenzen;
- Caroline Willemen, coördinator van de projecten in Vlaanderen, Artsen Zonder Grenzen;
- Sanne Kaelen, psychologe voor de projecten in Vlaanderen, Artsen Zonder Grenzen.

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.

1. Uiteenzetting door Guy Claeys, directeur, en Annick Schepens, stafmedewerker directie, wzc Sint-Bernardus, Bassevelde

Guy Claeys bedankt het Vlaams Parlement voor de uitnodiging en de aandacht van de commissie voor de sector van de ouderenzorg. Woonzorgcentrum Sint-Bernardus is landelijk gelegen in de dorpskern van Bassevelde, deelgemeente van Assenede, in het noorden van de provincie Oost-Vlaanderen nabij de Nederlandse grens. Het woonzorgcentrum is gegroeid vanuit de congregatie Zusters Bernardinnen en heeft een capaciteit van 96 residentiële plaatsen, zeven plaatsen dagcentrum en vijftien assistentiewoningen. Sinds vijf jaar is een nieuwbouw in gebruik op basis van het concept van kleinschalig wonen, en bestaande uit twaalf autonoom functionerende leefgroepen van acht bewoners. Het woonzorgcentrum is ingebed in een inclusieve woonzorgsite gericht op diverse doelgroepen met een woon- of zorgnood, zoals ouderen, personen met een beperking, financieel zwakkeren en de integratie van een kleuterschool en lagere school.

Annick Schepens geeft een chronologisch overzicht van de ontwikkelingen in het woonzorgcentrum tijdens de coronacrisis. Het verhaal start op 27 februari 2020 met een nieuwsbrief van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid met de eerste richtlijnen, waarin ook stond dat er spaarzaam omgegaan moest worden met mondkmaskers. Het woonzorgcentrum heeft steeds een basisstock aan beschermend materiaal voor één maand, maar besliste meteen bij te bestellen om de stock te kunnen verdubbelen voor twee maanden. Helaas is er dan al een stockbreuk op het vlak van mondkmaskers en schorten. Op dat moment worden ook de medewerkers ingelicht over de richtlijnen en worden alle contactgegevens gecentraliseerd om op een vlotte manier medewerkers, familie en vrijwilligers te kunnen bereiken. De geplande activiteiten met schoolkinderen worden stopgezet, maar ze komen wel nog eten in de cafetaria van het woonzorgcentrum. Ook de grote activiteiten met veel bewoners samen worden stopgezet. In de gangen wordt bij-

komende ontsmetting geplaatst en ook bezoekers worden op affiches aangemaand om de handhygiëne in acht te nemen.

In de tweede week van maart 2020 komt alles in een stroomversnelling. Op dinsdag wordt er beslist om een crisisteam op te starten met de drie hoofdverpleegkundigen, de directie en de stafmedewerker. De CRA sluit niet fysiek aan maar wordt wel constant gebriefd. Op woensdag sluit het woonzorgcentrum de deuren en komt er een bezoekersbeperking. Op vrijdag 13 maart 2020 wordt een algemeen bezoekverbod ingesteld dat strikt wordt opgevolgd: niet-geregistreerde bezoekers, mantelzorgers, stagiairs, jobstudenten en vrijwilligers mogen niet meer binnen. Voor een open woonzorgcentrum was dat een onwezenlijke situatie, waarop zowel bemerkingen kwamen van huisartsen als van familieleden, wat de basised medewerkers dan weer moesten bufferen.

In de tweede helft van maart tot begin mei 2020 komt er een wekelijkse update van de richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, die steeds omvangrijker maar ook duidelijker worden. Het crisisteam komt dagelijks bijeen en de dagelijkse werking wordt bijgestuurd. Er werd al gewerkt in leefgroepen, maar die hadden veel contact met elkaar. Het woonzorgcentrum kiest ervoor om met acht bewoners en medewerkers in de directe bewonerszorg in één bubbel te leven met weinig contacten tussen de leefgroepen. De deuren gingen niet op slot, maar er werd aan de bewoners gevraagd om niet naar een andere leefgroep te gaan. Activiteiten met een koppeling tussen de leefgroepen werden stopgezet. De kine ging wel door, maar enkel met bewoners uit één leefgroep. De kleinschalige woonvormen lieten dergelijke aanpak toe, maar dat vergde grote flexibiliteit van de medewerkers.

Naarmate de weken volgden, stootte men op steeds meer onduidelijkheden en vragen. Zoals overal was er een tekort aan mondmaskers. Vrijwilligers, familieleden en plaatselijke verenigingen hebben op basis van het patroon van de federale overheid linnen mondmaskers gemaakt. Na een paar dagen waren er voldoende om te kunnen overbruggen. Op 24 maart 2020 kreeg het woonzorgcentrum een eerste lading chirurgische mondmaskers die direct zijn ingezet. Het tekort aan beschermende overschorten blijft, want nog steeds geraakt het woonzorgcentrum niet aan voldoende voorraad.

Op een bepaald moment worden in een leefgroep een aantal mensen kort na elkaar ziek. Het beeld was niet duidelijk, maar er wordt beslist om mensen op kamers te verzorgen. Bij mensen met luchtweginfecties wordt de druppelcontactisolatie toegepast. Het aan- en uittrekken van beschermende kledij is niet evident, maar gelukkig konden de twee hoofdverpleegkundigen daarin sturen. Ook de affiches van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid werden opgehangen en de filmpjes van de Vlaamse overheid werden doorgestuurd naar alle medewerkers. Het woonzorgcentrum wilde de zieke bewoners testen, maar geraakte niet aan testmateriaal. Dankzij de bezoekende huisartsen en klinische labo's is dat toch gelukt en bleken de bewoners negatief. Dat is een aantal keren herhaald in andere leefgroepen. Het afsluiten van een volledige leefgroep waaraan medewerkers werden toegewezen, maakte duidelijk dat er eigenlijk te weinig medewerkers zijn, waardoor het personeel extra uren moest draaien.

Het werd ook duidelijk dat verschillende huisartsen verschillende meningen hebben over het testen en de resultaten, wat ongerustheid veroorzaakt bij de medewerkers. Na contact met de Vlaamse overheid is er daaromtrent een duidelijk antwoord gegeven dat aan de medewerkers is gecommuniceerd. De CRA heeft dan aan de huisartsen gevraagd om duidelijke en correcte informatie te verstrekken en geen persoonlijke interpretaties te geven.

Over ziekenhuisopnames stond er in de richtlijnen dat er in overleg moest worden gegaan met huisartsen en bewoners, en dat er gekeken moest worden naar de vroegtijdige zorgplanning. Op dat moment kwam de klemtoon te liggen op de verantwoordelijkheid van de woonzorgcentra. Een paar dagen later kwam er een mail van de geriaters waarin stond dat er een 'clinical frailty score' gebruikt moest worden waarnaast de vroegtijdige zorgplanning gelegd moest worden. Het woonzorgcentrum gebruikt de vroegtijdige zorgplanning als dynamisch gegeven. Op het moment dat er iets gebeurt, wordt aan de bewoners of familieleden gevraagd wat de wensen zijn en wordt ook de huisarts geconsulteerd. De beslissing wordt samen genomen.

De vroegtijdige zorgplanning is een leidraad voor als mensen niet meer kunnen beslissen, maar in de crisis heeft dat een aantal keren tot problemen geleid. Zo was er bijvoorbeeld een bewoner met een epilepsieaanval van wie de familie besliste om die persoon toch in het woonzorgcentrum te houden. De huisarts kon de situatie echter onvoldoende stabiliseren en na overleg met de neuroloog van het ziekenhuis bleek dat er extra intraveneuze medicatie toegediend kon worden. Het woonzorgcentrum had alles in huis gehaald om die medicatie te kunnen toedienen, tot bleek dat het niet kon beschikken over de medicatie zelf. Uit noodzaak is dan gestart met sedatie en pijnbehandeling. Na enkele dagen is de bewoner overleden. Dat roept een zeer wrang gevoel op.

Een ander voorbeeld betreft een bewoner die een knie breekt en beslist om niet naar het ziekenhuis te gaan. Dat had ze ook aangegeven in haar vroegtijdige zorgplanning. Na een paar dagen echter krijgt ze heel veel pijn en beslist ze toch naar het ziekenhuis te willen. De vrouw wordt met spoed opgenomen, maar het ziekenhuis telefoneert met de vraag waarom de vrouw wordt opgenomen, omdat in haar vroegtijdige zorgplanning staat dat ze dat eigenlijk niet wil. Dezelfde dag komt de vrouw terug naar het woonzorgcentrum met een gipsgoot. Na zes weken wordt de gipsgoot in overleg met de huisarts verwijderd zonder de gebruikelijke nazorg vanuit het ziekenhuis.

Een laatste voorbeeld betreft een bewoner die na een val naar spoed wordt gebracht voor een radiografie. Hij komt terug met een voorschrift voor lichte pijnmedicatie en bedrust omdat een vroegere prothese was losgekomen. Verzorging van dergelijke patiënt is moeilijk, want het draaien doet enorm veel pijn. In overleg met de huisarts is dan beslist om zwaardere pijnmedicatie via een pijnpomp toe te dienen, maar eigenlijk had dit door het ziekenhuis voorgeschreven moeten worden. Al deze voorbeelden doen de vraag rijzen of het nog wel om menswaardige zorg ging.

Eind april en begin mei 2020 zijn alle bewoners en medewerkers getest en iedereen was negatief. Iedereen was blij dat de aangehouden strenge maatregelen vruchten hadden afgeworpen, maar men was er zich ook van bewust dat men veel geluk had gehad. Het werd ook duidelijk dat de verbinding met de buitenwereld steeds moeilijker werd. Het woonzorgcentrum blijft inzetten op alternatieve manieren van communicatie, maar bij mensen met dementie verdwijnt steeds meer de levenskracht. Mensen beginnen voor zich uit te staren en er wordt beslist om te starten met babbelboxen. Dat vraagt heel wat begeleiding, waardoor men weer op de personeelsomkadering botst. Voor mensen met dementie blijft ook die babbelbox moeilijk te begrijpen en soms worden ze agressief. Een week na de toelating is het woonzorgcentrum opnieuw gestart met een bezoekersregeling die begeleid wordt door verpleeg- en zorgkundigen. Alles strikt opvolgen, vraagt tijd die er eigenlijk niet is.

In de komende periode zal er opnieuw een beroep worden gedaan op vrijwilligers en jobstudenten. De voorbereidingen zijn genomen, maar het is nog niet duidelijk of het zal lukken en er zal ook niks mogen tegenzitten.

Eind juni 2020 kwamen de meest recente richtlijnen binnen voor na de coronapiek, maar het woonzorgcentrum laat die nog even bezinken vooraleer ermee aan de slag te gaan. Men is zich bewust dat er ethische afwegingen gemaakt moeten worden tussen veiligheid en het hernemen van een nieuw normaal met beperkingen en gevaren.

Guy Claeys komt terug op het begin van de lockdown. In deze periode werd men dagelijks in de media geconfronteerd met een toename van het aantal besmettingen, dramatische beelden van intensieve diensten, een toename van het aantal overlijdens en uitbraken van besmettingen in woonzorgcentra. Het zorgpersoneel moest dagelijks bewoners verzorgen zonder enig beschermingsmateriaal, maar met de angst dat er misschien bewoners besmet zouden kunnen zijn. De directie kon het personeel ook niet geruststellen omdat het testen van bewoners en medewerkers maar beperkt mogelijk was.

In deze omstandigheden beslist de overheid dat een woonzorgcentrum de opname van een COVID-19-patiënt vanuit een ziekenhuis niet mag weigeren als er nog plaats is. Een woonzorgcentrum moet ook zelf de zinvolheid afwegen of een bewoner met COVID-19 of een andere pathologie al dan niet naar een ziekenhuis getransfereerd moet worden. De directeur kan deze strategie begrijpen omdat ziekenhuizen niet overbelast mochten geraken, maar ze ging wel ten koste van bewoners in de woonzorgcentra. Er werd enorm hoge druk op de woonzorgcentra gelegd, terwijl ze een veel lagere personeelsomkadering hebben in vergelijking met ziekenhuizen.

In het woonzorgcentrum werd er volop nagedacht over hoe men zich zou moeten organiseren bij een mogelijke uitbraak. Op zeer korte termijn moesten er protocollen uitgewerkt worden voor een totaal infectiebeleid. In het woonzorgcentrum bestond er een algemeen beleid op basis van het werkinstrument 'Infectiebeleid in Vlaamse woonzorgcentra', maar een specifiek beleid afgestemd op het coronavirus moest opgemaakt en geïmplementeerd worden op basis van voortschrijdende kennis vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. In die periode was de mentale druk bij medewerkers bijzonder hoog, kregen ze steeds meer het gevoel dat er met de woonzorgcentra geen rekening werd gehouden en ontstond er toenemende spanning tussen medewerkers en directie.

Toen de overheid geconfronteerd werd met grote uitbraken in bepaalde woonzorgcentra is er op Vlaams niveau een taskforce opgericht die een tienpuntenplan heeft uitgewerkt. De wijze waarop de overheid de woonzorgcentra in de beginperiode van de coronacrisis heeft behandeld, getuigt van een volledig verkeerde inschatting van de situatie in de woonzorgcentra. Er is gebrek aan inzicht over de personeelsomkadering en middelen. Het zorgpersoneel bestaat grotendeels uit zorgkundigen en maar beperkt uit gekwalificeerde verpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en maatschappelijk werkers.

De voorbije tien jaar is de zorgzwaarte van de bewoners sterk toegenomen. Bewoners die in het woonzorgcentrum worden opgenomen, hebben vaak meervoudige fysieke en/of mentale problemen. Het gaat om complexe geriatrische problematieken die een gespecialiseerde geriatrische aanpak vergen. Bewoners in een woonzorgcentrum stellen vaak ook existentiële vragen. Vooral tijdens de lockdown waren er bewoners die zich afvroegen waarvoor ze nog moesten leven als ze voor lange tijd geen familie meer konden ontmoeten. Ook de opvang van bewoners met dementie was bijzonder moeilijk omdat ze niet begrepen wat er gaande was, wat hen angstig en onrustig maakte.

Er is wel wat misgelopen tijdens de coronacrisis. Bewoners kregen niet de nodige zorg bij fysieke problemen omdat ze niet naar het ziekenhuis konden in combinatie met zware mentale druk door het bezoekverbod. Er zijn ook bewoners overleden

omdat ze niet de nodige medische zorg kregen. Er is een verhoging van het aantal overlijdens in het eerste halfjaar in vergelijking met eerdere jaren zonder dat er iemand is overleden aan COVID-19.

In april 2020 heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid actie ondernomen voor ondersteuning vanuit het ziekenhuis aan woonzorgcentra bij de aanpak van het infectiebeleid, maar op het niveau van directe medische zorg stelden er zich problemen. Het agentschap vermeldde nochtans dat, indien nodig, een geriatriesch consult in een woonzorgcentrum aangevraagd kon worden om de klinische situatie ter plaatse in te schatten, maar in de praktijk bleek dit niet mogelijk. Indien het woonzorgcentrum meer een beroep had kunnen doen op de expertise van een geriatriesch team uit het ziekenhuis en begeleiding vanuit een geestelijke gezondheidszorgvoorziening voor specifieke gerontopsychiatrische en -psychologische aspecten, dan konden bepaalde problemen misschien voorkomen worden. Structurele samenwerking met een geriatriesch team van een ziekenhuis kan de expertise in het woonzorgcentrum versterken op het vlak van het uitwerken van infectiebeleid, levensenzorg, vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg, zorg van personen met dementie, ethiek enzovoort. Guy Claeys pleit daarmee niet voor de oprichting van een miniziekenhuis.

De woonzorgcentra moeten een woonleefklimaat ontwikkelen dat sterk aansluit bij dat in VAPH-voorzieningen. Het werken met kleine autonome leefgroepen biedt veel meer de mogelijkheid voor een woonklimaat van huiselijkheid, meer keuzemogelijkheden voor de bewoners en meer contactname. Kleine leefgroepen hebben ook hun meerwaarde aangetoond tijdens de crisis omdat ze het indijken van infecties veel beter mogelijk maken. Het concept van kleinschalig wonen zou de toekomst moeten worden voor woonzorgcentra.

Tot slot formuleert Guy Claeys enkele aanbevelingen. Ten eerste moet men kunnen beschikken over het nodige beschermingsmateriaal. De tweede aanbeveling is een structurele samenwerking met een geriatriesch team van een algemeen ziekenhuis zodat de medische zorg aan bewoners gegarandeerd blijft en de expertise van de zorgverlening van het woonzorgcentrum verhoogd wordt. De derde aanbeveling betreft structurele samenwerking met een geestelijke gezondheidszorgvoorziening met expertise op het vlak van gerontopsychiatrische en -psychologische zorg. De vierde aanbeveling is het stimuleren van het kleinschalige woonzorgconcept, wat een meerwaarde betekent bij het voorkomen van de verspreiding van infecties. De vijfde aanbeveling is de versterking van de personeelsomkadering, zowel kwantitatief als kwalitatief. De zesde aanbeveling is de implementatie van een woonleefklimaat dat aansluit op de principes van de welzijnssector om het welzijn van de bewoners te vergroten.

2. Vragen van de leden

2.1. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys bedankt de sprekers voor hun getuigenis. Die is aangekomen, zeker als blijkt dat er oversterfte was die niet het gevolg was van corona.

Hoe kan het dat er nog een tekort is aan persoonlijk beschermingsmateriaal? Zou het aanleggen van een strategische voorraad door de overheid een oplossing zijn? Moet dergelijke voorraad dan in een eerstelijnszone worden opgeslagen of moet die meteen in de verschillende woonzorgcentra aanwezig zijn?

Hoe slaagt het woonzorgcentrum er al vijf jaar in om met de huidige normering te werken met leefgroepen van acht bewoners? Wordt er gewerkt met veel boven-normpersoneel? Zo ja, hoe wordt dat gefinancierd? Kan dit op bredere schaal uitgerold worden?

De samenwerking met het ziekenhuis had veel beter gekund. Zou een netwerk rond woonzorgcentra met een geriatisch team en met psychologische en psychiatrische ondersteuning de oplossing kunnen zijn voor dat probleem?

Is het woonzorgcentrum klaar voor een eventuele tweede golf? Er is aan het personeel al heel veel gevraagd. 20 procent van mensen in de zorg denkt aan stoppen. Men is moe en er is een psychologische weerbots door de voorbije periode. Wat is daar een goede oplossing voor?

2.2. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers bedankt de sprekers voor de leerrijke bijdragen. Ze hebben ongelooflijk werk verzet in de voorbije maanden.

Het woonzorgcentrum had beschermingsmateriaal in stock voor één maand. Hoe verloopt een aankoopcyclus normaal? Zijn er richtlijnen over hoeveel stock men in voorraad moet hebben of moeten woonzorgcentra zelf die inschatting maken?

Er zijn veel richtlijnen gekomen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Waren er ook van de FOD Volksgezondheid en de RMG?

Hoe verloopt de samenwerking met het ziekenhuis in een normale situatie? Zijn er regelmatige contacten of is dit enkel maar in het kader van doorverwijzing en opname?

Welke impact hadden de coronamaatregelen op de palliatieve zorg? Zijn er familieleden toegelaten als mensen stervende waren? Hoe reageerden familieleden daarop? Op welke manier is dat georganiseerd? Hoe is het woonzorgcentrum erin geslaagd om mensen op een waardige manier afscheid te laten nemen?

Hoe moet een woonzorgcentrum bestaft zijn om goed voorbereid te zijn op dergelijke pandemieën? Zijn er in de opleiding van zorgkundigen bijkomende vakken nodig waarin zij zich moeten leren bekwamen om voorbereid te zijn? Was er in algemeenheid genoeg kennis van infectieziekten? Hoe kan dat worden verbeterd?

Het woonzorgcentrum werkt met kleine leefgroepen die dadelijk geïsoleerd zijn. Is er een verband tussen de manier waarop het woonzorgcentrum is kunnen omgaan met het risico en het feit dat er geen uitbraak is geweest? Had een uitbraak gemakkelijker ingeperkt kunnen worden door de organisatie van het woonzorgcentrum? Zijn er nog lessen te trekken uit de manier waarop er is gebouwd?

2.3. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys bedankt eveneens de sprekers voor hun aanwezigheid en hun uiteenzettingen. Op het vlak van testen is er eerst samengewerkt met de klinische labo's en daarna met Vlaanderen. Wie heeft de testen in het woonzorgcentrum afgenomen?

Hoe staan de sprekers tegenover de communicatie van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid? Was die correct? Was er een goed aanspreekpunt?

Zouden er problemen zijn geweest op het vlak van zuurstof bij een uitbraak?

Er zijn voorbeelden van goede en slechte samenwerking met ziekenhuizen. Heeft dit te maken met persoonlijke contacten? Heeft de CRA daarin een trekkersrol gespeeld of had er meer initiatief moeten komen? Zijn er contacten gelegd om personeel van het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum te halen, bijvoorbeeld een hygiënist?

De samenwerking met huisartsen verliep niet altijd even vlot omdat ze verschilden van mening. Hebben huisartsen geweigerd om hun patiënten nog te bezoeken?

Welke verbeterpunten zijn er mogelijk als er in het najaar een tweede piek zou komen? Zijn er ondertussen al betere contacten met het ziekenhuis?

Wat denken de sprekers over het maken van noodplannen op het niveau van de zorgregio's? Is dat een goed idee? Kan dit meerwaarde betekenen?

2.4. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf bedankt de sprekers voor hun getuigenissen. Het verbaast hem dat er nog steeds een tekort is aan handschoenen en wegwerpschorten. Is daarover gecommuniceerd met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid? Uit de voortgangsrapportage van het kabinet-Beke blijkt immers dat er al een tijdje een serieuze voorraad is. Waar schort het dan?

2.5. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer bedankt eveneens de sprekers voor hun getuigenissen en beperkt zich, net als de vorige spreker, tot de vragen die nog niet zijn gesteld.

Was het volledige personeelskader opgevuld? Welk percentage is er nog nodig om een goed kader te hebben? Heeft het woonzorgcentrum een beroep kunnen doen op de reservepool of andere werklozen?

De sprekers zeggen dat de overheid een verkeerd beeld heeft over de woonzorgcentra wegens een gebrek aan kennis, maar er gebeuren toch inspectierondes. Wat is de reden van het gebrek aan kennis?

Heeft het woonzorgcentrum COVID-19-patiënten moeten opnemen uit het ziekenhuis?

In de media wordt soms gezegd dat mensen niet van ziekte zijn gestorven maar wel door eenzaamheid. Zou het woonzorgcentrum bij een tweede golf op een andere manier werken? Zou er bijvoorbeeld afgestapt worden van het gebruik van beschermingsmateriaal bij demente bewoners? Zou er toch bezoek toegelaten worden?

2.6. Vragen van Jos D'Haese

Jos D'Haese bedankt de sprekers voor hun aanwezigheid en heeft veel respect voor de manier waarop ze in heel moeilijke tijden moeilijk werk hebben gedaan.

Hebben de sprekers voor de crisis genoeg handvatten en richtlijnen gekregen om aan infectiepreventiebeleid te doen?

Wat was het beleid omtrent het dragen van mondklappers? Op 24 maart 2020 heeft het woonzorgcentrum een eerste lading gekregen. In de officiële richtlijnen was het tot 19 april 2020 verboden om ze preventief te dragen. Heeft het woonzorgcentrum die richtlijnen gevolgd?

Heeft het woonzorgcentrum een beroep gedaan op de medische reserve? Zorggroep Sakura heeft uit de medische reserve psychologische ondersteuning gekregen (*Parl.St.* VI.Parl. 2019-20, nr. 419/1). Was het voor het woonzorgcentrum duidelijk dat dit gevraagd kon worden? Heeft het dit gevraagd? Wat was de respons?

De personeelsbezetting is zeer krap, zeker om dergelijke crisis aan te pakken. Kent het woonzorgcentrum ook de problematiek van rob-bedden die eigenlijk omgezet zouden moeten worden naar rvt-bedden? Hebben ze met andere woorden een te lage personeelsbezetting voor de zorgzwaarte? Heeft dit impact gehad op de aanpak van de coronacrisis?

Zorgt het feit dat het woonzorgcentrum een vzw is ervoor dat men erin slaagt om te werken met leefgroepen van acht bewoners?

De overheid heeft een verkeerd beeld van de manier waarop woonzorgcentra draaien. Is het woonzorgcentrum tijdens de crisis bevraagd vanuit het beleid?

Zijn er bevragingen geweest over de stock aan beschermingsmateriaal en over waaraan nood was? Had dat ook gevolgen?

2.7. Vragen van Stefaan Sintobin

Stefaan Sintobin bedankt eveneens de sprekers voor de getuigenissen. Klopt het dat woonzorgcentra continu bevraagd worden over de tekorten aan beschermingsmateriaal? Uit de voortgangsrapportage blijkt dat er nog van alles in voorraad is, maar dat is in tegenspraak met de getuigenissen van deze sprekers.

Uit alles blijkt dat het huidige personeel niet voldoende opgeleid is om met een dergelijke pandemie om te gaan. Betekent dit dat de opleiding anders georganiseerd moet worden? Wat kan er verbeterd of veranderd worden?

Is er een reden voor de slechte samenwerking met het ziekenhuis? Kampte het ziekenhuis zelf met problemen? Wat waren de argumenten om bewoners zomaar terug te sturen? Kon het woonzorgcentrum geen beroep doen op een schakelzorgcentrum? Is er geen soelaas te vinden in een regionale werking in plaats van een lokale werking?

Er bestaan blijkbaar verschillende meningen van huisartsen over de testen. *Stefaan Sintobin* vindt dit vreemd. Hebben huisartsen geweigerd om naar het woonzorgcentrum te komen?

2.8. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse vraagt waarom de CRA niet was opgenomen in het crisisteam. Had de CRA geen tussenschakel kunnen zijn tussen de huisartsen, het ziekenhuis en de geriater?

Er is in het verleden opgemerkt dat het taalgebruik van de richtlijnen moeilijk was en hertaald moest worden voor het personeel. Wat is de mening van de sprekers daarover?

Het woonzorgcentrum werkt met leefgroepen, maar die zijn heel divers samengesteld. Heeft dit tot problemen geleid?

Welke samenwerking ziet het woonzorgcentrum met de ziekenhuizen? Zou elk woonzorgcentrum zich structureel moeten verbinden met een ziekenhuis?

De woonzorgcentra moesten veel rapporteren aan de Vlaamse overheid. Hebben de sprekers dit ervaren als een last? Was het woonzorgcentrum daar zelf ook iets mee?

Was er overleg met andere woonzorgcentra uit de regio om goede praktijken te delen?

2.9. Vragen van Sarah Smeyers

Sarah Smeyers bedankt beide sprekers voor hun uiteenzetting. Ze onderschrijft de zes aanbevelingen volledig. Zouden de sprekers opnieuw een bezoekverbod invoeren als ze weten wat ze nu weten en als ze het zelf voor het zeggen hadden?

Was er een schakelzorgcentrum? Welke ervaring hebben ze daarmee?

Er wordt gepleit voor een meer kwalitatieve opleiding van het personeel. Moet de opleiding tot zorgkundige meer klinisch zijn? Moet er een pool zijn van personeel dat zowel voor ziekenhuizen als woonzorgcentra ingezet kan worden, ook al is de filosofie van een woonzorgcentrum helemaal anders dan van een ziekenhuis?

Lijkt het de sprekers haalbaar om bij een tweede golf de mogelijkheid te geven aan familieleden om bewoners tijdelijk thuis op te vangen en te verzorgen? Is dat een mogelijkheid of is dat absurd?

2.10. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls dankt de sprekers eveneens voor hun getuigenissen. Waren de filmpjes die verspreid zijn over het correct gebruik van beschermend materiaal nuttig? Was er een andere vorm van coaching nodig voor de medewerkers, bijvoorbeeld op het vlak van omgaan met familie en angst van bewoners?

Er zijn de voorziening, de cliënt, het ziekenhuis, de CRA, de huisarts en de familie. Hoe spelen die ideaal op elkaar in? Al die groepen hebben immers een rol te spelen.

2.11. Vragen van Arnout Coel

Arnout Coel vraagt hoe de sprekers de testing in de komende weken en maanden zien. Er is een potentieel verhoogd risico als gevolg van meer contacten. Welke testing is er nodig? Heeft het woonzorgcentrum daar voldoende toegang toe?

3. Antwoord van Guy Claeys en Annick Schepens

Guy Claeys zegt dat het profiel van bewoners in woonzorgcentra de voorbije tien jaar is geëvolueerd naar ernstige geriatrische problematieken. Hij ervaart een probleem op het vlak van ondersteuning en degelijke expertise inzake de ontwikkeling van palliatieve zorg, zorg voor demente personen en infectieziektes. Dat laatste is duidelijk geworden door de coronacrisis, ook bij huisartsen bijvoorbeeld die op verschillende manieren testresultaten interpreterden. De CRA heeft een aantal zaken moeten corrigeren voor de medewerkers.

Hij vindt dat er nood is aan structurele samenwerking met een ziekenhuis op het niveau van het beleid en, indien nodig, op het niveau van directe zorg. De huidige medische organisatie van een woonzorgcentrum dateert van 2004 en is gebaseerd op het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, waarbij de medische organisatie nog altijd komt vanuit de huisartsen en de algemene geneeskunde. Het profiel van de bewoners vraagt echter meer gespecialiseerde geriatrische expertise.

Het klopt dat de concrete samenwerking met het ziekenhuis persoonsgebonden is. In de crisis is duidelijk geworden dat bepaalde zaken niet zo goed lopen.

Woonzorgcentra zijn geen instellingen die zuiver gericht zijn op het medische. Op de site in Bassevelde is er een VAPH-voorziening waarmee samengewerkt wordt. Het is de bedoeling om de basisprincipes die al lang ingeburgerd zijn in dergelijke voorziening, te integreren in het woonzorgcentrum. Het is voor de toekomst een belangrijke uitdaging om de principes van de welzijnssector te integreren in woon-

zorgcentra. De kleine leefgroepen zijn daar een vertaling van. Ze bieden meer huiselijkheid, meer betrokkenheid van bewoners en familie. Daarnaast is er echter grotere medische expertise nodig vanuit een geriatisch team.

Er waren vragen over de competentie van het zorgkundig personeel. Als psychologen, verpleegkundigen of artsen vanuit een ziekenhuis op regelmatige tijdstippen consult zouden kunnen houden in woonzorgcentra, dan kan dat een belangrijke vormende waarde hebben voor de verpleegkundigen en zorgkundigen in het woonzorgcentrum. Het woonzorgcentrum kan nu driemaandelijks een beroep doen op een ethicus uit een universitair ziekenhuis, wat belangrijk is voor het ethisch denken. Dit zou doorgetrokken moeten kunnen worden op andere terreinen.

De CRA was niet aanwezig op het dagelijkse crisisonderzoek wegens drukte in haar praktijk. Ze is wel ingelicht via de verslaggeving en ze heeft daar af en toe commentaar op gegeven. Alle maatregelen als gevolg van de coronacrisis op het vlak van beleid en organisatie zijn door het crisisteam genomen.

Het voorraadbeheer van beschermend materiaal is een belangrijk werkpunt voor het woonzorgcentrum. Aan het begin van de crisis beschikte men over ongeveer tweehonderd mondklappers en konden er geen extra geleverd worden. In de beginperiode werden er dan ook geen mondklappers gebruikt bij de verzorging. Er zijn door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid verschillende leveringen gebeurd. Recent heeft de firma waar het woonzorgcentrum schorten en handschoenen aankoopt, laten weten dat er voorlopig geen leveringen kunnen gebeuren.

Björn Rzoska vraagt of het woonzorgcentrum dan een tekort heeft op dit moment. *Guy Claeys* antwoordt dat het woonzorgcentrum een voorraad heeft van schorten en handschoenen, maar dat dit geen degelijke strategische voorraad is als er zich een uitbraak zou voordoen. *Annick Schepens* verduidelijkt dat het om een honderdtal schorten gaat. *Lorin Parys* vraagt hoe het komt dat de voorraad op Vlaams niveau van 67.000 schorten niet tot bij het woonzorgcentrum geraakt. *Stefaan Sintobin* vraagt of het woonzorgcentrum wekelijks bevraagd wordt over de voorraad. *Guy Claeys* wijst er nog eens op dat het woonzorgcentrum maar een beperkte voorraad heeft. Tijdens de coronacrisis is er verschillende keren een bevraging geweest, maar dit is al een tijd geleden ondertussen. *Stefaan Sintobin* merkt op dat dit volledig in tegenspraak is met wat de minister zegt.

Er was nog een vraag over het thuis kunnen verzorgen van bewoners. *Annick Schepens* wijst erop dat er in de richtlijnen vermeld stond dat bewoners naar familieleden mochten gaan. In het woonzorgcentrum heeft echter geen enkel familielid die vraag gesteld. De bewoners hebben van uur tot uur zorgnoden en zijn dan ook moeilijk te verzorgen in de thuiszorg.

Guy Claeys zegt dat bij de nieuwbouw gekozen is voor autonoom werkende leefgroepen. Het heeft in de voorbije jaren al heel wat creativiteit gevraagd om rond te komen met de personeelsomkadering, maar men slaagt er wel in. Het woonzorgcentrum heeft een hoge zorgwaarde, wat zich ook vertaalt in personeelsomkadering. Tijdens de verlofperiode wordt er een beroep gedaan op jobstudenten. Het is niet evident om rond te komen met de personeelsmiddelen en het vraagt heel wat creativiteit. De spreker hoopt dat de overheid in de toekomst nadenkt over de personeelsomkadering in functie van kleinschalig wonen. Het belangrijkste is dat deze woonvorm loont op het vlak van welzijn van bewoners.

4. Uiteenzetting door Stef Bossaerts, crisismanager

4.1. Situatie

Stef Bossaerts is zelfstandig consultant en is via zijn netwerk terechtgekomen op de lijst van crisismanagers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Op zaterdag 2 mei 2020 wordt hij gebeld door een woonzorgcentrum om aan te treden als crisismanager. Het betreft een klein woonzorgcentrum met een familiaal karakter, maar om contractuele redenen zal hij de naam en locatie niet noemen. Het woonzorgcentrum voldeed ruimschoots aan de criteria om een crisismanager aan te trekken. De aanstelling was initieel voor twee weken, maar is met twee weken verlengd. Het woonzorgcentrum telde 59 bewoners, van wie er 41 positief getest waren en 18 negatief. In de periode 15 april tot en met eind mei 2020 zijn er 16 coronagerelateerde overlijdens. De eigenaar-directrice was sinds eind april 2020 afwezig omdat ze zelf ziek was door corona en ook het hoofd van de sociale dienst en administratie en de hoofdverpleegkundige waren voor meerdere weken afwezig. Ongeveer 20 procent van het personeel was niet aanwezig, al dan niet coronagerelateerd. Bij de verpleegkundigen waren drie op negen afwezig, wat kan tellen als er 7 op 7 en 24 op 24 permanentie moet zijn. De ontredde was groot.

Voor de komst van de crisismanager was er al aan cohortevorming gedaan en waren er, zo goed en zo kwaad als dat kon, infrastructurele aanpassingen gedaan. Een woonzorgcentrum is immers geen ziekenhuis met perfect afsluitbare gangen. De gemeentelijke diensten zijn er aan te pas gekomen om sassen en verdelingen te maken, en het Rode Kruis is opgeroepen om logistieke ondersteuning te bieden. Alles werd neergezet volgens de richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Een woonzorgcentrum wordt georganiseerd voor het geluk van de bewoners in hun laatste levensfase en om hun een thuis te bieden. Dit werd plots overhoop gehaald. Bewoners moesten van kamer en afdeling veranderen. Voor de crisis zaten dementerende bewoners in een aparte afdeling, maar alles werd door elkaar gehaald. De beschermende kledij zorgde er ook voor dat zorgkundigen niet herkenbaar meer waren. Dit alles zorgde voor ontredde.

4.2. Voorafgaand aan zijn aantreden

De richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid besloegen heel wat pagina's, maar waren hoofdzakelijk medisch-preventieve en organisatorische richtlijnen. De spreker vond deze goed gestructureerd, leesbaar en hands-on. Er was echter maar één pagina over het psychosociaal welzijn van de bewoners. Het ethische kompas heeft dat trachten te verzachten, maar dat is een louter theoretisch academisch kader over hoe er met mensen moet worden omgegaan die na lange afzondering terug in contact worden gebracht met bezoek en familie. Er staan weinig praktische tips in. Er waren de wekelijkse updates van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid die geacht werden gekend te zijn, maar men moest er wel zelf naar zoeken.

4.3. Relatie met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

De relatie met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid was eerder beperkt. Naast de kennisgeving over zijn aanstelling heeft de crisismanager wekelijks moeten rapporteren, maar hij heeft nooit feedback gehad. Een crisismanager heeft geen aanspreekpunt bij het agentschap. Voor medische aspecten is er wel een aanspreekpunt voor de CRA.

In de eerste dagen werd zijn werken bemoeilijkt door de familiale onderneming die goedbedoeld toch trachtte mee te kijken. Stef Bossaerts heeft het agentschap voorgesteld om enkele concrete maatregelen te koppelen aan zijn verdere aanstelling en die zijn aanvaard.

4.4. Aanpak

Bij zijn aanstelling heeft hij zich meteen telefonisch laten informeren over de situatie in het woonzorgcentrum en gevraagd wat de verwachtingen waren van zijn werk. Ook online heeft hij nog verdere opzoeken gedaan om te weten in welke cultuur hij zou terechtkomen om zich daarin te kunnen inschrijven. Bij zijn aankomst heeft hij meteen contact opgenomen met zoveel mogelijk personeelsleden om te peilen naar hun verzuchtingen en verwachtingen. Het werd snel duidelijk dat de elastiek op knappen stond. Hij had ook contact met de CRA om zicht te krijgen op de medische toestand en het testbeleid. Hij heeft kennis genomen van de werkprocedures en de gewoontes van het huis. Hij stelde vast dat sommige procedures minder strak en hier en daar minder professioneel georganiseerd waren, wat kon zorgen voor een minder veilige situatie. De crisismanager heeft tot slot ook uitgebreid kennisgemaakt met zoveel mogelijk bewoners en naar hen geluisterd.

Door die eerste indrukken kreeg hij een beter beeld zodat hij wist hoe hij zijn opdracht zou moeten invullen. Hij heeft zijn opdracht en bereikbaarheid geformaliseerd ten aanzien van het personeel en heeft de bewoners gezegd dat ze hem konden treffen. Hij heeft de burgemeester en de noodambtenaar geïnformeerd van zijn aantreden en communicatielijnen met het personeel bepaald. Hij kon niet iedereen onmiddellijk zien tijdens de vroege, de late en de nachtschift. Hij heeft een manier gezocht om de afwezige directie te informeren over de te zetten stappen.

Het belangrijkste was het organiseren van de dagelijkse werking, naast plannen en taken afbakenen. Een belangrijke taak was het organiseren van de uurroosters. Er was veel personeel afwezig, onder meer de hoofdverpleegkundige. Voor het verpleegkundig aspect moest hij steunen op de aanwezige verpleegkundigen en de CRA. Dat was een jonge huisarts die zich dubbel plooidde vanwege de situatie en omdat de huisartsen van sommige bewoners af en toe niet kwamen opdagen, ook al waren die vanaf dag één welkom.

Hij moest op zoek naar interim-personeel, wat niet eenvoudig was. Hij noemt Help de helpers uitdrukkelijk een fantastisch platform, met duizenden mensen op. Het nadeel was dat sommigen soms slechts voor één of twee uur vrij waren. Dat platform moet zeker en vast worden herzien. Verder contacteerde hij het Wit-Gele Kruis en het nabije ziekenhuis. Dat had initieel een cel medewerkers geoutsourcet, maar die werden weer binnen genomen omdat de reguliere activiteiten van het ziekenhuis op dat ogenblik alweer aan het opstarten waren. Ook contacteerde hij het Rode Kruis, Geneeskunde voor het Volk en Artsen Zonder Grenzen. Hier en daar kreeg hij gehoor, soms voor iemand gedurende één of twee dagen. Mensen voor zo een korte periode inzetten, is aartsmoelijk. Tegen dat ze weten wie de bewoners zijn en ze de geplogenheden van het huis kennen, is de tijd alweer om. Er moet rendement zijn en men moet zich ook veilig voelen in de organisatie waar men terechtkomt. Als thuisverpleegkundigen in een structurele organisatie komen, krijgen zij te maken met andere werkmethodes, wat een gevoel van onveilig werken kan geven, waardoor men na enkele dagen kan afhaken.

Een andere taak was het juist inschatten van de draagkracht van het personeel en mensen bemoedigen in hun werk dat zwaar was door het dragen van het beschermingsmateriaal, het warme weer en de vele overlijdens, met verdriet en onzekerheid. Hij heeft zich maximaal opengesteld om de mensen rond die problematiek bij te staan.

Hij woonde verder de dagelijkse briefings en de shiftwissels bij zodat hij van iedereen het verhaal hoorde, in het bijzonder van de verpleegkundigen, om de medische toestand te kunnen volgen en bij twijfel de CRA te bellen en zo nodig te vragen om langs te komen indien er gevallen van levenseinde aan de orde waren. Zo kon men die zo goed mogelijk voorbereiden en praktisch organiseren. Er waren geen mantelzorgers meer, alleen de professionals van het centrum. Enkel bij een levenseindefase mocht de familie nog over de vloer komen. Die inschattingen en afwegingen maken, is niet eenvoudig.

Een zware maar noodzakelijk taak was het controleren van de veiligheids- en hygiënenormen. De zorgkundigen zaten plots in een volkomen nieuwe situatie en wisten niet altijd hoe het moest. Daarom heeft men Artsen Zonder Grenzen twee vormingsessies laten geven. Dat was top.

Een andere taak was het testbeleid bespreken en organiseren: wie, wanneer en waarom? Er is nooit een tekort aan testmateriaal geweest. In de plaatselijke huisartsenkring werd vastgesteld dat een incubatietijd van twee weken te kort is voor senioren met onderliggende aandoeningen, en dat die ruimer moet worden beschouwd tot drie of vier weken vooraleer een oordeel kan worden geveld. De medische evaluatie om een cohorte op te heffen, gebeurde door de huisartsen en de CRA.

Er was geen probleem met de voorraden, behalve die van de wasbare spatschorten. Die kon men niet krijgen van de reguliere leveranciers maar ze werden heel snel gratis geleverd door Artsen Zonder Grenzen. Van handschoenen had men enkel een tekort in de grootste maat. Bij de catering- en poetsdiensten is nooit een problematiek van onderbreking geweest.

Stef Bossaerts is verschillende malen aanwezig geweest bij overlijdens en levenseindefases. Hij wilde de zorgkundigen en verpleegkundigen ontlasten van die zware taak en hen daarin moreel steunen. In de periode voor hij er was, waren er al tien mensen overleden. Hij schetst de situatie. Slechts twee familieleden mochten op de kamer komen, ze kregen een spatschort, mondmasker, spatbril, gelaatsscherm en handschoenen aan. Onder de leiding van hemzelf of een verpleegkundige ging men naar de kamer. Daar mocht men met uitgestoken arm de hand van de betrokkene vasthouden, zeker niet het gezicht. Als mensen weenden, mochten ze hun tranen niet drogen. Achteraf mochten ze zich opfrissen en in veilige omstandigheden hun beschermkledij uittrekken. Daarna kwam dan nog het afvoeren van het lichaam door een begrafenisondernemer met alle bijhorende procedures. Onder die omstandigheden mensen begeleiden, is geen prettige aangelegenheid maar een verschrikking. Dat waren telkens ingrijpende momenten. Men kan onmogelijk onderschatten hoe zwaar dat is.

Hij moest ook regelmatig contact houden met de bewoners, binnen de drukte. Er waren ook de raam-, telefoon- en skypemomenten. Zorgkundigen en ergotherapeuten organiseerden dit zo goed en zo kwaad mogelijk. Vele mensen hadden nog nooit een tablet gezien, laat staan er zelfstandig mee gewerkt. De waswisselmomenten waren ook niet gemakkelijk.

Er was regelmatig communicatie met de families over de stand van zaken en de evolutie van de situatie van het centrum zelf. Er werden babbelboxen opgericht. Stef Bossaerts hielp mee aan de voorbereiding van de heropstart van het dagcentrum. Verder moest hij constant het goede voorbeeld geven want hij was degene die toezag op de goede gang van zaken. Ook moesten er telkens kleine brandjes worden geblust.

4.5. Een pluim voor alle personeelsleden

Stef Bossaerts geeft een pluim aan alle personeelsleden. Zij hebben zich uit de naad gewerkt in moeilijke omstandigheden. Ze hebben hun zieke collega's niet beschouwd als profiteurs, integendeel. Ze hebben een tandje bijgestoken en extra shifts gedraaid. Ze hebben zich volledig gesmeten. De coronaoverlijdens in de voorziening of in het ziekenhuis waren telkens een zware klap voor de mensen van de afdeling.

4.6. Welbevinden van de bewoners

Op het welbevinden van de bewoners wil Stef Bossaerts uitgebreider ingaan. Hij is ervan overtuigd dat na de oversterfte door COVID-19, er straks nog een onzichtbare oversterfte zal volgen wegens de zogenaamde sociale deprivatie. Angst, niet begrepen worden, opgesloten zijn en geen normaal contact kunnen hebben met de familie en de buitenwereld wegen loodzwaar. Dat verdriet kan niemand vatten. Het is te zien op het gezicht en in de ogen van de mensen. Dat kan men onmogelijk onderschatten. Sommige mensen die eerst een normaal gedrag vertoonden, begonnen plots te huilen, te roepen, uit hun bed te vallen, of zonder aanleiding te plassen op de gang. Dat waren terechte uitingen van onmacht om aandacht te vragen. Men heeft daar zo goed mogelijk op geanticipeerd binnen het toegemeten tijdsbestek. Hun interne samenleving werd plots overhoop gehaald. Ze moesten plots hun thuis of kamer verlaten, verhuisden naar een onbekende kamer met andere burens en in een andere leefgroep, of kregen plots mensen met dementie of dwaalgedrag op hun afdeling die ongevraagd in een andere kamer staan. Ook plots andere zorgverleners die men amper herkent in hun bescherm pakken, andere gewoontes op andere afdelingen dan normaal. Dat woog zeer zwaar.

De doelgroep is kwetsbaar: sommigen bevatten de plotse veranderingen niet of moeilijk en raken hierdoor gedesoriënteerd, worden diep ongelukkig en verdrietig. Dat is de kern van de zaak: de corebusiness van een woonzorgcentrum moet zijn om de mensen zo optimaal en gelukkig mogelijk een thuis te geven. Daarbij moet men wel degelijk rekenschap geven van het psychosociale en mentale aspect. De doelgroep is ook niet dom of achterlijk. Toen het woonzorgcentrum plots op slot ging, is hen dat niet eerst gevraagd. Het is hen overkomen. Dat heeft zeer zwaar gewogen.

Stef Bossaerts stelt vast dat de overheid algemeen gesproken hoofdzakelijk oog, aandacht, middelen en regelgeving heeft voor de infrastructurele, hygiënische, medische, verpleegkundige, zorgkundige en hoteltechnische organisatie van haar woonzorgcentra. Het is eerder pover gesteld met de zorg voor het welzijn van de bewoners. Daarvoor zijn er te weinig middelen en methoden. Het blijft steken in academisch jargon en een goed bedoeld ethisch kompas, wat beter kan. Dat is het allergrootste tekort bij de aanpak van de crisis. Tekorten van materiële zaken waren moeilijk en zeer ongemakkelijk, maar dat was recht te zetten. Het psychosociale is niet zomaar recht te zetten.

4.7. Tien aanbevelingen voor de commissie

Stef Bossaerts formuleert tien aanbevelingen voor de commissie ter overweging:

- De functie en opdracht van crisismanager beter omschrijven in de richtlijnen om onduidelijkheden en verkeerde verwachtingen te vermijden.
- Een centraal aanspreekpunt voor de crisismanager opzetten. Dat is nodig om een klankbord te kunnen hebben.
- Het platform Help de helpers, de zogenaamde medische reserve, grondig evalueren op het effectief gebruik ervan en bijstellen waar nodig. De zoekfunctie bijvoorbeeld zit moeilijk in elkaar. Dat kan gemakkelijker.
- Een welzijnsvoorziening is geen ziekenhuis, noch qua concept en infrastructuur, noch qua werking, en dat blijft best zo. Er moet een onderscheid blijven tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra, maar er moet worden nagedacht over welbepaalde infrastructurele aanpassingen om efficiënter voorbereid te zijn op pandemieën van deze omvang, bijvoorbeeld wat betreft sanitair, schuifdeuren, circulatietrajecten.
- Een methode ontwikkelen om inspraak van de doelgroep te genereren vooraleer tot drastische crisismaatregelen te besluiten, als het kan tot op voorzieningsniveau.
- Een psychosociaal welzijnsluik omschrijven. Een methode ontwikkelen en aanleveren om bewoners in crisissituaties beter te erkennen en te betrekken met gepaste aandacht. Het ethische kompas is goed, maar dit moet hands-on worden.
- Als familieleden en mantelzorgers plots de toegang wordt ontzegd, moet dat gecompenseerd worden door een ad-hocwelzijnsequipe af te vaardigen die getraind is in psychosociale ondersteuning van de doelgroep. Of anders moet men er grondig over nadenken of men niet anders moet omgaan met het toelaten van familie.
- De omkaderingsnorm van rvt- en rob-bedden structureel uitbreiden om de warmmenselijke aandacht voor de doelgroep te verhogen. Naast meer handen aan het bed moet er ook meer aandacht voor de mens in dat bed komen, de ziel, het hart van de mens.
- Richtlijnen voor bezoekersregelingen voor COVID-19-vrije woonzorgcentra stroomlijnen. Er zijn te grote verschillen in aanpak en communicatie tussen de centra en dat wordt noch door de bewoners noch door de familie begrepen en geapprecieerd.
- Vermijden van centrale aankondigingscommunicatie van ministers, sectororganisaties en wetenschappers die achteraf moet worden bijgesteld.

4.8. Tot slot

De laatste week van zijn aanstelling heeft Stef Bossaerts na een derde testronde een afdeling COVID-19-vrij kunnen verklaren. Ook elk individu werd medisch bekeken om zeker te zijn. De directrice heeft een week na zijn vertrek gemeld dat ook de andere afdeling COVID-19-vrij was.

Bij zijn vertrek heeft hij de directie uitgebreid gebriefd en een nota bezorgd met bedrijfsaanbevelingen. Gedurende vier weken kon hij zien hoe de activiteiten werkelijk draaien. Zo kon hij ook bepaalde pijnpunten zien die de reguliere inspectie misschien minder snel opmerkt omdat haar verblijf in het woonzorgcentrum beperkt is. Het was een stressvolle maar boeiende ervaring waarin hij al zijn kennis en kunde gelegd heeft, want het was niet evident en niet gemakkelijk.

5. Vragen van de leden

5.1. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers betuigt haar grote appreciatie voor het indrukwekkende werk van de crisismanager. Kan hij in het algemeen een aantal adviezen geven voor het beleidsvoerend vermogen dat nodig is in een woonzorgcentrum? Hoe ziet hij het profiel van een directie? Op welke manier zou een inspectiedienst of kwaliteitscontrole kunnen toezien op de rol van de directie?

Op welke manier zou een woonzorgcentrum veerkrachtiger kunnen zijn ingeval van veel personeelsuitval of flexibel medewerkers kunnen inzetten uit andere sectoren?

Wat was bij aankomst in het woonzorgcentrum het aanvoelen over het beleid dat werd gevoerd tegen infectieziekten en de kennis daarover?

Was er samenwerking met een ziekenhuis in de buurt? Op welke manier verliep dat? Was daar veel ondersteuning? Waren er goede afspraken over de doorverwijzing van het woonzorgcentrum naar het ziekenhuis en het opnamebeleid in het ziekenhuis? Stond het ziekenhuis daar terughoudend tegenover of niet? Is het aanvoelen dat sommige mensen beter naar het ziekenhuis waren overgebracht maar dat dit niet kon, of omgekeerd?

Wat voor bestaafing is er echt nodig in een woonzorgcentrum? Er is nood aan voldoende medische kennis, die kan sowieso aanwezig zijn maar die kan ook worden uitgewisseld, bijvoorbeeld in een netwerk van ziekenhuizen of in regelmatig overleg. Heeft de spreker daarover een aanbeveling?

Is er nood aan enerzijds een aanpassing van de opleiding van zorgkundigen en anderzijds het ter beschikking stellen van opleidingen voor zorgkundigen die aan het werk zijn, in het algemeen of ingeval van uitbraak van een pandemie? Kan die hen op het terrein helpen?

Wat betreft de bezoekenregeling zou er meer een algemene lijn moeten zijn, maar anderzijds is er een groot verschil tussen verschillende woonzorgcentra. Hoe kan men daar een evenwicht in vinden?

De spreker legt grote nadruk op het mentale welzijn van de bewoners. Er moet meer aandacht zijn voor de mens in het bed. Kan hij dat concretiseren met enkele voorbeelden?

5.2. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys vraagt wat de reden is van de mix van demente en niet-demente bejaarden op een afdeling. Was dat puur infrastructureel?

Wat was de oorzaak van de uitbraak? Pech? Of waren er zaken die echt niet goed liepen?

Was er voldoende beschermingsmateriaal in voorraad bij het begin? Was er zuurstoftekort? Zou er een bepaalde stock van standaard twee tot drie maanden moeten worden aangelegd om voorbereid te zijn op een volgende uitbraak?

Vindt de spreker dat de samenwerking met ziekenhuizen, huisartsen en thuisverpleging goed is verlopen wegens persoonlijke contacten, eerdere contacten of contacten die pas gelegd zijn tijdens de coronacrisis?

Heeft hij het aanbod gekregen voor een psycholoog om de hulpverleners bij te staan en eventueel bewoners te ondersteunen?

Vindt hij het nuttig om noodplannen op te stellen op het niveau van de zorgregio ter voorbereiding van een eventuele volgende uitbraak?

5.3. Vragen van Hannes Anaf

Het viel *Hannes Anaf* op dat de spreker in zijn rol als crisismanager met vragen niet terecht kon bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Het is vreemd dat er geen aanspreekpunt was. Hij volgt de aanbeveling dat dat wel zou moeten kunnen. Was er een formele of informele netwerking? Had hij contacten met andere crisismanagers om van gedachten te kunnen wisselen?

Hannes Anaf is het ermee eens dat er een gebrek is aan aandacht voor het psychosociaal welzijn van de bewoners. Het ethische kompas is pas eind april of begin mei 2020 naar de sector gestuurd. Kon men voordien elders terecht voor hulp om met de psychosociale impact van de lockdown om te gaan of moest men volledig improviseren?

Was Artsen Zonder Grenzen de eerste om hen te contacteren in verband met schorten of had hij voordien al contact opgenomen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid of de federale overheid? Hebben zij hem naar hen doorverwezen of niet?

82 pagina's richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is veel. Waren die overdreven technisch of disproportioneel aan belasting? Kan de spreker het agentschap tips geven om het in de toekomst op een andere manier te doen?

5.4. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer gaat door op de tien aanbevelingen. Zou het voor het beleid niet interessant zijn als alle crisismanagers samen gaan zitten om aanbevelingen te formuleren, elk vanuit eigen ervaringen? Heeft hij aanbevelingen voor het psychosociale welzijn, de mens in het bed, en om de afscheidsmomenten bij een toekomstige pandemie op een andere manier te laten gebeuren? Zullen de bedrijfsaanbevelingen die hij heeft gedaan, worden opgevolgd? Zijn taak is nu beëindigd maar wordt door de overheid nog bekeken en opgevolgd wat hij gedaan heeft?

Artsen Zonder Grenzen heeft vormingen gegeven. Ann De Martelaer leidt daaruit af dat zorgkundigen misschien te theoretisch zijn opgeleid en bij een pandemie niet goed weten hoe daarmee om te gaan. Kan het een aanbeveling zijn om dat meer in de opleiding te steken? Misschien moet er ook een aanbeveling gegeven worden voor de CRA's en de samenwerking met de huisartsen bij een pandemie. Heeft de spreker gemerkt dat er in een commercieel woonzorgcentrum besparingen waren op inzet van materiaal en personeel, of was dat totaal niet aan de orde?

5.5. Vragen van Jos D'Haese

Jos D'Haese is verbijsterd over het relaas van de crisismanager. Deze heeft wel richtlijnen gekregen maar geen telefoonnummer. Hij stuurt verslagen op maar krijgt geen feedback. Hij werd samen met andere crisismanagers het veld ingestuurd om de woonzorgcentra te ondersteunen, maar is hij daarin zelf ondersteund geweest, buiten de algemene richtlijnen die hij heeft gekregen?

Had de opdracht van crisismanager kunnen worden voorkomen, of was dat door de uitbraak van het virus onmogelijk? Wat denkt hij van de timing van de inschakeling? Had het vroeger moeten gebeuren? Moeten er geen procedures zijn om te

kunnen signaleren dat het ergens zo grondig misloopt dat externen moeten worden ingeschakeld om te zorgen dat het schip blijft drijven?

Heeft hij nog meer aanbevelingen voor het platform Help de helpers? Jos D'Haese heeft weet van het inschakelen van mensen van het platform in groepspraktijken en van mensen die hun normale job hebben opgezegd om zich op zo'n platform in te schrijven en fulltime beschikbaar waren. Hoe breed was de pool? Kreeg men profielen aangeboden? Hoe ging dat concreet in zijn werk? Hoe zou dat beter kunnen werken?

5.6. Vragen van Stefaan Sintobin

Stefaan Sintobin kan zich voorstellen dat het niet evident is om in die korte periode van crisis onmiddellijk autoriteit uit te stralen. Hoe was de verhouding met het personeel?

De vorige sprekers hebben niet gezegd dat de richtlijnen te moeilijk waren, maar wel dat het vooral tijdrovend was omdat ze die moesten vertalen voor het personeel.

De crisismanager heeft geen feedback gekregen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid op zijn rapportering. Mag men daaruit concluderen dat die rapportering niet nuttig en tijdsverlies was?

In het begin van de crisis zullen de ziekenhuizen wel overbevraagd geweest zijn, maar na korte tijd was er in de ziekenhuizen minder werk omdat operaties en raadplegingen werden uitgesteld. Daarom is hij verbaasd dat de woonzorgcentra niet terechtkonden bij de ziekenhuizen voor personeel of andere zaken. Hoe kijkt de spreker daarnaar?

5.7. Vragen van Sarah Smeyers

Sarah Smeyers heeft het over de procedure voor de aanstelling van de crisismanager. Ze vermoedt dat de woonzorgcentra toestemming hebben gekregen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en dan contact hebben opgenomen met hem. Was dat op het juiste moment? Had het vroeger moeten gebeuren? Lag het op voorhand vast hoelang hij zou blijven? Op basis van welke criteria? Of is er gaandeweg overgegaan tot verlenging? Wie het ook betaalt, een lokaal bestuur of een Vlaams bestuur, de prijs zal toch mee in overweging zijn genomen. Wat is de indruk van de spreker hieromtrent?

5.8. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse meent dat het woonzorgcentrum het geluk heeft gehad dat de crisismanager op een onverwacht moment eens een doorlichting heeft kunnen maken, vanop afstand heeft kunnen kijken naar de fouten en tekorten, en dat hij tips en een verbeterplan heeft meegegeven. De crisismanager is uitgezonden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en daarom vindt Immanuel De Reuse het frappant dat dat geen terugkoppeling vraagt. De crisismanagers kunnen een veel breder beeld geven en misschien structurele tekorten detecteren. Is dat gevraagd? Klopt het dat, zodra de crisismanagers vertrokken waren, dat niet meer werd opgevolgd?

5.9. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde vraagt hoeveel mensen die in het woonzorgcentrum werken ziek zijn geweest. Is daar duidelijkheid over? Waren die ernstig ziek? Hoe zou de spreker de communicatie aanpakken bij een nieuwe golf? Was de communicatie

begrijpelijk voor bijvoorbeeld de mensen die schoonmaken, eten geven en met de bewoners bezig zijn? Of moest alles vertaald worden voor de mensen? Begrijpt ze goed dat wat ontbrak in de communicatie over wie hij kon contacteren, een simpele flowchart was van waar er hulp kon worden geboden of aan wie men kon rapporteren?

Heeft hij een aanbod gekregen voor psychosociale hulp voor bewoners en werknemers van het woonzorgcentrum tijdens de crisis? Wordt er structureel psychosociale zorg geboden? In welke hulp zou hij die nodig vinden? Is die ook nodig voor de zorgverleners, want daar voelt men de impact nu heel duidelijk? Of bedoelt hij iets anders? Hij heeft het over gebrek aan middelen en methoden in welzijn. Wat bedoelt hij daarmee? Hoe uit zich dat?

Als hij een sinterklaasbrief zou mogen schrijven aan de Vlaamse minister, wat zou hij dan vragen? Wat verwacht hij van de politici?

6. Antwoord van Stef Bossaerts

Stef Bossaerts antwoordt dat voor de crisismanager er verschillende profielen stonden genoteerd: mensen met een uitdrukkelijke medische achtergrond en met een algemene managementachtergrond. Men kon kiezen uit een breed aanbod. Hij weet niet waarom de voorziening hem heeft gekozen. Hij veronderstelt dat ze iemand hands-on en no-nonsense op de vloer wilden, die meteen de zaken aanpakt, zo snel mogelijk operationeel probeert te zijn, mensen het vertrouwen geeft en dergelijke meer.

Personeelsuitval wordt niet gepland. Hij probeerde te zien waar het zich eventueel kon voordoen om toch wat vooruit te kunnen kijken en werken. De collega's begrepen elkaar en waren in die moeilijke omstandigheden vaak nog veerkrachtig genoeg om iets over te nemen of bij te springen. Dat verdient een grote pluim. Het werk was op zich al zwaarder dan normaal, en als er nog extra uitval kwam, had men daar begrip voor en bood men aan om mee te helpen en shiften over te nemen.

Toen hij aankwam, had Stef Bossaerts geen kennis van wat er allemaal in de mailbox van de directie was terechtgekomen. Hij had verwacht dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid onmiddellijk rechtstreeks met hem zou communiceren, maar hij moest de zaken zelf opzoeken. Hij wist niet wat de FOD Volksgezondheid had gezegd. Hij wist alleen dat hij naar de richtlijnen van het agentschap moest handelen, die de leidraad waren om te coördineren, de coronapandemie aan te pakken, bezoekersregelingen op te zetten en dergelijke meer. Hij weet niet of het beleid aanwezig was in het centrum.

Stef Bossaerts had een goed contact met het ziekenhuis, maar in mei 2020 begon de reguliere zorg opnieuw en heeft het zich terug op zichzelf gekeerd. Opnamebeleid en bereidwilligheid waren wel aanwezig. Er zijn een aantal mensen naar het ziekenhuis gegaan om andere redenen dan corona, maar ook mensen die positief getest waren en weer zijn teruggekomen. Daarmee was er geen probleem. Er was een goede communicatie met het ziekenhuis, met de ambulanciers enzovoort.

De vraag over de opleiding van de zorgkundigen kan Stef Bossaerts niet beantwoorden. Hij kent de opleiding van de zorgkundigen niet. Het element van het mentaal en psychisch welzijn van de mens zal daarin wellicht opgenomen zijn. Het probleem is dat eerst de handen aan het bed nodig zijn: de mensen moeten in de letterlijke zin verzorgd, gevoed, geholpen of in een rolstoel gezet worden. Dat vraagt zeer veel tijd en ondertussen is er geen tijd om te praten met die mensen. Het probleem is zeker niet dat het niet in de opleiding zou zitten en dat mensen dat niet zouden willen doen, integendeel, maar de tijd ontbreekt.

Hoe het bezoekrecht in evenwicht moet worden gebracht, is een moeilijke vraag. Hij zag op het terrein families die niet begrepen waarom dat niet onmiddellijk kon, waarom men maar een persoon op bezoek kan ontvangen terwijl dat elders anders was. Dat is moeilijk uit te leggen. Iedereen heeft daar zijn hoogstpersoonlijke mening over. Dat is moeilijk. Het zou helpen wanneer men regionaal of op Vlaams niveau meer zou stroomlijnen in moeilijke omstandigheden.

Hoe de mens in het bed beter omkaderen? Hij heeft geen schuif met methodes om dat te doen. Hij heeft ook geen documentatie daarover. De gewone animatie-activiteiten werden heropgestart na twee weken. Dat is een gedeeltelijke invulling van afleiding brengen en aandacht geven aan de bewoners. Het gaat echter ook over het individuele verdriet en verhaal. Hij heeft het personeel gevraagd om na het halfuur bezoek tijd te maken voor het verdriet van de bewoners. Dat was moeilijk.

Reden van de uitbraak is pech. Er is geen structurele reden. Het was een zeer nette, correcte en moderne voorziening die al het nodige heeft gedaan.

Er was een grote stock persoonlijk beschermingsmateriaal. Enkel bij de levering van zuurstof is er enkele malen een overgangsprobleem geweest. Het was niet echt precair maar het was zeker geen gemakkelijke situatie.

Wat betreft de samenwerking met andere centra, heeft hij een aantal collega's gebeld om te vragen of zij geen mensen zouden kunnen missen en outsourcen. Bij de mensen van Geneeskunde voor het Volk heeft hij zeer snel iemand kunnen krijgen. Waar het kon, is dat gebeurd. Maar voorzieningen die COVID-19-vrij zijn, kijken zeer kritisch naar een voorziening waar COVID-19 nog in huis zit en zullen dat niet snel doen. Ook interims stonden niet te springen wanneer het een COVID-19-activiteit betrof.

Een aanbod voor het mentaal welzijn van bewoners en personeel heeft de spreker niet gekregen. Er is geprobeerd zelf wat activiteiten op te zetten, bijvoorbeeld de krant voorlezen, praten over de actualiteit of over de coronagebeurtenissen buiten de muren. Zo konden de mensen hun hart eens luchten. Vele bewoners zijn immers nog mentaal zeer fris.

Noodplannen op niveau van een zorgregio vindt Stef Bossaerts een goed idee. Dat is de toekomst. Hij denkt dat daarvoor moet worden gekeken naar de georganiseerde Vlaamse structuren en dat men beter geen nieuwe structuren uitvindt. Ook samenwerking met ziekenhuizen moet de toekomst worden. Er kan intervisie zijn en uitwisseling van ideeën.

Er was inderdaad geen aanspreekpunt in het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Hij heeft kunnen praten met twee collega's die via dezelfde organisatie op de lijst van crisismanagers waren terechtgekomen. Dat was een goede zaak. Zeker de eerste dagen was het goed dat hij kon praten met iemand die enkele weken voorsprong had en kon terugkoppelen.

Men heeft geprobeerd om schorten te krijgen van de klassieke leveranciers, maar die hadden geen voorraad. Op dat ogenblik was toevallig Artsen Zonder Grenzen in huis voor vorming. Zij waren onmiddellijk bereid om er direct te leveren, zonder factuur.

Stef Bossaerts meent dat er in de 82 pagina's richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid geen overbodige zaken staan. Er kan wel een kritische noot gemaakt worden om te zien hoe zoiets nog beter kan. Vanaf half mei 2020 zijn de aanvullingen in het rood gekomen, wat heel gemakkelijk was.

Overleg van alle crisismanagers is een goed idee. Zelf kent hij er toevallig twee of drie, maar er zijn er meer. Misschien kan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dat initiatief nemen want daar kan men een en ander uit leren.

Wat betreft het psychosociale aspect kan hij geen tips uit de losse pols geven. Dat is net wat hij zelf graag had gehad. Hij wil er wel samen met een aantal mensen creatief over nadenken. Dat is nodig om ook buitenskamers te denken, te denken vanuit de problematiek die er is geweest en te leren denken vanuit de bewoners zelf. Ook bewoners zelf zullen aan bod moeten komen.

Er waren ook andere opleidingen dan die van Artsen Zonder Grenzen. Maar de opleidingen van Artsen Zonder Grenzen waren goed. Artsen Zonder Grenzen had een COVID-19-cel die op niveau van logistiek en op niveau van de zorg- en verpleegkundigen opleiding kwam geven. Die was gratis, goed georganiseerd en heel efficiënt.

Er waren geen bijzondere besparingen op personeel of materiaal. Het woonzorgcentrum is goed geëquipeerd, zelfs een klein beetje boven de norm. Wanneer iedereen op post is, leveren ze zeer goed werk. Binnen enkele maanden zal dat een perfecte voorziening zijn. Er heeft niets anders gespeeld op dat vlak. Ook wat betreft catering en gebouwen was alles in orde.

Er kwam inderdaad geen feedback van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Dat was jammer. Die heeft hij zelf gezocht bij mensen waar hij die kon vinden.

Had de opdracht voorkomen kunnen worden? Als men vier maanden geleden had geweten wat men nu weet, dan had men het waarschijnlijk anders gedaan. COVID-19 was in het land, ook in die regio, en is binnengeslopen. Langs de achterdeur, langs een bezoeker, langs een personeelslid of langs een leverancier. Niemand weet dat. Het is razendsnel verspreid geraakt en heeft een geweldig grote impact gehad.

Hij kan moeilijk inschatten of een vroegere inschakeling beter was geweest. De cohorten waren drie dagen voor zijn komst georganiseerd. Binnen de infrastructuurele mogelijkheden van het gebouw heeft men dit optimaal gedaan. Hij denkt niet dat hij dat beter had gekund.

Help de helpers had een zeer brede pool. Hij heeft bijvoorbeeld gezocht naar mensen om de bezoekenregeling te begeleiden, om animatie op te starten of tuinmomenten te organiseren met de negatief geteste mensen, maar zonder succes, alleen op moeilijke momenten of enkel in het weekend. Dat was niet gemakkelijk. Het is ook moeilijk om helpers binnen te halen wanneer er een strikt beleid is dat zegt dat er geen buitenstaanders mogen komen. Daar waren directieleden en sommige personeelsleden wat ongerust over.

De relatie met het personeel was volgen Stef Bossaerts goed. Er was weer iemand. Vanaf dag één heeft men dat gevoeld en gewaardeerd. Hij heeft met veel mensen gepraat. Veel mensen zijn hem komen opzoeken en hebben steeds in alle vertrouwen gepraat. Volgens hem was de klik goed en waren de mensen blij dat er iemand was met oog voor hun verzuchtingen, hun verdriet en pijn. De gebeurtenissen zullen nog lang doorwerken bij die mensen, dat is morgen niet weg. Het is niet omdat COVID-19 buiten is, dat dat bij de mensen buiten is.

Was de rapportering tijdverlies? Ja en neen. Neen, omdat hij daarmee voor zichzelf alles op een rijtje zette en een overzicht had over wat er was gebeurd en wat er nog niet was gebeurd. Een belangrijke zaak die hij niet gedaan heeft, is informeren naar de afwezige zieke mensen, naar de mensen die thuiszaten met COVID-19 of

in het ziekenhuis. Hij heeft ze geen bloemen gestuurd. Hij had dat moeten doen, maar hij heeft er niet aan gedacht.

De relatie met de ziekenhuizen was goed. Men kon vragen stellen. Er is ook nooit een opnameweigering geweest. Er was een goed contact. Men wist welke mensen men nodig had. Dat is goed verlopen.

De aanstelling was maximum twee keer twee weken. De directie was niet terug na twee weken. De continuïteit moest worden gegarandeerd en daarom is de aanstelling verlengd met twee weken. Hij heeft wel gevraagd om meer armslag te krijgen om het meer zinvol te maken. Hij heeft daarom het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid gevraagd er een aantal voorwaarden aan te koppelen.

Stef Bossaerts meent dat het nuttig is dat de crisismanagers terugkoppelen met het agentschap. Dat kan in een terugkomdag of iets dergelijks georganiseerd worden.

Hij meent dat in het slechtste geval er vijftien afwezigen waren die door interim's en andere collega's zijn ingevuld.

De richtlijnen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid werden vertaald naar de werkvloer. De richtlijnen kan men niet zomaar aan de werkvloer geven. Alle richtlijnen werden door de diensthoofden toegepast, in de mate dat die aanwezig waren, en anders door Stef Bossaerts zelf. Hij had de bundel de hele dag bij zich, voor het geval er zaken waren die hij niet wist.

Psychosociale zorg heeft hij gezocht maar niet gevonden. Er was niemand om dat te doen. Er waren zorgverleners, familie, noch mantelzorgers om dat te doen. Het ergste dat men heeft kunnen vaststellen is dat men door de deuren te sluiten, de equipe heeft verkleind. Men mag niet onderschatten wat familieleden, vrienden, oude burens en echte mantelzorgers doen voor die mensen. Dat is niet enkel ondersteuning bij het geven van de maaltijden, maar ook het praatje, het delen van verdriet of eens over vroeger kunnen praten. Daar was te weinig tijd voor. Dat mag men niemand kwalijk nemen, zeker niet de mensen die hij die maand leiding heeft gegeven want die hebben het beste van zichzelf gegeven.

7. Uiteenzetting door Artsen Zonder Grenzen

De delegatie van Artsen Zonder Grenzen bestaat uit Caroline Willemen, projectcoördinator voor de interventie in Vlaanderen in april en mei 2020, dokter Sofie Spiers, medisch verantwoordelijke van de interventie in Vlaanderen en nu medisch verantwoordelijke van de interventie in alle woonzorgcentra over het hele land, en Sanne Kaelen, psychologe, die instond voor het mentale welzijn.

7.1. COVID-19 in België

Caroline Willemen noemt Artsen Zonder Grenzen een medisch-humanitaire organisatie met ruim dertig jaar ervaring in het aanpakken van epidemieën overal ter wereld. Ze is momenteel werkzaam in zestig landen, ook in België. Wat betekende de coronarespons in België precies? Midden maart 2020 is men begonnen, enige tijd nadat de collega's in Italië en Spanje al aan de slag waren gegaan. In de eerste fase bestond de respons in het ondersteunen van verschillende ziekenhuizen in overleg met de relevante autoriteiten, en van projecten met een focus op mensen die het meest kwetsbaar zijn tijdens een pandemie. Dat gaat dan over kwetsbare migranten en daklozen, maar in dit geval ook over ouderen die extra risico's lopen vanwege hun leeftijd en het feit dat zij zeer frequent comorbiditeit hebben waardoor het risico voor COVID-19 voor hen groter is dan voor andere mensen in de samenleving.

Op de piek van de interventie had Artsen Zonder Grenzen ruim honderd medewerkers in de Belgische COVID-19-respons. In Vlaanderen is de interventie gestart met het ondersteunen van een aantal ziekenhuizen in Antwerpen. De focus lag vooral op technische ondersteuning over infectiepreventie en -controle, op logistieke ondersteuning en persoonlijk beschermingsmateriaal. Voor de schorten werd een systeem opgezet met de Antwerpse ziekenhuizen. Artsen Zonder Grenzen heeft technische ondersteuning geboden aan een aantal schakelzorgcentra in Vlaanderen.

7.2. Interventie in de woonzorgcentra

Begin april 2020 is de focus verlegd naar de woonzorgcentra omdat daar op dat moment een groot probleem was. Vanaf midden april heeft Artsen Zonder Grenzen in Vlaanderen enkel nog in de woonzorgcentra gewerkt en in een aantal andere collectieve woonvormen.

Caroline Willemen merkt op dat uit de vorige uiteenzettingen veel zaken haar bekend voorkomen. De uiteenzetting van Artsen Zonder Grenzen is in de eerste plaats gebaseerd op de bezoeken die zij hebben afgelegd in 121 woonzorgcentra in België, waarvan vijftien in Vlaanderen, en op de feedback die ze hebben gekregen van 983 zorgcoördinatoren en hoofdverpleegkundigen die in de Belgische woonzorgcentra werken. Zij kunnen een breder overzicht geven.

Sofie Spiers voegt toe dat de uiteenzetting ook gebaseerd is op de ervaring in de andere regio's in België. In totaal werden 135 woonzorgcentra en andere collectieve wooninstellingen bezocht, ook in Brussel en Wallonië. Zowel in de bevestigingen als in de ervaringen op het terrein, hebben ze zeer weinig verschillen gezien tussen de regio's. Ze focust haar uiteenzetting op Vlaanderen.

Het doel van de interventie was het aantal besmettingen in de woonzorgcentra proberen te beperken, zodra er een uitbraak was, vermijden dat die zich verder verspreidde, woonzorgcentra proberen te wapenen om bewoners en personeel te beschermen tegen een mogelijke besmetting, en de veerkracht van het personeel in de woonzorgcentra proberen te versterken.

In Brussel is men midden maart 2020 gestart en in Vlaanderen begin april, in zeer nauwe samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, meer specifiek met de dienst Infectieziekten en het Outbreak Support Team. Er werden holistische mobiele teams opgezet, bestaande uit een verpleegkundige en een gezondheidspromotor. Wanneer het nodig was, ging de psychologe ook mee ter plaatse.

De mobiele teams werkten rond drie verschillende thema's. Ten eerste: infectiepreventie en controle, de initiële prioriteit. In het begin werd daar heel erg op gefocust om te proberen de infectie onder controle te krijgen. Men kan op dat moment eerder over infectiecontrole dan over preventie spreken. Ten tweede: de organisatie en reorganisatie van zorg. Dat gaat vooral over het testen en de acties die gebonden zijn aan de testresultaten. Daarover was er heel wat verwarring. Het is juist dat het resultaat, positief of negatief, voor een huisarts niet zo moeilijk te interpreteren is, maar wat moet de arts daarmee doen in een woonzorgcentrum? Wat als er twee of zes bewoners positief zijn? Wat als de helft of 80 procent van een centrum positief is? Dat is niet evident. Ten derde: het psychosociale welzijn.

De teams gingen ter plaatse en gaven psychologische eerste hulp aan personeelsleden en management. Er werd heel veel gewerkt aan psycho-educatie. Wanneer er specifieke psychologische noden naar boven kwamen en specifieke vragen vanuit het management, werd Sanne Kaelen ingeroepen.

De mobiele teams deden een tot vier visites per woonzorgcentrum. Tijdens een eerste visite werd er vooral geluisterd en werd een algemene evaluatie gemaakt op basis van een assessmenttool. Die tool is geëvolueerd gedurende de hele interventie van drie maanden. Men had die nooit in de hand wanneer men ter plaatse kwam. Artsen Zonder Grenzen functioneerde niet als een controlerend orgaan. De tool was een instrument voor henzelf om alles te verzamelen en te kunnen analyseren waar men tijdens een tweede bezoek op terug zou komen.

Tijdens het eerste bezoek werd er veel gepraat met personeel, werd gekeken hoe het liep op de werkvloer en werden al praktische tips en aanbevelingen gegeven. De belangrijkste noden werden geïdentificeerd. Tijdens een tweede, derde en eventueel vierde bezoek werden er zeer praktische trainingen gegeven aan verschillende beroepsgroepen. Afhankelijk van het woonzorgcentrum gebeurde dat anders: iedereen samen, verschillende disciplines apart, met het management erbij betrokken of niet. De boodschap was altijd simpel en duidelijk: wat is COVID-19? Hoe kan iemand zichzelf beschermen? Hoe kan men bewoners beschermen?

Daaruit volgend heeft Artsen Zonder Grenzen een aantal aanbevelingen geschreven. In het begin is gefocust op wat de voornaamste zaken waren die men zag en hoe men zoveel mogelijk woonzorgcentra kon helpen. Men kon onmogelijk in alle 821 woonzorgcentra ter plaatse zijn, en bijgevolg werden aanbevelingen en hulpmateriaal online gedeeld.

Er was een heel groot probleem met het persoonlijk beschermingsmateriaal, het tekort eraan en het rationeel gebruik ervan. Het woonzorgcentrum waar Stef Bossaerts crisismanager was, had voldoende materiaal, maar de mensen wisten niet hoe ze dat materiaal moesten gebruiken. Het was essentieel om uit te leggen hoe het virus werkt en hoe men zichzelf en andere mensen daartegen kan beschermen. Elke zorgkundige en verpleegkundige heeft dat in zijn opleiding gekregen, maar op het moment van een crisis en in paniek, denkt men daar niet aan.

Artsen Zonder Grenzen heeft aanbevelingen geschreven over enerzijds het persoonlijke beschermingsmateriaal en anderzijds het cohorteren, met specifieke voorbeelden. Er zijn webinars over georganiseerd om zoveel mogelijk woonzorgcentra te bereiken. Op de eerste webinar over het rationeel gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal waren er meer dan 1300 mensen geregistreerd. De nood aan opleiding en praktische uitleg was hoog.

Artsen Zonder Grenzen deed dat steeds samen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Men was niet met alles wat er in de richtlijnen staat akkoord, maar men kon daarover discussiëren. De aanbevelingen waren gebaseerd op evidence-based geneeskunde en ervaring op het terrein. Indien de aanbevelingen niet strookten met de richtlijnen van het agentschap, werd dat uitgelegd en verklaard in de webinars. Het agentschap heeft altijd deelgenomen aan de webinars om zijn standpunt mee te delen en om uit te leggen waarom er verschillen waren.

Er was tweemaal per week overleg met het Outbreak Support Team om de meest precare woonzorgcentra te identificeren. Zij deden dat op basis van de data die gerapporteerd werden door de woonzorgcentra: het aantal COVID-19-patiënten, het aantal vermoedelijke COVID-19-patiënten en het aantal uitgevallen personeelsleden. Men had een aantal 'red flags' die aanwezen waar het nuttig was dat Artsen Zonder Grenzen ter plaatse zou gaan. Enerzijds omdat ze zelf niet de ervaring hadden om ter plaatse te gaan en zich daar niet comfortabel bij voelden, en anderzijds omdat er in bepaalde provincies hotspots waren, vooral in Limburg, of omdat er een beperkte capaciteit was van het agentschap, vooral Vlaams-Brabant. Artsen Zonder Grenzen heeft vooral in Limburg en Vlaams-Brabant gewerkt.

Er zijn ook woonzorgcentra die Artsen Zonder Grenzen rechtstreeks hebben gecontacteerd. Gedurende heel de interventie had men het gevoel dat bepaalde woonzorgcentra onder de radar bleven maar waar Artsen Zonder Grenzen toch meerwaarde had kunnen betekenen. Er was zeer beperkte transparantie over de cijfers in de woonzorgcentra. Sciensano heeft heel laat de differentiatie gemaakt tussen ziekenhuisopnames en besmettingen in woonzorgcentra. Men heeft nooit inzicht gekregen in de situatie in de individuele woonzorgcentra in Vlaanderen. Dat was een gemis. Men had de interventies beter kunnen afstemmen als men die informatie wel had gehad.

Sofie Spiers vermeldt nog dat er op wekelijkse basis overleg was op federaal niveau waar alle regio's vertegenwoordigd waren. Daarin merkte men dat de pijnpunten en moeilijkheden hetzelfde waren in de verschillende regio's, dat de aanpak soms anders was en dat er verschillende snelheden waren. Het was niet zo evident om daar als onafhankelijke medische organisatie tussen te zitten. Af en toe werd naar Artsen Zonder Grenzen gekeken om de aanbevelingen samen te brengen.

7.3. Observaties

Er is weinig prioriteit gegeven aan de woonzorgcentra. De interventie van Artsen Zonder Grenzen in Vlaanderen en Wallonië is gestart in de ziekenhuizen omdat men vreesde voor saturatie van de ziekenhuizen. Het werd snel duidelijk dat men in de woonzorgcentra met de meest kwetsbare populatie zat die niet voldoende ondersteund werd met enerzijds persoonlijk beschermingsmateriaal en anderzijds personeel dat zich in de steek gelaten voelde, waardoor mensen ziek werden of bang waren om te werken. Er was geen extra bemanning en geen extra training.

Een woonzorgcentrum is geen ziekenhuis. Men verwachtte dat de woonzorgcentra bepaalde skills en competenties van ziekenhuispersoneel zouden opnemen maar ze hadden niet die technische expertise. Ook qua infrastructuur en organisatie van zorg waren zij niet voorbereid. Vele woonzorgcentra hebben een grote open structuur waar verschillende soorten populaties door elkaar zitten en waar het zeer moeilijk is om de zorg te organiseren. Wat betreft de medische zorg, moest men bijvoorbeeld plots intraveneuze medicatie hebben. Men was daar niet voor opgeleid en had daar geen kennis over. Daarbij kwam dat de huisartsen niet meer binnenkwamen, of dat de CRA vaak zelf afwezig was vanwege ziekte of een risicoprofiel. In sommige woonzorgcentra was de CRA fantastisch en soms was hij afwezig. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen: soms waren die zeer ondersteunend en begripvol en stuurden teams naar de woonzorgcentra om tests uit te voeren en personeel op te leiden, en soms bleven de ziekenhuizen gewoon afwezig.

Uit de bevraging blijkt dat er een heel grote drop-down was van het beroep dat woonzorgcentra in het algemeen konden doen op ziekenhuizen om patiënten naar te refereren. 86 procent van de bevroegde woonzorgcentra gaf aan te kunnen refereren aan ziekenhuizen voor de crisis. Tijdens de crisis was dat slechts 57 procent. In het algemeen is de samenwerking met externe partners en diensten serieus gedaald. Een andere vraag tijdens het eerste assessment was of de noodoproepen van de woonzorgcentra beantwoord werden. 27 procent van de bezochte woonzorgcentra gaf aan dat niet al hun noodoproepen werden opgevolgd.

Het derde punt dat al een paar keer aangehaald is, is de invloed op het mentale welzijn van zowel personeelsleden als bewoners. Twee factoren hebben een gigantische impact gehad op die twee populaties. Enerzijds heeft het personeel regelmatig een aantal zaken aangegeven, zoals angst over de epidemie, onzekerheid, rouw, zich in de steek gelaten en alleen voelen en schuldgevoel hebben. Anderzijds hebben lockdown en isolatie, zowel in de maatschappij als in het woonzorgcentrum, uiteraard ook invloed. Mensen die al heel hard aan het werken waren, moesten 's avonds nog terug naar huis. Er was geen systematische psychologische

ondersteuning in de woonzorgcentra. De externe psychologen kwamen niet meer in de woonzorgcentra en heel weinig woonzorgcentra kunnen een beroep doen op interne psychologen.

Over het mentaal welzijn van de bewoners is Artsen Zonder Grenzen zich goed bewust van wat Guy Claeys geobserveerd heeft bij de bewoners. Die zaken zijn opgemerkt in alle woonzorgcentra. In het kader van zijn interventie heeft Artsen Zonder Grenzen niet rechtstreeks met de bewoners gewerkt, maar midden mei 2020 heeft de organisatie besloten – toen duidelijk was dat de interventie midden juni 2020 zou stoppen – om daarop dieper in te gaan. Het was inderdaad een duidelijk pijnpunt waarmee er tot dan toe niets is gedaan. Op dit moment is Artsen Zonder Grenzen bezig met een kwalitatief onderzoek waarbij het interviews doet met de bewoners en focusgroepen met de personeelsleden in de woonzorgcentra over het mentale welbevinden. Na ongeveer veertig interviews blijkt dat de bewoners het heel moeilijk hadden dat ze van hun vrijheid werden beroofd. Van de ene dag op de andere wordt er beslist dat ze niet meer naar buiten kunnen en dat er niemand meer binnen of buiten mag.

7.4. Uitdagingen

Sofie Spiers stelt dat de uitdagingen vergelijkbaar zijn in de drie landregio's. Zo is er onvoldoende voorbereiding op verschillende vlakken. Zeer frappant was dat er geen ondersteuning op het terrein was. Er was niemand. Heel vaak waren de medewerkers van Artsen Zonder Grenzen de eerste hulpverleners die de mensen zagen en werden ze overladen met emoties, heel vaak kwaadheid en onbegrip. De personeelsleden zegden dat ze te laat kwamen en toch niets meer konden doen. Artsen Zonder Grenzen heeft die bewering tijdens het eerste bezoek altijd kunnen omdraaien.

Over het algemeen was er een gebrek aan coördinatie en het was helemaal niet duidelijk hoe de communicatie verliep, niet alleen met de crisismanagers, maar ook met de woonzorgcentra. De vertaling van de richtlijnen voor de werkvloer en ook feedback van zowel het personeel als van de bewoners ontbrak. Er was weinig transparantie in de data. Wat betreft het gebrek aan daadkracht geeft Sofie Spiers twee voorbeelden. Ten eerste was er de ZorgSamen Barometer, die begin april 2020 heeft gepeild naar het mentaal welzijn van het personeel in de woonzorgcentra. Toen bleek al dat de situatie heel zwaar was voor het personeel en dat de mensen het heel moeilijk hadden. Zoals recent in de pers stond, dachten een aantal mensen eraan om ermee te stoppen. Tot 15 juni 2020 is er met die informatie niets gedaan. Toen zijn de mobiele teams van de CGG's uitgestuurd. Sofie Spiers vindt dat fantastisch, maar ze vraagt zich af hoe duurzaam deze interventie zal zijn.

Ten tweede zijn er de mobiele teams die Artsen Zonder Grenzen heeft opgezet. Die werkten en hadden relatief grote impact. Vanaf het begin is met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid afgesproken dat het die zou overnemen. Artsen Zonder Grenzen was niet van plan om dat maanden te blijven doen. Er komt hoogstwaarschijnlijk een tweede golf. Zelfs als die niet komt, moeten de woonzorgcentra blijvend ondersteund worden, ook al is het voor andere epidemieën. De laatste interventiedag van Artsen Zonder Grenzen was op 12 juni 2020. Toen las Sofie Spiers in de krant dat de mobiele teams konden werken. Ze is daar bijzonder blij mee, maar Artsen Zonder Grenzen heeft van 4 april tot 12 juni 2020 op wekelijkse basis de vraag herhaald wanneer die overdacht er zouden komen. Ook daar ontbrak daadkracht.

Sofie Spiers vat de noden samen. Er was heel weinig voorbereiding. De infectiepreventie en -controle was inadequaat en beperkt. Bij het personeel was er enorm hoge werkdruk. Ze benadrukt nogmaals dat ze helemaal geen kritiek heeft op de motivatie van het personeel, de wil, de veerkracht en daadkracht. Het is fantas-

tisch wat de personeelsleden hebben gedaan met de beschikbare middelen. Door die beperkte voorbereiding, de beperkte infectiepreventie en -controle en de hoge werkdruk was er inadequate organisatie van de zorg, inadequate isolatie en inadequate cohortering. Daardoor bleef het aantal COVID-19-besmettingen stijgen en daalde de zorgkwaliteit. Dat leidde tot oversterfte en een humanitaire crisis.

7.5. Lessons learned

De les die men geleerd heeft uit de crisis: hou het eenvoudig. Ze verwijst naar de 82 pagina's met richtlijnen. Die zijn goed. Artsen Zonder Grenzen heeft daarvoor ook samengewerkt met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Voor de woonzorgcentra kan het duidelijker, pragmatischer en eenvoudiger. Uit de data blijkt dat de aanwezigheid van een zorgcoördinator en van een crisiscel een groot verschil kan maken. Niet elk woonzorgcentrum heeft dat gedaan: 28 procent van de bezochte woonzorgcentra had geen zorgcoördinator en 41 procent geen crisiscel. Dat had enorme impact op de geleverde zorgkwaliteit.

Sofie Spiers benadrukt het belang van het ter plaatse zijn. Er werd heel veel gedaan vanop afstand maar ter plaatse zijn maakte een groot verschil. De psychologische eerste hulp en de psycho-educatie hadden heel grote invloed. Die gebeurde niet door de klinisch psychologe Sanne Kaelen, maar door de gezondheidspromotor en een verpleegkundige. Iedereen met een zorgend profiel kan die functie uitvoeren.

Verder is er nood aan permanente vorming. Elke zorgkundige heeft in de basisopleiding het belang van handhygiëne geleerd evenals de basisvoorzorgsmaatregelen en de specifieke voorzorgsmaatregelen die bij een epidemie moeten worden genomen. Maar de personeelsleden in de woonzorgcentra hebben geen permanente vorming gekregen. Ze kregen geen maandelijkse, zesmaandelijkse of jaarlijkse opleidingen zoals bij het ziekenhuispersoneel wel het geval is.

Sofie Spiers wijst er ook op dat het belangrijk is dat de evaluaties op de werkvloer ondersteunend en niet controlerend zijn. Een evaluatie mag geen checkbox zijn, maar moet tonen wat goed en wat niet goed is. Het is belangrijk om te zeggen wat niet goed is en hoe dat ter plaatse verbeterd kan worden. De evaluator mag niet zeggen dat het in orde moet zijn als hij of zij de volgende keer terugkomt. Hij kan gewoon tonen hoe het moet. Dan zal het ook gebeuren en de volgende keer in orde zijn.

Een testingstrategie is heel belangrijk, maar Sofie Spiers beseft dat het niet gemakkelijk is. Artsen Zonder Grenzen heeft veel interne discussies gehad met heel veel verschillende specialisten om het internationale beleid en de internationale testingstrategie uit te dragen. Ze wil niet zeggen dat er vanaf het begin een duidelijkere testingstrategie had moeten zijn. Wat ze wel gemist heeft, is dat er geen duidelijke acties werden gekoppeld aan de testing. Dat is niet zo moeilijk. De resultaten kunnen op veel verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Hoe meer actoren daar een mening over hebben, hoe moeilijker het wordt voor het woonzorgcentrum om dat in de praktijk uit te voeren. Men had daar duidelijker kunnen stellen wat er moet gebeuren als 20 procent of 80 procent van de bewoners positief test.

De doorverwijsmogelijkheden zijn een ander pijnpunt. Enerzijds begrijpt Sofie Spiers dat er een volledige lockdown van de woonzorgcentra was. Daar zit de meest kwetsbare bevolking. Maar men heeft de toegang tot gezondheidszorg volledig ontnomen. Er was geen medische zorg meer bij diegenen die het meest medische zorg nodig hadden. Afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis, van regio tot regio, van woonzorgcentrum tot woonzorgcentrum werd er niet doorgestuurd naar de ziekenhuizen of werden de bewoners niet aanvaard in de ziekenhuizen. Dat had zeker en vast vermeden kunnen worden.

7.6. What's next?

De tweede golf moet voorbereid worden. Zelfs als die er niet komt, is duurzame ondersteuning van de woonzorgcentra nodig. Een groot deel van de bevolking woont en leeft in de woonzorgcentra. Ze zijn kwetsbaar voor infecties, niet alleen voor COVID-19, maar ook voor griep, gastro-intestinale infecties enzovoort. Er moet aan de infectiepreventie gewerkt worden. Die was over het algemeen ondermaats. Ook aan de draagkracht van het personeel moet nu en in de toekomst gewerkt worden. Er moet een duidelijk actieplan zijn voor om het even welke epidemie die nog volgt.

Het eerstelijns personeel, namelijk de zorgkundigen, het poetspersoneel, het keukenpersoneel, de logistiek en de bewoners zijn niet gehoord. Zij hadden nochtans heel interessante en belangrijke zaken te zeggen. Dat blijkt ook uit de interviews met de bewoners en de focusgroepen met het personeel.

Het is heel belangrijk om onmiddellijk, pragmatisch en ter plekke ondersteuning te bieden. Dat is met heel weinig mogelijk. De interventie van Artsen Zonder Grenzen is heel beperkt. Het gaat over twee tot drie keer een uurtje een bezoek ter plaatse. Artsen Zonder Grenzen heeft uitgerekend dat er vijftien mobiele teams van twee tot drie personen nodig zijn om op twee maanden alle woonzorgcentra in Vlaanderen te ondersteunen. Dat valt mee, aldus de spreker.

Wat de permanente praktische training en de testingsstrategieën betreft, heeft Artsen Zonder Grenzen altijd gezegd dat systematisch testen nodig is. In de incubatieperiode kunnen er valsnegatieve gevallen zijn. Veel mensen die geïnfecteerd zijn vertonen geen symptomen. Het personeel en andere mensen, zoals bezoekers, blijven binnenkomen in het woonzorgcentrum. Daarom moet men op een systematische manier testen met als prioriteit symptomatische bewoners en personeel, ten tweede het personeel, ten derde de nieuwkomers en ten vierde de bewoners van het woonzorgcentrum in het algemeen.

Bij wijze van conclusie stelt *Caroline Willemen* dat ze het gewend is om met kwetsbare mensen overal ter wereld om te gaan. De situatie in de woonzorgcentra was echt een humanitaire crisis voor Artsen Zonder Grenzen. De organisatie zou niet ingegrepen hebben als ze dat niet zo gezien had. Dat is ook de reden waarom ze in deze hoorzitting aanwezig is. De medewerkers zijn heel dankbaar dat ze hun ervaringen mogen delen. Om een herhaling van de situatie te vermijden moet alles gedaan worden, niet alleen bij een tweede piek, maar ook bij lokale pieken. Het gaat niet altijd over een piek die het hele land opnieuw zou raken. Als een bepaald woonzorgcentrum heel erg getroffen wordt, dan heeft dat ook nood aan ondersteuning.

Caroline Willemen benadrukt dat het heel belangrijk is om verder te kijken dan de woonzorgcentra die tot nu toe geconfronteerd zijn geweest met uitbraken. Die hebben in de mate van het mogelijke op zoveel mogelijk steun kunnen rekenen. De andere woonzorgcentra kunnen niet bouwen op die eerste ervaring van de eerste golf, ook al was die heel pijnlijk. Vooral op het vlak van mentaal welzijn hebben zij daar evenzeer onder geleden. Het verschil is uiteraard dat het personeel niet geconfronteerd is geweest met overlijdens van bewoners door COVID-19, maar wel met alle andere stress- en risicofactoren. Ze hebben evengoed nood aan ondersteuning als de woonzorgcentra die die ondersteuning voorlopig al gekregen hebben.

Caroline Willemen herhaalt dat het eerste bezoek niet altijd gemakkelijk was. Dat had vaak te maken met het feit dat ze de eerste mensen waren die na een tot twee maanden van crisis plots fysiek aanwezig waren. De directie, maar ook het personeel kon aan hen voor de eerste keer hun verhaal doen. Alle emotie, frustratie en

verdriet kwamen er heel vaak volledig uit. De Artsen Zonder Grenzen medewerkers hebben vaak geluisterd naar de directies die geroeid hebben met de riemen die ze hadden, maar die zich heel erg pijnlijk bewust waren van het feit dat het te weinig is geweest. Ze hebben geluisterd naar het personeel dat bang was, bang om zelf besmet te raken, bang om kinderen thuis te besmetten, maar ook doodsbang dat ze misschien de schuld dragen voor de verspreiding van het virus door een besmette handschoen.

Wat de retoriek van de helden van de zorg met het applaus en de witte lakens uit de ramen betreft, wijst Caroline Willemen erop dat heel veel mensen met wie Artsen Zonder Grenzen heeft gesproken, zich geen helden voelden. Ze hadden niet het gevoel dat ze behandeld of bekeken werden als helden. Dat was vooral het geval met de mensen in de woonzorgcentra. Het hele verhaal van de helden van de zorg ging heel vaak over dokters, verpleegkundigen in een ziekenhuissetting, minder over de woonzorgcentra en nog minder over het schoonmaakpersoneel en de facilitaire diensten, zoals het keukenpersoneel. Die mensen zijn in grote mate aan dezelfde risico's blootgesteld en zijn daarin veel minder getraind dan een verpleegkundige die gewend is om op een ICU te werken.

Artsen Zonder Grenzen kan alleen maar vaststellen dat zowel de autoriteiten als de woonzorgcentra volledig onvoorbereid waren op die eerste golf, maar dat er geen enkel excuus is als er een herhaling komt. Dat men een dergelijke epidemie nog nooit had gezien, kan als excuus worden aangenomen voor de eerste golf. Caroline Willemen is heel duidelijk dat dat niet wil zeggen dat er geen betere respons had kunnen zijn. Maar als er een tweede golf komt, dan is dat excuus niet meer geldig. Als men echt wil tonen dat de solidariteit met het personeel van de woonzorgcentra verder reikt dan applaus en het uithangen van witte lakens, dan is dit het moment om te investeren in de ondersteuning van de mensen die zich de afgelopen maanden kapotgewerkt hebben en voor wie er nog geen beterschap in zicht is. Voor velen lijkt de coronacrisis in het dagelijkse leven enigszins voorbij, maar dat is nog niet het geval voor mensen die er nog middenin staan. Zij zijn ook nog heel bang voor wat er nog komt. De ondersteuning van het personeel is een basisvereiste om de zorg, de ondersteuning en de levenskwaliteit te kunnen bieden die de bewoners van de woonzorgcentra verdienen en waarop ze recht hebben. Dat moet de kern van de vraag en het antwoord blijven.

8. Vragen van de leden

De *voorzitter* bedankt de sprekers voor hun bijdrage. Veel zaken zijn opnieuw een stomp in de maag. De presentatie van hun ervaringen was heel volledig.

8.1. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys bedankt de sprekers. Ze vindt de uiteenzetting en de toelichting heel volledig. Bijna al haar vragen zijn beantwoord. Ze heeft nog een vraag over de mobiele teams. Volgens Artsen Zonder Grenzen zijn er vijftien mobiele teams nodig. Freya Saeys vraagt wie er deel van zou moeten uitmaken. Dat zijn niet alleen mensen die opleiding geven en mentale ondersteuning bieden, maar dat gaat enorm breed. Er zijn mobiele teams ingezet. Worden er ook mobiele zorgteams ingezet? Is er beter een groot team in plaats van verschillende teams? Ze vermoedt dat het voor een woonzorgcentrum moeilijker is als er steeds andere mensen komen.

8.2. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf dankt de sprekers ook voor hun verhelderende presentatie. Hij heeft een eerste vraag ter verduidelijking. Artsen Zonder Grenzen werkte vooral in Vlaams-Brabant en Limburg, in eerste instantie in woonzorgcentra die uit eigen beweging contact hebben opgenomen of waarvan de organisatie vermoedde dat

er problemen waren en zelf hulp heeft aangeboden. De sprekers gaven aan dat er een gebrek aan transparantie was. Hannes Anaf vraagt of hij het goed begrepen heeft dat Artsen Zonder Grenzen meer had kunnen en willen doen als er vanuit Vlaanderen vroeger transparantie was geweest over waar er uitbraken in de woonzorgcentra waren.

Hij vraagt ook of het klopt dat Artsen Zonder Grenzen op 4 april 2020 in Vlaanderen begon te werken en dat de medewerkers de eerste externe hulpverleners op het terrein waren.

De sprekers spraken over een bevraging van 1200 verpleegkundigen en coördinatoren in de woonzorgcentra. De aanbevelingen van Artsen Zonder Grenzen zijn daar voor een deel op gebaseerd. Is het mogelijk om die achtergrondinformatie te bezorgen aan de commissieleden? Hannes Anaf vindt het interessant om die in detail te kunnen bekijken. Hij heeft dezelfde vraag voor de aanbevelingen over het rationeel gebruik van beschermingsmateriaal.

Artsen Zonder Grenzen heeft niet alleen in Vlaanderen gewerkt. Heeft Artsen Zonder Grenzen de voorgestelde aanbevelingen al bezorgd aan de andere overheden? Zijn er al reacties op gekomen?

Artsen Zonder Grenzen betreurt dat er geen duidelijke acties gekoppeld werden aan de testresultaten in voorzieningen. Hannes Anaf stelt dat hij altijd te horen heeft gekregen dat er op basis van de aanwezigheid van COVID-19 in de woonzorgcentra crisismanagers werden ingeschakeld, cohorte-zorg werd opgestart en dat er vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ook opvolgtelefoontjes of bezoeken ter plaatse konden plaatsvinden. Andere sprekers hebben ook al opgemerkt dat de follow-up beperkt was in de praktijk. Hannes Anaf vraagt of Artsen Zonder Grenzen van mening is dat de minimale opvolging die Vlaanderen beloofde, er in de praktijk niet was of dat die te beperkt was. Heeft Artsen Zonder Grenzen daarover aanbevelingen?

De sprekers stonden terecht uitgebreid stil bij de psychologische impact en de verwerking van de ervaringen van de mensen die tijdens de crisis op het terrein werkten. Hannes Anaf beseft dat het enorme invloed moet hebben op iemand als effectief vastgesteld kan worden dat zij of hij het virus heeft binnengebracht. Heeft Artsen Zonder Grenzen concrete adviezen voor de mensen op het terrein en voor de woonzorgcentra zodat ze op de juiste manier met het personeel kunnen omgaan.

8.3. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer dankt de sprekers voor hun getuigenis. Ze vond het confronterend om te horen dat ook Vlaanderen humanitaire hulp heeft gekregen van een organisatie die altijd gelinkt wordt met het Zuiden. Ze vindt het vreemd dat de sprekers vinden dat er te weinig transparantie in de cijfers was. Het Vlaams Parlement heeft elke week cijfers gekregen van de ziekenhuisopnames, van het aantal overlijdens en van het aantal woonzorgcentra die getroffen waren. Niet alle woonzorgcentra leverden de cijfers aan, maar meer dan 90 procent deed dat wel. Hebben de commissieleden meer cijfers gekregen dan Artsen Zonder Grenzen?

Voor de tweede golf heeft Artsen Zonder Grenzen een hele reeks aanbevelingen, onder meer voor een duurzame ondersteuning. Er is een lijst met zeven actiepunten. Maakt de overheid daar al werk van? Hoeveel staat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid daarmee? Is dat nog altijd theorie of zijn er al stappen gezet om die actiepunten uit te werken? Is Artsen Zonder Grenzen daar al dan niet bij betrokken?

Wat betreft de helden van de zorg, krijgen de federale zorgvertrekkers een cheque van 300 euro. Voor de woonzorgcentra in Vlaanderen is er geen bedrag opzijgezet. Er is nog niets gepland. Welke signalen geeft de overheid dan? Ze weet ook dat de mensen niet echt op een cheque zitten te wachten, maar wel op structurele ondersteuning. Hoelang gaat het Vlaamse zorgpersoneel in de woonzorgcentra het nog volhouden als die er niet komt?

8.4. Vragen van Jos D'Haese

Het gevoel van *Jos D'Haese* ging van verbijsterd naar hallucinant bij de opeenvolgende getuigenissen. De sprekers hebben de belangrijkste conclusies die deze commissie binnen een maand zal afleveren op één slide samengevat: gebrek aan voorbereiding, gebrek aan ondersteuning op het terrein, gebrek aan coördinatie, gebrek aan transparantie en gebrek aan daadkracht. Dat vat het bijna helemaal samen. Hij dankt de sprekers voor het overkoepelende zicht van de aanpak en van het verloop van deze crisis. Artsen Zonder Grenzen heeft gedaan wat een overheid zou moeten doen. Normaal gezien doet de organisatie dat in landen met falende overheden en nu doet ze dat in België en in Vlaanderen. Dat is heel confronterend. De medewerkers van Artsen Zonder Grenzen waren vaak de eersten om te luisteren naar mensen. Jos D'Haese vraagt wie er naar de Artsen Zonder Grenzen-medewerkers heeft geluisterd tijdens de aanpak van de crisis. Hij vindt dat een heel belangrijke vraag en heeft die al aan iedere spreker gesteld. Hij kan zich voorstellen dat een aantal conclusies al tijdens de crisis duidelijk waren. Hij heeft toen ook al een heel aantal conclusies gebracht en daar is niets mee gebeurd.

De interventie is afgerond. Heeft Artsen Zonder Grenzen al gepraat met de bevoegde overheden of is het de eerste keer dat de organisatie een evaluatie van de crisis brengen?

Wie heeft het initiatief genomen voor de interventie? Heeft Artsen Zonder Grenzen dat zelf gedaan of is het daarvoor gevraagd? In het tweede geval wil dat zeggen dat het werk dat de organisatie heeft gedaan, anders helemaal niet gebeurd zou zijn.

Jos D'Haese vraagt of hij zich vergist als hij ervan uitgaat dat Artsen Zonder Grenzen ook testen heeft uitgevoerd.

De CRA van Zorggroep Sakura vertelde dat hij 's ochtends 250 testen kreeg die hij tegen 's avonds afgenomen moest hebben op zijn eentje (*Parl.St.* VI.Parl. 2019-20, nr. 419/1). Hoe kijkt Artsen Zonder Grenzen daartegenaan? Is het mogelijk voor een woonzorgcentrum om op die manier goed te werken of hadden er daarvoor mobiele testteams georganiseerd moeten worden?

Wat betreft de richtlijnen voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen hadden de sprekers het over meningsverschillen. De richtlijn is lang geweest om geen preventieve persoonlijke beschermingsmiddelen in te zetten. Wat is de mening van Artsen Zonder Grenzen daarover? Ook die vraag stelt Jos D'Haese aan elke spreker.

8.5. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse dankt de sprekers voor de duidelijke en boeiende toelichting over hun activiteiten in de coronacrisis. Er zijn al veel vragen gesteld, maar wat hij zich vooral afvraagt is of er communicatie geweest is tussen Artsen Zonder Grenzen en de overheid. Hij stelt vast dat de organisatie vooral gevraagd werd vanuit het veld. Heeft de overheid ook signalen gegeven om in te springen? Is er naast communicatie ook terugkoppeling geweest? Beide zijn heel belangrijk om lessen uit te trekken voor een eventuele tweede golf.

8.6. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys dankt de sprekers op zijn beurt voor hun toelichting. Hij is geschokt te horen dat 27 procent van de oproepen naar 112 niet beantwoord zijn. De vraag is of dat betekent dat de telefoon niet is opgenomen of dat de telefoon wel werd opgenomen maar dat er geen hulp is gekomen. Hij vraagt of hij het juiste cijfer heeft gehoord. Hij had dat niet verwacht.

Lorin Parys vindt het belangrijk dat de sprekers hebben gezegd dat er in de opleiding aandacht is besteed aan infectiepreventie, maar dat het in een crisismoment moeilijk is om terug te schakelen naar wat lang geleden is geleerd en lang niet is gebruikt. De discussie wat er aan de opleiding moet veranderen, is al vaak gevoerd. Als hij de sprekers hoort, moet er aan de opleiding niet zoveel veranderen, maar wel af en toe opgefrist worden. Klopt zijn interpretatie?

De vaststelling dat er niemand op het terrein aanwezig was, is luid en duidelijk aangekomen. De vraag is of dat opgelost is met die mobiele teams. Hebben de sprekers dat voor ogen als ze zeggen dat dergelijke teams genoeg zijn om preventie op het terrein te hebben?

Op 4 april 2020 vraagt Artsen Zonder Grenzen dat de mobiele teams overgenomen zouden worden en dat gebeurt pas op 12 juni 2020. Lorin Parys vraagt of de sprekers een blik achter de schermen kunnen geven. Waarom is dat zo? Dat lijkt een bijzonder lange periode voor een respons. Hij vindt het moeilijk te begrijpen voor iemand die niet operationeel op het terrein is.

Infectiepreventie en -controle is ook opgenomen in de conclusies. Lorin Parys vindt dat vreemd. Er is een thematische inspectie handhygiëne geweest. Daar bestaan honderden verslagen van. Er is zelfs een rapport gemaakt over wat er is gebeurd en nog moet gebeuren. Als Artsen Zonder Grenzen vaststelt dat de infectiepreventie- en controle op veel plekken niet gebeurt zoals het zou moeten, dan moet de vraag gesteld worden of de inspectie op de juiste manier gebeurt. Is dat een juiste conclusie?

Ten slotte is hij het eens met de vaststelling dat de stem van bewoners te weinig is gehoord. Er wordt veel gesproken over zorgkundigen en verplegend personeel, maar er is veel logistiek personeel en keukenpersoneel dat vaak vergeten wordt in zowel het psychosociale verhaal als in dat van de infectiepreventie op de werkplek. Volgens Lorin Parys is dat iets om te onthouden.

8.7. Vragen van Peter Van Rompuy

Peter Van Rompuy dankt de sprekers voor hun bijdrage in de afgelopen maanden, zowel op medisch als op psychologisch vlak. Zijn vragen zijn vooral gericht op het feit dat Artsen Zonder Grenzen een helikopterzicht heeft omdat het veel woonzorgcentra heeft bezocht. Heeft Artsen Zonder Grenzen verschillen in aanpak gezien tussen profit en non-profit, of andere verschillen in structuren tussen de woonzorgcentra waaruit interessante conclusies kunnen worden getrokken voor de aanbevelingen?

Over het algemeen hadden de regio's een soortgelijke aanpak, maar zijn er verschillen in reactietempo en dergelijke meer. Uit de verschillen in oversterfte kunnen misschien lessen worden getrokken door het opzetten van schakelzorgcentra.

Vanwaar de grote verschillen tussen de provincies? Waarom heeft de organisatie bijna exclusief in Limburg en Vlaams-Brabant kunnen of moeten optreden? Is er een groot verschil in de aanpak van de woonzorgcentra?

8.8. Vragen van Celia Groothedde

Het valt *Celia Groothedde* op dat de sprekers extreem vrijuit spreken. Dat is misschien omdat de organisatie onafhankelijk is van alle betrokken overheden. Ze bedankt de organisatie, die de afgelopen jaren een paar keer als activistisch middenveld is afgeschilderd maar onschatbaar werk heeft geleverd. Ze wil niet alle schokkende feiten herhalen, maar ze vindt het schokkend dat de coronacrisis als een humanitaire ramp wordt bestempeld.

Ze vraagt wat Artsen Zonder Grenzen heeft aan te merken op de teststrategie. Staat die op punt? Het valt haar op dat de sprekers bij de teststrategie niet spreken over de bezoekers, en of die getest moeten worden. Misschien was dat een vergetelheid?

De sprekers zeggen dat mensen aan bepaalde zaken niet denken als ze in paniek zijn. Gold dat ook voor de beleidsmakers en voor wie bovenaan stond in de beslissingsketen? Hebben ze niet willen zien in hoeverre ze overweldigd waren en de crisis al dan niet onder controle hadden?

Er is gezegd dat mensen zich in de steek gelaten voelen, angstig zijn en schuldgevoel hebben. De sprekers hebben het bericht aangehaald over de ZorgSamen Barometer: een op vijf mensen overweegt om te stoppen. Hoe kan de Vlaamse overheid dat goedmaken? Dat is een open vraag, maar Celia Groothedde vindt ze belangrijk om te stellen.

Over het mentale welzijn heeft ze ook een open vraag: hoe valt dat recht te zetten? Volgens Artsen Zonder Grenzen kan psychologische eerste hulp door elke verpleegkundige worden gegeven. Is dat nu aan de orde? Moet dat werk door vrijwilligers worden gedaan? Bestaat de indruk dat de teams van de CGG's genoeg personeel hebben om dat op tijd te kunnen ondervangen?

Artsen Zonder Grenzen heeft veel ervaring met internationale humanitaire rampen. Was de crisiscommunicatie laagdrempelig genoeg? Mensen die poetsen of koken zijn vaak anderstalig. Hebben ze genoeg informatie gehad? Zijn ze goed ingelicht? Hoe moest het anders? Of op welke manier was het goed?

9. Antwoord van Artsen Zonder Grenzen

Sanne Kaelen dankt de leden voor het platform dat Artsen Zonder Grenzen heeft gekregen om zijn ervaringen te delen. Vanaf maart 2020 is ze als psychologe woonzorgcentra beginnen te bezoeken. Ze werd zelf overweldigd door de emotionele impact bij het personeel. Artsen Zonder Grenzen heeft snel actie ondernomen om meer hulp te bieden aan het personeel. Er waren al heel wat online- en telefonische initiatieven in België, maar vaak wisten de personeelsleden niet waar ze die hulp konden vinden of waren ze mentaal te uitgeput om 's avonds nog op een website tips over veerkracht te lezen. Op dat moment hebben ze iemand nodig die naast hen staat en luistert. Zoals al vaak aangehaald werd, was dat vaak het voornaamste en het belangrijkste. Daarvoor heeft Artsen Zonder Grenzen de mobiele teams opgeleid om de psychologische eerste hulp te kunnen aanbieden. Als enige psycholoog in het team kon Sanne Kaelen onmogelijk alle woonzorgcentra zelf bereiken. Ze gelooft dat de eerste hulp geboden kan worden door een verpleegkundige of een gezondheidspromotor.

Vanaf eind maart of begin april 2020 heeft ze gemerkt dat er ernstige psychologische problemen naar boven kwamen, zoals depressiesymptomen of slaapproblemen. Mensen gaven toen al aan dat ze daar niet voor getekend hebben en dachten er toen al aan om te stoppen met werken in de zorgsector. Artsen Zonder Grenzen heeft dat toen al benadrukt en is op zoek gegaan naar de bevoegde instanties. Het

was een serieuze zoektocht om de juiste personen te vinden om daaraan actie te kunnen koppelen.

Artsen Zonder Grenzen is blij dat er uiteindelijk actie is ondernomen, maar helaas pas op 15 juni 2020. Het gevolg daarvan heeft iedereen in de krant kunnen lezen. Als men toxische stressreacties onmiddellijk had opgevangen, zoals Artsen Zonder Grenzen heeft geprobeerd te doen, dan had men dat voor een groot stuk kunnen voorkomen. Het is goed dat de mobiele teams er nu zijn. Het zal nodig zijn in het kader van de tweede golf om het zorgpersoneel daarin te versterken. Een aantal bezorgdheden die Artsen Zonder Grenzen daarover nog heeft, is de tijdelijke opdracht. Hoelang kunnen de CGG's aan die vraag beantwoorden? Hoever kunnen ze daarin gaan? Niet alleen voor de woonzorgcentra die het hardst zijn getroffen. Ook degene die minder gevallen hadden, hebben de mentale gevolgen gevoeld.

Op de vraag of de CGG's voldoende personeel hebben, antwoordt Sanne Kaelen dat ze de werking van de CGG's niet genoeg kent. Ze weet niet hoe de CGG's dat invullen. Artsen Zonder Grenzen werkt samen met de CGG's. Er was een hand-over. Er is nog steeds veel onderlinge communicatie waarbij Artsen Zonder Grenzen zijn expertise en aanpak deelt en ter beschikking blijft voor vragen en opleiding.

Wat de concrete adviezen op het terrein betreft, stelt ze dat in een crisissituatie het psychologische aspect vanaf het begin een onderdeel moet zijn in de respons. Er is niet alleen medische en praktische hulp nodig, maar er moet ook gekeken worden naar het mentale welzijn. Een mobiel team moet het volledige antwoord kunnen bieden aan de woonzorgcentra.

Artsen Zonder Grenzen is voorstander van een proactieve en preventieve aanpak. Zorgpersoneel vraagt niet snel om hulp. Ze zijn opgeleid om zorg te geven aan anderen. Ze zetten niet snel de stap naar professionele hulp. Dat werd in de Zorg-Samen Barometer ook duidelijk. Men moet naar hen toegaan en zelf laagdrempelige zorg aanbieden. Op dat vlak kan nog een stuk goedgemaakt worden door er voor hen te zijn. Een basisaspect van psychologische eerste hulp is dat mensen zich gesteund voelen in een crisis. Daardoor kunnen ze er ook beter mee omgaan.

Mensen die in paniek zijn, hebben moeite om beslissingen te nemen, om informatie te verwerken of terug te vallen op de theorie die ze kennen. Dat is inderdaad een logische reactie als iemand overvallen wordt door veel verschillende emoties en slaapproblemen heeft. Dat heeft uiteraard invloed op hun aandacht, begrip en besluitvormingsvermogen. Door naast de mensen te staan en hen daarop te wijzen werden de veerkracht en de copingstrategieën versterkt en konden ze zelf ook weer verder. Zoals Sofie Spiers vertelde, spendeerde Artsen Zonder Grenzen niet zoveel tijd in de woonzorgcentra. Het bezoek was vaak kort maar krachtig. Alleen even de veerkracht versterken zodat het personeel de tools heeft om verder te gaan.

Wat kunnen woonzorgcentra doen om hun personeel op te vangen? Praten met elkaar, antwoordt Sanne Kaelen. Een pandemie of een epidemie creëert veel angst en onzekerheid. Dat isoleert mensen. Door al het beschermingsmateriaal voelden mensen zich sowieso al eenzaam. Praten met elkaar en ervaringen delen zijn belangrijk en daarvoor moet de tijd gecreëerd worden. Door de druk en het personeelstekort had het personeel vaak amper tijd om met elkaar te spreken. Het was frappant te merken dat wanneer Artsen Zonder Grenzen er was, de mensen voor de eerste keer samen zaten en hun ervaringen met elkaar konden delen. Ze waren verbaasd dat de anderen hetzelfde voelden. Een moeder vertelde dat ze al wekenlang haar kind niet geknuffeld had om het virus niet door te geven. Dat weegt enorm zwaar om alleen te dragen. Als ze hoort dat andere moeders datzelfde gevoel ook hebben en hoe zij daarmee omgaan, kunnen ze uitzoeken hoe ze het samen kunnen aanpakken.

Artsen Zonder Grenzen is bezig met een studie die bestaat uit interviews met de bewoners. Er is al een vragenlijst rondgestuurd naar de woonzorgcentra. Negen op de tien woonzorgcentra gaven aan dat ze een mentale invloed op de bewoners vaststellen. Cognitieve achteruitgang, verdriet en neerslachtigheid zijn de belangrijkste symptomen. In interviews met bewoners merkt Artsen Zonder Grenzen dat dat vooral komt door de lockdown en de isolatie, door het gebrek aan interactie en activiteiten, en door verveling. Een bewoner zei dat hij al 95 dagen in een gevangenis zit. Hij mag niet naar buiten. Hij is cognitief nog goed. Hij heeft in zijn leven belangrijke zaken gedaan maar nu wordt hij als een kleuter behandeld. Hij mag niet zelf zeggen wat hij wil of denkt. De bewoners missen hard medezeggenschap. Het gevoel van in de steek gelaten te zijn leeft niet alleen bij het personeel, maar ook bij de bewoners. Zo waren er uitspraken als “We doen er niet meer toe voor de maatschappij” of “We zijn een economische last”. Het weegt voor de bewoners zwaar wanneer er voor hen geen platform is om die emoties te delen en om gehoord te worden.

Samenvattend stelt Sanne Kaelen dat Artsen Zonder Grenzen een preventieve en proactieve aanpak voorstelt waar een effectieve psychosociale ondersteuning geïntegreerd is in alle pijlers van de noodhulp. Antwoorden moeten snel geïmplementeerd worden. Het ontwikkelen en aanbieden van psychosociale hulp is een must, nu en sowieso nog voor de rest van het jaar 2020, ongeacht of er nog een tweede golf komt. Ook moet er nagedacht worden over duurzame oplossingen: niet alleen de CGG's inschakelen met een tijdelijke opdracht, maar nadenken of een psycholoog in elk woonzorgcentrum een good practice is of een must.

Caroline Willemen gaat verder in op het punt dat Artsen Zonder Grenzen in België of in Vlaanderen werkt, wat op zich niets nieuws is. Artsen Zonder Grenzen werkt in regio's waar het geen 'needs assessment' doet en bijgevolg op basis van noden een interventie doet. De organisatie werkt al jaren in België met de meest kwetsbare groepen. Dat zijn lang daklozen en migranten geweest. Nieuw aan deze interventie is dat die kwetsbare groep plots bewoners van woonzorgcentra werden. Maar dat is zeker niet alleen in België het geval. De collega's in Spanje, Italië, Frankrijk, de Verenigde Staten, Oekraïne en Ecuador werken momenteel ook in woonzorgcentra. Voor Artsen Zonder Grenzen is eerder het soort interventie nieuw dan de regio waarin het optreedt.

Artsen Zonder Grenzen is een neutrale en onafhankelijke organisatie. Dat maakt dat ze veel vrijheid heeft om te zeggen waar het op staat. De enige bekommernis is het welzijn van de patiënt en in dit geval ook het welzijn van het personeel. De vertegenwoordigers voelen zich vrij om daarover open te spreken. Kritiek wordt alleen maar gegeven in de hoop dat het tot een verbetering voor de patiënten leidt. Ter informatie deelt ze mee dat Artsen Zonder Grenzen aan een rapport over de interventie in de woonzorgcentra in België werkt. Dat zal binnen een paar weken klaar zijn en kan bezorgd worden aan al wie daarvoor interesse heeft.

Het initiatief om te werken in België is voorgesteld door Artsen Zonder Grenzen aan de relevante autoriteiten. Specifiek voor de woonzorgcentra is de vraag gesteld door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Op het moment dat de beslissing werd genomen om de interventie in België op te starten, was het een eigen voorstel. Toen zag de organisatie de nood en vond dat er een rol voor Artsen Zonder Grenzen was weggelegd.

Is de organisatie al gehoord? Er is al gezegd dat Artsen Zonder Grenzen aanwezig was op de wekelijkse meeting in het federale overleg. Ze heeft nog niet op een formele manier haar mening gegeven, maar er is wel een platform geweest. Ook waren er twee keer per week meetings met het Outbreak Support Team. Caroline Willemen kan zeker niet zeggen dat er geen communicatie is geweest. Ze hebben geen zaken gezegd waarvan de andere collega's uit de lucht zouden vallen.

Artsen Zonder Grenzen heeft ook aan de projectgroep Mental Health van de taskforce mogen deelnemen, maar daarvoor heeft het iets langer aan de mouw moeten trekken met de boodschap dat de organisatie op basis van haar ervaring iets nuttigs kan toevoegen.

Wat betreft de vraag hoe de woonzorgcentra bij Artsen Zonder Grenzen terecht kwamen, stelt Caroline Willemen dat het eerder de uitzondering was dat een woonzorgcentrum rechtstreeks contact opnam met Artsen Zonder Grenzen. Bijna alle woonzorgcentra kwamen bij Artsen Zonder Grenzen terecht door het overleg twee keer per week met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Dat laatste heeft aan Artsen Zonder Grenzen voorgesteld om een bezoek te brengen aan een bepaald woonzorgcentrum. Toen dat meer in de pers kwam, werd er af en toe een rechtstreekse vraag gesteld, maar dat was niet de standaard.

Sofie Spiers antwoordt vervolgens op de meer medisch-technische vragen. Wat betreft de aanbevelingen voor het persoonlijk beschermingsmateriaal, geeft ze de boodschap dat de standaard altijd hoog moet liggen, ook al is het materiaal niet beschikbaar. Het is niet omdat er minder middelen zijn, dat de kwaliteit van zorg mag dalen. Artsen Zonder Grenzen heeft aanbevelingen geschreven voor het gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal. Als alles ter beschikking is, dan doet men dat. Als men geen FFP2-masker heeft terwijl er swabs worden afgenomen, dan is een mondk masker samen met een gezichtsscherm een waardig alternatief. Als dat er is maar geen isolatieschorten of herbruikbare schorten, dan kan men een vuilniszak gebruiken. Dat is nog altijd beter dan niets. Dat zijn de aanbevelingen van Artsen Zonder Grenzen. Men mag de standaard niet lager leggen omdat er geen maskers zijn.

Wat de teststrategie betreft, is Artsen Zonder Grenzen in vier woonzorgcentra in Brussel geweest om praktisch te ondersteunen. De organisatie heeft dat in Vlaanderen niet gedaan, enerzijds omdat ze daarvoor de personeelscapaciteit niet had en anderzijds ook omdat het niet nodig was. Er zijn meer dan voldoende artsen, verpleegkundigen en laboranten. Het is niet nodig dat een team van zes Artsen Zonder Grenzenmedewerkers die testen afneemt. Er zijn goede en mooie initiatieven geweest. Enerzijds namen de huisartsen in opleiding in sommige woonzorgcentra die rol op zich. Ze zijn als swabteam naar woonzorgcentra gegaan omdat ze zichzelf als laagrisico beschouwden om een risicovolle interventie te doen. Een test afnemen blijft een interventie waarbij het risico op verspreiding hoog is. Daarom is het ook belangrijk dat er in dat geval goed beschermingsmateriaal wordt gebruikt. Anderzijds zijn er ziekenhuizen die swabteams hebben samengesteld: bijvoorbeeld een verpleegkundige en een laborant die naar de woonzorgcentra gingen. In veel woonzorgcentra trad de CRA-arts coördinerend op om de testen op een goede manier te laten verlopen. Dat zijn allemaal goede initiatieven die ondersteund moeten worden.

Over het testen van bezoekers zegt *Sofie Spiers* dat ze een prioriteitenlijst heeft gegeven. Als bezoekers in een woonzorgcentrum binnenkomen, kan dat in principe op een veilige manier gebeuren. Het hangt af van woonzorgcentrum tot woonzorgcentrum of het klaar is om die structurele maatregelen te nemen, of het daarvoor voldoende personeel heeft, en of het samenwerkt met vrijwilligers. Woonzorgcentra hebben de autonomie om dat zelf te beslissen. De situatie in Vlaanderen en in België is zo verschillend van woonzorgcentrum tot woonzorgcentrum dat het moeilijk is om daar een duidelijke richtlijn over te geven. Het is mogelijk om aanbevelingen te doen en zo praktische mogelijke uitleg te geven, maar het is niet mogelijk om elke bezoeker te testen met de huidige testcapaciteit. Het zou fantastisch zijn mocht dat mogelijk zijn, maar dat is geen prioriteit.

Ze herhaalt de prioriteiten: ten eerste de symptomatische mensen, ten tweede het personeel, ten derde mensen die van buitenaf binnenkomen zoals nieuwe bewo-

ners en mensen die uit het ziekenhuis komen en het virus kunnen binnenbrengen, en ten vierde het systematisch testen van het hele woonzorgcentrum. Elke huisarts, elke bezoeker of elke pedicure moet in de eerste plaats zichzelf en de bewoners beschermen door het correcte persoonlijk beschermingsmateriaal te dragen. Daar heeft Artsen Zonder Grenzen richtlijnen over geschreven en een webinar over georganiseerd. Sofie Spiers geeft het voorbeeld van een kapper. Welk beschermingsmateriaal moet de kapper dragen? Wat met krulspelden en haardrogers? Het is belangrijk dat de richtlijnen zo praktisch mogelijk zijn.

Wat het percentage van 27 procent betreft, stelt ze dat Artsen Zonder Grenzen een assessmenttool heeft gemaakt. Een van de topics was medische zorg, naast doorverwijsmogelijkheden en eindelevenszorg. Een van de vragen peilt naar het antwoord op een noodoproep. De bevraging is vertekend omdat Artsen Zonder Grenzen maar 21 woonzorgcentra van de 821 in Vlaanderen heeft bezocht, en die 21 bezochte centra zijn geprioritiseerd samen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van de cijfers. Dat waren de meest precare woonzorgcentra. Ook al zijn er vermoedelijk een paar onder de radar gebleven. In Brussel zijn 82 woonzorgcentra bezocht. Dat is representatiever. In Wallonië 27. Sofie Spiers heeft het vermeld omdat het frappant is. Het gaat wel om de antwoorden van de bezochte woonzorgcentra.

In de bevraging werd ook gevraagd of de woonzorgcentra voor de crisis gemakkelijk konden doorverwijzen naar het ziekenhuis. Daarop antwoordt 85 procent positief, maar dat zakt tot 55 procent tijdens de crisis. Het personeel had het gevoel dat ze niet meer konden doorverwijzen naar het ziekenhuis tijdens de epidemie.

Wat de transparantie van de cijfers betreft, zag Artsen Zonder Grenzen waar de hotspots waren. Het wist niet wat de cijfers waren in de specifieke woonzorgcentra. Soms kreeg het bijvoorbeeld telefoon van een woonzorgcentrum of van een dorpsbewoner die zich zorgen maakte over een bepaald woonzorgcentrum. Als het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid vervolgens om de cijfers van dat woonzorgcentrum werd gevraagd om te weten wat er gebeurde, kreeg Artsen Zonder Grenzen die niet. Op het federale overlegplatform was er wekelijks een rapport over de woonzorgcentra. Dat zijn de data die de parlementsleden wellicht kregen, maar die waren vertrouwelijk. Artsen Zonder Grenzen wist dat, maar de woonzorgcentra niet. Die mensen hebben op dagelijkse en wekelijkse basis informatie verzameld – dat is arbeidsintensief maar nuttig – maar ze hebben daar nooit feedback over gekregen. Wat werd er met de informatie gedaan? Hoe is de situatie? Waar positioneert het woonzorgcentrum zich in de regio of in Vlaanderen? Bronnen die niet gemotiveerd zijn om data aan te leveren, doen afbreuk aan de kwaliteit van de verzamelde informatie. Dat bedoelt Artsen Zonder Grenzen met een gebrek aan transparantie.

Over het verschil tussen profit en non-profit antwoordt Sofie Spiers dat er op Belgisch niveau geen verschil is gebleken in de assessmenttools. Het enige verschil is opgemerkt in Brussel, waar een groter aantal woonzorgcentra is bezocht. Het bleek een voordeel als het woonzorgcentrum deel uitmaakte van een groep, onafhankelijk van het feit of het ging om een vzw, een profitgroep of een OCMW-structuur. Deel uitmaken van een groep gaf blijkbaar meer ondersteuning.

Sanne Kaelen antwoordt nog op de vraag hoe de overheid het kan goedmaken voor het personeel: in de eerste plaats door aan hen te vragen wat ze nodig hebben, in de tweede plaats door erkenning te geven voor al het werk dat ze hebben gedaan en ten derde door een pauze te bieden. Het personeel moet de tijd krijgen om hiervan te bekomen. Die bezorgdheid leeft zowel bij de personeelsleden die *Sanne Kaelen* heeft gehoord als bij *Artsen Zonder Grenzen*: het werk in de zorg stopt nooit. Ze moeten doorwerken. Ze hebben weinig tijd om te recupereren. Een week is niet genoeg. De woonzorgcentra moeten de middelen krijgen om hun personeel een pauze te geven.

Björn RZOSKA,
voorzitter

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

Gebruikte afkortingen

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
FOD	Federale Overheidsdienst
ICU	intensive care unit
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RMG	Risk Management Group
rob	rustoord voor bejaarden
rvt	rust- en verzorgingstehuis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
wzc	woonzorgcentrum