

Globaal kader inzake de ondersteuning van de sector van ouderenzorginstellingen door de sector van de ziekenhuizen

DG Gezondheidszorg (FOD VVVL)

Versie 15/04/2020 – goedgekeurd door de IMC Volksgezondheid

1. Inleiding

In het kader van de RMG zijn twee "surge capacity" groepen opgericht op voorstel van en onder de coördinatie van het DG Gezondheidszorg geplaatst. Een eerste werkgroep (Comité Hospital & Transport Surge Capacity) werd opgericht om de activiteiten op het niveau van de ziekenhuizen en de ambulancediensten te coördineren. Een tweede werkgroep (Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity, Comité POCSC) werd opgericht om aanbevelingen voor te stellen met betrekking tot de actoren die optreden voor of na de ziekenhuizen (huisartsen, thuisverpleging, schakelzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, ...). In beide Comités zijn alle overheden, deskundigen, Defensie en de koepels van ziekenhuizen en zorginstellingen vertegenwoordigd.

Een meer operationele werkgroep, de "Outbreak Management Group, OMG" is eveneens opgericht op voorstel van het DG Gezondheidszorg en naar aanleiding van het besluit van het RMG van 20 maart 2020. Deze groep verenigt de overheden die verantwoordelijk zijn voor de residentiële structuren (woonzorgcentra, instellingen voor gehandicapten, Fedasil-opvangcentra, ...) en de coördinatie gebeurt door het DG Gezondheidszorg. De missie van de groep is het monitoren en beperken van de COVID-19 epidemie in deze structuren.

Op basis van de vaststellingen van deze verschillende groepen en rekening houdend met de discussies binnen de RMG en de IMC Volksgezondheid, en eveneens gezien het feit dat er geen duidelijke en gemeenschappelijke richtsnoeren bestaan voor de beleidscoördinatie in de ouderensector, wil DG Gezondheidszorg, na overleg met het Comité Hospital & Transport Surge Capacity, een reeks aanbevelingen doen met betrekking tot één specifiek punt, namelijk de mogelijkheid dat ziekenhuizen een doeltreffende ondersteuning kunnen aanbieden voor de moeilijkheden waarmee de sector van de ouderenzorg te kampen heeft.

Deze ondersteuning is noodzakelijk

- om een massale toestroom van bewoners van woonzorgcentra naar ziekenhuizen te voorkomen: bewoners met COVID-19, maar ook bewoners die niet meer goed kunnen verzorgd worden in het woonzorgcentrum, bijvoorbeeld door een tekort aan personeel en
- omdat ziekenhuizen op sommige domeinen de actoren zijn die over de meest geschikte deskundigheid, uitrusting of materiaal beschikken om een adequaat antwoord te geven op bepaalde moeilijkheden die woonzorgcentra in het kader van de COVID-19-crisis ondervinden.

Deze nota is opgemaakt door het DG Gezondheidszorg op basis van de input van de ziekenhuis- en zorgkoepels en de overheden in het Comité Hospitals & Transport Surge Capacity. De nota is goedgekeurd door de RMG (14/04) en door de IMC (15/04). De nota wordt overgemaakt aan COFECO, ook met het oog op verdere communicatie naar andere kernactoren binnen het crisisbeheer, met name de gouverneurs.

2. Basisprincipes

- De ondersteuning van de woonzorgcentra door de ziekenhuizen **mag op geen enkele wijze afbreuk doen aan hun basisopdracht, d.w.z. het vermogen van de ziekenhuizen om hun eigen opdracht in het algemeen, en in het kader van de COVID-19 crisis in het bijzonder, te vervullen**: er moet te allen tijde voor worden gezorgd dat de opvangcapaciteit, de personeelsomkadering, de uitrusting en de voorraden, die nodig zijn om de patiënten die dringende ziekenhuiszorg vereisen, binnen de ziekenhuizen te behouden om ze daar te verzorgen.
- De behoefte aan steun voor woonzorgcentra moet lokaal worden beoordeeld: de impact van de gezondheids crisis is niet gelijk gespreid in alle geografische gebieden van het land, net zoals het zorgaanbod (ziekenhuis- en eerstelijnszorg), maar ook de sociaal-demografische kenmerken verschillen sterk van het ene gebied tot het andere. Er is dus **geen ‘unieke model’ dat op alle mogelijke situaties kan inspelen**. Daarom zal **de omvang van de behoeften van de woonzorgcentra, evenals de middelen die in de ziekenhuizen kunnen worden vrijgemaakt, van geval tot geval moeten worden beoordeeld**. Deze nota beoogt dus om vooral een algemeen kader aan te bieden om de organisatie van de ziekenhuisondersteuning aan de woonzorgcentra te vergemakkelijken, zonder normatief te willen zijn.
- Gezien de beperkte middelen is het **van essentieel belang dat de steun van de ziekenhuizen vooral wordt geconcentreerd op gebieden waar zij een reële toegevoegde waarde hebben**. Deze meerwaarde situeert zich op twee niveaus: de mate van deskundigheid van de ziekenhuizen, maar ook het gebrek aan derden die ondersteuning zouden kunnen bieden.

3. Organisatie van de ondersteuning aan de woonzorgcentra

Om de organisatie van de ondersteuning van ziekenhuizen aan woonzorgcentra te vergemakkelijken, is coördinatie wenselijk tussen de verschillende interventieniveaus in plaats van 15 verschillende actoren te laten interveniëren in een gespreide volgorde in een woonzorgcentrum dat zich in een crisissituatie bevindt.

Daarom wordt aanbevolen:

- dat de ziekenhuisondersteuning gebeurt op basis van **overleg tussen meerdere ziekenhuizen met een ondersteunende capaciteit** binnen hetzelfde geografische gebied (bij voorkeur een locoregionaal netwerk of, indien dit niet het geval is, een andere groepering van ziekenhuizen) om samen op een gecoördineerde wijze een bredere schaal aan mogelijke interventies aan te kunnen bieden
- indien mogelijk, dat de betrokken ziekenhuizen **mogelijke partnerschappen met externe actoren** (lokale overheden, regionale of gemeenschapsinstanties, defensie, actoren van de thuiszorg, vrijwilligers, onderwijsstructuren, noodhulp, ...) identificeren die kunnen ingrijpen om woonzorgcentra te ondersteunen in bepaalde gebieden; dit laat toe om interventies beter te coördineren zodat ziekenhuizen hun interventies kunnen richten op gebieden waar hun acties een reële toegevoegde waarde hebben
- dat het aanbod van ziekenhuisondersteuning (in welke domeinen, voor welke duur, onder welke voorwaarden, in welke situaties, etc.) **ter kennis wordt gebracht van de woonzorgcentra, maar ook van andere lokale actoren**, evenals de concrete modaliteiten van activering (contactpersoon, etc.)
- dat **ziekenhuizen regelmatig kunnen worden geïnformeerd over de evolutie van de gezondheidssituatie in de woonzorgcentra op hun gebied**, door bijvoorbeeld regelmatige communicatie van de regionale of provinciale overheden

- dat de **(regionale of provinciale) overheden op de hoogte worden gebracht van de steunmogelijkheden die de ziekenhuizen bieden** en van de gebieden die hieronder vallen, evenals van de concrete steunacties die binnen deze gebieden worden uitgevoerd; dit zou hen in staat moeten stellen om de gebieden te identificeren die kwetsbaarder zouden zijn (indien de lokale ziekenhuisinfrastructuur weinig middelen te bieden heeft), maar ook om synergiën te creëren met de initiatieven die op hun niveau worden uitgevoerd
- dat de **koepelorganisaties van ziekenhuizen en woonzorgcentra hun rol als facilitator op 'meso-niveau' opnemen** om de samenwerking tussen beide sectoren te begeleiden, met name op alle domeinen waar 'preventieve' interventies mogelijk zijn (niet wachten op een crisissituatie om over 'goede praktijken' te adviseren...).

4. Interventiedomeinen

De gezondheids crisis brengt de woonzorgsector in een hele reeks situaties waar ze niet aan gewend zijn:

- epidemie en 'cohorteren' van bewoners
- het gebruik van beschermingsmiddelen, waarvan de beschikbaarheid niet altijd gegarandeerd is
- tekort aan bepaalde geneesmiddelen of medische hulpmiddelen
- noodzakelijke beperkingen voor personen die de instelling binnenkomen en verlaten
- aandeel van personeelsleden dat ziek is, verwijderd is of niet komt werken omdat ze bang zijn om besmet te worden of hun naasten te besmetten, of omdat ze zich machteloos voelen ten aanzien van de schade die de crisis in het woonzorgcentrum heeft aangericht
- ...

De cumulatie van deze moeilijkheden leidt onvermijdelijk tot crisissituaties die eenieder voor ogen heeft.

De mogelijke steun van de ziekenhuizen moet echter in de eerste plaats worden gezien als een interventie die gericht is op de moeilijkheden die zich voordoen en om de crisissituatie te vermijden, en zich niet beperken tot noodinterventies op het moment van de crisis (wanneer de interventie zich beperkt tot het repatriëren van alle bewoners naar de ziekenhuizen of tot het uitsturen van een heel team van zorgprofessionals om proberen de brand te blussen).

De ondersteunende rol van de ziekenhuizen moet daarom 'stroomopwaarts' van de crisissituatie worden bekeken. Er zijn verschillende domeinen waarvoor de ondersteuning door het ziekenhuis een echte toegevoegde waarde kan betekenen.

4.1 Ondersteuning op bepaalde expertisegebieden

Woonzorgcentra zijn gewend om te zorgen voor ouderen die afhankelijk zijn voor hun dagelijkse activiteiten, een geriatrisch profiel hebben en in veel gevallen ook symptomen van dementie vertonen.

De huidige werkomstandigheden stellen hen echter voor nieuwe problemen:

- bewoners die worden verstoord doordat ze worden verplaatst wegens 'cohortering', door het verbod van bezoeken en uitstapjes
- zeer strenge hygiënevoorschriften om de verspreiding van het virus te voorkomen en het isoleren van bepaalde bewoners
- de noodzaak om de geneesmiddelenbehandelingen aan te passen wegens tekorten of omdat de bewoner symptomen van COVID-19 heeft
- een aanzienlijke extra belasting voor wat betreft palliatieve zorg vanwege de beperkte mogelijkheden van opname in een ziekenhuis

- de teams in de rusthuizen weinig of geen ervaring hebben voor wat betreft het omgaan met gezondheids crisissen.

Geconfronteerd met deze bijzondere moeilijkheden zijn ziekenhuizen beter gewapend en beschikken ze over een grotere expertise binnen hun teams:

- hygiënist
- klinische psychologen
- klinische farmacie
- palliatieve zorg.

Vanwege deze expertise zijn ziekenhuizen vaak bevoorrechte gesprekspartners om de situatie van een woonzorgcentrum te helpen analyseren, om efficiëntere processen te implementeren, maar ook om het verplegend personeel op te leiden voor de implementatie van nieuwe processen of voor het correcte gebruik van nieuwe materialen (inclusief beschermingsmiddelen).

De meeste woonzorgcentra (althans deze met het statuut van 'rust- en verzorgingstehuis') hebben - in normale tijden - een functionele samenwerking met de geriatrische diensten van de ziekenhuizen en ervaring in samenwerking met geriatrische externe liaisonteams.

Het is wenselijk dat ziekenhuizen, zonder hun basisopdracht in gevaar te brengen, hun 'externe liaison' team versterken door het inschakelen van hygiënist, klinische apothekers, klinische psychologen, etc., die ondersteuning kunnen bieden als het probleem verder gaat dan enkel geriatrische zorg. Deze manier van werken moet het ook mogelijk maken om de 'segmentatie' van de problemen te vermijden, de interventies van de ziekenhuisexperts beter te coördineren en overbodige of tegenstrijdige interventies te vermijden.

De ondersteuning van deze 'multidisciplinaire' externe liaisonteams moet, zoveel als mogelijk, ook tijdelijk worden uitgebreid naar woonzorgcentra die nog geen functionele samenwerking met een ziekenhuis hebben (vooral deze zonder 'RVT-bedden'). De gewestelijke en gemeenschappelijke autoriteiten hebben hier een faciliterende rol te spelen.

De versterking en uitbreiding van dit externe liaisonteam moet, indien nodig, worden bekeken op het niveau van het netwerk of van een groep van ziekenhuizen, zodat zij samen dit multidisciplinaire 'mobiele' klinische team kunnen vormen.

Wat de psychologische begeleiding van de bewoners betreft, wordt verwezen naar het voorstel van de federale autoriteit aan de IMC van 9 april 2020.

4.2 Ondersteuning in het kader van een tekort aan personeel in het woonzorgcentrum

Als een woonzorgcentrum niet meer in staat is **om basiszorg te verlenen aan zijn bewoners**, door een te grote afwezigheid van personeel, of versterking nodig heeft om de extra taken uit te voeren, die nodig zijn om maatregelen uit te voeren die genomen moeten worden om de impact van de gezondheids crisis op de organisatie van de zorg te beheersen, **dan is het ziekenhuis niet de eerste partij die moet tussenkomen.**

Ook eerstelijnsgezondheidswerkers (thuiszorginstellingen of zelfstandigen) beschikken over de vaardigheden die nodig zijn om adequate ondersteuning te bieden. Een meer gestructureerde samenwerking met scholen (stagiaires of studenten) moet ook worden aangemoedigd om de activering te vergemakkelijken van personen die ondersteuning kunnen bieden. De deelstaten hebben hier een sleutelrol te vervullen, gezien hun

bevoegdheden voor vele collectiviteiten en instellingen die over capaciteit beschikken, maar ook hun bevoegdheid voor wat betreft de organisatie van de eerstelijnszorg.

Er zijn ook mogelijkheden om beroep te doen op organisaties zoals AZG, het Rode Kruis, Defensie, enz. Voor Defensie kunnen medische vragen worden behandeld via de Regulerende cel Volksgezondheid/Defensie.

Als dergelijke opties (tijdelijk) niet mogelijk of onvoldoende zijn, en als ziekenhuizen zich, zonder hun basisopdracht in gevaar te brengen, kunnen veroorloven om bepaalde leden van hun teams tijdelijk ter beschikking te stellen, zal het nodig zijn om de modaliteiten, en met name de duur, nauwkeurig vast te leggen. Het ziekenhuis moet te allen tijde de mogelijkheid hebben om het ter beschikking gestelde personeel terug te roepen. Het ter beschikking stellen van personeel verschilt enigszins naar gelang het gaat om verzorgend of logistiek personeel, aangezien sommige ziekenhuizen momenteel reeds een deel van hun logistiek personeel ter beschikking hebben gesteld.

Een tijdelijke detachering voor een concrete en in de tijd beperkte opdracht, die in een overeenkomst tussen de betrokken partners is bepaald, is niet onderworpen aan de eisen van de wet op de detachering van werknemers.

Bovendien mag de detachering van korte duur niet veel administratieve of financiële last met zich meebrengen en mag deze, voor zover mogelijk, geen aanpassing van de arbeidsovereenkomst van de betrokken personen met zich meebrengen (met name als zij zich vrijwillig aanmelden). Ziekenhuizen moeten uit voorzorg er echter voor zorgen dat hun vakbonden de voorgestelde partnerschappen steunen.

Ten slotte houdt het probleem van het tekort aan personeel in woonzorgcentra ook verband met het feit dat het personeel "bang" is om te gaan werken in omstandigheden waarin het zich kwetsbaar voelt en waarin het grote risico's loopt (vandaar het belang van het opzetten van een strategie voor het screenen van bewoners en personeel - zie punt 4.5).

De psychologische ondersteuning van het personeel van het woonzorgcentrum, door ziekenhuisteam met expertise op dit gebied, is ook een onderdeel van de strategie voor de ondersteuning van het woonzorgcentrum. waarmee ziekenhuizen rekening kunnen houden. Dit moet echter worden bekeken als aanvulling op de initiatieven die de autoriteiten in het kader van hun bevoegdheden op dit gebied nemen, en op de coördinerende rol van de psychosociale coördinatiecomités of de federale psychosociale managers.

4.3 Ondersteuning van woonzorgcentra op het gebied van materiaal of producten

De huidige crisis veroorzaakt soms zeer ernstig tekorten aan bepaalde materialen, medische producten en geneesmiddelen. In sommige gevallen worden alleen ziekenhuizen regelmatig bevoorrad. Dit is bijvoorbeeld het geval bij:

- geneesmiddelen (morphine, Midazolam...) die worden gebruikt bij palliatieve zorg
- bepaalde apparatuur of producten die nodig zijn voor de zuurstofvoorziening van de patiënt.

Het centraliseren van producten of apparatuur in ziekenhuizen beantwoordt aan de logica van het vermijden van 'dode voorraden' in alle apotheken van het land. Dit mag niet worden geïnterpreteerd als een verbod om ze buiten ziekenhuizen te gebruiken indien de gezondheidstoestand van de patiënten dit rechtvaardigt. Het FAGG probeert in samenwerking met producenten, groothandelaars en apothekers de beschikbare voorraden zo goed mogelijk te beheren en houdt de behoeften van de extramurale sector voortdurend in het oog. De apothekers kunnen deze geneesmiddelen blijven bestellen via de groothandel en ze kunnen woonzorgcentra

beleveren, maar door het relatieve tekort kunnen bepaalde producten niet permanent beschikbaar zijn in de openbare apotheken, en zeker niet voor het aanleggen van 'strategische voorraden' in de woonzorgcentra zelf.

Daarom is het belangrijk dat een samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra, ook met de steun van klinisch apothekers, op het niveau van de apotheek wordt georganiseerd. De producten waarvoor er tekorten worden vastgesteld, zijn meestal producten die dringend nodig zijn, omdat de gezondheid van de bewoner/patiënt snel achteruit gaat. Ook als het tekort het gebruik rechtvaardigt van andere technieken dan deze die gewoonlijk door rusthuizen worden gebruikt, kan ondersteuning bij het gebruik van deze alternatieve technieken noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld: gebruik van vloeibare zuurstof...).

De structurering van de samenwerkings- en communicatiemodaliteiten tussen woonzorgcentra en ziekenhuisapotheek moet toelaten om in een noodsituatie sneller te reageren op de behoeften van de woonzorgcentra.

Aan de andere kant is het, voor wat betreft het **beschermende materiaal** (maskers, schorten, ...), **niet aan het ziekenhuis om de nodige uitrusting voor rusthuizen ter beschikking te stellen**. De verdeling van het materiaal, die op het niveau van de federale overheid en de gefedereerde entiteiten wordt georganiseerd, is de belangrijkste bevoorradingsbron voor deze beschermende uitrusting. Volgens de huidige beslissingen van de RMG zijn de deelstaten verantwoordelijk voor de bevoorrading van de woonzorgcentra. **Alleen een bijzonder problematische ad-hoc situatie kan een ziekenhuisinterventie rechtvaardigen.**

4.4 Ondersteuning van woonzorgcentra in het kader van patiëntenhuisvesting

Het is niet de taak van het ziekenhuis om alle bewoners van een woonzorgcentrum op te nemen wegens organisatorische problemen of wegens onderbemanning. Deze aanpak zou ook in strijd zijn met de inspanningen die worden geleverd om de druk op de ziekenhuizen in het kader van de COVID-19-crisis te verminderen en met de instructies van alle entiteiten - via het Comité Surge Capacity Ziekenhuizen- om zoveel mogelijk ziekenhuisbedden vrij te maken.

Aan de andere kant moet een patiënt, die te 'zwaar' is geworden om in een woonzorgcentrum te worden verzorgd of die zorg nodig heeft waarvoor het woonzorgcentrum niet is toegerust, in het ziekenhuis kunnen worden verzorgd. Ook voor de gehospitaliseerde patiënt die 'in normale omstandigheden' naar het woonzorgcentrum zou kunnen terugkeren, moet ervoor worden gezorgd dat het woonzorgcentrum over het nodige materiaal en producten beschikt om de zorg te kunnen verlenen die bij ontslag werden voorgeschreven. Bijvoorbeeld in het geval van bewoners die zuurstof nodig hebben: de FOD en het FAGG zijn samen met het Comité Surge Capacity Ziekenhuizen overeengekomen om deze bewoners desnoods in het ziekenhuis te verzorgen.

In dit verband kan men zich dus voorstellen dat het ziekenhuis tijdelijk de rol van 'bufferzone' opneemt, om patiënten gedurende enkele dagen te ontvangen, als alle hierboven beschreven samenwerkingsverbanden het niet mogelijk hebben gemaakt om een adequaat antwoord te bieden (voor wat betreft personeel, uitrusting, deskundig advies, ...) om het woonzorgcentrum in staat te stellen om deze patiënten te verzorgen, rekening houdend met hun behoeften en hun gezondheidstoestand.

In de huidige crisissituatie is het echter niet mogelijk dat ziekenhuizen de "schakelzorgcentra" zouden vervangen en deze structuren specifiek zouden uitrusten, terwijl die tijdelijk werden opgezet ten gevolge de reorganisatie van het ziekenhuis in het kader van de gezondheidscrisis.

Daarentegen stelt zich de vraag anders als een ziekenhuis, in het kader van een reorganisatie, die losstaat van de gezondheidscrisis, leegstand heeft opgelopen. Ziekenhuisgebouwen (in algemene of psychiatrische

ziekenhuizen) die nog niet of niet meer bedoeld zijn om zorgeenheden te huisvesten, kunnen tijdelijk ter beschikking worden gesteld om een schakelzorgcentrum op te zetten.

4.5 Ondersteuning van woonzorgcentra in het COVID-19 testing-proces

Door het COVID-19 testbeleid behoren woonzorgcentra tot de prioritaire doelgroepen. Deze strategie houdt in dat aanzienlijke medische middelen moeten worden gemobiliseerd, die waarschijnlijk op het niveau van het gezondheidssysteem als geheel beschikbaar zijn, maar die niet aanwezig zijn in rusthuizen.

De planning van het proces wordt dus geconditioneerd door de capaciteit van de laboratoria en de beschikbaarheid van materiaal, maar ook door de mobilisatie en de opleiding van artsen om de testen uit te voeren.

Ziekenhuisartsen zijn niet de enigen die de tests kunnen uitvoeren. We moeten ook kunnen rekenen op huisartsen, en zelfs op artsen die normaal gesproken een meer 'administratieve' taak hebben in onze gezondheidszorg. Ook kan worden overwogen om gebruik te maken van laboratoriumassistenten die gemachtigd zijn om stalen te nemen.

Het ziekenhuis hoeft zich dus niet noodzakelijk in te zetten om het medisch team ter beschikking te stellen, dat nodig is om de testen uit te voeren. Integendeel, het ziekenhuis kan, in samenwerking met artsorganisaties, een belangrijke rol spelen bij het opleiden van artsen, en het ondersteunen van coördinerende en raadgevende artsen in woonzorgcentra, voor wat betreft het correcte gebruik van het testmateriaal.

Tot slot, als ziekenhuizen zich op dit gebied inzetten, is het belangrijk dat ze goed geïnformeerd zijn over de keuzes die gemaakt worden op het gebied van teststrategie (testen van personeel? van bewoners? allemaal? steekproef? ...) maar dat ze ook over alle informatie beschikken om de vragen van de geteste personen te beantwoorden (wat gebeurt er als ik positief test?, indien ik vandaag negatief ben, zal ik in de toekomst opnieuw worden getest? ...).

Hier is voor de overheden een belangrijke rol weggelegd om een samenhangend discours ten aanzien van alle betrokkenen te handhaven. De laatste besluitvorming, die op dit gebied werd genomen, bepaalt dat alle "gemeenschappen" tot de prioritaire begunstigen zouden worden gerekend. Dit zal niet zonder gevolgen blijven voor de ziekenhuizen zelf, die bijgevolg ook het testen van hun eigen personeel en al hun patiënten zullen moeten organiseren. In dit verband moeten patiënten die het ziekenhuis verlaten en terugkeren naar het woonzorgcentrum systematisch worden getest.

5. Coördinatie met maatregelen op federaal en interfederaal niveau

Het beheer van de crisis, de evolutie van de kennis met betrekking tot het corona virus, de vooruitgang in de ontwikkeling van tests, de beschikbaarheid of het tekort aan bepaalde producten, alsook de trends die in het verloop van de crisis op Belgisch niveau worden waargenomen, hebben geleid tot het opstellen van regels van goede praktijken en aanbevelingen die in de loop van de tijd evolueren.

Daarom moeten de federale, regionale en lokale strategieën en aanbevelingen te allen tijde worden bijgesteld en tegelijkertijd moeten ook de interventies van partners zoals AZG/MSF of Defensie worden aangepast.

Op basis van de werkzaamheden van de Outbreak Management Group zijn verschillende initiatieven in gang gezet:

- eerstelijns telefonische ondersteuning: maakt het mogelijk vragen op te vangen en te verwijzen naar de richtlijnen die door de overheden zijn opgesteld
- tweedelijns telefonische ondersteuning: om meer specifieke vragen te beantwoorden, om te beoordelen of de instelling in moeilijkheden verkeert (volgens objectieve en subjectieve criteria) en om de hulp in te roepen van
- mobiele teams die naar woonzorgcentra gaan om de toestand op het terrein te beoordelen en het gedrag van het personeel te observeren (correct gebruik van beschermingsmiddelen, hygiënemaatregelen, enz.). Dit zijn de mobiele teams die de nodige maatregelen nemen om te isoleren en 'cohorteren'. Ook hier geldt de regel dat er geen generieke oplossing is.

De Outbreak Management Group komt verschillende keren per week bijeen – onder de coördinatie van DG Gezondheidszorg – om goede praktijken uit te wisselen, om het ondersteunend kader te ontwikkelen en de acties die nodig zijn om dit kader uit te rollen. Tijdens deze uitwisselingen worden de door Sciensano verzamelde gegevens (zie hieronder) besproken met als doel de rapportage beter te harmoniseren en de interpretatie van de resultaten mogelijk te maken.

Het is van belang dat ziekenhuisinterventies (bijvoorbeeld hygiëneteam) worden afgestemd op richtlijnen die zijn ontwikkeld door of in overleg met regionale overheden, zodat er geen onduidelijkheid bestaat over de stappen die zowel door het management als door het personeel moeten worden genomen.

Sinds twee weken is er een dagelijks systeem van meldingen door rusthuizen (en andere gemeenschappen) opgezet dat wordt gecentraliseerd bij Sciensano. Dit meldingssysteem laat toe om zicht te hebben op de incidentie gevallen (bevestigd of mogelijk), de prevalentie gevallen (bevestigd of mogelijk), de sterfgevallen (bevestigd of mogelijk) en voor het personeel de prevalentie gevallen (bevestigd of mogelijk). De regionale overheden monitoren deze gegevens en deze informatiebron geeft aanwijzingen voor het uitvoeren van interventies, die in overleg met de ziekenhuizen zouden kunnen worden uitgevoerd.

Voordat er ter plaatse wordt ingegrepen, moet ervoor worden gezorgd dat er beschermingsmiddelen beschikbaar zijn voor het personeel en de bewoners. Bij gebrek aan geschikt materiaal zullen voorstellen van maatregelen met betrekking tot beschermingsmiddelen alleen maar leiden tot frustratie bij het personeel en tot afwezigheid op de werkvloer.

Op basis van de interventies van de AZG-teams en uit het overleg met de betrokken actoren in deze instellingen is gebleken dat er zeer duidelijke, korte en operationele instructies (e-learning, posters, enz.) moeten worden gegeven. Door coaching en door opnieuw contact op te nemen na één of twee dagen kan men beoordelen of de zorgteams in de woonzorgcentra in staat zijn om de regels van hygiëne en de richtlijnen voor het isoleren of 'cohorteren van bewoners' toe te passen.