

Overgelaten aan hun lot

De ervaring van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra tijdens de Covid-19-epidemie in België



Inhoud

Samenvatting 3

Inleiding 6

Interventie van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra 8

Context van de interventie 8

Aanpak en concrete activiteiten 10

Belangrijkste behoeften in woonzorgcentra 16

Capaciteit 16

Personeel 19

Infectiepreventie en -controle 20

Zorgorganisatie en medische behandeling 21

Geestelijke gezondheid 22

Informatiedoorstroming 22

Belangrijkste noden volgens de woonzorgcentra 23

Lessen uit de interventie en feedback van de woonzorgcentra 24

Aanbevelingen 26

Conclusie 29

Nuttige links 31

Afkortingen 31

© FOTO'S:

AZG / Olivier Papegnies: 1, 5, 14-15, 28, 30

AZG / Umberto Pellecchia: 25

Samenvatting

De Covid-19-pandemie heeft sommige van de meest geavanceerde gezondheidssystemen ter wereld ernstig op de proef gesteld. De combinatie van verhoogde druk op de vereiste niveaus van materiaal en zorg, ontoereikende maatregelen voor infectiepreventie en -controle (IPC) en een gebrek aan ervaring met de aanpak van grootschalige uitbraken van infectieziekten, heeft in België geleid tot de dood van 9.731 mensen¹. Opvallend is dat 64%² van deze sterfgevallen zich voordeed onder bewoners van rustoorden voor bejaarden (ROB) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT)³, waarbij de meeste mensen (bijna 4.900) binnen deze woonzorgcentra stierven, soms in erbarmelijke omstandigheden.

De prioriteit lag bij het ten alle koste in stand houden van de ziekenhuiscapaciteit, om het hoofd te kunnen bieden aan de instroom van zwaar zieke patiënten en een Italiaans of Spaans scenario te vermijden. Maar intussen werden de bewoners en het personeel van collectieve wooninstellingen zoals woonzorgcentra (maar ook instellingen voor personen met een handicap, enz.) aan hun lot overgelaten. Deze instellingen moesten zichzelf omvormen tot geïmproviseerde ziekenhuizen, maar zonder beschermende uitrusting, zonder medisch en testmateriaal, zonder voldoende verpleegkundig personeel, en zonder kennis over de aanpak van epidemieën in een besloten omgeving.

Artsen Zonder Grenzen, dat bekend staat om haar medische en humanitaire projecten in crisisgebieden, startte op 21 maart 2020 een noodinterventie in woonzorgcentra in Brussel, en daarna ook in Vlaanderen en Wallonië. Dit gebeurde parallel met een interventie in een Brussels opvangcentrum voor migranten en daklozen die besmet waren met Covid-19, en met de ondersteuning van verschillende ziekenhuizen en centra voor herstellende patiënten. Op basis van een model met mobiele teams, samengesteld uit een verpleegkundige, een gezondheidsvoorlichter en indien nodig een psycholoog, bood Artsen Zonder Grenzen steun aan de woonzorgcentra. Met technische expertise werd geholpen om de capaciteit van het

zorgpersoneel op het gebied van IPC en zorgorganisatie (screening, cohortzorg⁴ op basis van hun infectiestatus⁵, maatregelen tijdens de versoepeling van de lockdown) te versterken. De psychosociale ondersteuning van het personeel van de woonzorgcentra werd al snel een fundamenteel onderdeel van de activiteiten, gezien de enorme behoeften op dit vlak.

Om een optimale overname en de verderzetting van de activiteiten van deze teams te garanderen, deed Artsen Zonder Grenzen deze interventie in nauwe samenwerking met de verschillende overheden die verantwoordelijk zijn voor de collectieve wooninstellingen⁶. In Brussel en Wallonië werd ook samengewerkt met vrijwillige mobiele teams van de Fédération des maisons médicales (FMM) en leden van het Rode Kruis.

De interventie van Artsen Zonder Grenzen bestond uit een eerste bezoek ter plaatse, waarbij de teams spraken met de directie van het woonzorgcentrum en ander personeel op sleutelposities. De situatie in het centrum werd geëvalueerd en daarna volgde een reeks aanbevelingen op maat, met telefoon- en emailgesprekken ter opvolging. Indien nodig ging een mobiel team opnieuw op bezoek om het personeel te vormen over specifieke onderwerpen. Artsen Zonder Grenzen ontwikkelde speciaal voor Covid-19 didactische instrumenten (zoals affiches, video's, opleidingen en webinars) over uiteenlopende onderwerpen als IPC-maatregelen, testen, geestelijke gezondheidszorg of maatregelen tijdens de versoepeling van de lockdown. Deze instrumenten werden aangeboden en gedeeld, met name door het opzetten van websites, om meer instellingen te bereiken dan enkel de woonzorgcentra waar mobiele teams op bezoek gingen.

De woonzorgcentra wilden in de eerste plaats algemene feedback krijgen over de maatregelen die op hun niveau nodig waren om besmettingen met het virus te voorkomen, en wilden gerustgesteld worden over de beslissingen die ze genomen hadden. Tijdens het eerste contact van een team van Artsen Zonder Grenzen bleek het vaak nodig om eerst en vooral een luisterend oor te bieden en de leidinggevenden emotioneel te

1 Gegevens beschikbaar vanaf 26 juni 2020 over de epidemiologische situatie van het Covid-19 coronavirus in België, gepubliceerd door Sciensano: <https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>.

2 In Vlaanderen en Wallonië bedroeg het percentage respectievelijk 63% voor beiden en 68% in Brussel. Bron: Ibid.

3 Voor meer informatie over het verschil tussen ROB en RVT, zie bijvoorbeeld: <https://www.vlaanderen.be/woonzorgcentra-vroeger-rusthuizen>. Voor de eenvoud worden deze verschillende centra in de rest van het rapport "woonzorgcentra" (WZC) genoemd.

4 Cohorteren is het groeperen of isoleren van patiënten volgens hun Covid-19-status.

5 Voor een definitie van Covid-19 gevallen, zie: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_NL.pdf.

6 De collectieve wooninstellingen, waartoe de WZC behoren, zijn sinds de 6e staats-hervorming een bevoegdheid van het gewest- en gemeenschapsniveau. In Brussel zijn de agentschappen die deze centra controleren en reguleren het GGC/Cocom en Iriscare; in Vlaanderen het agentschap "Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid" en in Wallonië het AViQ (Agentschap voor Levenskwaliteit). In het Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap vallen ze onder het Departement van Volksgezondheid en de Ouderen.

debriefen. Toen het systematisch testen van bewoners en personeel van woonzorgcentra in de tweede week van april eindelijk een prioriteit werd voor de overheid, richtten de vragen van de woonzorgcentra aan Artsen Zonder Grenzen zich meer op het isoleren en cohorten van de bewoners. In de laatste weken van de interventie, die midden juni 2020 afliep, kwamen er meer vragen over de maatregelen tijdens de versoepeling van de lockdown. In totaal kregen 135 woonzorgcentra steun van Artsen Zonder Grenzen (81 op 138 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; 33 op 602 in Wallonië; 21 op 821 in Vlaanderen)⁷. Meer dan 3.000 woonzorgcentramedewerkers kregen zo advies en ondersteuning van Artsen Zonder Grenzen.

Op de teams van Artsen Zonder Grenzen, die ervaring hebben met crisissituaties, zal de Covid-19-epidemie een bijzondere indruk achterlaten, net als op al het personeel van de woonzorgcentra. We hebben duidelijk de grenzen gezien van het huidige sociale en gezondheidssysteem van België, dat uiterst complex is (9 ministers bevoegd voor Volksgezondheid, verdeeld over het federale, gewestelijke en gemeenschapsniveau), structureel ondergefinancierd is, en de voorbije jaren steeds meer geprivatiseerd werd. Om beter voorbereid te zijn op een nieuwe golf van Covid-19 moeten er dringend lessen worden getrokken uit de ervaringen van de afgelopen maanden.

De resultaten van de evaluaties tijdens de bezoeken en van een vragenlijst die Artsen Zonder Grenzen naar woonzorgcentra in het hele land stuurde, laten zien dat de woonzorgcentra in de drie landsregio's over het algemeen met dezelfde problemen en valkuilen werden geconfronteerd, namelijk: een gebrek aan voorbereiding op dit soort noodsituaties; een algemeen gebrek aan kennis van de basisregels voor hygiëne en IPC en een gebrek aan inzicht in en beheersing van een teveel aan protocollen en aanbevelingen (vaak niet aangepast aan de realiteit), en dan vooral wat betreft het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM⁸), screening van geïnfecteerde personen, en de (her)organisatie van de zorg en circuits binnen het woonzorgcentrum.

Zodra de woonzorgcentra werd opgedragen te stoppen met niet-essentiële bezoeken en verplaatsingen naar buiten, werden ze gedwongen om bepaalde functies van een ziekenhuis op zich te nemen, maar zonder de middelen om dat te doen. Op het moment van onze evaluaties had maar 54% van de woonzorgcentra voldoende beschermende schorten; 64% had voldoende FFP2-maskers; in slechts 42% van de woonzorgcentra beschikte het personeel dat verantwoordelijk was voor het wasgoed over correcte PBM. Meer dan één op de zes woonzorgcentra beschikte niet over geschikte virusdodende producten, en de ontsmetting van het medische materiaal was in 19% van de gevallen ontoereikend. Slechts 53% van de centra vond dat hun personeel voldoende geïnformeerd was over Covid-19 en de risico's van besmetting. In minder dan zeven van de tien woonzorgcentra werden bewoners en/of personeel getest op Covid-19. Slechts 78% van de woonzorgcentra had bewoners die

mogelijk besmet waren in eenpersoonskamers ondergebracht. Het isoleren of cohorten van bewoners bij wie Covid-19 bevestigd was, werd in slechts 60% van de gevallen toegepast.

Daarnaast was de mogelijkheid beperkt om patiënten in woonzorgcentra door te verwijzen naar externe medische diensten, vooral dan naar ziekenhuizen. Doorverwijzingen naar ziekenhuizen daalden van 86% vóór de crisis tot 57% tijdens de epidemie. In slechts 70% van de woonzorgcentra die onze teams bezochten, kwam op alle oproepen naar de hulpdiensten (noodnummer 112) de gepaste reactie. Huisartsbezoeken werden gehalveerd ten opzichte van de periode vóór de crisis, en ook dit had een grote invloed op de kwaliteit van de medische zorg voor de bewoners, zowel voor Covid-19-patiënten als voor mensen met andere gezondheidsproblemen. Gewenste zorgtrajecten en wilsverklaringen rond het levenseinde van de bewoner waren slechts in zeven van de tien woonzorgcentra systematisch aanwezig.

Het personeel van de woonzorgcentra werd, net als ziekenhuispersoneel, geconfronteerd met extreme werkomstandigheden. Er was een toename van psychische stoornissen en nieuwe, vooral posttraumatische, symptomen, zowel bij de bewoners als bij het personeel (van leidinggevend tot schoonmaakpersoneel). Bij het personeel werden vooral gevoelens van machteloosheid, wanhoop, angst, paniek, verdriet, schuldgevoelens en boosheid waargenomen. In negen van de tien woonzorgcentra leden bewoners aan verergerde of nieuwe mentale symptomen, met verdriet, depressies en cognitieve stoornissen bovenaan de lijst. Van deze centra rapporteerde ongeveer 10% bij hun bewoners een toename van de zelfmoordgedachten en andere tekenen van de wens om niet langer te leven.

Hoewel de interventieanalyse laat zien dat de woonzorgcentra in de drie regio's van het land een gelijkaardige gemiddelde paraatheid en reactiecapaciteit hadden, deden de woonzorgcentra met een hoofdverpleegkundige of een crisiscel het beter. Het type (privaat, publiek of non-profit) van een woonzorgcentrum speelde daarentegen geen grote rol. Het gevoel in de steek gelaten te zijn was sterk aanwezig in alle woonzorgcentra die Artsen Zonder Grenzen bezocht, en ging gepaard met gevoelens van uitputting en afmatting door de toenemende ontwaarding en stigmatisering van de sector. Medisch personeel in ziekenhuizen werd toegejuicht, maar het personeel van de woonzorgcentra niet, ondanks hun cruciale rol in de strijd tegen de epidemie.

Dit rapport is bedoeld om de bevoegde overheden aan te zetten de nodige maatregelen te nemen om een nieuwe menselijke tragedie in de woonzorgcentra bij een volgende golf van Covid-19 te vermijden. Noodplannen moeten gebaseerd worden op de principes van volksgezondheid, met specifieke aandacht voor de ouderen en de realiteit van de woonzorgcentra tijdens deze eerste golf. Zowel op federaal niveau als in de gewesten en gemeenschappen waarvan deze woonzorgcentra afhankelijk zijn, moeten aangepaste plannen opgesteld en uitgevoerd worden. Daarbij is er nood aan meer coherentie tussen de verschillende beleidsorganen.

⁷ Naargelang de bron kunnen de gegevens over de WZC in het land en de regio's verschillen. Dit rapport vermeldt de gegevens die ons werden verstrekt tijdens onze interventie.

⁸ Persoonlijke beschermingsmiddelen omvatten: mondmasker (chirurgisch of FFP2), oogbescherming (vizier of bril), schort en handschoenen. Voor praktische PBM-aanbevelingen in de WZC, zie de volgende AZG-tool: https://f6f63e5a-7e1f-44bd-954a-c86644b7473e.filesusr.com/ugd/072e94_8657b0a314b74839be0e2bfac202062f.pdf

De richtlijnen moeten zowel op strategisch als op implementatieniveau worden aangepast. Overheidsorganen die verantwoordelijk zijn voor het toezicht op en de financiering van de woonzorgcentra moeten meer aandacht geven aan een effectieve implementering. Er moet meer nadruk komen op ondersteuning en uitvoering, dan op controle. Er moet voorrang worden gegeven aan permanente vorming en ondersteuning op het vlak van IPC (materieel en technisch). Het model van mobiele teams, met aanwezigheid op de werkvloer naast het zorgpersoneel, heeft zijn doeltreffendheid bewezen. Het moet worden verdergezet en gerepliceerd, met steun van de overheid. Meer consistente en transparante toegang tot de epidemiologische data zal de woonzorgcentra helpen een beter beeld te krijgen van de epidemie en zo hun reactie aan te passen. De geestelijke gezondheid van zowel het personeel als de bewoners moet dringend opgenomen worden in de Covid-19-plannen. Een opwaardering van zowel het personeel als de volledige sector is nodig.

Er staat een aantal initiatieven in de steigers, naargelang de gewesten/gemeenschappen, maar zij missen nog de urgentie die nochtans duidelijk doorklinkt in de oproep van de woonzorgcentra, en die wij hier doorgeven. Terwijl het leven buiten de woonzorgcentra weer op gang komt, is er geen tijd te verliezen om praktische maatregelen te nemen, op maat van de specifieke behoeften van deze woon- en verblijfplaatsen, hun personeel en hun bewoners. Onze senioren mogen niet opnieuw de prijs voor onze onverschilligheid betalen als het virus weer toeslaat.



Inleiding

Op 31 december 2019 werd de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) ingelicht over een uitbraak van een nieuwe en atypische longontsteking in de Chinese provincie Hubei. De infectie bleek te worden veroorzaakt door een nieuw type coronavirus (SARS-CoV-2⁹). De ziekte, die Covid-19 (Corona Virus Disease 2019) gedoopt werd, verspreidde zich snel naar de meeste landen in de wereld, ook naar België.

De eerste besmetting met SARS-CoV-2 bij iemand in België werd vastgesteld op 4 februari 2020. Toen de ziekte zich snel bleek te verspreiden in het land, activeerde de federale overheid het crisisplan, in de tweede week van maart. Daarmee werd de verantwoordelijkheid voor de aanpak van de epidemie bij de centrale overheid gelegd.

Al snel richtte de aandacht zich op het te allen prijze behouden van voldoende capaciteit om ernstig zieke Covid-19-patiënten te kunnen opvangen in ziekenhuizen. Woonzorgcentra en hun bewoners waren op zichzelf aangewezen, hoewel er op dat moment al onbetwistbare bewijzen waren dat het virus zich snel verspreidde en een hoog risico op ernstige verwickelingen en sterfte onder de ouderen inhield, zeker binnen collectieve woonvormen en bij gebrek aan gepaste controlemaatregelen¹⁰. België telt bijna 1.600 woonzorgcentra, waarvan meer dan de helft in Vlaanderen, 602 in Wallonië, 140 in Brussel en acht in de Duitstalige Gemeenschap. Sinds de zesde staatshervorming in 2014 zijn deze woonzorgcentra een gedefederaliseerde bevoegdheid, en vallen ze onder de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen en gewesten.

Van de 9.731 mensen die tot nu toe aan Covid-19 in België zijn overleden, was 64% afkomstig uit de woonzorgcentra¹¹. 1.377 (22%) van hen stierven in ziekenhuizen, maar 4.857 (78%) stierven in de centra waar ze waren gehuisvest. Tijdens de crisis veranderden deze centra dus van plaatsen waar bewoners leven naar plaatsen waar bewoners sterven.

⁹ Voor meer informatie over Covid-19, zie: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

¹⁰ WHO, Health Care Considerations for the Elderly during the COVID-19 pandemic. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic>

¹¹ Sciensano-gegevens, geraadpleegd op 26 juni 2020. Noot: België koos er in het begin van de crisis voor om in de rapportering de Covid-19-gerelateerde sterfgevallen zowel in de ziekenhuizen als in de woonzorgcentra te registreren. Omdat de sterfgevallen in de woonzorgcentra niet systematisch op Covid-19 getest zijn, worden ze als 'vermoedelijke' Covid-19-overlijdens beschouwd.

Naar aanleiding van de stijging van het aantal gevallen van Covid-19 in België startte Artsen Zonder Grenzen vanuit Brussel een interventie met drie pijlers:

1. Medische observatie, isolatie en basiszorg voor migranten en daklozen, zodat zij toegang hebben tot gezondheidszorg en gebruik kunnen maken van het bestaande doorverwijzingssysteem voor Covid-19-patiënten¹².
2. Woonzorgcentra ondersteunen bij de bepaling van de nodige IPC-maatregelen om de verspreiding van het virus te voorkomen en onder controle te krijgen, en de interne organisatie van circuits van personen en zorg verbeteren. Toen bleek dat het personeel van de woonzorgcentra psychisch sterk leed onder de epidemie, voorzag Artsen Zonder Grenzen in psychologische steun.
3. Steun aan bepaalde ziekenhuizen in Vlaanderen (provincie Antwerpen) en in Wallonië (in Bergen), op verzoek van de ziekenhuizen zelf. Ook de oprichting van enkele centra voor herstellende patiënten werd ondersteund.

Hoewel Artsen Zonder Grenzen in samenwerking met andere organisaties al vele jaren in multidisciplinaire hulpprojecten voor kwetsbare mensen in België werkt, onder andere voor asielzoekers en mensen zonder papieren, is de omvang van deze interventie in de woonzorgcentra uitzonderlijk voor onze organisatie. Voordien richtten we ons op het gebrek aan toegang tot het bestaande systeem van gezondheidszorg en sociale bescherming, maar dit was helemaal anders tijdens de Covid-19-epidemie.

Toen duidelijk werd hoe dramatisch de situatie in de woonzorgcentra was, verschoof Artsen Zonder Grenzen de focus van haar interventie van de ziekenhuizen naar de woonzorgcentra. De interventie ging van start in de derde week van maart en duurde in totaal drie maanden. Negen mobiele teams van Artsen Zonder Grenzen trokken naar 135 woonzorgcentra over het hele land, eerst in Brussel, daarna ook in Vlaanderen en Wallonië (waar de aanpak meer gericht was op de opleiding

¹² Dit werk werd gedaan in samenwerking met het Rode Kruis, Samusocial, Dokters van de Wereld en het Burgerplatform voor Steun aan Vluchtelingen.

en ondersteuning van partnerorganisaties). Woonzorgcentra waren een onbekende sector voor Artsen Zonder Grenzen. Het dwong ons om nieuwe instrumenten en strategieën te ontwikkelen, om ons snel aan te passen aan de realiteit van de centra, en om anderen aan te moedigen deze manier van werken over te nemen, al dan niet in aangepaste vorm.

In de maand mei bouwde Artsen Zonder Grenzen haar interventie in de woonzorgcentra geleidelijk af. De epidemiologische trend was dalend en de vraag om steun nam af. Op 15 juni werden de activiteiten officieel overgedragen aan de verschillende bevoegde overheden, met uitzondering van de interventie voor geestelijke gezondheid, waarvan de overdracht in Vlaanderen pas eind juni werd afgerond.

De interventie van Artsen Zonder Grenzen was kort en kwam waarschijnlijk te laat. Toch zijn we ervan overtuigd dat het delen van onze ervaringen, gegevens en analyses belangrijk is voor de transparantie en de verantwoording die we willen afleggen aan de mensen die ons steunen, aan onze partners, maar ook en vooral aan de woonzorgcentra waarmee we hebben samengewerkt.

We hebben gezien hoe zwaar het personeel op de proef werd gesteld en werden vaak door hen in vertrouwen genomen. Daarom is het van fundamenteel belang dat we de moeilijkheden waar het verzorgend en technisch personeel mee kampte aan de orde brengen, zodat de overheid zo snel mogelijk noodmaatregelen en -plannen kan doorvoeren. Deze plannen moeten aangepast zijn aan de werkelijke behoeften van de woonzorgcentra en de reactie op een volgende epidemiegolf voorbereiden.

Interventie van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra

Context van de interventie

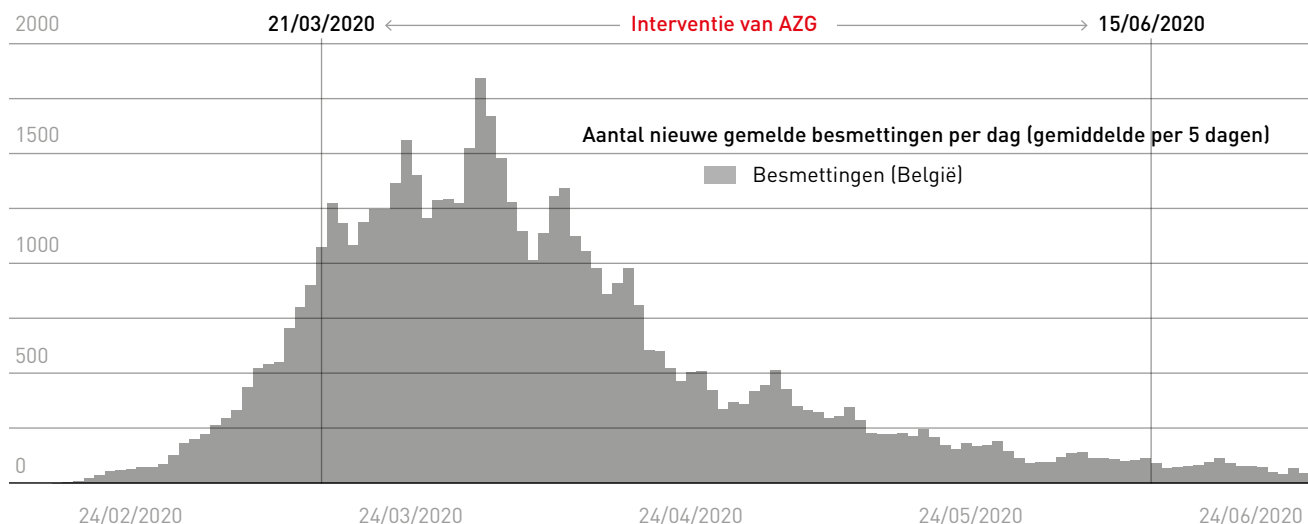
“De telefoons die binnenkwamen op de receptie van Artsen Zonder Grenzen hadden we omgeleid naar enkele medewerkers, om een telefonische permanentie te verzekeren. Op een dag kreeg ik een telefoontje van een directrice van een woonzorgcentrum in het Brusselse. Huilend legde ze me uit dat ze in een onmogelijke situatie zat, dat ze nog maar vier medewerkers had om voor haar zeventig bewoners te zorgen. Ze vroeg om hulp, ons team ging meteen ter plaatse. Ik krijg nog steeds kippenvel als ik erover praat. Het is onvoorstelbaar dat we in ons eigen land zo’n situaties meemaken.” (Hoofd Personeelszaken, Artsen Zonder Grenzen)

Vanaf het begin werd onze interventie in de woonzorgcentra gemotiveerd door de kwetsbaarheid van ouderen voor Covid-19 vanwege hun zwakkere immuunsysteem, het hoge sterftecijfer voor de ziekte onder de oudere bevolking, en de collectieve woonvormen waarin zij leven. Een extra factor was de noodkreet van het zorgpersoneel en de families van de bewoners. Toen er beslist werd dat de woonzorgcentra moesten stoppen met niet-essentiële bezoeken en verplaatsingen buitenshuis (zie [kader 1](#)), voelden zij zich in de steek gelaten. Alle aandacht was gericht op het voorkomen van overbezetting op de afdelingen intensieve zorg van de ziekenhuizen.

Woonzorgcentra kregen instructies om rationeel gebruik te maken van hun PBM, voor zover die al beschikbaar waren. Sommige patiënten met ernstige aandoeningen konden vanwege hun leeftijd geen levensreddende behandeling in een ziekenhuis meer krijgen, of zelfs geen verplaatsing in een ambulance, omdat sommige omliggende ziekenhuizen dit als richtlijn gaven. Bovendien bezochten sommige huisartsen bewoners die ze normaal gesproken opvolgden bijna niet meer. Ook gebeurde het dat de coördinerende en raadgevende artsen (CRA) van de woonzorgcentra hun functie niet meer konden uitoefenen omdat ze zelf tot de risicogroep behoorden, en moesten worden vervangen. Er was steeds minder zorgen technisch personeel beschikbaar. De personeelssituatie was vóór de crisis al precair door het wijdverbreide gebrek aan investeringen in de sector¹³. In combinatie met zwakke IPC-maatregelen en een gebrek aan screening, werden de woonzorgcentra overweldigd door Covid-19: ze hadden niet de capaciteit om een uitbraak binnen hun muren aan te pakken.

¹³ KCE, Performance of the Belgian health system - REPORT 2019 (KCE-rapport 313C Health services research), pp 68-74. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf.

Figuur 1: Evolutie van het aantal gemelde besmettingen in België. (bron: Sciensano, epidemiologische gegevens op 26/06/20)

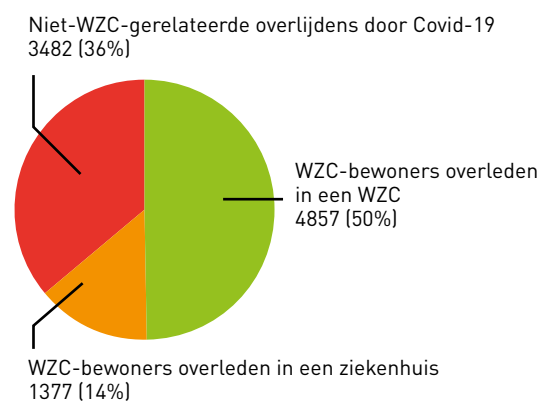


Kader 1: Sleutelmomenten tijdens de epidemie in België en de interventie van Artsen Zonder Grenzen

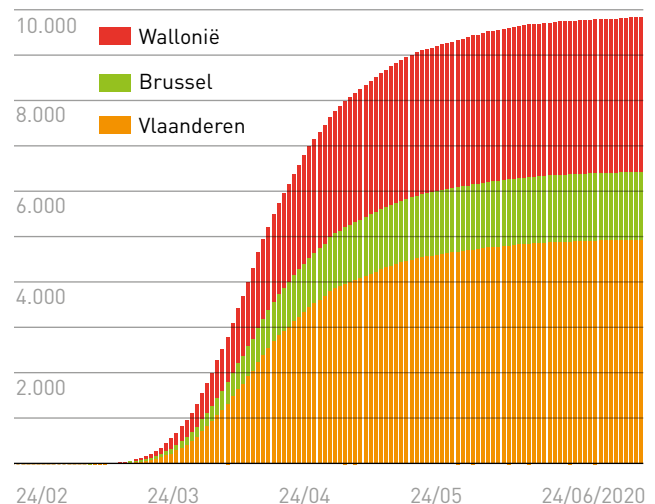
- **30 januari 2020:** de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) verklaart Covid-19 tot een Medische Noodsituatie van Internationaal Belang.
- **4 februari:** de epidemie begint officieel in België. Een Belg test positief op SARS-CoV-2, het gaat om een asymptomatische man die uit de Chinese provincie Hubei is gerepatrieerd.
- **11 maart:** de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid kondigt het eerste overlijden aan als gevolg van een infectie met SARS-CoV-2. De WGO verklaart dat de epidemie van Covid-19 een pandemie is.
- **11 maart (Wallonië en Brussel), 12 maart (Vlaanderen):** niet-essentiële bezoeken aan woonzorgcentra zijn verboden, evenals verplaatsingen buitenshuis van de bewoners (behalve in uitzonderlijke gevallen). De maatregel wordt gerechtvaardigd door de noodzaak om ouderen te beschermen tegen het virus.
- **12 maart:** de federale overheid activeert het crisisplan en gaat over naar de federale fase van crisisbeheer. Elk gewest en elke gemeenschap past de procedures aan volgens de besluiten van de Nationale Veiligheidsraad.
- **13 maart:** het Ziekenhuisnoodplan wordt in alle ziekenhuizen van het land geactiveerd. Consulten, onderzoeken en electieve (niet-dringende) interventies worden gedurende verschillende weken geannuleerd.
- **18 maart:** België past strikte maatregelen van algemene lockdown toe.
- **21 maart:** Een team van Artsen Zonder Grenzen brengt voor het eerst een bezoek aan een woonzorgcentrum, één van de grootste van Brussel, samen met een lid van de Brusselse gezondheidsinstanties.
- **25 maart:** Artsen Zonder Grenzen wordt uitgenodigd om deel te nemen in de Outbreak Management Group (OMG), een interfederaal platform voor het bestrijden van de epidemie. De OMG werd opgericht na een beslissing van de Risk Management Group.
- **4 april:** de Waalse gezondheidsinstanties verenigen alle betrokken partijen of actoren die kunnen helpen in de strijd tegen het virus in collectieve woonvormen. Artsen Zonder Grenzen besluit om haar interventie in de woonzorgcentra

- uit te breiden naar Vlaanderen en Wallonië. Het eerste bezoek aan een woonzorgcentrum in Vlaanderen vindt plaats op 8 april, samen met leden van het VAZG. In Wallonië vindt het eerste bezoek plaats op 10 april.
- **8 april:** de Vlaamse gezondheidsinstanties richten een taskforce op om te voorkomen dat de situatie in woonzorgcentra verder verslechtert.
- **9 april:** gezien het hoge sterftecijfer in de woonzorgcentra stellen de federale gezondheidsinstanties een campagne voor om de centra in het hele land te testen op Covid-19. Een eerste reeks tests wordt ter beschikking gesteld om het personeel en/of de bewoners te testen (keuze van de strategie wordt aan de overheden van gewesten/gemeenschappen overgelaten) en om de aanwezigheid van het virus in deze groepen te leren kennen.
- **14 april:** om de coördinatie op vlak van gezondheidszorg in de collectieve woonvormen in het Waalse gewest te verbeteren, wordt het Dispositif Sanitaire d'Urgence Wallon (DSUW) opgericht door de Waalse overheid.
- **15 april:** de Nationale Veiligheidsraad besluit om bezoeken aan de woonzorgcentra opnieuw toe te staan, voor één vooraf aangewezen persoon. Deze beslissing wordt voorbarig geacht, zowel door de overheden van gewesten en gemeenschappen (die niet waren geraadpleegd), de gemeenten, als de woonzorgcentra zelf. Ook Artsen Zonder Grenzen spreekt zich de volgende dag in de pers tegen deze maatregel uit. We waarschuwen voor het risico dat de strijd tegen de hoge mortaliteit in de centra in gevaar komt, en bovendien op een moment waarop het testen van personeel en bewoners nog maar net begonnen is.
- **1 juni:** Artsen Zonder Grenzen spreekt openlijk haar blijvende bezorgdheid uit over de situatie in de woonzorgcentra, waar onvoldoende capaciteit is om een nieuwe golf van de epidemie te beheersen als er niet meteen middelen, noodplannen, en steun voor de geestelijke gezondheid beschikbaar worden gemaakt.
- **15 juni:** overdracht en sluiting van de activiteiten van Artsen Zonder Grenzen in woonzorgcentra. De overdracht van de psychosociale activiteiten aan andere partners, die in Vlaanderen langer duurde, wordt eind juni afgerond.

Figuur 2: Het aandeel van Covid-19-gerelateerde overlijdens onder WZC-bewoners in België, volgens plaats van overlijden. (bron: Sciensano, epidemiologische gegevens op 26/06/20)



Figuur 3: Cumulatief aantal Covid-19-gerelateerde overlijdens in België. (bron: Sciensano, epidemiologische gegevens op 26/06/20).



Het delen van technische expertise met het personeel, aangepast aan hun behoeften

Door de enorme noden en het hoge aantal woonzorgcentra in België, was van meet af aan duidelijk in de gesprekken met alle overheden dat de steun van Artsen Zonder Grenzen, dat een beperkte capaciteit heeft, geen medische zorg voor de patiënten zou inhouden, noch een directe interventie met medisch personeel, noch de bevoorrading met materiaal zoals PBM.

Er werd overeengekomen dat Artsen Zonder Grenzen zich zou richten op het **versterken van de capaciteit van het personeel in de woonzorgcentra. Dat zou gebeuren door expertise te delen en concrete voorstellen te doen, op maat van de dagelijkse realiteit van de woonzorgcentra, die op zeer korte tijd zouden kunnen worden uitgevoerd.**

Er werd gekozen voor **mobiele teams**, samengesteld uit een verpleegkundige, een gezondheidsvoorlichter en eventueel een psycholoog.

De doelstellingen van de interventie in woonzorgcentra:

1. De vaardigheden, kennis en maatregelen op het gebied van IPC evalueren en verbeteren, om besmettingen met het virus te verminderen.
2. De organisatie van de zorg op het gebied van screening, patiëntcohortering en maatregelen tijdens de versoepeling van de lockdown evalueren en verbeteren.
3. Psychosociale ondersteuning bieden aan het personeel om de intensiteit en de frequentie van de mentale symptomen te verminderen, te voorkomen dat de problemen verergeren, en de bestaande initiatieven te verbeteren (inclusief doorverwijzingen naar externe diensten).

De activiteiten:

1. Mobiele teams, samengesteld uit een verpleegkundige en een gezondheidsvoorlichter evalueerden de woonzorgcentra en gaven advies en vormingen. Indien nodig, werd er een psycholoog aan het team toegevoegd.
2. Voor de bezochte woonzorgcentra, maar ook andere collectieve woonvormen werden er webinars georganiseerd, met opvolging nadien (documenten met antwoorden op veel gestelde vragen, en gesprekken per e-mail en telefoon). Ook werden praktische adviezen en protocollen uitgewerkt.
3. Artsen Zonder Grenzen overlegde regelmatig met de overheidsinstellingen die verantwoordelijk waren voor de woonzorgcentra om de dringendste noden te identificeren, om te kijken welke centra eerst een bezoek nodig hadden, en om de richtlijnen en de inhoud van de webinars te bespreken. Er waren regelmatig (online) vergaderingen met de coördinatieorganen op federaal en op gewestelijk/gemeenschapsniveau.

Geestelijke gezondheidszorg werd geïntegreerd in de operationele aanpak. Al snel werd erkend hoe hard er psychologische zorg nodig was voor het personeel. Die zorg werd geboden door psychologen van Artsen Zonder Grenzen, individueel of in groepsverband, afhankelijk van de behoeften.

De mobiele teams werden zelf ook getraind in psychologische eerste hulp en psycho-educatie, over onderwerpen als stress, angst en zelfzorg. Dat maakte het mogelijk om elementen van de geestelijke gezondheid van bewoners en personeel op te nemen in de evaluaties, de vormingen en de sensibiliserings-sessies. Maar de behoefte aan psychologische steun was zo groot, dat de teams ook mensen doorverwezen naar externe diensten, wat een betere opvolging mogelijk maakte.

De capaciteit van het personeel van de woonzorgcentra werd versterkt met hulpmiddelen zoals affiches, protocollen, websites, video's, vormingen op de werkvloer of online (webinars). Dit alles werd aangepast aan de specifieke behoeften van woonzorgcentra naarmate de epidemie evolueerde. Onderwerpen die aan bod kwamen waren onder meer:

- Het rationeel gebruik van PBM;
- De organisatie van het testen, de interpretatie van de resultaten, en strategieën voor cohortering van bewoners;
- De verbetering van de reiniging en ontsmetting, en van andere hygiënemaatregelen, vooral bij de ondersteunende diensten zoals keukens en wasserijen;
- Psychosociale ondersteuning;
- Maatregelen ter voorbereiding van de versoepeling van de lockdown en de heropstart van routineactiviteiten.

Sommige sessies waren gericht op het personeel van een specifiek woonzorgcentrum. Andere sessies, online, stonden open voor alle instellingen in een regio. Onderwerpen werden vooraf doorgesproken met overheidsinstanties. Sommige van hun leden, maar ook directeurs van woonzorgcentra, CRA en andere deskundigen zoals de Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins werden uitgenodigd om te spreken tijdens de webinars, om een uitwisseling van ervaringen te creëren en de inhoud optimaal aan te laten sluiten bij de concrete behoeften van de centra.

Er werden ook twee websites ontwikkeld, één door Artsen Zonder Grenzen¹⁴ en één in samenwerking met het Rode Kruis¹⁵, om het materiaal verder te verspreiden zodat het breder gebruikt kon worden.

¹⁴ <https://www.covid-resources.msf.be/> (Wachtwoord: Covid19msf).

¹⁵ <https://covid19-mr-wzc.be/maison-de-repos.html>

Kader 2: Activiteiten van de mobiele teams

- 1. Evaluatie:** Na telefonisch contact met het centrum ging een mobiele team ter plaatse voor een eerste bezoek. Dit gesprek vond meestal plaats met een lid van de directie, de CRA, de hoofdverpleegkundige en een verantwoordelijke van het onderhoudsteam (afhankelijk van hun beschikbaarheid). Deze open discussie bleek vaak een gelegenheid voor emotionele debriefing en het ventileren van frustraties van het personeel, dat zich in de steek gelaten voelde.
- 2. Rondleiding door het gebouw:** Vervolgens werd het team rondgeleid door het gebouw om te begrijpen hoe het woonzorgcentrum functioneerde en om te zien welke IPC-maatregelen al van kracht waren. Het doel was om het specifieke karakter en de moeilijkheden van elk centrum te begrijpen, zodat het team aanbevelingen op maat kon geven. Een multidisciplinair team van gezondheidsvoorlichters, verpleegkundigen en psychologen ontwikkelde een vragenlijst, die gedeeltelijk tijdens en gedeeltelijk na het bezoek werd ingevuld. Deze lijst werd geleidelijk aan verbeterd¹⁶. Zo kon het team de procedures evalueren en de behoeften aan technische ondersteuning en vorming van het personeel analyseren.
- 3. Verslag en aanbevelingen:** Na dit eerste bezoek maakte het team op basis van zijn waarnemingen een rapport met aanbevelingen, steeds aangepast aan het specifieke centrum en de realiteit van de werkomstandigheden. Dit rapport werd per e-mail verstuurd naar het woonzorgcentrum en naar de verantwoordelijke overheidsdienst.
- 4. Informatie- en vragensessie:** Vervolgens organiseerde het team een tweede bezoek, waarbij het een presentatie gaf met voornamelijk basisinformatie over Covid-19, de overdracht van het virus en de basisvoorzorgsmaatregelen. Ook werden sessies gegeven over psychosociale zorg (stressmanagement, preventie van burn-out, versterking van de mentale weerstand, enz.). Deze presentaties werden ofwel gegeven voor al het personeel samen, ofwel in sessies per beroeps categorie, dienst, of vloer, steeds met praktische voorbeelden uit de dagdagelijkse praktijk. Tijdens die sessies beantwoordde het team ook vragen van het personeel.
- 5. Opvolging:** Het team hield contact met het woonzorgcentrum om de situatie op te volgen, vragen te beantwoorden of extra bezoeken in te plannen indien nodig.

¹⁶ In eerste instantie richtte de beoordeling zich vooral op IPC-maatregelen en standaardvoorzorgsmaatregelen voor gezondheidszorg, de reiniging en desinfectie. In een tweede fase werden bijkomende diensten (keuken, wasserij, afvalbeheer) opgenomen en tenslotte informatie over communicatie, gezondheids promotie, psychosociaal welzijn en medische zorg. Dit beoordelingsinstrument over 11 domeinen wordt verder besproken in kader 4.

Identificatie van centra en samenwerking met coördinerende instanties en partners

De keuze van de te bezoeken woonzorgcentra verliep overal gelijkaardig, omdat Artsen Zonder Grenzen dit coördineerde met de bevoegde overheden. De keuze werd gebaseerd op een reeks gezamenlijk vastgelegde criteria, zoals het aantal bevestigde en vermoedelijk besmette bewoners, het aantal sterfgevallen, de afwezigheidsgraad onder het personeel, de reactiecapaciteit, de aanwezigheid van leidinggevend, en vragen van het woonzorgcentrum om specifieke ondersteuning. Soms gingen teams ook in op rechtstreekse verzoeken van een individueel woonzorgcentrum.

- In **Brussel**, waar de activiteiten van Artsen Zonder Grenzen zich aanvankelijk concentreerden, werkten we samen met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC, onder meer met de diensten voor preventie en hygiëne en de controle van woongemeenschappen¹⁷) en Iriscare¹⁸. Iriscare begeleidde de selectie van de woonzorgcentra die in aanmerking kwamen voor ondersteuning door Artsen Zonder Grenzen.
- In **Vlaanderen** werkte Artsen Zonder Grenzen samen met de Outbreak Support Teams (OST) en de Dienst Infectieziekten van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid¹⁹ om een prioriteitenlijst op te stellen op basis van gerapporteerde gevallen en informatie (vóór het begin van de epidemie) over de capaciteit van de verschillende centra.
- In **Wallonië** coördineerde Artsen Zonder Grenzen met het Waalse Agentschap voor de Levenskwaliteit (AViQ)²⁰ en de FMM, die rechtstreeks verzoeken om steun ontvingen van de woonzorgcentra en een bepaalde strategie en organigram volgden. De teams van Artsen Zonder Grenzen maakten daarbij deel uit van de respons.

Zowel op federaal als op gemeenschappelijk/gewestelijk niveau nam Artsen Zonder Grenzen deel **aan de verschillende vergaderingen van de coördinerende instellingen**. Daardoor konden we onze toegang tot de woonzorgcentra verbeteren, informatie over onze praktische ervaringen uitwisselen, bijdragen aan de ontwikkeling van bepaalde protocollen, het concept van mobiele teams stimuleren, en toegang krijgen tot epidemiologische gegevens.

De verschillende overheidsinstellingen die verantwoordelijk zijn voor woonzorgcentra hadden soms al partners bij elkaar gebracht, zoals bijvoorbeeld in DISUW in Wallonië. De frequentie van de vergaderingen en de mate van samenwerking varieerden sterk van het ene gewest tot het andere. In het Brusselse gewest was er het meeste vraag naar steun van Artsen Zonder Grenzen, en was onze interventie het breedst en het meest consistent.

Op **federaal niveau** werd Artsen Zonder Grenzen uitgenodigd om toe te treden tot de OMG, die op 20 maart werd opgericht na

¹⁷ Voor meer informatie over GGC, zie hun website: <https://www.ccc-ggc.brussels/fr>

¹⁸ Voor meer informatie over Iriscare, zie hun website: <https://www.iriscare.brussels/fr/>

¹⁹ Voor meer informatie over het VAZG, zie hun website: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

²⁰ Voor meer informatie over AViQ, zie hun website: <https://www.aviq.be/>

een beslissing van de Risk Management Group over de situatie in de woonzorgcentra. Deze groep, gecoördineerd door leden van de FOD Volksgezondheid, bestond uit vertegenwoordigers van de verschillende gewest- en gemeenschapsinstellingen, het Directoraat-generaal Gezondheidszorg (DGGS) van de FOD Volksgezondheid, Artsen Zonder Grenzen, en Sciensano. Het ministerie van Defensie en Fedasil (het federale agentschap dat verantwoordelijk is voor asielzoekers) namen deel wanneer nodig. Het doel van deze bijeenkomsten (aanvankelijk drie keer per week, nadien wekelijks) was de opvolging van de evolutie van de epidemie in de woonzorgcentra, de identificatie van specifieke behoeften, de harmonisering van de procedures voor de aanpak van uitbraken van besmettelijke ziektes, en de analyse van epidemiologische gegevens. Het was een platform om ervaringen en oplossingen uit te wisselen, en de nood aan federale steun te bespreken.

Een update over het testen

Mensen testen op aanwezigheid van het virus is essentieel, omdat het helpt de risico's op besmetting te verkleinen en zo de overdracht van het virus kan beperken. Doelgericht testen, met name bij de meest kwetsbare mensen en het eerstelijnsperoneel, helpt dus om de epidemie onder controle te krijgen. Op 9 april lanceerde de Belgische federale overheid een initiatief om te testen in de woonzorgcentra, maar met een vrij beperkt aantal tests en een aanvankelijk vage strategie, die niet was aangepast aan de realiteit en de capaciteit van de woonzorgcentra. Voor dit initiatief werden ook twaalf woonzorgcentra in het Brusselse Gewest geselecteerd, en Iriscare vroeg hierbij om ondersteuning van Artsen Zonder Grenzen voor vier woonzorgcentra. Artsen Zonder Grenzen leidde ook teams van het FMM en Geneeskunde voor het Volk op om teststalen af te nemen. Deze interventie bleef vrij kort en beperkt, omdat anderen deze screenings konden doen. In de beginfase was het echter belangrijk om praktische en veilige begeleiding te bieden bij het hanteren van de swabs. Testen werd opgenomen als één van de thema's in de aangeboden didactische instrumenten.

Kader 3: Variaties per regio

Brussel: Op 21 maart 2020 bracht een team van Artsen Zonder Grenzen zijn eerste bezoek aan een van de grootste woonzorgcentra van de hoofdstad, samen met een arts van de GGC²¹. **In totaal werden 121 van de 138 woonzorgcentra in het Brussels Gewest gecontacteerd. 86 woonzorgcentra werden bezocht door een mobiel team, waarvan 81 door een team van Artsen Zonder Grenzen.**

Het volledige pakket aan activiteiten werd aangeboden, hoewel de **nadruk in Brussel meer lag op bezoeken dan op webinars**, door de fysieke nabijheid van alle centra. In vier woonzorgcentra hielp Artsen Zonder Grenzen bij de uitvoering van het pilootproject van Covid-19-testen. De teams boden ook ondersteuning bij het cohorteren.

Tijdens de bezoeken van de mobiele teams in Brussel bleek hoe groot de nood aan psychologische steun bij het personeel was. Weinig centra konden beroep doen op een psycholoog en de telefonische of online ondersteuning die verschillende verenigingen na het werk boden, was niet succesvol: het personeel was te vermoeid om er gebruik van te maken. De mobiele teams zetten daarom ter plaatse preventieve en proactieve acties op.

Na contacten met het MMF en het Rode Kruis werd een samenwerking op touw gezet om het aantal mobiele teams te vergroten. Tussen half april en half mei werden twee teams van elke organisatie getraind door Artsen Zonder Grenzen, via gezamenlijke bezoeken aan woonzorgcentra en webinars.

Vervolgens werden zes medewerkers van de GGC (drie van de dienst preventie en hygiëne en drie van de afdeling controle) opgeleid om te zorgen voor coördinatie en ondersteuning van de mobiele teams, bij een nieuwe golf van de epidemie. Sinds mei centraliseert de GGC de doorverwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg in de regio.



²¹ De GGC beheert voornamelijk zaken die op het tweetalige grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te maken hebben met persoonsgebonden kwesties, met inbegrip van bijstand en gezondheid. De diensten die belast zijn met de hygiëne en de preventie in de collectieve wooninstellingen, alsook met de controle en de certificering ervan, waren de partners van de mobiele teams.

Vlaanderen: Op 4 april besloot Artsen Zonder Grenzen om in Vlaanderen in te grijpen, na vergaderingen de dag voordien met het VAZG en na verschillende waarschuwingen van directeuren van woonzorgcentra, enkele CRA en zelfs IPC-verpleegkundigen van ziekenhuizen, die overladen werden met oproepen van woonzorgcentra. Het doel was om de OST van het VAZG te steunen op de meest getroffen plaatsen in de provincies Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant.

Artsen Zonder Grenzen richtte drie teams op. Het eerste gezamenlijke bezoek aan een woonzorgcentrum vond plaats op 8 april. **In totaal hebben de mobiele teams van Artsen Zonder Grenzen 21 woonzorgcentra bezocht, met 46 bezoeken, waarvan 6 met een OST.** De teams bezochten ook twee faciliteiten voor mensen met een handicap, en een gesloten centrum voor jongeren. Het pakket van activiteiten was vergelijkbaar met dat van het Brusselse Gewest.

Tijdens bijeenkomsten met het VAZG (twee keer per week) konden we behoeften identificeren, de prioriteitenlijst opstellen van de te bezoeken woonzorgcentra, protocollen bediscussieren, en de inhoud en vorm van de webinars bespreken. De belangrijkste gesprekspartners van Artsen Zonder Grenzen waren de OST. Anderzijds was de ruimte voor interactie met de hogere niveaus van het agentschap beperkt, en dat was zeker ook het geval voor de crisisgroep voor Covid-19 in woonzorgcentra²².

De mobiele teams zorgden voor psychologische eerste hulp en psycho-educatieve vorming in het merendeel van de bezochte centra, ook aan negen mensen met leidinggevende functies. Vanaf het begin werd overeengekomen dat Artsen Zonder Grenzen mobiele teams van VAZG zou opleiden en begeleiden tijdens de crisis, ook om de continuïteit van de activiteiten te bevorderen. Eind april liet Artsen Zonder Grenzen weten welke behoeften in de woonzorgcentra vastgesteld waren, in een samenvattend document met de doelstellingen, activiteiten en vereiste functieprofielen. Pas op 12 juni kwam de bevestiging dat de 15 gevraagde mobiele teams operationeel zouden zijn in de collectieve wooninstellingen in Vlaanderen (inclusief de woonzorgcentra), mogelijk vanaf juli. Intussen is de overdracht gebeurd aan de Infectiebestrijdingsdienst, die de coördinatie van de mobiele teams op zich neemt. Sinds medio juni wordt de psychosociale ondersteuning van het verplegend personeel verzorgd door de CGG.

Wallonië: Op 4 april besloot Artsen Zonder Grenzen de woonzorgcentra in Wallonië te ondersteunen. Het pakket van activiteiten uit Brussel werd overgenomen, maar met de nadruk op een bredere opleidings- en ondersteuningscomponent voor mobiele teams van andere organisaties – voornamelijk de FMM, het Rode Kruis, en AViQ. Dit gebeurde in het kader van het DISUW, dat op 14 april door het Waalse gewest werd opgericht. 80% van de bezoeken van Artsen Zonder Grenzen aan woonzorgcentra werd uitgevoerd in het kader van een dergelijke ondersteuning van een partner. In totaal werden 27 partnerteams getraind om het eerste bezoek aan de woonzorgcentra uit te voeren. Deze aanpak verhoogde niet alleen het aantal woonzorgcentra dat gebruik kon maken van steun ter plaatse, maar zorgde ook voor continuïteit van het model na de afloop van de interventie van Artsen Zonder Grenzen, en stimuleerde samenwerking binnen een lokaal netwerk van organisaties en instanties die woonzorgcentra steunden.

Van 10 april tot 12 juni hebben de mobiele teams van Artsen Zonder Grenzen deelgenomen aan vijftig procent van de uitgevoerde eerste bezoeken in 33 woonzorgcentra en tien opvangcentra voor mensen met een handicap. In totaal hebben 85 faciliteiten (op een totaal van 109 gecontacteerde) ten minste één bezoek gekregen van een mobiel team van het DISUW, waaronder 62 woonzorgcentra en 23 opvangcentra voor mensen met een handicap. Twee woonzorgcentra hadden een nauwere opvolging nodig, met verschillende bezoeken, waaronder de steun van een interdisciplinair ziekenhuis-team (o.a. een psychiater, een specialist in infectieziekten en een IPC-verpleegkundige) voor één van hen.

De meeste bezoeken vonden plaats in de provincie Luik (40), waar de begeleiding van de mobiele teams van het MMF begon, gevolgd door Henegouwen (29), Namen (24), Waals-Brabant (11) en Luxemburg (1). Voor de centra die geen bezoek konden krijgen, werd er training op afstand en de uitwisseling van ervaringen voorzien.

Om het werk van de teams van de partnerorganisaties te vergemakkelijken, werd voor elke fase van ondersteuning een standaardwerkwijze opgesteld, net als voor de verschillende instrumenten en webinars. Daarnaast werden de instrumenten (protocollen, affiches, video's) online gedeeld met andere organisaties. Aan het einde van de interventie werd een laatste webinar georganiseerd, speciaal voor de leden van AViQ, gezien hun rol als toekomstig aanspreekpunt (met de steun van het Rode Kruis). Het Waalse ministerie van Volksgezondheid heeft ook middelen vrijgemaakt voor 48 psychologen die een jaar lang geestelijke gezondheidszorg aan huis zullen verstrekken voor het personeel en de bewoners van onder andere woonzorgcentra.

²² Taskforce opgericht op 8 april door de regionale gezondheidsinstanties (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin).





Belangrijkste behoeften in woonzorgcentra

Bronnen

De waarnemingen die volgen zijn gebaseerd op een combinatie van verschillende analyses en bronnen, waaronder:

- **Kwalitatieve informatie** verzameld tijdens de bezoeken van de mobiele teams en tijdens gesprekken met de teams van het woonzorgcentrum.
- **De analyse van het evaluatie-instrument** (zie [kader 4](#)) voor woonzorgcentra. Dat werd door Artsen Zonder Grenzen ontwikkeld tijdens haar interventie en bevat gegevens van 121 bezochte centra (15 in Vlaanderen, 78 in Brussel en 28 in Wallonië)²³. Via dit instrument maakten de teams een soort momentopname van de situatie in het centrum, als aanvulling op de kwalitatieve informatie die ze verzamelden tijdens de besprekingen met de directie.
- **Een analyse van de follow-up-gesprekken** over de relevantie van de steun die door Artsen Zonder Grenzen werd gegeven, de opvolging van de voorgestelde aanbevelingen en de resterende noden.
- **De resultaten van een vragenlijst die eind mei 2020 naar alle woonzorgcentra in het land is gestuurd.** De vragenlijst is vooral gericht op de geestelijke gezondheid, maar bevat ook informatie over de afwezigheid van het personeel, de interne en externe doorverwijzingsmogelijkheden voor en tijdens de crisis, nieuwe psychologische symptomen bij personeel en bewoners, en de prioritaire behoeften aan toekomstige ondersteuning (buiten Artsen Zonder Grenzen). In totaal hebben 983 centra op deze enquête gereageerd, maar vooral uit Vlaanderen (88% tegenover 5% uit Brussel en 7% uit Wallonië).

Noot: deze kwalitatieve informatie en de kwantitatieve beoordelingen hebben zekere beperkingen, zowel in de tijd en in de gemaakte selectie van de criteria, als door het feit dat de mobiele teams actiever waren in Brussel dan in de rest van het land. Daarnaast werd de retrospectieve vragenlijst eind mei vooral beantwoord door woonzorgcentra in Vlaanderen. Ondanks deze beperkingen tonen de gegevens een zekere trend, die nuttig kan zijn om het beleid aan te passen en zich beter voor te bereiden op een nieuwe golf.

Capaciteit

De totale scores (een combinatie van de scores voor 11 specifieke domeinen) werden berekend en vergeleken tussen de regio's van het land. De resultaten laten zien dat er **niet veel verschil is tussen de regio's wat betreft de gemiddelde scores (zie [figuur 4](#))**. De paraatheid en reactiecapaciteit zijn vergelijkbaar in alle regio's.

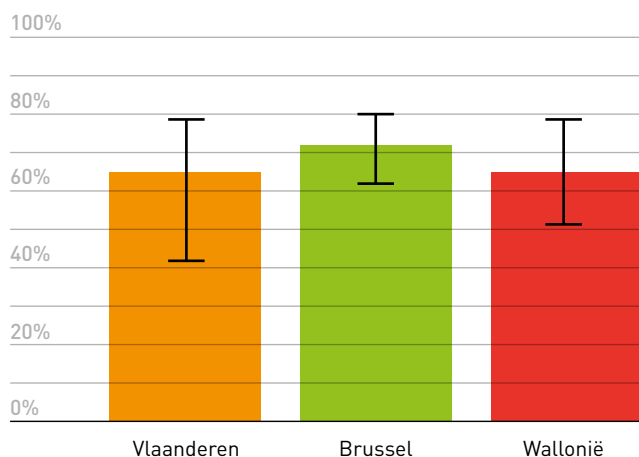
Niettemin scoort één op de zes woonzorgcentra minder dan de helft op alle geëvalueerde domeinen, wat duidt op een **bijzonder kritieke situatie voor sommige woonzorgcentra**. Deze trend was meer uitgesproken in Vlaanderen, waar 27% van de woonzorgcentra deze drempel niet haalde, tegenover 18% in Brussel en 7% in Wallonië).

In de bezochte woonzorgcentra was **de geestelijke gezondheidszorg de slechtst presterende sector** in de drie regio's, met een gemiddelde score van slechts 50%. Dit was slechter dan IPC, waarvoor de problemen gekend waren. Probleematisch waren ook het **gebrek aan beeldmateriaal** (zoals affiches voor gezondheidsvoorlichting en hygiëne) en **de situatie in de wasserijen en het afvalbeheer ([figuur 5](#))**.

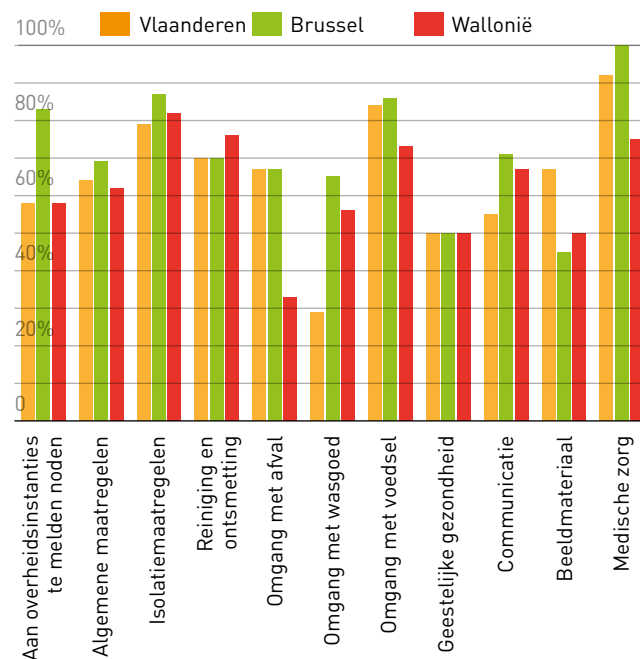
“In één van de rusthuizen vonden we een man die aan het sterven was, alleen, zonder verzorging en zonder zelfs maar een voorwerp dat hij kende, want hij was in een andere kamer gelegd. Er lagen uitwerpselen in de gang, er was geen eten in de koelkasten. De volgende dag was er een crisisvergadering met de verschillende betrokken partijen en overheden.”

²³ Niet alle bezochte WZC zijn in de analyse opgenomen, omdat het evaluatie-instrument geleidelijk aan werd ontwikkeld en evolueerde. WZC waarvan de gegevens met terugwerkende kracht gecodeerd konden worden, werden in de analyse opgenomen.

Figuur 4: Resultaten van AZG's evaluatie-instrument voor bezochte WZC: globale medianscores in 11 domeinen, per gewest (mediaan en interkwartiel bereik).



Figuur 5: Resultaten van AZG's evaluatie-instrument voor bezochte WZC: mediane subscores in 11 domeinen, per gewest.



Kader 4: De 11 domeinen van het evaluatie-instrument

1. De noden die aan de bevoegde instanties moesten gemeld worden (zoals aanwezigheid van maskers, crisiseenheden, reinigings- en ontsmettingsmiddelen, lijkzakken, enz.)

2. De algemene maatregelen (beschikbare voorzorgsmaatregelen, fysiek afstand houden, cohortvorming van patiënten met Covid-19, procedures voor bezoeken ter plaatse, enz.)

3. Maatregelen voor de verzorging van de bewoners in isolatie (toegewezen medisch personeel, duidelijke aanbevelingen voor PBM, geïdentificeerde zones voor het aan- en uitdoen van PBM, toegang tot maskers, handschoenen, enz.)

4. Reiniging en ontsmetting (virusdodend ontsmettingsmiddel, al dan niet gereinigde contactpunten, duidelijke aanbevelingen beschikbaar, enz.)

5. Afvalbeheer (al dan niet efficiënt circuit, pedaalemers, al dan niet beschermd personeel, enz.)

6. Beheer van het linnengoed (begeleiding voor families beschikbaar, efficiënt circuit, al dan niet beschermd personeel, enz.)

7. Voedselbeheer (circuit, maaltijden bij voorkeur in de kamer, methode van afruimen, Covid-19-kamers het laatst bediend, enz.)

8. Geestelijke gezondheid (tekenen van emotionele en psychologische reacties bij het personeel en de bewoners, aanwezige steun op de werkvloer, mogelijkheid om ernstige gevallen door te verwijzen, enz.)

9. Communicatie/informatiestroom (bestaande middelen, ondervonden moeilijkheden, kennisniveaus, opleidingsbehoeften en -instrumenten, enz.)

10. De beschikbaarheid van affiches en beeldmateriaal op strategische locaties (informatie over Covid-19, sociale afstand, handhygiëne, PBM-aanbeveling, enz.)

11. Het medisch toezicht op de bewoners (aanwezigheid van duidelijke zorgtrajecten, palliatieve ondersteuning, instrumenten voor het herkennen van tekenen van achteruitgang, het beantwoorden van de oproep naar het nummer 112, enz.)

Het is opmerkelijk dat in alle drie de regio's de **aanwezigheid van een hoofdverpleegkundige een significant positief effect** had, op alle domeinen (*figuur 5*). Ook de aanwezigheid van een crisiscel had een gunstig effect, zij het in mindere mate (*figuur 6*). Aangezien op het moment van de evaluatie slechts 72% van de woonzorgcentra een hoofdverpleegkundige had en 59% een crisiscel, zijn dit belangrijke werkpunten.

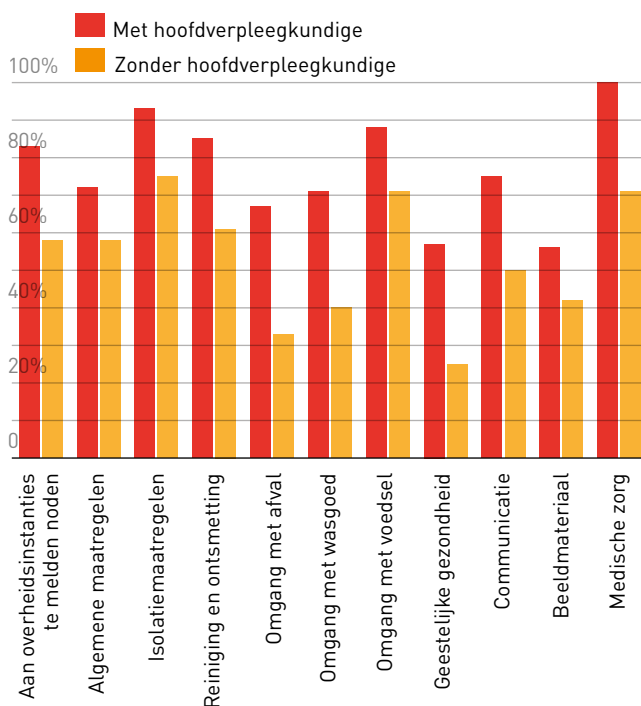
Het type van woonzorgcentrum (privaat, publiek of non-profit) speelde geen rol. Of een woonzorgcentrum tot een groep behoorde (commercieel of publiek) maakte wel een positief verschil, zij het in beperkte mate.

Ook blijkt uit de analyse dat de **woonzorgcentra zonder Covid-19-infecties niet noodzakelijk beter voorbereid waren of beter reageerden op de epidemie (mediaanscore van 76% versus 71%)**. Dit suggereert dat zij vooral geluk hebben gehad dat er op het moment van de evaluatie geen gevallen waren gerapporteerd, of dat de woonzorgcentra met Covid-19-besmettingen al meer hadden bijgestuurd, met een positief effect op hun scores.

Bovenop al bestaande tekortkomingen kwamen er **moeilijkheden om de benodigde hoeveelheden materiaal en reservevoorraden** te berekenen, om de juiste spoedbestellingen te kunnen doen bij de gezondheidsinstanties (als er materiaal beschikbaar was). Geconfronteerd met het gebrek aan leveringen hebben sommige woonzorgcentra met meer middelen hun toevlucht genomen tot alternatieve oplossingen, via directe online bestellingen, maar soms met twijfels over de kwaliteit van het aangekochte materiaal.

De impact van de Covid-19-crisis op de financiële draagkracht van woonzorgcentra, met name in kleine centra, is

Figuur 6: Resultaten van AZG's evaluatie-instrument voor bezochte WZC: vergelijking van resultaten in 11 domeinen volgens aanwezigheid van een hoofdverpleegkundige (mediane subscores).



een punt van bezorgdheid. Tijdens de crisis werden grote uitgaven gedaan, terwijl de bezettingsgraad van de bedden daalde na het overlijden van bewoners. De meeste van de bezochte woonzorgcentra hadden lege kamers. In sommige gevallen – wanneer de zorg- en IPC-organisatie dat toeliet – maakte dit het mogelijk om de bewoners te cohorteren, maar de economische levensvatbaarheid na de crisis en de leegstand van sommige kamers bij een eventuele tweede piek baren de woonzorgcentra zorgen.

Kader 5: Drie fasen in de epidemie, met verschillende noden

Tijdens de eerste fase van de interventie van Artsen Zonder Grenzen, toen het aantal besmettingen nog exponentieel toenam, waren dit de belangrijkste zorgen: gebrek aan materiaal en personeel, het ontbreken van duidelijke richtlijnen voor het gebruik van PBM, en angst voor overbezetting op de afdeling intensieve zorg in ziekenhuizen.

Tijdens de plateau fase, toen de testcapaciteit werd vergroot en het zorgpersoneel al enige ervaring met Covid-19 had opgedaan, ontstonden er zorgen over hoe de tests het best konden worden gebruikt en wat er met de resultaten gedaan moest worden. Op dat moment begonnen sommige woonzorgcentra bewoners te cohorteren op basis van testresultaten. De mobiele teams van Artsen Zonder Grenzen waren toen al twee weken aanwezig in de woonzorgcentra en konden advies en begeleiding geven bij de (her)organisatie van de zorg. De directies wilden vooral hun ervaring van de eerste fase delen en gerustgesteld worden over de genomen beslissingen en maatregelen. De psychologische ondersteuning van het personeel werd als topprioriteit aangeduid en de bezorgdheid over de geestelijke gezondheid van de bewoners nam toe.

Met het begin van de versoepeling van de lockdown ontstonden nieuwe zorgen, zoals de hervatting van medische zorg naast Covid-19 en hoe het contact met de buitenwereld (familiebezoek, externe professionals) en binnen de muren (activiteiten voor bewoners) kon worden vergroot zonder dat het risico op besmetting opnieuw zou toenemen.

Personeel

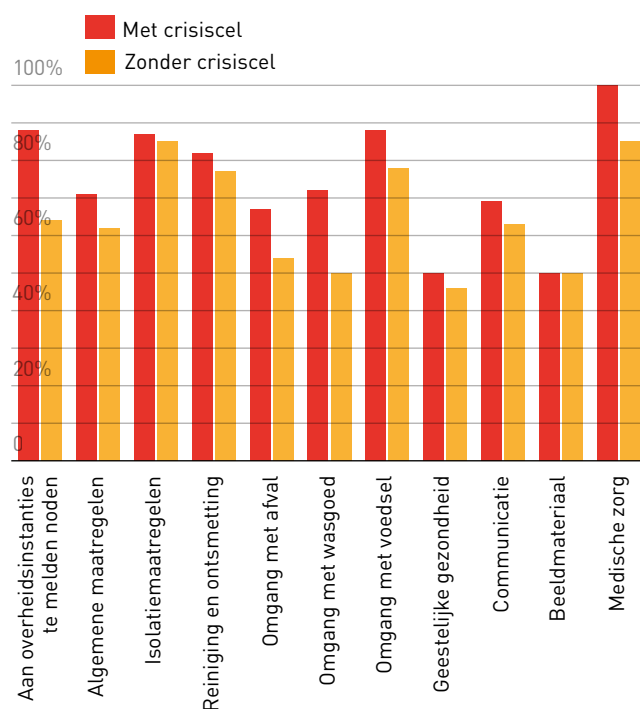
“Het ziekenhuispersoneel werd toegejuicht, maar het personeel van de woonzorgcentra, dat ook in de frontlinie stond, werd over het hoofd gezien. Erger nog, ze werden gestigmatiseerd.” (Coördinator van Artsen Zonder Grenzen)

Gebrek aan personeel tijdens de crisis

Het personeel van de woonzorgcentra kreeg weinig erkenning. Dit zijn de belangrijkste problemen waarmee zij te maken kregen:

- **Grote afwezigheid van personeel** (zie [figuur 8](#)), door angst of ziekteverlof, waardoor een al precare situatie van vóór de crisis nog werd verergerd.
- **Het reeds bestaande gebrek aan middelen** in de sector, met een directe impact op de op de moeilijke (fysieke en mentale) werkomstandigheden.
- **Gebrek aan investeringen in de kennis en vaardigheden van het personeel** (met name in IPC), een gebrek aan permanente vorming, terwijl een groot deel van het personeel in de woonzorgcentra geen verpleegkundigen maar zorgkundigen zijn.
- **Verwarring over de rolverdeling en weinig personeelsbijeemkomsten.**
- **Een duidelijke daling van het aantal bezoeken van huisartsen en in sommige gevallen van de CRA.** Dat maakte het complexer voor zorgpersoneel om voor de gezondheid van de bewoners te zorgen. Soms moest een verpleegkundige in plaats van een arts beslissingen nemen over een patiënt.
- **Met technisch personeel (schoonmaakploegen, keukenpersoneel, enz.) en vrijwilligers werd geen rekening gehouden in de officiële richtlijnen en protocollen, hulpmiddelen en voorlichtingssessies,** ondanks hun essentiële rol en de risico's waaraan ze werden blootgesteld.

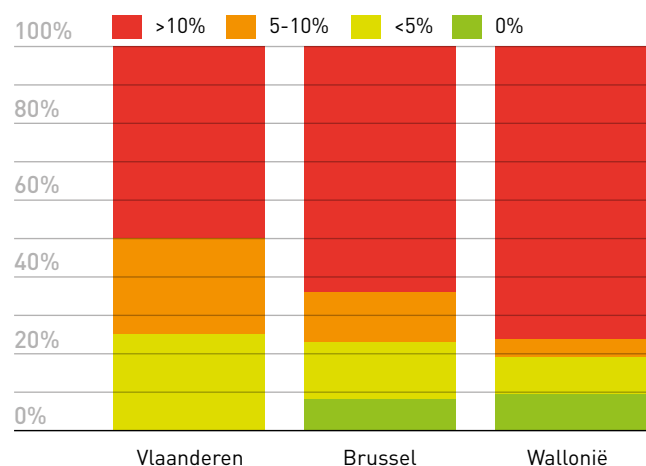
Figuur 7: Resultaten van AZG's evaluatie-instrument voor bezochte WZC: vergelijking van resultaten in 11 domeinen volgens aanwezigheid van een crisiscel (mediane subscores).



Stress en spanningen onder het personeel

- **Personeel in de woonzorgcentra voelde zich schuldig** omdat ze misschien bewoners hadden besmet. Daarbovenop werden ze **gestigmatiseerd** door de maatschappij, in hun onmiddellijke omgeving of in de media. Sommigen meldden ons dat ze als incompetent werden gezien, verantwoordelijk werden geacht voor de dood van de bewoners en als risico werden gezien voor besmetting door vrienden en/of familie. Sommige zorgmedewerkers deelden ook de frustratie dat ze niet in staat waren om de nodige ondersteuning te bieden aan bewoners met psychologische problemen. Ook de **druk van de families** van de bewoners woog zwaar op het personeel.
- **De medewerkers die tijdens de piek van de crisis afwezig waren, voelen zich minder goed geïnformeerd en voorbereid op een nieuwe golf.** Ze voelden zich “veroordeeld” door collega's die “in de frontlinie waren gebleven”. Daardoor ontstonden er spanningen.
- **Het personeel voelt zich in de steek gelaten door de buitenwereld en door de overheid,** terwijl het zich uit de naad werkte. Een medewerker van een mobiel team legt uit: *“Eén verpleegkundige had op twee weken tijd zowel haar vader als haar grootvader aan Covid-19 verloren. Ze was naar het ziekenhuis gegaan om hen te zien, maar werd niet aan hun bed toegelaten. Ondanks haar verlies en verdriet is ze toch blijven werken.”*
- Het personeel heeft sterk geleden onder het **gebrek aan psychosociale ondersteuning,** zowel preventief als curatief. Het risico op een groot aantal burn-outs en posttraumatische syndromen in de komende weken en maanden is reëel en nu al waarneembaar. De psychologische impact van de crisis op het personeel en de bewoners wordt verder behandeld in het hoofdstuk over geestelijke gezondheid.

Figuur 8: Afwezigheden van het personeel, zoals gemeld door de WZC die AZG bezocht.



Infectiepreventie en -controle

Volgens de woonzorgcentra die eind mei de enquête invulden, is slechts 36% van de woonzorgcentra gespaard gebleven van het virus, terwijl bij 34% meer dan 10% van de bewoners besmet was. Dat geeft aan dat de **meeste van deze woonzorgcentra rechtstreeks door Covid-19 zijn getroffen**. Eenmaal binnen, verspreidde het virus zich snel, grotendeels als gevolg van ontoereikende of zelfs onbestaande IPC.

In eerste instantie rees de vraag of in een land als België de steun van Artsen Zonder Grenzen ook een basistraining in hygiëne zou moeten omvatten. De noodzaak hiervan bleek al snel. De bezochte woonzorgcentra hadden veel tekortkomingen en behoeften op dit vlak. Vaak bestonden die behoeften al voor de crisis, en werden ze nog verergerd toen het virus eenmaal in het centrum was. Wanneer het virus aanwezig was, moest de aandacht uitgaan naar infectiecontrole in plaats van preventie. De gevolgen daarvan zijn vandaag bekend. In sommige woonzorgcentra leidde dat zelfs tot twee gelijktijdige virus epidemieën (SARS-CoV-2 en norovirus).

De belangrijkste behoeften voor IPC kunnen als volgt worden samengevat:

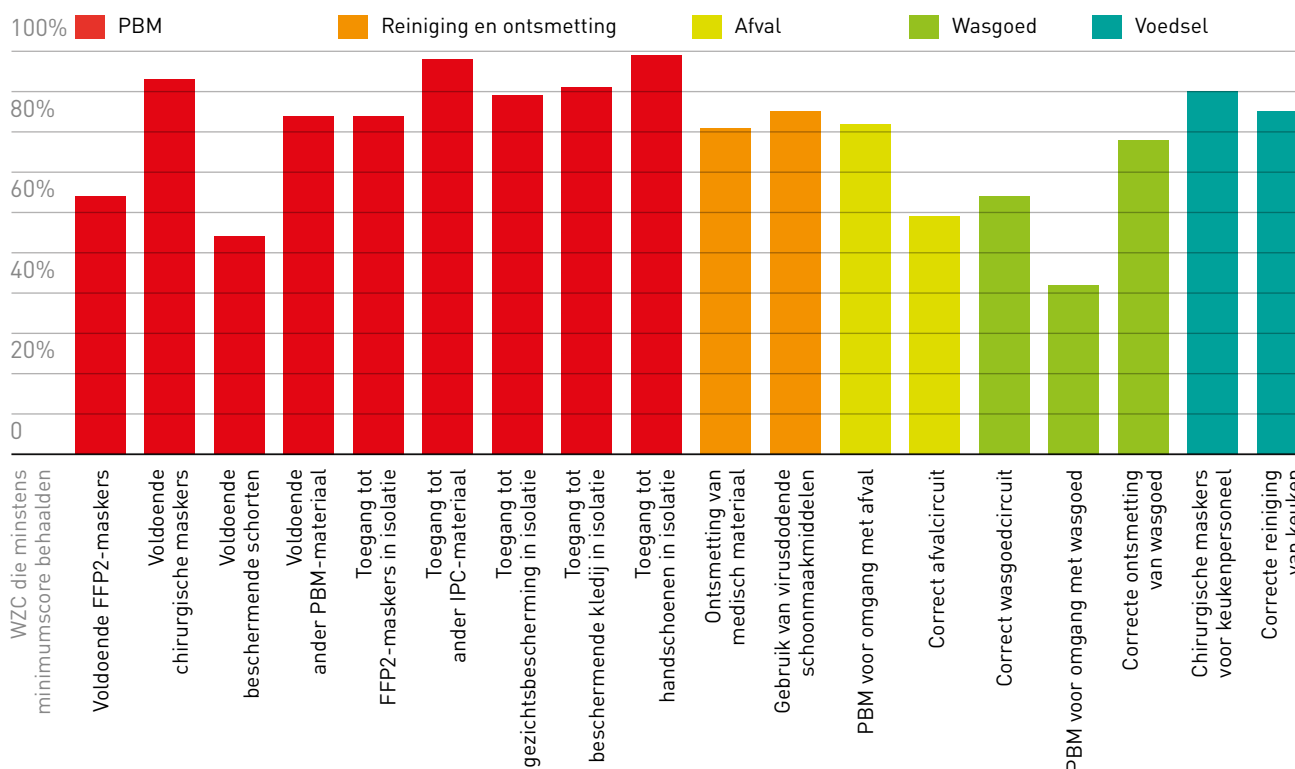
– **Gebrek aan PBM**, waardoor sommige personeelsleden wekenlang geen of onvoldoende bescherming kregen (vooral zij die geen direct contact met zieke bewoners hadden). Uit onze evaluatie blijkt dat **slechts 64% van de bezochte centra over voldoende FFP2-maskers beschikte. In slechts 54% van de woonzorgcentra was er voldoende beschermende kledij beschikbaar. Het personeel dat verantwoordelijk was voor het linnengoed, beschikte slechts in 42% van de woonzorgcentra over PBM.**

Het verschil in persoonlijke bescherming tussen het eerste-lijns-personeel in de woonzorgcentra en daarbuiten was duidelijk zichtbaar en moeilijk te aanvaarden voor het personeel van de woonzorgcentra. De projectcoördinator van Artsen Zonder Grenzen in het Brussels Gewest zegt:

“Een van de hardst getroffen woonzorgcentra die we bezochten, meldde dat het geen beschermende uitrusting had. Op een dag stond een team van paramedici gekleed als ‘astronauten’ voor de deur, die gedurende ongeveer 30 minuten hun ambulance ontsmetten. De mensen van het woonzorgcentrum voelden zich meer dan ooit in de steek gelaten, van geen tel tijdens de noodtoestand.”

- Tijdens de epidemie waren de kennis en de controlemaatregelen (**reiniging en desinfectie**) in de praktijk volledig ontoereikend:
 - **15% van de bezochte centra beschikte niet over virusdodende producten.**
 - **De ontsmetting van medisch materiaal was in 19% van de woonzorgcentra onvoldoende.**
 - Wat betreft het beheer van het linnengoed had **64% van de bezochte woonzorgcentra het aangewezen aparte circuit voor vuil en schoon linnengoed.**
 - **Dezelfde vaststelling in de keukens: slechts 59% van de centra beschikte over een geschikt circuit voor het afval.** De technische diensten hadden duidelijk nood aan een basisbegeleiding.
- Kennis en informatie schoten te kort:
 - **Slechts 53% van de geëvalueerde centra vond dat hun personeel voldoende geïnformeerd was over Covid-19.** Extern personeel zoals uitzendkrachten, schoonmaakbedrijven of vrijwilligers, worden hier buiten beschouwing gelaten, maar ook zij waren zeker niet altijd voldoende

Figuur 9: Resultaten van AZG's evaluatie-instrument voor bezochte WZC: aandeel van de centra die minstens de minimumscore behaalden, per indicator.



geïnfomeerd. Het kennisniveau lag al laag vóór de crisis en een gebrekkige toepassing van standaard voorzorgsmaatregelen werd toen al vastgesteld, zelfs bij sommige huisartsen en CRA. (In tegenstelling tot ziekenhuizen beschikken woonzorgcentra niet over experts, audits en continue vorming.)

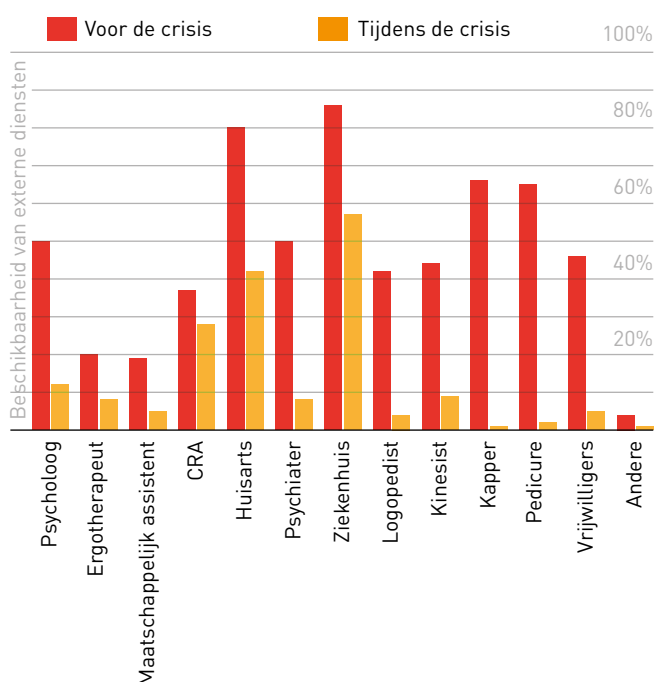
- De aanbevelingen en richtlijnen waren onduidelijk en vaak niet aangepast aan de realiteit van woonzorgcentra. Dat leidde tot problemen bij het cohorteren van patiënten volgens hun Covid-19-status, en de aanpassing van circuits voor besmet linnengoed, afval en medisch materiaal.

Een gezondheidsvoorlichter legt uit:

“De IPC-maatregelen waren soms echt helemaal ontoereikend. In sommige centra zagen we personeel dat zich had beschermd door vuilniszakken als schort te gebruiken. Anderen waren wel gekleed in volledige PBM, maar gingen zonder zich te ontsmetten van kamer naar kamer, waardoor het virus kon worden overgebracht. In nog andere gevallen was de vloer kleverig geworden omdat te veel chloor was gebruikt om te ontsmetten, om nog maar te zwijgen van de giftige dampen die vrijkwamen. Het was duidelijk dat de hygiëne in sommige centra al voor de crisis zeer zwak was. Zo zagen we in één centrum zelfs een rat in de keuken lopen.”

Dit gebrek aan kennis en informatie, in combinatie met de afwezigheid van systematische screening van personeel en bewoners (in ieder geval tot midden april), hebben geleid tot een toename van het aantal besmettingen binnen de centra en een nooit geziene impact op de gezondheid - en het leven - van het personeel, de bewoners en hun families.

Figuur 10: Resultaten van AZG's bevraging bij WZC: beschikbaarheid van externe diensten voor WZC vóór en tijdens de crisis.



Zorgorganisatie en medische behandeling

Volgens onze bevraging eind mei, is het **bezoek van huisartsen aan de woonzorgcentra tijdens de crisis gehalveerd**, in vergelijking met daarvoor (*figuur 10*). Het gebrek aan PBM, gecombineerd met de angst voor het virus (bij de huisartsen zelf maar ook bij de directie van de centra) en de barrière van hun eigen leeftijd, had een grote impact op de medische opvolging van de bewoners.

CRA moesten plots - als ze nog aanwezig waren - **beslissingen nemen over patiënten die ze niet opvolgden. Dat heeft de kwaliteit van de medische zorg voor de bewoners doen dalen. Het bemoeilijkte ook de bepaling van de therapeutische aanpak en de beslissing om een patiënt al dan niet door te verwijzen.**

Tekorten over heel de lijn (PBM, tests, begeleiding en duidelijke aanbevelingen), overwerkt en onvoldoende personeel, ontoereikende hygiëne- en ontsmettingsmaatregelen en een leefomgeving die ongeschikt is voor een medische respons van deze omvang, maken het beeld compleet. Slechts 68% van de woonzorgcentra screenden hun bewoners. In slechts 78% van de centra werden mogelijk besmette mensen in één-persoonskamers geplaatst. In slechts in zes op tien centra werden mensen met een bevestigde Covid-19-besmetting geïsoleerd of gecohorteerd. Deze trend werd bevestigd door de enquête eind mei: net iets meer dan de helft van de woonzorgcentra cohorteerde de bewoners.

De cijfers tonen een duidelijke afname van het aantal doorverwijzingen van bewoners en van de mogelijkheid om medische hulp van buitenaf in het woonzorgcentrum te krijgen. **Woonzorgcentra konden tijdens de crisis slechts 57% van bewoners die medische zorg nodig hadden naar het ziekenhuis doorverwijzen, tegenover 86% voordien.**

Slechts iets meer dan 70% van de woonzorgcentra die bezocht werden, meldde dat alle oproepen aan de hulpdiensten (noodnummer 112) adequaat werden beantwoord.

De criteria voor acceptatie of weigering van een patiënt door deze diensten waren vaak onduidelijk. Voor sommige bewoners in ernstige nood - bewoners die wilden blijven leven en doorverwezen wilden worden - gebeurde dit niet, voor anderen dan weer wel. Sommige directieleden van woonzorgcentra vertelden dat de ambulanciers bij aankomst voor de deur vroegen: *“Hebben jullie zuurstof? Dan nemen we de bewoner niet mee. Geef hem/haar meer morfine.”*

In andere gevallen hadden de ambulanciers van het ziekenhuis de opdracht gekregen om geen patiënten boven een bepaalde leeftijd mee te nemen, vaak tot 75 maar soms zelfs 65 jaar. Deze situatie werd door Artsen Zonder Grenzen aan de kaak gesteld in een persbriefing midden april. Daarin werd gesteld dat: *“...de maatregelen die in de eerste fase werden genomen om de opnamecapaciteit van de ziekenhuizen te beschermen waren toen misschien logisch, maar het is tijd om de strategie aan te passen.”* (Arts en coördinator van de interventie van Artsen Zonder Grenzen).

Tot slot moet worden opgemerkt dat het **gebrek aan zorgtrajecten en behandelingsplannen** (in slechts 71% van de gevallen systematisch aanwezig) en ook **bepalingen over het levenseinde** (in slechts 70% van de woonzorgcentra aanwezig) de organisatie van de zorg voor ernstig zieke bewoners sterk heeft bemoeilijkt.

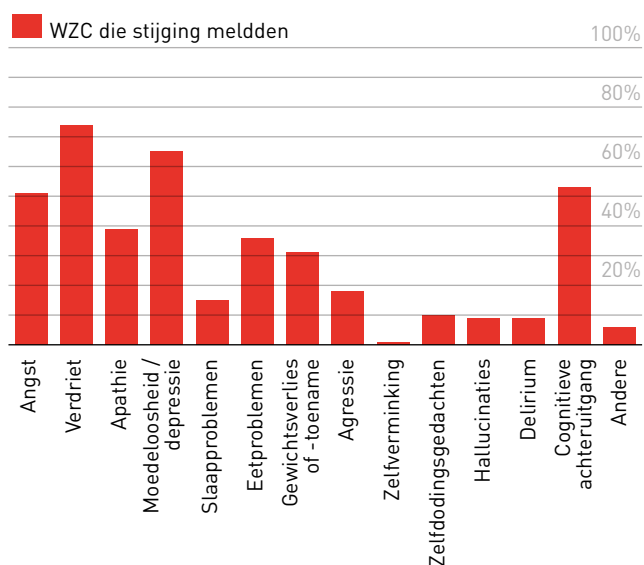
Geestelijke gezondheid

De emotionele en psychische problemen die tijdens de Covid-19-crisis zijn waargenomen, zijn tekenend voor de impact die de crisis heeft gehad op de geestelijke gezondheid, zowel van het personeel als de bewoners. Dit geldt in het bijzonder voor ouderen die in een gesloten omgeving leefden, geïsoleerd waren of leden aan cognitieve achteruitgang. Ze waren boos, gestrest, geagiteerd, teruggetrokken of overmatig wantrouwig. **Onder het personeel waren gevoelens van machteloosheid en uitzichtloosheid, angst, paniek, verdriet, schuldgevoelens en boosheid** de meest voorkomende symptomen die door onze psychologen werden waargenomen.

“Tijdens een groepsessie verliet de ergotherapeute de kamer in tranen. Eén van de bewoners met wie ze een hechte band had, was gestorven, alleen en zonder afscheid te kunnen nemen. Erger nog, ze vreesde de bewoner in kwestie zelf te hebben besmet.” (psycholoog van Artsen Zonder Grenzen)

Volgens de enquête eind mei, **waren negen van de tien centra getuige van verergerde of nieuwe psychische symptomen onder de bewoners**, met bovenaan de lijst: **verdriet, depressie en achteruitgang van de cognitieve vaardigheden**. Van de bevroegde centra meldde ongeveer 10% een **toename van de zelfmoordgedachten onder de bewoners**, evenals het overwegen van beroep te doen op euthanasie (opgenomen in de categorie “Overige” in [figuur 11](#)). Dat bevestigt bij de bewoners van de woonzorgcentra een **toename van de wens om het leven op te geven**.

Figuur 11: Resultaten van AZG’s bevraging bij WZC: stijging van psychische symptomen bij WZC-bewoners tijdens de crisis.



Contact met familie, bezoeken, wandelingen in de open lucht, fysiek contact en contact met andere bewoners waren de grootste behoeften van de bewoners tijdens de crisis, opnieuw volgens dezelfde enquête.

Deze acute behoeften in geestelijke gezondheidzorg van zowel het personeel als de bewoners werden aanvankelijk niet als prioriteiten beschouwd tijdens deze epidemie, maar het is cruciaal om ze nu te aan te pakken. Dat wordt als dusdanig erkend – zowel door het management van de woonzorgcentra als door de gezondheidsinstanties op federaal en gewestelijk/gemeenschapsniveau. Nu moeten we de daad bij het woord te voegen om op korte en middellange termijn beter aan deze behoeften tegemoet te komen.

“Vroeger was er geen ruimte voor reflectie over psychosociale kwesties. Maar nu zien we heel duidelijk hoe wezenlijk die behoefte is.” (Antwoord van een verpleegkundige in de enquête)

Informatiedoorstroming

Zoals blijkt uit [figuur 5](#) was het **gebrek aan beeldmateriaal** (zoals affiches over gezondheidsvoorlichting en hygiëne) een van de zwakste punten in de woonzorgcentra die onze teams bezochten. Ook de **communicatie was niet optimaal**. Er waren tekortkomingen in de kennis van het personeel over Covid-19 en het besmettingsgevaar, en in de communicatie met het personeel, de bewoners, de families, enz.

Te veel aanbevelingen, protocollen en richtlijnen van de gezondheidsinstanties (maar ook van medische verenigingen, groepen die toezicht houden op de woonzorgcentra, de media, etc.), het **gebrek aan duidelijkheid** (vaak waren de aanbevelingen niet praktisch) en de **kloof tussen wat werd vooropgesteld en de realiteit binnen de woonzorgcentra** hebben deze communicatie in grote mate verstoord. Hierdoor werd de controle over de situatie verder ondermijnd, en de reputatie van de woonzorgcentra en hun personeel aangetast.

Het duidelijkste voorbeeld van deze kloof was ongetwijfeld de beslissing van de Nationale Veiligheidsraad, midden april. Die gaf toen opnieuw toestemming voor bezoeken aan woonzorgcentra (voor één vooraf aangewezen persoon). Deze beslissing werd de volgende dag op alle niveaus aangeklaagd, zowel op federaal, gemeentelijk als op het niveau van de directie van sommige woonzorgcentra; en ook door Artsen Zonder Grenzen: gelet op de nog steeds erg hoge besmettings- en sterftecijfers in de woonzorgcentra, waarschuwden we voor de risico’s van deze premature beslissing.

De mismatch tussen de begeleiding, de verwachtingen en de capaciteiten van woonzorgcentra heeft ook geleid tot verwarring en toenemende stress bij het personeel, bewoners en hun families:

- Rationeel gebruik van PBM was vanaf begin maart verplicht. Hierdoor werd het personeel verplicht om bepaalde beschermingsmiddelen herhaaldelijk te gebruiken. Dat was echter niet altijd haalbaar, omwille van de beperkte wascapaciteit, omkleedruimtes, enz.
- Voor de cohortering was een volledige aanpassing en herstructurering van de ruimte nodig. Bewoners moesten worden heringedeeld op basis van hun status (negatief, vermoedelijke of bevestigde besmetting met SARS-CoV-2). Dit was vaak niet haalbaar in de beschikbare ruimte en had een grote psychologische impact op bewoners die gedwongen werden om te verhuizen uit de kamer waar ze soms al jaren wonen.
- De zorgmedewerkers wisten niet altijd welke richtlijnen ze moesten volgen, door een gebrek aan duidelijkheid en omdat de aanbevelingen voortdurend wijzigden.

“Zelfs voor de crisis wisten ze soms niet wanneer ze handschoenen moesten dragen. Anderen droegen twee paar handschoenen over elkaar. Sommige woonzorgcentra die voornamelijk mensen met dementie huisvestten, kregen de opdracht om de bewoners in hun kamer te houden, wat gewoonweg niet mogelijk was.” (Medewerker van Artsen Zonder Grenzen)

- Sommige groepen hadden hun leden-woonzorgcentra verteld dat ze geen tijdelijk personeel mochten aannemen. Daardoor kwamen sommige centra in ernstige problemen, ook al had de overheid geen richtlijnen in die zin gegeven.
- Een ander geval meldt dat de families van de bewoners een bericht hadden ontvangen van de directie dat alles in orde was, ook al hadden ze net mensen verloren aan Covid-19 in hun eigen centrum.

Er waren ook problemen bij het verzamelen en doorgeven van de informatie voor epidemiologische surveillance:

- Ondanks inspanningen om de vele verschillende datacollectiesystemen tijdens de crisis op mekaar af te stemmen, was de surveillance weinig coherent tussen de verschillende gewestelijke en gemeenschapsentiteiten. De Waalse en Vlaamse regio's hadden elk hun eigen systeem en moesten vervolgens hun resultaten invoeren in het federale systeem van Sciensano. De woonzorgcentra in Brussel en de Duitstalige Gemeenschap daarentegen voerden hun gegevens dan weer rechtstreeks in het centrale systeem (LimeSurvey).
- **De woonzorgcentra stonden onder druk** van sommige instanties om de data in te vullen, terwijl er bij de directie van de woonzorgcentra onduidelijkheid bestond over welke data precies nodig waren. Daarnaast vulden **sommige woonzorgcentra de data niet systematisch in**, wat de rapportering en dus de bepaling van de nodige extra steun bemoeilijkte.
- Aanvankelijk werden de epidemiologische surveillancerapporten als vertrouwelijk beschouwd. Daardoor konden de woonzorgcentra hun gegevens niet opvolgen en konden ze noch de ernst van hun situatie, noch hun positie in het epidemiebeeld inschatten. Sommige directies vertelden dat zij deze druk en dit **gebrek aan transparantie** ervaarden als een teken dat de gegevens vooral nuttig waren in de voorbereiding op een toestroom van patiënten voor de ziekenhuizen,

meer dan om de ernstige behoeften binnen de woonzorgcentra te begrijpen, extra steun te geven en een aangepaste operationele strategie voor de centra uit te werken.

- In het begin **was de terugkoppeling** van de analyse van de epidemiologische gegevens **naar de woonzorgcentra** niet geschikt om hen inzicht te geven in hun situatie.

Belangrijkste noden volgens de woonzorgcentra

Uit de voornaamste antwoorden op de enquête eind mei blijkt dat de woonzorgcentra aanvullende ondersteuning zelf nodig vinden om hun bewoners in de toekomst beter te kunnen helpen:

- **Opleiding en psychosociale ondersteuning van het personeel ('hulp aan de helpers')**
- **Voldoende medisch personeel in het woonzorgcentrum**
- **Psychosociale ondersteuning van de bewoners, via een psycholoog binnen de instelling en via doorverwijzing**

Er werd ook gewezen op de behoefte aan steun voor religieuze aangelegenheden, aan een betere toegang voor families tijdens een epidemie, en op de noodzaak van vorming voor de directie van de woonzorgcentra.

Lessen uit de interventie en feedback van de woonzorgcentra

Initieel werden er binnen Artsen Zonder Grenzen vragen gesteld over de toegevoegde waarde van een interventie voor een zeer beperkte periode in een land zoals België, waarbij de nadruk voornamelijk ligt op technische expertise, in een omgeving waarmee we niet vertrouwd zijn. Vandaag bestaat daar geen twijfel meer over.

Voor de woonzorgcentra: de externe steun van de teams van Artsen Zonder Grenzen, op maat en “neutraal”, werd op prijs gesteld. Aanvankelijk waren sommige woonzorgcentra bezorgd over de komst van mobiele teams, overtuigd dat het zou gaan om inspectie en controle, zonder concrete steun om oplossingen te vinden. Vaak werden we verrast door de dankbaarheid voor de concrete begeleiding, maar ook omdat er luisterbereidheid en ruimte voor discussie was. Dit was vooral belangrijk tijdens het eerste contact, wanneer de ontsteltnis en het gevoel in de steek gelaten te zijn, overheersten. Als sterke punten werd vermeld dat de teams praktische aanbevelingen deden en op dringende vragen konden antwoorden, zonder de specifieke behoeften en beperkingen van de instelling te vergeten. Het werd ook geapprecieerd dat Artsen Zonder Grenzen standpunten innam en beslissingen nam, zelfs bij wetenschappelijke onzekerheid over bepaalde kwesties, en transparant was over deze onzekerheden. Wat ter plaatse, tijdens het bezoek, werd gezegd, werd over het algemeen het best onthouden en uitgevoerd. Bovendien werd het belang van lokale netwerken tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen aangetoond, waarbij (zelfs zonder formele conventie) steun werd gegeven door experts uit de ziekenhuisteam in de buurt (op het gebied van hygiëne, infectiologie, psychiatrie of geriatrie).

Uit de analyse van de bezoeken en de opvolgingsgesprekken blijkt ook dat de aanbevelingen grotendeels zijn uitgevoerd na het bezoek. Wanneer dat niet het geval was, was dat vooral te wijten aan een gebrek aan tijd en middelen, of omdat ze niet aangepast waren aan de realiteit van het woonzorgcentrum. Een voorbeeld hiervan is dat sommige woonzorgcentra het zich niet konden veroorloven om driemaal per week de reiniging en desinfectie uit te voeren; deze aanbeveling hield reeds een aanpassing in van de oorspronkelijke instructies om dit dagelijks te doen.

Deze elementen tonen aan hoe belangrijk het is om algemene richtlijnen om te zetten naar concrete steun ter plaatse, binnen de instelling, aangepast aan de verwachtingen van de woonzorgcentra en daar waar de nood het hoogst is. Ze laten ook zien hoe een aanpak op basis van een team van twee of drie personen een groot verschil kan maken. Dit is ook gemakkelijk elders te herhalen en toe te passen.

Voor Artsen Zonder Grenzen: deze interventie liet ons toe onze praktische kennis over Covid-19 uit te breiden en een expertise op te bouwen rond de realiteit van de woonzorgcentra. Dit zal nuttig zijn voor het bijstellen van onze aanpak in andere programma's in België en elders. We hebben het nut gezien van een multidisciplinaire aanpak van de infectiepreventie en -controle, buiten het strikte kader van de zorgverlening. Een gecombineerde aanpak met webinars, praktische training ter plaatse en de ontwikkeling van hulpmiddelen die online beschikbaar blijven, wierp zijn vruchten af. Het liet ons toe het aantal bezoeken aan de woonzorgcentra te rationaliseren en tegelijk een groter aantal centra te steunen met advies en praktische instrumenten.

Uit deze interventie leerden we ook hoe deze crisis grote behoeften in geestelijke gezondheid veroorzaakte, en zeker in dit soort omgeving. Dit besef wordt ook gedeeld door de woonzorgcentra zelf. Zij zien de behoefte aan psychosociale steun als de volgende grote prioriteit. We zagen tijdens deze interventie ook dat psychologische steun ter plaatse effectiever is dan telefonisch of via websites.

Algemeen: door de erkenning van de ervaring van Artsen Zonder Grenzen met epidemieën en onze positie buiten het bestaande gezondheidssysteem, was het mogelijk om mensen samen te brengen, links te creëren, gemakkelijk informatie te delen en andere actoren te vormen en te ondersteunen, ongeacht hun professionele achtergrond of functie in het gezondheidssysteem.

Dat Artsen Zonder Grenzen werd toegelaten tot de verschillende vergaderingen die de noodhulp coördineerden (zowel op federaal als op regionaal niveau), verhoogde de doeltreffendheid van onze interventie, terwijl de verschillende instanties de leiding behielden en onze activiteiten op lange termijn worden voortgezet. Hierdoor konden we ook bepaalde strategieën en aanbevelingen beïnvloeden, hoewel in mindere



mate wat betreft het federale beleid. **Globaal gezien was de samenwerking met de overheid vruchtbaar. Dat neemt niet weg dat men veel te laat beseftte hoe ernstig de situatie in de woonzorgcentra was.** De veel te trage reactie daarop – ook van Artsen Zonder Grenzen – zal een grote mislukking blijven, een falen dat niemand mag vergeten.

De interactie en de betrokkenheid waren niet overal gelijk. **Terwijl er met het centrale OMG-platform in Brussel een zeer goede, inclusieve samenwerking was, verliep dit moeizamer in Vlaanderen.** Dit is waarschijnlijk deels te verklaren door onze eerdere projecten in Brussel voor kwetsbare migranten en mensen zonder papieren, en doordat deze interventie een zeer groot aantal Brusselse woonzorgcentra ondersteunde. In tegenstelling tot de frequente uitwisselingen met de teams van het VAZG, kwam de interactie met de hogere organen van het agentschap en met het Vlaamse ministerie voor Welzijn en Volksgezondheid moeilijker tot stand. Onze herhaalde verzoeken (sinds begin april) om de overname van onze activiteiten en een invoering van het model van de mobiele teams kregen pas na ongeveer 6 weken gehoor. Een ander voorbeeld: ondanks onze herhaalde verzoeken kregen wij geen toegang tot de verschillende werkgroepen van de Taskforce Collectieve Verblijven die door het kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid werd opgericht, met uitzondering van de werkgroep rond psychosociale gezondheid (en dan nog pas laat). Hoewel de inspectiediensten van het VAZG vóór de Covid-19-epidemie al een vijftigtal woonzorgcentra als precair hadden aangeduid – en deze waarschijnlijk meer behoefte

hadden aan ondersteuning tijdens de epidemie – werd deze lijst nooit gedeeld, noch met de eigen preventieteams van het agentschap noch met Artsen Zonder Grenzen.

Ten slotte had de **betrokkenheid van verschillende organisaties uit het maatschappelijk middenveld** (medische verenigingen en federaties, ngo's, het Rode Kruis, psychologenverenigingen, ...) een **grote toegevoegde waarde**. **Dat speelde** een belangrijke rol bij het antwoord op deze crisis. Hun verworven ervaring is van **cruciaal belang** om maatregelen en strategieën bij te sturen tijdens de volgende respons.

Desalniettemin ligt de verantwoordelijkheid voor een **structurele voorbereiding op een nieuwe Covid-19-golf** in de woonzorgcentra **eerst en vooral bij de overheid**. Haar beleid zal het welzijn van de bewoners – en uiteindelijk hun gezondheid en leven – bepalen.

Aanbevelingen

Door hun leeftijd en door veel voorkomende onderliggende aandoeningen, behoren bewoners van woonzorgcentra tot de meest kwetsbare groepen voor Covid-19. Bovendien leven mensen in de woonzorgcentra dicht bij elkaar en gebruiken ze gemeenschappelijke ruimtes en materiaal. Het risico is des te groter, omdat niet iedereen die besmettelijk is ook symptomen vertoont. Bij een volgende golf zal het personeel van de woonzorgcentra, dat nu al uitgeput is door de impact van de eerste golf, zich weer in de frontlinie bevinden.

Hoe doeltreffend dit cruciale eerstelijns personeel, dat zelf blootgesteld is aan hoge risico's, zal kunnen reageren op een tweede golf, zal vooral afhangen van de aangepaste steun door de verschillende overheden die verantwoordelijk zijn voor de gezondheid en het welzijn van de mensen in de woonzorgcentra.

Een aantal pijnlijke lessen uit deze eerste golf in de woonzorgcentra in België dient zich aan, om de veerkracht en de paraatheid te versterken voor een volgende golf. Daarom **bevelen wij enkele dringende veranderingen aan voor een betere reactie:**

- Binnen de complexe structuur van de politieke verantwoordelijkheden in België zijn er extra inspanningen nodig om incoherenties te vermijden bij de aanpak van een uitbraak zoals die van Covid-19. **Er moet duidelijkheid komen over wie wat doet tijdens de noodtoestand, en hoe er kan gewaarborgd worden dat de interventie, samenwerking, complementariteit en communicatie doeltreffend verloopt binnen de gemeenschappelijke/gewestelijke entiteiten, maar ook tussen de verschillende niveaus en de verschillende ministeries.**
- Er is behoefte aan een **specifiek, geactualiseerd en correct gefinancierd responsplan** voor de woonzorgcentra, op federaal en regionaal niveau, met een duidelijke verdeling van de rollen en verantwoordelijkheden, en met de nodige coherentie. Dit moet preventieve maatregelen omvatten, maar ook de aanpak en middelen om een uitbraak in een woonzorgcentrum in te perken vanaf een zo vroeg mogelijk stadium. Er is een duidelijk mobilisatieplan en -proces nodig om extra personeel in te schakelen wanneer dat nodig is, om de afwezigheid van werknemers te compenseren. Het budget voor extra persoonlijke beschermingsmiddelen, materiaal voor infectiepreventie en -controle en nodige aanpassingen in de infrastructuur moet snel beschikbaar gemaakt worden. Het

noodplan moet aangepast worden op basis van feedback van het eerstelijns personeel, de bewoners van de woonzorgcentra en de middenveldorganisaties die steun gaven aan de reactie op de eerste golf. Hun feedback over de sterke en zwakke punten van de aanpak in het eerste semester van 2020 moet opgenomen worden in het bijgewerkte plan.

- De **instructies en protocollen moeten worden aangepast en aangevuld met praktische steun voor de uitvoering – bij voorkeur ter plaatse.** Omdat ze geen rekening hield met de realiteit van de woonzorgcentra, miste de communicatie van de overheid haar doel en ging het potentiële voordeel van algemene begeleiding verloren. Daardoor ondervond het personeel, dat al overbevraagd was, alleen maar meer stress.
- **Vanaf nu moeten opfriscursussen en praktijkvormingen op grote schaal worden gegeven.** Dit moet bijdragen aan een betere voorbereiding op een nieuwe uitbraak. Opfriscursussen of basiscursussen over hygiëne, desinfectie en de principes van infectiepreventie en -controle moeten worden georganiseerd voor al het personeel, inclusief het keuken- en ander ondersteunend personeel, maar ook voor vrijwilligers. Vooral woonzorgcentra zonder geïnfecteerde bewoners tot nu toe, moeten een specifieke praktische opleiding krijgen, omdat ze bij een nieuwe uitbraak niet zullen kunnen rekenen op de ervaring van de eerste golf.
- **Het bieden van specifieke steun aan woonzorgcentra loont de moeite.** De instellingen met een hoofdverpleegkundige en/of een crisiscel scoorden beter op de indicatoren voor paraatheid en reactie. Praktische steun ter plaatse door mobiele teams – van Artsen Zonder Grenzen of andere organisaties – werd zeer gewaardeerd, zowel door de directie als het personeel van de woonzorgcentra. Het hielp hen om met uiterst moeilijke situaties om te gaan, ze voelden zich minder in de steek gelaten, en hadden meer zelfvertrouwen over de manier waarop ze met de risico's konden omgaan en het lijden konden beperken. Na een dergelijke ondersteuning zijn de meeste woonzorgcentra erin geslaagd om de aanbevelingen binnen een redelijke termijn uit te voeren. Onze aanbeveling is om dit soort mobiele teams op te richten die snel kunnen ingezet worden wanneer woonzorgcentra om hulp vragen.
- Om extra personeel ter ondersteuning van de woonzorgcentra te verzekeren in geval van epidemie, moeten de nodige middelen worden toegewezen. Dit personeel wordt bij

- voorkeur vóór de uitbraak geïdentificeerd. Een netwerk voor **coaching en andere steun** moet zo snel mogelijk worden opgezet, bij voorkeur met inbegrip van bezoeken ter plaatse en extra oproepbare medewerkers.
- Betere **richtlijnen voor de doorverwijzing van bewoners met Covid-19 (al dan niet bevestigd)**, zijn nodig om misplaatste terughoudendheid bij het verlenen van de juiste klinische zorg te vermijden en/of informele druk op bewoners of hun familie te voorkomen. De **toegang tot en de continuïteit van de zorg** voor bewoners van de woonzorgcentra moet worden gewaarborgd door de ononderbroken mogelijkheid tot ziekenhuisverwijzing en de voortzetting van de gebruikelijke huisartsbezoeken of hun plaatsvervanger (met toegang tot het patiëntendossier). Dit betekent ook dat gewenste zorgtrajecten en wilsverklaringen **systematisch aanwezig en bijgewerkt moeten zijn**. Een soortgelijk back-upsysteem **is nodig** voor de coördinerende en raadgevende **arts, wiens rol ook opnieuw moet worden gedefinieerd**.
 - Tijdens de interventie werd een **bijzondere toename vastgesteld van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg**, zowel voor het personeel als voor de bewoners. Psychologische zorg en consulten moeten als essentiële diensten worden beschouwd voor woonzorgcentra. Vanaf het begin van een interventie in een woonzorgcentrum moet mentale gezondheidszorg inbegrepen worden. Leden van de mobiele teams dienen hiervoor geïdentificeerd en opgeleid te worden (en stand-by te zijn), zodat ze hulp kunnen verlenen tijdens de eerste contacten met het personeel dat vaak veel stress en angst ondervindt. Doorverwijssystemen en ondersteuning ter plaatse door externe psychologen moet ook worden uitgebreid, zonder financiële belemmeringen.
 - **Hoewel de epidemiologische trends momenteel vertragen, mogen woonzorgcentra hun waakzaamheid niet laten verslappen**, gezien het risico van snelle verspreiding van het virus in een groep kwetsbare mensen. **Regelmatig testen van personeel en bewoners** wordt aanbevolen om besmette mensen zo vroeg mogelijk op te sporen. Verhoogde en versnelde testcapaciteit kan woonzorgcentra helpen een overzicht op de situatie te krijgen, en kan hen helpen beslissen over maatregelen zoals verstrengde infectiepreventie en -controle, individuele isolering of cohortering op basis van testresultaten.
 - **Harmonisatie van de surveillancegegevens** in de verschillende regio's wordt ten zeerste aanbevolen, omdat de verschillende registratiesystemen verwarring veroorzaken en een correcte interpretatie van de situatie bemoeilijken. Zonder een transparante uitwisseling van gegevens uit de epidemiologische rapporten met de woonzorgcentra was het inzicht in hun specifieke situatie moeilijk en ontbrak de basis voor de nodige beslissingen.
 - **Initiatieven van organisaties uit het middenveld** moeten worden aangemoedigd en in kaart gebracht. Hun contact met de overheden op verschillende niveaus moeten worden vergemakkelijkt, zodat complementariteit en samenwerking met ambtenaren en beleidsmakers mogelijk wordt. **We raden ook aan om ervaringen tussen woonzorgcentra, directies, zorgpersoneel en ondersteunend personeel uit te wisselen**. Dit kan helpen om de praktische lessen van deze veeleisende Covid-19-periode optimaal te delen.
 - Tot slot willen we benadrukken hoe belangrijk het is om bij een **epidemie verder te kijken dan de individuele klinische zorg, die voornamelijk door particuliere zorgverleners en ziekenhuizen wordt aangestuurd**. Wij bevelen een aanpak op basis van volksgezondheid aan, die gericht is op vroegtijdige opsporing en snelle beperking van de overdracht van de infectie, ondersteund door veldepidemiologie en maatregelen van infectiecontrole. Beslissingen moeten worden geleid door epidemiologische waarnemingen en zich richten op specifieke risicogroepen.



Conclusie

De prioriteit die de overheden gaven aan het vrijwaren van de ziekenhuiscapaciteit naarmate de curve van de Covid-19-epidemie steeg, in combinatie met het ontbreken van een noodplan voor woonzorgcentra, leidde tot een gebrek aan aandacht en proactieve maatregelen voor mensen met een hoog risico op infectie en ernstige complicaties van de ziekte, namelijk oudere mensen die in woonzorgcentra wonen. De potentiële besmettingsbronnen in een besloten omgeving werden onderschat, zoals de rol van het personeel (als asymptomatische dragers) of de onzichtbare aanwezigheid van het virus voor er alarmsignalen opgepikt worden.

Deze centra, allereerst plaatsen waar mensen wonen en leven, werden gedwongen zich af te sluiten en zich om te vormen tot geïmproviseerde ziekenhuizen, maar dan zonder de vereiste voorbereiding, kennis en middelen – zowel menselijk als materieel. Het tekort aan materiaal, maar ook aan een duidelijke strategie en reactiecapaciteit, met name op het gebied van screening, leidde tot vertragingen in de uitvoering van de nodige maatregelen om mensen die mogelijk besmet waren te isoleren, zieke bewoners te hergroeperen, en via screening van personeel de overdracht van het virus te beperken.

Er is verdere analyse nodig om een oordeel te kunnen vellen over de doeltreffendheid en de gevolgen van de maatregelen die door de verschillende bestuursniveaus in het land zijn genomen, en het effect van vertragingen bij de uitvoering ervan. Maar het is een feit dat nalatigheid heeft geleid tot te veel sterfgevallen die konden vermeden worden en tot immens leed bij bewoners, hun families en het personeel, dat nu aan het eind van zijn Latijn is.

Onze evaluatie van de situatie in 135 woonzorgcentra die door onze teams werden bezocht en gesteund, en de respons op een vragenlijst die aan alle woonzorgcentra over het hele land werd verzonden, bevestigden het gebrek aan paraatheid voor nood-situaties, de kloof tussen de noden en de reactiecapaciteit en vooral de menselijke kost, zowel fysiek als mentaal bij bewoners en personeel. Vóór onze mobiele teams kwamen, waren de meeste woonzorgcentra door nog niemand bezocht. Niemand kwam informeren naar hun moeilijke situatie of hen helpen in deze 'oorlog' tegen Covid-19. Dagelijks luisterden onze teams naar machteloze directies, verpleeg- en zorgkundigen en technisch personeel, die zich in de steek gelaten voelden. Toen de ziekte terrein won, verloren zij meer en meer bewoners, van wie velen vrienden waren geworden. Het personeel voelde zich schuldig, beschaamd dat ze niet beter hadden kunnen doen, en

gestigmatiseerd ondanks hun eerstelijnsrol en lange uren van toegewijd werk.

Hoewel het niet voor de hand lag dat Artsen Zonder Grenzen in België zou tussenkomen tijdens de Covid-19-epidemie en er getwijfeld werd aan de toegevoegde waarde die de organisatie in deze context en in een beperkt tijdsbestek zou kunnen bieden, staat dit vandaag niet meer ter discussie. Er werd niet geoordeeld over het personeel van de woonzorgcentra, er werden geen punten toegekend. In plaats daarvan werd er samen met de directie de situatie geëvalueerd en werden er concrete, op maat gemaakte oplossingen voor infectiepreventie en -controle, zorgorganisatie en geestelijke gezondheid gevonden. Het personeel voelde zich gesteund in zijn inspanningen om de ziekte te terug te dringen of buiten de muren te houden, en beter uitgerust om zijn werk in veiligere omstandigheden te doen.

De laatste weken van de interventie van Artsen Zonder Grenzen waren gewijd aan de begeleiding van de enkele woonzorgcentra die nog steun nodig hadden en aan de overname van onze activiteiten door de bevoegde overheden. Naast de overdracht van instrumenten en het delen van ervaring was het ook nodig om bepaalde elementen aan te kaarten bij het beleid. We hebben publiek onze specifieke bezorgdheid geuit over het feit dat het gezondheidssysteem, ondanks een zekere capaciteitsversterking in de woonzorgcentra die steun kregen van verschillende partners, niet klaar is voor een nieuwe crisis van deze omvang.

Het is niet onze taak om in te gaan op mogelijke aanpassingen van de politieke architectuur om beter te kunnen reageren op een nieuwe golf van Covid-19, maar wel om te pleiten voor het dringend ontwikkelen en aannemen van een samenhangend, geloofwaardig en correct gefinancierd nood- en responsplan, zowel op federaal als gewestelijk en gemeenschapsniveau niveau. Dat is nodig om een nieuwe menselijke tragedie in de woonzorgcentra te voorkomen. Het plan moet voortbouwen op de ervaringen van de centra zelf en van de verschillende actoren, maar ook van de bewoners.

Net als in veel andere landen schoot de noodhulp voor de ouderen te kort. Zij vielen uit de boot, waren te kwetsbaar en te oud, niet de prioriteit. Het is hoog tijd om de bewoners, maar ook het uitgeputte personeel van de woonzorgcentra hun rechtmatige plaats toe te kennen en hen respect te betonen. Het is tijd om onmiddellijk actie te ondernemen.



Nuttige links

<https://www.covid-resources.msf.be/>
(wachtwoord: Covid19msf)
<https://covid19-mr-wzc.be/maison-de-repos.html>
www.info-coronavirus.be
<https://www.health.belgium.be/en>
<https://www.sciensano.be/en>
<https://www.ccc-ggc.brussels/>
<https://www.iriscare.brussels/fr/>
<https://www.aviq.be>
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/>
<http://www.ostbelgienlive.be/>
<https://www.maisonmedicale.org/>
<https://www.croix-rouge.be/>
<http://www.aframeco.be/>
<https://domusmedica.be/>
<https://www.dezorgsamensamen.be/>
<https://zorgenvoormorgen.be/>
<http://www.cresam.be/offre-de-soins>
<http://www.reseapartenaires107.be>
<https://www.psyformed.com>
<https://www.psy.be/fr>

Afkortingen

AViQ: Agence pour une Vie de Qualité
AZG: Artsen Zonder Grenzen
CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
Covid-19: ziekte veroorzaakt door het coronavirus SARS-CoV-2
CRA: Coördinerend en raadgevend arts
DGGG: Directoraat-Generaal Gezondheidszorg – Soins de Santé
DISUW: Dispositif Sanitaire d’Urgence Wallon
FMM: La Fédération des maisons médicales
FOD Volksgezondheid: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid
GGC: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM, Commission Communautaire Commune)
IPC: Infectiepreventie en -controle
OMG: Outbreak Management Group
OST: Outbreak Support Team
PBM: Persoonlijke beschermingsmiddelen
ROB: Rustoord voor bejaarden
RVT: Rust- en verzorgingstehuis
Sciensano: Nationaal Instituut voor Volksgezondheid
VAZG: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
WGO: Wereldgezondheidsorganisatie
WZC: Woonzorgcentrum

Artsen Zonder Grenzen

Gewijde-Boomstraat 46, 1050 Brussel

Contact: info-analysis@msf.org

 facebook.com/azgbelgie |  twitter.com/azgbelgie | www.azg.be

