

COMMISSION SPECIALE CHARGE D'EXAMINER LA GESTION DE L'EPIDEMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 12 MARS 2021

Après-midi

BIJZONDERE COMMISSIE BELAST MET HET ONDERZOEK NAAR DE AANPAK VAN DE COVID-19-EPIDEMIE DOOR BELGIË

van

VRIJDAG 12 MAART 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 16.25 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de la commission est ouverte à 16 h 25 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met Dr. Wouter Arrazola de Oñate, medisch directeur van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding.

Audition du Dr. Wouter Arrazola de Oñate, directeur médical de la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding.

De **voorzitter**: Collega's, wij beginnen met de laatste hoorzitting voor vandaag. We zijn al sinds 10.00 uur deze ochtend bezig, mijnheer Arrazola. Het ging tot nu toe vooral over de geestelijke gezondheid, maar nu komen we aan een heel ander thema, dat zeker en vast ook belangrijk en interessant is.

U hebt vooraf heel veel vragen gekregen van de Parlementsleden, wat erop wijst dat zij het belang van uw bijdrage zeker en vast erkennen.

U hebt een presentatie voorbereid, waarvoor dank. U zou een inleiding willen geven van ongeveer een half uur. Ik stel voor dat u daarmee onmiddellijk begint.

Wouter Arrazola de Oñate: Dank u wel om mij uit te nodigen om toelichting te geven bij het covidbeleid, voornamelijk rond contacttracing. U heeft me meer dan 50 vragen toegestuurd. Dat gebeurde een week geleden, midden in een pandemie met veel patiënten. Het was dus redelijk moeilijk om dit snel uitgebreid te beantwoorden voor gisterenavond. Mijn excuses voor de late aanlevering. In mijn antwoorden op die vragen staat heel veel informatie die ik hier nu niet zal

herhalen in mijn presentatie. Daardoor worden beide een aanvulling op elkaar.

Laat ik me even voorstellen, zodat de relevantie van mijn aanwezigheid hier duidelijk wordt. Ik ben arts met een specialisatie in *public health* en epidemiologie. *Public health* wil zeggen volksgezondheid. Men denkt na over de gezondheid van een hele populatie in plaats van één individu. Het grootste deel van mijn vak heb ik geleerd van professor Marleen Temmerman aan de Universiteit Gent, waarvan ruim vier jaar in Mozambique in het kader van haar projecten rond HIV, een andere grote pandemie van een infectieziekte. Daar heb ik enorm veel geleerd.

Ik ben sinds 2007 medisch directeur van de VRGT, de Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding. Mijn algemeen-directeur is Sandrina Schol.

Waarom is tuberculose plots zo relevant? Tuberculose is ook een gigantische en oude pandemie van een aerogeen overgedragen respiratoire infectieziekte. U merkt al onmiddellijk een aantal gelijkenissen met covid. Ook door aerosol overgedragen, ook respiratoir. Het betreft hier dus voornamelijk een longziekte, met longklachten. Qua schaalgrootte heeft de tuberculosepandemie tot nu toe al aan 1 miljard mensen het leven gekost.

Jaarlijks zijn dat nog 1,6 miljoen overlijdens ter wereld. Dat is best veel.

Wij werken in principe voornamelijk interuniversitair, dat wil zeggen dat we proberen met alle universiteiten en/of kennisinstituten in het land samen te werken, dus ook bijvoorbeeld met het Tropisch Instituut en Sciensano. Een belangrijk onderdeel van de *public health* zijn ook de sociale determinanten van de gezondheid. Er zijn

biologische en farmaceutische determinanten, dus het virus of de bacterie en de geneesmiddelen, maar er zijn ook een heel aantal sociale factoren die ervoor zorgen dat sommige mensen of bevolkingsgroepen in minder goede gezondheid verkeren of een ongelijke toegang tot gezondheidszorg hebben. Ook dat is wetenschap en daaronder vallen ook politieke en commerciële determinanten, die daar een invloed op hebben. Ik kom daar later nog op terug.

Op dit moment ben ik erkend deskundige bij de Hoge Gezondheidsraad, bij het European Centre for Disease Prevention and Control en bij de Wereldgezondheidsorganisatie.

Op deze slide ziet u het kader en wat ik bedoel met sociale determinanten van gezondheid. Die hangen ook af van de inkomensgroep waartoe men behoort, het soort werk dat men doet, de toegang tot werk, gender, etniciteit en religie. Links zie je hoe de huidige politieke tendensen daarop inspelen. Dit allemaal samen beïnvloedt de algemene gezondheid van het individu, maar ook de volksgezondheid op populatieniveau.

Als oude Belgische vereniging, bestaat de Belgian Lung and Tuberculosis Association al meer dan 120 jaar. Hier ziet u een publicatie uit 1947 waarin een halve eeuw tuberculosebestrijding wordt besproken. In het begin van de twintigste eeuw was tuberculose hyperepidemisch aanwezig. Één persoon op de drie van de actieve bevolking was besmet. Er waren toen in België meer dan 16.000 doden per jaar, op een populatie van 6,6 miljoen. Als men dat vergelijkt met vandaag dan zit men met honderdduizenden gevallen in België. Tuberculose was dus op een enorm grote schaal aanwezig en was een enorm economisch en maatschappelijk probleem. Als vereniging hebben we in die 120 jaar heel veel ervaring opgedaan met hoe een maatschappij in allerlei aspecten het best omgaat met een pandemie.

U ziet op de slide ook twee belangrijke aspecten die toen al werden besproken, namelijk bijstand of sociale steun aan mensen die ziek zijn of in isolatie moeten en het principe van huisbezoeken door gespecialiseerde verpleegkundigen die zieke of besmette mensen aan huis bezoeken om hen te helpen de isolatie of quarantaine door te komen. Ook voor covid zijn die aspecten erg belangrijk.

Actuellement, en Flandre, la VRGT travaille pour l'Agence Zorg en Gezondheid. Notre organisation sœur en Wallonie, le FARES, travaille pour l'AviQ. Ensemble, nous travaillons pour les différents gouvernements de Bruxelles. Pour le diagnostic et la thérapie, nous travaillons pour les autorités fédérales comme le SPF Santé et

l'INAMI. La situation est quelque peu complexe avec beaucoup de gouvernements et de nombreux ministres de la Santé.

In Vlaanderen werkt de VRGT zoals gezegd in opdracht van en in nauwe samenwerking met het Agentschap Zorg en Gezondheid. In elke provincie hebben we ook minstens een gratis gezondheidscentrum, *free of charge* voor de patiënt. We doen daar enorm veel screening en testing, en ook contacttracing. Op het centrale niveau doen we de epidemiologische surveillance van tuberculose. Dat betekent dat we het aantal gevallen opvolgen, de incidentie, bij wie de ziekte voorkomt enzovoort.

Karakteristiek voor onze werking is dat we van in den beginne gewerkt hebben met gespecialiseerde verpleegkundigen en sociale assistenten die veel huisbezoeken doen. Tegenwoordig, in de covidstrategie, heten zij *field agents*; vroeger waren het thuisbezoeksters. Maar we deden dus al aan *outreach of community health work* avant la lettre.

De opleiding en training van de eerste lijn hebben we ook altijd gedaan, om zo niet alleen de huisartsen maar ook spoedartsen en verpleegkundigen waakzaam te houden voor die infectieziekten. De diagnostiek en behandeling in België zijn gratis voor de patiënt, gesteund door het RIZIV, opdat er geen financiële obstakels meer zijn om mensen te genezen. Zo zijn ze niet meer besmettelijk en kan de transmissie doorbroken worden. Dat is kosteneffectief, want anders blijft de epidemie leven.

Een andere karakteristiek is dat we onze diensten aanpassen aan de bevolkingsgroep waarop we ons richten. Als het nuttig is om dat in een andere taal te doen, dan doen we dat ook gewoon. We gaan naar de gemeenschap toe en werken vanuit die gemeenschap, iets wat voor covid ook erg relevant is.

Hier ziet u wat beeldmateriaal. We hebben een mobiele röntgenunit, een mobiele kliniek waarmee we naar de mensen rijden. Eigenlijk hanteren we het principe 'kom uit uw kot' als dienstverlener in de gezondheidszorg. We blijven niet in ons kabinet zitten wachten tot de mensen bij ons komen, we gaan naar de mensen toe, daar waar de nood het hoogst is.

À Bruxelles, on est parvenu à organiser un modèle de soins un peu spécifique, mais très efficace pour nos infirmières de rue qui font des consultations très accessibles avec du *outreach* et des visites à domicile. Ces personnes très vulnérables sont mises en contact avec les meilleurs physiciens ou

cliniciens au niveau tertiaire. Pour Bruxelles, il s'agit de l'hôpital Saint-Pierre. On collabore aussi largement avec Sciensano et le laboratoire de référence de microbiologie pour échanger des données sur les diagnostics, les variants de la tuberculose qui sont parfois résistants, le *whole-genome sequencing* et l'analyse des clusters.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een van onze projecten geselecteerd als good practice. Dat project handelt over het geïntensifieerd en geïndividualiseerd *case management*, dat een principe is dat u rond de covidcrisis vast en zeker al hebt gehoord.

Op de volgende slide leg ik uit wat dat *case management* is. Dat wil zeggen dat wij bij mensen die het echt nodig hebben, dus niet bij iedereen maar wel bij grote delen van de bevolking, de steun geven die zij nodig hebben om te kunnen voldoen aan de maatregelen die worden gevraagd.

Wij ondersteunen de betrokkenen aan de hand van huisbezoeken en eventueel zelfs sociale cheques. Dat zijn financiële incentives. Wij doen dat niet met overheidsgeld maar met fondsen van de Damiaanactie. Dat werkt voortreffelijk en is aan te raden. Zelfs voor mensen die thuisloos of dakloos zijn, zorgen wij tijdelijk voor huisvesting, zodat zij hun therapie en isolatie in degelijke omstandigheden kunnen volbrengen.

Op de volgende slide ziet u de voorstelling van mijzelf en van de verenigingen waarvoor ik werk.

Wij gaan nu over naar COVID-19. Waar begonnen in mijn ogen de problemen met COVID-19? Ze begonnen reeds ruimschoots vooraleer COVID-19 überhaupt ontstond. Een van de problemen in België was dat ons land geen goed *preparedness plan* had. Wij hadden geen goed voorbereid plan dat uitstippelde wat wij in België zouden doen mocht er een pandemie uitbreken.

U ziet rechtsonder een aantal indicatoren die uit wetenschappelijke studies naar voren komen en die in een plan in orde zouden moeten zijn en al gedetailleerd zouden moeten zijn beschreven, zodat dat niet moet worden georganiseerd wanneer de pandemie uiteindelijk echt uitbreekt.

U ziet een aantal punten, zoals communicatie, samenwerking tussen verschillende agentschappen, analyse van data en goede surveillance. Wij hebben allemaal al gehoord dat het op die punten soms niet erg vlot verliep, mede omdat wij geen plan klaar hadden.

Ik laat graag mijn eigen nota's zien. De nota's die u ziet, zijn van februari 2020 en geven aan hoe een

dergelijk plan er zou moeten uitzien.

U ziet rechtsboven heel duidelijk als belangrijk aangestipt de logistiek en de communicatie, die extreem belangrijk zijn in een pandemie. Op sommige punten hebben wij op dat vlak gefaald.

Ook de *epidemic intelligence*, zijnde de dataverzameling en -analyse, is essentieel.

Aan de linkerkant ziet u dat de ingangspoort tot ieder contactonderzoek, contacttracing – u ziet daar CT staan – de melding is door een arts op de eerste lijn. Een huisarts, of een spoedarts, of eventueel zelfs verpleegkundigen die op de eerste lijn liggen. Tweede ingangspoort zijn de laboratoria die een diagnostiek stellen. Vanaf dat moment moet zo snel mogelijk contacttracing van start gaan. Maar ook, en dat is dat pijltje naar boven – dit is van februari, mensen – brononderzoek, *source investigation*, om te zoeken naar clusters en wat men daar aan kan doen. Contacttracing bestaat dan voornamelijk uit het vinden van de mensen, het testen van de mensen, het isoleren van de mensen, het behandelen van de mensen, het registreren van gegevens en de analyse van de gegevens.

Een belangrijk punt hier aan te halen omdat het ook terugkwam in de vragen, is dat u onder het punt isolatie ziet dat voor grote delen van de bevolking isolatie bijna niet haalbaar is gezien huisvestingsproblemen, psychosociale obstakels of financiële obstakels. Er moet dus van in den beginne gezorgd worden voor een stevige support, een stevige ondersteuning van de behoeftige mensen, zodat zij zo goed als mogelijk überhaupt aan de maatregelen kunnen voldoen.

Volgende slide. Ik geef nog een voorbeeld. In België heerst blijkbaar een aversie om plannen te maken, nationale plannen. Wij zijn daar niet goed in. Als voorbeeld neem ik mijn eigen domein, tuberculose. Wij vragen al sinds 2008 naar een nationaal tuberculoseplan, iets wat helemaal niet zo moeilijk is en helemaal niet zo duur. Goed nieuws dus. Wij hebben op elk soort niveau gepleit en bij iedereen, zelfs met de Hoge Gezondheidsraad die ons bevestigt dat zo'n coördinatief plan met ambitieuze doelstellingen zeker nodig is. Wij werken wel mee op Europees en wereldniveau aan plannen, maar in België wil dat maar niet lukken, ook niet na pleitbezorging op het allerhoogste niveau, de Verenigde Naties in New York. Het resultaat daarvan is dat er dertien jaar later nog steeds geen tuberculoseplan in België is.

Een ander punt dat reeds ruimschoots vóór COVID-19 problematisch was, is ons *public health*

system.

Le système de prévention belge est beaucoup trop faible. Nous avons lancé un appel ouvert en octobre 2019, donc avant la pandémie de covid, pour demander à tous les politiciens et tous les partis qui essayaient de former un gouvernement d'investir un milliard d'euros dans notre système de prévention. En effet, sa faiblesse nous coûte énormément d'argent et est attestée par le grand nombre de cas de morbidités, car certains indicateurs de santé belges ne sont pas bons: santé mentale, obésité, maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Il faut aussi savoir que la lutte contre les maladies infectieuses en Belgique figure au chapitre Prévention depuis les années 80. Le co-auteur en était Emmanuel André, qui n'était pas encore du tout connu.

Deze oproep werd gesteund met een heel brede consensus door mensen uit de sector en instituten uit de sector, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de Europese Commissie, Sciensano, het KCE, alle decanen van alle faculteiten geneeskunde in heel het land, de Koninklijke Academie voor Geneeskunde, bekende namen als Lieven Annemans, Marc Noppen, Luc Colemont, de CEO's van enkele van de grootste ziekenhuizen, het Tropisch Instituut. Ik wil gewoon maar illustreren dat de consensus heel breed was en dat de oproep heel urgent was. Marc Van Ranst staat er ook tussen, net als Lode Godderis en Steven Callens, die nu lid zijn van de GEMS. U ziet er namen van infectiologen en vaccinologen staan, zoals Pierre Van Damme.

U kunt de sector dus niet verwijten dat wij niet vroeg genoeg begonnen zijn aan een goed pandemiebestrijdingsplan. Men heeft niet willen luisteren, het resultaat van deze oproep was 0,0, *nougatbollen*, niets.

Dan komen we aan mijn betrokkenheid in de eerste negen maanden van de pandemie. Ik zal het vlug overlopen. In januari 2020 was ik op een overleg van de Wereldgezondheidsorganisatie over tuberculose en contacttracing bij kinderen. Daar hoorde ik reeds geruchten over een nieuw virus in China. Ik heb onmiddellijk mensen in België gecontacteerd die veel meer over virussen weten dan ik, om te vernemen of men daarmee reeds bezig was in België en of men daarvoor reeds waakzaam was. Dat bleek zo te zijn, dus ik was toen wel gerustgesteld.

Een maand later was ik op een overleg bij het European Center for Disease Prevention and Control. Het ging daar ook over zeer relevante

zaken als testing en tracing bij reizigers en migrerende populaties. Daar zag ik een zenuwachtigheid bij tuberculosecollega's. Veel van die mensen zeiden dat het de verkeerde kant op ging en dat zij zouden moeten inspringen, met hun expertise en kennis.

Op 29 februari heeft mijn algemeen directeur Sandrina Schol hulp aangeboden aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid van heel onze vereniging, van heel de staf. Wij zagen immers dat ze overspoeld werden met werk en dat niet alleen aankonden.

Ik heb zelf ook Emmanuel André gecontacteerd om te zeggen: gebruik mij of onze expertise alstublieft.

Welke hulp hebben we nog geboden? Ik ben zelf een jaar lang, een dag per week de manschappen en vrouwschappen van het Agentschap gaan versterken. Ondertussen hebben we verder overlegd met buurlanden over contacttracing. De vraag was: hoe in godsnaam de opschaling doen van de bestaande contacttracing naar een enorm veel grotere schaal?

Op 16 maart 2020 hebben we met de VRGT opnieuw een aanbod gedaan aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Zij waren toen heel erg druk bezig met de woonzorgcentra en de chaos daar. Wij hebben hen gevraagd of het niet goed was dat wij ondertussen aan een visienota zouden schrijven, een werknota, over hoe wij contracing voor COVID-19 zien? Zullen wij alvast werken aan een opleidingsmodule voor de nieuw aan te werven tracers? Dat was op 16 maart. Die visienota was eind maart, begin april klaar.

Op dat moment werd ook de federale werkgroep Tracing opgestart. Die werd voorgezeten door Emmanuel André en later door mevrouw Moykens. Ik heb met die werkgroep minimaal 67 keer overleg gepleegd. Ik heb ze geteld. In het begin was dat dagelijks, ook in het weekend, anderhalf uur. Ik heb daar heel veel input gegeven, maar al snel week men op bepaalde punten heel erg af van die visienota.

Wij hebben een team van PhD psychologen in de tabacologie. Zij hebben een opleidingsmodule motivationele gespreksvoering gemaakt, om nieuwe tracers te leren hoe ze een vertrouwenwekkend gesprek moeten voeren.

Ondertussen had men beslist om commerciële callcentra in te schakelen. Onze psychologen-experts zijn daar ter plaatse een soort van kwaliteitscontrole gaan doen. Zij zijn naast de mensen gaan zitten. Zij hebben gekeken hoe zo'n gesprek loopt, of dat wel voldoende vertrouwenwekkend verloopt.

In het begin was dat absoluut niet het geval. Omdat er zo sterk afgeweken werd van de visienota en bepaalde essentiële zaken maar niet geïmplementeerd raakten, heb ik in juli 2020 een soort alarmnota geschreven en verstuurd naar iedereen, alle overheden, de premiers, de ministers, de GEES, alle betrokken agentschappen, met de urgente vraag om dringend werk te maken van een aantal punten. Ik kom hier later op terug.

In augustus 2020 had ik eigenlijk vakantie gepland maar toen was er een outbreak in Antwerpen, bij mij in de buurt zelfs. Ik vond dat ik niet op vakantie kon gaan terwijl mijn buurt in brand stond. Er is toen een lokaal initiatief opgestart, geïnitieerd door een lokale huisarts, dus niet door Vlaanderen of het Agentschap, dat snel bijval kreeg van een aantal lokale mensen, mezelf inbegrepen. Ook het Tropisch Instituut en de Universiteit Antwerpen werkten mee en er was tevens zeer goede steun van de stadsdiensten. Het was dus echt een lokaal project.

Ik ben bijna rond met de tijdlijn. In september lanceerden de ICT'ers uit die werkgroep de versie 2.0 van het contacttracingsysteem. Toen ik merkte dat bepaalde essentiële zaken nog steeds niet geïmplementeerd waren, is er bij mij eigenlijk iets geknakt. Ik ben toen een maand uitgevallen, wegens overwerkt en te veel frustratie omdat men maar niet wou luisteren.

Nous avons écrit un manuel pour les coachs et le *contact tracing* anversois. Ce guide est devenu une sorte d'exemple pour le reste de la Flandre. Je n'ai pas écrit cette note tout seul. D'autres personnes expérimentées y ont contribué. Elle se base sur des recommandations de l'OMS et de l'ECDC ainsi que sur l'expérience des agences en termes de *contact tracing* avant le premier round. Presque personne ne sait que nous en faisons déjà avant, mais peu de gens y travaillaient alors.

In die nota staat een aantal heel essentiële punten vermeld waarvan geen enkel mag worden weggelaten. Dan haal je een deel van het fundament onder een huis uit en trekt dat scheef. Ik zal een aantal daarvan herhalen. De dataverzameling is extreem essentieel. De massieve versterking van het personeel van die agentschappen is nodig. Die werken het best vanuit de lokale gemeenschap zelf, ingebed in de gemeenschap.

Onderaan vindt u het principe van de *case manager*. Er moet één *case manager* per index zijn, voor al zijn contacten, voor alle contacten van die contacten. Dat is best een persoon die geografisch dicht bij de index case woont, dus

iemand die de buurt goed kent. Dat is toch wel heel tegenstellend ten opzichte van wat men gekozen heeft, namelijk de centrale en commerciële callcenters. Dat was niet echt het idee.

Aanvullend wordt ook het beste gewerkt met *community health workers* in andere talen, omdat in sommige buurten gewoon mensen wonen die vaak een andere taal of dialect spreken, die andere gewoontes hebben. Dan kan zo'n uitleg of motivatie het beste gedaan worden door iemand die die buurt en die gewoontes goed kent. Ook mobiele ploegen van testers en tracers, die echt op zoek gaan naar overblijvende pockets van infectie, zijn belangrijk. Dat massieve aantal extra personeelsleden zal zeer goed opgeleid moeten worden in het uitvoeren van contacttracing, maar vooral in de manier waarop een vertrouwenwekkend gesprek gevoerd moet worden. Met een aantal motivationele gespreksvoeringstechnieken wint men vertrouwen of kan men het heel snel verliezen. In het publiek, in de pers en op televisie werd zeer duidelijk al een aantal keer gezegd dat het geen normale callcentergesprekken zijn. Die gesprekken moeten veel langer duren. Er wordt het beste niet vastgehouden aan een vaststaand script, dat stap voor stap gevolgd moet worden. Dat gesprek moet losgelaten worden, ruimte krijgen en los van het computerscherm gevoerd worden, anders wordt zo'n gesprek heel robotachtig, alsof bijna een inspecteur u opbelt in plaats van een vertrouwenspersoon.

Eigenlijk moet eerst gepraat, geconverseerd worden en als de telefoon neergelegd is, moeten de data ingevoerd worden in een datasysteem.

Vous voyez ici, recommandées par le ECDC, les interviews peuvent durer une ou deux heures pour un index et 45 minutes pour un contact, avec 15 minutes en plus pour entrer les données. Si on voit que les appels prennent 13 minutes, on peut avoir de questions sur la qualité et l'impact de ces appels.

Wat ook redelijk duidelijk geformuleerd is in de nota, is dat de data-analyse essentieel is om transmissiepatronen te herkennen en frequente manieren van transmissie te ontdekken. De nota dateert van begin februari 2020 en gaat alweer helemaal over brononderzoek. Ik raad ook heel duidelijk de software Go.Data aan, de zeer gespecialiseerde software die door de WHO zelf werd ontwikkeld, specifiek voor contacttracing. De software is bovendien gratis beschikbaar, met gratis training en helpdesk. Het is een gespecialiseerde tool die al vaker in pandemieën is gebruikt en waar dus zeker geen kinderziektes meer in zitten.

De laatste paragraaf is ook heel duidelijk: de data over contacttracing moeten worden geanalyseerd om transmissiepatronen, clusters enzovoort te herkennen. Om het nog wat duidelijker te maken heb ik daar de volgende zin aan toegevoegd: "Het moet mogelijk gemaakt worden om de volgende vragen te beantwoorden." Die vragen heb ik niet alleen bedacht, maar dat is in overleg gebeurd, zoals het hoort, met de beste experts in het land, onder wie Niel Hens, Marius Gilbert van Luik, Herman Van Oyen van Sciensano samen met nog andere mensen van Sciensano.

In de lijst vragen staat duidelijk een aantal vragen die heel erg duidelijk over brononderzoek gaat, *event factors*. Wat zijn de soorten activiteiten en soorten locaties waar veel transmissie is? Tijdens welke soort activiteiten gebeurt transmissie? Is dat thuis, in de gemeenschap, op het openbaar vervoer? Wat zijn de condities waaronder transmissie gebeurt? In de laatste zin zijn de clusters duidelijk vermeld, alsook de link tussen een index case en al zijn contacten en ook de contacten van die contacten – zeer belangrijk om de *attack rate* en de *second attack rate* te kunnen bepalen – en *superspreading events*. Wat is daar de omschrijving van of wat zijn hiertoe bijdragende factoren? Al deze vragen gaan over brononderzoek.

Brononderzoek maakt immers inherent deel uit van contactonderzoek. Een bron is ook een contact en onderzoek is clusteranalyse.

Ik heb van in het begin duidelijk geadviseerd aan Sciensano en aan iedereen die aan de databank aan het sleutelen was om zich te laten bijstaan door de beste experts die dit land heeft. Dat ben ik niet, maar de teams van het Tropisch Instituut in Antwerpen zijn dat bijvoorbeeld wel. Daar heeft men een Outbreak Management Team. Zij doen dat werk op internationaal niveau. Zij hebben dat al vele malen gedaan. Waarom zou men hen niet laten meewerken en meedenken aan het design van de datastromen en databanken? Tot nu toe is dat nog steeds niet echt gelukt. Ik vind dat een heel vreemde vaststelling. Andere mensen en groepen die ik heb voorgesteld om hen zeker te laten meekijken en van in het begin toegang tot de databanken te laten hebben, zijn bijvoorbeeld de groep van Niel Hens en Marius Gilbert en Emmanuel André.

In de tekst die u gekregen hebt met de antwoorden op de vragen staat nog veel meer uitleg, maar de conclusie is dat nu, een jaar later, veel van mijn adviezen nog steeds niet geïmplementeerd zijn. We werken nog steeds met een soort crisismanagement. Na een jaar zou er wat meer

rust moeten zijn in het management en zou er al wat meer over de langere termijn mogen worden nagedacht.

Elke poging van ons of anderen om het contactonderzoek te verbeteren – wij doen dat bijvoorbeeld in opdracht van de GGC in Brussel, voor minister Maron en Inge Neven – blijft telkens weer steken in diezelfde bottleneck van mensen die met data bezig zijn en die bewaken. Dat is een kritiek op een systeem dat ontstaan is, niet op individuen of personen. Er is in België een bepaald systeem ontstaan. Als men daarin iets met data wil doen, dan moet men altijd langs enkele personen. Iedereen moet daarlangs. Die enkele personen controleren eigenlijk zichzelf. Er is bijna niemand die die personen controleert of kan terechtwijzen. In de 21^e eeuw is dat eigenlijk ook een gebrek aan democratische controle.

Het is een vraag aan en een opdracht voor het Parlement om dat eens goed tot op het bot uit te zoeken en ervoor te zorgen dat het in de toekomst niet meer kan gebeuren dat enkelingen zoveel te zeggen hebben over alles waarmee wij rond data willen werken. Het is een weeffout in het systeem die er moet worden uitgehaald.

On voit ici les recommandations du European Centre for Disease Control, les indicateurs pour faire le monitoring et l'évaluation du tracing. Il y a quelques indicateurs auxquels la Belgique ne peut pas répondre actuellement, ou pas assez bien, ou pas assez systématiquement. Ces indicateurs devraient être analysés chaque semaine systématiquement pour voir les tendances.

Dit is een heel recente publicatie van enkele dagen geleden van Lander Willem en Niel Hens, waarin zij via modellering aantonen dat een goed contactonderzoek wel degelijk een grote invloed heeft op het aantal hospitalisaties. Als men dat omdraait, wil dat zeggen dat tijdelijk een niet zo goed contactonderzoekssysteem hebben, heel waarschijnlijk ook invloed zal hebben gehad op het aantal hospitalisaties. Volgens de modellen beperkt een goed contactonderzoek het aantal hospitalisaties met 27 tot ongeveer 50 %.

Over de apps wil ik maar één ding zeggen, en dat zijn niet mijn eigen woorden, maar wel die van de data-experts van de Wereldgezondheidsorganisatie. Zij zeggen dat van al de apps in de hele wereld er nog voor geen enkele is aangetoond of bewezen dat zij bijdragen. Mensen die dat niet graag horen en daar boos van worden, moeten niet boos worden op mij, maar wel op de experts van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit zijn immers hun bevindingen. *Proximity tracking* is geen

contacttracing. Het kan wel wat helpen, maar op zich alleen is het absoluut onvoldoende.

We hebben een aantal preventiemaatregelen. Ik wil ervoor pleiten om daaraan een zevende preventiemaatregel toe te voegen, met name aandacht voor levensstijl en gezond blijven. Gezonde voeding, voorkomen van gewichtstoename of obesitas, opletten met te veel alcohol en roken en aandacht voor de mentale gezondheid, waarover het al de hele namiddag ging, dat zou voor mij een extra aanbeveling mogen zijn, naast de andere preventiemaatregelen.

Ik sluit af met de laatste slide van onze landgenoot dr. Hans Kluge, op dit moment directeur van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de Europese regio, 53 landen. Hij zegt, en ik citeer: *"The case for investing in health has never been stronger."*

De argumenten om nu massaal te investeren in gezondheid zijn nooit zo sterk geweest, zeker gezien de interactie tussen welvaartsziekten zoals obesitas en diabetes en de infectieziekte covid. Het zijn vooral de mensen die obees waren of diabetes of hartklachten hadden die zwaar ziek werden of overleden zijn. Als wij daar vroeger aan gewerkt hadden, dan hadden wij met zekerheid veel minder overlijdens gehad in België.

Ik sluit niet uit dat het beruchte mortaliteitscijfer in België vergeleken met andere landen zeker ook daarmee te maken heeft. Wij hebben een veel te zwakke preventie van andere risicoziekten gehad.

Ik dank u voor uw aandacht en sta open voor verdere vragen.

De **voorzitter**: Ik dank u voor de inleiding en de uitgebreide antwoorden die u ons schriftelijk hebt bezorgd. De leden hebben die pas deze nacht gekregen van het secretariaat en ik denk niet dat iedereen alles al heeft kunnen lezen. Het is dus mogelijk dat men straks vragen stelt die al beantwoord zijn maar dan mag u zeker naar uw schriftelijke antwoorden verwijzen.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijn dank aan dokter Arrazola.

Ik heb nog een aantal puntjes opgeschreven waar ik toch wel wat extra informatie over zou willen. Als we het hebben over de contactopsporing en dan kijken naar de eerste golf, wat is dan volgens uw inschatting de impact geweest van het gebrek aan testen dat er toen was, dus ook de heel enge, heel smalle testcriteria, heel strenge testcriteria die er toen waren? Op een gegeven moment werd men enkel nog getest als men werd gehospitaliseerd.

Wat is volgens u de impact daarvan geweest op de problemen die er zijn geweest met de tracing?

Dan over de databank. U heeft heel wat kritiek op de manier waarop die databank was gebouwd. U geeft aan dat er te veel IT en te weinig epidemiologie bij was betrokken. U verwijst ook heel concreet naar iemand waarvan ik denk dat we allemaal weten wie u bedoelt, die te veel macht zou hebben bij dat datamanagement. Wat ik mij dan afvraag is het volgende. Heeft u zicht op de gang van zaken in andere landen? Verliep dat daar beter? Ziet u daar goede voorbeelden die u kan overmaken aan ons? Ik stond er inderdaad van te kijken dat er gespecialiseerde software ter beschikking zou geweest zijn, de Go.Data, die ook geadviseerd zou zijn door het ECDC. Heeft u weet van andere landen die de software effectief hebben gebruikt? Waarvoor diende die software dan exact? Hadden wij dan die databank niet moeten opmaken, of wel? Kon die software dat ook? Of was dat vooral om het leggen van de verbanden, om de contactopsporing te regelen?

U heeft ook op verschillende plekken in uw schriftelijk antwoord op verschillende vragen geantwoord dat er een gebrek was aan het consulteren van specialisten, mensen met expertise. U haalde het net ook nog eens aan, het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Toen ik het las dacht ik: inderdaad, hoe komt het in hemelsnaam dat wij hen zo weinig hebben gezien in de aanpak van deze epidemie?

Wij hebben hier immers te maken met een tropische infectieziekte. Dat is dus iets waar het helemaal in huis is. Dat is vreemd. Het heeft reeds decennialang ervaring. Wij moeten het daarover nog hebben, of dat iets is dat wij meer moeten verankeren in de toekomst. Kunt u inschatten welk verschil het zou kunnen gemaakt hebben, als wij meer beroep hadden gedaan op het Instituut voor Tropische Geneeskunde?

Een andere gastspreker sprak over de frictie tussen de departementen, binnen Sciensano. De data die verzameld werden door het ene departement, konden niet worden ingekeken door een ander departement. Daardoor hadden zelfs de epidemiologen bij Sciensano geen zicht op alle data. Ik begrijp niet goed hoe zo iets kan. Hebt u er een idee over hoe dat kwam, waarom dat zo was, waarom dat niet mogelijk was? Dat is immers een essentieel en fundamenteel probleem.

Over het openstellen van de data voor andere wetenschappers en andere onderzoekers kregen wij ook regelmatig berichten. Er kon geen verder onderzoek worden gedaan in bijvoorbeeld universiteiten met die data. Dat had een serieuze

hulp kunnen zijn in de aanpak van de crisis, zeker in het begin, toen alles tegelijk op ons afkwam.

U bent heel kritisch voor de CoronAlert-app. Ik heb de indruk dat de overheid daar ondertussen ook heel kritisch tegenover staat, want ik merk nog heel weinig van enthousiasme en promotie daaromtrent. Kan dit nog enigszins nuttig zijn in de verdere aanpak van deze pandemie? Als binnenkort de maatregelen worden gelost en wij elkaar meer gaan zien en ontmoeten, kan het dan wel zinvoller zijn? Waarom eventueel niet?

Er waren schriftelijke vragen over afvalwaterscreening en rioolwaterscreening. U bent er nu niet op ingegaan. U gaf zelf aan dat het u een interessante piste lijkt. Ik hoorde dat ook van verschillende andere experts die wij gehoord hebben.

Maar niemand weet hoe het daarmee staat. Dat vind ik bijzonder vreemd. Sciensano heeft immers aangegeven dat ze al een hele tijd met een project bezig zijn om alle data te verzamelen en weer te geven en als indicator te gebruiken. Ik veronderstel dat u zelf ook geen idee heeft van hoe het komt dat we daar nog steeds geen zicht op krijgen. Anders hadden we dat wel graag gehoord.

Mijn volgende vraag gaat over de plannen, over de paraatheid. Dat is in de commissie voor Volksgezondheid ook al enkele keren terug ter sprake gekomen. Blijkbaar hadden we geen plannen. U zegt dat u zelf al tien jaar aan het ijveren bent om een plan op te maken rond tbc-bestrijding. U bent daar binnen de Hoge Gezondheidsraad even mee bezig geweest, maar bent teruggefloten. Kunt u duiden waarom dat volgens u gebeurde?

De WHO en de ECDC zetten toch ook al geruime tijd in op de preparedness-plannen en dringen hierop aan bij de verschillende lidstaten. Zelf heb ik de minister van Volksgezondheid daar ook over ondervraagd. Dat was in februari 2020. Toen vroeg ik haar of we klaar waren en een plan hadden. Zij was er toen rotsvast van overtuigd dat er een plan was. Zou het kunnen dat zij gewoon niet op de hoogte was? Wie is volgens u verantwoordelijk voor het actualiseren en het inoefenen van een preparednessplan?

U gaf net ook aan dat sociale factoren van belang zijn bij een pandemie. Is daar volgens u voldoende aandacht naartoe gegaan? Soms heb ik immers het idee dat er een soort van taboe rust op bepaalde sociale kenmerken, waardoor men de data niet graag vrijgeeft. Zou dat kunnen volgens u?

U heeft verschillende keren de vergelijking

gemaakt met tbc. Gaat dat volgens u ook op voor het verdere verloop van COVID-19? Gaan wij ook te maken krijgen met een endemisch pathogeen, volgens u? Gaan we continu waakzaam moeten blijven? Volgens mij is het verschil met tbc dat er wel een behandeling is en dat er antibiotica kunnen worden gegeven omdat het om een bacterie gaat. Wat is uw idee daarover?

U zegt dat er nog veel adviezen niet geïmplementeerd zijn zodat we nog altijd in een soort van crisismanagement zitten. Denkt u daarom dat er behoefte is aan een structurele reflectie, een terugkoppeling of bijsturing van het beleid? Wie zou dat dan in handen moeten nemen?

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Depoorter het woord niet meer vraagt.

Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen): Merci pour toutes ces précieuses informations. Je voudrais revenir sur le début. Vous évoquez que, dès le 1^{er} octobre 2019, vous aviez dit qu'il faudrait investir un milliard d'euros pour pouvoir remettre à flot - ou garder à flot - les soins de santé. D'après vous, y avait-il aussi des investissements à faire qui auraient permis de mieux anticiper cette crise? On l'a bien constaté, au niveau de l'organisation, de la gestion, de l'anticipation, de la capacité à obtenir le matériel indispensable. Cela fait des semaines que l'on constate qu'il y a eu toute une série de manquements. Selon vous, très concrètement, y avait-il une part à prendre d'un budget comme celui-là pour investir dans ce qu'on appelle, de plus en plus, les difficultés dues à l'absence d'un vrai plan de crise et de gestion de pandémie? Vous y avez fait référence. Concrètement, comment voyez-vous les investissements à ce niveau, si vous les voyez bien entendu? Peut-être y avez-vous répondu dans vos propositions écrites, car je n'ai pas eu l'opportunité de les lire depuis ce matin

J'en viens à la question des indicateurs, de l'appel aux experts, de la manière dont on les a écoutés et de l'analyse. Des experts étaient disponibles et disposés à faire l'analyse. Au sujet des indicateurs, vous évoquez le fait qu'il n'y a pas eu une analyse suffisante, et que ce n'est toujours pas le cas. Je voudrais savoir comment vous imagineriez rectifier le tir à propos de l'analyse et du croisement de ces données. On sait qu'on n'est pas encore au bout. Probablement y aura-t-il encore des indicateurs à croiser, et davantage encore si on peut imaginer des perspectives de réouverture et envisager une vie où le contact social pourrait être davantage envisageable. Ne commettons pas à nouveau les erreurs du passé.

Je suis particulièrement sensible à la question de

la prévention. Vous avez évoqué des éléments de vie saine, de santé mentale, mais aussi de choix alimentaire, de choix de mode de vie. J'ai envie de l'entendre de vos voix. Clairement, ce sont des éléments sur lesquels je reçois beaucoup d'interpellations citoyennes. Ces personnes imaginent aussi qu'en ayant une qualité de vie meilleure, à titre personnel, on pourrait davantage essayer de passer entre les mailles de la contamination parce que notre système immunitaire le permettrait.

J'aurais voulu savoir si vous faisiez référence à ce genre de choses. Avez-vous davantage l'impression qu'il s'agit d'un mode de vie qui permettrait d'avoir une immunité collective plus intéressante et plus importante? Ou bien est-il question de tout autre chose?

Enfin, je suis évidemment particulièrement attentive à toutes les tentatives qui se heurtent à un goulot d'étranglement dans la gestion des données. Je l'ai noté tel quel. Quelques personnes décideraient seules. C'est une vraie erreur dans le système; vous avez parlé à plusieurs reprises de système, c'est-à-dire que c'est systémique. J'aimerais du coup vous entendre, car toute la difficulté dans un système est d'enrayer une machine qui tourne de manière un peu folle. L'objectif, dans cette commission, est quand même de pouvoir faire des recommandations constructives, notamment au gouvernement. Donc, j'aurais voulu savoir quelles étaient pour vous les pistes prioritaires et rapides pour éviter que l'on continue à se heurter, au cours des semaines et des mois à venir, à ce même goulot d'étranglement.

Je crois avoir balayé les questions que j'avais à poser. Bien entendu, je lirai avec attention les documents que vous nous avez envoyés. Encore merci pour le temps que vous consacrez à nous répondre.

Patrick Prévot (PS): Merci docteur Arrazola pour votre intervention. Merci également pour le temps que vous avez pris pour répondre aux questions. J'ai pu parcourir le document dans les grandes lignes. J'espère ne pas être redondant dans mes questions. J'ai déjà expurgé les miennes de celles qui ont été posées par mes collègues. J'aimerais néanmoins revenir sur quelques points, si vous me le permettez.

On le sait, et cela a été dit au sein de cette commission spéciale covid, un des grands problèmes du traçage réside dans le fait que les personnes contactées ne donnent pas les informations attendues, notamment le nom des contacts à haut risque. Il y a plusieurs raisons à

cela.

Tout d'abord, il y a la crainte d'être poursuivi pour avoir enfreint les règles, mais aussi par crainte de la réaction des personnes ou des contacts qui pourraient être mentionnés et qui pourraient devoir se mettre en quarantaine avec les problèmes que cela pourrait poser, notamment pour le travail. Comment améliorer la publicité mais également la communication et la confiance de la population sur ce point très précis?

Où en sommes-nous aujourd'hui concernant les sources et les origines des contaminations? Sommes-nous en capacité d'avoir davantage d'informations dans ce cadre, sachant à quel point c'est utile notamment pour que les autorités puissent prendre des mesures? De quelles informations dispose-t-on actuellement dans le cadre du *tracing*? Comment les scripts et les questions posées par les opérateurs ont-ils ou semblent-ils avoir évolué? Que manque-t-il encore comme données importantes aujourd'hui? Enfin, toujours sur ce sujet, est-ce dû à des problèmes de logiciel informatique comme certains le supposent? Ou existe-t-il d'autres raisons que vous pourriez nous communiquer?

J'aimerais également revenir sur l'application Coronalert qui n'a été mise à disposition qu'au mois de septembre, bien trop tard donc pour la plupart des observateurs et des experts. *A posteriori*, quelle est votre opinion sur l'intérêt d'une telle application? Considérez-vous toujours qu'elle a, aujourd'hui en tout cas, son utilité à côté du traçage manuel pour contenir la pandémie que nous connaissons?

Enfin, on sait que la mise en quarantaine est beaucoup plus facile pour certains que pour d'autres. Comment venir en soutien aux personnes les plus vulnérables dans ce cadre? Comment les épauler? Comment les guider? Comment les accompagner pour qu'elles suivent correctement cette quarantaine? Concrètement, comment faire adhérer la population aux consignes de quarantaine?

Docteur, ce sont les questions que je souhaitais vous poser en vous remerciant d'ores et déjà pour vos réponses.

Dominiek Sneppe (VB): Dokter Arrazola, ik wil u in de eerste plaats bedanken voor uw openhartige voorstelling. Wij zijn weer wat wijzer geworden over het kluwen van deze crisis.

Het eerste deel van uw voorstelling, over wie u bent en in welke organisaties u actief bent, was verrijkend. Wat uw tuberculose-expertise betreft,

herinner ik mij dat ik vorige zomer daarover aan minister De Block een vraag stelde omdat men toen in Nederland, waarschijnlijk in Utrecht maar dat weet ik niet meer 100 % zeker, een studie startte waarbij het tuberculosevaccin als proef gebruikt zou worden tegen corona.

Ik weet niet wat het resultaat daarvan was. Waarschijnlijk bent u daarvan beter op de hoogte. Ik wil dus graag van u weten wat het resultaat daarvan was? Ik vond het wel frappant dat mevrouw De Block daar toen geen weet van had, terwijl zij toch minister van Volksgezondheid was. Ik ben maar een eenvoudige parlements lid en niet medisch geschoold, maar ik had dat wel gezien. Ik had dat ergens gevonden, maar mevrouw de minister blijkbaar niet. Dit even terzijde, uiteraard.

Daaraan gekoppeld, het werd ook duidelijk dat er in Afrika, waar de vaccinatie tegen tuberculose aan de gang was, in het begin minder besmettingen waren. Klopt dit? Of moeten wij dit eerder zien als: daar werd misschien minder getest, en de gevallen waren misschien niet zo duidelijk? Heeft het ene met het andere te maken? Graag krijg ik wat meer uitleg over dat vaccin.

Ik zag op één van uw foto's een mobiel labo. U hebt daarnaar verwezen. Is dat labo ingezet in de covidcrisis? Of kon het op een bepaalde wijze ingezet worden?

Wat mij ook treft, is dat wij de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding in huis hebben, en men zou denken dat onze beleidsvoerders dat wel weten. Hoe komt het dan volgens u dat men er niet aan gedacht heeft jullie expertise te vragen? Eigenlijk hebt u die zelf moeten aanbieden, en zij hebben u dan nog niet eens helemaal met open armen onthaald. Als wij zoveel expertise in huis hebben, ook het Tropisch Instituut trouwens, hoe komt het dan dat wij zo lang door deze crisis moesten strompelen?

Over de WHO-software had collega Gijbels het al. Ik zal haar vraag niet herhalen. Die was aanwezig. Waarom zouden wij dan het warm water nog moeten uitvinden? Als wereldwijd hetzelfde systeem kon worden gebruikt, was dat toch wel de beste optie geweest? De vraag is in welke andere landen het wel gebruikt werd?

In verband met de bottleneck zei u nog net de naam niet, maar u hoeft die naam zelfs niet te zeggen. Wij weten allemaal over wat het gaat. Op onze prioriteitenlijst voor na de crisis moet staan dat dit potje ook eens uitgemest moet worden.

Ik zal het hierbij laten. Ik meen niet dat het nodig is

nog meer te vragen. Ik sluit mij aan bij de vragen van de collega's. Ik hoef ze niet te herhalen.

Alvast bedankt voor uw antwoorden.

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, comme les collègues ont déjà posé plusieurs questions, je ne vais pas alourdir la réunion.

Docteur Arrazola, je vous demanderai une précision: vous avez parlé de la présence de la lutte contre les maladies infectieuses dans le volet prévention depuis les années 80 et évoquiez, à ce titre, M. Emmanuel André. Pourriez-vous m'en dire davantage? De quelle prévention s'agissait-il? Je n'ai pas très bien compris. Je serais donc intéressé par une précision quant à cet aspect des choses.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer Arrozoala, ik zal mij beperken tot twee vragen. Ik ben verrast door het feit dat het Instituut voor Tropische Geneeskunde niet werd ingeschakeld. Ik denk dat dit voor heel wat parlementsleden nieuws is. Ik ben blij dat u ons die informatie hebt bezorgd, want ik ga ervan uit dat we in de toekomst zullen moeten werken aan een structuur waarmee het Instituut meteen kan worden geïmplementeerd.

Mijn tweede vraag is een meer algemene vraag. Ziet u een verschil tussen infectieziektebestrijding en pandemiebestrijding? Indien ja, waar ziet u die verschillen concreet in beleidsmatige keuzes en maatregelen?

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, ik heb de vergadering van bij het begin gevolgd, maar ik geraakte niet op Zoom.

Mijnheer Arrazola, ik dank u voor uw uitleg die ik heel interessant vond. Ik vond het ook heel interessant om vanochtend uw antwoorden op de schriftelijke vragen te lezen. Ik vat even samen. Op 16 maart hebt u een eerste visienota opgesteld met collega's, waarin u een aantal basisprincipes hebt opgesomd, zoals de rol van de huisartsen, het belang van de casemanager, die de indexcase en alle contacten opvolgt, het belang van inzicht en van mensenwerk, dat dit niet per se aan de hand van scripts kan worden gedaan.

Ik wil u laten reageren op de uitspraak van mevrouw Moykens, die in haar getuigenis hier heeft gezegd dat testen en traceren in België heel performant is. Ze heeft een aantal cijfers gegeven, waaruit bleek dat ongeveer 95 % van de contacten werd bereikt. Ik verneem graag hoe u dat analyseert aan de hand van de indicatoren die u aangeeft.

Een cijfer dat mij erg geraakt heeft en dat wij nu

wekelijks in het Sciensanorapport vinden, is dat 21 % van de hoogrisiccontacten die zich laten testen, positief is. Dat is heel hoog. Zegt dat iets over de vraag of wij genoeg testen en ver genoeg testen?

Mijn collega verwees al naar Go.Data. Blijkbaar bestaat er echt een programma van de WHO. Is er voorgelegd om dat programma te gebruiken en niet het programma dat wij vandaag gebruiken? Wordt dat programma in andere landen op een performante manier gebruikt?

In uw nota staat hoe brononderzoek moet gebeuren, maar in ons land begint men pas in juli-augustus vragen te stellen. Brononderzoek omhelst natuurlijk niet alleen vragen stellen, maar ook de verwerking van die informatie daarna.

U sprak ook over het belang van de ondersteuning van de quarantaine. Ik werk zelf ook als huisarts en dat is effectief een groot probleem. Ik zal een voorbeeld geven: ik ontvang een gezin, waarvan de vrouw positief en de man negatief testen. Zij kunnen eigenlijk niet in isolatie van elkaar leven, want zij wonen in een klein huis. De man is negatief getest, dus hij moet tien dagen in quarantaine – tot het einde van de besmettelijke periode van zijn vrouw – en daar moet ik nog eens zeven dagen quarantaine bijtellen. Als die man negatief blijft testen, zal hij dus 17 dagen in quarantaine moeten gaan. Hij zag dat natuurlijk helemaal niet zitten, ook niet ten opzichte van zijn werkgever, want hij zou dan slechts 70 % van zijn loon krijgen.

De PVDA heeft een wetsvoorstel hangende in de Kamer voor een volledig loon bij quarantaine.

Welke weg heeft het voorstel dat op tafel heeft gelegen, afgelegd en waarom is dat er niet van gekomen?

In uw schriftelijke antwoorden legt u uit hoe de curve beter afgevlakt kon worden. De tweede golf is zeer ernstig geweest. In de nota die u in juli stuurde, had u het ook vaak over een tweede golf die er aankwam indien de tracing niet in orde was. Kunt u dat duiden?

Karin Jiroflée (sp.a): Heel erg bedankt, vanuit de sp.a-fractie, voor het harde werk dat u hebt verricht en uiteraard ook voor uw antwoorden. U hebt er in uw antwoorden ook geen doekjes om gewonden. Uw rechtlijnigheid wordt door de sp.a-fractie heel erg geapprecieerd. We hebben dus wel degelijk een groot deel van de antwoorden gelezen, hoewel ze laat waren aangekomen. Ik dank ook de personeelsleden van het secretariaat voor het harde werk dat zij hebben verricht.

Geachte dokter, ik heb enkele vragen voor u. Persoonlijk vind ik het meest stuitend dat het model van contactopsporing volgens u, als ik het goed begrijp, werd uitgewerkt door mensen zonder expertise inzake contactopsporing. Klopt dat? Klopt het dat er in de taskforce-De Backer niemand met expertise in die materie zat? Buiten de kerens die zelf contact hebt opgenomen met de minister, was u niet betrokken, zo zei u, maar u weet wel wie de leden van die taskforce waren. Ik ga er daarom vanuit dat u die vraag wel kunt beantwoorden.

Het Nieuwsblad publiceerde de jongste dagen een erg goede reeks omtrent de start van de coronapandemie. Vandaag lijkt *Het Nieuwsblad* te suggereren dat het model van contactopsporing helemaal niet uitgewerkt is door de taskforce-De Backer, maar wel door de regio's. Ook Karine Moynens heeft in onze commissie gesproken over een periode tussen de Nationale Veiligheidsraad van 15 april en de IMC van 20 april, waarin er toch duidelijk een haar in de boter zat, als ik mij zo mag uitdrukken. Waren de regio's ook vertegenwoordigd in de werkgroepen? Weet u welke bijstellingen er door de regio's zijn doorgevoerd aan de initiële opzet van midden april? Hoe hebben de 67 vergaderingen van de werkgroep tracing, waarnaar u verwees, daaraan bijgedragen, of heeft *Het Nieuwsblad* het daaromtrent bij het verkeerde eind?

Ik wil u gewoon nog even vragen een tijdslijn te geven van wat wanneer juist is gebeurd. Wij hebben immers de indruk dat daaromtrent nogal wat verwarring heerst. Voorgaande sprekers in deze commissie zijn er ook niet in geslaagd om het helemaal duidelijk te maken.

Aanvullend, vanwaar komt het model van *call agents* en *field agents*, waarna die *call agents* heel snel callcenters werden? Wie heeft dat bedacht? Of werd dat opgedrongen door iets of iemand?

U verwijst in uw schriftelijke antwoorden ook naar twee nota's, een van juli, die bezorgd werd aan de verschillende overheden en experts, en een andere van maart. Kunt u wat meer toelichting geven bij die visienota van maart? Aan wie werd die juist bezorgd? Welke reacties kwamen daarop? Kunt u die nota aan deze commissie bezorgen? Dat zou immers interessant kunnen zijn.

Ik heb nog een andere punctuele vraag. U was ook betrokken bij de initiële contactopsporing in februari van de teruggekeerde reizigers. Als ik u goed begrepen heb, is die contactopsporing moeten stoppen eind februari. Ik vermoed dat uw nota uit maart daarop een reactie was. Is dat juist? Heb ik dat goed? Is de stopzetting van de Vlaamse contactopsporing in februari ook gecommuniceerd

aan de experts en de federale overheid op dat moment, voor zover u weet?

De reden dat ik hierover doorvraag, is dat een van de vereisten om over te schakelen naar fase 3 van het crisisbeheer, het wegvallen van de contactopsporing was. Als ik dan de tijdslijnen naast elkaar leg, zie ik nog twee weken tussen die twee momenten, terwijl ze eigenlijk op elkaar hadden moeten aansluiten.

Ook daar ben ik dus niet helemaal mee in de tijdslijn. Misschien kunt u wat klaarheid brengen.

Dan kom ik aan de contactopsporing zoals ze er vandaag is. In uw schriftelijke antwoorden stelt u dat contactopsporing vandaag, gelukkig, iets beter werkt dan bij de start. Als ik echter hoor dat gesprekken met indexpatiënten nog steeds slechts 13 minuten duren, maak ik mij toch wat zorgen. Zijn er zaken die vandaag beter kunnen volgens u? En misschien nog pertinenter, is het huidige model van contactopsporing geschikt voor de zomer en het komende seizoen, met een toenemende mate van immuniteit in de samenleving? Algemener gesteld, hoe ziet u de toekomst van de contactopsporing de komende maanden?

U zegt ook dat *proximity tracing* alleen onvoldoende is. Kan dat een rol spelen? Zo ja, welke?

In uw inleiding sprak u over de investeringen in de preventieve gezondheid. Daarover zijn wij het volkomen eens. Het Rekenhof zei in 2016 reeds dat het budget voor preventie minstens verdrievoudigd moest worden. Bij elke nieuwe verkiezing zien wij dat alle Vlaamse politieke partijen pleiten voor meer middelen voor preventie. Wij zien het dan echter vaak fout gaan in de werking. Ondertussen zit mijn partij in de meerderheid, maar het blijkt moeilijk te blijven, los van wie op dat moment in de regering zit. Omdat het niet onmiddellijk opbrengt is men altijd geneigd om dat wat op de lange baan te schuiven, terwijl het veel beter zou zijn als men eens die sprong zou durven wagen en daarin volop zou gaan investeren.

Denkt u dat er een nieuw momentum aan het komen is om een nieuwe poging te doen om preventie eindelijk de plaats te geven die het verdient in ons gezondheidsbeleid? Als u inderdaad die intentie hebt, op welke manier gaat u dat dan aanpakken?

Ik heb nog een allerlaatste vraag. In Vlaanderen betalen we nu voor de contactopsporing een dikke 400.000 euro per dag. Het is een duur systeem, zelfs los van de federale kosten om het

dataplatform werkend te houden. Kunt u ons een idee geven van hoeveel een goede contactopsporing volgens u zou mogen kosten? Hoeveel van de huidige chaos zouden we kunnen vermijden door te investeren in een cultuur van contactopsporing? Het is immers heel erg duidelijk dat die cultuur van contactopsporing nu helemaal ontbreekt.

Excuseer mij voor de vele vragen maar als men de tijdslijnen naast elkaar legt, dan blijven er gaps opduiken. We krijgen moeilijk greep op het bepalen van wat daar nu juist gebeurd is, daarom wilde ik daar nog eens naar peilen. Ik dank u alvast voor de antwoorden en voor uw geëngageerd werk.

Catherine Fonck (cdH): Docteur, merci beaucoup. J'avoue que je suis rassurée d'entendre ce diagnostic lucide. Nous ne disposons pas de beaucoup d'armes: nous avons maintenant la vaccination, mais le fait de tester, tracer et isoler est l'autre arme indispensable dans ce type de pandémie. Reconnaissons que cette arme est loin d'être utilisée à 100 % comme elle le devrait. Je vous remercie de votre exposé, mais je reste déçue, à titre personnel, de l'entendre si tard puisque ce sont des choses que j'ai radotées depuis des mois et des mois.

La note d'alerte que vous avez réalisée en juillet 2020 est-elle publique? Pourrions-nous en disposer? À titre personnel, elle m'intéresse particulièrement.

Au niveau du traçage, je reste persuadée, comme vous l'avez expliqué, que l'on a besoin d'un traçage qui soit beaucoup plus fin autour des personnes et des lieux et des équipes se déplaçant à proximité à la fois pour la recherche de clusters, mais aussi pour le volet de l'accompagnement. Tester et tracer c'est bien, mais l'enjeu est d'isoler. En Belgique, la politique d'isolement qui complète le traçage et les tests est principalement une politique de mots: dire aux gens qu'ils doivent s'isoler et de suivre les règles, etc.

Ne pensez-vous pas qu'il serait temps de mettre en place une politique d'accompagnement à l'isolement en fonction des réalités individuelles et familiales, des lieux d'habitation – plusieurs générations sous un même toit, une capacité ou pas de s'isoler, la mise à disposition de chambres d'hôtel lorsque les habitations sont petites, l'aide pouvant être apportée dans la situation de familles monoparentales avec des enfants, bref, toute une série d'aspects concernant la logistique?

Ce volet-là n'est clairement pas développé en Belgique sauf parfois, grâce à quelques initiatives locales et de proximité. Au regard des bonnes

pratiques dans les autres pays, ne pensez-vous pas que nous devrions impulser une politique en la matière? Nous ne sommes pas aujourd'hui dans un pic, mais sur un plateau élevé. Les perspectives de déconfinement doivent aussi nous amener à renforcer le volet d'une politique sur les tests, le traçage et l'isolement.

Il y a un fossé entre votre diagnostic lucide et l'autoévaluation du groupe interfédéral Tracing non pas seulement par rapport à ce qui s'est passé préalablement, mais sur la manière avec laquelle cela se passe aujourd'hui.

Dans la perspective d'un déconfinement, en fonction de la vaccination et du suivi épidémiologique, y a-t-il oui ou non encore des mesures, des améliorations, des renforcements et adaptations qui devraient être apportés en urgence à ce volet de la politique de lutte contre la pandémie? Si, oui lesquels?

J'aimerais vous pousser un petit plus loin par rapport à ce que vous avez évoqué concernant le goulot d'étranglement à la fois des données et des capacités et statuts des équipes qui réalisent le traçage. Quelles sont les causes précises?

Je suis la littérature scientifique et les pratiques d'autres pays. Pour ce qui est du traçage, à partir d'un certain seuil de contaminations et surtout en phase de reprise de dynamiques exponentielles, je n'ai pas vu de pays européens qui soient en capacité de s'adapter et de pouvoir assumer, même pour ce qui est des pays meilleurs que nous en la matière. À un moment donné, tous les pays se retrouvent en saturation et dès lors en incapacité d'identification de clusters et d'isolement efficaces.

Peut-être que je me trompe dans cette analyse des bonnes pratiques des autres pays. Des pays y arrivent-ils? Est-ce que d'autres pays européens ont un effet goulot d'étranglement qui arriverait plus tardivement que le nôtre? Sommes-nous donc saturés plus vite que les autres? Est-ce surtout lié aux capacités des équipes (aux ressources humaines) et à leurs pratiques ou y a-t-il d'autres maillons faibles dans les données, avec des questions telles que la gestion des données et même les outils informatiques mis en place?

Où se situe, en fait, le curseur le plus important dans ce goulot d'étranglement?

Enfin, le volet de la ventilation est un pan qui est insuffisamment pris en compte dans les politiques belges. On ne doit évidemment pas rénover tous les bâtiments et mettre en place des ventilations parfaites du jour au lendemain. Mais même au

niveau des outils d'accompagnement comme les capteurs CO₂ dans les classes pour amener les enseignants à ventiler plus, ou dans d'autres bâtiments plus anciens, beaucoup de choses devraient et pourraient être faites, au-delà, bien sûr, d'une politique d'investissement et de ventilation qu'il faudra prévoir à moyen terme.

Avant de terminer mon intervention, je voudrais vous remercier. Sauf si je me trompe, la note à laquelle vous avez fait référence est celle qui vise l'ensemble de la politique de prévention et non une politique de prévention relative aux infections et aux pandémies. Si tel n'était pas le cas, je souhaiterais pouvoir en disposer. S'il s'agit de la note générale sur la prévention avec l'enjeu majeur en termes de gain individuel mais aussi collectif sur le curatif, j'ai déjà pu en prendre connaissance.

Je vous remercie encore une fois et je vous souhaite une bonne continuation, en espérant que vous serez associé pour renforcer les dispositifs et surtout la mise en place de la stratégie, dans les mois à venir, de ce volet qui restera particulièrement important.

Wouter Arrazola de Oñate: Gelet op de vele vragen zal ik u een antwoord toesturen voor de vragen die ik vandaag niet meer kan behandelen.

Ik kom eerst tot de vragen over de beperkte beschikbaarheid van tests in het begin. Dat is inderdaad absoluut een probleem geweest en heeft geleid tot beperkingen in onder andere het contactonderzoek. Op dat moment viel er aan dat probleem niet zo heel veel te doen. Ongeveer heel de wereld worstelde ermee. Dat beperkt aantal heeft zeker wel een negatief effect gehad.

In verband met Go.Data vroegen verschillende leden of er goede voorbeelden zijn van het gebruik ervan in andere landen. Ja, het wordt gebruikt in verschillende tientallen andere landen, al weet ik uit het hoofd niet dewelke, maar onder andere Zwitserland gebruikt het in bepaalde kantons. Dat programma is weliswaar specifiek gemaakt voor de opvolging van contacten en voor de analyse van clusters. Als wij dat geïmplementeerd hadden, dan hadden we daarnaast in ieder geval nog nood aan een andere centrale databank, maar dat is niet erg. Nu werd geprobeerd alles in één stroom te doen. Soms is het gemakkelijker om de zaken apart te doen. Iedere dataverzameling of iedere intentie tot de verzameling van data, kan verschillende doelen hebben. Een doel kan de opvolging en de praktische managing van contacten en clusters zijn, een ander doel kan de surveillance zijn en het inzicht krijgen in transmissiepatronen aan de hand van extra data.

Het is helemaal niet zo erg dat die twee van elkaar losgekoppeld zouden zijn. Veel landen werken met minstens twee systemen daarvoor. De mensen en landen die Go.Data gebruiken, zijn wel erg tevreden over de flexibiliteit van het programma. Er is een zeer gebruiksvriendelijke smartphoneapp, ook voor mensen die in het veld werken. Zij kunnen onmiddellijk gegevens ingeven. Ook het zeer succesvolle en door de WHO geprezen project van Leuvense studenten, van de KUL, opgezet door jonge, enthousiaste onderzoekers, gebruikt Go.Data als deel van de software en dataverzameling. Zij zijn daar erg tevreden over.

Ik ben het er helemaal mee eens dat het vreemd is dat de experts van het tropisch instituut niet van in het begin betrokken werden. Daarom stond ook in mijn initiële nota dat we die mensen van in het begin moesten laten meedenken. Als men dat had gedaan, had men van in het begin die datastromen zo kunnen ontwerpen dat ze achteraf ook heel makkelijk, veel makkelijker dan nu, te analyseren waren op een zeer nuttige manier. Nu is dat niet. De data die nu verzameld worden, zijn redelijk chaotisch verzameld in één databank, maar in periodes en in stukjes en beetjes, met factoren die veranderen doorheen de tijd. Er zijn moeilijk aan elkaar te linken subdatabanken. Als er van in het begin, dus van bij het ontwerp, analyse-experts mee hadden gedacht, was dat van bij het begin al veel logischer gestructureerd. Zo zouden de analyses automatisch elke dag eruit rollen en zou je bijna realtime trends in de analyses krijgen.

Een mooi voorbeeldland op dat vlak is Nederland, waar dat wel is gebeurd en nog steeds gebeurt.

Er is in Nederland inderdaad een probleem geweest met een datalek, maar in tegenstelling tot wat er werd beweerd, heeft dat absoluut niets te maken met het feit dat men het casemanagersprincipe zou hanteren, maar was dat simpelweg te wijten aan een flinke fout in de gebruikte software en aan het feit dat men met privécomputers van thuis uit mocht werken. Het was dus een probleem met de software, niet met het casemanagersprincipe. Ik heb dat zelf nagevraagd in Nederland bij de experts en heb dat ook eens laten bekijken door data-experts aan verschillende Belgische universiteiten en zij zijn het daar allemaal mee eens.

Ik weet ook niet vanwaar de frictie bij Sciensano komt tussen het departement dat de data verzamelt en bewaart, en de andere departementen, maar als men met iedereen praat, is dat wel een objectief observeerbaar feit. Het is misschien aan de commissie om hier meer zicht op te krijgen en eens diepgaand na te vragen wat er precies scheelt.

Er werd gevraagd of de Coronalertapp nog nut heeft. Ik heb nooit gezegd dat die helemaal geen nut heeft, maar helemaal in het begin was er de Data Against Corona Taskforce onder minister De Backer. Die zou contactonderzoek organiseren, maar daar zaten bijna alleen IT'ers uit de privésector in. Men zou dat volledig met een app doen. Ik heb een tegengewicht willen bieden aan dat blinde geloof in de technologie, omdat een app op zich niet het hele contactonderzoek zou kunnen managen.

Zo'n app kan en zal een hulpmiddel zijn maar niemand kan zeggen hoeveel die precies bijdraagt. Dat is gewoon de realiteit, het is heel moeilijk om te onderzoeken wat de impact is. Men kan misschien wel zeggen hoeveel mensen die gedownload hebben, maar wat is de echte impact als iemand een berichtje krijgt op zijn mobiele telefoon om aan te geven dat er een hoogrisicocontact geweest is? Wie zegt dat die persoon dat berichtje zal volgen en de aanbevolen maatregelen zal toepassen? Als iemand die druk bezig is op het werk zo'n berichtje krijgt, gaat die dan onmiddellijk naar huis en in isolatie? Niemand weet dat. Men weet niet hoe vaak er geluisterd wordt naar wat de smartphone zegt.

Wat de stalen van het rioolwater betreft, dat is een heel interessante tactiek voor grootschalige surveillance in brede zones. Ik ken daar verder geen details van. Ik meen wel te weten dat er een project loopt in de buurt van Leuven, met de KUL. Ik meen dat de Vlaamse overheid daar ook bij betrokken is, net als de mensen die zich op Vlaams niveau met water bezighouden. Men kan professor Emmanuel André om wat meer informatie ter zake vragen. Zo kan men nagaan hoe ver men staat en hoe nuttig die informatie is op landniveau.

S'agissant de l'indisponibilité des plans, (*preparedness*) je ne peux pas vous répondre. Nous avons plaidé si souvent que je ne sais plus pour quelle raison cela bloque. Je pense que c'est dû à une friction entre le fédéral et les Régions. Parfois, le ministre flamand de la Santé n'est pas du même parti que son homologue fédéral. Il est exact, en tout cas, que l'OMS et l'ECDC demandent à chaque État membre d'élaborer un plan de prévention pandémique.

Une question a été posée au sujet des facteurs sociaux. Les données ne sont pas trop sensibles. Pour la tuberculose, la maladie se concentre à un moment donné dans un groupe plus vulnérable en raison de la pauvreté et de revenus modestes, ainsi que de la surpopulation dans une habitation. La pauvreté concerne aussi des populations de migrants ou de réfugiés sans travail ni salaire.

Par ailleurs, j'avais aussi conseillé d'enregistrer la nationalité et le pays d'origine, voire l'ethnicité de chaque cas, mais cela a été refusé.

Ce système est utilisé en Allemagne et aux États-Unis. Il est très intéressant d'examiner ces données, de les analyser et d'axer ensuite les politiques à mener, mais le pays, les décideurs ont refusé d'y recourir.

De vraag of COVID-19 zoals tuberculose ook endemisch zal worden en blijven, is moeilijk te beantwoorden. Het virus zal nog wel even onder ons blijven, ook al hebben we vaccins en ook al is iedereen gevaccineerd. In de winterperiodes zal het nog wel voor opflakkingen zorgen, maar hoe die eruit zullen zien, is moeilijk te voorspellen door de vaccinaties, door het feit dat we al weten hoe we ons gedrag moeten aanpassen, als het zover is, en door de mogelijke medicijnen in de pipeline. Dat alles kan een zodanige invloed hebben dat het virus misschien toch niet endemisch zal blijven. Voor tuberculose bestaat er wel een vaccin, maar het is een heel slecht vaccin, dat eigenlijk niet goed werkt. Vandaar dat volledige vaccinatie tegen tuberculose de ziekte nooit zal kunnen uitroeien.

Er was een vraag of er niet structureel moet worden nagedacht wat er op dit moment nog kan worden verbeterd en wie die oefening dan moet maken. Dat lijken mij de verschillende ministers, ministeries en agentschappen die met gezondheid werken. Men moet daarvoor uiteraard tijd maken.

Wat zou men nog structureel kunnen doen? Volgens mij moet men die bellende agenten weghalen uit de commerciële callcentra en hen integreren in lokale gemeenschappen, lokale structuren en lokale besturen, in nauwe samenwerking met de lokale huisartsen. Er zal nog steeds moeten worden gebeld. Het bellen op zich is niet het probleem, het probleem is dat dat gebeurt op een heel korte callcenterachtige manier. Als dat gebeurt door iemand die op de sociale dienst of het OCMW van een gemeente werkt of die ingebed is bij een huisarts, dan zou dat een heel ander soort gesprek worden, dat veel langer kan duren en waardoor er veel meer vertrouwen wordt gekweekt, zodat de mensen aan de andere kant van de lijn misschien bij het begin van het gesprek niet zullen antwoorden, maar op het einde wel zullen durven te zeggen dat ze drie dagen tevoren naar een feestje zijn geweest.

Parce qu'on a pris le temps d'expliquer, à nouveau, que tout ce processus est anonyme, qu'on ne va pas avertir la police, infliger des amendes. Il n'y a aucune conséquence en la matière. Il suffit de dix minutes pour le dire, mais cela ne va pas aider. Si

on prend le temps de l'expliquer de nouveau, en utilisant d'autres mots, les chances de succès sont beaucoup plus grandes.

Over de investeringen in preventie en die oproep van oktober, hypothetisch, als men had geluisterd naar die oproep in oktober, hadden we tegen februari veel meer mensen gehad die bezig waren met preventieve geneeskunde in het algemeen. Dat wil zeggen mensen die bezig zijn met de strijd tegen obesitas, tegen te veel alcohol, te veel roken, hart- en vaatziekten. Dan had men een hele equipe van mensen die gewoon zijn om op een preventieve manier na te denken. Om iemand te motiveren om te werken aan overgewicht, is ook een motivationeel gesprek nodig. We hadden dan een veel grotere equipe gehad, die we op het moment van de crisis hadden kunnen zeggen om hun normale activiteiten stop te zetten en mee te helpen met de aanpak van de lopende crisis. Zo heeft men dat in veel andere landen gedaan. Dan heeft men onmiddellijk een veel groter leger dat al gewoon is om preventief na te denken en goede gesprekken te voeren. Dan hadden we van in het begin veel sneller kunnen inzetten in woonzorgcentra, bij contacttracing en bij andere noodzakelijke activiteiten.

Er was ook een vraag over de levensstijl.

Le mode de vie a certainement, et surtout la nourriture, *de voeding*, un effet positif sur l'immunité. C'est vrai. C'est la raison pour laquelle j'ai suggéré d'ajouter un septième avis de prévention:

Dat advies zou moeten zijn gezonde voeding, gezonde levensstijl, veel bewegen en blijven bewegen, omdat dat op bevolkingsniveau wel wat zal helpen, omdat de immuniteit van meer mensen sterker is. Dat zal iemand nooit volledig beschermen tegen een infectie met COVID-19, maar op populatieniveau bekeken, zal dat zeker wel effect sorteren.

Of er voor die databottleneck een snelle oplossing is, dat weet ik zelf ook niet meer. Ik heb dat geprobeerd en dat is mij niet gelukt. Misschien heb ik daar zelf gefaald. Het is aan de regio's en de mensen in het interfederaal comité voor testing en tracing om daar nu eens eindelijk werk van te maken en te kijken waar en waarom dat zo stopt, telkens op hetzelfde punt.

Monsieur Prévot, oui c'est vrai, un patient zéro ne donne pas toujours l'info par crainte. Mais j'ai déjà dit que si l'on prend un peu de temps et utilise des techniques de conversation motivationnelle, cela augmente significativement le taux de succès dans une interaction avec un cas index ou contact.

Hoe zit het op het moment met de kennis over de bronnen? Ja, die is wel al veel, veel; veel beter dan in het begin en ook veel beter dan op het tijdstip dat de Panoreportage werd gedraaid. Daar is enorm hard aan gewerkt. Het zou waarschijnlijk nog wat beter kunnen, als nog iets meer mensen mogen meedenken en meekijken naar de data, om te zien wat je daar kunt uithalen en om te zien hoe dat ook bijna automatisch er kan komen uitrollen. Immers, nu kost dat toch nog heel erg veel vrouwkracht om dat uit al die verschillende databanken te destilleren.

Encourager l'adhésion aux mesures pendant une quarantaine, j'en suis absolument partisan, parce que nous savons d'expérience que cela fonctionne. Nous faisons la même chose avec des patients tuberculeux, qui doivent s'isoler et prendre des médicaments pendant six mois au minimum. Il s'agit d'une thérapie très difficile pour chacun de nous, surtout pour des gens qui affrontent une centaine d'autres problèmes. Pour ces derniers, la prise d'une pilule n'est pas toujours prioritaire. Il a été prouvé dans des publications que le soutien individuel et adapté fonctionne très bien. Comme la transmission est interrompue, beaucoup plus de gens adhèrent à l'isolement ou à la quarantaine.

Wat het BCG-vaccin of het vaccin tegen tuberculose betreft, loopt er inderdaad een studie in Nederland. Ik moet eerlijk bekennen dat ik op dit moment niet goed weet hoe het daarmee staat. Initieel stelde men zich de vraag waarom er minder gevallen zijn en waarom een deel van het continent Afrika minder aangetast is. Zou dat te maken kunnen hebben met het feit dat daar veel BCG-vaccinaties gebeurd zijn? Daarom heeft men een studie opgezet.

Ik weet wel dat die hypothese niet lijkt te kloppen. Eén van deze studies is momenteel nog lopende in Nederland. Dat een BCG-vaccin volledig zou beschermen tegen COVID-19 blijkt niet te kloppen. Het is ook nooit een optie geweest in België, precies omdat we in België niet meer standaard vaccineren tegen tuberculose. Dus heeft de fabrikant van het vaccin beslist van het zelfs niet meer uit te brengen op de Belgische markt. Het levert immers niets op. Het is dus niet beschikbaar in België. Voor de enkelingen die wij aanraden om zich te vaccineren, moeten we naar Frankrijk of naar Nederland om de vaccins te gaan halen. Een BCG-vaccinatie aanraden in België was eigenlijk nooit een optie.

Ik kan wel eens kijken hoe het staat met de waarschijnlijk nog lopende studie in Utrecht. Ik zal u de informatie daarover bezorgen.

Was het inzetten van onze mobiele unit een optie bij COVID-19? We hebben er maar één over in België. Eigenlijk zou dat weinig meerwaarde gehad hebben. In België hebben we redelijk veel ziekenhuizen met RX-longfotoapparaten, waarbij mensen terecht kunnen.

Het is wel nuttig om mensen in te zetten in mobiele teams voor sneltesten, of makkelijk uit te voeren testen ter plaatse. Zij kunnen dan op zoek gaan naar de pockets waar de infectie nog blijft leven.

Waarom mochten de VRGT en het ITG niet meedenken? Over onszelf als VRGT moet ik eerlijk zeggen dat we wel mogen meepraten hebben. We maakten van bij het begin deel uit van de interfederale werkgroep tracing. Dat was een groep van dertig mensen, waarvan ongeveer zes mensen iets wisten over contacttracing. De rest had er nog nooit van gehoord. Daar ontstond dus snel een onevenwicht in de beslissingsmacht tussen de onervaren mensen die snel een datasysteem wilden opzetten en de enkelingen met verstand van contactonderzoek. Waarom dat zo gebeurd is, vraag ik me nog steeds af.

Ook in diezelfde werkgroep waren wel degelijk de regio's vertegenwoordigd, Vlaanderen, Wallonië, Brussel, de Duitstalige Gemeenschap, met hun respectievelijke experts in contactonderzoek. Omdat het precies de regio's zijn die het contactonderzoek uitvoeren en er verantwoordelijk voor zijn, zit daar ook de ervaring en expertise. Zij maakten wel degelijk mee deel uit van de interfederale werkgroep en hebben daar zeggenschap gehad.

Hoe het komt dat we allemaal samen niet genoeg tegengewicht hebben kunnen bieden om een aantal beslissingen niet te nemen of een aantal foutere beslissingen anders te nemen, weet ik eigenlijk ook niet. Daarop moet ik u het antwoord schuldig blijven. Volgens mij was het ook de hectiek van de dag. Er was een enorm grote druk op dat moment om supersnel te gaan. Men wilde opengaan op 4 mei 2020, terwijl wij adviseerden van nog zeker twee weken langer te wachten, omdat het aantal gevallen gewoon nog te hoog was en het systeem van contacttracing nog niet klaar was. Als we overhaast te werk zouden gaan, zouden er hoe dan ook fouten gebeuren. Eens die fouten erin zitten, krijgt men ze, zoals nu ook blijkt, er zeer moeilijk weer uit.

La prévention, cela veut dire toute sorte de prévention des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires, de l'obésité, de la santé mentale. Cela veut dire qu'il faut faire des interventions pour que la population reste en bonne santé et ne devienne pas malade. Il faut prévenir

les maladies. Pour les maladies infectieuses, il faut prévenir qu'une personne infecte une autre ou beaucoup d'autres. L'aspect curatif d'une maladie infectieuse, c'est au niveau fédéral. Cela montre qu'il n'est pas du tout logique que notre pays ait décidé de séparer l'aspect curatif de l'aspect préventif. C'est souvent un mélange des deux, c'est une zone grise.

Is er een verschil tussen infectieziektenbestrijding en pandemiebestrijding? Dat is een heel goede vraag. Infectieziektenbestrijding zit inderdaad in normale omstandigheden op het niveau van Vlaanderen, Brussel, Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap. Een wetgeving zegt echter dat in pandemieomstandigheden de coördinatie op federaal niveau plaatsvindt. Meer zegt die wet niet. Net daarom moet je op voorhand een plan hebben. Wat betekent coördinatie op federaal niveau? Wat wilt dat eigenlijk zeggen? Wilt dat zeggen dat de regio's helemaal niks meer te zeggen hebben? Wie zal er nu beslissen? Wie communiceert wat, op welke manier, naar welke populatie? Net daarom is zo'n plan hebben zo belangrijk. Het lijkt mij een heel goede strategie dat tijdens een pandemie de controle even gecentraliseerd wordt, maar als dat nog georganiseerd moet worden terwijl alles al in brand staat, wordt dat redelijk chaotisch.

Normaal gezien kan ik de visienota delen. Het is wel een werknota waar nog veel lacunes in zitten, net omdat het een werknota is. Het is dus een soort initieel architectuurplan waar wel nog veel invulling aan moet worden gegeven. Mevrouw Moykens zegt dat de contacttracing op dit moment performant is. Ze geeft daar heel veel en heel indrukwekkende cijfers over. Dat is inderdaad zo. Er worden enorm veel telefoontjes gepleegd en enorm veel mensen bereikt. We weten echter niet wat de kwaliteit van die telefoontjes en de impact ervan zijn. Misschien is dat wel heel goed, maar we weten het niet omdat we het niet volgen en niet monitoren. Misschien is dat goed, misschien is dat minder goed en kan daar nog veel beterschap gehaald worden.

Er zijn heel wat terugkomende vragen.

Over de quarantainesupport en het loon, helemaal in het begin hebben Emmanuel André, ikzelf en nog enkele anderen inderdaad in de interfederale werkgroep ervoor gepleit de quarantaineperiode als ziekteperiode te erkennen, opdat het loon verder betaald zou worden. Wij weten immers dat het verliezen van loon vragen is om het niet volgen van de maatregelen.

Dat is zo'n logisch en evidencebased iets dat men daar eigenlijk niet over moet nadenken. Voor mensen die heel gemakkelijk kunnen thuiswerken,

zoals wij allemaal waarschijnlijk, is dat geen probleem. Maar iemand die naar de fabriek moet gaan, en die, misschien op een onofficiële manier, per dag wordt uitbetaald, zal echt niet thuisblijven als hij daardoor een dag salaris moet missen. Zeker niet als dat salaris al zo laag is dat een dag missen het verschil maakt tussen het einde van de maand halen of niet. Financiële support en het doorbetalen van loon, daar ben ik zeker een groot voorstander van.

Voorzitter, hou mij tegen als mijn betoog te lang duurt.

Er was nog een vraag van die mevrouw van sp.a over de tijdslijn. Ergens in de maand februari had minister De Backer inderdaad een taskforce Data for Corona, die vond dat zij het contactonderzoek moest ontwerpen. Daar zaten hoofdzakelijk IT-mensen in, maar naar ik meen niemand die al ooit contactonderzoek gedaan had, laat staan wist wat dat betekende. Daar is wel wat tijd mee verloren, een week of twee weken, eer men door had: dit hoort eigenlijk bij de regio's. De regio's moesten daarbij betrokken worden. Zij hebben de ervaring, de expertise.

Toen is de interfederale werkgroep tracing opgestart. Dat was ergens rond half april. Daar was Emmanuel André initieel de voorzitter van. Daar zaten de regio's ook wel al bij, zoals ik verteld heb.

Maar daar zaten ook enkele mensen, of één mens, bij die ook in de IT-groep van De Backer zat. Als u daar verder nog meer gedetailleerde vragen over heeft, dan wil ik ze gerust schriftelijk of later per mail beantwoorden, hoor. Ik kom er nu even verder niet uit, uit die tijdslijn. Boven die interfederale werkgroep zat dus ook nog wat men noemt het interfederaal comité, waar dan de bevoegde politici gingen beslissen over wat er in die interfederale werkgroep allemaal besproken werd.

Van wie kwam het idee om te werken met *call agents* en *field agents*? Dat er op een gegeven moment moest gaan gewerkt worden met bellende tracers, dat was voor iedereen wel duidelijk, maar het initiële idee was dat die bellende mensen ook lokaal ingebed waren, dus of van bij een huisarts, of van bij het OCMW, of van bij de sociale dienst, of van bij de gemeente, omdat ze daar ook via een veilige computer en netwerk zouden kunnen gaan werken. Het idee was dat die mensen bijvoorbeeld in de voormiddag gaan bellen en in de namiddag huisbezoeken gaan doen bij de mensen die ze niet bereikt hebben, dat het eigenlijk dezelfde mensen zijn die bellen en huisbezoeken doen. Het is dan zo gelopen dat - ik weet niet hoe - er voor Vlaanderen plots 100 miljoen euro was, plots was er een callcenterconsortium aangeworven en

gecontracteerd. Wij waren zo druk bezig met het opzetten van een systeem dat ik zelf niet goed weet hoe die beslissingen genomen zijn. Daarvoor verwijs ik naar de respectieve ministers die de beslissingen genomen hebben.

Voor wie was de nota van maart, de visienota, bedoeld? Eigenlijk heb ik die gemaakt op vraag van professor Emmanuel André, eerste voorzitter van de interfederale werkgroep. Die zei: "*Wouter, we gonna go full force to tuberculosis here. Make me a plan, make me a...* architectuur. Wat zijn de essentiële punten?" Dus eigenlijk in opdracht van de voorzitter van de interfederale werkgroep tracing.

Ik heb diezelfde nota ook meteen als advies aan het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid overgemaakt. Zij maken zelf deel van de interfederale werkgroep. Ik was verder nooit betrokken bij de contacttracing voor de eerste golf, ergens in februari. De mensen van het Agentschap Zorg en Gezondheid hielden zich daarmee bezig. Ik kan daar moeilijk meer over zeggen aangezien ik er niet bij betrokken was.

Men had het ook over het feit dat gesprekken nu 13 minuten duren. Dat klinkt kort, maar het betekent niet per se dat het slechte gesprekken zijn. Het kan wel een aanwijzing zijn dat men onvoldoende de tijd neemt om vertrouwen te wekken bij de persoon aan de andere kant van de lijn en zich er snel, snel van afmaakt met een soort enquêteachtig gesprek. Naar mijn idee is de toekomst van contacttracing dat men de mensen uit de callcenters haalt om ze in te bedden in de structuren van lokale besturen. Men kan die bellende mensen vervolgens ook huisbezoeken laten doen, bijvoorbeeld in de namiddag. Men kan dit combineren. Het moeten dan mensen zijn die buurt goed kennen, evenals de gewoontes en de dialecten in die buurt. Men moet ook eindelijk eens samen gaan zitten met de beste experts inzake dataverzameling en -analyse. Er moet een reconstructie worden gemaakt van de centrale databank bij Sciensano en de manier waarop data daar terechtkomen. Dat lijken mij 2 heel nuttige interventies. Verder moet uiteraard eindelijk het principe van de case manager worden ingevoerd, waarbij 1 persoon een hele familie behandelt zodat die geen telefoontjes krijgt van 5 verschillende mensen.

Er werd een vraag gesteld over de moeilijkheid van preventie, aangezien het effect ervan niet onmiddellijk zichtbaar is, maar lang op zich laat wachten. Ik weet dat dit een levende gedachte en vaak gebruikt argument is, maar bepaalde preventie werkt toch redelijk snel of in sommige gevallen zien we toch redelijk snel effecten. Ik geef

het voorbeeld van de rookstop in cafés en restaurants. In Ierland werd die regel ook ingevoerd. Binnen de week zag men het aantal opnames, consultaties en spoedopnames voor astma-aanvallen of hartklachten sterk verminderen. Dergelijke klachten behoren tot de duurste van de gezondheidszorg en toch zag men binnen de week een effect. Een ander voorbeeld is luchtvervuiling. Tijdens de Olympische Spelen in Beijing, als ik het goed heb, of alleszins aan die kant van de wereld, wilde men de atleten beschermen tegen te veel luchtvervuiling. Op bepaalde dagen werden daarom alleen auto's met een even nummerplaat toegelaten, waardoor het verkeer opeens met de helft verminderde. Plots was de luchtkwaliteit veel beter. Bij de lokale bevolking aldaar zag men ook plots dat het aantal consultaties, spoedopnames en problemen van respiratoire aandoeningen en hart-vaatziekten onmiddellijk zakte. Er was dus een onmiddellijk terugverdieneffect.

Ik vernoem ook obesitas, gezond bewegen en gezonde voeding. Als wij daarmee vorig jaar aan het begin van de pandemie waren begonnen, dan konden wij nu al wel het effect ervan zien, zeker op populatieniveau. Als iedereen een klein beetje gewicht verliest en een klein beetje gezonder is, dan heeft dat op populatieniveau, dus maal elf miljoen mensen, best een behoorlijke impact.

Elke contacttracing moet tijdens een piek afhaken, omdat het gewoon te veel wordt. Dat is in elk land gebeurd. Het zou in België niet gebeurd zijn in de tweede golf. Ik kan mij voorstellen dat als men heel snel en kort belt, men het net aankan. Als men echter diep wil graven en lange gesprekken wil voeren, gaat men op een gegeven moment moeten afhaken. Dat is eigen aan de tactiek van contacttracing. Men kan daaraan weinig doen. Tenzij men het dubbele aantal mensen aanwerft en inzet. Dat is echter praktisch niet haalbaar en betaalbaar.

Er werd gevraagd of de nota uit juli publiek is. Ik heb die aan zoveel mensen doorgestuurd dat ik die ook aan u zal doorsturen.

Er werd gevraagd of er te weinig aandacht is voor ventilatie. Daarmee ben ik het absoluut eens. Onze vereniging heeft er nooit aan getwijfeld dat covid via aerosolen overgedragen wordt. Als er druppelinfectie is, gepaard gaande met de long als ingangspoort, zijn aerosolen – dat zijn heel kleine druppeltjes, die zo licht zijn dat ze blijven zweven en een beetje kunnen reizen – automatisch een transmissiemanager. Onze vereniging heeft daaraan nooit getwijfeld. Daarvoor is wel veel te weinig aandacht geweest in het begin, en nu waarschijnlijk nog steeds.

Scholen en bedrijven kunnen met ventilatie nog wel wat preventief werk doen. Een raam openzetten is een simpele en goedkope maar zeer efficiënte manier om een kamer binnen enkele seconden van verse lucht te voorzien. Dat wil niet zeggen dat elk partikeltje weg is, maar wel dat de concentratie aerosolen zodanig verdund is dat er geen besmettelijkheid meer aanwezig is.

Ik denk dat ik de meeste vragen heb beantwoord. Mochten er nog verdere gedetailleerde vragen zijn, mijnheer de voorzitter, dan zou ik voorstellen dat zij per mail op een transparante manier worden bezorgd en beantwoord. Ik dank u voor de aandacht.

De **voorzitter**: Ik dank u ook, mijnheer Arrazola, voor uw heel uitgebreide antwoorden. Ik kijk nog even naar de leden om na te gaan of zij nog bepaalde vragen hebben, als dat goed is voor u.

Mevrouw Merckx en mevrouw Jiroflée vragen nog het woord.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer Arrazola, ik dank u nogmaals voor uw heel duidelijke uitleg en voor het geven van mogelijke oplossingen die kunnen worden toegepast.

Ik heb iets vergeten te vragen. In uw schriftelijke vragen hebt u het over iets waarover we het in deze commissie ook heel vaak hebben. Een van de problemen is dat we heel veel ministers van gezondheid hebben en dat de bevoegdheden enorm versnipperd zijn. In uw schriftelijke antwoord is uw standpunt om eerder te gaan naar een herfederalisering van de gezondheidszorg met één minister of ministerie. Kunt u nog even duiden waarom u dat standpunt zo duidelijk inneemt?

Wouter Arrazola de Oñate: Dat is een puur wetenschappelijk antwoord zonder ideologie of politiek erachter. Als men een *health system wise* gaat bedenken, is een ziekteverzekering veel efficiënter en goedkoper als men dat over een zo groot mogelijk aantal mensen verspreidt. Het RIZIV is letterlijk een verzekering en, zoals bij een autoverzekering, hoe meer betalende klanten die heeft, hoe groter de risico's zijn die ze kan dekken, waardoor het voor iedere deelnemer goedkoper is dan wanneer men dat splitst over drie of vier kleinere bevolkingen. Dat is economisch en wetenschappelijk dus de meest logische stap om te zetten.

De **voorzitter**: Ik dank u voor uw antwoord en zie aan de gelaatsuitdrukking van mevrouw Merckx dat dit antwoord voor haar volstaat.

Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de voorzitter, ik zal mij heel ver houden van alles wat delicaat zou kunnen liggen op het deelstatelijke of federale vlak. Ik wil één korte factuele vraag stellen.

Dokter Arrazola, van de interfederale werkgroep Tracing maakten ook de regio's deel uit.

Wie maakte er voor Wallonië deel van uit, wie voor Brussel en wie voor Vlaanderen? Zijn er verslagen en agenda's van de vergaderingen?

U mag mijn vraag schriftelijk beantwoorden, maar wij kregen er graag een concreet antwoord op, indien dat mogelijk is.

Wouter Arrazola de Oñate: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Jiroflée, ik kan een groot deel van het antwoord nu al geven.

Karin Jiroflée (sp.a): Dat is nog beter.

Wouter Arrazola de Oñate: Het antwoord is uiteraard ook geen geheim.

Voor Vlaanderen maakte daar deel van uit: Dirk Wildemeersch en Valeska Laisnez, later opgevolgd door een andere Vlaamse collega. Dirk Wildemeersch was er echter de grote stem voor Vlaanderen."

Voor Wallonië was dat onder andere Sophie Lokietek. Voor Brussel was dat Romain Mahieu in het begin en later ... Neem mij niet kwalijk, maar ik moet het opnieuw opzoeken. Ik kom er even niet uit. Alleen Vlaanderen schiet mij makkelijk te binnen.

De vraag over de notulen is een goede vraag. Er werden geen notulen gemaakt. Er werd gewerkt met een powerpointpresentatie, waarop samenvattend stond wat die dag was beslist.

Ik vond dat zelf heel vervelend, omdat onenigheid en discussie nergens werden genoteerd. Het lijkt dus alsof iedereen het in consensus eens was met wat die dag of die week was beslist, terwijl er heel veel discussie is geweest, die echter nergens is genoteerd.

Ik zal de namen van de deelnemers aan de werkgroep bezorgen aan de voorzitters.

Karin Jiroflée (sp.a): Ik dank u heel hartelijk.

De **voorzitter**: Die namen worden zeker aan de leden bezorgd.

Ik zie niemand die nog het woord vraagt.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik heb nog één vraag. Ik had immers dezelfde vraag als mevrouw Jiroflée, namelijk of er verslagen waren van de werkgroep Tracing. Ik begrijp echter dat met PowerPoint werd gewerkt, om de beslissingen waar te nemen. Die PowerPoint ging dan naar het federale Overlegcomité.

Begrijp ik dat goed?

Wouter Arrazola de Oñate: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Farih, ik denk het wel. De PowerPoint ging echter naar het Interfederaal Comité Tracing. Dat is niet het Overlegcomité. Dat zit daar ergens tussenin.

De **voorzitter**: Wij kunnen nu echt afronden. Hartelijk dank voor uw aanwezigheid en de tijd die u voor ons hebt vrijgemaakt. Ik ben er zeker van dat we ook nu weer heel wat stof hebben om verder mee aan de slag te gaan.

Je remercie également M. Coppieters qui a été présent tout au long de cette journée, tout comme les collaborateurs et les interprètes

La réunion de commission spéciale est levée à 18 h 53.

De bijzondere commissievergadering wordt gesloten om 18.53 uur.