



Vlaams
Parlement

ingediend op **419** (2019-2020) – Nr. 7
25 september 2020 (2019-2020)

Verslag van de hoorzitting

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

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

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

Voorzitter: Björn Rzoska.

Vaste leden:

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

Plaatsvervangers:

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

Toegevoegde leden:

Jos D'Haese.

Documenten in het dossier:

419 (2019-2020) – Nr. 1 t.e.m. 6: Verslagen over hoorzitting

INHOUD

I.	Uiteenzetting door professor Boudewijn Catry, diensthoofd Zorginfecties en Antibioticumresistentie, Sciensano.....	6
1.	Achtergrond	6
2.	COVID-19-surveillance: doelstelling en methodologie.....	7
3.	Resultaten	7
4.	Onderliggende factoren	9
II.	Vragen van de leden	11
1.	Vragen van Freya Saeys	11
2.	Vragen van Hannes Anaf.....	12
3.	Vragen van Celia Groothedde	12
4.	Vragen van Lise Vandecasteele.....	14
5.	Vragen van Chris Janssens.....	14
6.	Vragen van Lorin Parys.....	15
7.	Vragen van Katrien Schryvers	16
8.	Vragen van Immanuel De Reuse	17
9.	Vragen van Sarah Smeyers	17
10.	Vragen van Arnout Coel	17
III.	Antwoord van Boudewijn Catry.....	18
IV.	Uiteenzetting door professor Pierre Van Damme, Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties, Vaccin en Infectieziekten Instituut, Universiteit Antwerpen	20
V.	Vragen van de leden	26
1.	Vragen van Hannes Anaf.....	26
2.	Vragen van Celia Groothedde	27
3.	Vragen van Lise Vandecasteele.....	28
4.	Vragen van Stefaan Sintobin	29
5.	Vragen van Lorin Parys.....	30
6.	Vragen van Katrien Schryvers	31
7.	Vragen van Freya Saeys	31
8.	Vragen van Chris Janssens.....	31
9.	Vragen van Immanuel De Reuse	32
10.	Vragen van Koen Daniëls	32
11.	Vragen van Arnout Coel	32
12.	Vragen van Björn Rzoska	32
VI.	Antwoord van Pierre Van Damme.....	32

VII. Uiteenzetting door Wim Dries, voorzitter, en Piet Van Schuylenbergh, directeur Mens, VVSG	41
1. VVSG en zorg.....	41
2. Lokale besturen op het kruispunt van bevoegdheden.....	41
3. Lokaal lost men het op	41
4. Wat liep er goed?	41
5. Overleg met resultaat.....	42
6. Wat liep fout?	42
7. Goede praktijken – lessen voor de toekomst	43
8. Aanbevelingen.....	43
9. Wonen en leven	44
VIII. Vragen van de leden	44
1. Vragen van Jeremie Vaneeckhout.....	44
2. Vragen van Lise Vandecasteele.....	44
3. Vragen van Chris Janssens.....	45
4. Vragen van Sarah Smeyers	45
5. Vragen van Maaike De Rudder	46
6. Vragen van Freya Saeys	46
7. Vragen van Hannes Anaf.....	46
8. Vragen van Arnout Coel	46
9. Vragen van Koen Daniëls	47
10. Vragen van Katrien Schryvers	47
IX. Antwoorden van Wim Dries en Piet Van Schuylenbergh.....	47
X. Uiteenzetting door Jürgen Vanpraet, faculteit Rechten, UGent.....	49
1. Aanknopingspunten federale bevoegdheid	49
2. Aanknopingspunten gemeenschapsbevoegdheid	50
3. Autonomie en asymmetrie	50
4. Federale coördinatie en beheersbevoegdheid.....	51
5. Wie drukt op welke knop?	51
6. Kader wederzijdse afspraken	52
7. Kritische succesfactoren toekomst	52

XI. Vragen van de leden	53
1. Vragen van Lise Vandecasteele	53
2. Vragen van Immanuel De Reuse	53
3. Vragen van Lorin Parys	54
4. Vragen van Katrien Schryvers	54
5. Vragen van Freya Saeys	54
6. Vragen van Hannes Anaf	55
7. Vragen van Björn Rzoska	55
8. Vragen van Koen Daniëls	55
9. Vragen van Arnout Coel	55
XII. Antwoord van Jürgen Vanpraet	56
XIII. Uiteenzetting door Dirk Dewolf, administrateur-generaal van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid	57
1. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid – regelgevend kader	58
2. Korte chronologie van de eerste golf	58
3. Cijfers over het verloop van de uitbraken in de woonzorgcentra	59
4. Ondersteuning aan woonzorgcentra	60
4.1. Beschermingsmaterialen	60
4.2. Testen	60
4.3. Richtlijnen en maatregelen	61
4.4. Hulplijnen	62
4.5. Outbreak support	62
4.6. Crisismanagers	62
4.7. Andere personeelsondersteuning	62
4.8. Financiële compensaties en uitstel van administratieve verplichtingen	62
5. Conclusies en evaluatie	62
XIV. Vragen van de leden	63
1. Vragen van Immanuel De Reuse	63
2. Vragen van Lorin Parys	64
3. Vragen van Katrien Schryvers	65
4. Vragen van Freya Saeys	66
5. Vragen van Hannes Anaf	66
6. Vragen van Ann De Martelaer	67
7. Vragen van Lise Vandecasteele	68
8. Vragen van Stefaan Sintobin	69
9. Vragen van Celia Groothedde	69
XV. Antwoord van Dirk Dewolf	70
Gebruikte afkortingen	77
Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op vrijdag 17 juli 2020 hield de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid haar zevende hoorzitting over de evaluatie en verdere uitvoering van het Vlaamse coronabeleid in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: (residentiële) ouderenzorg. De commissie hoorde:

- Boudewijn Catry, professor, Sciensano;
- Pierre Van Damme, professor, Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties, Vaccin en Infectieziekten Instituut, Universiteit Antwerpen;
- Wim Dries, voorzitter, en Piet Van Schuylenbergh, directeur Mens, VVSG;
- Jürgen Vanpraet, professor, faculteit Rechten UGent;
- Dirk Dewolf, administrateur-generaal, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

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

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

I. Uiteenzetting door professor Boudewijn Catry, diensthoofd Zorginfecties en Antibioticumresistentie, Sciensano

De *voorzitter* verwelkomt de aanwezigen. Hij wijst erop dat het aantal besmettingen opnieuw is gestegen en dat iedereen ook in het halfrond het best de spelregels volgt. De urgentie toont aan dat de commissie belangrijk werk levert, ook om te proberen te zien hoe het in de toekomst beter kan.

De voorzitter vermeldt dat professor Boudewijn Catry van Sciensano in de plaats van professor Steven Van Gucht komt. Boudewijn Catry is vooral gespecialiseerd in de cijfers met betrekking tot de woonzorgcentra.

1. Achtergrond

Boudewijn Catry heeft samen met zijn collega's een klassieke wetenschappelijke presentatie gemaakt. Eerst schetst hij de achtergrond. Dan legt hij de doelstellingen en de gebruikte methode met betrekking tot de woonzorgcentra uit. Vervolgens bespreekt hij de resultaten en overloopt hij enkele discussiepunten.

Sciensano is al enkele decennia actief in de woonzorgcentra. De hoofdproblematiek is al jarenlang zorginfecties. Multidrugresistente bacteriën zijn moeilijk te behandelen. Dat gebeurt in Europees verband. Sciensano organiseert en coördineert Europese studies, maar stelt ook rapporten voor de Vlaamse overheid op. Boudewijn Catry is bijzonder trots op de tevredenheidsmetingen uit het verleden en op de nieuwe studies waar Sciensano nu aan werkt.

Wat de residenten van de woonzorgcentra betreft, mag de zorgzwaarte niet worden onderschat. Zo is 50 procent incontinent en gedesoriënteerd in tijd en ruimte ten gevolge van de ziekte van Alzheimer. Er zijn ook veel combinaties van ziektes en syndromen. De mobiliteit van die mensen is zeer beperkt, want ongeveer

40 procent is rolstoelafhankelijk of bedlegerig. Die zorgzwaarte heeft gevolgen voor de financiering van de Vlaamse woonzorgcentra.

Een rapport dat Sciensano op 16 juli 2020 heeft gepubliceerd, behandelt de ziekenhuisopnames. Er zijn mensen opgenomen vanwege een andere pathologie dan COVID-19. Dat aantal lag in het begin laag en fluctueerde. Er zijn mensen met COVID-19 opgenomen die niet uit de woonzorgcentra kwamen. Tot slot zijn er ook opnames geweest van mensen uit woonzorgcentra. Dat aantal is geleidelijk gedaald, maar er kunnen nieuwe golven komen.

2. COVID-19-surveillance: doelstelling en methodologie

Sciensano zal de nieuwe gevallen in de woonzorgcentra opvolgen, zowel wat het personeel als wat de residenten betreft. Sciensano zal indicatoren verzamelen en proberen voorbereid te zijn om de vaccinatiestrategie zo goed mogelijk uit te rollen. Sciensano zal ook proberen te helpen andere behandelingen in goede banen te leiden.

België is een veelkleurig land. Sciensano werkt in het Frans, het Duits, het Nederlands en, voor de internationale contacten, het Engels. De teams werken constant aan vertalingen, en aan inhoudelijke internationale en regionale vergelijkingen. Boudewijn Catry is daar trots op. Sciensano heeft heel snel gewerkt. Midden maart 2020 heeft Sciensano al cijfers van het e-loket ontvangen. De Franse Gemeenschap, het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en de Duitstalige Gemeenschap zijn snel gevolgd. Voor die twee laatste heeft Sciensano zelf het systeem opgezet. In Vlaanderen en Wallonië is het bestaande systeem aangepast. De organisatie blijft in handen van de gemeenschappen, maar Sciensano detecteert de noden, helpt mee beslissingen nemen en probeert alert te blijven.

De informatie die Sciensano van de woonzorgcentra vraagt, omvat zaken die nodig zijn om te weten hoe erg het is voor het personeel en de bewoners, maar ook details over de overleden bewoners. Er is het onderscheid tussen het aantal nieuwe gevallen, de incidentie, en het totaal aantal gevallen, de prevalentie. Beide maken het mogelijk de situatie in te schatten. De incidentie moet na een nieuwe maatregel snel dalen. De prevalentie maakt het mogelijk de omvang van een uitbraak in te schatten, zodat het personeel op de juiste momenten kan worden ingezet.

3. Resultaten

Wat de resultaten betreft, verwijst Boudewijn Catry eerst naar de participatiegraad in de verschillende landsdelen. Vlaanderen neemt op dat vlak de leiding, maar naargelang de resultaten beter werden, daalde de participatiegraad. De voorbije dagen is er een grotere participatie, iets waarvoor Boudewijn Catry de deelnemende woonzorgcentra wil bedanken. Sciensano rapporteert niet enkel de bevestigde gevallen, zoals in andere landen, maar ook de mogelijke gevallen. Sciensano wordt daarvoor niet altijd bejubeld. Het valt niet uit te sluiten dat andere respiratoire aandoeningen verantwoordelijk zijn voor een zekere overrapportage.

Sciensano volgt wekelijks de afwezigheden op het werk op. Er is een weekend-effect. Boudewijn Catry verwijst hiervoor naar het aantal besmettingen van ambtenaren van de federale overheidsinstellingen. De reden voor afwezigheid is gekend. In maart 2020 was er ten gevolge van de coronacrisis een enorme piek, maar het aantal is sterk gedaald en daalt nog steeds. Met die geruststellende cijfers moet rekening worden gehouden. De voorgaande weken hebben andere ademhalingsaandoeningen de bovenhand gekregen.

De afwezigheden in de woonzorgcentra ten gevolge van bevestigde en mogelijke besmettingen worden ook genoteerd. Dat is niet van in het begin gedaan, maar

nu gebeurt dat in de verschillende regio's. Het is belangrijk om de risicofactoren in Vlaanderen te onderstrepen. De situatie was het ergst in april 2020. Het personeel heeft voor de bewoners de top bereikt. Er zal een zekere overdracht zijn geweest tussen bewoners en personeel. Dat is normaal. Sciensano steunt projecten en initiatieven om dit met voldoende vorming en materiaal in de toekomst te vermijden. In het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest is de situatie nog meer uitgesproken. Daar hebben de personeelsleden voor de bewoners de top bereikt.

Vanaf 12 maart 2020 werd in de woonzorgcentra geen bezoek meer toegelaten. Dit betekent dat de Vlaamse overheid zeer concreet en gericht actie heeft ondernomen. Ondanks de accuraatheid en de snelheid hebben de medewerkers van Sciensano tot hun eigen verbazing vastgesteld dat het niet heeft gewerkt. Andere zaken, zoals het gebruik van maskers, hebben wel een goed effect gehad. De snelheid van de genomen acties moet worden onderstreept, maar de krachtdadigheid was niet wat ervan werd verwacht.

Boudewijn Catry wijst erop dat Sciensano niet van alle regio's op hetzelfde moment dezelfde informatie krijgt. Er zijn verschillende systemen, maar dat moet in de toekomst worden vermeden. Momenteel moet Sciensano discussiëren over de inhoudelijke informatie die in Vlaanderen, Wallonië en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest moet worden gerapporteerd. Dat zijn zaken die de snelheid van de rapportering in het gedrang brengen. Sciensano wil gaan voor 'data sharing' en de nodige gegevens voor Vlaanderen verzamelen. Er zou echter minder over de inhoudelijke zaken moeten worden gediscussieerd, zodat sneller tot de verzameling van de gegevens zelf kan worden overgegaan. Er wordt steeds meer verzameld. In het begin ging het om de bewoners. Dan kwam het personeel erbij. Uiteindelijk wil iedereen weten welke beschermingsmaatregelen zijn genomen. Sciensano wil die constante evolutie opvolgen, maar wordt door de inhoudelijke discussies gehinderd. Hij beklemtoont dat iedereen in België een zekere autonomie heeft, maar in een crisissituatie moeten die inhoudelijke discussies over de noodzaak worden vermeden.

Boudewijn Catry gaat in op het aantal gevallen in de woonzorgcentra. Het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest is het hardst getroffen. In het verleden is er in verband met andere zorginfecties al een dergelijke ervaring geweest. Dit is zeker een aandachtspunt. De andere regio's zijn vergelijkbaar getroffen.

Sciensano heeft een prachtig onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat er veel asymptomatische dragers zijn. Het gaat dan niet enkel om de woonzorgcentra. Meer dan 50 procent van de positief geteste personen zijn asymptomatisch. Zij kunnen zeker worden ingeschakeld indien er in een nieuwe golf een personeelstekort zou zijn. Om het transmissierisico te beperken, moeten ze natuurlijk worden voorzien van een goede opleiding en voldoende beschermingsmateriaal. Eigenlijk valt de inschakeling van ziek personeel af te raden.

Het aantal overlijdens is in de drie regio's gelijkaardig. Er zijn natuurlijk veel meer rusthuisbewoners in Vlaanderen dan in Brussel of Wallonië, maar de verhoudingen kloppen wel. Brussel is het hardst getroffen. Het aantal woonzorgcentra zonder overlijdens is slechts 18 procent. In Vlaanderen en Wallonië is dat percentage gunstiger.

Sciensano verzamelt details die steeds evolueren. Het is nodig om het geslacht en de leeftijd te kennen, niet enkel voor de wetenschappelijke analyses, maar ook om na te gaan hoeveel mensen waaraan sterven. Sciensano volgt dagelijks op hoeveel overlijdens in een periode worden verwacht. Sciensano krijgt het aantal overlijdens met twee weken vertraging van Belgian Mortality Monitoring. Details van de overlijdenscertificaten kunnen soms slechts na verschillende maanden tot twee jaar geanalyseerd worden. Tijdens de grote crisis was er oversterfte. Het aantal door labo's bevestigde gevallen is gekend. Sciensano heeft een eigen systeem

om na te gaan hoeveel mensen aan COVID-19 zijn gestorven. Die systemen zijn noodzakelijk om de oversterfte in de woonzorgcentra te kunnen weergeven. Zonder een idee van de leeftijd of het geslacht is het niet mogelijk de oversterfte exact te bepalen. In het verleden gaven niet alle regio's dergelijke details door. Er is een verschil tussen Vlaanderen en Wallonië. Dankzij de zelf verzamelde gegevens en de gegevens van de labo's kan Sciensano de piek modelleren en de oversterfte in de woonzorgcentra ten gevolge van COVID-19 bepalen. De details zijn noodzakelijk om de eindberekening van de impact te maken. Die impact zal waarschijnlijk pas de komende jaren worden berekend. Dan zal het mogelijk zijn terug te blikken op internationaal vergelijkbare cijfergegevens. Sciensano heeft recent met terugwerkende kracht alle gegevens met betrekking tot de leeftijd en het geslacht van de woonzorgcentrumbewoners gekregen.

4. Onderliggende factoren

Er is gesproken over het onderscheid tussen publieke en private woonzorgcentra, maar dit moet nog verder worden geanalyseerd. Sciencano heeft hier nog geen idee van. Hetzelfde geldt voor de grootte van de instellingen. Boudewijn Catry heeft er nog geen idee van of er een verschil is. Hij verwijst naar het rapport van Artsen Zonder Grenzen, waaruit blijkt dat de aanwezigheid van een kwaliteitscoördinator of hoofdverpleegkundige wel degelijk een verschil heeft gemaakt.

Handhygiëne is een bijzonder moeilijk gegeven. Het is niet evident iemand op te leiden om dat goed te doen. Er zijn zelfs onderlinge discussies tussen de experts. Het gaat dan om het gebruik van zeep, alcohol en steriele handschoenen. De indicaties zijn ook internationaal een moeilijk gegeven. In België is het systeem eerst uitgerold in de acute ziekenhuizen, en nadien ook in de chronische en psychiatrische ziekenhuizen. De Hoge Gezondheidsraad geeft richtlijnen en de naleving ervan evolueert. Sciensano vraagt de ziekenhuishygiënist om ter plaatse metingen te doen. Hieruit blijkt dat het sinds 2005 de goede kant uitgaat. Het verbetertraject wordt opgevolgd door middel van maandcampagnes. Elke twee jaar is er gedurende een maand sensibilisering om de handhygiëne te verbeteren. Het heeft veertien jaar gekost, van 2005 tot 2019, om van 50 procent tot 70 procent te stijgen. Na de laatste campagne werd nog steeds 20 procent van de indicaties voor goede handhygiëne niet gevolgd. Het gaat om goed opgeleid ziekenhuispersoneel, maar eigenlijk is dit internationaal een goed resultaat. In andere landen bestaan die campagnes niet. België is zeer vooruitstrevend. Na elke campagne is er in de verschillende zorgberoepen een mooie stijging. Ook de zorgkundigen, die een lager beginniveau hebben, doorlopen een verbetertraject. Zij maken in de woonzorgcentra het merendeel van het personeel uit. De lengte van de opleiding is overigens niet de bepalende factor, want de artsen hebben nog een verbetertraject af te leggen. In 2014 en 2015 is met behulp van een thesisstudent vastgesteld dat de campagne in acht woonzorgcentra in Vlaanderen een verbetertraject heeft opgeleverd dat met de ziekenhuizen kan worden vergeleken. Die stijging van 50 procent tot 70 procent toont aan dat het in de woonzorgcentra snel kan gaan. Sciensano probeert de Vlaamse Gemeenschap er dan ook van te overtuigen met die campagnes te starten (zowel basisvereisten als compliantietingen). Dit draagt in de praktijk bij tot een kleiner aantal gevallen. De opvolging van het gestructureerde aspect van de campagnes, de resultaten en de rapportage zouden nog beter kunnen.

Boudewijn Catry pleit voor het stimuleren van een automatisatieproces met betrekking tot de handhygiëne. Vlaanderen is een innovatieve regio en beschikt over alles om ervoor te zorgen dat mensen enkel na het ontsmetten van hun handen een woonzorgcentrum kunnen betreden of verlaten. De technologie is er. Er is al geïnvesteerd in de veiligheid op luchthavens. Nu moet er in de preventie van infectieziektes worden geïnvesteerd. Dit betekent dat iedereen die een woonzorgcentrum binnen- of buitenstapt zonder uitzondering zijn handen moet ontsmetten. Daar zijn al privépartners mee aan de slag gegaan, maar Boudewijn Catry wil dit ontwik-

kelen door middel van onderzoeksprojecten en aanpassingen van de regelgeving. Volgens hem illustreert dit de enorme invloed van automatisatieprocessen op zorg-infecties. Hij is ervan overtuigd dat dit een effect kan hebben tijdens een tweede of derde golf. Het gaat overigens niet enkel om COVID-19. Dit zou ook een effect hebben op de verspreiding van griep en dergelijke.

Sciensano start ook een onderzoek met betrekking tot omgevingscontaminatie en de ventilatie van ruimtes. Omgevingscontaminatie is in het bijzonder belangrijk voor de woonzorgcentra. De helft der residenten is incontinent en uit onderzoek blijkt dat 14 procent van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten met diarree is opgenomen. Van de woonzorgcentrumbewoners is 10 procent met diarree in het ziekenhuis opgenomen. Onderzoek met de Universiteit Antwerpen, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en Nederlandse partners samen met Sciensano toonde aan dat vooral de tillift een aandachtspunt is. Er moet tussen twee residenten meer aandacht voor de tillift zijn.

Wat de norminterpretatie betreft, verwijst Boudewijn Catry naar de link met de ziekenhuizen, die in de wetgeving is gebeiteld. Er moet een link zijn met het regionaal platform voor ziekenhuishygiëne. De wetgeving is goed, maar tijdens deze crisis is gebleken dat de uitrol in de praktijk nog beter kan.

Sciensano zou graag uniformiteit zien met betrekking tot de data uit de verschillende regio's. Het is nodig snel aanpassingen door te voeren. Sciensano is bereid mee te werken aan de verzameling van gegevens door de Vlaamse Gemeenschap, maar Boudewijn Catry wil geen tijd verliezen met discussies over wat wordt verzameld. Om internationaal te kunnen vergelijken, zijn zaken nodig die misschien niet zo voor de hand liggend lijken maar een basisvoorwaarde blijken om regionale verschillen aan te duiden.

Sciensano wil de organisatie in de woonzorgcentra verder stimuleren. Het rapport van Artsen Zonder Grenzen moet hiervoor zeker als leidraad dienen. De CRA moet een prominentere plaats krijgen. Ook de zorgcoördinator, de hoofdverpleegkundige, de beschikbaarheid van materiaal en psychologische ondersteuning zijn ongelooflijk belangrijk.

Het weghalen van de persoonlijke hulp door familieleden, mantelzorgers en vrijwilligers uit de woonzorgcentra heeft voor meer slachtoffers dan nodig gezorgd. Boudewijn Catry vraagt die mensen een goede opleiding te geven. Als het per resident wordt beperkt, kan tijdens een volgende golf worden overwogen hen te laten helpen. De zorgzwaarte en de noden zijn zo hoog dat het personeel het niet alleen kan bolwerken.

Boudewijn Catry verwijst naar het nieuwe rapport van de Hoge Gezondheidsraad. In de vaccinatiestrategie moet aandacht aan de woonzorgcentra worden gegeven.

Hij wil ook een lans breken voor transparantie. Het federale wettelijke kader zou het 'only once'-principe moeten garanderen. Als de overheid een patiënt of een instelling iets vraagt, moet die informatie onderling worden uitgewisseld. De GDPR is er gekomen tijdens de uitrol van het eHealth-platform en een aantal andere zaken. Dat zorgt eigenlijk voor vertraging. Grote bedrijven als Apple en Google weten wanneer mensen naar een restaurant zijn geweest of een apotheek hebben bezocht. De vraag is of die informatie in naam van de volksgezondheid kan worden opgeëist. Google geeft die informatie voor beperkte tijd, maar die informatie is onvoldoende gedetailleerd om er als instituut voor de volksgezondheid mee aan de slag te gaan. Terwijl de grote multinationals veel belangrijke informatie hebben, beperkt de GDPR het opvragen van die informatie. Boudewijn Catry pleit voor een dialoog om die informatie gestructureerd vrij te geven. Het is belangrijk dat de bevolking weet dat andere spelers dan de overheid die data hebben.

De beschikbaarheid van het materiaal en basiskennis tijdens de opleidingen is al tijdens andere hoorzittingen benadrukt, maar Boudewijn Catry wil nog eens herhalen dat de samenwerking met de ziekenhuizen zeer goed is verlopen. Dat kan in de noodplannen en met de mobiele teams verder worden uitgerold. Het is hoopgevend dat in dit verband nieuwe vacatures verschijnen.

Boudewijn Catry herhaalt dat de automatisatie van de handhygiëne veel voordelen met zich meebrengt. Indien niemand een woonzorgcentrum in kan zonder eerst de handen te ontsmetten, is er geen discussie over wie dat moet doen en is er slechts beperkte nood aan opleiding hierover. Die discussies zorgen nu soms voor veel psychologische stress. De administratieve kosten en opleidingskosten lopen in de ziekenhuizen enorm hoog op. Een rechtlijnig automatisatieproces kan dit vermijden. Dat vergt een financiële inspanning, maar het zorgt ook voor psychologische rust voor het personeel, de residenten en hun naasten, wat in crisissituaties een pluspunt is.

Sciensano kan dankzij de steun van de woonzorgcentra, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en andere partners voortwerken aan verbeteringen in functie van de mogelijkheden en de noden.

II. Vragen van de leden

1. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys heeft het eerst en vooral over de stijging van het aantal besmettingen. Bepaalde modellen zouden een tweede piek in juli 2020 hebben voorspeld. Ze vraagt Boudewijn Catry of dat klopt.

Er is de voorbije weken veel over de contacttracing gesproken. Dat is een van de sleutels om een mogelijke tweede piek tijdens het najaar van 2020 te vermijden. Blijkbaar hapert daar nog niets. Welke verbeterpunten zijn er?

De vacatures voor de mobiele teams zijn maar net uitgeschreven. Het gaat echt om tijdelijke contracten van zes tot twaalf maanden. Het lijkt Freya Saeys moeilijk artsen en verpleegkundigen daarvoor te motiveren. Ze vraagt Boudewijn Catry welke problemen er volgens hem zijn, en ook of daar volgens hem mensen voor te vinden zijn. In theorie is het mooi, maar het moet natuurlijk mogelijk zijn het in de praktijk uit te voeren.

Wat de handhygiëne betreft, is Freya Saeys het eens met Boudewijn Catry. Vooral in woonzorgcentra ontbrak de kennis over hygiënische maatregelen. De samenwerking met de ziekenhuizen zal in de toekomst zeer belangrijk zijn. De woonzorgcentra zijn tevreden als mensen uit ziekenhuizen uitleg komen geven. Er is wel een CRA, maar daar zijn verschillen tussen de mate waarin ze erbij betrokken waren. Medische scholing is een absolute meerwaarde in de woonzorgcentra. De directeurs vragen mensen met een medische achtergrond om hen tijdens een uitbraak bij te staan. Een woonzorgcentrum is immers geen ziekenhuis. Ze vraagt Boudewijn Catry of hij een mogelijkheid ziet om artsen of verpleegkundigen van ziekenhuizen op te vorderen om in de woonzorgcentra bijstand te geven.

Er zijn heel wat draaiboeken en noodplannen opgesteld. Het waren echter vaak dikke bundels die ten aanzien van het zorgpersoneel moeilijk konden worden vertaald. Freya Saeys vraagt Boudewijn Catry op welk niveau die noodplannen moeten worden gemaakt en hoe ze simpeler en beknopter kunnen worden.

Tot slot heeft Freya Saeys nog een vraag over de teststrategie in de woonzorgcentra in de toekomst, want daar is nog veel onduidelijkheid over. Nu heeft de CRA de

bevoegdheid om te beslissen wanneer er moet worden getest. Ze vraagt Boudewijn Catry of een andere strategie volgens hem nodig is.

2. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf dankt Boudewijn Catry voor zijn gedetailleerde presentatie. Hij onthoudt vooral dat Vlaanderen het slachtoffer van zijn eigen registratie is, en dat in werkelijkheid minder woonzorgcentrumbewoners aan COVID-19 zijn overleden. Eigenlijk klopt de oversterfte niet.

Zijn eerste vraag betreft de gevalsdefinitie. Hij vraagt Boudewijn Catry wat de rol van Sciensano in de totstandkoming van die definitie is geweest. Volgens sommigen was die rol te beperkt. Hij vraagt Boudewijn Catry wat Sciensano zelf heeft geadviseerd.

Zijn tweede vraag betreft het advies van de RMG van begin maart 2020 om al het zorgpersoneel dat met een bevestigde patiënt of een waarschijnlijk besmette patiënt in contact kwam minstens van een chirurgisch mondk masker te voorzien. De Hoge Gezondheidsraad heeft dat midden maart 2020 ook geadviseerd. Dat advies is namens Sciensano overruled. Ten gevolge van die richtlijnen heeft het zorgpersoneel in de rusthuizen, zeker in de beginperiode, vaak onterecht onbeschermd gewerkt. Iedereen wist dat het onvoldoende was, wat in deze commissie al vaak aan bod is gekomen. De richtlijnen hadden hoger moeten mikken, zodat kon worden nagegaan wat op het terrein mogelijk was. De richtlijnen zijn ingegeven door schaarste. Hij vraagt Boudewijn Catry wat de rol van Sciensano hierin is geweest. Hij vraagt tevens of politieke druk is uitgeoefend om de richtlijnen bij te sturen.

Met zijn derde vraag trapt Hannes Anaf misschien een open deur in, maar Sciensano heeft tijdens deze crisis onder vuur gelegen. In december 2019 is de beheersovereenkomst vernieuwd. Naast de jarenlange niet-indexering kreeg Sciensano toen ook een besparing met 6 procent te slikken. Hij vraagt Boudewijn Catry of hij het gevoel heeft dat iedereen nu de prijs voor de jarenlange onderinvestering in preventie en infectiebestrijding betaalt.

De vierde vraag van Hannes Anaf is zeer actueel. Hij vraagt Boudewijn Catry wat nodig is om de contacttracing wel te laten werken. Momenteel wordt 40 procent van de besmette personen niet eens gecontacteerd. Hij vraagt hoe Boudewijn Catry de keuze evalueert om dit bij besmettingen in collectiviteiten aan de bedrijfsarts of de CRA toe te wijzen. Indien hier een echte tracer zou opzitten, zou hij dat als een casemanager kunnen behandelen. Hij wijst er tevens op dat de GDPR ook in landen als Nederland of Duitsland van toepassing is, maar dat de besmettingsbronnen in die landen wel worden ondervraagd. Hannes Anaf vraagt zich af of de heel strenge toepassing van de GDPR de zaken niet nodeloos moeilijk maakt.

3. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde bedankt Boudewijn Catry voor zijn heldere uiteenzetting en zou hem graag om wat feedback vragen. De rapportage is essentieel en Sciensano vraagt vaak om participatie. De leden van de commissie ad hoc hebben echter stelselmatig te horen gekregen dat er een grote participatie is. Het gaat haar om het beleid. Sciensano vraagt de cijfers op, maar wat daar dan mee gebeurt, is niet de taak van Sciensano. De woonzorgcentra in Lokeren hebben vaak feedback gegeven, maar ze hebben daar niet echt iets voor teruggekregen. Een ander woonzorgcentrum heeft verklaard aan de bevragingen te hebben meegewerkt, maar op den duur geen zin meer te hebben omdat niemand wist wat er met die gegevens gebeurde. De thuiszorgorganisaties hebben veel bevragingen gekregen, maar kregen zelf geen respons op hun eigen vragen. Celia Groothedde vraagt Boudewijn

Catry niet enkel om zijn feedback, maar ook of dit alles betekent dat de overheid nu een schat aan kennis heeft. De vakbonden hebben dat laten verstaan. Een voorbeeld is de extrapolatie van het aantal mensen in het zorg- en welzijnspersoneel die ziek of gehospitaliseerd zijn geweest. Zo kan iedereen weten in welke groepen mensen ziek zijn geworden. Ze vraagt zich af wat zou kunnen gebeuren met al die cijfers die nu grotendeels worden afgeschermd.

Op 4 april 2020 is de testing van de symptomatische bewoners begonnen en op 8 april 2020 is de exhaustieve testing begonnen. Celia Groothedde vraagt Boudewijn Catry of de testing vroeger had moeten beginnen. In de media is vaak het bericht verschenen dat de Vlaamse overheid het testingpotentieel niet heeft gebruikt. Federaal minister Philippe De Backer heeft dit op een bepaald ogenblik ook verklaard. De woonzorgcentra hebben om testing gevraagd, maar kregen dan te horen dat ze op een dag 250 tests moesten uitvoeren. Daar hebben ze eigenlijk geen opleiding voor gekregen, maar gelukkig hebben ze van de lokale ziekenhuizen hulp gekregen. Op andere plaatsen moesten ze gewoon hun plan trekken. Volgens sommigen levert testing in de woonzorgcentra enkel een foto op, maar volgens anderen weet iedereen dan wel wat de situatie is, en kan het beleid hierop worden afgesteld.

Celia Groothedde stelt Boudewijn Catry de volgens haar prangende vraag naar zijn mening over de huidige cijfers.

Een ander punt is de bescherming van het personeel. Er worden hygiënecampagnes in ziekenhuizen en in woonzorgcentra gevoerd. In de ziekenhuizen is dat heel goed verlopen, maar de woonzorgcentra hinken achterop. Ze hebben zelf verklaard dat dit een probleem is. De vertegenwoordiger van de zorgkundigen heeft in de commissie ad hoc verklaard dat hij, in samenspraak met een hogeschool, zelf een e-learningtool heeft moeten opzetten. Hij heeft zelfs moeite gehad om hiervoor een budget te vinden. Hij heeft bij het kabinet geen gehoor gekregen. De vakbonden hebben hetzelfde verteld. Ook zij hebben het kabinet gemaïld om de getuigenissen van het personeel door te geven. Artsen Zonder Grenzen heeft verklaard dat de woonzorgcentra niet waren voorbereid. De architectuur wordt stelselmatig aangehaald als een gegeven dat in het nadeel van de woonzorgcentra speelt. Volgens Pedro Facon heeft Vlaams minister Wouter Beke de aangeboden hulp niet aangenomen. Volgens Artsen Zonder Grenzen moet de bescherming de hoogste standaard halen, maar dat is niet gebeurd.

De contacttracing is momenteel zeer belangrijk. Er worden een aantal oplossingen voorgesteld, zoals lokale opvolging. De burgemeesters en gouverneurs kunnen echter pas vanaf 1 augustus 2020 een login krijgen om de nieuwe besmettingen in de gemeenten in kaart te brengen. Celia Groothedde vraagt zich af wat er ondertussen kan gebeuren om de besmettingen in te dijken. Vaak wordt de nadruk gelegd op de rol die de huisartsen kunnen spelen. Celia Groothedde vraagt Boudewijn Catry of hij het ermee eens is dat grote kwetsbare groepen zonder huisarts op die manier buiten beeld blijven. In maart 2020 hebben een aantal specialisten al verklaard dat de contacttracing niet voldoet. De tracers werden overbevraagd en anderhalve maand later werd stilaan een systeem opgezet. Het getouwtrek in verband met de bevoegdheden heeft daar zeker een rol in gespeeld. Het systeem is in sneltempo opgezet en werkt vanwege de besparingen met leken en consultants. Ze vraagt Boudewijn Catry hoe realistisch het is in sneltempo een systeem op te zetten dat voldoende kan doorvragen, voldoende contacten heeft en voldoende contacten kan doorgeven. De vraag is hoe dit kan worden bijgesteld.

4. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele bedankt Boudewijn Catry voor het werk dat Sciensano de voorgaande maanden heeft geleverd. Vlaanderen was bij de eerste om de cijfers in verband met de woonzorgcentra door te geven. Dat ging redelijk goed en de participatiegraad was hoog. De eerste besmettingen in de woonzorgcentra dateren van 5 maart 2020. Ze vraagt Boudewijn Catry of Sciensano al eerder om die gegevens had gevraagd.

Wat de uitwisseling van informatie betreft, heeft Vlaams minister Wouter Beke begin april 2020 kritiek gegeven. Volgens hem verwerkte Sciensano de gegevens vertraagd. Lise Vandecasteele vraagt Boudewijn Catry of Sciensano op dat ogenblik effectief problemen met de gegevensuitwisseling had.

Lise Vandecasteele vindt handhygiëne ook belangrijk. Dat is een signaal dat al eerder is gegeven. Er zou meer opleiding moeten worden gegeven en er moet eventueel een wettelijk kader komen. Ze vraagt of het signaal al is gegeven dat de woonzorgcentra meer op handhygiëne moeten inzetten om infecties te voorkomen.

Sciensano heeft de opdracht gekregen de controletoren uit te werken. Lise Vandecasteele vraagt zich af hoe ver dat staat. Ze heeft in haar eigen huisartsenpraktijk gemerkt dat de huisartsen verbanden vinden, maar dat op een hoger niveau blijkbaar niet naar de verbanden tussen de verschillende besmettingen wordt gezocht. Ze vraagt zich af wanneer dat op punt zal staan.

De laatste vraag van Lise Vandecasteele is of de testcapaciteit voldoende groot is en voldoende wordt benut. Aangezien de woonzorgcentra zeer kwetsbaar zijn, stelt ze de vraag of het niet zinvol zou zijn het zorgpersoneel blijvend preventief te testen. In de Verenigde Staten raadt de Centers for Disease Control and Prevention dit aan en in het Verenigd Koninkrijk zou dit al gebeuren. Op die manier kan bij een uitbraak sneller worden gereageerd.

5. Vragen van Chris Janssens

Chris Janssens bedankt Boudewijn Catry voor het geleverde werk en voor zijn heldere toelichting en suggesties.

Hij wil weten of de Vlaamse overheid, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de politieke verantwoordelijken de adviezen van Sciensano voldoende hebben opgevolgd. Indien dat niet het geval was, vraagt Chris Janssens welke adviezen tijdens een eventuele tweede golf zeker wel moeten worden opgevolgd.

De besmetting tijdens de zorgverlening is een belangrijke factor geweest. In de woonzorgcentra heeft het personeel onwetend heel wat residenten en bezoekers besmet. De vraag is hoe dit beter kan worden aangepakt en hoe die risico's in de toekomst kunnen worden vermeden.

De woonzorgcentra beschikken over draaiboeken voor de uitbraak van een epidemie. Chris Janssens vraagt Boudewijn Catry of die draaiboeken volledig en betrouwbaar zijn. Indien dat niet het geval is, vraagt hij welke richtlijnen Boudewijn Catry wil geven en wie het voortouw zou moeten nemen om de draaiboeken op punt te stellen. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zou dit kunnen doen, maar misschien zijn andere instanties hier geschikter voor.

Chris Janssens herhaalt de reeds gestelde vraag hoe de teststrategie in Vlaanderen efficiënter kan worden uitgewerkt.

Wat de contacttracing betreft, zijn veel negatieve geluiden te horen. Chris Janssens vraagt Boudewijn Catry waarom dat niet goed verloopt en hoe waardevol de verzamelde gegevens voor een degelijk onderzoek zijn. De hamvraag is wel hoe de contactopsporing beter kan verlopen. Professor Emmanuel André heeft verklaard dat de telmethode van Sciensano niet nauwkeurig genoeg is om de snelle ontwikkeling van de epidemie op te volgen. Chris Janssens vraagt Boudewijn Catry hoe die meting nauwkeuriger kan.

Chris Janssens verwijst naar de uitspraak van premier Sophie Wilmès in de Kamer van Volksvertegenwoordigers dat opnieuw dagelijkse gegevens zullen worden opgevraagd en niet meer met de zevendaagse gemiddelden zal worden gewerkt. Hij vraagt Boudewijn Catry of Sciensano dan geen dagelijkse gegevens meer aan de Vlaamse en federale overheden bezorgt. Om de nodige conclusies te kunnen trekken, lijkt het hem evident die gegevens dagelijks bij te houden.

6. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys bedankt Boudewijn Catry voor zijn toelichting. Hij heeft het eerst en vooral over de dagelijkse cijfers. Op 13 juli 2020 zijn opnieuw 216 nieuwe gevallen gemeld. Dat is ongeveer hetzelfde aantal als op 15 maart 2020. Professor Marc Van Ranst heeft op sociale media op het verschil gewezen. Er is nu meer detectie, waardoor nu een op de drie in plaats van een op de tien gevallen worden geregistreerd. De vraag is of het met dergelijke cijfers niet nodig is snel maatregelen te nemen om de woonzorgcentra te beschermen.

Lorin Parys vraagt zich af of het mogelijk is met lokale data te werken. Zo kunnen woonzorgcentra een kleurencode krijgen en kunnen lokaal gerichte maatregelen worden opgelegd. Die kleurencode zou dan differentiëren. De eerste stap zou dan een versterking van de hygiënemaatregelen zijn. Het verbod op bezoek zou dan de laatste stap zijn.

Lorin Parys heeft zich verdiept in de data die Sciensano van de woonzorgcentra krijgt en hij heeft een aantal vreemde elementen gevonden. Sommige woonzorgcentra hebben over een periode van 105 dagen gerapporteerd, maar in andere gevallen gaat het slechts om 85 dagen. In de beginperiode was er een totaal gebrek aan testen. De vraag is wat de besmettingen en vermoedelijke besmettingen in de tabellen dan waard zijn. In de gegevens van een woonzorgcentrum staan 36 overlijdens vermeld, maar er zijn slechts zes bevestigde gevallen van COVID-19. De vraag is wie de kwaliteit van de data controleert. Volgens Sciensano zouden er in 40 procent van de woonzorgcentra in Vlaanderen geen overlijdens zijn geweest. Als hij naar de data kijkt, komt Lorin Parys niet tot hetzelfde resultaat. Hij vraagt Boudewijn Catry dit te verduidelijken.

Een andere vraag is hoe de woonzorgcentra kunnen worden gemotiveerd om correct te rapporteren, wat voor de kwaliteit van de analyses van Sciensano natuurlijk zeer belangrijk is. Lorin Parys zou graag de mening van Boudewijn Catry over deze moeilijke opdracht horen.

Kan Boudewijn Catry bevestigen dat de data binnenkort minstens viermaal per dag, tijdens de kantooruren, zullen worden doorgegeven, in plaats van eenmaal per dag?

De volgende vraag betreft de vergelijking tussen de verschillende regio's. Lorin Parys ging ervan uit dat de oversterfte in Brussel groter dan in Wallonië en in Walloënië groter dan in Vlaanderen was. Hij vraagt Boudewijn Catry dit te verduidelijken.

Terwijl Sciensano afraadt ziek personeel te laten werken, staat in de verslagen van de RMG dat personeelsleden die ziek zijn en zelfs symptomen vertonen, kunnen blijven werken. Hoe kunnen die twee standpunten worden gerijmd?

In het verslag van de RMG van 25 mei 2020, een vergadering waarop Boudewijn Catry aanwezig was, staat te lezen dat hij, samen met een aantal collega's, een nota heeft voorgesteld over het functioneren van de outbreak management teams. Lorin Parys citeert: "Infectiologists have an important role to play. Medical doctors and nurses specialised in social medicine and hygienists could play a role. The information flow for detections needs to be clarified and integrated in the scripts for contacttracing and its ICT-platform. The question was raised how the early detection happens exactly. Who gives the signal of a preferably automatic alert? Data is central. Sciensano gives a signal in case of several cases per municipality." Lorin Parys vraagt zich af of de tijdens die vergadering goedgekeurde richtlijnen tijdens het contactopsporingsonderzoek worden gevolgd. De burgemeesters en de gouverneurs vinden dat ze blind varen en geen specifieke informatie hebben om een outbreak aan te pakken. Hij vraagt of het zou volstaan de aanbevelingen van de RMG van 25 mei 2020 te implementeren.

7. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers bedankt Boudewijn Catry voor zijn duidelijke uiteenzetting. Ze vraagt zich af waarom de gevalsdefinitie zo lang zo conservatief is gebleven en welke impact dat op de tests en het gebruik van beschermingsmateriaal heeft gehad.

Op 3 maart 2020 heeft de woordvoerder van Sciensano gecommuniceerd dat er in een worstcasescenario voor dit land sprake zou kunnen zijn van 13.000 gediagnosticeerde gevallen, 2000 tot 3000 ziekenhuisopnames en 500 tot 700 patiënten op intensieve zorgen. Katrien Schryvers vraagt zich af hoe de inzichten over het virus zijn geëvolueerd en wat de impact op de genomen maatregelen is geweest.

Wat de controletoren betreft, verwijst Katrien Schryvers naar de berichten over de moeilijke monitoring en de problemen om clusters te identificeren. Ze vraagt waar volgens Boudewijn Catry de problemen liggen. Het zou, bijvoorbeeld, om technische moeilijkheden kunnen gaan.

Vlaanderen was op 18 maart 2020 de eerste regio om de cijfers over de woonzorgcentra te registreren. De vraag is hoe er in de toekomst een systeem kan komen dat alle noodzakelijke gegevens correct en gebruiksvriendelijk registreert. Dat speelt een rol om de woonzorgcentra te motiveren om correct te rapporteren.

Katrien Schryvers verwijst naar het onderzoek van Sciensano naar de impact van de grootte van de woonzorgcentra en van het feit of het om een publiek of privaat woonzorgcentrum gaat. Ze vraagt wanneer Sciensano daar meer gegevens over zal hebben. Dat zou voor de commissie ad hoc immers interessant zijn.

Met het bezoekverbod op 12 maart 2020 heeft de Vlaamse Regering concreet en gericht actie ondernomen, maar dat heeft niet het verwachte effect gehad. Katrien Schryvers vraagt of dit iets met de evolutie van de kennis over het virus te maken heeft. Ze vraagt of die geëvolueerde kennis tijdens een tweede golf zou helpen om maatregelen te nemen die wel het nodige effect zouden hebben.

Tot slot verwijst Katrien Schryvers nog naar de vele ouderen die zelfstandig of door thuiszorg ondersteund in de thuisomgeving wonen. Ze vraagt Boudewijn Catry of en om welke reden de ouderen in de woonzorgcentra kwetsbaarder voor COVID-19 zijn dan de ouderen die elders wonen.

8. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse vraagt of Sciensano aan de dagelijkse gegevensverzameling bij de woonzorgcentra een vorm van tevredenheidsenquête koppelt en op die basis ook verbeteracties opzet.

Volgens Immanuel De Reuse is het voor de bevolking zeer belangrijk dat Sciensano nu wetenschappelijk onderbouwt dat de lockdown in de woonzorgcentra eigenlijk niet nodig was. Dat is goed nieuws, maar misschien moet iets aan het opnamebeleid worden gedaan. Hij vraagt Boudewijn Catry of het mogelijk is iemand aan te duiden die vanaf de eerste dag wordt opgeleid om tijdens een eventuele nieuwe pandemie de maatregelen te volgen.

Aangezien Boudewijn Catry sterk de nadruk op handhygiëne heeft gelegd, vraagt Immanuel De Reuse zich af of dit niet veel breder in de maatschappij moet worden uitgerold, bijvoorbeeld door kinderen al op de schoolbanken mee te geven dat het belangrijk is de handen vaker te wassen.

9. Vragen van Sarah Smeyers

Sarah Smeyers bedankt Boudewijn Catry voor zijn uitleg. Ze heeft een heel specifieke vraag over de bezoekenregeling, volgens Sciensano een van de weinige keren dat snel een beslissing is genomen. De maatschappelijke kosten wegen echter niet op tegen de medische baten. Ze leidt uit de presentatie af dat per bewoner iemand moet worden opgeleid die niet gewoon op bezoek komt, maar effectief helpt. Dat moet een mantelzorger, een vrijwilliger of een naaste van de bewoner zijn. Zo kunnen de maatschappelijke kosten van het bezoekverbod tijdens een tweede golf worden vermeden.

Volgens Sarah Smeyers was het personeel van de woonzorgcentra het meest gebaat bij de lockdown. Ze moeten er dan niet op toezien dat wie het woonzorgcentrum betrad zich aan alle regels inzake handhygiëne hield. De Vlaamse overheid moet zeer alert zijn voor de personeelsuitval die, alleen al vanwege het psychisch aspect, enorm groot zal zijn. In Aalst zijn er vier woonzorgcentra. Elke vorm van kritiek of bijkomende vraag is een druppel die de emmer doet overlopen. Ze vreest voor een enorm personeelstekort.

In vergelijking met Vlaanderen en Wallonië is Brussel het zwaarst getroffen. Is Sciensano van plan het taal- en cultuuraspect in het onderzoek naar de oorzaken hiervan op te nemen? Dat zou het mogelijk maken daar op lange termijn beleidsmatig op in te zetten.

10. Vragen van Arnout Coel

Arnout Coel wijst erop dat begin april 2020 een lading tests beschikbaar is gemaakt om in de woonzorgcentra te testen. Hij vraagt zich af in welke mate hierbij gebruik is gemaakt van de cijfergegevens van Sciensano over het aantal besmettingen per woonzorgcentrum. Veel woonzorgcentra hebben te kennen gegeven dat ze een uitbraak hadden, maar niet voor de testen in aanmerking kwamen.

Artsen Zonder Grenzen heeft verklaard te weinig toegang te hebben tot de cijfers per woonzorgcentrum. Hierdoor was het moeilijk gericht langs te gaan. Nu worden die gegevens op basis van rapporten vrijgegeven. In een aantal buurlanden is dat opensourcemateriaal. Hij vraagt Boudewijn Catry of hij dat in de toekomst zou willen aanpassen.

III. Antwoord van Boudewijn Catry

Boudewijn Catry herhaalt zijn pleidooi voor automatisatie. Zodra een bezoeker met zijn identiteitskaart het woonzorgcentrum betreedt, kan zijn leeftijd en zijn geslacht in theorie worden gedocumenteerd. Dit gebeurt ook als iemand een marathon wil lopen. Die technologie bestaat en als die gegevens tijdens die controle worden verzameld, moet niemand dat administratief opvolgen. Die dataflow moet er zijn. Het gaat niet enkel om het medisch personeel, de medische ondersteuning of de psychologische ondersteuning, maar ook om de ondersteuning van de dataflow in de woonzorgcentra. Zo kunnen de medewerkers van dat administratief gedeelte worden ontlast. Nu moet het medisch geschoold personeel voor de administratie zorgen. Eigenlijk is dit een pleidooi om weer de meerwaarde te zien van het secretariaatswerk, een taak die Sciensano gedurende jaren zelf heeft trachten over te nemen.

Wat de testing betreft, heeft Sciensano geprobeerd het feit te compenseren dat niet overal even veel is getest. De vermoedelijke gevallen zijn ook in de aantallen opgenomen. Sciensano pleit niet voor excessief testen, want dit kan worden gecorrigeerd in de analyse. Sciensano pleit wel voor infectiepreventie, goed materiaal, goede opleidingen en snelle beslissingen.

Boudewijn Catry is het erover eens dat de bezoekenregeling niet eenvoudig is. Een automatisatieproces zou hier een rol in kunnen spelen, zeker als de identiteitskaart van de bezoeker kan worden gedocumenteerd. Apple, Facebook, Google en telecomoperatoren weten waar iedereen is. De overheid moet die informatie kunnen gebruiken, zeker voor contacttracing. Het zou efficiënter verlopen indien de gps-gegevens op het ogenblik van de staalafname naar de controletoren zouden gaan. Momenteel gebeurt dit enkel indien het testresultaat positief is, maar het gaat dan om stalen die soms al twee of drie dagen eerder zijn afgenomen. Dat moet op het moment van de staalafname gebeuren. Als er problemen zijn, moet de huisarts op de hoogte worden gebracht.

Boudewijn Catry is er niet van overtuigd dat de contacttracing slecht verloopt. De huidige stijging doet zich niet voor bij het personeel. De contacttracers leveren beter werk dan in de media wordt gesteld. Er zijn organisatorische problemen, maar nieuwe gevallen worden geïdentificeerd en stijgingen in de gemeenschappen zijn zichtbaar. De huisartsen doen hun best, maar andere systemen moeten hiertoe bijdragen. Zolang er geen automatisme is, blijft dit een verbeterpunt.

Hij vraagt de media anoniem te documenteren wat er gebeurt en hoe dat kan verbeteren. Hij heeft daar zelf onvoldoende zicht op. Hij vraagt de media ook infectiepreventie te onderrichten aan de hand van documentaires. Het moet dan vooral gaan om wat mis kan lopen indien het mondkapje niet goed wordt gebruikt of de handhygiëne niet goed wordt toegepast.

Sciensano heeft recent geen tevredenheidsenquête uitgevoerd bij het rusthuispersoneel belast met de administratie, maar probeert wel rekening te houden met de bezorgdheden. Het gaat dan onder meer om het feit dat Sciensano niet meer dagelijks en niet meer vier keer per dag rapporteert. Een automatisering en ondersteuning van de administratie kunnen een oplossing vormen. Zo kunnen de rusthuisbewoners de terugkoppeling krijgen die ze nodig hebben.

Boudewijn Catry kreeg verschillende keren de vraag hoe het in de toekomst moet. De uitwisseling van ervaring is volgens hem de volgende stap. De rusthuizen die een grote crisis hebben gekend, hebben een schrikreactie gehad en zijn nu goed voorbereid. De rusthuizen die weinig gevallen hebben gekend en een uitbraak hebben kunnen vermijden, zouden hun ervaring moeten delen met rusthuizen waar er nog geen uitbraken zijn geweest. Het is niet zeker of zij klaar zijn voor een uit-

braak. Rusthuizen die weinig gevallen hadden, die ze goed hebben kunnen beheersen, moeten zich kenbaar maken in hun netwerken. Die gegevensuitwisseling moet er nu komen.

Voor de gevalsdefinitie wordt in een internationale, nationale en regionale context gewerkt. Het voorbeeld van het niet meer goed kunnen ruiken of smaken is nu soms een van de enige symptomen. De gevalsdefinitie had inderdaad breder gekund. Boudewijn Catry is voorstander van exhaustieve data van testresultaten (positief en negatief). Hij wil niet alleen laboresultaten over COVID-19. Hij zou ook graag realtimelaboresultaten van alle andere ziekten bij aanvraag hebben. Dat kan nu niet maar het zou bij toekomstige nieuwe epidemieën zeker een hulp zijn, bij allerlei infectieuze agentia: virussen, bacteriën, schimmels en parasieten.

Wat betreft de databank zou men in een automatisch systeem niet meer discussiëren over het aantal keren per week of per dag. Het moet realtime gaan. Zolang dat niet kan, zullen er problemen blijven bestaan.

Hetzelfde geldt voor de kleurencodes. Bepaalde firma's hebben ongelooflijke systemen uitgebouwd voor het identificeren, opvolgen en afsluiten van uitbraken. Die systemen kunnen ook in netwerken functioneren. Boudewijn Catry wil dat als overheidsinstituut doen, maar voelt zich onvoldoende sterk op het terrein, ook vanwege de regionale samenwerking, om al die datastromen te verwerken. Hij pleit ervoor om binnen de netwerken op zoek te gaan naar bestaande systemen. Zo moet een eigen IT-dienst dat niet ontwerpen en onderhouden. Zeker in tijden van crisis is dat nodig.

Boudewijn Catry is niet betrokken bij de modellering van scenario's maar wel bij het feit dat alle zaken die zijn team verzamelt worden gebruikt voor een zo goed mogelijke sturing van de modellering.

Ook voor de contacttracing is een automatisatieproces nodig. Nu staat enkel de postcode van een betrokken geval ter beschikking. Dat is onvoldoende. De instanties die zich bezighouden met de informatieverzameling moeten onder de loep worden genomen. De contacttracing op basis van beschikbare maar niet toegankelijke data is zeer moeilijk, onder andere door de GDPR-wetgeving. Die heeft het snelle en efficiënte verzamelen van gegevens afgeremd. Er zou een clause moeten komen dat, in functie van de volksgezondheid, de strenge GDPR-wetgeving moet kunnen worden herbekeken.

Heeft Vlaanderen nu de prijs betaald voor de 6 procent besparing? Daar is wereldwijd de prijs voor betaald. Er wordt in internationale context gewerkt met gelijkaardige systemen en met grote koepels die voor de woonzorgcentra verantwoordelijk zijn. Die systemen dragen ertoe bij dat er relatief misschien een tekort aan personeel is in deze situatie, maar Boudewijn Catry vindt het niet opportuun nu in te gaan op deze misschien wel filosofische discussie.

Men probeert het feit dat er niet voldoende testen zijn te corrigeren in de beschrijvende analyses. Dat neemt niet weg dat testen belangrijk zijn en accurater moeten worden. De aanwezigheid van antistoffen kan niet de enige maatstaf zijn om te beoordelen of iemand al dan niet beschermd is. Heel wat onderzoeken die nu worden gevoerd, moeten worden opgevolgd.

Werden de adviezen goed opgevolgd? De spreker gaat ervan uit dan in een crisissituatie iedereen het beste voorheeft. Het is gemakkelijk om achteraf adviezen te herinterpreteren. Het instituut werd altijd goed gehoord. Er was altijd een constructieve dialoog voor de inhoudelijke opvolging. Maar het discussiëren over inhoudelijke zaken zou moeten worden vermeden.

Voor de telmethode heeft men zich de laatste weken op wekelijkse gemiddelden gebaseerd. Boudewijn Catry is ervan overtuigd dat men zal moeten terugkeren naar een dagelijkse (continue) rapportering, wat volgens Steven Van Gucht mogelijk is. Voor de fase na de grote crisis zijn er nog andere factoren dan een dagelijkse opvolging nodig: het aantal ziekenhuisopnames en het aantal opnames op intensieve zorgen zullen een cruciale indicator blijven.

Voor wat betreft de overdracht moet er worden gewerkt aan systemen die 'dummy proof' zijn. Daarvoor moet meer aandacht zijn vanuit de maatschappij en op school. Die aandacht moet er ook zijn voor automatisatiesystemen, bijvoorbeeld voor het verplichte handenwassen na toiletbezoek. Die zaken zullen voortaan van kleins af aan een onderdeel vormen van onze cultuur. Boudewijn Catry is ervan overtuigd dat in België niet alle personeelsleden in de zorg daar vloeiend mee kunnen omgaan. Tijdens crisissituaties kan de informatie hen op verschillende manieren bereiken: in het Engels, het Nederlands of via mediakanalen. Het wordt vertaald, en daar kunnen dan onduidelijkheden ontstaan. Dat is geen specifiek Belgisch probleem. Er moet in de analyses rekening mee worden gehouden.

Of de mobiele teams medisch geschoold zijn, is inderdaad een probleem. Maar als een deel van die mensen kunnen worden bijgestaan door personeel dat de administratie opvolgt, niet enkel voor het medische maar ook voor het verzamelen van data over geslacht, leeftijd, of beschikbaarheid van materiaal zal het tekort minder groot zijn. Nu zijn medisch geschoolde mensen daarvoor verantwoordelijk.

Het aantal uren dat de CRA's vergoed krijgen, moet zeker worden herbekeken. Ook hun functies. Soms zijn meerdere labo's verantwoordelijk voor een woonzorgcentrum. Dat zorgt voor een andere rapportering. De CRA heeft daar niet altijd zicht op. Het zou goed zijn dat dat wordt geharmoniseerd en dat een CRA toezicht heeft op alle labodata van alle rusthuisbewoners. Boudewijn Catry steunt die aanbeveling.

Men moet stimuleren dat mensen aan de slag gaan met e-learning. Boudewijn Catry benadrukt dat er een goede website is, www.ubentingoedehanden.be, waar alle informatie in verschillende talen te vinden is. Er is ook een quiz voor het zorgpersoneel. Er is een e-learningmodule. Heel wat informatie is voorhanden. Die is niet altijd gericht op de zorg in woonzorgcentra. Zo zijn er speciale aanbevelingen voor de psychiatrische ziekenhuizen. Voor de woonzorgcentra moet hierin meer worden geïnvesteerd. Dat kan volgens Boudewijn Catry samen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, waarmee al twintig jaar goed wordt samengewerkt.

Hannes Anaf vraagt welke rol Sciensano speelt in de richtlijnen met betrekking tot de beschermingsmiddelen. De Nationale Veiligheidsraad had andere adviezen gegeven dan er in de richtlijnen staat.

Boudewijn Catry stelt dat er tijdens de crisis een beperkte beschikbaarheid was. Men heeft zo goed mogelijk geprobeerd om de beschikbare materialen toe te wijzen aan mensen die ze het meest nodig hadden.

IV. Uiteenzetting door professor Pierre Van Damme, Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties, Vaccin en Infectieziekten Instituut, Universiteit Antwerpen

Pierre Van Damme heeft het over de beslissings- en communicatiestrategie: waren de maatregelen voorafgaand aan de crisis voldoende? Hij bespreekt ook de betrokkenheid van de lokale besturen; de impact van de staatsstructuur en de versnipperde bevoegdheden; de samenwerking tussen alle betrokken actoren; de betrokkenheid van de zorgontvangers enzovoort.

Wat betreft de communicatie was men niet voorbereid op de crisis. Maar dat men nu ook niet voorbereid is op een tweede golf, is nog veel verontrustender. Daar is geen goed excuus voor. Bij de eerste golf zaten heel veel landen in Europa in dezelfde situatie. Dit was ongezien: een pandemie zonder achtergrondimmunitet. Iedereen dacht dat het in China zou blijven. De 'pandemic preparedness' moet vertaald worden in een aantal praktische zaken en draaiboeken die er nu zo snel mogelijk moeten komen, niet alleen voor de tweede golf maar ook voor de toekomst. Dat vraagt aandacht op het vlak van organisatie, beleid, gezondheidsstructuren, opleiding, preventie en volksgezondheid. Ook in de opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, apotheek en biomedische wetenschappen worden de onderwerpen volksgezondheid, epidemiologie en preventie stiefmoederlijk behandeld. Dat vertaalt zich niet alleen in budgetten maar ook in aandacht en in het al dan niet voorbereid zijn. Hiermee moet in de toekomst rekening worden gehouden, ook in het onderwijs.

Wie had in de eerste fase de eindverantwoordelijkheid over wat er gezegd werd? Wie had het laatste woord? Er was geen COVID-19-commissaris. Er zijn wel de Nationale Veiligheidsraad, de ministers, de experts en de media. Elk heeft zijn rol gespeeld, maar dat heeft niet geleid tot veel duidelijkheid voor de burgers. Die onduidelijkheid blijft bestaan tot vandaag. Daar moet snel iets aan worden gedaan. Er moet een commissaris zijn met duidelijke bevoegdheden, zoals er in het verleden al zijn geweest. De mensen vragen dat ook. Zij kunnen, zo blijkt uit enquêtes, leven met duidelijke en strenge maatregelen, op voorwaarde dat ze maar op één manier kunnen worden geïnterpreteerd. Er moet perspectief en timing geboden worden om de mensen door een grote crisis te loodsen. Dat is in het begin onvoldoende gebeurd.

Bepaalde sectoren, zoals evenementen, zullen volgens Pierre Van Damme moeten begrijpen dat zij misschien wel een jaar tot anderhalf jaar dicht moeten. Niemand durft dat te zeggen. Toch moeten zij dat van bij het begin weten. Het is de taak van de politiek om die sectoren te ondersteunen.

De man in de straat heeft lak aan het heel complexe beslissingsmodel en de staatsstructuur in België. Dat kan niet zomaar worden rechtgezet. Het zal dus met die structuur moeten gebeuren. De Nationale Veiligheidsraad is een duidelijke structuur. De communicatie kan wel beter. Communicatie-experts moeten ervoor zorgen dat de Nationale Veiligheidsraad op het juiste moment met één stem naar buiten treedt, zonder parallelle communicatie of communicatie één of enkele dagen voor de Nationale Veiligheidsraad. Dat ondermijnt het gezag en het effect van de communicatie van de Nationale Veiligheidsraad.

Er moet eenheid van commando zijn. Bij de Mexicaanse griep in 2009 was er een griepcommissaris. Bij de ebola-epidemie was dat Erika Vlieghe. Nu is er geen commissaris.

Begin maart 2020 was de communicatie redelijk laat en vrijblijvend, vindt Pierre Van Damme. Het stoppen met handenschudden en knuffelen had op dat moment veel serieuzer moeten worden gecommuniceerd. Professor Philippe Beutels vroeg dat al in een mail van 24 februari 2020.

Een aantal experts is dan een tijdje langs de zijlijn blijven zitten. Zij voelden begin maart 2020 de sense of urgency. Philippe Beutels, Erika Vlieghe, Herman Goossens en Pierre Van Damme hebben toen een tekst opgesteld voor de rectoren. Deze tekst werd in de week van 9 maart 2020 naar het beleid en het persagentschap Belga gestuurd om de sense of urgency over te brengen.

Vandaag willen de experts niet meer langs de zijlijn blijven omdat zij zien dat de tweede golf er is. Zij hameren al een paar weken op wat er zou moeten gebeuren. Met het huidige contactopsporingssysteem zal dat volgens Pierre Van Damme niet

lukken, zeker nu duidelijk is geworden dat het pas eind augustus 2020 efficiënt zal werken. Hij vreest dat België tegen dan in een ongelooflijke tweede golf zal zitten, met exponentiële gevolgen.

Doordat er begin maart 2020 geen draaiboek was, hebben een aantal mensen heel snel beslist om meetinstrumenten te ontwikkelen die iets zeggen voordat de infectie kan worden gemeten. De infectie treedt twee weken na de blootstelling op. De transmissie start vier, vijf dagen voordat de eerste symptomen opduiken. Zonder de transmissiecijfers loopt men altijd een paar weken achter.

Op 14 maart 2020 werd aan de overheid voorgesteld om de grote corona-enquête van elke dinsdag te financieren om beter te weten in welke mate de burgers zich aanpassen aan de eerste maatregelen van de lockdown. Het moest sneller geweten zijn wat daarvan het effect was op de infectieziekten. De overheid heeft hierop nog niet geantwoord. De experts zijn dan toch maar op 17 maart 2020 begonnen met het opstellen van een uitgebreide enquête over gedrag, demografische gegevens, opinies en attitudes, om meer te weten over het welzijn en het welbevinden van de bevolking, en – in een latere versie – over wat de tieners en de kinderen vinden.

Door deze gegevens te verzamelen, kreeg men de bevolking mee. De eerste enquête werd door 560.000 mensen ingevuld, hoewel dat een kwartier tijd vergde. Ze leverde een schat aan informatie op. Ze maakte het mogelijk kort op de bal te spelen. Ze werd systematisch aangepast aan de actualiteit. Er nemen intussen nog altijd tussen de 30.000 en de 50.000 mensen aan deel. Er kunnen evoluties worden ontwaard, bijvoorbeeld inzake welbevinden: dat is serieus achteruitgegaan tegenover het einde van de lockdownperiode, in vergelijking met het nationaal welbevinden gemeten in de nationale bevolkingsenquête van 2018. Nu wordt dat welbevinden gerecupereerd. Pierre Van Damme hoopt op een goed niveau van psychisch welbevinden wanneer de tweede golf komt.

Over de hele periode zijn er gegevens verzameld van ongeveer 2,5 miljoen mensen. Binnen de 48 uur gaat de rapportering naar de leden van de GEES, Sciensano en de eerste minister. Dit kan helpen bij de besluitvorming. Een team van wetenschappers – biostatistici, statistici, epidemiologen, gezondheidseconomen en sociaal wetenschappers – doet dit voor een groot deel buiten hun gewone werk, pro Deo. Het gaat hier dus om een enorme betrokkenheid van verschillende universiteiten. Volgens Pierre Van Damme had deze enquête perfect een nationale monitoringtool kunnen zijn. Zo werd zij ook aangeboden, maar ook daar werd, spijtig genoeg, niet op ingegaan. Dat is een gemiste kans.

Wat levert nu zo'n enquête op? De bevolking reageert snel op de lockdownmaatregelen. Die hebben vanaf het begin een groot draagvlak gekregen. Dat is te zien aan de thuiswerkgegevens, het verminderde aantal contacten, en het feit dat bepaalde leeftijdsgroepen zo goed als geen hand of zoen meer geven. Deze gegevens zitten nu in de projectie- en predictiemodellen van Niel Hens. Deze data laten toe om een epidemie in kaart te brengen en vooral te voorspellen.

Het ziektegedrag is volgens Pierre Van Damme zeer belangrijk. Gaan mensen naar de arts of blijven ze thuis? Ook daarop, en op de systematische gedragsaanpassing naarmate de maatregelen begonnen te versoepelen, ging de enquête in. In het begin werd onvoldoende aandacht besteed aan jongeren en kinderen. Ook daar werd op ingespeeld, zodat het beleid daar iets mee kon doen. Op basis van de enquête kon worden vastgesteld dat bepaalde leeftijdsgroepen zich anders gedragen dan andere. De leeftijdsgroep van 17- tot 20-jarigen heeft zich het laatst aangepast aan de maatregelen zoals niet zoenen, geen handen geven en afstand houden. Dat is de leeftijdsgroep die ook heel snel opnieuw begint te feesten. Pierre Van Damme vindt dat een normale, menselijke attitude. Maar het betekent wel dat die mensen een alternatief moeten krijgen om hen door de crisis te helpen. Dat

lukt niet met grote advertenties in kranten of op televisiezenders. Dat vergt aangepaste communicatie.

Via de enquête worden de versoepelingsmaatregelen opgevolgd en wordt er nagegaan wat het draagvlak is voor het dragen van mondmaskers. Er komen ook gegevens uit naar voren over werkhervatting, technische werkloosheid of hoe de mensen staan tegenover een vaccinatie. Het werd duidelijk dat meer dan 80 procent bereid zou zijn om zich te laten vaccineren zodra er een vaccin is, en dat mannen daartoe meer bereid zijn dan vrouwen. Ouders willen het liever op zichzelf laten toepassen dan op hun kinderen. Misschien willen ze liever zelf eerst het risico lopen. Op al deze zaken moet men zich voorbereiden. Het duurt wellicht nog een jaar vooraleer de vaccinaties zullen starten.

Een tweede meetinstrument waarvan de experts overtuigd zijn dat het van het begin nodig was, is de sero-epidemiologische studie: men moet in de hele bevolking meten hoe het virus zich verspreidt. Dit moet systematisch, om de drie tot vier weken gebeuren. Ook hiervoor werd tot nu toe 0 euro subsidie ontvangen. Een golfbepaling van drie- tot vierduizend stalen kost ongeveer 87.000 euro. Momenteel wordt dit gefinancierd door een Antwerpse weldoener. Pierre Van Damme vindt het kras dat dit onderzoek enkel kan gebeuren door de steun van mensen die inzien hoe belangrijk dit is.

De antilichamen in bloedresultaten voor de lockdown leerde dat men op 3,5 procent zat. De idee van groepsimmunitet, die in bepaalde Europese landen werd gevolgd, moest verworpen worden. Tijdens de lockdown was er een stijging tot 6,5 procent. Na de lockdown was er de daling die iedereen deed schrikken. Mensen spelen hun antistoffen kwijt. De resultaten van de vijfde golf stalen zullen allicht in dezelfde grootteorde liggen. Voor de tweede golf die er aankomt, wordt er geld gezocht om een zesde en een zevende bepaling te doen over drie en zes weken. Als er een plotse toename van antistoffen zou zijn, wijst dat op een actieve toegenomen verspreiding van infecties.

Met behulp van deze metingen kan men snel een beeld krijgen van de penetratie van het virus in de bevolking. De idee van groepsimmunitet via infecties en natuurlijke blootstelling heeft geen zin. Dat de verspreiding stabiel is gebleven tijdens de lockdown wil zeggen dat de doorsnee Belg zeer goed de maatregelen heeft gevolgd. Pierre Van Damme vindt het belangrijk dat ook eens positief te bekijken.

De gegevens van de sero-epidemiologische studie komen terecht in de modellering van professor Niel Hens en zijn team. Al die mensen werken dag en nacht pro bono om antwoorden te vinden op de vragen van de eerste minister en van de Nationale Veiligheidsraad. Heel wat academici hebben hun werk tijdelijk opzijgezet om hier voorrang aan te geven, en werken weekends en nachten door. Pierre Van Damme vindt dat dat hun plicht is. Professoren hebben drie opdrachten: onderwijs, onderzoek en dienstverlening. Het onderdeel dienstverlening is exponentieel toegenomen.

Pierre Van Damme pleit voor duidelijke communicatie. De bevolking moet niet alleen worden geïnformeerd maar ook overtuigd. Dat is niet evident. Het gaat om het opvoeden van een volk. Dat moet gebeuren met experts en met een aangepaste boodschap. Er moet worden ingespeeld op het gedrag, 'tailored', en op maat van verschillende leeftijden, culturen en gemeenschappen. De manier zoals het nu wordt aangepakt werkt bijvoorbeeld niet in Antwerpen. Vanuit Brussel kan men mensen in een bepaalde gemeenschap niet overtuigen om contacten door te geven. Een huisarts kan dat misschien wel. Hij legt in vertrouwen de link met zijn patiënten.

Op communicatie moet met de nodige expertise worden ingezet. Tijdens de paasvakantie was het een grote bezorgdheid om de jongeren van de straat te houden. Dat is niet evident. Toen werd contact opgenomen met jongerenpsychologen. Zij

raadden aan om de specifieke media te contacteren. Daarom werd er met Peter Van de Veire van MNM iets georganiseerd. Er is veel goede wil, maar de initiatieven komen niet vanzelf. Het zou goed zijn indien een speciale communicatie-eenheid dit allemaal doet. Dit moet niet alleen voor de jongerencultuur gebeuren. Er zijn nog andere culturen. Bepaalde gemeenschappen zullen die verantwoordelijkheid zelf opnemen, de casussen en contacten in kaart brengen en daarover duidelijk communiceren. Andere culturen moeten worden benaderd vanuit hun eigen cultuur, taal en manier van leven. Dat lukt nu niet. Het zal nochtans nodig zijn om de tweede golf in te perken.

De afgesproken maatregelen sijpelen niet door tot elke burger, en zelfs niet tot elke Belgische burger die Nederlands, Frans, Duits of Engels begrijpt. Er moet op een aangepastere en adequatere manier, op maat van de mensen, worden gecommuniceerd. Dit is volgens Pierre Van Damme meer dan ooit nodig. Er zijn communicatiespecialisten nodig. Of voor de jongeren: influencers. Er werd bijvoorbeeld aan gedacht om in de klassieke soaps, Thuis en Familie, een stukje coronaopvoeding op te nemen. Miljoenen mensen bekijken die programma's. Dat zou impact kunnen hebben.

De vraag naar de aangepaste voorbereiding voor de volgende golf noemt Pierre Van Damme helaas visionair, want de cijfers wijzen uit dat de tweede golf intussen begonnen is. Enkel door de gevolgen van de maatregelen bij de bevolking te monitoren kan men bijsturen. Het is absoluut noodzakelijk dat geweten is waar het fout loopt. Dat moet per wijk, per gemeente of per provincie in kaart worden gebracht, en worden ondersteund met een goede communicatie op maat.

De hele contactopsporing is ook van primordiaal belang om te kunnen bijsturen. Dat kan dan worden gekaderd binnen de versoepeling die er is geweest, de verschillende golven van versoepeling en misschien zelfs toekomstige golven van versoepeling. Zolang men dat niet goed doet, worden bepaalde versoepelingsmaatregelen gegijzeld en zo onrechtstreeks ook een aantal sectoren in Vlaanderen en België.

De contactopsporing werkt niet goed genoeg om een beeld te krijgen van de tweede golf. Pierre Van Damme geeft de laatste cijfers voor Vlaanderen. 57 procent van de COVID-19-positieve gevallen wordt succesvol afgerond. Van die 57 procent geeft 67 procent contacten door. Op den duur krijgt men een minimaal aantal contacten van een onvolledig gedeelte van de infecties. Een heel groot deel van de transmissies en contacten gaat verloren. Dit betekent dat de percentages per week met 1 tot 2 procent toenemen. Zo komt men er niet. Men kan niet wachten tot eind augustus 2020, wanneer het systeem wel goed zou werken.

Ofwel wordt het systeem opzijgezet en wordt er een nieuw systeem gestart. Dat lukt niet op een paar dagen. Ofwel moet het efficiënter worden, maar moet er daarnaast iets komen dat onmiddellijk werkt. Die piste is zeer verdedigbaar. Nu gaat er heel veel tijd verloren. Het virus is zich zeer snel aan het verspreiden. Pierre Van Damme hoort dat in andere landen klanten van een terras of restaurant op een blad hun naam en uur van aanwezigheid moeten invullen. In dat buitenland geldt nochtans dezelfde Europese GDPR-regelgeving. Pierre Van Damme vraagt waarom dit hier niet mogelijk is. Deze maatregel heeft ook een groot bewustmakingseffect. Zeggen dat het virus nog aanwezig is, pakt niet, maar het verplicht maken van de mondk maskerdracht geeft een gelijkaardig signaal. De bevolking moet weten dat het zeker nog een jaar zal duren. Met schouderklopjes en voorzorgsmaatregelen moet de bevolking hierdoorheen worden geloodst.

Bij de contactopsporing ontbreekt het vooral aan de snelheid waarmee de huisarts het resultaat krijgt van de bepaling. Dat demotiveert de mensen om in afwachting van het resultaat in quarantaine te blijven. Zij krijgen de indruk dat het niet belangrijk is, zeggen foert en doen wat ze willen. In het buitenland is het wel

mogelijk om binnen de 24 uur een bloeduitslag te hebben, de patiënt hierover te informeren en een begin te maken met het opsporen van contacten.

Ook belangrijk is de mogelijkheid om de indexgevallen te koppelen aan de contactgevallen of de hoogrisicocontacten. Men moet weten of het indexgeval toevallig zelf geen contact is in een andere cluster. Ook dat gebeurt hier niet. In Nederland wordt contactopsporing gedecentraliseerd en op 88 punten georganiseerd, decentraal en dicht bij de burger. Casemanagers hebben er de eindverantwoordelijkheid om de indexgevallen en de contacten te contacteren, die links te maken, en de informatie te verzamelen op het niveau van gezondheidsinspectie en agentschap. Daar wordt bottom-up gewerkt om de cluster in kaart te brengen op het niveau van wijk, huisartspraktijk, bedrijf en eventuele andere gemeenschappen.

Om tot een verhoging van de snelheid en de efficiëntie te komen, moet er worden vertrokken bij de huisartsen en de eerste lijn. Zij kennen het gedrag en de contacten van hun patiënten. Zij kunnen vanuit het vertrouwen dat zij genieten helpen om die contacten in kaart te brengen. Die eerste lijn moet worden ondersteund. Een aantal casemanagers kunnen dat voor een aantal praktijken doen, in samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Zo kan het agentschap de gegevens verzamelen, en de burgemeesters en gouverneurs informeren. Het is voor de lokale bestuurders frustrerend om te weten dat er in hun stad, bijvoorbeeld Antwerpen, iets gebeurt, maar ze weten niet waar en in welke leeftijdscategorie. Het heeft geen zin om lokale lockdowns te organiseren. Pas als men weet waar het doel zich bevindt, kan men, zoals de Antwerpse gouverneur Cathy Berx zei, microchirurgisch te werk gaan.

Pierre Van Damme wil het huidige systeem nog een kans geven. Maar parallel moet er worden gestart met een lokaal systeem dat bottom-up wordt uitgebreid en dat vooral het vertrouwen geniet van de burger, die anders niet graag zijn contacten doorgeeft. Dit kan worden ondersteund door middel van een communicatiestrategie. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zal op korte termijn een communicatiestrategie uitrollen voor de verschillende gemeenschappen en culturen in de steden.

In april 2020 stelde de organisatie van de spoedartsen voor om systematisch al een profilering te doen van de gevallen die binnenkwamen. Toen kwamen veel mensen naar de triagediensten. Helaas is het beleid ook daar niet op ingegaan. Ook vandaag zijn de spoedartsen bereid om dat te doen. Het kan zeker ook gebeuren door de huisartsenpraktijken. Dit zou een aanvullend systeem kunnen zijn om gevallen in kaart te brengen.

De reisverzekeringen worden op dit moment gealarmeerd door gevallen van Belgen in het buitenland. Zij vragen zich af of zij dat niet ergens moeten melden in een registratiesysteem op het niveau van gemeente of provincie. Op die manier kan de verspreiding beter in kaart worden gebracht. Maar het juridische mag er niet toe leiden dat de epidemie alleen maar sterker wordt. In de wetgeving bestaat een duidelijke hiërarchie: de veiligheid van de bevolking en de volksgezondheid staan hoger dan de individuele vrijheid, zeker als dat wordt gedefinieerd voor duidelijke doelstellingen en voor een bepaalde periode.

Wat de nabije toekomst betreft, meent Pierre Van Damme dat tegen de winter van 2020 de bedrijven ondersteuning moeten krijgen bij de organisatie van thuiswerk. Het GEES-rapport vroeg ook aandacht voor kwetsbaren. De continuïteit van de zorg is een bezorgdheid van de ziekenhuizen, de artsen en de patiënten. Er moet aandacht zijn voor jongeren en kinderen. Scholen moeten zo lang mogelijk worden opengehouden. Deze winter zullen er naast elkaar verkoudheidsvirussen zijn, griepvirussen en COVID-19. Huisartsen kunnen dat verschil niet steeds maken. De symptomen zijn voor een groot deel dezelfde. Wanneer moet iemand in quarantaine en wanneer moet hij het gewoon uitzieken? De huisartsen moeten kunnen

beschikken over sneltesten om diagnoses te stellen. Ook over een gecombineerde test voor COVID-19 en griep. De bevolking zal ondersteunende communicatie nodig hebben. De volgende twaalf of achttien maanden zal er nog meer moeten worden ingezet op een duidelijk reisbeleid. Dit is ook het juiste moment om te werken aan de capaciteit van labo's. Die nemen proactief al contact op. Zij vragen of zij inderdaad 40.000 tot 50.000 testen per dag zullen moeten verwerken. Wellicht moet er worden ingezet op labo's die exclusief dit doen of toch een groot deel van hun activiteit daarop focussen. Er moet worden samengewerkt met labo's die in staat zijn om binnen de 24 uur een uitslag af te leveren en die, als dat nodig is, ook in het weekend openblijven.

Het is belangrijk om te werken aan 'expectation management'. De mensen moet goed worden uitgelegd wat ze kunnen, maar ook wat ze niet kunnen verwachten. Dat is geen gemakkelijke communicatie. Wie zegt dat er eind 2020 een vaccin is, creëert een verwachtingspatroon. Iedereen denkt dat alles dan weer mogelijk wordt. Daar moet heel voorzichtig mee worden omgesprongen. Men moet ook altijd heel eerlijk bekennen wanneer men iets niet weet.

Nu moet geprioriteerd worden voor het griepvaccin. Elk jaar worden er tienduizenden ongebruikte griepvaccins teruggestuurd. Nu zal er een schaarste zijn. De kwetsbaren en de gezondheidswerkers moeten nu dus zeker een vaccin krijgen. De Hoge Gezondheidsraad heeft goed op tijd de aanbeveling geformuleerd om te prioriteren. Maar daar bestaan geen verplichtingen over. Ook zodra er COVID-19-vaccins zijn, over een tot anderhalf jaar, waarnaar de vraag nog groter zal zijn, zullen de kwetsbaren en de gezondheidswerkers voorrang moeten krijgen. Daar moeten de politici voor zorgen.

Pierre Van Damme rondt positief af: heel veel mensen in het land hebben keihard gewerkt, iedereen heeft zijn best gedaan. Dat geldt trouwens voor alle landen. Het heeft geen zin om landen te vergelijken. Ze hebben elk hun eigen context, gezondheidsinfrastructuur, bevolkingsdichtheid, staatsstructuur en middelen. In de huidige fase mag echter geen energie verloren gaan door een gebrek aan efficiëntie. In België heeft dat te maken met het ontbreken van een commissaris, de complexe staatsstructuur, en het moeilijk doorstromen van informatie. Alternatieven zijn nodig. De huidige versoepelingsmaatregelen kunnen belangrijk zijn, maar enkel als iedereen ze opvolgt. De vertaalslag voor elke burger van het land is heel belangrijk. Er moet ten slotte worden ingezet op de bronopsporing en bottom-up-contactopsporing totdat er een echt efficiënt systeem is.

V. Vragen van de leden

De voorzitter bedankt Pierre Van Damme en diens collega's voor de grote inspanningen die zij leveren en voor het feit dat zij wijzen op de grote urgentie: Vlaanderen is niet klaar voor een tweede golf, terwijl deze commissie toch op die urgentie moest inspelen. Dit is zorgwekkend.

1. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf bedankt Pierre Van Damme voor zijn uitleg en terechte aanbevelingen. Hij deelt met de professor de bezorgdheid over de contacttracing. Bij een tweede golf kan men niet op dezelfde manier onvoorbereid zijn als bij de eerste. Professor Herman Goossens zei al dat het de verantwoordelijkheid van de politici is om op die tweede golf voorbereid te zijn. Maar dat is niet het geval. Er is geen sense of urgency. De contacttracing draait na twee maanden nog steeds vierkant. Dat de fouten in het systeem nog worden afgedaan als kinderziektes en dat beterschap pas eind augustus 2020 wordt verwacht, is onbegrijpelijk en catastrofaal. Er komt een explosieve toename van het aantal besmettingen. Dat is compleet achter de feiten aanlopen en spelen met mensenlevens.

In Nederland en Duitsland wordt er soepeler omgegaan met de GDPR-regelgeving. Ook voor Hannes Anaf moet de volksgezondheid altijd boven het individuele staan. Wordt GDPR hier als een bliksemafleider gebruikt voor fundamenteelere problemen, zoals die met de contacttracing?

43 procent van de besmette personen wordt niet gecontacteerd, en een derde van de mensen die worden gecontacteerd geeft geen contacten door. Hannes Anaf vraagt deze cijfers aan de commissie te bezorgen. Hij vraagt hoe het mogelijk is dat die 43 procent niet kunnen worden gecontacteerd.

De provincie Antwerpen zou nu een eigen tracingsysteem opzetten. Kan dit manueel, zodanig dat die driehonderd mensen die nu met hun vingers zitten te draaien daaraan kunnen meewerken?

Het huidig systeem van tracing gaat terug op de conclusies van een consultancy-opdracht van McKinsey en de taskforce-De Backer. In Vlaanderen werd gekozen om vooral te werken met ongeschoolde profielen in callcenters, door de mutualiteiten aangevuld met 'field agents' met medische expertise. Is dat een goede werkwijze? Moeten de callcentermedewerkers niet meer opleiding hebben en aan een strengere selectie worden onderworpen?

Er moet tot vier of vijf dagen voor de dag van besmetting worden getracet. Nu gebeurt dat maar tot twee dagen voor de besmetting. Moet dat onmiddellijk worden aangepast?

In een mail van 24 februari 2020 zou een collega van Pierre Van Damme hem er al op hebben geattendeerd dat er al meer aandacht moest zijn voor het bewaren van voldoende afstand tot elkaar. De overheid moest daarover ook toen worden gesensibiliseerd. Aan wie was die mail gericht en welk gevolg heeft de overheid daaraan gegeven?

Hannes Anaf vraagt Pierre Van Damme de obstakels in de wetgeving inzake tracing te signaleren. Als het Vlaams Parlement op woensdag 22 juli 2020 nog samenkomt, kunnen decretaal op basis van deze informatie nog een aantal dingen op poten worden gezet. Dat is de grote verantwoordelijkheid die het Vlaams Parlement heeft.

2. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde sluit zich aan bij de wens van Pierre Van Damme om een COVID-19-commissaris te hebben. Men had inderdaad veel langer op voorhand veel duidelijker moeten communiceren, niet alleen over de richtlijnen maar ook over wat er niet meer kan. Had men aan de Vlaming niet beter regelrecht gezegd niet op café of op vakantie te gaan? Nu heeft men gevraagd om verantwoordelijk te zijn, maar de mensen doen het niet.

Pierre Van Damme is heel uitvoerig ingegaan op communicatie. Bij het invullen van de enquête viel het Celia Groothedde aanvankelijk op dat bijvoorbeeld een alleenstaande of een alleenstaande ouder een aantal vragen niet kon invullen. Gaandeweg werd dat wel mogelijk. Ook het beleid was gericht op klassieke gezinnen. Het welbevinden bij de lgbtq-gemeenschap ging massaal achteruit. Alleenstaanden en armen moesten in hun piepkleine kot blijven. Heeft het beleid geageerd op basis van gezinnen die misschien niet zo vaak meer bestaan, de klassieke gezinnen? Hoe moet dat nu, bij het begin van de tweede golf, beter? Kan Pierre Van Damme ingaan op wat hij bedoelt met 'tailored' communiceren?

Heel veel gegevens worden niet gedeeld en gebruikt. Is het interessant om ook sociaal-economisch gerichter te profileren? Wat betreft de contacttracing, sugge-

reert Pierre Van Damme om met de huisartsen te werken. Maar veel mensen die in armoede leven hebben geen vaste huisarts. Op welke manier moeten zij worden bereikt?

Er is nu een algemene stijging in alle leeftijdsgroepen. De daggemiddelden zijn drastisch aan het stijgen. Het is belangrijk om te focussen op contacttracing. Celia Groothedde heeft daarover een hele tijdlijn opgesteld. Op 7 maart 2020 had de RMG al door dat de contacttracing niet kon worden bijgehouden. Dat was met het toen bestaande systeem. Daarbij waren er voor heel Vlaanderen minder tracers dan enkel voor de stad Rotterdam. Nu blijkt inderdaad dat Nederland het veel beter doet.

Celia Groothedde vindt het ongelooflijk dat Pierre Van Damme zijn zo belangrijke onderzoek met liefdadigheid moet financieren, terwijl er voor de contacttracing een contract van 100 miljoen euro werd afgesloten, waarbij consultants een grote rol spelen. Ook in Zorg en Welzijn zijn er ontzettend veel mensen die zeer veel onbetaalde overuren doen. Moeten er structurele investeringen komen? Kunnen die nog iets rechtzetten? Is contacttracing mogelijk met de ongeschoolde krachten die er nu zijn? Moet er snel een ander systeem worden opgezet? Pierre Van Damme suggereert om met de huisartsen te werken. Maar dat suggereert eigenlijk de nood aan een veel degelijkere opleiding.

De tijdlijn laat ook uitschijnen dat er veel wordt gebakkeleid over niveauverdeling, waarbij veel hete aardappels worden doorgeschoven. Moet er een commissaris komen? Zou eenheid van commando iets kunnen oplossen?

Op 9 juni 2020 zei Pierre Van Damme op de VRT dat door de asymptomatische besmettingen de afstandsregel zoveel belangrijker is. Celia Groothedde heeft de indruk dat dit punt nog helemaal niet bekend is. In cafés en op feestjes is er uitwisseling. Moet daar nu meer op worden gehamerd? Is er naast een betere communicatie ook een minder mitigerende strategie nodig?

Pierre Van Damme zegt dat de huisartsen moeten worden ondersteund. Denkt hij dat zij het in de winter van 2020 zullen aankunnen? Celia Groothedde zegt dat ze van veel huisartsen en bij uitbreiding de hele sector van zorg en welzijn veel wanhoopsberichten krijgt over hoeveel zij hebben gewerkt en dat zij tegen het crashen aanzitten.

De voorkeursgroepen voor vaccinatie zijn opgesteld. Denkt Pierre Van Damme dat dit verder kan worden gefinetuned? Er zijn grote verschillen in de ernst van de aandoening bij mensen naargelang van hun situatie. Wat met groepen in essentiële beroepen die thuis iemand hebben die een risicogeval is? Wat doen mensen die zelf een risicogeval zijn met kleine kinderen?

Vrouwen zijn minder geneigd om positief tegen vaccinatie aan te kijken. Internationaal worden influencers ingezet om contra vaccinatie te pleiten, in het kader van fake news. Kan daartegen een strategie worden ontwikkeld?

3. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele merkt op dat een besmettelijke infectieziekte zich vooral verspreidt in gesloten residentiële instellingen. Hoe komt het dan dat er zo laat op de woonzorgcentra is gefocust? Hebben de professoren signalen gegeven dat zo'n infectieziekte mogelijk een grote uitbraak zou betekenen in woonzorgcentra? Is het zinvol om het zorgpersoneel in de woonzorgcentra vandaag te blijven testen om snel te kunnen ingrijpen, en ook om asymptomatische positieve mensen te kunnen afzonderen voor een nieuwe uitbraak?

Verder gaat de spreker dieper in op het contactonderzoek bij de huisartsen. Zelf werkt ze in een groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Hoboken, die eind april 2020 al met vrijwilligers is gestart met contactonderzoek. Er zijn ondertussen vijf opgeleide, vrijwillige en ervaren contactopspoorders die heel intensief bellen met de mensen. Dat werkt goed. De contactopspoorders die via de overheid werken, bellen gemiddeld een kwartier met mensen die positief blijken te zijn, en acht minuten met hoogrisicocontacten. Dat is heel weinig in vergelijking met Europa, waar dat bijna een uur is. In de groepspraktijk hangen ze ook bijna een uur aan de lijn om heel wat medische en andere vragen te stellen.

Gemiddeld geven mensen aan de contactopspoorders van de overheid twee hoogrisicocontacten door, wat relatief weinig lijkt omdat er geen lockdown meer is. De contactopsporing van de groepspraktijk levert gemiddeld vier à vijf contacten per positieve persoon op. Contactopsporing kan en moet op de eerste lijn worden uitgebouwd. Lise Vandecasteele werkt in een forfaitaire praktijk en dat is een voordeel, waardoor ze meer op preventie kan inzetten en huisartsen kan vrijstellen om de opleiding voor contactopspoorders te volgen. Ze vraagt of de professoren het met haar eens zijn dat een forfaitaire praktijk zich daar beter toe leent. Hoe zal dat zo snel mogelijk kunnen worden uitgebouwd? Hebben de professoren al een advies gegeven aan de overheid dat contactopsporing op de eerste lijn moet gebeuren? Hebben ze een concreet plan hoe ze dat mee kunnen uitbouwen? Hoe kan daar op korte termijn werk van worden gemaakt? Is er extra budget voor nodig?

4. Vragen van Stefaan Sintobin

Stefaan Sintobin hoorde dat Pierre Van Damme erkende dat zowel wetenschappers als politici niet waren voorbereid op deze pandemie en dat ze die in het begin hebben onderschat, waarvoor hij hem bedankt, want niet iedereen is zo eerlijk. In de media hoorde hij wetenschappers, virologen en politici vaak verschillende zaken zeggen. Als iedereen door elkaar heen naar de media stapt en verschillende dingen verkondigt, is het heel moeilijk voor de neutrale burger om zich een idee te vormen over wat hij moet doen. Doordat politici niet meteen wilden reageren in de media, kwamen de media terecht bij de wetenschappers en de virologen, die dan bepaalde dingen communiceerden vooraleer beslissingen werden genomen door de Nationale Veiligheidsraad, wat een omgekeerde situatie was. De rode draad door de crisis is dat de communicatie niet zo goed is verlopen.

De spreker vraagt of wetenschappers door politici werden gecontacteerd om bepaalde dingen wel of niet te zeggen. Pierre Van Damme is een van de meest kritische stemmen over de versoepeling van bepaalde maatregelen, zoals het heropenen van winkels, cafés en restaurants. Was dat beter niet gebeurd, nu blijkt dat er een tweede golf is?

Over reizen is er nu een hele chaos met de fameuze kleurcodes. Werd de mensen niet beter afgeraden om het vliegtuig te nemen? Als bepaalde maatregelen worden versoepeld, zal het moeilijk zijn om die terug te schroeven. Volgens de professor zullen evenementen wellicht een tot anderhalf jaar niet meer kunnen, maar waarschijnlijk is dat nog niet doorgesproken met politici, veronderstelt de spreker.

Volgens Boudewijn Catry valt het contactonderzoek best mee, en volgens Vlaams minister Wouter Beke zitten er wat kinderziektes in. Pierre Van Damme boort dit hele project nu de grond in omdat het niets voorstelt. Dus ook daarover zijn er tegenstrijdige meningen. Hij wil dit opzijshuiven om met iets anders te beginnen, maar lukt dat wel op korte termijn? Hoe kan dat worden georganiseerd?

In het begin van de pandemie werden de woonzorgcentra genegeerd en lag de focus op de ziekenhuizen en de rest van de bevolking. Vind de professor dat daar te laat op is gereageerd en dat de woonzorgcentra nu wel een prioriteit moeten zijn?

Politici moeten de ontwikkeling van een vaccin op de prioriteitenlijst zetten. Dan kan het niet anders dan dit decretaal vast te leggen. Vrijblijvend zal dat niet lukken.

Misschien moeten de huisartsen inderdaad meer worden ingeschakeld, maar volgens getuigenissen waren vele huisartsen bang om bijvoorbeeld naar een woonzorgcentrum te gaan. De huisarts van Stefaan Sintobin was bijvoorbeeld alleen telefonisch bereikbaar en stuurde de mensen automatisch door naar een triagecentrum voor een test. Wanneer het griepvaccin binnenkort wordt toegediend, zal er allicht een toeloop zijn bij de huisartsen. Hoe kan dat worden opgevangen? Hoe kunnen de huisartsen worden ondersteund?

5. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys hoorde deskundigen zeggen dat er eigenlijk al een tweede golf bezig is, waardoor de politici al op hun ongemak zijn, en dat is ook goed. Er zijn vandaag ongeveer evenveel besmettingen als in het begin van de lockdown. Er wordt wel meer getest, één op drie in plaats van één op tien. De woonzorgcentra zitten in het oog van de storm en vandaag wordt daar gewerkt met veel tijdelijke arbeidskrachten, zoals jobstudenten. Als er opnieuw maatregelen komen die op een lockdown lijken, is dat niet alleen een vreselijke mentale klap voor veel bewoners, maar zal het ook praktisch moeilijk zijn want iedereen is moe en een deel van het personeel is gewoon niet aanwezig.

Wat zou Pierre Van Damme aanbevelen? Kan er gecibleerd worden gewerkt op regioniveau, op gemeenteniveau of op het niveau van een woonzorgcentrum? Kan een panoplie van maatregelen soelaas brengen, zodat er niet moet worden gekozen tussen wit of zwart, bijvoorbeeld door bezoek enkel toe te laten in gemeenschappelijke ruimtes en alleen met mondkmaskers? Kan zo'n maatregel worden genomen om het virus in te dijken, en tegelijk het sociaal welzijn van de bewoners te garanderen?

Lorin Parys vraagt de professor of het poolen van PCR-testen een oplossing kan zijn. Als er bij een screening per vijf of tien stalen wordt getest, kan dat sneller gaan, en als daar een positief staal tussen zit, kan er individueel verder worden getest. Zou het nuttig zijn om per eerstelijnszone een soort drive-throughtesting te organiseren zoals in Nederland, waarbij een aantal mensen tegelijk kan worden gescreend, bijvoorbeeld gezondheidsmedewerkers?

De spreker apprecieert en bedankt Pierre Van Damme voor zijn openhartig interview in *De Morgen*, waarin hij eerlijk toegeeft dat de communicatie over de mondkmaskers te maken had met de schaarste ervan. Het is goed om dat ook eens te horen. Daar is al zoveel uitleg over gekomen, maar nog nooit heeft iemand zo duidelijk gezegd dat dat inderdaad het geval was. Iedereen maakt fouten, maar het is belangrijk dat mensen eruit leren en ze niet opnieuw maken. Het is verfrissend wanneer iemand dat ook gewoon durft toe te geven.

Volgens Pierre Van Damme is eenheid van communicatie belangrijk en iedereen onderschrijft dat ook, maar in de praktijk gebeurt het omgekeerde. Dat heeft onder andere te maken met politici die verschillende meningen hebben, maar dat is net hetzelfde met wetenschappers. Zo verschillen bijvoorbeeld de beide professoren hier vandaag van mening over contacttracing. Boudewijn Catry gelooft in het verbeteren van dat systeem, terwijl Pierre Van Damme zegt dat dat systeem op de schop moet. Daardoor illustreren ze het omgekeerde van wat ze hier betogen. *Lorin Parys* wil daar graag wat uitleg over.

Wanneer zal er een vaccin zijn? Er kan dan wel een prioriteitenlijst worden gemaakt van wie dat moet krijgen, maar hoe kan een huisarts, zelfs als het decretaal verankerd zou zijn, weigeren om een patiënt met wie hij een vertrouwensband heeft,

een vaccin te geven? Heeft de professor daar een praktische oplossing voor? Kunnen drive-throughs een deel van het antwoord daarop zijn?

6. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers hoorde Pierre Van Damme pleiten voor eenheid van commando, maar grote wijzigingen zijn volgens hem op korte termijn niet mogelijk. Dat heeft te maken met de moeilijke bevoegdheidsverdeling. Welke rol speelt de Nationale Veiligheidsraad daarbij? Is het niet aangewezen om de samenstelling van die Nationale Veiligheidsraad flexibeler te maken op maat van de aard van de crisis? Zij doelt op het toevoegen van de bevoegde ministers van Volksgezondheid in de regio's.

Pierre Van Damme hield een pleidooi voor een COVID-19-commissaris naar analogie van de griepcommissaris. Wat is dan de relatie met de RMG? Wat is het verschil tussen wat de RMG vandaag doet en wat die COVID-19-commissaris dan zou moeten doen?

De professor heeft gewerkt aan diverse enquêtes die ongelooflijk belangrijke informatie hebben verzameld, waarmee het beleid aan de slag moet gaan. Die resultaten werden altijd bezorgd aan de GEES, aan Sciensano en aan de eerste minister. Zijn daarover afspraken gemaakt? Is het niet aangewezen dat die info ook naar de regionaal bevoegde ministers gaat? Zijn er afspraken gemaakt over doorstroming?

Volgens Pierre Van Damme moeten mensen worden overtuigd van de noodzaak om maatregelen zoals social distancing en handhygiëne te volgen, en daarvoor moeten campagnes worden gevoerd, van onderuit en op maat van verschillende doelgroepen. Om dat draagvlak te creëren, zowel voor die maatregelen als voor het opgeven van contacten bij contacttracing, is het vertrouwen van de burger essentieel. In de voorbije maanden deed heel wat fake news de ronde, maar in de wetenschap waren er diverse inzichten. Inzichten evolueren natuurlijk, maar soms spraken virologen elkaar ook tegen, en dat helpt het draagvlak natuurlijk niet. Is het niet aangewezen om duidelijk te zeggen wat men weet, en niet te zeggen wat men niet weet of waarover men niet zeker is?

7. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys vraagt zich af wat de rol van de apotheker is bij het afleveren van vaccins. Kan het een oplossing zijn dat de apotheker enkel vaccins aflevert aan de prioritaire groepen? Tijdens de Mexicaanse griep werden verkiezingshokjes gebruikt om mensen in groep te vaccineren. Is het mogelijk om deze methode opnieuw te gebruiken? De minister is van plan om het pneumokokkenvaccin gratis ter beschikking te stellen van de woonzorgcentra. Wat is de mening van de professor hierover?

De informatie die contacttracers verzamelen, is heel beperkt omdat ze bijvoorbeeld niet mogen vragen waar iemand is geweest, waardoor clusters heel moeilijk kunnen worden opgevolgd. Kunnen en mogen huisartsen die informatie doorgeven? Wat is de rol van de mobiele teams daarin? Het is moeilijk om het overzicht daarop te houden. Nu is er een coördinator aangesteld over verschillende eerstelijnszones om dat aan te sturen. Moet er worden gewerkt met een tussenpersoon?

8. Vragen van Chris Janssens

De Nationale Veiligheidsraad heeft op woensdag 15 juli 2020 volgens *Chris Janssens* terecht beslist om geen verdere versoepelingen in te voeren. Pierre Van Damme en andere experts zeggen dat die tweede golf er niet aankomt, maar dat die er al volop is, en dat eerder versoepelde maatregelen zouden moeten worden terug-

gedraaid. Moet de Nationale Veiligheidsraad niet eerder samenkomen dan op 22 juli 2020 om zich daarover te buigen?

De professor doet ook onderzoek naar antilichamen. Een heel klein percentage van de bevolking beschikt momenteel over die antilichamen. Tegelijk denken mensen die al besmet waren, dat ze niet opnieuw kunnen worden besmet. Kunnen mensen een tweede, derde of vierde keer worden besmet met COVID-19, vraagt Chris Janssens?

9. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse hoorde de professor zeggen dat er meer labo's moeten zijn, maar virologen zeggen dat er een probleem is met de terugbetaling van die testen, waardoor de labo's niet het nodige materiaal hebben want ze hebben zich daar nooit in gespecialiseerd. Denkt Pierre Van Damme dat dit nog tijdig kan worden rechtgezet, dat er meer labo's kunnen worden geactiveerd?

De spreker stelt ook voor dat de professor een nieuwe vraag tot financiering indient voor zijn onderzoek. Dan zal de spreker nadien aan de minister vragen waarom hij dat niet honoreert.

10. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls vraagt, als er wordt gepleit voor een COVID-19-commissaris, of er dan ook maar één viroloog of expert meer in de media verschijnt, waardoor ze elkaar niet meer kunnen tegenspreken.

De professor is vooral bezig met een vaccin, maar is medicatie niet sneller bereikbaar?

In andere landen zijn er andere manieren van aanpak. Kan de professor verwijzen naar een land om inspiratie op te doen?

Schiet Vlaanderen tekort inzake opleiding van mensen die werkzaam zijn in de gezondheidssector?

11. Vragen van Arnout Coel

Arnout Coel hoorde Pierre Van Damme pleiten om contacttracing snel op het juiste spoor te zetten via de eerste lijn. De broeihaarden worden lokaal in kaart gebracht en opgevolgd, maar moet de volgende stap om bijvoorbeeld lokale lockdowns op te leggen, gebeuren na een advies van die eerste lijn? Waar ligt die bevoegdheid in het model van de professor?

12. Vragen van Björn Rzoska

Björn Rzoska merkt nog op dat Pierre Van Damme samen met de provincie Antwerpen naar een ander systeem van contacttracing zoekt, en hij wil weten in hoeverre dat afwijkt van het huidige systeem.

VI. Antwoord van Pierre Van Damme

Pierre Van Damme beantwoordt eerst de vraag over contacttracing en het zich verstoppen achter GDPR. Het huidige systeem laat niet toe om flexibel te zijn. Op basis van het voortschrijdende inzicht van de wetenschap moet er in plaats van twee dagen voor symptomen, bijvoorbeeld vier tot vijf dagen voor symptomen worden bekeken, maar de vraag rijst of het systeem dat zal aankunnen. Als dat systeem niet zo flexibel is, werkt het niet voldoende efficiënt. Het toevoegen van

vragen die contacttracers zouden moeten stellen, zoals waar men op vakantie is geweest, waar men werkt, in welke wijk men woont, of men naar een dorpsfeest is geweest – allemaal zaken die een cluster in kaart kunnen brengen –, kan niet vanwege GDPR of omdat het systeem dat niet toelaat.

Dat zijn de twee signalen die Pierre Van Damme krijgt. Zijn reactie is: op deze manier werkt het niet. Als die epidemie vandaag moet worden stopgezet of zo snel mogelijk moet afnemen, dan is er iets nodig dat wel werkt. Hij breekt het systeem niet helemaal af, maar wat er nu is, zal niet het antwoord zijn op de vraag. Het kan worden geoptimaliseerd tegen eind augustus 2020, maar ondertussen moet er wel iets anders zijn. Dat is heel belangrijk. Experts zeggen trouwens niet altijd het tegenovergestelde, dat moet een beetje worden genuanceerd.

Andere landen werken ook met dezelfde GDPR-wetgeving, maar België heeft dat veel strikter toegepast. De vraag is of dat legaal kan worden aangepast, maar dat duurt misschien weer weken en maanden, en die tijd is er niet. Op een bepaald moment moet de politiek daar anders over beslissen, bijvoorbeeld door het opzij te zetten, niet door er geen rekening mee te houden, maar door volksgezondheid en veiligheid voor de mensen te laten primeren. Desnoods wordt dat in een tekst gegoten, maar het is duidelijk dat dit nu de hoogste prioriteit geniet.

Dit is terecht de verantwoordelijkheid van de politiek, maar ook van heel veel stakeholders buiten de politiek. De politiek neemt een bepaalde verantwoordelijkheid, maar elke burger heeft ook een verantwoordelijkheid en tijdens de crisis wordt dat misschien te weinig onderlijnd. Ook elke man en vrouw in de straat heeft een bepaalde taak en plicht, en dat moet worden benadrukt. Ook de media hebben een bepaalde taak en plicht, net als de experts. Het is dus veel breder dan enkel en alleen de politiek.

In een aantal wijken in het Antwerpse wordt voor contacttracing het model van het manueel invullen van lijsten gehanteerd. Dat is geen erg ingewikkeld systeem van excelsheets, waarbij de informatie in lijsten wordt ingebracht, die aan elkaar kunnen worden gekoppeld zodat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid daarmee verder kan.

Het is niet evident om aan contacttracing te doen. Een tracer moet het profiel hebben van een detective, een huisarts en een zeer sociaal voelend persoon. De provincie Antwerpen gaat nu vrijwilligers zoeken bij verpleegkundigen, psychologen en artsen, bijvoorbeeld bij personeel van het Rode Kruis en het Vlaamse Kruis, om hen klaar te stomen om de huisartspraktijken te ondersteunen. Daarmee zit de provincie in een pilootfase, maar het moet gebeuren met de mensen die er zijn. Nogal wat mensen vertrekken immers met vakantie. De mensen die nu in sneltempo werden opgeleid, zijn niet steeds de juiste contacttracers. Het gaat over een gigantisch contract van vele miljoenen euro's, maar het biedt onvoldoende het antwoord dat op dit moment nodig is.

Landen die het wel goed doen, zijn landen die volksgezondheid vrij hoog in het vaandel voeren. Dat gebeurt in Scandinavische landen. Zij werken al sinds de jaren 50 met het rapporteren van medische gegevens. Ze hebben de beste kankerregisters en daarvoor hebben ze geen GDPR nodig gehad. Ze doen het nog altijd en ze hebben de beste incidentiecijfers. Op het moment dat daar een epidemie uitbreekt, hebben ze hun contacttracers, want die zijn nooit afgebouwd. Ze worden ook gebruikt voor gezondheidsopvoeding en voor heel wat andere 'public health activities'.

Hoe de gezondheidsinspectie dat hier nu moet doen in elke provincie, dat vraagt meer mankracht, beweert Pierre Van Damme. Het is geen verwijt, maar een vaststelling. In België bestaat dat veel te weinig of niet. Dat nu in een erg acute situatie

uit de grond proberen te stampen, hapert. Met heel veel creativiteit, goodwill en voluntarisme moet daar een oplossing voor worden gevonden, want de epidemie staat aan de voordeur.

Dat is het grote verschil met bijvoorbeeld Denemarken. Dat land heeft weliswaar een andere bevolkingsdichtheid, maar het heeft zijn contacttracers klaar. Een hepatitis A-epidemie kunnen ze daar meteen aanpakken. Als dat in België zou uitbreken, zal één persoon van de gezondheidsinspectie dat moeten doen. Het systeem bestaat dus, maar het is niet voldoende uitgebouwd of waarschijnlijk over de jaren heen afgebouwd. In een aantal andere landen is dat niet zo.

België heeft in vergelijking met andere landen ook de pech gehad dat de krokusvakantie bijzonder slecht viel. Misschien is dat een detail in het hele verhaal, maar eigenlijk is het dat niet. In de krokusvakantie gingen veel Belgen naar Italië en daar was de verspreiding volop bezig. In Denemarken viel de krokusvakantie twee weken later. Zij hebben ongelooflijk kunnen profiteren van die voorkennis, zoals België wat heeft kunnen profiteren van de voorkennis uit Italië. Dat mag niet worden onderschat. Indien de beelden van Italiaanse woonzorgcentra even vreselijk waren geweest als die van de ziekenhuizen, dan was België sneller in gang geschooten voor de woonzorgcentra. Daardoor is het hier wat onderschat. Het beeld van Italië was dat van intensievezorgbedden, en België heeft gezorgd dat de capaciteit van intensievezorgbedden heel sterk was. Dat is heel goed gegaan, maar dat is deels omdat men hier is voortgegaan op de beelden uit Italië. België liep exact tien dagen achter op de epidemische gegevens van Italië, waar de intensieve zorgen het niet aankonden, en had dus tien dagen tijd om dat in orde te brengen. Was het toen duidelijk geweest dat het virus ook in de woonzorgcentra geraakte, dan had België misschien wat vroeger geschakeld. Het systeem breekt de professor niet volledig af, alleen is het niet flexibel en zeker niet efficiënt op dit moment. Daar moet dus iets aan worden toegevoegd.

Na een lockdown van acht à negen weken zijn mensen blij dat ze even uit hun kot kunnen komen. De mensen moeten toch ook een zeker perspectief krijgen. De horecasector heeft ongelooflijk geleden, maar het is niet daarom dat op restaurant en café gaan moet worden toegelaten, wel op het moment dat iedereen het weer aankan. Een aantal infecties kunnen worden geabsorbeerd in de maatschappij, en dat zal moeten blijven gebeuren. Dat zal nooit op nul worden teruggebracht. De samenleving zal moeten leren leven met dit virus, net zoals met het aidsvirus in de jaren 80. Dat klinkt heel erg, maar het is de realiteit. Het aidsvirus is er ook nog altijd en de mens heeft geleerd zich daarnaar te gedragen, onder andere door minder seksuele partners, condoomgebruik, opvoeding op scholen enzovoort. Eigenlijk is dit hetzelfde verhaal, alleen moet het hier heel snel gebeuren want het virus gedraagt zich natuurlijk anders.

Als men het café- en restaurantbezoek weer afschaft, komen er geheime feestjes, en wordt de situatie helemaal oncontroleerbaar. De vraag is hoe men een correct gedrag in een bepaalde context communiceert. Restaurant- en cafébezoek zijn oké, maar het moet op een aanvaardbare manier. Dat is heel moeilijk. Het is het evenwicht zoeken tussen wat wel en wat niet kan. Dat is niet met het vingertje wijzen, het is een manier om bijvoorbeeld een jongere te overtuigen dat het op een andere manier kan. Daarbij is de hulp nodig van communicatie-experten, sociale media enzovoort, zodat het herkenbaar is voor de jongeren. Rolmodellen en belangrijke influencers moeten dat heel de zomer van 2020 tonen, en waarschijnlijk ook veel langer.

Vanaf de eerste enquête was de terechte reactie dat er geen rekening werd gehouden met alleenstaanden. Maatregelen moeten ook met die groep rekening houden. De enquête is dan ook onmiddellijk aangepast en dat is ook doorgegeven aan de beleidsmakers als een belangrijk signaal.

'Tailored communication', communicatie op maat, werd bijvoorbeeld in de paasvakantie geprobeerd met Peter Van de Veire via MNM. Tailored maatregelen zijn minder evident omdat die voor de hele bevolking dienen. Het is heel moeilijk om daarin te sectioneren. Er wordt ongelooflijk veel vergeleken, bijvoorbeeld door de sectoren. Als men bijvoorbeeld mag vliegen, waarom mag men dan niet samen in een zaal zitten? Dat zijn bijvoorbeeld al tailored maatregelen, en het is zeer moeilijk om die met een zekere overtuiging te treffen.

Wijkgezondheidscentra, praktijken van Geneeskunde voor het Volk of praktijken met een forfaitaire geneeskunde hebben toegang tot veel minder begoede mensen zonder huisarts die het minder gemakkelijk hebben. Die centra hebben heel goede contacten met die mensen en genieten hun vertrouwen. Dat helpt om dan actief aan contactopsporing te doen. Bovendien kunnen artsen en personeel in deze praktijken hun taken en praktijk zodanig organiseren dat ze zich meer kunnen vrijmaken voor contactopsporing in hun patiëntenpopulatie. Het is een rol van de lokale besturen om OCMW's en wijkgezondheidscentra daarbij te betrekken.

Niel Hens en Philippe Beutels zijn promotor van een EU-project waar contactonderzoek deel van uitmaakt. Dat is een heel belangrijk onderzoek op basis van dagboeken die bepaalde mensen bijhouden, en dat wordt nu ook een internationaal onderzoek want daarvoor is Europees geld beschikbaar gesteld. Op basis van dit contactonderzoek kan men zich aan het volgende verwachten: infecties bij jongeren komen vroeg of laat binnen in de gezinnen, en een paar weken later krijgen de 50-plussers infecties. Dat was ook merkbaar in de gegevens. Op een bepaald moment werden de 20- tot 29-jarigen getroffen en ook de 50- tot 59-jarigen, en dat kwam overeen met dat sociaalcontactonderzoek. Huisartsen pikken dat heel snel op en daarop moet worden ingespeeld, want het heeft een voorspellende waarde.

Veel onderzoek dat Pierre Van Damme doet, is gesteund op liefdadigheid. Hij heeft ook een dossier ingediend bij het FWO, maar dat dat maar een slaagkans van ongeveer 10 procent heeft, is dramatisch. Bepaalde landen daarentegen steunen het onderzoek zonder meer. Zo krijgt The London School of Hygiene & Tropical Medicine gewoon een basispakket. Vlaanderen en België weten wie momenteel met onderzoek bezig is. Het zou dus bijna een automatisme moeten zijn – met wat controlesystemen en wetenschappelijke criteria – om te zeggen dat dit onderzoek nuttig is, en om de onderzoekers hun werk te laten doen in plaats van hen aanvragen te laten indienen.

In het COVID-19-rapport zijn de groepen voor vaccinatie nogal breed gedefinieerd. Voor prioritering is dat niet evident. Niemand weet hoeveel miljoenen vaccins tegen COVID-19 er in 2021 zullen zijn. Voor elke Belg wordt er best een voorzien, misschien twee als er twee dosissen nodig zijn. Er zijn dus nog enorm veel vraagtekens over hoe dat moet worden geïmplementeerd en welk schema er moet worden gevolgd. Er is een systeem nodig waarbij degenen die de meeste prioriteit verdienen, ook worden gevaccineerd, met name eerst de gezondheidswerkers, gevolgd door de kwetsbare mensen.

'Vaccine hesitancy' is een groeiend probleem. Vanuit die hoek circuleren er allerlei complottheorieën rond COVID-19, zoals het vaccin dat zou dienen om iedereen ziek te maken of om mensen te chippen en te volgen. Er gaat van alles rond en in bepaalde landen heeft dat al een weerslag op de vaccinatiegraad in het algemeen. Die zaken worden van heel nabij opgevolgd. Professor Heidi Larson van The London School of Hygiene & Tropical Medicine is verbonden aan de Universiteit Antwerpen. Flanders Vaccine hecht enorm veel belang aan dit onderwerp. Op 16 juli 2020 was er een studiedag over hoe om te gaan met een boodschap van vaccinatie en 'vaccine hesitancy'. Dat is heel belangrijk omdat dit blootstaat aan alles wat er

nationaal en internationaal circuleert op sociale media. Artsen en publiek moeten daartegen weerbaar worden gemaakt.

De VRT heeft een factchecker over vaccinatie en fake news over gezondheid op haar website, net als de website Gezondheid en Wetenschap, gesteund door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Er wordt geprobeerd om daar zoveel mogelijk aandacht aan te besteden, en om artsen, apothekers, verpleegkundigen daarover in te lichten.

In de volgende golf moeten woonzorgcentra niet prioritair worden behandeld, ze moeten gewoon worden meegenomen in het geheel van de aandacht voor ziekenhuizen, centra voor gehandicapten enzovoort.

De vraag of het zorgpersoneel in woonzorgcentra blijvend moet worden getest, moet niet meer worden gesteld. De tweede golf is er en er moet worden bekeken wat er binnenkomt aan infecties, wat er moet worden gecohorteerd. Er zal onmiddellijk op automatische piloot moeten worden gedraaid zoals in de eerste golf, maar deze keer goed voorbereid, en met de beschermingsmiddelen en de testmogelijkheden die er zijn.

Lise Vandecasteele werkt met vrijwilligers in Hoboken, en dat is ook het idee dat Pierre Van Damme op 16 juli 2020 heeft besproken, namelijk dat die praktijken zo snel mogelijk moeten worden ondersteund met vrijwilligers, want dat gaat het snelste. Het zal moeten gebeuren met mensen die communicatief zijn en medisch geschoold.

Afhankelijk van de situatie duren gesprekken over contactopsporing in Vlaanderen acht of vijftien minuten, in Nederland duurt zo'n gesprek een uur en kan het uitlopen tot vier uren. Dit illustreert waartoe men bereid moet zijn. In een uur kan men veel meer aan opvoeding doen, want het gaat niet alleen over het verzamelen van gegevens over contacten en de bron. Mensen zijn ongerust, ze zijn positief en willen weten of ze riskeren in het ziekenhuis te belanden en verwikkelingen te hebben. Dat is enorm veel informatie. Als mensen slecht nieuws krijgen, horen ze de rest niet, en dan moet men daarop terugkomen. Puur gesprekstechnisch is dat zeer normaal, maar men moet zorgen dat men de hele boodschap kan brengen en wat aan opvoeding doen: mensen overtuigen hoe belangrijk het is om binnen te blijven en contacten te vermijden. Het besef moet groeien dat dat redelijk tijdsintensief is, maar die tijd is zeer nuttig, want die zal vooral zorgen dat de epidemie minder snel vooruitgaat.

Forfaitaire praktijken laten natuurlijk een aantal zaken toe inzake tijdsgebruik van de huisartsen. Er zijn ook praktijken met maar één ingang, met consequenties voor praktijkorganisatie. Bij een tweede golf moet natuurlijk worden bekeken wat mogelijk is, op maat van de verschillende praktijken. Volgens Pierre Van Damme heeft professor Jan De Maeseneer al in mei 2020 gepleit voor het decentraliseren van contactopsporing en dat op het niveau van de huisartsen te brengen. Er zal verder contact worden opgenomen om te bekijken of dat in de pilootfase kan worden ingebracht. Alles gaat in de richting van de versterking van de eerste lijn, dus veel dichterbij de burgers.

Blijkbaar komen virologen, epidemiologen of biostatistici soms in verdeelde slagorde over. De professor vindt echter dat ze nog altijd voor 90 procent overeenkomen, maar misschien komt dat niet steeds zo over. Om de informatie wat te stroomlijnen, bellen ze elkaar geregeld. Af en toe zijn er verschillende standpunten, maar dat is typisch wetenschappelijk. Werd er soms te vroeg gecommuniceerd naar aanleiding van de Nationale Veiligheidsraad? Pierre Van Damme beweert dat ze soms werden geconfronteerd met lekken, en dat ze dat dan moeten duiden. Dan kunnen ze niet niks zeggen, want dan is het helemaal onduidelijk. Iedereen weet

dat er lekken zijn geweest, en dan vreest iedereen dat er nieuwe lekken komen. Men probeert de mensen daarop voor te bereiden, maar dan zijn er politici die voor hun beurt spreken. Dan mag men dat weer eens gaan duiden op een zaterdag- of een zondagavond, en dat is geen cadeau. Er is pas een vergadering van de Nationale Veiligheidsraad op dinsdag, en toch heeft de politiek op vrijdag al van alles gezegd. Dan is het de plicht om de boodschap te proberen te duiden voor de mensen. Dat is niet gemakkelijk, want na de Nationale Veiligheidsraad moest er soms op worden teruggekomen.

Naast de taken die Pierre Van Damme al kreeg toebedeeld, was er dus ook nog die mediataak om bepaalde zaken een betekenis te geven zonder te zeer tegen de kar van een aantal mensen te rijden want dat haalt toch niks uit. In het midden van een crisis moet men altijd proberen een constructieve boodschap te brengen en dat is niet gemakkelijk.

Ten tijde van de Mexicaanse griep in 2009 heeft Pierre Van Damme samengewerkt met Marc Van Ranst, en toen was er inderdaad één stem. Eén persoon, Marc Van Ranst, voerde het woord en alle experts stonden in één blok achter hem. Ook als men niet akkoord gaat, moet men dat kunnen. Dat is de sterkte van een griepcommissaris: hij brengt de ene boodschap naar het publiek en de politiek. Als de media dan een andere expert wat komen vragen, dan moet die dat steunen, ook al gaat hij niet akkoord. Dat soort zaken gebeurt nu minder en dat zal de communicatie zeker veranderen.

De deskundigen hadden liever twee weken tussen de fasen van versoepeling, maar als de Nationale Veiligheidsraad beslist dat het één week wordt, dan zal Pierre Van Damme achteraf niet zeggen dat dat niet had mogen gebeuren. Hij legt zich daarbij neer en dat heeft consequenties. Er moet dus nog strikter worden gemonitord wat er aan het gebeuren is, of wat er kan gebeuren doordat de versoepeling sneller gebeurt. Het is de kracht en de autoriteit van de Nationale Veiligheidsraad als iedereen zich daarbij neerlegt. Misschien zullen bepaalde evenementen of sectoren voor een jaar op non-actief moeten worden gezet. Dat is een loutere verwachting van Pierre Van Damme, niet doorgesproken met de politiek.

Dat huisartsen bang zouden zijn om door te sturen, is zeker een attitude bij bepaalde huisartsen. Het was ook een algemene aanbeveling om besmette mensen naar een triagecentrum door te sturen. Dit was een deel van de aanpak om te centraliseren, om een groot infectierisico in alle praktijken en bij personen die hun zorg niet konden uitstellen, te vermijden. Nu is de situatie volledig anders en worden huisartsen voorbereid om COVID-19-patiënten te zien, naast de reguliere zorg. Er is gezorgd voor heel wat webinars en opleidingen voor apothekers en huisartsen over risico's. Die informatie wordt gedeeld en daar kruipt heel wat energie in.

Op korte termijn moeten woonzorgcentra absoluut ondersteuning krijgen vanuit nabijgelegen ziekenhuizen inzake opleiding van het personeel, crisismanagement en management in het algemeen. Dat was een van de zwakke punten in een aantal woonzorgcentra, maar dit kan perfect worden aangeboden door ziekenhuishygiënist, door mensen die daartoe zijn opgeleid. Er moet ook lokale ondersteuning zijn vanuit de gemeenten waar de woonzorgcentra zich bevinden. Ze moeten goed ingebed zijn, de maatregelen moeten consequent worden toegepast en op maat van de woonzorgcentra. Gelukkig is er nu meer kennis en voldoende beschermingsmateriaal en dus kan dat nu op een andere manier worden aangepakt.

Op het moment dat de incidentie relatief laag is, kunnen testen worden gepoold. Als de cijfers stijgen, zou Pierre Van Damme dat niet aanbevelen. Hij zou verder individueel testen omdat er heel kort op de bal moet worden gespeeld. Poolen van testen vraagt een dag meer werk, waardoor de informatie een dag later komt en dat zou jammer zijn aan het begin van een tweede golf.

Nederland werkt met drive-throughzones per eerstelijnszone. Ofwel is er een goed draaiend triagesysteem, ofwel zijn er goede drive-throughzones. De triagepost van Antwerpen-Zuid bijvoorbeeld was zo'n drive-throughzone, waar men zich gemakkelijk kon laten testen. Dat kan dus werken.

In het interview met De Morgen heeft Pierre Van Damme de mondmaskers in een context geplaatst. Men heeft de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie gevolgd. Op het moment dat men in lockdown gaat, zijn mondmaskers zeker niet nodig. Er komen weinig mensen in de winkels en op straat. Het kon wel eerder, maar dan was er de vrees voor een aanzuigeffect, en diegenen die het op dat moment nog meer nodig hadden, zouden geen mondmaskers hebben gehad. Dat is de prioriteitstelling waar mensen misschien niet goed mee kunnen omgaan. Was er voldoende materiaal geweest, dan had de spreker misschien een ander standpunt ingenomen. Nu is dat niet gebeurd vanwege het aanzuigeffect. Mochten er daardoor in bepaalde ziekenhuizen misschien geen mondmaskers zijn geweest, dan was dat een ramp geweest voor de gezondheidswerkers.

Pierre Van Damme gelooft niet dat er tegen het einde van 2020 vaccins zullen zijn. Mensen die kennis hebben van de ontwikkeling van vaccins, weten dat men een kandidaat-vaccin kan hebben dat beantwoordt aan de criteria van fases 1, 2 en 3 – het neemt gemakkelijk zes maanden in beslag voor dat volledig klaar is –, waarna de productie start. Sommige bedrijven zoals Janssen Pharmaceutica zijn al parallel gestart met de productie, wat een heel goed idee is, maar geen garantie dat het juist is. Er zijn kwaliteitscontroles op alle stappen van de productie en de opschaling, en dat duurt zeker een jaar. Daarom is het realistisch om te spreken over midden 2021 voor de eerste vaccins voor een bepaalde bevolkingsgroep – gezondheidswerkers en misschien de kwetsbaren – en eind 2021 voor hopelijk een groter deel van de bevolking. Dat is de meest voorzichtige voorspelling. Lukt het sneller, des te beter.

Vaccinatiestations zijn zeker verdedigbaar, waarbij de hulp van apothekers, verpleegkundigen en artsen nodig zal zijn. Misschien kunnen, zoals bij de Mexicaanse griep, op korte termijn zoveel mogelijk mensen worden ingeënt. Als 40 of 50 procent van de bevolking wordt ingeënt, geeft dat automatisch de perceptie dat wat er kort nadien bij die bevolking gebeurt, te maken heeft met die vaccinatie. Dat is menselijk en daarop moet men zich voorbereiden. Als na die vaccinatie een aantal mensen bijvoorbeeld multiple sclerose ontwikkelen, dan zal de perceptie zijn dat het door de vaccinatie komt, terwijl men eerst naar de achtergrondincidentie moet kijken. Daartegen moet men zich wapenen in de communicatie en in het hele programma, en tijdig de nodige data verzamelen.

De vertegenwoordiging in de Nationale Veiligheidsraad vindt Pierre Van Damme een moeilijke kwestie. Op maat van de crisis moet een soort van taskforce worden opgezet, los van ministerie, kleur of portefeuille, geleid door een griepcommissaris die rapporteert aan de eerste minister. Dan moeten er snel en correct knopen worden doorgehakt. Dat bepaalde beslissingen nu pas na onderhandelingen werden genomen, is heel pijnlijk. Men onderhandelt niet met een infectieziekte, en omgekeerd zal een infectieziekte evenmin onderhandelen. Finaal moet de juiste beslissing op tijd worden genomen. Zo had het verplichten van mondmaskers perfect eerder gekund. Daar is kostbare tijd verloren.

Het doorstromen van enquêtes naar de regionale ministers van Volksgezondheid is gebeurd. Alle beleidsverantwoordelijken krijgen telkens alle rapporten.

Tegenspraak in de communicatie moet maximaal worden vermeden. Op basis van de corona-enquête is het vertrouwen van de burger in de experts nog altijd goed, maar er moet heel duidelijk worden gecommuniceerd. In de media verwijzen experts naar elkaar en dat kan een versterkend effect hebben. Af en toe moet men ook

duidelijk zeggen dat men het antwoord niet weet, dat men het moet opzoeken of dat het nog niet gekend is. Inzake de waarde van antilichamen moet men kunnen zeggen dat die verdwijnen, maar niet bij iedereen, en dat men niet weet waarom. Dit virus blijft verrassen.

De coronabroertjes en -zusjes zorgen minstens voor antilichamen gedurende één of twee jaar, in het geval van SARS-1 en MERS zelfs gedurende elf of twaalf jaar, maar hier is dat niet het geval. Dat betekent dat dat moet worden onderzocht. Het virus is in staat om andere cellen in het immuunsysteem te activeren, maar of de mensen beschermd zijn als hun antistoffen verdwenen zijn, daar kan de professor zich nog niet over uitspreken, dat moet worden onderzocht. Dat zegt niets over antilichamen na vaccinatie.

Een tweede golf biedt ook een opportuniteit om dat te onderzoeken. Door de tweede golf zullen bepaalde mensen, die ondertussen geen antilichamen meer hebben, misschien voor een tweede keer worden blootgesteld, en dan zullen ze het antwoord geven op die vraag. In samenwerking met het Tropisch Instituut, met de diensten van Pierre Van Damme en met de diensten van Sciensano lopen er studies die dat onderzoeken.

Mensen vragen zich af hoe men een vaccin kan ontwikkelen dat antilichamen stimuleert in het lichaam, als de antilichamen verdwijnen na de ziekte. Zal dat dan beschermend zijn? Een ziekte gedraagt zich niet zoals een vaccin. Dat weet men van het baarmoederhalskankervaccin en van het baarmoederhalskankervirus. Als vrouwen aan HPV-16 of HPV-18 worden blootgesteld, ontwikkelen ze in 50 procent van de gevallen antilichamen en in 50 procent ontwikkelen ze geen antilichamen. Als ze antilichamen ontwikkelen, zijn die van een zeer lage concentratie. Dit is dus niet zo uniek, dat gebeurt ook bij andere virussen. Het vaccin zorgt voor een bijzonder hoge concentratie van antilichamen en beschermt dus. Men kan dus niet zomaar extrapoleren wat men ziet bij een ziekte naar wat men verwacht van een vaccin. Het betekent wel dat in het vaccinonderzoek – in de week van 20 juli 2020 wordt in Gent, Leuven en Antwerpen gestart met fase 1-studies – er niet alleen wordt gekeken naar het stimuleren van antilichamen, maar ook naar het stimuleren van T-lymfocyten.

Pierre Van Damme gelooft zeker in de rol van de apotheker. In tempore non suspecto zijn er daarover heel wat discussies gevoerd. De spreker is er voorstander van om, zoals in heel wat landen in de wereld gebeurt, apothekers in te schakelen in vaccinatieprogramma's. Zij kunnen daar perfect voor worden opgeleid en over worden geïnformeerd. Apotheken zijn ook laagdrempelig om een griepvaccinatie, of in de toekomst ook een COVID-19-vaccinatie aan te bieden.

Pierre Van Damme werd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid gevraagd om een advies te geven over pneumokokkenvaccinatie. Het advies om te zorgen dat die populatie het pneumokokkenvaccin krijgt, is zinvol. De vraag naar dat vaccin stijgt spontaan, want de mensen beginnen te beseffen dat ze tegen de winter van 2020 willen nemen wat ze kunnen aan mogelijke beschermingsmiddelen.

Als de maatregelen tegen COVID-19 die de doorsneeburger worden opgelegd, goed worden opgevolgd, zal er ook veel minder griep zijn. Als de afstandsregel en het dragen van een mondkapje worden nageleefd, onder andere ook in het openbaar vervoer, dan zal dat de grieptransmissie tegengaan. Dat is een belangrijke boodschap voor de huisartsen, want anders worden zij overspoeld.

De mobiele teams voor contacttracing worden nu pas opgestart en de bedoeling is dat ze de eerste lijn ondersteunen. Dat kan perfect inschakelen in de pilootfases die nu worden opgestart in een aantal wijken in het Antwerpse. Een huisarts kan natuurlijk vanuit zijn beroepsgeheim heel wat informatie verzamelen. Als die via

een ID-code wordt doorgegeven, is er geen enkel GDPR-probleem. Dat kan dus en het kan perfect worden benut in dat systeem.

Verdere versoepelingen zullen vanzelfsprekend niet aan de orde zijn op de Nationale Veiligheidsraad van 22 en 23 juli 2020. Moeten er dan zaken worden teruggedraaid? Daarvoor moet eerst gekend zijn waar de gevallen zitten, waar de transmissie is, waar de clusters zitten, en dat is op dit moment niet het geval. Door blindelings zaken terug te draaien schiet men misschien niet op zijn doel, en daar kan een deel van de bevolking onder lijden.

Er zijn heel wat pistes over de ontwikkeling van medicatie, maar veel studies worden soms stopgezet omdat ze om ethische redenen niet kunnen worden voortgezet. Pierre Van Damme gelooft momenteel nog het meest in monoklonale antistoffen, dus in passieve antistoffen die kunnen worden toegediend. Dat is nog niet zo gek. Dat is al toegepast bij ebola in bepaalde omstandigheden en dat zou moeten werken. Daarover lopen ook studies waarvan er sommige helaas zijn stopgezet. Niettemin is ook dat koffiedik kijken. De wereldwijde onderzoeksgemeenschap is daarmee bezig.

Inzake contacttracing zijn er landen waarvan België heeft geleerd, en zijn er landen die van België hebben geleerd, maar er zijn ook landen die heel snel hebben ingezien, onder andere Denemarken, dat zij niet willen meemaken wat zich afspeelt in België. Mensen die twee weken na de krokusvakantie terugkwamen naar Denemarken werden onmiddellijk in quarantaine geplaatst. Die heel drastische aanpak vermijdt dat een hele bevolking wordt blootgesteld.

Denemarken heeft kunnen leren uit wat zich in België na de krokusvakantie heeft afgespeeld. Het land heeft een goede gezondheidsinfrastructuur en een lage bevolkingsdichtheid, maar het heeft ook een aantal interventies kunnen doen helemaal aan het begin van de epidemie. In verhouding heeft dat een veel groter effect gehad.

Er is inderdaad nood aan opleiding. Er is een beperking op het aantal mensen dat kan starten als arts, maar op dit moment zijn er te weinig sociaal-geneeskundige artsen, zoals bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en schoolartsen. Dit wordt niet meegerekend in het contingent. De beperking van het aantal artsen wordt bepaald door de RIZIV-nummers en door het contingent, maar die mensen vallen daar niet onder want ze doen geen prestaties die door het RIZIV worden terugbetaald. Dat wil zeggen dat iedereen die geneeskunde start, heel graag huisarts of specialist wordt, en dat zo goed als niemand doorstroomt naar de sociale geneeskundige takken. Dat is schrijnend, want dat betekent dat vroeg of laat de schoolgeneeskunde, die een voorbeeldfunctie heeft in Europa, niet meer zal kunnen draaien, en dat de bedrijfsgeneeskundige diensten geen artsen meer zullen hebben. Dat moet absoluut worden rechtgetrokken. Het zijn mensen die zeer goed getraind zijn in de epidemiologie, in het verzamelen van gegevens en in het leggen van verbanden. Daarvoor moet er aandacht zijn en dat zou kunnen helpen om beter voorbereid te zijn in de toekomst.

Bij een lokale lockdown is de vraag hoe lokaal men wil gaan en wie bevoegd is. Als dat gebeurt op het niveau van een district, van een gemeente of van een bedrijf, zal dat op het niveau moeten gebeuren van de burgemeester, in samenspraak met de gouverneur. De betrokkenheid is nu gigantisch groot om binnen een stad of gemeente de juiste stappen te zetten en het juiste overleg te hebben. Ze zijn er al een tijdje mee bezig, ze kennen de situatie bijzonder goed, dat kan dus niet te centraal gebeuren. Men moet het weefsel kennen en de consequenties van het beleid.

De aanpak in de provincie Antwerpen zit in een pilootfase, waarbij de betrokkenheid van de stad, de provincie, huisartsen en het Vlaams Agentschap Zorg en

Gezondheid maximaal wordt gebruikt om op het niveau van wijken beslissingen te nemen en zaken in kaart te brengen.

De *voorzitter* dankt professor Pierre Van Damme voor zijn aanwezigheid, voor het beantwoorden van alle vragen, voor zijn openhartigheid in de manier waarop hij de afgelopen maanden heeft beleefd, en om in het Vlaams Parlement duidelijk te maken dat de cijfers stijgen en dat Vlaanderen eigenlijk niet klaar is voor de tweede golf. Dat is ook een politieke verantwoordelijkheid.

VII. Uiteenzetting door Wim Dries, voorzitter, en Piet Van Schuylenbergh, directeur Mens, VVSG

1. VVSG en zorg

Wim Dries geeft een overzicht van de toelichting: VVSG en zorg. Wat hebben de lokale besturen de afgelopen maanden gedaan? Wat liep goed? Wat liep fout? Welke zijn de goede praktijken? Welke aanbevelingen geeft de VVSG?

De driehonderd lokale besturen zijn lid van de VVSG, dus ook heel wat woonzorgcentra uit de publieke sector, thuiszorg en kinderopvang. Er werken ongeveer 40.000 vte in de zorgsector op lokaal niveau. De VVSG is een belangenbehartiger, geeft ook veel informatie en advies, en bouwt een netwerk uit. De VVSG is ook een gesprekspartner van de Vlaamse overheid om snel te kunnen reageren voor het lokale bestuur.

De VVSG heeft ongelooflijk veel contacten gehad in de coronacrisis: bijna drieduizend ledenadviezen, tachtig nieuwsbrieven, zestien stuurgroepen rond ouderenzorg en thuiszorg, zeventig virtuele ondersteuningsmomenten, 32 overlegmomenten met partners, en bijna tweehonderd overlegmomenten met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet van Vlaams minister Wouter Beke.

2. Lokale besturen op het kruispunt van bevoegdheden

De VVSG bevindt zich op het kruispunt van bevoegdheden. Er is de noodplanning die verloopt via de wet van 15 mei 2007 betreffende de civiele veiligheid waarbij de 'chain of command' federaal goed is geregeld met de provinciegouverneurs en de burgemeesters. De Vlaamse overheid heeft voor haar bevoegdheden heel wat communicatie gevoerd en beslissingen genomen, net zoals de lokale besturen die zelf heel wat diensten aanbieden en bovendien het lokale aanbod in hun gemeente coördineren en regisseren. Die drie sturingsmechanismen zijn niet voldoende op elkaar afgestemd om zo'n crisis aan te kunnen.

3. Lokaal lost men het op

De VVSG heeft op het terrein veel mee opgelost. Lokale besturen moesten omgaan met onduidelijke en af en toe tegenstrijdige instructies. Men heeft lokaal heel veel samenwerking georganiseerd zoals het opzetten van de eerstelijnszones. Men heeft, waar er problemen waren, de gaten opgevuld en men heeft getracht om de basisdienstverlening aan de burgers te blijven bieden.

4. Wat liep er goed?

De lokale besturen hebben snel gereageerd zoals bij de eerstelijnszones en de regiowerking. *Piet Van Schuylenbergh* wijst erop dat de lokale besturen heel wat nieuwe opdrachten hebben opgenomen: de oprichting van schakelzorgcentra en triagecentra, of een liaison gelegd tussen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra. De lokale besturen kregen ook de opdracht voor de opvang van schoolkinderen in de paasvakantie, voor de noodopvang bij de heropstart van scholen en voor de

dagopvang in IBO's. Heel wat lokale besturen hebben zelf mondmaskers besteld en verdeeld. Bovendien bleven veel voorzieningen gewoon open. Heel wat besturen hebben hun interne werking snel aangepast zoals bijvoorbeeld de opstart van aparte COVID-19-afdelingen. Het was een immense inspanning om die omschakeling op vrij korte termijn te doen. Er is ook uitwisseling gebeurd van medewerkers tussen voorzieningen. 90 procent van de lokale dienstencentra zijn dienstencentra van de lokale besturen. Na de verplichte sluiting hebben ze nieuwe buurtgerichte initiatieven genomen, zoals bijvoorbeeld telefooncirkels en warme maaltijden aan huis.

Er is heel veel samengewerkt tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen (bijvoorbeeld inzetten van de ziekenhuishygiënist), tussen kinderopvang en scholen. De coronacrisis is één grote oefening in lokaal sociaal beleid geweest en in het decreet van 3 mei 2019 houdende de organisatie van buitenschoolse opvang en de afstemming tussen buitenschoolse activiteiten. De eerstelijnszones werden concreet en in veel gevallen waren de lokale besturen de motor. Er waren heel veel lokale solidariteitsacties van burgerplatformen en burgerinitiatieven, die vaak werden ondersteund door de lokale besturen.

De VVSG is tevreden met de financiële compensaties van de Vlaamse overheid voor de ouderenzorg, de kinderopvang en de gezinszorg. Ze zijn er ook vrij snel gekomen. Voor de lokale dienstencentra is het wel niet gebeurd en de schakelzorgcentra kregen minder dan beloofd. Nochtans zal corona de lokale besturen veel geld kosten. Op basis van een bevraging bij de financiële directeurs van de gemeenten is een eerste raming gemaakt van 280 miljoen euro in 2020. Voor de komende jaren zullen er ook minder ontvangsten uit de aanvullende personenbelasting zijn, een heel belangrijke inkomstenbron voor de lokale besturen. Ook de contacten met het kabinet van Vlaams minister Wouter Beke en met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid liepen goed.

5. Overleg met resultaat

Het is goed dat er een taskforce Zorg is opgericht. Het overleg heeft zeker resultaat gehad. Er is de taskforce Zorg, onder impuls van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Er is ook veel overleg geweest over de lokale economie met het kabinet van Vlaams minister Hilde Crevits. De VVSG heeft deelgenomen aan de federale en de Vlaamse taskforce voor kwetsbare groepen. Er was de taskforce Zomer van Vlaams minister Benjamin Dalle. Er is ook veel overleg geweest met het Agentschap Opgroeien over de kinderopvang en de samenwerking met de scholen.

6. Wat liep fout?

Algemeen, niet enkel voor de zorg, was er toch wel wat onduidelijkheid, zegt *Wim Dries*. Er was niet-afgestemde communicatie, niet-toepasbare communicatie, te late richtlijnen en wisselende communicatie. Er zijn voorbeelden te geven op alle domeinen: zorg, economie, veiligheid, politie en winkels. Sommige richtlijnen waren voor interpretatie vatbaar, bijvoorbeeld over de mondmaskers. Sommige waren niet toepasbaar zoals de bezoekersregeling in de woonzorgcentra.

Er was onvoldoende en laattijdig beschermingsmateriaal en een zeer verwarrende teststrategie, zegt *Piet Van Schuylenbergh*. Het beleid is eerder gevoerd op basis van schaarste dan op basis van behoefte en noden. Er is in eerste instantie voorrang gegeven aan de ziekenhuizen. In de woonzorgcentra is men zeer laattijdig en onvoldoende personeel en bewoners beginnen te testen. De richtlijn van de overheid was vrij streng: "Personeel ouderenzorg en thuiszorg draagt enkel mondmaskers bij besmette personen en vermoeden van besmette personen." Door het gebrek aan testen was niet duidelijk wie besmet was en wie niet. Dezelfde situatie was er in de voorzieningen voor personen met een handicap. Ook voor de kinder-

opvang is er te lang onduidelijkheid geweest over mondklappers en testen. Er was geen regeling voor andere kwetsbare groepen zoals asielzoekers en daklozen en kwetsbare gezinnen in het algemeen.

Er was een zeer negatieve beeldvorming van de woonzorgcentra in de media. Personeel en directies geraakten hierdoor gedemotiveerd. Nochtans is men in heel veel woonzorgcentra zeer creatief geweest om het contact tussen bewoners en familie te bewaren. Volgens Piet Van Schuylenbergh ontstond er een fout beeld over gebrek aan professionalisme. Ook de cijfers over besmettingen en oversterfte misten nuancering. Men verwachtte dat woonzorgcentra ziekenhuizen werden terwijl ze daar het personeel, de infrastructuur en de beschermingsmiddelen niet voor hadden.

Kwetsbare gezinnen werden in het algemeen moeilijk bereikt. Er zijn een aantal maatregelen genomen, zeker op het federale niveau, maar ze bereikten de kwetsbare gezinnen niet. Het sociaal isolement was bij hen het grootst.

Volgens *Wim Dries* hebben de meeste woonzorgcentra echt hun best gedaan om de situatie aan te pakken, en de woonzorgcentra waar het grondig misliep, zijn eerder een uitzondering, soms een gevolg van een samenloop van omstandigheden.

7. Goede praktijken – lessen voor de toekomst

Samenwerking tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra en thuiszorg loont, maar komt niet vanzelf, zegt *Piet Van Schuylenbergh*. Samenwerking moet structureel worden ingebed, zoals in eerstelijnszones. De lokale besturen spelen hierin een belangrijke rol en kunnen linken leggen met alle andere beleidsdomeinen.

Men moet snel kunnen schakelen maar dat vergt een flexibele personeelsinzet. Dat is niet altijd vanzelfsprekend in de sterk verkokerde zorgsector. In de privésector moet men hiervoor protocollen afsluiten tussen de verschillende zorgaanbieders. Een lokaal bestuur heeft vaak het voordeel zelf veel diensten in huis te hebben waardoor het flexibel inzetten van personeel gemakkelijk gaat. Het is een pad dat men in de toekomst verder moet bewandelen.

Inzetten op buurtgerichte zorg en sociale cohesie loont. Een goede basisdienstverlening voor alle burgers, met in de eerste plaats de kansarme burgers, is van groot belang. Een goede sociale dienst bij het lokaal bestuur die mensen actief benadert en die inkomensondersteunend werkt, is essentieel.

8. Aanbevelingen

Wim Dries overloopt de aanbevelingen van de VVSG. Een betere afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus en tussen de Vlaamse beleidsdomeinen is belangrijk. Men pleit voor 'health in all policies'. Zorg en gezondheid is een heel breed gegeven. Het is een integraal beleid maar met een focus op sterke lokale inbedding. Voor de VVSG mag een woonzorgcentrum geen ziekenhuis zijn: herfederaliseren van het gezondheidsbeleid zou meteen het ziekenhuismodel weer centraal stellen.

Piet Van Schuylenbergh pleit ervoor om eerst eenduidig te beslissen en nadien te communiceren, en om de richtlijnen te verbeteren door de mensen uit de praktijk vooraf te betrekken. Er moeten strategische stocks worden aangelegd. Men vraagt ook om vertrouwen te geven aan de zorgvoorzieningen, zeker in crisissituaties. Heel wat klassieke registratieverplichtingen zijn niet uitgevoerd, en de vraag is dan of ze niet eens moeten worden herbekeken. Zorg voor personeel in de zorg en ondersteuning van het personeel is heel belangrijk. Meer handen aan het bed

met betere werkomstandigheden, verloning en met aandacht voor vorming, voor zijinstromers en voor psychosociale ondersteuning.

9. Wonen en leven

De VVSG vraagt om meer in te zetten op 'wonen en leven' in de woonzorgcentra, op kleinere woongroepen met een huiselijke sfeer, op multidisciplinaire teams, in nauw contact met de buitenwereld. Kleinschaligheid kan ook worden geboden door grote organisaties.

Wim Dries hoopt dat men hiermee lokaal aan de slag kan, in samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaams minister Wouter Beke en het Vlaams Parlement, om zich voor te bereiden op een eventuele tweede golf. Hij is blij dat de minister gesprekken is opgestart over mogelijkheden voor het personeel. Deze crisis had niemand zien aankomen. Er zijn goede dingen gebeurd, maar er zijn ook lessen te trekken.

VIII. Vragen van de leden

1. Vragen van Jeremie Vaneckhout

Jeremie Vaneckhout dankt de sprekers voor hun toelichting. De VVSG toont zich opnieuw een wendbare organisatie die duidelijke lessen heeft meegegeven over de goede en slechte dingen.

Volgens Jeremie Vaneckhout zijn de lokale besturen de meest wendbare bestuursniveaus gebleken. Er zullen langdurige financiële gevolgen zijn, maar de uitdagingen zijn groot. Dat is onder meer gebleken uit de stresstest van het lokaal sociaal beleid. Hoe denken de sprekers dat men die financieringsnood kan combineren met een voldoende investeringsklimaat, onder andere in sociaal beleid? Hoe kan Vlaanderen hier mee een antwoord op geven?

De noodkreet van de lokale besturen op het terrein en van de VVSG was op sommige momenten heel duidelijk, en heeft tot heel wat frustratie geleid. Welke structurele antwoorden moet men hierop geven?

Welke structurele uitdagingen zijn er om de vliegende start van de eerstelijnszones te verankeren? Zien de sprekers ook andere vormen van regiovorming?

De lokale besturen hebben de laatste uren een noodkreet geslaakt over de lokale besmettingscijfers en het ontbreken van concrete informatie op het terrein. Hoe kan men zo snel mogelijk bijsturen?

2. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele dankt de sprekers voor hun inzet tijdens de coronacrisis en voor hun toelichting. Ze vraagt of de VVSG in de loop van de crisis bepaalde signalen heeft uitgestuurd naar de Vlaamse overheid en of daar reactie op kwam.

Volgens Lise Vandecasteele zijn de eerstelijnszones heel belangrijk maar zouden ze relatief weinig bemand zijn. Moeten ze volgens de VVSG worden uitgerold? Kunnen ze ook een rol spelen bij contactonderzoek? Is daar voldoende budget en personeel voor?

Wellicht is de tweede golf begonnen. De woonzorgcentra verdienen vanaf het begin volle aandacht. Hebben de voorzieningen vandaag voldoende beschermingsmateriaal? Is het personeel voldoende voorbereid op een tweede golf?

Zowel de vakbonden, Zorgnet-Icuro als de Vlaamse Ouderenraad vragen in deze legislatuur minstens een groeipad van 500 miljoen euro om de woonzorgcentra te versterken. Welk budget is volgens de sprekers nodig?

3. Vragen van Chris Janssens

Chris Janssens dankt de sprekers voor hun toelichting en de lokale besturen voor hun inzet tijdens de crisis.

De richtlijnen van de hogere overheid waren niet altijd even helder. Sprekers deden de mee te nemen suggestie dat de richtlijnen in de praktijk toepasbaar moeten zijn bij een volgende crisis, en veel helderder en concreter moeten zijn.

De GEES heeft een draaiboek klaar om een nationale lockdown tegen te gaan en meer te werken met maatregelen op lokaal en provinciaal niveau. Is dat volgens de VVSG praktisch haalbaar en realiseerbaar?

Volgens Pierre Van Damme moet de contactopsporing gedecentraliseerd worden, best door het lokale niveau. Is de VVSG het daarmee eens en is dat praktisch mogelijk?

Kregen de lokale besturen de voorbije maanden infectiecijfers over hun eigen bevolking? Zal men die krijgen in de tweede golf?

Volgens Pierre Van Damme moeten er veel meer communicatiecampagnes, gericht op verschillende doelgroepen, worden opgezet om de bevolking te sensibiliseren. Kunnen de lokale besturen een rol spelen om de lokale gemeenschappen veel beter te bereiken?

De verdeling van mondmaskers is in een aantal steden en gemeenten niet altijd even vlot verlopen. Zijn er goede praktijken die als leidraad kunnen dienen voor alle lokale besturen?

4. Vragen van Sarah Smeyers

Sarah Smeyers dankt beide sprekers voor hun toelichting. De sprekers zeiden een goed contact te hebben met kabinet en ministers, maar de woonzorgcentra klaagden over een eerder slecht contact en communicatie. Was er dan nog ergens een zwakke schakel? Sprekers klaagden ook het negatieve beeld over de woonzorgcentra aan. Heeft men dit ooit aan het kabinet en de minister gesuggereerd?

Naar het aanvoelen van Sarah Smeyers hebben de lokale besturen heel veel schade kunnen beperken en kort op de bal kunnen spelen. Welke poging heeft de VVSG ondernomen om dat aan te kaarten bij de minister?

Welke rol ziet de VVSG voor zichzelf bij de zeer specifieke opleidingen in de woonzorgcentra op korte termijn? Wordt er nagedacht over psychologische hulp aan het personeel?

De lokale besturen zijn opnieuw zelf aan het zoeken naar beschermingsmateriaal om een stock aan te leggen. Volgens Sarah Smeyers is voor het aanleggen van die strategische stock een rol weggelegd voor de VVSG.

De eerstelijnszones hebben een versnelde start moeten maken en hebben dat zo goed mogelijk gedaan. Hoe zien de sprekers de verhouding tussen de lokale besturen en de eerstelijnszones? Er is een gebrek aan middelen en dan kijkt men snel naar de lokale besturen.

5. Vragen van Maaïke De Rudder

Maaïke De Rudder dankt de sprekers voor hun toelichting en de VVSG voor haar ondersteuning van de lokale besturen. De eerstelijnszones hebben een heel belangrijke taak gekregen. Hoe ziet de VVSG de rol van de eerstelijnszones bij een eventuele tweede golf?

Hoe is de samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid verlopen rond de richtlijnen?

Hoe ziet de VVSG de verhouding tussen de centrale stock en de stock in de voorzieningen? Welke termijn moet er worden overbrugd?

Hoe ziet de VVSG de ondersteuning van woonzorgcentra, en zelfs van gemeenten, bij een tweede golf? Hoe ziet men de ondersteuning bij een lokale lockdown?

Hoe is de uitwisseling van personeel vanuit de thuiszorg verlopen?

6. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys zegt dat de samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra voornamelijk via goede persoonlijke contacten is verlopen. Hebben de lokale overheden hier ook een rol in gespeeld?

Naast de eerstelijnszones zijn er ook de regionale zorgzones waar de ziekenhuizen een rol spelen. Hoe ziet de VVSG dat in de toekomst?

De VVSG was ook betrokken bij de oprichting van schakelzorgcentra. Wat is de visie voor de toekomst?

7. Vragen van Hannes Anaf

Ook de openbare woonzorgcentra hebben iedere dag moeten rapporteren, zegt *Hannes Anaf*. Heeft men er een zicht op vanaf wanneer de lokale besturen toegang kregen tot het dashboard van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid om de situatie in hun gemeente op te volgen?

Volgens diverse experts is lokale betrokkenheid bij contactopsporing zeer belangrijk. Denkt de VVSG dat de lokale overheden een grotere rol zouden kunnen spelen bij contactopsporing? Zouden de lokale besturen, met de nodige middelen en mensen, hiertoe bereid zijn en de capaciteiten hiervoor hebben?

De richtlijnen kwamen vaak pas op vrijdag of zaterdag, en moesten tegen maandag worden geïmplementeerd. Heeft de VVSG hierover al gepraat met de Vlaamse en Federale Regering om de informatiedoorstroming, in beide richtingen, beter te laten verlopen?

8. Vragen van Arnout Coel

Arnout Coel vraagt wanneer men een raming van de financiële impact voor 2021, 2022 en 2023 denkt te kunnen maken.

Heeft men een verschil gemerkt in draagkracht tussen kleine en grote gemeenten in deze crisis? Welke schaalgrootte is het best geschikt?

Zijn de lokale besturen vragende partij om zelf een beslissing over een lokale lockdown te nemen? Wensen zij daarvoor bindende adviezen van de Nationale Veiligheidsraad of van lokale zorggraden? Hoe ziet men de handhaving?

9. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls zegt dat men door de nadruk heel sterk op wonen en leven in woonzorgcentra te leggen, het medische aspect wat op de achtergrond geraakt, met hoge besmettingsgraden als gevolg. Hij kreeg hierover graag wat meer duidelijkheid.

Hoe ziet men de rol van de VVSG bij de communicatie met de woonzorgcentra? De woonzorgcentra kregen rechtstreekse communicatie vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het Agentschap Binnenlands Bestuur. Ook de lokale besturen communiceerden waardoor er soms verwarring en onduidelijkheid was. Hoe kan men dat in de toekomst vermijden?

10. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers ziet een enorm verschil in de verschillende gemeenten. Bundelt de VVSG goede praktijken zodat lokale besturen van elkaar kunnen leren?

Er was voor sommige mensen een opnamestop in de woonzorgcentra. Kwam er hierdoor meer druk op de thuiszorg of meer vraag bij sociale diensten? Heeft de VVSG voor de toekomst een advies over de opnamestop?

IX. Antwoorden van Wim Dries en Piet Van Schuylenbergh

Wim Dries geeft toe dat men nooit een totaal zicht heeft op alle driehonderd gemeenten en op alle situaties.

Volgens *Piet Van Schuylenbergh* is het probleem van de financiële nood niet zo eenvoudig. Er zal een financiële impact zijn, maar tegelijk zal men moeten investeren. Men zal dus keuzes moeten maken. Er is geen pasklare oplossing voor.

Lokale besturen beseffen dat ze meer budget voor sociaal beleid zullen moeten inzetten, zegt *Wim Dries*. De VVSG heeft geen berekening van het groeipad gemaakt, maar men zal een aantal keuzes moeten maken op het Vlaamse en het lokale niveau. Het gaat natuurlijk ook samen met hoe sterk de economie zal aantrekken. De cijfers van de Nationale Bank zijn intussen ook al bijgesteld. Het is wat zoeken naar wat de juiste impact zal zijn.

De VVSG vraagt niet om in de Nationale Veiligheidsraad te zitten, maar wel om vooraf meer betrokken te worden. Er zijn wel meer en meer contacten. Het afwegingskader zou ook tot in de beslissingsboom moeten meegaan. De VVSG vraagt een meer structureel kader dat meer losstaat van de verkokering.

De VVSG is grote voorstander van regiovorming, zo gelijkvormig mogelijk. De eerstelijnszones hebben inderdaad een vliegende start genomen. Er is nog nood aan personeel, maar er zou worden ingezet op mobiele equipes. De samenwerking in zo'n eerstelijnszone verloopt vaak langs persoonlijke contacten, alhoewel lokale besturen vaak hebben bemiddeld.

De cijfers vanuit de woonzorgcentra zijn relatief snel gekomen waardoor men een zicht kreeg op de woonzorgcentra in eigen stad of gemeente. De VVSG kreeg geen totaaloverzicht. Men is vragende partij om cijfers en contacttracing te combineren.

Heel veel lokale besturen hebben in de eerstelijnszones goed samengewerkt met de huisartsen. Huisartsen zouden ook een grote rol kunnen spelen bij contactopsporing, wat zij misschien al doen. Er zijn zeker mogelijkheden om contactopsporing meer lokaal te maken: samenwerking tussen de eerstelijnszones, de huisartsen, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de lokale besturen, met

de steun van Vlaanderen. De lokale besturen vragen niet de adressen, maar een pakket om beleid mee te voeren.

Heel veel gemeenten hebben snel schakelzorgcentra opgestart. Het is niet aan de VVSG om daar een oordeel over te vellen, maar door samen te werken, is men erin geslaagd om de ziekenhuizen niet te overbelasten.

Lokale besturen hebben zelf mondkmaskers aangekocht omdat er geen andere waren, zegt *Piet Van Schuylenbergh*. Hij vindt niet dat het een opdracht van lokale besturen is en hoopt dat de hogere overheden voor een voldoende stock in alle voorzieningen zullen zorgen.

Waar een broeihaard ontstaat, moet die worden aangepakt en geïsoleerd, zegt *Wim Dries*. Vooraleer men een lokale of regionale lockdown kan doen, moeten er een aantal randvoorwaarden zijn vervuld. Vlaanderen en de federale overheid moeten daarvoor een kader creëren. Lokale besturen willen daar zeker aan meewerken, vertrekkend van goede data, goede analyses en informatie waardoor een beslissing kan worden genomen. Voor de VVSG is het niet realistisch om het per provincie te doen, wel lokaal-regionaal.

Er zijn natuurlijk verschillen in gemeenten die niet altijd met grootte hebben te maken. Er zijn geen harde cijfers. Er is wel een enquête gedaan bij burgemeesters. Lokale besturen hebben veel capaciteit vrijgemaakt voor een algemeen beleid en voor de woonzorgcentra. Er is geen evidentie dat het in een grote stad beter ging dan in een kleine. Er is wel veel meer samengewerkt. De VVSG is voorstander van vrijwillige fusies, maar nog meer van regiovorming.

Piet Van Schuylenbergh wijst erop dat de VVSG een verantwoordelijkheid heeft te nemen in de opleidingen van personeel. Men organiseert veel opleidingen en er is Diverscity, een samenwerkingsverband van de vakorganisaties en de VVSG dat inzet op een kwaliteitsvol personeelsbeleid bij de lokale besturen. Men is van plan om met meer aangepaste methodieken een aantal dingen aan te pakken.

Via de richtlijnen komt er officiële communicatie en de VVSG probeert er dan een soort vertaalslag aan te geven. De leden van de VVSG appreciëren het dat ze duiding krijgen bij officiële communicatie. De VVSG doet dit trouwens al jaar en dag.

Er is natuurlijk een spanningsveld tussen een goed woon- en leefklimaat in een woonzorgcentrum en het garanderen van veiligheid voor bewoners en personeel. Naar het aanvoelen van de spreker zijn die woonzorgcentra die een goed woon- en leefklimaat probeerden te creëren, er ook in geslaagd om die veiligheid goed te verzorgen door opleiding van het personeel en samenwerking met de ziekenhuizen. Het zal de toekomst zijn. Voor de VVSG mogen woonzorgcentra absoluut niet worden omgebouwd tot een soort van ziekenhuis, maar mag ook de veiligheid niet worden losgelaten.

Wim Dries zegt dat men daarom ook pleit voor multidisciplinaire teams. Men kan kleinschaligheid perfect combineren met grootschaligheid.

De VVSG heeft goede contacten gehad met de Vlaamse en federale overheid maar er waren toch ook problemen. De VVSG heeft gevraagd om vanaf dag één betrokken te zijn. Dat is gebeurd maar het kan nog beter. Men heeft dat signaal vaak gegeven, maar het wordt niet altijd opgepikt. Men blijft vragen om op voorhand betrokken te worden, en dan helder en tijdig te beslissen en te communiceren.

Er was zeker goed overleg met de kabinetten en de ministers maar er was ook heel wat onduidelijkheid omwille van de niveaus en de verschillende beslissingslijnen wat voor verwarring op het terrein zorgde.

Wat met de tweede golf? Men moet zorgen om niet dezelfde fouten te maken. De lokale besturen gaan ervan uit dat ze niet meer moeten zorgen voor de bevoorradiging van medisch materiaal, en dat er een strategische stock zal zijn op Vlaams en/of federaal niveau. De gemeenten bereiden zich zelf ook voor op een tweede golf.

Piet Van Schuylenbergh meent dat de stijgende besmettingscijfers van vandaag niet te wijten zijn aan de woonzorgcentra. Men moet absoluut voorkomen wat er in de woonzorgcentra in de eerste golf is gebeurd. Beschermingsmateriaal zal cruciaal zijn.

Wim Dries wijst erop dat de goede voorbeelden gedeeld worden op de website.

Er waren uitzonderingen op de opnamestop mogelijk. Mensen hebben in een aantal gevallen inderdaad moeten wachten op een opname, zegt *Piet Van Schuylenbergh*. Er waren ook mensen die niet in de thuiszorg terechtkonden. Men moet niet ontkennen dat dit tot moeilijke situaties heeft geleid.

De *voorzitter* dankt de beide sprekers voor hun aanwezigheid en ook de lokale besturen voor hun inzet.

X. Uiteenzetting door Jürgen Vanpraet, faculteit Rechten, UGent

1. Aanknopingspunten federale bevoegdheid

Jürgen Vanpraet belicht de impact van de staatsstructuur op de besluitvorming en de slagkracht van die besluitvorming. De uiterst versnipperde bevoegdheidsverdeling maakt de bestrijding van een pandemie er niet eenvoudiger op.

In de bijzondere wet tot hervorming der instellingen en in de Grondwet vindt men wie waarvoor bevoegd is. Er zijn een aantal bevoegdheden uitdrukkelijk aan de deelstaten toegewezen en er zijn ook een aantal uitzonderingen, voorbehouden federale bevoegdheden. Alles wat niet is toegewezen of voorbehouden aan het ene of het andere, is een residuaire bevoegdheid. Het betekent dat elke maatregel die wordt genomen in het kader van een acute pandemie, moet worden gekwalificeerd onder een of andere bevoegdheidscategorie zoals die in de Grondwet of de bijzondere wet is opgenomen.

Een belangrijk aanknopingspunt wat de federale bevoegdheid betreft, is de ziektekostenverzekering. Artikel 5, §1, I, tweede lid, 2°, van de bijzondere wet bepaalt dat het een voorbehouden federale materie is. Het geeft aan de federale overheid heel ruime bevoegdheden om bepaalde aspecten te financieren.

Een tweede belangrijke bevoegdheid is de uitoefening van de geneeskunde en de reglementering van de gezondheidszorgberoepen, exclusief de erkenning en de subcontingentering. Dat betekent dat de federale overheid in het kader van een pandemie de activiteiten van gezondheidswerkers kan regelen en mensen kan opvorderen. Een derde bevoegdheid is geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

De ziekenhuizen zijn een gedeelde bevoegdheid. De federale overheid is bevoegd voor de organieke wetgeving en de hieraan gelinkte financiering van de exploitatie en de basisprogrammatie. Investerings in medische infrastructuur vormen een gemeenschapsbevoegdheid.

Dringende geneeskundige hulpverlening is ook een federale materie. Nationale maatregelen inzake profylaxis zijn ook een federale materie. Het gaat dan enkel over de verplichte vaccinatie. Openbare gezondheid en veiligheid/civiele veiligheid is een federale bevoegdheid. Het gaat bijvoorbeeld over regels inzake social distancing en verplaatsingsverboden.

Een andere federale materie is het opstellen van nood- en interventieplannen via het Nationaal Crisiscentrum. Ook de toegang tot het grondgebied is volgens de Raad van State federale materie. Wetenschappelijk onderzoek is globaal genomen een federale bevoegdheid en een van de grondslagen waarop de wet in verband met Sciensano tot stand is gekomen.

2. Aanknopingspunten gemeenschapsbevoegdheid

Een van de belangrijkste gemeenschapsbevoegdheden is de preventieve gezondheidszorg op basis waarvan onder meer het contactonderzoek en het opleggen van afzonderingsmaatregelen mogelijk zijn. Ook de digitale contactapplicatie gericht op het opsporen van COVID-19, behoort daartoe. De Raad van State heeft dat in een aantal adviezen van mei en juni 2020 uitdrukkelijk gesteld.

De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn zijn een gemeenschapsbevoegdheid. Jürgen Vanpraet wijst wel op de sterke link die er bestaat met de bevoegdheid inzake ziektekostenverzekering op federaal niveau.

Dan zijn er nog de deelstatelijke bevoegdheden op het vlak van onderwijs, sport, culturele instellingen, oudereninstellingen of revalidatie-instellingen. Op grond van die materiële bevoegdheden kunnen de gemeenschappen en de gewesten maatregelen nemen. Wetenschappelijk onderzoek, nodig voor de uitoefening van de eigen bevoegdheden, is ook een gemeenschapsbevoegdheid.

3. Autonomie en asymmetrie

Als men bevoegdheden toebedeelt aan deelstaten, is het logische gevolg dat zij bevoegd zijn om die bevoegdheden in te vullen in functie van de eigen inzichten. Het is inherent aan deze autonomie dat het beleid tussen de deelstaten kan verschillen. Om de werkbaarheid van het systeem te vergroten, is het noodzakelijk dat de federale overheid bij het uitoefenen van de eigen bevoegdheden ook rekening houdt met de wijze waarop de deelstaten hun bevoegdheden uitoefenen. Wanneer er op federaal niveau naar gestreefd wordt om een uniform beleid te voeren over de deelstaten heen, dreigt dit haaks te staan op het beleid van de gemeenschappen en hun autonomie. Daarom is het aangewezen om in de toekomst meer te kijken naar hoe de deelstaten hun autonomie willen uitoefenen en vervolgens te kijken of en hoe het federale beleid daarop kan worden afgestemd of niet.

Bij de zesde staatshervorming is de vraag sterk aan bod gekomen hoe de federale bevoegdheden zich verhouden tot de gemeenschapsbevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg. In de memorie van toelichting bij de bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming (*Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 2232/1) is als oplossing gesteld dat er een mogelijkheid wordt gecreëerd om op federaal niveau een asymmetrisch beleid te voeren dat afgestemd is op de noden van de deelstaten. Het RIZIV kan bijvoorbeeld afspraken maken op een asymmetrische manier, in functie van de manier waarop de deelstaten hun bevoegdheden eventueel verschillend zouden kunnen uitoefenen. Dat moet uiteraard op een transparante manier gebeuren omdat er binnen de federale financiering tussen de verschillende deelstaten een evenwicht moet blijven. Ook inzake de programmatie van de ziekenhuizen komt de idee van de asymmetrie terug in de memorie van toelichting.

Een van de mogelijkheden om de besluitvorming krachtadiger te maken zou erin kunnen bestaan dat een federale coördinatie plaatsvindt die meer rekening houdt met de autonomie van de deelstaten. Dat zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat de federale coördinatie in beginsel op asymmetrische wijze gebeurt op het niveau van de deelstaten en waarin ook het asymmetrische federale beleid geïntegreerd

wordt. Enkel voor de strikt noodzakelijke elementen gebeurt een overkoepelende coördinatie over het Belgische grondgebied.

4. Federale coördinatie en beheersbevoegdheid

Er is een federale beheers- en coördinatiebevoegdheid inzake pandemieën maar geen algemene federale pandemiebevoegdheid. De Raad van State heeft het zeer duidelijk gesteld in een advies van 13 mei 2013: "Het is niet omdat maatregelen betrekking hebben op de bestrijding van een volksgezondheids crisis dat de federale overheid bevoegd kan worden geacht. Integendeel, elke overheid is verantwoordelijk voor de bestrijding van een volksgezondheids crisis binnen de grenzen van haar eigen materiële bevoegdheden." Om te weten wie bevoegd is inzake pandemieën moet dus telkens gekeken worden naar de concrete aard van de maatregel en nagegaan worden binnen wiens materiële bevoegdheden die valt.

Het advies van de Raad van State van 2013 heeft nog een staartje gekregen in het kader van de zesde staatshervorming. In de memorie van toelichting van de bijzondere wet was opgenomen dat de federale overheid een coördinatie- en beheersbevoegdheid zou opnemen. De Raad van State vroeg zich af wat dat betekende. De institutionele meerderheid heeft daar zeer duidelijk op geantwoord dat de federale overheid bevoegd is voor coördinatie en het beheer, maar dat de materiële bevoegdheidsuitoefening een deelstaatbevoegdheid is. Er is dus geen federale algemene pandemiebevoegdheid (*Parl.St.* Senaat 2013-14, nr. 2232/5).

5. Wie drukt op welke knop?

Bestaat er een federale bevoegdheid om transversaal op te treden in geval van een pandemie? Zo rijst bijvoorbeeld de vraag wie er bevoegd is om de woonzorgcentra en scholen te sluiten. Behoort dit tot de gemeenschapsbevoegdheden inzake oudereninstellingen en onderwijs of kan dit ook onderdeel uitmaken van een transversale federale maatregel tot sluiting van allerhande instellingen? Het volgend voorbeeld illustreert dit. Met het besluit van de Vlaamse Regering van 13 maart 2020 werd beslist tot de sluiting van de woonzorgcentra. Een federaal ministerieel besluit van tien dagen later beslist om de lessen en de activiteiten in de kleuterbasisscholen te schorsen, terwijl hier dezelfde logica kan worden gevolgd als bij de woonzorgcentra en de gemeenschappen dus bevoegd zijn. De situatie lijkt als volgt samengevat te kunnen worden. Als het om een transversale maatregel gaat die voldoende ruim is, die een acuut risico wil tegenhouden, dan behoort het tot de federale bevoegdheid om bepaalde instellingen te sluiten. Volgens Jürgen Vanpraet belet het niet dat de deelstaten, inherent aan hun eigen bevoegdheden, ook specifieke maatregelen kunnen nemen.

Iedereen kan in het kader van de eigen bevoegdheden beschermingsmateriaal aankopen. Volgens Jürgen Vanpraet geldt het ook voor een mondkapverplichting. Triagecentra en schakelzorgnetwerken behoren tot de deelstaatbevoegdheid maar er is ook financiering gekomen vanuit de ziekteverzekering.

Een belangrijk gevolg van dergelijke overlappende bevoegdheden is dat er een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen de vraag wie wat mag doen en wie wat doet. Beide vragen vallen niet steeds samen. Soms kunnen maatregelen, afhankelijk van de bevoegdheidsrechtelijke invalshoek die men hanteert, tot de bevoegdheid van meerdere overheden behoren. Wie wat mag doen, is een vraag naar de bevoegdheid en is bepalend om te weten of een maatregel kan worden genomen door een bepaalde overheid. De Raad van State heeft bijvoorbeeld beslist dat de federale overheid niet eenzijdig een digitale contactopsporingsapp mocht ontwikkelen. Wie wat doet, is daarentegen een beleidsvraag. Wanneer verschillende overheden het kunnen doen (omdat ze bevoegd zijn), vereist dit dat zeer duidelijke afspraken gemaakt worden. Een voorbeeld van een dergelijke afspraak

is de noodstock. In het pandemieplan van 2006 was opgenomen dat de federale overheid daarvoor zou instaan.

Daarnaast zijn er inhakende of verweven bevoegdheden. Bij manuele en digitale contactopsporing bijvoorbeeld gaat het over een gemeenschapsbevoegdheid vanwege preventieve gezondheidszorg en een federale bevoegdheid vanwege wetenschappelijk onderzoek. De twee moeten het samen gaan doen via een samenwerkingsakkoord anders kan men niet tot een oplossing komen.

De meervoudige kwalificatie van de bevoegdheden en de inhakende bevoegdheden zijn een potentieel probleem om de besluitvorming tussen de verschillende niveaus te bemoeilijken. De Duitse politicoloog Fritz Scharpf heeft dat duidelijk omschreven: "Wanneer vertegenwoordigers van verschillende niveaus een gezamenlijk beleid moeten voeren, dreigen de kosten en de tijd die hiermee gepaard gaan, te escaleren, zodat een efficiënt beleid belemmerd wordt." Het is een 'joint decision trap', een val waarin een politicus dreigt te vallen. Die 'joint decision trap' wordt idealiter zoveel mogelijk vermeden, maar bij een acute pandemie komt die des te harder aan. Een dergelijk systeem kan zorgen voor een moeizame besluitvorming en een rondje 'zwartepieten', maar in deze crisis is het relatief goed aangepakt.

6. Kader wederzijdse afspraken

De samenwerking tussen de verschillende overheden gebeurt via verschillende structuren. Er is een protocolakkoord van 5 november 2018 waarin de RAG en de RMG werden opgericht. Er is een Belgisch Noodplan voor een Griep pandemie uit 2006. Er worden afspraken gemaakt in het Overlegcomité of in de IMC.

7. Kritische succesfactoren toekomst

Men moet de 'joint decision trap', gevallen waarin verschillende niveaus samen moeten beslissen, zoveel mogelijk vermijden. Een van de belangrijkste uitgangspunten is dat men niet mag verwachten dat maatregelen gelijklopend zijn in de deelstaten, en dat het niet noodzakelijk is om steeds te streven naar uniformiteit voor het volledige landsgebied. In het Belgische staatsbestel is het van fundamenteel belang dat de federale overheid respect heeft voor de autonomie van de deelstaten.

Men moet vermijden dat via de uitoefening van federale bevoegdheden de deelstaten feitelijk worden gedwongen een uniform beleid te voeren. De asymmetrische terugbetalingen zijn tot op heden relatief beperkt gebleven. Men kan beter federaal coördineren, geënt op een deelstaat.

Het is aangewezen om afspraken te maken tussen de federale overheid en de deelstaten in de gevallen waar meerdere overheden bevoegd zijn.

Er is nood aan het aflijnen van de federale coördinatie en beheer van een crisis. De federale overheid doet de coördinatie beter via één cockpit per deelstaat met een sterke betrokkenheid van de deelstaten. Enkel voor de zaken die noodzakelijk zijn over de deelstaatgrenzen heen, kan worden gewerkt met een uniform kader. Er moeten duidelijke interfederale beslissingsstructuren zijn, wat nu niet altijd het geval was. Er is nood aan een algemeen kader voor een integrale aanpak van een crisissituatie waarbij in een samenwerkingsakkoord de verschillende manieren van werken en betrokkenheid van de verschillende actoren duidelijk wordt vastgelegd. Het bestaat voor een deel al met het protocolakkoord van 2018, maar misschien moet men het nu met de best practices omvormen tot een echt samenwerkingsakkoord.

Op langere termijn is het belangrijk om de bevoegdheidsverdeling te wijzigen. Hoe dat moet gebeuren, is een politieke vraag: herfederaliseren of regionaliseren? Wat ook het overwegen waard is, is een debat over de 'competence competence': de bevoegdheid om de bevoegdheden te bepalen. Volgens de Grondwet is het aan een bijzondere meerderheid om bevoegdheden te verdelen, maar bij versnipperde bevoegdheden loopt men vast. Het zou niet slecht zijn om voor bepaalde domeinen iets meer soepelheid in de 'competence competence' te leggen en aan de gezamenlijk optredende overheden de mogelijkheid te geven om de bevoegdheden lichtjes te verschuiven – eventueel via een samenwerkingsakkoord – in plaats van via een bijzondere wet.

XI. Vragen van de leden

1. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele dankt Jürgen Vanpraet voor de heldere maar moeilijke uiteenzetting. Op 8 juli 2020 heeft Vlaams minister Wouter Beke over een pandemie in dit land letterlijk gezegd: "Pandemie, crisisbeheersing, is een federale verantwoordelijkheid. Er is een nationaal Pandemieplan sinds 2006. Daarin staat dat mondknaskers een federale verantwoordelijkheid zijn. Bij de staatsvorming van 2013-2014 is nog eens onderschreven dat dat zo blijft. Dat staat in een Senaatsverslag." Maar uit de presentatie begrijpt Lise Vandecasteele dat Vlaanderen ook bevoegd is voor een pandemie of een grote gezondheids crisis. De discussie gaat concreet over de noodstock aan beschermingsmiddelen die door de federale overheid was vernietigd. Pedro Facon zei dat het logisch is dat een regio ook verantwoordelijk is voor een noodstock aan beschermingsmateriaal voor de sector waarvoor zij bevoegd is. Wat is de reactie van Jürgen Vanpraet hierop? Was Vlaanderen ook verantwoordelijk voor een noodstock aan mondknaskers? Klopt het dan niet wat Vlaams minister Wouter Beke heeft gezegd?

Ook voor het contactonderzoek was er discussie over de bevoegdheden terwijl Vlaanderen al sinds begin maart 2020 bezig is met onderzoek naar contactonderzoek. In het verslag van de IMC van 20 april 2020 staat dat Vlaams minister Wouter Beke van zijn stoel valt als hij hoort dat contactonderzoek een Vlaamse bevoegdheid is. Pedro Facon zei dat dit al sinds 1980 het geval is. Was Vlaanderen gedurende deze hele crisis bevoegd voor het organiseren van dat contactonderzoek?

Op 25 maart 2020 werd er aangeboden om op federaal niveau een interfederaal commando op te richten voor de aanpak van de crisis in de woonzorgcentra. Voor Erika Vlieghe was het een persoonlijke frustratie dat er zo weinig gebeurde aan die woonzorgcentra. Is het juridisch mogelijk om een interfederaal commando op te richten voor de coördinatie van de woonzorgcentra in het hele land?

2. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse dankt de professor voor het college dat heel wat vragen heeft opgeroepen over hoe België georganiseerd is. Jürgen Vanpraet noemt het transversale kwalificaties van bevoegdheden. Immanuel De Reuse noemt het een rommeltje. Hij vreest dat de komende dagen het rondje 'zwartepieten' wel zal gebeuren over de verantwoordelijkheid voor het contactonderzoek en de persoonlijke beschermingsmiddelen.

Voor de spreker is er nood aan een zevende staatsvorming of een eerste staatsvorming. Jürgen Vanpraet zegt dat bij een toekomstige pandemie de federale overheid rekening zou moeten houden met de wensen van de deelstaten en haar beleid daarop zou moeten afstemmen. De spreker vindt dit een mooie theorie maar de praktijk geeft Jürgen Vanpraet ongelijk. Denkt Jürgen Vanpraet dat er in de toekomst een gesplitst beleid zou kunnen worden gevoerd? Homogene bevoegdheids-

pakketten zijn eigenlijk de logica zelve. Voor Jürgen Vanpraet is het een politiek vraagstuk. Wat is zijn visie?

3. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys dankt voor de heldere uiteenzetting over een moeilijk thema. Hij kan maar één ding concluderen: dit werkt niet. Men verliest inderdaad geld en tijd, twee dingen die men niet heeft in normale tijden en al zeker niet in een crisis. Als er een aantal dingen zijn gelukt, is dat eerder ondanks dan dankzij de structuren.

Het is al vaker gegaan over de brief van federaal minister Maggie De Block aan de Vlaamse overheid waarin ze laat weten welke bevoegdheden federaal zijn en welke Vlaams. Klopt het wat er in die brief staat? "Het federale niveau is bevoegd inzake de nationale en internationale coördinatie van het sectorale crisisbeheer, de coördinatie van de richtlijnen en communicaties naar burgers en werkveld, het nemen van maatregelen om gezondheidsbeoefenaars doeltreffend in te zetten in het crisisbeheer, het beheer van de strategische stocks, de regeling en financiering inzake ziekenhuiscapaciteit. De gemeenschappen zijn bevoegd voor de organisatie van preventieve maatregelen, inclusief de regelingen inzake definitie van op te volgen risicogroepen, niet-dringend medisch vervoer, opvang en organisatie van medische screening, opvolging van burgers in bijvoorbeeld een quarantainecontext waarvoor de besmetting nog niet is vastgesteld." Volgens Jürgen Vanpraet is het niet zo eenvoudig als wat in die brief staat, want er zijn ook bevoegdheden die meervoudig kunnen worden uitgevoerd. Strookt de brief misschien niet helemaal met alle nuances die zijn geschetst?

Het advies van de Raad van State van 2013 en het vermelde parlementaire verslag lijken elkaar tegen te spreken. Volgens Jürgen Vanpraet zijn coördinatie en beheer tijdens een pandemie wel een federale bevoegdheid. Kan Jürgen Vanpraet die twee begrippen invulling geven? Wat is coördinatie? Wat is beheer?

Jürgen Vanpraet pleit voor één cockpit per deelstaat met een sterke betrokkenheid van de deelstaat. Kan hij dat concreter maken?

Voor Lorin Parys is de conclusie helder: één niveau moet de volledige bevoegdheid hebben over gezondheidszorg. Er kan een coördinatie voor het hele grondgebied gebeuren voor een aantal beperkte materies ten tijde van een crisis. Als er één niveau bevoegd moet zijn, is dat het niveau dat het dichtst bij de mensen staat: in dit geval de gemeenschappen.

4. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers dankt Jürgen Vanpraet voor zijn uiteenzetting. Kan hij de inhoud van het protocolakkoord van 2015 toelichten in relatie tot het algemeen geschetste kader en welke gevolgen dat heeft?

Coördinatie en beheer zijn een federale bevoegdheid. Wat houdt dat precies in? Is zorgen dat er correcte afspraken zijn met de regio's daar niet een belangrijk element in?

5. Vragen van Freya Saeys

Gemeenten hebben ook een bevoegdheid om bijvoorbeeld sluitingen te doen, zegt *Freya Saeys*. Er kan dus ook een overschrijding van bevoegdheden zijn. Kan Jürgen Vanpraet daarover meer uitleg geven?

Er is ook al meermaals gepleit voor de aanstelling van een COVID-19-commissaris en voor meer coördinatie op één niveau, het federale niveau. Jürgen Vanpraet heeft

het meer over eenheid van commando per deelstaat. Moet daar ook geen federale vertegenwoordiger inzitten, bijvoorbeeld voor de eenheid van communicatie?

6. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf dankt Jürgen Vanpraet voor de presentatie, en vindt het goed dat hij benadrukt dat men als deelstaat te allen tijde bevoegd blijft voor zijn bevoegdheden, ook tijdens een crisis. De minister denkt er soms anders over.

Volgens Jürgen Vanpraet kan in een federaal model elke deelstaat een ander beleid voeren op haar bevoegdheden. Betekent dat dat Vlaanderen voor contactopsporing kan afwijken van wat er federaal wordt aangeleverd? Hoe kan men wegen op het IT-platform dat federaal wordt ontwikkeld?

7. Vragen van Björn Rzoska

Björn Rzoska zegt dat het volgens Pedro Facon verschillende vergaderingen heeft geduurd om uit te klaren wie waarvoor bevoegd was. Volgens Jürgen Vanpraet hoeft het niet zo moeilijk te zijn. De gewesten hebben dus ook een duidelijke bevoegdheid voor persoonlijk beschermingsmateriaal en voor contactonderzoek. Het is kwestie om duidelijke afspraken te maken.

Niet alleen in de wandelgangen maar ook in de pers kwamen een aantal voorstellen naar voren zoals eenheid van commando, federale financiering of het gezondheidsbeleid nog meer inkantelen in de regio's. Kan Jürgen Vanpraet zeggen wat er nu al zou kunnen gebeuren, los van een staatshervorming?

Wat met Europa? Volksgezondheid is niet echt een bevoegdheid van Europa, maar is er mogelijkheid tot verbetering of niet?

8. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls wijst erop dat men in Duitsland in de staatshervorming van 2007, net zoals in België, bevoegdheden exclusief heeft toegekend aan deelstaten. Volgens de spreker heeft het federale niveau bevoegdheden naar zich toe getrokken die het eigenlijk niet heeft. In Duitsland worden al die beslissingen genomen door de deelstaten, in aanwezigheid van Angela Merkel die moderator is. Is de conclusie dan dat wat hier gebeurd is, in feite een herfederalisering was van zaken die reeds geregionaliseerd waren? In het verslag van de Senaat bij de zesde staatshervorming is de omschrijving van een pandemie niet opgenomen. Moet men het dan niet aan de wetgever overlaten om te beslissen wie wat kan doen, en bijvoorbeeld het aan het Vlaams Parlement overlaten om bepaalde bevoegdheden door het federale niveau te laten uitoefenen?

Jürgen Vanpraet zegt dat wie wat mag doen niet hetzelfde is als wie wat doet, maar als iemand het toch doet, wil dat dan zeggen dat hij het de facto mag doen? Wie draagt dan de verantwoordelijkheid?

Heeft Jürgen Vanpraet weet van bindende samenwerkingsakkoorden voor de integrale aanpak van de crisis? Zijn daarin zaken al dan niet gedefinieerd of heeft de Nationale Veiligheidsraad zich gaandeweg zelf een vorm van macht toegeëigend?

9. Vragen van Arnout Coel

Volgens *Arnout Coel* lijkt de Nationale Veiligheidsraad de laatste maanden het land te besturen. Hij vraagt naar de constitutionele bevoegdheden en wat de formele rol van de gemeenschappen is in de Nationale Veiligheidsraad.

XII. Antwoord van Jürgen Vanpraet

Jürgen Vanpraet antwoordt dat iedereen mondkmaskers kan aankopen binnen de eigen bevoegdheid en de Raad van State heeft dat ook bevestigd in verschillende adviezen. Heeft het zin dat iedereen een noodstock aanlegt? Het heeft geen zin en dus is het een kwestie van afspraken maken. Het Belgisch Noodplan voor de Griep-epidemie is opgesteld in 2006 en is een praktisch werkinstrument voor het beheer van de pandemie waarin zaken worden vastgelegd. Het is tot stand gekomen met inspraak van de diverse actoren, inclusief de deelstaten. Daarin is onder meer vastgelegd dat de Belgische staat de maskers koopt en de strategische reserve aanlegt. Het is geen kwestie van bevoegdheid, maar een kwestie van afspraken maken en die afspraken nakomen. Op een bepaald moment waren er niet voldoende maskers en dan hebben de andere actoren het nodige gedaan om het materiaal aan te kopen.

Het is reeds geruime tijd bekend dat contactopsporing, ook per app, een gemeenschapsbevoegdheid is, ingekanteld in preventieve gezondheid. Als er databanken nodig zijn om die contactopsporing te doen, dan worden de gegevens beheerd op federaal niveau in het kader van het wetenschappelijk onderzoek.

Er was een vraag over het aanbod van een interfederaal commando voor de woonzorgcentra. De aanpak van een crisis, specifiek in een woonzorgcentrum, is een Vlaamse bevoegdheid.

De volgende staatshervorming is een politieke beslissing, maar voor Jürgen Vanpraet zijn er een aantal vaststellingen. Over de jaren zijn er steeds meer bevoegdheden overgedragen van het federale niveau naar de deelstaten, en was er zo goed als nooit de omgekeerde beweging. Als men zou overwegen om bevoegdheden te herfederaliseren, betekent het dat men die bevoegdheden opnieuw moet uniformiseren op federaal niveau en dus opnieuw moet overeenkomen hoe men uiteenlopend deelstatelijk beleid opnieuw eenvormig zal regelen. Dat is uiterst complex. De vraag is ook hoe men dat technisch zou doen. Bij een gebruikelijke bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten geldt de continuïteitsregel: de wetgeving blijft bestaan en de deelstaten voeren het eigen beleid in functie van de eigen noden en tijdsplan. Bij de omgekeerde beweging wordt het moeilijker en zou moeten worden gewerkt met coördinerende mechanismen. Het is atypisch voor het Belgische bestel. Bij het opnieuw overdragen van bevoegdheden naar het federale niveau rijst al snel de vraag wat men nog samen wil doen en hoe dit gebeurt. In werkelijkheid doet de vraag naar een herfederalisering dezelfde vragen rijzen als bij confederalisme.

Wat er in de brief van federaal minister Maggie De Block aan de Vlaamse overheid staat, is volgens Jürgen Vanpraet bevoegdheidsconform. De zaken die door verschillende overheden worden geregeld, zijn een kwestie van afspraken maken.

Wat is coördinatie? Wat is beheer? Coördinatie met een cockpit per deelstaat betekent dat de federale overheid haar coördinatie gaat enten op de deelstaten. Het is eigenlijk een asymmetrische federale coördinatie, eenheid van commando per deelstaat. Wat coördinatie en beheer inhouden, is niet kristalhelder. Wat wel helder is, is dat het geen afbreuk doet aan de bevoegdheidsverdeling en de materiële bevoegdheden. Dat is uitdrukkelijk bevestigd door de institutionele meerderheid in de officiële stukken.

Het protocolakkoord van 5 november 2018, afgesloten tussen de federale overheid en de deelstaten, heeft tot doel om de generische structuren van het sectoraal gezondheidsbeheer van de crisissen te organiseren. Er zijn verschillende crisisorganen opgericht: de RAG ondersteunt en de RMG, samengesteld uit vertegenwoordigers van de federale overheid en de deelstaten, neemt beslissingen. Het

voorziet bijvoorbeeld ook in de aanstelling van een crisismanager. Het wordt voor de toekomst misschien best eens herbekeken. De RMG is, indien nodig, het uitgangspunt voor het opstarten van een gecoördineerd internationaal risicobeheer en is dus eigenlijk de schakel tussen de federale bevoegdheid en de deelstaten.

De lokale besturen kunnen taken toegewezen krijgen van elk van de bevoegde overheden. Het is een ondergeschikt bestuur dat specifieke opdrachten kan krijgen in de uitoefening van zijn bevoegdheid. De communicatie kan niet altijd gestroomlijnd zijn. Daarnaast hebben lokale besturen ook nog een autonome bevoegdheid voor alles van gemeentelijk belang.

De gegevens die opgevraagd worden bij contactopsporing zijn in eerste instantie op federale leest geschoeid. De Raad van State heeft een negatief advies gegeven en vervolgens moet men een samenwerkingsakkoord maken omdat het over gemengde bevoegdheden gaat. Jürgen Vanpraet kent de concrete inhoud van het samenwerkingsakkoord niet.

Wat kan er gebeuren, los van een staatshervorming? Het is belangrijk om de bevoegdheidsverdeling voor ogen te houden. De contouren liggen relatief vast en dan komt het erop aan om afspraken te maken. Het protocolakkoord kan worden geüpdatet, rekening houdend met de best practices. Men moet ervoor zorgen dat iedere entiteit voldoende betrokken is om ervoor te zorgen dat de communicatie gestroomlijnd is.

Dat de staatsstructuur in vraag gesteld wordt en aan evolutie onderhevig is, is op zich niet problematisch. In Duitsland probeert men ook steeds die 'joint decision trap' tegen te gaan. Men stelt daar ook vast dat men bevoegdheden verdeelt die wat in elkaar glijden. In Duitsland heeft men bijvoorbeeld de raambevoegdheden afgeschaft die een federale materie zijn en waarbij men een soort raamkader maakt dat de Länder kunnen invoeren. Men stelde vast dat het federaal raamkader steeds verder werd ingevuld waardoor de autonomie van de Länder steeds daalde. In andere landen ziet men dezelfde problemen als in België.

Staatsraad Jeroen Van Nieuwenhove heeft zeer duidelijk beschreven dat in de periode 2000-2014 er een sterke drang was om de federale bevoegdheid ruimer te interpreteren. De Raad van State moest dan telkens terugfluiten of het werd toch ingevoerd. De zesde staatshervorming is voor een deel een reactie daarop omdat een aantal bevoegdheden wederrechtelijk werden uitgevoerd door de federale overheid.

Wat bestaat er aan beslissingsorganen? Wat is de rol van de Nationale Veiligheidsraad? Er is een protocolakkoord waarin een duidelijk beslissingskader is afgesproken. Er zijn ook alternatieve kaders gecreëerd zoals de GEES op federaal niveau. De Nationale Veiligheidsraad is een specifiek orgaan in uitoefening van de federale bevoegdheid inzake civiele veiligheid, aangevuld met de minister-presidenten.

De *voorzitter* dankt Jürgen Vanpraet voor zijn aanwezigheid en zijn toelichting.

XIII. Uiteenzetting door Dirk Dewolf, administrateur-generaal van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid

Dirk Dewolf licht de werking van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid toe, geeft een overzicht van de regelgeving die van toepassing is op de woonzorgcentra, een korte chronologie van de eerste golf, enkele cijfers en heeft het tot slot over de ondersteuning van de woonzorgcentra.

1. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid – regelgevend kader

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid telt 296 medewerkers. Er is een afdeling Informatie en Zorgberoepen. Het team beleidsinformatie werkt momenteel aan de tool voor de lokale besturen. Er is een afdeling Woonzorg en Eerste Lijn die sterk was betrokken bij de aanpak van de crisis. Er is een afdeling Gespecialiseerde Zorg. De afdeling Preventie zat in het oog van de storm, met het team Infectiebestrijding en vaccinatie. De enige afdeling die wat uit de wind bleef, was de afdeling Vlaamse Sociale Bescherming.

Men heeft intern gemobiliseerd voor telefoonpermanentie. De collega's van Zorginspectie hebben sinds 1 maart 2020 voor versterking gezorgd met telefoonpermanentie en plaatsbezoek. Men heeft de inzet verkend van Opgroeien en VAPH. Er zijn medische vrijwilligers ingezet, zoals CLB-artsen in de paasvakantie. De VRGT heeft een deeltijdse arts ter beschikking gesteld.

Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 bepaalt dat alle woonzorgcentra een preventiebeleid voor infectieziekten moeten voeren en bij een infectieziekte de gepaste maatregelen moeten nemen. Die maatregelen zijn verduidelijkt in een werkinstrument 'infectieziektebeheersing'. Globaal krijgt de sector 2 miljoen euro per jaar via de basistegemoetkoming voor de aankoop van beschermingsmateriaal. Een ander artikel stelt dat het woonzorgcentrum een vormings-, trainings- en opleidingsbeleid voor het personeel moet ontwikkelen.

De woonzorgcentra die een bijkomende erkenning hebben, moeten schriftelijke procedures hebben voor de handhygiëne, voor de afzondering van bewoners met besmettingsgevaar en het nodige materiaal hebben om de procedures toe te passen. Ook de CRA-arts heeft als taak infecties te voorkomen en moet het medische korps en de medische activiteiten coördineren bij ziekte.

Het Vlaams Parlement heeft in 2019 het Woonzorgdecreet aangepast. Het woonzorgcentrum voert een beleid gericht op het voorkomen van infecties en de afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar. Het woonzorgcentrum beschikt over de nodige procedures, producten en materiaal om dat beleid te kunnen uitvoeren. Er moet een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst zijn met het regionale platform voor ziekenhuishygiëne. Deze aanpassingen gelden op dit moment enkel voor nieuw erkende woonzorgcentra sinds 1 januari 2020. Op de meeste woonzorgcentra zijn deze artikelen dus pas van toepassing op 1 januari 2023.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft samen met professor Jan De Lepeleire en een collega van IDEWE een draaiboek infectieziektebeheersing en campagnes zorginfecties opgesteld. Daarin staat heel duidelijk hoe met besmettingsrisico's van zorginfecties moet worden omgegaan, ook de contact-druppelisolatie, en hoe men met persoonlijke beschermingsmiddelen moet omgaan. Eind december 2019 stond dit herwerkte draaiboek online met een mailing naar alle woonzorgcentra op 23 december 2019. In 2017 en in het najaar 2019 is een campagne gevoerd met infosessies in elke provinciehoofdstad waarop alle woonzorgcentra waren uitgenodigd om het nieuwe werkinstrument uit het boek voor te stellen. Er waren vijf infosessies, en 294 van de 822 woonzorgcentra hebben deelgenomen. Er is ook een outbreak support team binnen het team infectieziekten om de voorzieningen te helpen bij het bestrijden van infecties.

2. Korte chronologie van de eerste golf

Begin januari 2020 verschenen de berichten uit Wuhan. De eerste weken van januari 2020 was er discussie of dit enkel een dier-op-menstransmissie was, dan wel of dit ook van mens op mens kan overgaan. In de tweede helft van januari 2020

was het ongeveer uitgeklaard. Op 20 januari 2020 is er een eerste bespreking in de directieraad gevoerd en werd aan het team Infectieziekten de opdracht gegeven om de situatie nauwlettend op te volgen. Er is een interne crisiscel opgestart binnen het team Infectieziektebestrijding op 30 januari 2020. Op 27 februari 2020 is het draaiboek opnieuw doorgestuurd naar alle woonzorgcentra. In de krokusvakantie ziet men al een stijging van contacten. Op 4 maart 2020 is een breed sectoroverleg georganiseerd door Vlaams minister Wouter Beke met professor Marc Van Ranst en professor Erika Vlieghe. Dat was de startronde van overleg met de sector. Twee dagen later is men al samengekomen met de koepels van de woonzorgcentra. Op 12 maart 2020 volgde de lockdown van de woonzorgcentra. Op 23 maart 2020 was er een eerste levering van 4,6 miljoen mondmaskers voor woonzorgcentra en thuiszorg. Rond het paasweekend van 10 april 2020 was er dan de piek van de epidemie in België. Op 15 april 2020 gebeurde de ongelukkige communicatie door de Nationale Veiligheidsraad, en een paar weken later is de exitstrategie van start gegaan. Op 26 juni 2020 zijn de laatste kaders en richtlijnen uitgestuurd. Op 9 juli 2020 gebeurde de verzending van het geraamte van het draaiboek voor een tweede golf dat klaar zou moeten zijn in augustus 2020.

3. Cijfers over het verloop van de uitbraken in de woonzorgcentra

Er is op 18 maart 2020 aan de woonzorgcentra gevraagd te rapporteren welke vermoedelijke COVID-19-gevallen zij hadden en welke bevestigde. Die bevestigde waren heel zeldzaam omdat het testbeleid enorm restrictief was in die periode. De deelnamegraad is zeer behoorlijk voor de Vlaamse woonzorgcentra – vandaag is dat 83 procent –, hoger dan in de andere deelstaten. Op 24 maart 2020 is men in de Italiaanse woonzorgcentra gestart met de registratie. De media waren een hele tijd enkel gericht op de toestand in de ziekenhuizen.

De cijfers van de oversterfte tonen aan dat het goed was om naast de bevestigde ook de vermoedelijke gevallen mee te tellen. Hierdoor piekte natuurlijk het Belgische totaal. In veel landen gebeurde enkel registratie op ziekenhuisniveau.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid had een schema van kwetsbare groepen gemaakt en in functie van de urgentie is men beginnen uit te rollen: de voorzieningen voor personen met een handicap, de revalidatiesector, de CAW's met de inloophuizen, geestelijke gezondheidszorg en het Agentschap Opgroeien. Op 10 april 2020 was er een rapport klaar voor de lokale besturen om de burgemeesters en de noodplanningsambtenaren inzage te geven in de situatie in hun eigen woonzorgcentra. Op 31 maart 2020 is de datastroom ook naar Sciensano gelegd. De datavergaring was vooral beleidsondersteunend bedoeld: welke centra hebben de meeste problemen en waar moet men eerst ondersteunen? De data zijn ook gebruikt om het testbeleid op te stoelen.

De Vlaamse woonzorgcentra zijn erin geslaagd om de curve van besmettingen snel af te platten, sneller dan in de andere deelstaten, en ook minder hoog te laten worden. De Vlaamse woonzorgcentra hebben de uitbraken beter kunnen beheersen dan de andere deelstaten. De piek van besmettingen bij het personeel ligt net iets vroeger dan die van besmettingen bij de residenten van Vlaamse woonzorgcentra.

In ongeveer de helft van de Vlaamse woonzorgcentra, 396 woonzorgcentra, is er geen sterfte geweest als gevolg van COVID-19. In 225 woonzorgcentra bleef de sterfte beperkt tot minder dan 5 procent. In een 200-tal woonzorgcentra lagen de sterftecijfers hoger. In 13 woonzorgcentra waar de situatie problematisch was, heeft men gevraagd aan Artsen Zonder Grenzen om bij te springen. Er is geen uitgesproken geografische concentratie.

De grafieken met percentiellijnen tonen welke centra het zwaarst zijn getroffen, zowel door uitval van personeel als door zieke residenten. Op die manier heeft

men de woonzorgcentra in Vlaanderen kunnen opvolgen. Het was een heel nuttig instrument om het beleid goed te kunnen oriënteren.

4. Ondersteuning aan woonzorgcentra

4.1. Beschermingsmaterialen

Op 27 februari 2020 bevestigt de federale overheid in te staan voor de strategische stock. Er verschijnen ook persberichten dat er een Europese groepsaankoop is van mondmaskers. Op 4 maart 2020 volgt er een exportverbod in Duitsland, Frankrijk volgt. Op 19 maart 2020 sluit India de grenzen voor de export van mondmaskers. Op 21 maart 2020 blokkeert Turkije de export.

Op de vergadering van 4 maart 2020 van Vlaams minister Wouter Beke met de sector wordt het duidelijk dat de woonzorgsector een bijzonder zwaar probleem heeft. Er is absoluut marktfalen. De aankoopcentrales, zowel van de welzijnssector als van de woonzorgsector, staan met de rug tegen de muur. Dirk Dewolf heeft onmiddellijk contact opgenomen met de Inspectie van Financiën om te kunnen afwijken van de wet op de Overheidsopdrachten. In de dagen nadien was er de mogelijkheid om een bijbestelling te plaatsen bij de federale overheidsbestelling. Die overheidsopdracht is op 14 maart 2020 misgelopen door fraude. Er volgde dan een spoedoverleg. Het Facilitair Bedrijf werd ingezet bij het zoeken naar mondmaskers. Ook het FIT werd ingeschakeld. Op 16 maart 2020 volgde dan een eerste bestelling die op 23 maart 2020 met heel wat hindernissen werd geleverd.

Er werd een logistiek team opgericht, in samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het Facilitair Bedrijf, om naast maskers, ook in ander beschermingsmateriaal en ontsmettingsmateriaal te voorzien. Slide 31 toont wat wanneer is geleverd.

Er is kritiek gekomen op het feit dat die beschermingsmaterialen niet van bij aanvang door iedereen in de woonzorgcentra konden worden gedragen. De WHO vraagt aan haar lidstaten om structuren op te zetten zoals de RMG en de RAG die richtlijnen bepalen, rekening houdend met de gevalsdefinitie die door Sciensano wordt voorgesteld. De gevalsdefinitie is sedert februari 2020 eenentwintig keer gewijzigd. In het begin was men totaal onbekend met het virus en er is voortschrijdend inzicht geweest over de besmettelijkheid enzovoort.

Tot 16 april 2020 besliste de RMG dat chirurgische maskers enkel mochten worden gedragen bij contact met een symptomatische patiënt. Toen het inzicht kwam dat er ook besmetting kan zijn bij asymptomatische personen, mocht alle zorgpersoneel, in contact met bewoners en patiënten, een chirurgisch mondmasker dragen. In de richtlijn werd gezegd: "Indien de voorraad het toelaat" want op dat moment waren er schaarste en grote bevoorradingsproblemen vanuit China. De maatregelen werden op 19 april 2020 vertaald naar de woonzorgcentra en op 28 april 2020 werden ze verruimd naar alle medewerker.

4.2. Testen

In het begin mocht er enkel worden getest op basis van antecedenten en reisgeschiedenis. Op 7 maart 2020 gaven de labo's het signaal dat er een tekort aan reagentia was en ze moesten prioriteren. Men kon dus geen mensen meer laten testen bij een vermoeden van hoogrisicocontacten. De testen werden vanaf 10 maart 2020 gereserveerd voor personen die in het ziekenhuis werden opgenomen en voor zorgpersoneel. Die interfederale maatregel heeft de woonzorgcentra heel veel parten gespeeld. Pas op 4 april 2020 is er een uitbreiding gekomen van de gevalsdefinitie waarbij de eerste vijf gevallen in residentiële voorziening getest mochten worden. Op 4 mei 2020 werd het mogelijk om breed te testen en kon

iedereen met symptomen worden getest. De grootste vrees van Dirk Dewolf voor een tweede golf is het gebrek aan testcapaciteit.

Het is de verdienste van federaal minister Philippe De Backer dat hij niet alleen de klinische labo's aangemaand heeft om hun productie te verhogen, maar ook industriële capaciteit van grote bedrijven heeft ingeschakeld. In de cruciale weken van maart en begin april 2020 was er amper groei van de testcapaciteit. Op het hoogtepunt van de piek is men pas aan vijfduizend testen per dag voor heel België gekomen.

Er was een afspraak over het testen. De levering en ophaling, de labo's, de financiering en IT gebeurden federaal. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zou de selectie, coördinatie en ondersteuning van de woonzorgcentra doen. Het was 'management van de schaarste'. Het agentschap heeft een draaiboek voor de CRA's gemaakt, gezorgd voor bijkomende leveringen van beschermingsmateriaal om die testen af te nemen, en organiseerde ophaalrondes voor niet-gebruikt testmateriaal.

De eerste leveringen van testen zijn gebeurd rond het paasweekend en geleverd aan de 55 woonzorgcentra met de grootste uitbraken. Een dertigtal testkits werden random rondgestuurd omdat er signalen kwamen dat mensen in de woonzorgcentra zonder symptomen toch positief testten.

Er was dan het incident met de mismatch van de wissel met de handleiding. Het kabinet-De Backer werd verwittigd en een nieuwe handleiding verstuurd. Tussen 6 april en 12 mei 2020 volgden zeven testgolven. Intussen is België een van de weinige landen waar alle bewoners en personeel getest zijn, maar helaas niet in de tijd dat het het meest nodig was. Tussentijds gebeurden er wel altijd leveringen aan woonzorgcentra met uitbraken.

Intussen was de taskforce opgericht. Er werd een teststrategie opgesteld met advies van de professoren Herman Goossens, Pierre Van Damme en Niel Hens, en van de koepels. De huidige teststrategie is heel duidelijk. Er moet snel en gericht kunnen worden getest bij een vermoeden in een woonzorgcentrum. De CRA en de arbeidsgeneesheer bepalen dan autonoom de actieradius van het testen.

4.3. Richtlijnen en maatregelen

Er is veel kritiek gekomen op de 'vrijdagavondmaatregelen'. Ze zijn samen opgesteld met de koepels. Bij nieuwe richtlijnen moest men de sector zo snel mogelijk op de hoogte brengen. Achteraf heeft men geleerd dat die snelheid ondergeschikt is aan de 'verwerkingscapaciteit' van de mensen in de woonzorgcentra.

In de maand maart 2020 is er heel veel overleg geweest met de koepels, (VLOZO, Zorgnet-Icuro en VVSG) om samen de richtlijnen te bepalen of te wijzigen. Hoe kwam het dat men zo vaak moest wijzigen? Men moest telkens de RMG volgen en de procedures van Sciensano. Er kwamen beslissingen van de Nationale Veiligheidsraad en van de taskforce. Er zijn ook richtlijnen gewijzigd op vraag van de woonzorgcentra via e-mail, de Woonzorglijn en de Coronalijn, en vanuit eigen inzichten en expertise.

Op 10 maart 2020 werd er vergaderd over de notie 'essentieel bezoek aan de woonzorgcentra'. Men heeft toen geworsteld met een aantal ethische dilemma's. Er was het probleem van sociale deprivatie en vrijheidsberoving. Een absolute lockdown verkleinde de introductiekans van het virus, maar het personeel bleef natuurlijk wel geïntegreerd in de samenleving.

4.4. Hulplijnen

Er kwamen heel veel klachten van burgers over die bezoekenregeling, over isolatie en over kamerisolatie. Er kwamen ook 2052 oproepen vanuit de sector. Ook de thuiszorgsector had een eigen lijn. Er kwamen duizenden e-mails. Er zijn dagen geweest waarop het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid het aantal oproepen niet kon verwerken.

4.5. Outbreak support

Er is een permanentielijn van het team Infectieziektebeheersing, samen met de Zorginspectie die 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 actief is. De voorzieningen werden opgebeld om de situatie in te schatten en advies te geven. Er zijn 101 plaatsbezoeken uitgevoerd in woonzorgcentra en VAPH-voorzieningen.

4.6. Crisismanagers

Er zijn in totaal achttien crisismanagers aangesteld. Dat kon gebeuren op vraag van de voorziening maar soms ook manu militari opgelegd bij controleverlies door de directie. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft geleerd om dat zo niet meer te noemen, en niet meer te wachten tot wanneer directies uitvallen. Men moet het eigenlijk 'supportief management' noemen en in een vroeger stadium ter ondersteuning van de managers invoeren.

4.7. Andere personeelsondersteuning

Rond 8 maart 2020 deed Vlaams minister Wouter Beke een oproep voor een medische reserve. Er was een snelle groei naar 3500 medische profielen. In het begin was het vrij amateuristisch met excellijsten. Het is dan uitgebreid tot het platform Help de Helpers waar voorzieningen vacatures konden plaatsen en vrijwilligers hun profiel.

Er zijn cohorteteams in de thuiszorg opgericht die woonzorgcentra ondersteunden. Dirk Dewolf wil een pluim geven aan de sector van de thuiszorg. Ze hebben twee grote muren doorbroken: samenwerking van de thuiszorg en verpleegkundigen, en ze hebben de thuiszorgsector verlaten om actief te worden in de residentiële ouderenzorg.

4.8. Financiële compensaties en uitstel van administratieve verplichtingen

13 maart 2020 wordt als referentiedatum genomen voor de financiële compensaties voor leegstand. Er is 2,63 procent leegstand door overlijden of einde overeenkomst en 1,11 procent leegstand door tijdelijke afwezigheid.

5. Conclusies en evaluatie

Wat heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid minder goed gedaan? Er is een interne evaluatie gebeurd en men staat zeker open voor suggesties.

In het begin lag de focus sterk op het medisch-organisatorische aspect van de woonzorgcentra en te weinig op het psychosociale welzijn van het personeel. Nadien is dat opgenomen door de taskforce en is er structureel aandacht aan gegeven. De kennis bij het zorgpersoneel over infectieziektebestrijding is overschat. De richtlijnen waren inhoudelijk in orde, maar timing en vorm konden beter. Er was te weinig tijd of aandacht voor belendende welzijnssectoren vooraleer de taskforce opstartte. Men is aan een hels tempo begonnen met datastromen uit te bouwen in crisistijd, maar dat gebeurt beter op een ander moment. Er is anderzijds wel veel

uitgebouwd met de Zorgatlas. Dirk Dewolf geeft toe dat er te weinig aandacht was voor eigen personeel.

Er was een te grote afhankelijkheid en kwetsbaarheid door tekorten aan beschermingsmateriaal, reagentia en testcapaciteit. De samenwerking en solidariteit tussen woonzorg- en ziekenhuissector is te vaak een lege doos. In sommige regio's verliep dit wel prima. In de toekomst moet er veel meer aandacht aan worden besteed om de expertise van de ziekenhuizen op een meer adequate manier uit te lenen.

Wat moet er worden onderzocht? Er is een vrij genuanceerd beeld op te hangen van de woonzorgcentra. Welke zijn de factoren die maken dat woonzorgcentra al dan niet een uitbraak kenden, konden inperken, of hoge of lage sterftecijfers kenden in verhouding tot het aantal besmettingen? Er zal wetenschappelijk onderzoek nodig zijn.

Wat is het woonzorgconcept van de toekomst dat de Vlaamse samenleving wenst? Dat zal onder meer in het Vlaams Parlement moeten worden besproken.

Wat moet er worden versterkt? De datastroom, de inzetbaarheid over de muren heen, de samenwerking tussen thuisverpleging en gezinszorg, de kennis over cohortzorg en goede praktijken, inbreng van wetenschappelijke expertise in het beleid, crisisbeleid op het niveau van de voorzieningen en op locoregionaal niveau, en een structurele medische connectie van voorzieningen zonder instellingsarts.

Heeft de bevoegdheidsverdeling impact gehad? Er waren korte lijnen tussen de leidende ambtenaren van de verschillende bevoegdheidsniveaus. Dirk Dewolf vindt wel dat er een systeemfout is in de aanpak van deze crisis. Enerzijds is er de WHO-organisatiestructuur met de RMG als beslissend orgaan, gevoed met adviezen vanuit de RAG. Volgens het protocolakkoord van 2018 worden daar de beslissingen genomen in tijden van epidemie.

Daarnaast is er de activering van het nationale crisisbeleid bij een overstroming of een grote ramp. Dat is hier ook gebeurd. Er komt dan een duplicatie van de structuren die leiden tot totale verwarring. De Nationale Veiligheidsraad is ook een besluitvormend orgaan vanuit het crisisbeleid. Op de duur weet niemand nog goed wie waar op welke knop drukt en wie waar nu precies advies geeft. Het is geen model om een volgende epidemie te bestrijden, volgens Dirk Dewolf.

Er is een te ziekenhuizengerichte oriëntatie in de beslissingsorganen. De personeelsnorm moet worden herzien en er moet een verhoogde inzet komen op kennis van infectieziektepreventie.

XIV. Vragen van de leden

1. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse dankt Dirk Dewolf voor zijn uitgebreide toelichting. De eerste sprekers in deze coronacommissie waren vernietigend voor het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: geen communicatie, slechte communicatie, diverse communicatie, onredelijke vragen, warrige richtlijnen, wantrouwen vanuit het agentschap ten opzichte van het veld, en vragen bleven onbeantwoord. Welke lessen trekt men hieruit? Hoe zal men deze frustraties opvangen?

Margot Cloet heeft gezegd dat ze vijf keer de oprichting van een taskforce heeft gevraagd en dan naar de pers is gestapt. Wat is de mening van Dirk Dewolf hierover? Droeg hij de beslissing om in eerste instantie niet in te gaan op die vraag? Waarom is ze er dan toch gekomen?

De vertegenwoordiging van de zorgkundigen zei dat de overheid een gebrek aan kennis en inzicht heeft van hoeveel mensen in een woonzorgcentrum actief zijn en van hun opleidingsniveau, met als gevolg dat bepaalde richtlijnen niet kunnen worden geïmplementeerd. Is dat zo volgens Dirk Dewolf? Heeft men een vinger aan de pols van de woonzorgcentra?

Het draaiboek voor de preventie is geüpdatet maar professor De Lepeleire heeft gezegd dat er weinig respons op was. Hoe is dat aangepakt?

Denkt Dirk Dewolf dat een basispakket van persoonlijke beschermingsmiddelen op basis van het aantal personeelsleden en bewoners in een woonzorgcentrum en een noodstock zinvol zouden zijn? Zou een richtlijn niet nodig zijn?

Bij de leveringen is er heel wat misgelopen. Zijn er lessen getrokken uit die fouten? Hoe zal het logistieke netwerk worden geoptimaliseerd?

Wat denkt Dirk Dewolf over een verplichte clustering tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra zodat er kennisoverdracht is, onder meer over hygiëne?

Dirk Dewolf spreekt over een systeemfout. Voor Immanuel De Reuse moet die verdwijnen tegen een volgende crisis. Er waren gewoon veel te veel comités. Hoe kan dit worden aangepakt? Wat zijn de adviezen van Dirk Dewolf?

2. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys dankt Dirk Dewolf voor zijn tijdlijn en zijn vooruitkijken. Er is inderdaad veel kritiek gekomen op het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, en op wat er is gebeurd. Lorin Parys wil wel zijn appreciatie uitspreken voor de driehonderd mensen die voor het agentschap werken en die heel hard hebben gewerkt. Er kunnen misschien dingen beter, dat zal deze commissie onderzoeken, maar heel veel mensen hebben heel erg hun best gedaan.

Dirk Dewolf zegt dat men op 27 februari 2020 weet dat het federale niveau bevoegd is voor de strategische stock, maar in het verslag van 6 februari 2020 van de RMG stond al dat de strategische stock was vernietigd. Is er in die tussentijd en daarna gewacht, of is Vlaanderen al eerder in actie geschoten om persoonlijk beschermingsmateriaal te vinden?

Federaal minister Philippe De Backer zegde in een interview in *De Standaard* dat hij tot tweemaal toe een aanbod heeft gedaan aan de regio's om federale mondkmaskers te beleveren aan de woonzorgcentra. Vlaams minister Wouter Beke zegde daarop dat hij een mail heeft gekregen waarin staat dat het aanbod te beperkt is en men niet kan leveren. Het antwoord van federaal minister Philippe De Backer is dat dit vreemd is want dat enkel Iriscare, de Brusselse administratie, vragende partij was. Toen Vlaanderen een week later de vraag wel stelde, was het persoonlijk beschermingsmateriaal dat beschikbaar was, inderdaad beleverd en kon men niet meer voldoen aan die vraag. Wat is de correcte versie van dit verhaal?

De bevoegdheid voor contactonderzoek, de database en de app hebben volgens federaal minister Philippe De Backer altijd bij de regio's gelegen. In een verslag van de IMC staat nochtans dat Vlaams minister Wouter Beke van zijn stoel viel toen hij hoorde dat dit Vlaamse bevoegdheid was. Hoe is dit gegaan? Hoe kan zoiets in de toekomst worden vermeden?

Dirk Dewolf zegt dat men in de week na de krokusvakantie gestopt is met contactonderzoek omdat er een gebrek was aan testmateriaal. Dit behoeft wat nuance voor Lorin Parys: met twintig mensen contactonderzoek doen na een vakantie, was

misschien ook te weinig. Hebben die twee factoren samen er niet toe geleid dat er niet verder aan is gewerkt?

Tussen 23 maart en 8 april 2020 staat er niets op de tijdlijn, maar er is wel iets gebeurd. Op 23 maart 2020 heeft een werkgroep een plan gemaakt om op federaal niveau de crisis in de woonzorgcentra te bestieren. Dit is op 25 maart 2020 besproken op de RMG en afgeketst. In het verslag van de IMC van twee weken later staat dat er effectief niets mee is gedaan. Op 9 april 2020 komt er de taskforce en wordt het beleid in Vlaanderen in een andere plooi gelegd. Waarom is er niks mee gedaan? Bouwde wat er Vlaams is gekomen verder op die zeven punten die in het federale plan van aanpak stonden?

Op 9 april 2020 gaat de taskforce van start. Zorgnet-Icuro heeft gezegd dat ze zeer frequent contact hadden met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het beleid. Het ging echter over richtlijnen, terwijl men had gevraagd om zoiets als de 'Hospital Surge Capacity Group' ook op Vlaams niveau te installeren. Hoe kan een vraag van de sector zo anders worden geïnterpreteerd?

Wordt er een soort check gedaan op de kwaliteit van de aangeleverde cijfers? Lorin Parys heeft die data opgevraagd en op het eerste gezicht merkt hij significante verschillen in registratie.

Pierre Van Damme zei duidelijk dat men aan het begin van de tweede golf zit. Wat moet men doen om klaar te zijn voor die tweede golf in de woonzorgcentra? Voor Dirk Dewolf is het gebrek aan testcapaciteit de grootste zorg, maar federaal minister Philippe De Backer zegt in het interview in De Standaard dat hij gefrustreerd is omdat zijn testcapaciteit niet wordt gebruikt.

De taskforce heeft op vrijdag 17 juli 2020 afgesproken om met kleurcodes te werken. Lorin Parys meent dat men het eens is om nooit meer een volledige lockdown van alle woonzorgcentra te doen, maar regionaal en gedifferentieerd te werken. In de taskforce is er blijkbaar twijfel om op die manier te werken omdat nog niet duidelijk is of het federale niveau met kleurcodes zal werken. Hoe is dit mogelijk? Er is eenheid van communicatie nodig en er moet snel gehandeld worden. Nu is het wachten, met vertraging tot gevolg.

Lorin Parys maakt zich ook zorgen over het personeel dat moe is. Tot 20 procent van het personeel in woonzorgcentra zijn jobstudenten. Hoe kan men op die manier een tweede golf aan? Hoe kan men ervoor zorgen dat het personeel beschikbaar is en kan ageren wanneer er een tweede golf zou komen?

Er is een draaiboek van 120 pagina's over infectiepreventie. Het is misschien goed om dit te vertalen naar iets waar men snel iets aan heeft.

3. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers dankt Dirk Dewolf voor zijn uiteenzetting. Er is een storm over het land getrokken waarvan niemand vooraf de intensiteit en de omvang kende. Er is veel gevraagd van de medewerkers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid die ook te kampen kregen met te weinig capaciteit. Men is ook gaan aankloppen bij andere agentschappen en diensten. Katrien Schryvers wenst hiervoor haar appreciatie uit te drukken. Zij hebben ongetwijfeld veel positieve dingen gedaan en moeten bij een tweede golf opnieuw kunnen klaarstaan.

Dirk Dewolf heeft gewezen op de verantwoordelijkheid van de woonzorgcentra inzake infectiepreventiebeleid en hygiëne, en op het draaiboek. Amper één op de drie woonzorgcentra heeft echter de provinciale infosessies gevolgd. Hoe komt

dat? Hoe worden de richtlijnen voor handhygiëne onder de aandacht gebracht en hoe volgen de woonzorgcentra die?

Op welke manier hebben de koepels bijgedragen aan het opstellen van de richtlijnen? In welke mate worden die richtlijnen op het terrein dan ook toegepast? Waarop waren de richtlijnen voor het gebruik van beschermingsmateriaal in de woonzorgcentra gebaseerd?

Vlaanderen was de eerste om de cijfers over de woonzorgcentra te rapporteren. Er is nood aan eenduidige rapportage. De woonzorgcentra vragen om het op een gemakkelijke en gebruiksvriendelijke manier te kunnen doen. Hoe kan men komen tot een systeem waarbij alle noodzakelijke gegevens worden gerapporteerd op een gebruiksvriendelijke manier?

De kennis bij het personeel over infectieziekten is vaak onvoldoende. Hoe kan men ervoor zorgen dat op korte termijn de liaison met de ziekenhuizen wordt versterkt, en er toch wordt voorzien in de nodige opleiding?

Moet en kan men van het platform Help de Helpers iets blijvend maken? Hoe kan men zorgen dat het snel en krachtig werkt?

4. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys dankt Dirk Dewolf voor zijn toelichting en voor het werk van de afgelopen maanden. Men wist dat men voor de exitstrategie een goed contactopsporingssysteem nodig zou hebben. Hoe komt het dat er vrij laat mensen in dienst zijn genomen en opgeleid? Welke zijn op dit moment de grootste problemen? In Antwerpen start men zelf een project. Is het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid daarbij betrokken?

Artsen Zonder Grenzen raadt aan om een snelcursus 'preventie' en 'infectiecontrole' te geven in de woonzorgcentra die geen uitbraak hebben gekend.

Heel wat woonzorgcentra hadden een zuurstoftekort. De reactie van het agentschap zou zijn geweest dat er geen probleem was maar dat de bevraging laattijdig is gebeurd. Wat is de mening van Dirk Dewolf?

Er is momenteel een bevraging bij de woonzorgcentra naar wat ze denken nodig te hebben de volgende maanden. Er wordt echter niet gespecificeerd van welk scenario men uitgaat. Er wordt ook niet gevraagd hoeveel men al heeft besteld.

De vacatures voor de mobiele teams zijn pas uitgeschreven. Het gaat over contracten van zes tot twaalf maanden voor artsen en verpleegkundigen. Zal men die vinden?

5. Vragen van Hannes Anaf

Hannes Anaf dankt Dirk Dewolf voor de presentatie en voor het harde werk. Tot midden maart 2020 was enkel het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid in de RMG aanwezig. Voor de andere overheden waren er toen ook al kabinetsmedewerkers. Is er een reden waarom het kabinet-Welzijn pas later aansloot? Hoe verliep de informatiedoorstroming naar het kabinet en de minister?

Uit de tijdlijn blijkt dat de data van de Vlaamse woonzorgcentra pas op 31 maart 2020 aan Sciensano werden overgemaakt. Andere sprekers zeiden dat ze pas vanaf begin april 2020 toegang kregen tot de Vlaamse cijfers. Wat is er met de data gebeurd tussen 18 maart en 31 maart 2020? Wie had er toegang tot die data?

Waarom werden ze niet eerder doorgestuurd? Is er intern aan de alarmbel getrokken over die verontrustende cijfers? Wat was de reactie van de minister?

Vlaams minister Wouter Beke heeft geregeld gezegd dat hij vond dat Vlaanderen slachtoffer was van zijn eigen registratie. Wat is de mening van Dirk Dewolf?

Dirk Dewolf lijkt de indruk te geven dat, als Vlaanderen te laat kwam, het kwam omdat het te laat werd geïnformeerd. Het was wel geweten dat rusthuizen kwetsbaar waren, zeker voor respiratoire aandoeningen. Is er begin februari 2020 dan niet meteen een alarmbel afgegaan? Welke reactie gaf de politiek?

Wie heeft de pakketten met de foute wissers en handleiding samengesteld?

Klopt het dat er tot aan het eind van de crisis maar 3,4 vte werkzaam waren in de outbreak support teams voor achthonderd voorzieningen? Waarom werden die teams niet uitgebreid?

Dirk Dewolf zegt dat de inhoud van de richtlijnen in orde was terwijl iedere spreker uit de sector heeft gezegd dat die richtlijnen niet hebben geholpen omdat ze waren ingegeven door schaarste en niet door nood. Blijft Dirk Dewolf hierbij? Is een systeem van richtlijnen, vertrekkende van een optimale bescherming in plaats van schaarste, niet veel beter?

Kan Dirk Dewolf schetsen waarom de eerste offerte voor contactopsporing werd geannuleerd? Wanneer diende het consortium zich aan om die tracing te doen? Werd het consortium betrokken bij de opmaak en evaluatie van de tracingprocedures tot dusver?

6. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer dankt Dirk Dewolf voor zijn presentatie en voor het harde werk van de voorbije maanden. Het werk van politici is om kritische vragen te stellen.

Professor Herman Goossens zei dat hij in januari 2020 via internationale vergaderingen al signalen kreeg over de komende dreiging. Ook experts riepen in de media de Vlaamse overheid op om aandacht te hebben voor de aankoop van mondmaskers. Heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid op het directiecomité van 20 januari 2020 die signalen besproken en contact opgenomen met het federale niveau?

Woonzorgcentra krijgen 2 miljoen euro per jaar om middelen aan te kopen. Hebben de inspectiediensten nagekeken of dit forfait werd ingezet?

De gevalsdefinitie is vaak gewijzigd, evenals adviezen voor het dragen van mondmaskers. Op 28 april 2020 was het plots wel nodig om mondmaskers te dragen. Er is een draaiboek over zorginfectiepreventie en er zijn opleidingen. Waarom heeft het agentschap de eigen maatregelen uit het draaiboek niet toegepast? Heeft het agentschap overlegd met de minister over de communicatie over de mondmaskers?

In de krokusvakantie 2020 geeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een nieuwsbrief uit die niet erg alarmerend is, met een minimale berichtgeving over het virus. Op welke argumenten heeft men zich gebaseerd om op dat moment die nieuwsbrief te schrijven. Heeft het agentschap contact opgenomen met experts, medici of de minister?

Margot Cloet zegt dat ze zeker vijf keer heeft moeten vragen om te mogen overleggen. Dirk Dewolf zegt dat er heel veel overleg is geweest met de sector. Ann De Martelaer kreeg hierover graag meer uitleg.

15 april 2020 kondigt men aan dat er opnieuw bezoek mag zijn in de woonzorgcentra maar Margot Cloet fluit Vlaams minister Wouter Beke terug. Werd dat nergens vooraf besproken in een of andere werkgroep?

De vertegenwoordigers van VLOZO zeggen dat ze op geen enkele manier betrokken zijn bij de beslissing om op 18 mei 2020 opnieuw bezoek toe te laten. Hoe komt dat?

Er waren ook frustraties dat, als men naar officiële noodlijnen belde, er geen antwoord kwam. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zegt dat men op sommige dagen overspoeld werd, maar waarom belde men niet terug?

Klopt het dat mensen bij hun terugkeer uit het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum niet het beloofde geriatrische consult kregen?

BEFEZO kreeg veel noodsignalen van verzorgenden. Paul Cappelier is uiteindelijk naar de pers gestapt omdat hij geen contact kreeg met de Vlaamse overheid. Hij heeft zelf e-learningprojecten opgestart. Hoe komt het dat men elkaar niet heeft gevonden?

Heel veel mantelzorgers hebben ook naar het agentschap gebeld, maar ook zij kregen geen antwoord.

Waarom zijn er geen data doorgegeven aan Artsen Zonder Grenzen en de crisismanagers die zeggen dat ze zonder informatie het veld zijn ingestuurd?

Tussen 2013 en nu zijn er 696 inspectieverslagen die een massa informatie bevatten onder meer over grote hiaten bij handhygiëne. Waarom is er niet onmiddellijk opgetreden?

Pedro Facon zei dat er op 3 april 2020 een aanbod naar Vlaanderen was om de coördinatie van woonzorgcentra op te nemen. Dat is niet terug te vinden in de tijdlijn van Dirk Dewolf. De Vlaamse taskforce is op 11 april 2020 opgericht. Welke acties zijn er gebeurd?

7. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele feliciteert het team dat heel hard heeft gewerkt met niet al te veel personeel. Is er vandaag voldoende personeelscapaciteit voor een tweede golf? Kan men een evolutie geven van de personeelsbezetting van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de dienst Infectieziektebestrijding van de laatste 20 jaar?

Heeft men het contactonderzoek inderdaad moeten staken omwille van een personeelstekort?

Wouter Arrazola de Oñate heeft in april 2020 al geadviseerd om het contactonderzoek te laten uitvoeren door mensen, verspreid over heel Vlaanderen, bijvoorbeeld door huisartsen. Is het agentschap hiermee in eerste instantie ook aan de slag gegaan? Ook Pierre Van Damme pleit voor een lokale aanpak. Vindt het agentschap dit een mogelijkheid?

De richtlijnen waren veel te veel gericht op schaarste en niet op de noden. Hoe kijkt het agentschap achteraf terug op die richtlijnen?

In 2006 was er een afspraak dat het federale niveau een noodstock aan mondkapjes zou aanleggen. Is er gecontroleerd of die afspraak nog gold? Heeft het agentschap voor 6 maart 2020 nog geïnformeerd of die noodstock er nog altijd was?

Lise Vandecasteele heeft herhaaldelijk gevraagd of er een bevraging gebeurde bij de woonzorgcentra of ze voldoende materiaal hadden om zich te beschermen. Op 14 april 2020 werd blijkbaar beslist om zo'n bevraging op te stellen die op 17 april 2020 zou vertrokken zijn. Op 20 april 2020 was ze nog steeds in voorbereiding. Is die bevraging uiteindelijk uitgestuurd?

Vanaf het begin van de crisis is gevraagd naar mobiele teams ter ondersteuning. Erika Vlieghe heeft gevraagd naar mobiele testteams. Er is in het begin afgesproken met Artsen Zonder Grenzen dat zij mensen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zouden opleiden om zulke mobiele ondersteuningsteams te vormen, maar ze zijn er niet gekomen. Hoe komt dat? Wanneer zullen de mobiele teams effectief operationeel kunnen zijn?

Er zijn uiteindelijk achttien crisismanagers aangesteld. Hoe werden ze ondersteund? Zijn ze nog operationeel?

8. Vragen van Stefaan Sintobin

Stefaan Sintobin drukt namens zijn fractie respect uit voor de mensen die de afgelopen maanden heel hard hebben moeten werken.

Uit de verschillende getuigenissen blijkt dat er ook een tekort was aan schorten, handschoenen of faceshields, terwijl in het overzicht dat tweewekelijks in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding werd gegeven, de indruk werd gegeven dat er voldoende stock was. Waren de woonzorgcentra niet op de hoogte van de stock die er was?

Woonzorgcentra hebben gemiddeld 2500 euro ter beschikking voor beschermingsmateriaal. Dat is bitter weinig.

Voor Sciensano is handhygiëne heel belangrijk en men stelde voor om een soort van automatisering van handhygiëne te organiseren in de woonzorgcentra.

Stefaan Sintobin meent dat iedereen voorstander is van kleinere woonzorgcentra zodat wonen en leven aangenameer wordt. Is dat ook de mening van Dirk Dewolf?

9. Vragen van Celia Groothedde

Celia Groothedde meent dat er ambtenaren te weinig waren en dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zich volop heeft ingespannen voor deze crisis.

Op 30 januari 2020 dringt de RAG aan op quarantaine voor vakantiegangers, maar de RMG is het er niet mee eens. Die dag wordt ook beslist om de gevalsdefinitie beperkt te houden, tegen het advies van de RAG in. Op 12 februari 2020 beslist men om heel China in de gevalsdefinitie op te nemen, maar er zijn te weinig regionale inspecteurs en dus gaat men toch minder tracen. Op 25 februari 2020 is er een extra vergadering door de toestand in Italië. Men breidt de gevalsdefinitie uit, maar men zegt meteen dat er een beperkte testcapaciteit is. Opnieuw gebrek dus, maar er wordt niet ingegrepen. Op 28 februari 2020 is er opnieuw een bijkomende vergadering over de terugkeer uit vakantie. Drie regio's in Italië worden opgenomen in de gevalsdefinitie, met een beschrijving van de symptomen. Op 5 maart 2020 wordt aangegeven dat de gemeenschapsinspecteurs niet kunnen volgen. Volgens Celia Groothedde heeft men bij een probleem met capaciteit niet naar een oplossing gezocht.

Alle personeel en bewoners van woonzorgcentra zijn getest. Is het zo dat men in de toekomst enkel bij vermoeden zal testen?

Op de 6 april 2020 trekken de ministers in de IMC aan de alarmbel over testen in de woonzorgcentra. Waarom is die beslissing dan niet genomen?

XV. Antwoord van Dirk Dewolf

Dirk Dewolf zegt dat een goed woonzorgcentrum ingebed moet zijn in de lokale samenleving en geïntegreerd moet zijn. Er is zeker iets te zeggen voor kleinschaligheid en huiselijkheid. Uit een eerste voorzichtige analyse van de cijfers blijkt dat er een lichte indicatie is dat grotere woonzorgcentra doorgaans de crisis wat beter hebben doorstaan. Het concept van de toekomst zal nog heel wat discussie en studie vergen.

De gevalsdefinitie is eenentwintig keer gewijzigd. Dirk Dewolf is het eens dat een gevalsdefinitie zoveel mogelijk op de symptomen moet zijn gericht. Ze is inderdaad voor een deel gebruikt om rekening te houden met beperkingen, en daar is veel kritiek op gekomen vanuit de medische hoek. Het is moeilijk om schaarste te verzoenen met een gevalsdefinitie waarmee artsen aan de slag moeten gaan. Zijn mening is niet gevraagd, maar misschien zou hij er wel zijn in meegegaan omdat de overrompeling heel groot was.

Dirk Dewolf wist dat de noodstock moest worden vervangen. In het verslag van de RMG van 6 februari 2020 staat: "Op dit moment is er een tekort aan FFP2-maskers. Kan de regering een strategische voorraad aanleggen? De voorraad die tijdens de laatste pandemie was aangelegd, is vorig jaar vernietigd omdat de uiterste gebruiksdatum was verstreken. Het dragen van een chirurgisch masker blijft nog steeds een afdoende maatregel." Op 13 februari 2020: "Maskers. Er wordt momenteel een enquête uitgevoerd bij de ziekenhuizen om na te gaan welke stock er beschikbaar is. De meeste ziekenhuizen geven aan dat er een stock aanwezig is en dat er bestellingen worden gedaan." Op 25 februari 2020: "Anticiperend op een tekort aan maskers, heeft de FOD een advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad over hoe het huidige gebruik van mondkapjes kan worden verbeterd of aangepast voor een optimaal gebruik van de maskers, aangezien ze beperkt bruikbaar zijn. In afwachting van het antwoord stelt de RMG het volgende voor: rationeel gebruik, alarm slaan als er een tekort is in ziekenhuizen, een overheidsopdracht lanceren voor de aankoop van maskers. Optie: de apothekers zouden de maskers aan particulieren kunnen verkopen op basis van een voorschrift." Op 28 februari 2020 wordt er vanuit federale hoek op de RMG gesteld: "Er wordt een Europese offerteaanvraag voorbereid maar het zal een tijdje duren eer we de bestelling ontvangen. Ondertussen worden er andere pistes onderzocht om de komende dagen een oplossing te vinden." Is dat alarmerend? Men wist dat er een probleem was maar alles had er de schijn van dat het allemaal in orde zou komen. Dirk Dewolf was in februari 2020 nog niet gealarmeerd, maar op de vergadering van 4 maart 2020 met de sector wist men hoe laat het was.

Het was op een bepaald moment 'management van de schaarste'. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid was de boodschapper voor de sector. Er was weinig discussie in de RMG dat er prioriteit moest zijn voor de ziekenhuizen, voor de acute zorgen en het zorgpersoneel. Achteraf gezien was de aandacht te eenzijdig gericht op de ziekenhuizen en te weinig op de woonzorgcentra.

Door tijdsgebrek en door de urgentie werd een 'pushsysteem' voor materiaal toegepast, een belevering op basis van ingeschatte noden. Het vergde heel wat tijd om aan te passen aan de individuele noden. Er is wel een steekproef gedaan om te weten wat er nodig was op dagbasis. Nu kan men gewoon een beroep doen op de noodstock als men zich niet meer kan bevoorraden.

Volgens de taskforce is er nog steeds een probleem met het aantal schorten en met FFP2-maskers in woonzorgcentra maar ook in ziekenhuizen, zegt *Lorin Parys*.

Dirk Dewolf zegt dat het de bedoeling is om nu een strategische stock op te bouwen. De Vlaamse Regering neemt daarover op 17 juli 2020 een beslissing. Het is inderdaad moeilijk om FFP2-maskers te vinden. Bovendien staat een lot van 1 miljoen FFP2-maskers geblokkeerd omdat er een probleem met de bestickering is, volgens de FOD Economie. *Lorin Parys* drukt hierover zijn verbazing uit.

Ann De Martelaer vraagt of de inspectiediensten dan niet hebben gecontroleerd of de woonzorgcentra met het forfait een stock hebben aangelegd.

Dirk Dewolf antwoordt dat de Zorginspectie niet ressorteert onder zijn agentschap. Ze hebben niet nagegaan of er een stock is aangelegd met het forfait, maar controleren wel handhygiëneprocedures.

De Vlaamse Regering bouwt nu aan een strategische stock van 9 miljoen chirurgische mondkmaskers, 300.000 FFP2-maskers, 6 miljoen handschoenen en 180.000 schorten.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft nooit een klacht van een crisismanager ontvangen. Een van de medewerkers was vast aanspreekpunt en heeft vijf keer gemailld met de betrokken crisismanager en twee keer getelefoneerd. Er wordt een terugkomdag georganiseerd voor de crisismanagers om te luisteren naar hun bevindingen. *Björn Rzoska* zegt dat de klacht erin bestond dat hij zonder informatie is uitgestuurd. *Dirk Dewolf* begrijpt niet waarom hij de vraag dan niet heeft gesteld aan de aanspreekpersoon.

Binnen de sector van de ambulante zorgverlening had men de neiging om alle dienstverlening stop te zetten, wat inging tegen de visie en de richtlijnen die waren uitgestuurd. Er is dan een check gebeurd om na te gaan of de essentiële dienstverlening werd geleverd.

Op sommige dagen was het aantal vragen onbeheersbaar. Er zullen inderdaad vragen onbeantwoord zijn gebleven.

Het agentschap heeft in 2018 voorgesteld om vier uur verplichte vorming op te leggen, maar dat werd afgewezen door de vertegenwoordigers van de sector. De ervaring leert dat dit opnieuw moet worden onderzocht en dat de vorming van vooral verzorgend personeel en zorgkundigen een topprioriteit is in de toekomst, maar ook op korte termijn. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid. Er is decretaal bepaald dat de instelling instaat voor de opleiding van het personeel, maar men gaat dit samen met de sector trachten op te lossen.

Wat is de correcte versie van het verhaal van de app? Vlaanderen is bevoegd voor contactopsporing. Het team Infectieziekten heeft samen met de VRGT een concept uitgewerkt voor de contactopsporing na de eerste fase. Begin maart 2020 was er geen testcapaciteit, maar er is vrij snel nagedacht hoe men de contactopsporing opnieuw zou kunnen uitvoeren bij een neerwaartse curve. Op dat moment werd het federaal platform 'data against corona' opgericht onder supervisie van federaal minister Philippe De Backer. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft aangedrongen om daar deel van te kunnen uitmaken, maar die deelname werd toen niet als opportuun beschouwd. Er is dan een technische benadering van het verhaal gekomen: het sterke geloof in de app en in de technologische manier van contactopsporing versus de conventionele ambachtelijke aanpak. Gaandeweg haakte het ene na het andere land met een app af. *Dirk Dewolf* weet ook niet goed wat er gebeurd is, maar op 20 april 2020 is er een duidelijke kentering gekomen in de IMC en heeft federaal minister Philippe De Backer gezegd dat het een verant-

woordelijkheid van de regio's is die daarmee klaar moesten zijn tegen 3 mei 2020. Het was een totaal onverwachte wending. Men heeft dan een bestek geschreven, waarschijnlijk te snel en te onzorgvuldig, gericht aan drie consultancybureaus. De eerste gunning is niet doorgegaan na een negatief advies van de Inspectie van Financiën omdat men geen prijzen kon vergelijken. Men heeft dan een tweede aanvraag gedaan.

Er is een systeem van contactopsporing voor de voorzieningen en er zijn ook procedures voor uitgewerkt. Daarnaast wordt er gewerkt met callcenters en 'field agents' die uit de mutualiteiten komen. Er is nu een beweging om contactopsporing lokaal te organiseren. Voor Dirk Dewolf moet het complementair gebeuren. Het is te laat om af te schaffen wat is gegroeid. 50,80 procent van individuen die mogelijks besmet zijn, worden getest binnen de 24 uur. 83,3 procent wordt getest binnen de 36 uur en 88,8 procent wordt getest binnen de 48 uur. Dit is de labofase: de test wordt opgestuurd, geanalyseerd en het resultaat komt beschikbaar. De data gaan dan naar Sciensano: 38,7 procent van de werkorders voor de callcenters komt binnen de 24 uur en 92,2 procent binnen de 48 uur. Die werkorders worden in 93,7 procent binnen de 24 uur afgewerkt door het callcenter: de indexpatiënt wordt naar zijn contacten gevraagd. Binnen de 36 uur wordt 98,6 procent opgebeld. Niet alle oproepen zijn succesvol, maar 70 procent van de werkorders die worden aangemaakt, wordt binnen de 24 uur afgerond en behoeven geen verdere contactpogingen. Er is heel weinig internationale vergelijking mogelijk, wel met het Verenigd Koninkrijk. Het percentage bereikte patiënten in Vlaanderen ligt tussen 70 en 75 procent, in het Verenigd Koninkrijk is dat 76 procent. Het percentage niet-bereikte patiënten in Vlaanderen ligt tussen 10 en 15 procent, in het Verenigd Koninkrijk is dat 21 procent. Een verschilpunt is wel dat het percentage voor burgers van wie geen contactinformatie beschikbaar is, 15 procent is in Vlaanderen ten opzichte van 3 procent in het Verenigd Koninkrijk. Het systeem op zich werkt wel, maar het moet in iedere fase sneller kunnen gaan om een performant tracingsysteem te hebben.

Daarnaast is er het locoregionale verhaal. Hoe ver staat het met de mobiele equipes? De mobiele equipes zijn de verlengde arm van het team Infectieziekten die de kern blijven vormen van het terreinonderzoek. De mobiele equipes zullen moeten worden ondersteund door de zorgraden. Ook de 'field agents' zullen kunnen worden ingeschakeld voor dat soort van veldonderzoek. Op die manier kan men de lokale besturen bijstaan om een inzicht te krijgen in de lokale situatie. Dirk Dewolf ziet de twee systemen complementair werken.

De vacatures voor de mobiele teams zijn lopende. Er hebben zich een tiental artsen en een twaalfstal verpleegkundigen aangeboden. Men heeft ook gesprekken gehad met IDEWE, het Wit-Gele Kruis en i-mens om mensen ter beschikking te stellen. Ook aan de medische faculteiten is gevraagd of zij mensen ter beschikking konden stellen. Men hoopt dat de mobiele equipes operationeel zullen zijn vanaf begin september 2020.

Waarom is men einde maart 2020 niet ingegaan op het aanbod om federaal gecoördineerd te werk te gaan? Dirk Dewolf was niet aanwezig op de RMG toen het werd besproken. Hij heeft gelezen dat men het een nuttige nota vond maar dat de regio's vonden dat de behoefte aan coördinatie zich niet meteen stelde. Hij vermoedt ook dat het aanbod eigenlijk te laat kwam omdat in die fase alle woonzorgcentra al in serieuze problemen zaten door gebrek aan testen en beschermingsmaterialen.

Het is de persoonlijke mening van Dirk Dewolf dat er over de kleurcodes eenheid van communicatie moet zijn. Hij is geen voorstander om die kleurcodes toe te passen op het niveau van voorzieningen, maar voor een lokaal bestuur zou het wel handig kunnen zijn.

Het personeel is moe en er moet een rustpunt voor hen komen. Er was heel veel kritiek voor de sector en dat stimuleert mensen niet om aan de slag te gaan in woonzorgcentra. Er staan achthonderd vacatures open in de woonzorgcentra die zeer moeilijk ingevuld geraken.

Het klopt niet dat VLOZO niet is betrokken. Ze waren een van de drie koepels met wie het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid telkens heeft overlegd. Ze waren zeer snel om kamerisolatie toe te passen en daarop heeft het agentschap wel gereageerd dat men dat niet kon doen zonder infectie of aanleiding. Men heeft ook geen verschillen gezien tussen de koepels wat cijfers betreft.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft drie opeenvolgende besparingen gekend vanaf 2009 en dat heeft zeker impact gehad. Het team Contactopsporing bestaat uit tweeëntwintig mensen: zeven artsen en vijftien verpleegkundigen. Een zestal verpleegkundigen zijn op dit moment uitgevallen door het vele werk.

De nieuwsbrief tijdens de krokusvakantie was geruststellend. Dirk Dewolf nodigt uit om de uitspraken van de virologen tijdens de krokusvakantie en zelfs op 3 maart 2020 na te lezen: er wordt nog altijd gesproken over een zware griep. Nadien ging het zeer snel en had men door dat het een zeer ernstige epidemie zou worden.

Zorgnet-Icuro zou vijf keer hebben moeten vragen naar overleg. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft heel veel samengezeten met de koepels. De raadgeefster ouderenzorg van Zorgnet-Icuro was aanwezig. Dirk Dewolf denkt dat de vijf vragen tot overleg gericht waren aan de minister, niet aan hem.

Het zal een prioriteit zijn om vorming te geven aan zorgkundigen en verzorgend personeel in de woonzorgcentra eens de mobiele equipes actief zijn.

Federaal minister Philippe De Backer heeft ook een taskforce 'shortages' voor het zuurstoftekort opgericht. Ook daar was de vraag 'Wie is verantwoordelijk voor wat?' De expertise van het FAGG was heel belangrijk. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid stond hier aan de zijlijn. Het heeft een bevraging opgesteld die tijd heeft gekost en er zijn zeker problemen geweest.

Hoe werd de informatiedoorstroming intern geregeld? Begin maart 2020 is een interne crisiscel opgericht waaraan Vlaams minister Wouter Beke op dinsdag en vrijdag deelnam. Dirk Dewolf geeft toe dat er heel veel vergaderd werd op tal van fora. Het was voor iedereen moeilijk om de laatste stand van zaken te kunnen volgen.

In de periode van 18 tot 31 maart 2020 had het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wat moeite om aansluiting met Sciensano te vinden. De data van het agentschap voldeden epidemiologisch niet aan wat Sciensano wenste omdat de data in eerste instantie waren gericht op beleidsondersteuning. Men wilde ook de voorzieningen zo weinig mogelijk belasten.

De testkits met de foute wissers zijn samengesteld door een federale taskforce. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid moest enkel zorgen voor de verdeling.

De outbreak support teams bestonden initieel uit 3,4 vte. In de loop van de crisis zijn die ploegen uitgebreid met mensen uit Zorginspectie en uit het team Infectieziekten om de 101 bezoeken aan de woonzorgcentra te kunnen doen.

Het platform Help de Helpers bevindt zich momenteel in een slaaptoestand, maar het kan ieder moment worden geactiveerd. Het is begonnen met een excel van vraag en aanbod, nadien is het geprofessionaliseerd. De toekomst van het platform zal zeker worden besproken in de taskforce.

Lorin Parys zegt dat in het voorbereidende advies van de Inspectie van Financiën al stond dat men niet kon vergelijken, nog voor het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid begon te tenderen. Het agentschap doet toch door en Dirk Dewolf zegt dat men dan de aanbesteding heeft gestopt omdat men niet kon vergelijken. Lorin Parys vraagt hierover meer uitleg.

Wat is de correcte versie van het verhaal dat men federaal mondkmaskers wou aanleveren aan de Vlaamse woonzorgcentra, maar dat het niet is gebeurd?

Op 25 maart 2020 is men niet ingegaan op het plan dat voorlag in de RMG omdat het 'niet nuttig' werd geacht op dat moment. Er waren nochtans 81 overlijdens en 239 besmettingen.

Lorin Parys vraagt hoe men goede vergelijkingen kan maken met data die op een verschillende manier worden geregistreerd. Wat is de teststrategie voor de tweede golf?

Immanuel De Reuse vraagt naar de eventuele verplichte clustering tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra. Hoe kan men een systeemfout eruit halen?

Freya Saeys zegt dat men best eerst kennis overdraagt aan woonzorgcentra zonder uitbraken.

Hannes Anaf vindt de uitleg over de noodstock bizar omdat de virologen al sinds eind januari 2020 aan de alarmbel trokken. Op 6 februari 2020 was er een uitgebreide vergadering over. Hoe verliep de terugkoppeling naar het kabinet?

Ook de uitleg over de contacttracing is vreemd. 93 procent van de werkorders wordt binnen de 24 uur afgerond. Uit een mail van de woordvoerder van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt dat tussen 1 juli en 12 juli er slechts 58 procent wordt bereikt binnen de 24 uur, 64,5 procent binnen de 48 uur en 68 procent binnen de 72 uur.

Wat is er met de data gebeurd tussen 18 en 31 maart 2020 toen ze werden gedeeld?

Volgens *Ann De Martelaer* wist het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid uit de inspectieverslagen al dat er heel veel problemen waren met de handhygiëne. Waarom heeft men toen al niet ingegrepen?

Waarom is er begin maart 2020 geen uitbreiding gebeurd van het team Infectieziekten voor de contactopsporing toen duidelijk werd dat het om een pandemie zou gaan, vraagt *Lise Vandecasteele*.

Op 10 maart 2020 zei Vlaams minister Wouter Beke dat hij zou zorgen voor praktische ondersteuning op het terrein. Is dat gebeurd?

Zijn er na de zesde staatshervorming nog afspraken gemaakt over de noodstock? Is er gevraagd of de regio's die noodstock ook nog steeds konden gebruiken?

Volgens *Celia Groothedde* zegden virologen midden maart 2020 al dat contactopsporing massaler moet gebeuren. Midden april 2020 is er een enorme stroomversnelling en zegt de Inspectie van Financiën dat men een maand opleiding zou moeten geven. De minister begint er toch mee en nu loopt het niet goed. Is dat een factor geweest?

Hoe kan men een gevoelige database in twee weken opzetten? Is er een business-analyse gemaakt?

Dirk Dewolf zal Lorin Parys een schriftelijk antwoord over de aanbesteding bezorgen.

Vanaf het begin was er een afspraak op het niveau van de RMG dat de regio's hun sectoren van mondkmaskers zouden voorzien. Het aanbod om vanuit de federale stock te beleveren, klinkt Dirk Dewolf wat vreemd in de oren.

Dirk Dewolf zegt dat men vreesde dat het federale aanbod om de woonzorgcentra-crisis te beheren, een hospitaal-centrische benadering zou zijn. Hij was niet aanwezig op de vergadering, maar naar zijn aanvoelen kwam het aanbod wat laat en bovendien was het alle hens aan dek omdat de situatie kritiek was.

De ziekenhuizen waren verplicht door een volmachtenbesluit om data aan te leveren, maar aan Vlaamse kant was het een uitnodiging om data aan te leveren. Men zou een decretaal initiatief kunnen nemen.

Het is de bedoeling om snel en gericht te testen in collectiviteiten bij een vermoeden. De actieradius wordt bepaald door de CRA of de bedrijfsarts. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid komt niet meer tussen.

Voor Dirk Dewolf zijn de grote uitdaging van deze eeuw chronische aandoeningen bij de oudere populaties, geestelijke problemen bij de jongeren en regelmatig terugkerende epidemieën. Voor hem kunnen welzijn en gezondheid niet uit elkaar worden getrokken omdat men dan geen persoonsgericht of populatiegericht beleid kan voeren. Het moet dus in één homogeen bevoegdheidsdomein.

In de toekomstige decretale regeling wordt al verwezen naar de clustervorming tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Het is een goede suggestie voor de mobiele equipes om kennis over te dragen naar de woonzorgcentra waar er geen uitbraken waren.

Op de vergadering van 6 februari 2020 was blijkbaar niemand echt gealarmeerd. Dirk Dewolf heeft persoonlijk geen terugkoppeling gekregen.

Dirk Dewolf zal de cijfers van de contacttracing schriftelijk bezorgen.

Dirk Dewolf moet navragen wat er met de data tussen 18 maart en 31 maart 2020 is gebeurd. Het was zeker geen slechte wil, maar een groot verhaal voor een kleine equipe. Men kon het verwachtingspatroon van Sciensano ook niet meteen invullen omdat men in eerste instantie geen epidemiologische motieven had maar wel beleidsondersteunende.

De handhavingsmiddelen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zijn eerder sanctionerend. Men kan niet op basis van één aspect, handhygiëne, aanmaningen sturen. Men heeft wel geleerd dat de aandacht voor de handhygiëne niet voldoende is en dat er ook aandacht naar de kennis van beschermingsmateriaal moet gaan.

Men heeft webinars georganiseerd ter ondersteuning van het werkveld.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ging ervan uit dat er een federale noodstock zou komen. Men kan niet alles ontdubbelen. Pas op de vergadering van 4 maart 2020 besepte men dat er een serieus probleem was, namelijk dat er op de Europese markt geen beschermingsmateriaal meer te vinden was.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is gebonden aan personeelsplanningen. Men kan wel tijdelijke werknemers aannemen, maar de taken die men moet uitvoeren, vergen ook opleiding.

De mensen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid leiden de 'call agents' op. Er zijn ook supervisors voor de complexe gevallen. Ook de 'field agents' krijgen een specifieke opleiding van het team Infectieziekten.

'Data against corona' zou zorgen voor een technisch platform tegen 1 mei 2020. Vzw Smals heeft dat gemaakt. Het viel eigenlijk buiten de verantwoordelijkheid van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De *voorzitter* dankt Dirk Dewolf voor zijn aanwezigheid. Hij vraagt om de schriftelijke antwoorden te bezorgen, evenals documenten die door de commissie zijn gevraagd.

Björn RZOSKA,
voorzitter

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

Gebruikte afkortingen

aids	acquired immune deficiency syndrome
BEFEZO	Belgische Federatie voor Zorgkundigen
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
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
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FFP	filtering facepiece particles
FIT	Flanders Investment & Trade (= Vlaams Agentschap voor Internationaal Ondernemen)
FOD	Federale Overheidsdienst
FWO	Fonds Wetenschappelijk Onderzoek-Vlaanderen
GDPR	General Data Protection Regulation (= algemene verordening gegevensbescherming, AVG)
GEES	Groep van Experts belast met de Exitstrategie
gps	global positioning system
HPV	humaan papillomavirus
IBO	initiatief voor buitenschoolse opvang
ID	identiteitskaart
IDEWE	Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk
IMC	interministeriële conferentie
lgbtq	lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning
MERS	Middle East Respiratory Syndrome-virus
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PCR	polymerase chain reaction
RAG	Risk Assessment Group
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RMG	Risk Management Group
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
UGent	Universiteit Gent
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VLOZO	Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk
VRGT	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
VRT	Vlaamse Radio- en Televisieomroeporganisatie
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
WHO	World Health Organization