

**1° FEDERALE VOORBEREIDING EN AANPAK GROOTSCHALIGE GEZONDHEIDSCRISIS / 1° ANTICIPATION ET GESTION DE CRISE
SANITAIRE DE GRANDE AMPLEUR AU NIVEAU FÉDÉRAL**

Geen vragen

**2° INFORMATIE INTERNATIONAAL EN DERDE LANDEN DEC.2019-MAART 2020 / 2° INFORMATION INTERNATIONALE ET PAYS
TIERS DÉC.2019-MARS 2020**

Geen vragen

**3° FEDERALE BESLISSINGEN EN MAATREGELEN DEC.2019-MAART 2020 / 3° DÉCISIONS ET MESURES FÉDÉRALES DÉC.2019-
MARS 2020**

- In Wuhan werden in januari 2020 hele wijken afgesloten en in quarantaine geplaatst. Eind februari kwamen de eerste berichten uit Italië over afgesloten dorpen. In België gingen we naar een federale fase van het crisisbeheer, maar bleven heel wat bevoegdheden voor de regio's gelden. Hoe werd dit duidelijk gemaakt / afgebakend / met elkaar overlegd?

Binnen de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werd overleg gepleegd tussen alle ministers van ons land bevoegd voor Volksgezondheid over de uitwerking van contactopsporing (brede betekenis van het woord) van mensen die mogelijk COVID-19-positief zijn. Dit overleg mondde op 23 april 2020 uit in de beslissing om een systeem van contactopsporing te organiseren en te operationaliseren door middel van een gemeenschappelijke aanpak en een gemeenschappelijk IT-platform. Op 29 april 2020 nam de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de beslissing tot oprichting van een Interfederaal Comité Testing & Tracing, met als doelstelling de coördinatie van de contactopsporing tussen de verschillende regio's te verzekeren. Het voorzitterschap van dit Interfederaal Comité werd toen waargenomen door de heer Emmanuel André, professor verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven. Reeds op 7 mei 2020, amper twee weken na de beslissing tot een gemeenschappelijke aanpak van de contactopsporing, waren het platform en de call centers operationeel.

- Op 10 februari ll. zegt minister Beke in het televisieprogramma Pano dat het bij het begin van de crisis niet duidelijk was dat het Vlaamse niveau bevoegd zou zijn voor het tracing-gebeuren. Hoe werd er met de bevoegdheidsverdeling rekening gehouden in de voorbereiding op een pandemie? Tracing an sich was niet nieuw, want het gebeurde ook al bij andere besmettelijke ziekten. Het was vooral de grootteorde die onvoorzien groot werd. Wat waren de grootste uitdagingen? Wat zijn de lessons learned?

De grootste uitdagingen waren de volgende:

- *De grootte van de pandemie. Dit maakte dat de contactopsporing diende georganiseerd te worden op een schaal die tot nog toe ongezien was. In Vlaanderen bv was er ervaring met contactopsporing bij tuberculose, maar een uitbraak met 404 TBC-gevallen in 2019 levert heel zinvolle input voor de aanpak/methodologie, maar een copy/paste is te beperkt voor een pandemie van een dergelijke omvang.*
- *De besmettelijkheid van het virus, en de nood om de keten van besmettingen snel te doorbreken, zorgde voor een bijzonder hoge tijdsdruk om de contactopsporing te operationaliseren. Het platform werd in een recordtijd opgezet: amper twee weken na de beslissing om een gemeenschappelijk platform op te richten, was de contactopsporing operationeel. Deze snelheid van operationalisering zorgde echter voor enkele kinderziekten in het systeem. Deze dienden versneld weggewerkt te worden terwijl de contactopsporing volop liep. Daarna werden voortdurend verbeteringen aangebracht aan de systemen.*
- *Het onbekende en de volatiliteit van de pandemie en de hiermee gepaarde wijzigingen in het beleid inzake de aanpak van het coronavirus, zoals wijzigingen aangaande de teststrategie, reisbeperkingen, duurtijden van isolatie & quarantaine en dergelijke meer. Elke wijziging heeft immers onvermijdelijk een impact op de keten en op de achterliggende systemen van de testing & tracing.*
- *De medewerking van de burger: een goed contactonderzoek staat of valt met de medewerking van de burger. Daarbij is het enerzijds belangrijk om het vertrouwen van de burger in het contactonderzoek te behouden. Zowel bij de opstart, als doorheen het hele proces, is het bijzonder belangrijk om dit steeds voor ogen te houden en geen beslissingen te nemen die afbreuk kunnen doen aan het vertrouwen dat mensen hebben in het contactonderzoek. Anderzijds dienen mensen zelf ook enige burgerzin aan de dag te leggen door de regels inzake testing & tracing te volgen en tevens enige proactiviteit te tonen.*

De lessons learned zijn de volgende:

- *Het is belangrijk om de hefboomen en instrumenten inzake testing & tracing op een juiste wijze aan te wenden en de juiste keuzes te maken om de medewerking van de burger niet in het gedrang te brengen. Elke keuze van wat “juist” is, heeft zijn consequenties. Vertrouwenwekkend, aanklappend, stimulerend, privacygevoelig of eerder controlerend, bestraffend, belang van sanitaire maatregelen versus belang van privacy van elke burger. Alle opdrachten zijn belangrijk, maar niet elke opdracht moet door dezelfde instantie worden uitgevoerd om de kracht ervan niet te ondermijnen. Twee concrete voorbeelden. 1) Bij de uitwerking van Coronalert werd expliciet gekozen voor een decentraal systeem van gegevensopslag en een systeem dat de locatie van burgers niet gebruikt zodat de privacy van burgers maximaal gerespecteerd werd. 2) Om het vertrouwen van de burger (besmette persoon en hoogrisico contact) in de gesprekken met call agenten te behouden, verlopen alle gesprekken vertrouwelijk en wordt het resultaat niet gebruikt om mensen te controleren.*
- *We moeten beter kunnen optreden als we vaststellen dat de burgerzin ontoereikend is of faalt. Als een burger bepaalde keuzes maakt, draagt hij er ook de consequenties van. Maar wat als hij dat niet doet? cfr reizen, in quarantaine of isolatie gaan, zich laten testen. Regelgevingen zijn gecreëerd en/of aangepast, handhaving uitgebreid. Maar volledig sluiten kan je dit niet en*

dus moet je altijd rekening houden met een bepaalde “aanvaardbare” uitval.

- *De governance van het beheer is belangrijk. 1) De bevoegdheidsverdeling in ons land hoeft geen probleem te zijn als er organen bestaan waar de federale overheid en de deelstaten samen kunnen overleggen en gedragen beslissingen nemen. Het IFC T&T is daar een goed voorbeeld van. 2) De taakstelling van elk orgaan dat opgericht wordt, moet duidelijk zijn voor de leden en voor de rest. Ook als nieuwe organen worden opgericht, moet dit binnen een bepaald kader. Dit om overlap te vermijden, een verdragend effect te vermijden in de adviesverlening en in de besluitvorming en de leden gemotiveerd te houden, zeker als hun inzet gevraagd wordt voor een lange periode zoals in deze crisis (het gevoel dat hun bijdrage er iets toe doet).*
- *De communicatie in al zijn aspecten is heel belangrijk. 1) websites die linken naar één centrale plaats waar de informatie up to date wordt gehouden; deze centrale plaats kan verschillend zijn al naargelang het onderwerp; 2) frequente en stimulerende communicatie door de toonaangevende politici is een belangrijk instrument om iets te laten slagen cfr al dan niet vermelden van het bestaan en de meerwaarde van de app Coronalert; 3) communicatie en vooral info- en kennisdeling tussen alle key players op regelmatige basis maakt het resultaat rijker en effectiever.*

1

- *Waarom werd het test&trace-beleid zo laat overgedragen aan de deelstaten? Wie besliste daarover?*

Op 15 april heeft de Nationale Veiligheidsraad de beslissing genomen om een systeem rond contacttracing op te zetten. Zoals in de dagen nadien ook in de media te lezen was, heeft toenmalig minister De Backer, die toen de regie had over het dossier, stappen gezet en gesprekken gevoerd. Op dat ogenblik waren de deelstaten niet betrokken. Om een systeem van contacttracing op te zetten, is een integratie met het eHealth-platform in de feiten onontbeerlijk. Op 20 april is tijdens de vergadering van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het hand-over gesprek gebeurd, waarbij de deelstaten de verantwoordelijkheid kregen om een test- en tracingsysteem op te zetten. De koppeling met het e-Health platform is toen opnieuw benadrukt en ook erkend, waar het interfederale karakter van de aanpak noodzakelijk was.

--

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.1. levering en verdeling beschermingsmateriaal ziekenhuizen, gezondheidswerkers,.../ 5.1. fourniture et distribution du matériel de protection pour les hôpitaux, personnel de santé,...

Geen vragen

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.2. organisatie van de ziekhuis capaciteit,.../ 5.2. organisation des capacités hospitalières

Geen vragen

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.3. spreidingsplan patiënten over ziekenhuizen / 5.3. plan de répartition des patients entre les hôpitaux

- Een grondige tracing en tracering van clusters kan een voorbode zijn van meer ziekenhuisopnames in een bepaalde regio. Werden / worden hiervan signalen doorgegeven naar de ziekenhuisnetwerken, zodat zij zich kunnen voorbereiden op mogelijk meer opnames?

Het doorgeven van data naar ziekenhuisnetwerken is niet de bevoegdheid van het IFC. Vanuit het IFC werden verschillende prestatie-indicatoren opgezet en data verzameld die afkomstig zijn van verschillende gegevensbronnen. Naast contact tracing zijn de belangrijkste bronnen de verplichte melding door instellingen (woonzorgcentra, rusthuizen, andere residentiële instellingen en zorginstellingen); de databank van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) en gegevens van scholen. Bepaalde andere informatiebronnen kunnen ook door de regio's worden gebruikt als startpunt voor een onderzoek. Deze resultaten zijn beschikbaar voor beleidsmakers en kunnen gebruikt worden om bepaalde ziekenhuisnetwerken te sensibiliseren indien nodig.

Dit bewijst het belang van communicatie en informatiedoorstroming naar en tussen alle organen en actoren in de bestrijding van deze pandemie. Door de minstens wekelijkse rapportering vanuit het IFC naar het IMC is een doorstroming van alle informatie over de KPI's vanuit de testing en tracing inderdaad gegarandeerd, niet enkel naar de ministers van Volksgezondheid maar ook naar alle andere aanwezigen (vertegenwoordigers van de betrokken entiteiten en organen).

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.4. terbeschikkingstelling beschermingsmateriaal bevolking / 5.4. mise à disposition du matériel de protection pour la population

Geen vragen

° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.5. keuze voor de kanalen voor de productie en distributie van beschermingsmiddelen / 5.5. choix des circuits de production et de distribution

Geen vragen

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE	
5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie	
5.6.1. Persoonlijke beschermingsmaterialen (PBM) / 5.6.1. Équipements de protection individuelle (EPI)	
Geen vragen	

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE	
5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie	
5.6.2. geneesmiddelen / 5.6.2. médicaments	
5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE	

5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie

5.6.3. vaccins / 5.6.3. vaccins

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie

5.6.4. zuurstof / 5.6.4. oxygène

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.7. beschikbaarheid van tests en organisatie van contacttracing / 5.7. disponibilité de tests et organisation du traçage des contacts

- De testing/tracing-maatregelen mogen dan wel een hoeksteen van de epidemiebeheersing zijn, de uitvoering van de testing blijkt arbeidsintensief te zijn en de maatregelen inzake tracing ontoereikend. Over de actuele doeltreffendheid van de tracing, noch over het aantal geïdentificeerde secundaire gevallen is nog veel onduidelijkheid. Welke prestatie-indicatoren hebben de gezondheidsautoriteiten uitgewerkt voor deze cruciale activiteit? Worden ze regelmatig doorgeleefd en bijgestuurd?

*Een veelheid aan **prestatie-indicatoren** werd **interfederaal door het IFC uitgewerkt**, zowel inzake de testing als de tracing. Tijdens de presentatie in De Kamer op vrijdag aanstaande, zal ik graag enkele cijfers hierover toelichten ter illustratie.*

Hierbij volgt alvast een (niet-exhaustieve) lijst van prestatie-indicatoren:

- *Globale doorlooptijd van het moment waarop een patiënt symptomen krijgt tot het moment waarop deze patiënt opgebeld wordt door het call center;*
- *De succesratio van de call centers zowel bij het bereiken van de index patiënt als de hoogrisico-contacten gelinkt aan de index patiënt (aantal succesvolle calls, weigeringen, tijdsduur van de calls, aantal doorgegeven contacten per patiënt,...)*
- *De capaciteit van de call centers op vlak van call agents, evenals de capaciteit inzake field agents*
- *Het aantal hoogrisico-contacten dat zich laat testen, zowel op dag 1 als dag 7, inclusief de positiviteitsratio van deze testen.*
- *Het aantal uitgevoerde testen per type labo (klinische labo's, federaal platform, privé labo's) en per regio*
- *De doorlooptijd tussen de afname van het staal en de communicatie van het resultaat naar de resultatendatabank*
- *De doorlooptijd tussen de afname van het staal en de validatie van het resultaat door het labo*
- *De doorlooptijd tussen de validatie van het resultaat door het labo en de communicatie van het resultaat naar de resultatendatabank*
- *Het aantal nieuwe en actieve clusters per regio en per type cluster*
- *Met betrekking tot het gebruik van Coronalert, worden onder meer volgende indicatoren opgevolgd*
 - *Aantal downloads per besturingssysteem*
 - *Aantal ontvangen testresultaten, evenals de positiviteitsratio*
 - *Aantal gebruikers dat zijn contacten verwittigt via de app*
- *Met betrekking tot reizigers, worden onder meer volgende indicatoren opgevolgd*
 - *Aantal terugkeerders volgens zone op basis van het Passenger Locator Form*
 - *Aantal terugkeerders dat zich liet testen op de vastgestelde dagen, inclusief de positiviteitsratio van deze testen*
 - *Herkomst van de terugkeerders (landen) volgens aantallen terugkeerders, inclusief positiviteitsgraad*

Al deze indicatoren worden op permanente wijze opgevolgd en wekelijks gerapporteerd aan de leden van het IMC, evenals andere organen.

Ook binnen de **stuurgroepen van de deelstaten worden prestatie-indicatoren opgevolgd**. Ik geef u hierbij enkele gegevens vanuit Vlaanderen als voorbeeld. Binnen Vlaanderen wordt in beperkte mate gekeken naar de secundaire gevallen (= contacten van indexpatiënten die binnen de 14 dagen zelf indexpatiënt worden). Een eerste analyse werd gepresenteerd op 13/11/2020 aan de Vlaamse stuurgroep. Deze analyse werd opnieuw uitgevoerd op 26/01/2021. Uit deze analyse blijkt dat:

- Ongeveer 40% van de symptomatische hoogrisicocontacten van primaire indexpatiënten binnen de 14 dagen zelf indexpatiënt wordt.
- Ongeveer 25% van de symptomatische laagrisicocontacten van primaire indexpatiënten binnen de 14 dagen zelf indexpatiënt wordt.
- Ongeveer 15-20% van de asymptomatische hoogrisicocontacten van primaire indexpatiënten binnen de 14 dagen zelf indexpatiënt wordt.
- Ongeveer 5-10% van de asymptomatische laagrisicocontacten van primaire indexpatiënten binnen de 14 dagen zelf indexpatiënt wordt.

Wat overdracht/transmissie tussen verschillende leeftijdscategorieën betreft, tonen deze analyses aan dat:

- Het merendeel van de overdrachten lijkt te gebeuren tussen patiënten binnen dezelfde leeftijdscategorie;
- Binnen elke leeftijdscategorie van secundaire besmettingen kunnen slechts een zeer beperkt aandeel van de secundaire besmettingen in contact gebracht worden met primaire gevallen tussen de 0-9 jaar. Dit aandeel is de laatste maanden licht gestegen t.o.v. de zomerperiode.
 - Merk echter op dat kinderen < 6 jaar tot recent niet systematisch getest werden en ook nu nog niet als de mogelijke besmettingsbron een gezinslid is en ze bovendien vaker de besmetting zonder symptomen doormaken, hetgeen bovenstaande vaststelling kan nuanceren.
- Van alle secundaire gevallen bij kinderen, kunnen het overgrote deel van deze secundaire gevallen in verband gebracht worden met een primaire index tussen de 30-49 jaar (vermoedelijke ouder-kind relaties).
- Merk op dat bovenstaande data afkomstig zijn uit het contactonderzoek, m.a.w., alle data i.v.m. symptomen worden verzameld tijdens de gesprekken met patiënten en contacten. Daarnaast worden enkel personen die positief testen en later opgebeld worden opgenomen in de analyses van primaire vs. secundaire indexen.

Wat de effectiviteit van de tracing in Vlaanderen betreft, wordt meestal teruggevallen op 3 kritieke performantie domeinen die door de Vlaamse stuurgroep wekelijks worden gemonitord (en die in internationale vergelijkingen vaak naar voren worden geschoven). Om de keten van besmettingen te doorbreken, is het immers belangrijk dat besmette patiënten zich isoleren, en dat de contacten van deze patiënten in quarantaine worden geplaatst. Hierbij is het belangrijk dat dit contactonderzoek (i) zoveel mogelijk besmette patiënten en contactpersonen bereikt, (ii) dat het contactonderzoek snel kan worden uitgevoerd en (iii) dat contacten zo waarheidsgetrouw mogelijk worden verzameld, om de keten van besmettingen zo volledig mogelijk in kaart te kunnen brengen.

De stuurgroepen in de regio's volgen de evolutie allen met eigen extra prestatie indicatoren en rapporteren die naar hun eigen opvolgings- of sturingsorganen.

- Hoe werd het zogenaamde privacy-probleem aangepakt?

Het Koninklijk Besluit van 26 juni 2020¹, specificeert de elementen die gevraagd kunnen worden van mensen die mogelijk contact hebben gehad met besmette personen. Het gaat onder meer om de naam, het INSZ-nummer, contactgegevens, de gemaakte verplaatsingen, en dergelijke meer. Daarenboven werd, om de meest rechtszekere oplossing te hebben, op advies van de Raad van State een samenwerkingsovereenkomst² afgesloten tussen de regio's. Vanuit het IFC werden verschillende initiatieven genomen om in overleg te gaan met de Gegevensbeschermingsautoriteit, zowel bij de totstandkoming van wetgeving als om meer duidelijkheid te verkrijgen rond adviezen die uitgebracht werden door de GBA.

Wat betreft de verschillende interpretaties die er in de zomer van 2020 leefden rond zogenaamde 'whereabouts' van index patiënten: Aangezien iedereen het erover eens was dat 'whereabouts' nodig zijn om aan goed brononderzoek en contactclustercontrole te doen, werden de nodige scripts aangepast voor de contactopspoorders. De deelstaten hebben hierover hun akkoord geven op het IFC van 21 juli 2020. Dit werd bekrachtigd op 22 juli 2020 door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Wat betreft Coronalert werd gekozen voor de zogenaamde DP3T-technologie, wat betekent dat de architectuur achter Coronalert heel privacy-vriendelijk is: de uitgewisselde codes bevatten geen gegevens over de identiteit van de gebruiker of wáár een ontmoeting heeft plaatsgevonden. De gegevensbeschermingsautoriteit werd geconsulteerd en heeft de app groen licht gegeven.

- Wisselende wetenschappelijke richtlijnen, dewelke impact hadden deze op de werking van de strategie van de regio's?

Nieuwe wetenschappelijke inzichten hebben meermaals aanleiding gegeven tot een gewijzigde aanpak, bijvoorbeeld met betrekking tot de duurtijd van de quarantaine en isolatie of bijkomende richtlijnen voor hoogrisico-contacten waarbij de index patiënt onvoldoende in isolatie kan gaan. Sciensano en overlegorganen als de Risk Assessment Group of Gems formuleren desgevallend adviezen voor het politieke niveau. Het Interfederaal Comité heeft steeds uitvoering gegeven aan beslissingen van het Overlegcomité (of Nationale Veiligheidsraad bij vorige federale regering) en de Interministeriële Conferentie.

Daarenboven dient opgemerkt te worden dat er steeds een uitstekende wisselwerking was tussen het wetenschappelijk instituut Sciensano, het IFC en de regio's. Zo bijvoorbeeld, heeft Sciensano een vaste vertegenwoordiging in het IFC, nemen zij het voorzitterschap van de RAG en RAG testing op, zijn zij vertegenwoordigd in verschillende overlegstructuren, en dergelijke meer.

¹ Koninklijk besluit nr. 44 van 26 juni 2020 betreffende de gezamenlijke gegevensverwerking door Sciensano en de door de bevoegde regionale overheden of door de bevoegde agentschappen aangeduide contactcentra, gezondheidsinspecties en mobiele teams in het kader van een contactonderzoek bij personen die (vermoedelijk) met het coronavirus COVID-19 besmet zijn op basis van een gegevensbank bij Sciensano

² Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, betreffende de gezamenlijke gegevensverwerking door Sciensano en de door de bevoegde gefedereerde entiteiten of door de bevoegde agentschappen aangeduide contactcentra, gezondheidsinspecties en mobiele teams in het kader van een contactonderzoek bij personen die (vermoedelijk) met het coronavirus COVID-19 besmet zijn op basis van een gegevensbank bij Sciensano

- Er worden in de context van de contactopsporing regelmatig vergelijkingen gemaakt tussen de performantie van de verschillende regio's, terwijl iedere regio invulling geeft aan dezelfde opdrachten. Hebben zulke vergelijkingen volgens u zin en zo ja, wat zijn volgens u de sterktes en verbeterpunten van de Vlaamse, de Waalse en de Brusselse contactopsporing?

Er moet het onderscheid gemaakt worden tussen het gedeelde platform voor contactopsporing en de regionale bevoegdheden die de regio's zelf meer invullen (bv. samenwerking met lokale initiatieven, lokale/regionale clusteropsporing).

Vanuit het Interfederaal Comité worden verschillende prestatie-indicatoren gedefinieerd en opgevolgd voor de gedeelde contactopsporing. Deze laten toe om de performantie te monitoren, zowel op Belgisch niveau als voor de regio's. Al deze gegevens werden ook ter beschikking gesteld. Alhoewel er soms verschillen zijn in call center capaciteit, kan algemeen niet gesteld worden dat de contactopsporing minder doeltreffend is in één regio vergeleken met de andere.

Wat regionale en lokale initiatieven betreft zijn er beste praktijken in alle regio's. In de verschillende werkgroepen waar de verschillende regio's samenkomen worden onder meer geleerde lessen en beste praktijken uitgewisseld.

Soms zal een situatie in een bepaalde regio ook leiden tot maatregelen die nadien ook voor de andere regio's bruikbaar zijn. Concreet voorbeeld : tijdens het hoogtepunt van de tweede golf kon een bepaald call center de werkzaamheden niet meer rond krijgen. Toen is beslist op IFC dat alle call centers prioriteit zouden geven aan het telefonisch contacteren van de index patiënten en werd op anderhalve dag een systeem op punt gesteld waarbij een sms kon gestuurd worden naar de hoogrisico contacten op het moment dat het call center niet meer slaagde in een telefonische contactname. Dit systeem kon door elke deelstaat apart ge(des)activeerd worden, al naargelang de eigen situatie en de eigen noodwendigheden.

- Hoe evalueert u de opzet van de structuur van de contactopsporing en de rolverdeling tussen callagents op de eerste lijn en fieldagents op de tweede lijn? En was het voor het contact- en bronnenonderzoek verantwoord om collectiviteiten hun eigen contactopsporing te laten organiseren los van de eerste en tweede lijn?

Field agents zijn een waardevolle aanvulling op het werk van de call agents. Wanneer een indexpatiënt niet kan bereikt worden binnen 48u door het call center, wordt een field agent ingeschakeld om de contacten van de indexpatiënt te verzamelen door middel van huisbezoeken. Deze fungeren dus als vangnet.

Cruciaal is dat callcenter agenten en veldagenten, ondanks een rolverdeling, wel worden ingezet binnen één systeem van contactopsporing en dat een call en een huisbezoek volgens uniforme scripts worden uitgevoerd. De data die verzameld worden, zijn bijgevolg consistent. De afweging tussen wanneer call agenten en veldagenten worden ingezet lijkt op het eerste zicht goed gemaakt: de grote volumes komen binnen bij de call agenten, en wanneer zij een patiënt na 48u niet kunnen bereiken, stromen deze patiënten door naar de veldagenten. In bepaalde situaties gebeurt de doorstroom ook sneller, bv. wanneer een patiënt de call agent niet verstaat aan de telefoon. In het verleden hebben we vastgesteld dat in Vlaanderen de werkbelasting van de call agenten en veldagenten ongeveer gelijke tred houdt, hetgeen ons doet vermoeden dat de triage zoals deze momenteel gebeurt gerechtvaardigd is.

Wanneer er op termijn, wanneer de vaccinatiegraad hoger is en het aantal besmettingen consistent lager, overgeschakeld zal worden naar een meer 'op maat' systeem van contactopsporing kan bovenstaande logica en afweging tussen call agenten en veldagenten eventueel worden herbekeken. Het is waarschijnlijk dat het bestaande systeem met het oog op de toekomst opnieuw zal evolueren, weg van het gestandaardiseerd contacteren van grote groepen patiënten en contacten in gans België, richting het meer 'op maat' bellen van personen, met aandacht voor de specifieke context van kleinere uitbraken en lokale heropflakkingen. Hierdoor zullen aanpassingen nodig zijn aan het systeem van contactopsporing (kleinere gespecialiseerde (lokale) equipes die kort op de bal kunnen spelen bij nieuwe varianten, snellere doorstroom naar veldagenten in bepaalde wijken, ...). Hierdoor kan de bestaande verhouding tussen de call agenten en veldagenten opnieuw wijzigen. Maar dat zal pas in een latere fase kunnen uitgewerkt en besproken worden.

De organisatie van contactopsporing in collectiviteiten is bijzonder belangrijk om zo vroeg mogelijk uitbraken te identificeren en ter plaatse de nodige maatregelen te treffen om het virus in te dijken. De organisatie ervan werd omkaderd binnen de bestaande contactopsporing in eerste en tweede lijn: Bij vaststelling van een of meer positieve gevallen in een bedrijf/ collectiviteit verwittigt het call center de medisch verantwoordelijke van een collectiviteit en/ of de externe dienst van een bedrijf. Een interne arbeidsarts of een arts van een externe preventiedienst van een onderneming kan in het kader van het bestrijden van clusters vervolgens beslissen tot het uitvoeren van een COVID-19 test. Via een webtoepassing kan een interne arbeidsarts of een arts van een externe preventiedienst, na authenticatie van zijn identiteit en autorisatie, de lijst van de te testen personen en de nodige gegevens ingeven.

De keuze om de collectiviteiten met een verantwoordelijke arts (AGD, CLB, CRA, ...) zelf de contactopsporing binnen de organisatie te laten uitvoeren werd gebaseerd op het gegeven dat om gedegen contactonderzoek in een collectiviteit te doen, specifieke kennis over de collectiviteit en de daarin gevoerde activiteiten met hun modaliteiten noodzakelijk zijn. Bovendien zijn zowel arbeidsgeneeskundige diensten als CLB-artsen van oudsher al betrokken bij de contactopsporing in het kader van andere infectieziekten en hebben zij dus ervaring in de materie. Het is trouwens niet zo dat zij volledig los werken van het centrale contactcenter, zoals gezegd. Het centrale contactcenter zal dus een arbeidsgeneeskundige dienst verwittigen vanaf het moment dat een persoon aangeeft meerdere professionele risicocontacten gehad te hebben op het werk of de arbeidsinteractie complex is. Als deze risicocontacten zich beperken tot <4 dan neemt het contactcenter de contactopsporing op. Contactonderzoek binnen collectiviteiten die niet over een verantwoordelijke arts beschikken, wordt ook gedaan door het contactcenter.

- U verklaarde in het Vlaams Parlement dat u wat verveeld zat met het rigide advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit, alsook met hun moeilijke bereikbaarheid tijdens de zomer en een ogenschijnlijke onwil om bepaalde elementen in hun adviezen uit te klaren. Is dat ondertussen gelukt en loopt de samenwerking of informatie-uitwisseling met de GBA beter dan afgelopen zomer? Blijft u ook bij het standpunt dat de GBA de GDPR te rigide interpreteert, in vergelijking met bijvoorbeeld de Vlaamse Toezichtscommissie? Graag wat duiding.

Vanuit het IFC werden verschillende initiatieven genomen om in overleg te gaan met de Gegevensbeschermingsautoriteit, zowel bij de totstandkoming van wetgeving als om meer duidelijkheid te verkrijgen rond adviezen die uitgebracht werden door de GBA. Mijn uitspraken toen hebben in elk geval wel geleid tot een contact met de Gegevensbeschermingsautoriteit en ook nadien, wanneer we werkten aan de app, zijn er wel degelijk contacten geweest. Voor de app konden we dus vooraf overleggen en kregen we dan ook een groen licht van de GBA.

Uit deze contacten is gebleken dat de discussie rond de whereabouts had vermeden kunnen worden; mijn conclusie is dan ook dat het de juiste beslissing is geweest van het IFC, gevolgd door het IMC, om door te gaan met de aanpassing van de scripts van de call agents om dieper te vragen naar de whereabouts (waar en met wie is contact geweest).

Voor alle duidelijkheid : over de interfederale afspraken en regelgeving wordt geen advies gevraagd aan de Vlaamse toezichtscommissie, wel aan de Gegevensbeschermingsautoriteit. Enkel voor de Vlaamse regelgeving, zoals recent de aanpassingen aan het Vlaamse preventiedecreet rond quarantaine, wordt aan de VTC advies gevraagd.

- Heeft de beslissing van de Vlaamse Regering om de bronopsporing in handen van de lokale overheden te leggen de privacykwestie rond gegevensdeling en rapportering van clusters nog ingewikkelder gemaakt? Zo ja, op welke wijze? En is er een verband met het lage aandeel van clusters dat vanuit Vlaanderen bij Sciensano gerapporteerd wordt sinds december 2020? Kan u tot slot ook ingaan op de uitdagingen die dit schetst omtrent de dubbele rol van de fieldagents (gedeeltelijk) gedetacheerd zijn ter ondersteuning van de eerstelijnszones?

Het samenwerkingsakkoord van 25 augustus 2020 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschappen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie omkadert ook de gegevensverwerking door de bevoegde overheden, agentschappen van de gefedereerde entiteiten, de gezondheidsinspecties en mobiele teams in het kader van een contact-onderzoek.

De uitdagingen die gepaard gaan met lokale bronopsporing hebben eerder te maken met de gepaarde werklast en coördinatie. In het kader van testing en tracing zijn verschillende initiatieven doorgevoerd die dit gefaciliteerd hebben. Zo worden gegevens bijvoorbeeld ter beschikking gesteld van de regio's (bv. via een sFTP server om de controletoren te voeden). Ook zijn er verschillende fora waar feedback, noden en uitdagingen van de lokale autoriteiten (via de regio's) besproken kunnen worden

Het centrale en het lokale niveau kunnen elkaar versterken, zeker wat betreft bron- en clusteropsporing. Dit vereiste een aanpassing van de Vlaamse regelgeving ivm de gegevensuitwisseling. Het Vlaams parlement heeft hierover trouwens het laatste woord gehad.

Voor Vlaanderen bleven de clustercijfers vrij stabiel sinds het najaar. Er werden sinds het najaar van 2020 meer clusters in de samenleving gerapporteerd omdat er vanaf dat moment gebruik kon worden gemaakt van het uitbraakvolgsysteem (UVS). Het aantal clusters in precaire zorginstellingen nam in verhouding (gelukkig maar) af. Vlaanderen rapporteert alleen clusters naar Sciensano die gevalideerd zijn met betrekking tot een bevestigde epidemiologische link door de verantwoordelijke actoren, en dus geen signalen die geautomatiseerd uit de databases gehaald worden. Een mogelijk probleem hierbij is de kans op een onderrapportage. Het BCO werk in voorbereiding zou zo een mogelijke onderrapportage mee in beeld kunnen brengen.

De lokale veldagenten die de eerstelijnszones ondersteunen, zijn andere agenten dan de veldagenten die ingezet worden in het kader van de klassieke contactopsporing. Er is dus geen 'dubbel takenpakket', aangezien de lokale veldagenten volledig 'toegewezen' zijn aan de eerstelijnszones, en zich volledig op dit takenpakket kunnen focussen.

- Naar aanleiding van de Pano-reportage over de contactopsporing stelde u dat het systeem van contactopsporing nog voor de 2de golf werd bijgesteld. Kan u toelichten welke bijstellingen dit betrof, hoe deze de werking ten goede kwamen, en welke verbeteringen volgens u nog

nodig zijn?

Voor de start van de tweede golf in het najaar werden reeds volgende verbeteringen aangebracht aan de contactopsporing:

- *Drie keer per dag doorsturen van een 'batch file' voor de indexpatiënten en hoogrisicocontacten (juli). Daardoor kunnen de callcenters veel sneller aan hun werk beginnen.*
- *Mogelijk maken van inbound calls naar het call center (juli)*
- *Activering van het Passenger Locator Form (augustus)*
- *Operationalisering van de self-assessment tool (augustus) om risicogedrag te beoordelen op reis*
- *Operationalisering van platform 2.0 (september), een nieuwe versie van het centraal contact-tracingplatform dat quasi real-time doorstroming van gegevens mogelijk maakt (in plaats van drie maal per dag)*
- *Lancering van de app Coronalert (september)*
- *Verschillende toevoegingen aan de scripts in het kader van een beter cluster- en brononderzoek (vragen naar whereabouts en bron van besmetting)(augustus)*
- *Opvolging en contactopsporing in het kader van seizoensarbeid*
- *Mogelijkheid tot registreren van 90 contacten door de call agents in plaats van 10*

De voornaamste aanpassing in dit rijtje volgens mij in aanloop naar de tweede golf was de introductie van een realtime systeem ("versie 2.0") op 4 september 2021. Deze transitie, van een systeem dat in batches werkte (die maar één keer per dag (tot juni) of een aantal keer per dag (vanaf juli) werden doorgezet) naar een systeem waarin werkorders onmiddellijk werden aangemaakt (vanaf 4 september), zorgde voor een substantiële reductie in de doorlooptijd van de ganse keten van contactonderzoek. Tevens werd het systeem dermate herbouwd dat het veel flexibeler werd om aanpassingen door te voeren, wat een belangrijke meerwaarde is gebleken bij elke optimalisering en bij elke beslissing van het Overlegcomité die aanpassingen aan het systeem vergde.

Zoals reeds opgesomd, werden in de aanloop naar de tweede golf talrijke kleinere updates doorgevoerd, waaronder de introductie van een aparte queue en een gespecialiseerd team voor de collectiviteiten, het versturen van een sms naar besmette personen met de melding dat ze gebeld zouden worden, de introductie van de inbound lijn zodat burgers kunnen terugbellen na een gemiste oproep van het contactcenter, de aanpassing van het script zodat meer dan 10 contacten konden worden opgegeven, de introductie van de bypass tickets zodat tickets voor contacten reeds sinds 28/07 in realtime werden aangemaakt, ... Al deze updates hadden een positieve impact op het bereik en de doorlooptijd van het contactonderzoek.

Op termijn, wanneer de vaccinatiegraad hoger is en het aantal besmettingen consistent lager, lijkt het aangewezen om over te schakelen op een meer 'op maat' systeem van contactopsporing. Het is immers waarschijnlijk dat het bestaande "industriële"-systeem met het oog op de toekomst verder zal evolueren, weg van het gestandaardiseerd contacteren van grote groepen patiënten en contacten in gans België, richting het meer 'op maat' bellen van personen, met aandacht voor de specifieke context van kleinere uitbraken en lokale heropflakkingen. Hierdoor zullen vermoedelijk een aantal aanpassingen nodig zijn aan het systeem van contactopsporing (kleinere gespecialiseerde (lokale) equipes die kort op de bal kunnen spelen bij nieuwe varianten, snellere doorstroom naar veldagenten in bepaalde wijken, ...).

- Tussen oktober en november zouden enkele hoogrisicocontacten dubbel geteld en dubbel gecontacteerd geweest zijn, waardoor het aantal contacten met een vijfde overschat zou zijn geweest? Was dit uitsluitend een rapporteringsprobleem of verklaart dit de berichten van personen die in deze periode meerdere keren vanuit de callcenters werden gebeld, of meerdere keren een sms met vraag tot quarantaine ontvingen?

In de periode tussen 9 oktober 2020 en 19 november 2021 werden inderdaad een aantal contacten dubbel geteld in de Vlaamse rapportering die werd gepresenteerd aan de Vlaamse stuurgroep. In totaal ging het over een overschatting van 13,7%.

De oorsprong van deze overschatting lag in het samenvoegen van een aantal bronbestanden die worden gebruikt voor het contactendashboard van de Vlaamse controletoren. Meer specifiek werden bepaalde hoogrisicocontacten die eveneens huisgenoot waren dubbel geteld, zowel als HRC als als huisgenoot. De fout in de rapportage werd in de week van 19 november 2021 retroactief rechtgezet.

Belangrijk om te vermelden is dat het hier puur over een fout in de rapportage ging. Er was geen operationele impact, de personen werden niet meerdere keren gecontacteerd (er werden geen dubbele werkorders aangemaakt). Dit probleem vormt dus geen verklaring voor de berichten van personen die in deze periode meerdere keren vanuit de callcenters werden gebeld, of meerdere keren een sms met vraag tot quarantaine ontvingen. De oorzaak van dat probleem moet dus elders worden gezocht

Er wordt ook gewerkt aan verbeteringen om dergelijke problemen te vermijden. Met het platform 2.0, dat werkt als een event driven systeem, kunnen we bepaalde zaken opvangen. Dit betekent dat in het geval er verschillende tickets bestaan, de hoogste hiërarchie het neemt over de andere. Bv. indien 2 tickets bestaan voor eenzelfde persoon, indexpatiënt en hoogrisicocontact, dan zal de ticket als indexpatiënt het “winnen” van het ticket hoogrisicocontact.

Sinds 20 januari is ook een nieuwe functionaliteit in productie gegaan die het mogelijk maakt aan de call agent om het overzicht te zien van alle tickets die gelinkt zijn aan een telefoonnummer. Zo kunnen deze gelijktijdig behandeld worden zonder dat het nummer gebeld dient te worden. Dit vermijdt de dubbele behandeling van eenzelfde ticket maar laat ook toe om efficiënt te werken. Zo kan bijvoorbeeld een cluster binnen een familie eenvoudiger afgehandeld worden, zonder dat deze nodeloos verschillende keren opgebeld worden voor elk apart geval.

- Klopt het dat niet personen die positief testen op Covid19 doorgegeven worden voor contactopsporing? Welke categorieën van besmette personen worden niet gecontact-traced? Graag een overzicht van deze groepen & de reden.

Wanneer index patiënten niet gecontact-traced kunnen worden door het call center, heeft dit te maken met het ontbreken van de nodige contactinformatie zoals het gsm-nummer, of, na herhaald telefoneren, het niet telefonisch kunnen bereiken van de betrokkene. Deze personen worden dan bezocht door de ‘field agents’. Bijkomend wordt een klein aantal index patiënten telefonisch bereikt, maar zijn ze niet bereid om relevante data door te geven. Sommigen willen geen informatie doorgeven, en anderen hebben inmiddels een negatief testresultaat ontvangen, hebben een taalbarrière of andere problemen.

- U stelde ook als voorzitter van de Taskforce dat het niet zinvol zou zijn te opteren voor een ander model van contactopsporing tijdens deze crisis. Kan u dat wat duiden, zeker in functie van de vaccinatiecampagne en het gegeven dat de contactopsporing vanaf de zomer

waarschijnlijk kleinschaliger en fijnmaziger zal dienen te gebeuren?

We hebben de keuze gemaakt voor een IT-ondersteund systeem vanwege de grootte van de pandemie én de verwachte lange duur van de pandemie. Een ander model, bijvoorbeeld een individuele benadering door middel van het case management principe waarbij 1 contactopspoorder een volledige keten afhandelt, is niet afdoende bij een grote virusoverdracht en bij vele contacten. De efficiëntie en snelheid van het huidige systeem bewijst dat dit uiteindelijk de goede keuze was.

Dit neemt uiteraard niet weg dat regionale initiatieven aangaande bron -en clusteropsporing een aanvulling zijn.

In de toekomst zal schaalbaarheid van het systeem steeds een belangrijke vereiste blijven, zelfs met de opstart van een vaccinatieprogramma, bijvoorbeeld om het hoofd te bieden aan nieuwe grote uitbraken (nieuwe variant,...). Met het oog op de toekomst zal het relatieve belang van een aantal andere mitigerende maatregelen zoals brononderzoek, clusteronderzoek, casemanagement, ... verder toenemen als het aantal besmettingen verder daalt. Daarom is het belangrijk dat niet alleen het contactonderzoek in de toekomst anders wordt ingevuld, maar ook dat al deze beheersinstrumenten naadloos op elkaar afgestemd zijn, kunnen interageren en gegevens kunnen uitwisselen

Het is waarschijnlijk dat het bestaande “industriële”-systeem met het oog op de toekomst verder zal evolueren (cfr. supra). Ondanks dat een aantal fundamentele van het bestaande systeem ook met het oog op de toekomst behouden kunnen blijven (inzetten op een wisselwerking tussen call agenten en veldagenten, aanhouden van een zekere capaciteit op centraal niveau die in functie van lokale uitbraken kan worden ingezet, ...) zullen er vermoedelijk ook een aantal aanpassingen nodig zijn aan het systeem van contactopsporing.

- Binnen de afspraken omtrent de organisatie van de contactopsporing is de rapportering en aansturing uitbesteedt aan een consultancybedrijf, voor Vlaanderen KPMG. Hoe beoordeeld u de kwaliteit van die opdrachten en is dit niet iets dat beter vanuit de overheid zou gebeuren?

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de regionale en interfederale aansturing van de contactopsporing. De équipes die het centrale platform opgezet hebben enerzijds, situeren zich niet op het regionale niveau, maar op het interfederale niveau. De regionale organisatie van de call centers anderzijds, werd in Vlaanderen inderdaad uitbesteed aan een consortium ondersteund door consultant KPMG. Dergelijke aanbesteding was te verantwoorden omwille van de grote capaciteit aan medewerkers die nodig was in de call centers, met gevraagde beschikbaarheid op zeer korte termijn.

- Is de contactopsporing voldoende flexibel georganiseerd om in te spelen op nieuwe uitdagingen ten gevolge van de intrede van varianten? Bijvoorbeeld als zou blijken dat er verder in de tijd getraceerd moet worden door een ander symptomenverloop, kan de contactopsporing daar snel schakelen?

Dat kan zeker. De afgelopen tien maanden, sinds de opstart van het contactonderzoek, dienden de vele achterliggende systemen bij de contactopsporing meermaals aangepast te worden naar aanleiding van beslissingen van het Overlegcomité of de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Dit gebeurde steeds in een sneltempo. Indien er in de toekomst nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn rond varianten, zal het IFC uiteraard onderzoeken hoe de contactopsporing hierop afgestemd dient te worden. De werking als such verandert niet door de varianten. De varianten kunnen ervoor zorgen dat er strengere maatregelen komen (vb. verlenging quarantaine).

Dit wordt in de scripts verwerkt. Indien nodig kan er worden opgeschaald qua capaciteit in de call centers zelf of bij de field agents. We hebben in het najaar bij de tweede golf aangetoond dat dit perfect mogelijk is.

- In het Sciensano-rapport van vrijdag 12 februari werd een grafiek opgenomen van hoeveel procent van de hoogrisicocontacten zich laat testen. Begin februari was dat 75%, wat zou betekenen dat 1 op 4 de testverplichting naast zich neerlegt. Zijn er geldige redenen om je als hoogrisicocontact toch niet te laten testen, of categorieën waarvoor een test vandaag toch niet verplicht is? En is dit iets dat beter vanuit de contactopsporing zou moeten worden opgevolgd?

Uit de meest recente cijfers blijkt dat 89% van de hoogrisico-contacten minstens één test laat afnemen. 55% van de hoogrisico-contacten laat zich twee maal testen.

Voor wat testing van hoogrisico contacten van index cases betreft is er alleen een uitzondering voor personen die om medische redenen geen test kunnen afleggen en hiertoe het bewijs leveren.

Er moet wel een onderscheid gemaakt worden voor het testen van reizigers die terugkeren uit een rode zone, waar meer uitzonderingen gelden. Maar deze categorie wordt afzonderlijk bekeken en is niet vervat in de noemer van de hoogrisicocontacten.

Wel wil ik u meegeven dat volgens de meest recente cijfers 75% van deze reizigers zich laat testen. En de uitzonderingen daar zijn : Grensbewoners of grensarbeiders die reizen in deze hoedanigheid; Vervoerspersoneel dat belast is met goederenvervoer en ander vervoerspersoneel die reizen voor de uitoefening van hun functie; Personen die reizen in het kader van grensoverschrijdend co-ouderschap; Leerlingen, studenten en stagairs die zich dagelijks naar het buitenland verplaatsen in het kader van hun studies of een grensoverschrijdende stage; Grensscholieren die reizen in het kader van leerplichtonderwijs of in het kader van hoger onderwijs; de "Border Force Officers" van het Verenigd-Koninkrijk; Passagiers op doorreis; Patiënten die reizen om dwingende medische redenen of de verderzetting van een dringende medische behandeling; Terugkeerder (inwoner) die maximaal 48u in een hoogrisicogebied (rode zone) is geweest; Niet-inwoner die minder dan 48u in België verblijft.

- Voor de ontwikkeling van de Coronalert-app was een ingenieuze samenwerking tussen het federale niveau en de deelstaten nodig, om een veilige, maar vlotte uitwisseling van gegevens te garanderen. Dit vroeg veel tijd. Hoe evalueert u dat proces? Wat zijn de lessons learned? Is het mogelijk om een draft van zo'n samenwerkingsakkoord te hebben klaar liggen, zodat er bij een volgende pandemie sneller kan geschakeld worden?

De werking van de app wordt omkaderd door het samenwerkingsakkoord van 25 augustus 2020 en het uitvoerend samenwerkingsakkoord van 13 oktober 2020. De afgesloten samenwerkingsakkoorden kunnen gebruikt worden als basis of inspiratie voor toekomstige pandemieën. Dit werd trouwens ook reeds toegepast voor twee samenwerkingsakkoorden die in opmaak zijn, meer bepaald rond de vaccinaties en rond de gegevensdoorstroming in het kader van handhaving van quantaine en testing.

De totstandkoming van de app zelf, gebeurde op een tijdspanne van amper 4 maanden: Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 25 mei werd een eerste visietekst voorgelegd waarin de basisprincipes van de tracingapp werden vastgelegd. Op het IFC van 21 juli 2020 werd de aanbesteding tot ontwikkeling van de app gegund. Eind september werd Coronalert gelanceerd voor het grote publiek.

Gebruikmaken van bestaande systemen die hun deugdelijkheid hebben bewezen is zeker een voordeel. We zijn later begonnen aan de ontwikkeling van een app, maar hebben dankzij de ervaringen in Duitsland en Nederland vooral, dit heel snel kunnen doen. Er is ook doelbewust gekozen voor een zelfde platform als deze en de meeste andere Europese landen, nl DP3T. Dit laat nu de interoperabiliteit tussen de apps van een tiental (uit te breiden) Europese landen toe.

- Hoe werd /wordt er omgegaan met clusters? Als er een cluster ontdekt wordt, welke stappen worden dan ondernomen om verdere uitbreiding van zo'n cluster of een nieuwe te voorkomen? Werdt dit doorgegeven aan een communicatiedienst opdat het publiek of specifieke doelgroepen konden worden gewaarschuwd?

Het clusteronderzoek zelf is niet de bevoegdheid van het IFC, maar van de regio's. Vanuit het IFC hebben we verschillende initiatieven genomen om bron-en clusteronderzoek in de regio's te ondersteunen, onder meer:

- *Whereabouts in de scripts van de call agents (specifieke vragen naar locaties)*
- *Linken van whereabouts aan contacten die door patiënten worden doorgegeven in de scripts*
- *Mogelijkheid overheidsdiensten om zelf datamining en clusteranalyse te doen (bv. in kader van seizoensarbeid)*
- *Vragen in de scripts naar mogelijke bron van besmetting*

De aanpak in de regio's is erg contextafhankelijk. Clusters worden op diverse manieren ontdekt. Zo kan dat in een bedrijf zijn door de arbeidsarts die door werknemers of de personeelsdienst gealerteerd wordt over de afwezigheid van meerdere afwezigen en deze kan linken aan eenzelfde werkpost, of via de "gezondheidsinspectiediensten" door nazicht van de RSZ databanken over de aanwezigheid van meerdere positief geteste werknemers in een bedrijf. In een school zal het vaak de CLB-arts zijn die 2 aan elkaar gelinkte cases opmerkt, terwijl uitbraken in de open gemeenschap vaak door de Covid-teams van de zorgraden opgemerkt worden via het raadplegen van, in Vlaanderen, de centrale controletoren waar alle indexpatiënten geïnventariseerd worden.

Ook de aanpak is uiteraard contextafhankelijk maar in basis is het steeds de bedoeling om de verschillende indexpatiënten en hun contacten met elkaar in verband te brengen en de contactpersonen in quarantaine te zetten zodat, als ook een aantal van deze personen besmet blijken en besmettelijk worden, ze de ziekte niet verder kunnen doorgeven. Op die manier leg je als het ware een soort dam rond de besmettingsbron zodat deze niet verder uitbreidt. Uiteraard is zoiets een stuk eenvoudiger in een semi-gesloten gemeenschap als een

school, dan in de open gemeenschap, en in die laatste setting gemakkelijker als er zeer weinig besmettingen zijn dan wanneer de infectiedruk hoog is. In dat laatste geval is het vaak niet mogelijk om te weten wie de infectie van wie kreeg en dus ook moeilijk om een beschermende dam rond de cluster te leggen om verdere uitbreiding te voorkomen.

- Hoeveel % van de symptomatische en hoeveel % van de asymptomatische positieve gevallen worden naar schatting bereikt met de contact-tracing?

Sinds juni hebben de call centers gemiddeld 85% van de besmette personen bereikt. Het bereikte hoog risico contacten kent ook een hoog aantal: 90% sinds begin juni.

- M.b.t. de medewerking van de personen die getraceerd worden en de melding krijgen dat ze hun contacten moeten doorgeven: zijn er verschillen in medewerking tussen verschillen de groepen, vb. geslacht, leeftijd, afkomst?

Smals heeft in augustus 2020 een oefening gemaakt. Hier kwamen beperkte verschillen naar voren. Vlaanderen, mensen geboren rond 1980, mensen die rond het middaguur opgebeld worden, positief geteste index personen (vergeleken met vals-negatief en suspected) geven gemiddeld iets meer contacten door. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat dit een eenmalige oefening was waarvan de resultaten misschien niet meer actueel zijn.

Een tweede informatiebron is een analyse die gemaakt werd op vraag van de Vlaamse stuurgroep en waar de periode die in ogenschouw werd genomen zich beperkt van 1 januari 2021 tot en met 21 februari 2021 (dus wel heel recent). Allereerst is het belangrijk te bekijken hoe 'medewerking' gedefinieerd wordt. Enerzijds heb je de proportie indexpatiënten die contacten doorgeeft. Dit percentage bedraagt de laatste weken en maanden in Vlaanderen ongeveer 80%. Het is echter te kort door de bocht om aan te nemen dat de overige 20% niet meewerkt. Het blijkt immers dat het overgrote deel van de personen die geen contacten doorgeeft, ook effectief geen contacten heeft (bv. omdat ze op het moment van de contactname reeds in quarantaine zitten, of omdat het om oudere personen gaat die vaak minder personen zien). Hier blijkt de leeftijd van een indexpatiënt een belangrijke bepalende factor m.b.t. of men al dan niet contacten deelt. We stellen vast dat het vooral ouderen zijn die geen contacten doorgeven.

Daarnaast is het mogelijk dat de persoon aan de lijn expliciet zijn/haar medewerking aan het contactonderzoek weigert. Hiervoor bestaat een speciale afsluitcode namelijk 'collaboration refused'. Deze afsluitcode 'collaboration refused' werd in de periode 01/11/2020 t.e.m. 15/02/21 voor Vlaamse indexpatiënten in 0.22% van de gevallen als finale afsluitcode gebruikt. Dit wil zeggen dat ca. 1 op 450 opgebeld indexpatiënten niet bereid is mee te werken aan het contactonderzoek (ook niet na eventuele consultatie door een veldagent). Enkele bijkomende vaststellingen hier:

- *75 plussers en (ouders van) kinderen tussen 10 en 14 jaar weigeren relatief het vaakst mee te werken;*
- *Binnen de provincie Antwerpen wordt vaker medewerking geweigerd. Hier weigert ongeveer 1 op 300 patiënten expliciet de medewerking, daar waar dit in andere Vlaamse provincies ongeveer 1 op 500 patiënten is.*
- *Er zijn geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen m.b.t. medewerking.*

- *Binnen de contactopsporing worden geen gegevens bevraagd m.b.t. de afkomst van indexpatiënten. Hierover zijn dus geen analyses beschikbaar.*
- Hoeveel talen spreken de tracing-medewerkers? Gebeurt het dat gesprekken niet kunnen gevoerd worden omdat de taalkennis ontoereikend is?

- *In Wallonië worden gesprekken afgehandeld in 13 verschillende talen.*
- *In Brussel tot 30 verschillende talen.*
- *In Vlaanderen staan er permanent callagents ter beschikking in 9 talen. Voor 18 andere talen is niet altijd een call agent beschikbaar, maar kan in geval van afwezigheid een heroproep ingepland worden zodat deze gesprekken ook afgehandeld kunnen worden.*
- *Indien een call agent een gesprek niet kan voeren door een gebrek aan taalkennis, wordt dit doorgegeven aan een field agent. Gesprekken met field agents lopen naar ervaring heel goed (bijvoorbeeld door de hulp van een familielid of buur, of door de aanwezigheid van een tolk).*

- Hoeveel mensen hebben de app gedownload?

In totaal hebben bijna 2,5 miljoen mensen Coronalert gedownload sinds de lancering eind september 2020.

- Eén rode draad in heel de Belgische coronacrisis is dat de regeringen steeds achter de feiten aan liepen/lopen. Het begon allemaal met de mondkmaskers. Maar later bleek ook het testen niet van een leien dakje te lopen. Waarom werd beslist om die PCR-test te gebruiken, terwijl de uitvinder van de test zelf blijft zeggen dat die daarvoor niet geschikt is? Hoe komt het dat ook daar weer een gebrek aan materiaal bleek? Waarom werden andere testen verboden? (speekseltesten, sneltesten, bloedtesten, ...)

De klassieke test op COVID-19 gebeurt met een "PCR-test", die genetisch materiaal van het virus detecteert. Dit is de meest betrouwbare test volgens de wetenschappers die de overheid adviseren in deze materie. Door zijn hoge betrouwbaarheid is dit type test in vele landen de standaard om te testen op COVID-19. Het nadeel van de test is dat je moet wachten op het resultaat tot de testafname naar een labo is gestuurd en daar geanalyseerd is.

Sneltesten zijn in ons land niet verboden, alleen zelftesten zijn dat op dit ogenblik door de recente wet op de sneltesten. Sneltesten meten de aanwezigheid van bepaalde eiwitten en moeten niet in een labo worden geanalyseerd. Ze kunnen meteen worden uitgevoerd en afgelezen, waardoor het resultaat snel (meestal na 15 minuten) beschikbaar is. De resultaten zijn echter minder betrouwbaar dan de PCR-testen, opnieuw volgens de adviezen van de wetenschappers. Zeker bij mensen zonder symptomen is er twijfel over de betrouwbaarheid van deze testen. Een sneltest bij een persoon zonder symptomen kan alleszins nooit gebruikt worden om de basisregels niet te respecteren, quarantaine te weigeren of deze vroegtijdig te stoppen. Daarom is het gebruik van sneltesten en speekseltesten toegelaten volgens een afgesproken strategie, volgens criteria voorgesteld door het FAGG, geadviseerd door de Taskforce Testing en gevalideerd door de Interministeriële Conferentie.

- Terwijl de WHO benadrukte dat er breed getest moest worden ging men hier lang uit van een enge gevalsdefinitie. Waarom was dat?

Op deze vraag moet ik u het antwoord schuldig blijven. Deze strategie is beslist op een ander niveau dan het IFC natuurlijk en het IFC heeft daarin ook geen rol gespeeld. De gevalsdefinitie is geadviseerd en voorgesteld door Sciensano, de Risk Assessment Group en de Risk Management Group. Waarom bepaalde keuzes werden gemaakt, kan ik u niet verduidelijken. Algemeen kan er wel gesteld worden dat beschikbaarheid van testmateriaal en de testcapaciteit van labo's belangrijke elementen zijn die de teststrategie het afgelopen jaar beïnvloed hebben.

Tracing

- Bevestigt u dat de oprichting van het tracingsysteem gebeurde in een spanningsveld tussen de deelregeringen (federaal besliste in april dat er een extra bezoek mocht komen in de rusthuizen, maar de regio's waren niet blij en op die maatregel is men teruggekomen)? Kan u deze spanningen bevestigen? Was die spanning er nog steeds toen u het voorzitterschap van het IFC opnam?

Over de gevoelens die leefden bij de oprichting van het IFC en de eventuele spanningen kan ik me niet uitspreken. Zelf was ik er niet bij en voor dergelijke standpunten baseer ik me niet op geruchten. Ik kan enkel uit eigen ervaring zeggen dat alle regio's en partners op een heel constructieve manier met elkaar samenwerken binnen het IFC sinds ik daar voorzitter ben. Er heerste een groot gevoel van solidariteit en bereidheid om crisis zo efficiënt en effectief mogelijk aan te pakken. Er mogen meningsverschillen zijn wanneer men zoekt naar de beste oplossingen en verbeteringen, maar voor mij is het van belang dat dit op een correcte manier kan afgerond worden, met het nodige respect naar elkaar en een consensus over de te volgen weg. Bewijs van de goede samenwerking tussen de deelregeringen zijn alle verwezenlijkingen (snelle opstart, performant systeem, grote efficiëntie,...) aangaande de contactopsporing. Ook met het Corona-commissariaat, de overige taskforces en overlegorganen wordt de jongste tijd veelvuldig overleg gepleegd.

- Er was eerst beslist om de tracing federaal te doen, uiteindelijk gebeurde het door de regio's. Kan u dit uitleggen? Leverde dit vertraging op in de opstart?

Het klopt dat de organisatie van de contactopsporing doorgeschoven werd naar de regio's.

Van zodra het duidelijk was dat de regio's verantwoordelijk werden gesteld voor de organisatie, is er echter bijzonder snel geschakeld.

Tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 23 april 2020 werd door alle gefedereerde entiteiten besloten tot de oprichting van een gemeenschappelijke aanpak en een gemeenschappelijk IT-platform.

Reeds op 7 mei 2020, amper twee weken na deze beslissing van het IMC, waren het platform en de call centers operationeel.

- Hoe komt het dat men slechts in april start met contactopsporing hoewel dat de WHO reeds op 2 maart met klem vroeg om ermee te beginnen? Is dit door de institutionele lasagne en de spanningen tussen de deelregeringen?

Vermits dit politieke beslissingen waren die zich situeerden bij de toenmalige federale regering en wellicht in afgeleide ook bij de Interministeriële Conferentie, kan ik u hier niet op antwoorden. In die periode was ik ook niet actief betrokken bij de contactopsporing.

- In juli en september werden opeenvolgend versoepelingen aangekondigd hoewel de tracing verre van optimaal verliep. Denkt u ook, zoals andere experts die in de commissie gehoord zijn, dat men toen niet had moeten versoepelen? Waarschuwde u de regering vanuit uw functie op dat ogenblik om hen erop te wijzen dat de contactopsporing toen absoluut niet optimaal was?

Het IFC Testing & Tracing adviseert niet over versoepelingen of verstrengingen. Het IFC implementeert, samen met de gefedereerde entiteiten, beslissingen van de toenmalige Veiligheidsraad, het Overlegcomité of het IMC. Ik kan u meegeven dat voor de start van de tweede golf in het najaar reeds vele verbeteringen werden aangebracht aan de contactopsporing. Zo bijvoorbeeld:

- *Lancering van Coronalert*
- *Operationalisering van platform 2.0, het centraal contact-tracingplatform*
- *Activering van het Passenger Locator Form*
- *Operationalisering van de zogenaamde self-assessment tool om risicogedrag te beoordelen op reis*
- *Mogelijk maken van inbound calls naar het call center*
- *Verschillende toevoegingen aan de scripts in het kader van een beter cluster- en brononderzoek (vragen naar whereabouts en bron van besmetting)*
- *Opvolging en contactopsporing in het kader van seizoensarbeid*

Zowel het Overlegcomité als de Nationale Veiligheidsraad vroeg voor bepaalde dossiers mijn advies, voor zover dit te maken had met de implementeerbaarheid van potentiële beslissingen. Ik verwijs hiermee onder andere naar de invoering van de Passenger Locator Form en de zelfevaluatiETOOL. Als ambtenaar is het mijn opdracht de ministers te adviseren en daarna loyaal uit te voeren wat hun beslissing is. En dat is ook wat ik

gedaan heb en wens te blijven doen.

- Denkt u dat ons huidige systeem goed genoeg werkt om te versoepelen? Wat zijn de verbeterpunten?

De contacttracing werkt efficiënt, zowel op het terrein als in de call centra. Het IFC Testing & Tracing beslist echter niet over versoepelingen of verstrengingen. Het IFC implementeert, samen met de gefedereerde entiteiten, beslissingen van andere organen zoals de toenmalige Nationale Veiligheidsraad, het Overlegcomité of het IMC.

Wel ben ik het eens met de stelling dat een performante testing (teststrategie, testbeleid en de uitvoering ervan) en tracing belangrijke instrumenten zijn om versoepelingen mogelijk te maken. En ja, ik denk dat we een punt bereikt hebben dat we mogen zeggen dat onze testing en tracing performant werkt. Wat nooit wil zeggen dat je niet permanent moet blijven zoeken naar verbeteringen en relevante bijstellingen, zelfs als het over kleine onderdelen gaat.

- Welke fouten zijn er volgens u bij de versoepelingen gemaakt na de eerste golf en welke lessen trekt u daaruit voor de huidige versoepelingen?

De impact van maatregelen, zowel verstrengingen als versoepelingen, zijn in grote mate afhankelijk van het gedrag van de burgers. De politieke overheid creëert met haar beslissingen het kader waarbinnen elke burger geacht wordt zich te bewegen. Hierbij moeten vele elementen mee in rekening worden gebracht. Zowel en prioritair natuurlijk het sanitaire luik, maar ook elementen als de motivatie en het psychosociaal welzijn van de bevolking in alle leeftijdsgroepen en leefomstandigheden, de economische impact op macro en micro niveau, de draagkracht van essentiële beroepen en functies etc. Dit was zo na de eerste golf en zal het ook nu zijn.

Sowieso is het belangrijk dat bepaalde randvoorwaarden vervuld zijn. Op vele fora wordt gesteld dat testing en tracing, naast het respecteren van de quarantaine en testverplichtingen door de burger, belangrijke randvoorwaarden zijn. Het IFC Testing & Tracing beslist niet over versoepelingen of verstrengingen, maar is wel verantwoordelijk voor een systematische opvolging en waar nodig verbetering van deze randvoorwaarden inzake testing en tracing. En dat is wat we ook permanent doen, in een open dialoog met al onze partners. Dit heeft ertoe geleid dat ons systeem op dit moment performanter is dan na de eerste golf, en dat we oog blijven hebben voor alle mogelijke optimalisaties, in welke aspecten dan ook.

- Hoe kijkt u naar Zuid-Aziatische en Pacifische landen die door succesvolle testing en tracing volledig uit de lockdown zijn geraakt en dit zonder vaccineren? Denkt u dat sommige ingrediënten hier ook toe te passen zijn? Dewelke?

Het is moeilijk om landen met elkaar te vergelijken omdat er rekening dient gehouden te worden met de specifieke context van elk land (juridisch, bescherming van persoonsgegevens,...). In deze landen gelden andere normen en vooral wordt er ook helemaal anders naar privacy gekeken dan in België. Een gelijkaardig systeem van contactonderzoek opzetten is in België met de huidige GDPR regelgeving volstrekt ondenkbaar. Bovendien is België een transitland met grote aantallen doorreizigers tot gevolg, terwijl een aantal van de landen waarnaar u verwijst eilanden zijn of landen die het internationaal personenverkeer gemakkelijker kunnen controleren of beperken. Desalniettemin is het nuttig om later een analyse te maken van de verschillende systemen die gehanteerd werden teneinde verbeterpunten te identificeren voor de toekomst.

- Kan u ons een cijfermatig overzicht geven van de doelmatigheid en de resultaten van het traceren sinds de oprichting tot op vandaag?

Sinds juni (in mei werden KPIs manueel berekend) hebben de call centers gemiddeld 85% van de besmette personen succesvol bereikt. Het succesvol bereikte hoogrisicocontacten (via call agent/sms) kent ook een hoog percentage, 90% sinds begin juni.

Sinds juli hebben verschillende aanpassingen (verhoogde synchronisatiefrequentie voor index patiënten, bypass voor hoogrisicocontacten, platform 1.5 en 2.0) gezorgd voor het continu versnellen van de contactopsporing. In juli bijvoorbeeld werden 63% van de index personen succesvol bereikt binnen de 24 uur (74% binnen de 48 uur) terwijl dit sinds 29 juli 76% bedraagt binnen de 24 uur (82% binnen de 48 uur). Voor hoogrisicocontacten bedragen deze percentages respectievelijk 71% binnen de 24 uur (82% binnen de 48 uur) in juli en 78% binnen de 24 uur (81% binnen de 48 uur) sinds 29 juli.

We geven hierbij ook graag de cijfers sinds 1 januari 2021 t.e.m. 21 februari 2021; 85% van de index personen wordt succesvol bereikt binnen de 24 uur (88% binnen de 48 uur). 88% van de hoogrisicocontacten wordt succesvol bereikt binnen de 24 uur (90% binnen de 48 uur).

Men moet hierbij opmerken dat het effectieve bereik nog hoger ligt maar dat omwille van andere redenen, het gesprek niet succesvol afgerond wordt (persoon neemt niet op, persoon weigert samenwerking, verkeerde persoon, slechte verbinding, persoon werd al gebeld, communicatie problemen, persoon werd niet getest of negatief resultaat in het geval van index patiënten).

Het contactonderzoek doet echter meer dan volumes draaien (cfr. supra). Om de keten van besmettingen te doorbreken, is het immers belangrijk dat besmette patiënten zich isoleren, en dat de contacten van deze patiënten in quarantaine worden geplaatst. Hierbij is het belangrijk dat dit contactonderzoek (i) zoveel mogelijk besmette patiënten en contactpersonen bereikt, (ii) dat het contactonderzoek snel kan worden uitgevoerd en (iii) dat contacten zo waarheidsgetrouw mogelijk worden verzameld, om de keten van besmettingen zo volledig mogelijk in kaart te brengen.

Wat betreft de testing, slaagt ongeveer 90% van de laboratoria er in om het testresultaat binnen 36 uur te communiceren. 85% doet dit binnen de 24 uur. De volledige doorlooptijd van het moment dat een test wordt afgenomen bij een patiënt tot het moment waarop het call center de index patiënt bereikt, bedraagt minder dan twee dagen. Ook hier doet het contactonderzoek meer, nl een aanklappend beleid voeren waarbij hoogrisicocontacten en reizigers uit rode zone tussentijds tijdens hun quarantaine worden gecontacteerd met een herinnering aan de noodzaak voor de tweede test.

Als deze KPI worden wekelijks gerapporteerd aan het IMC.

- Heel wat experten zoals de heer Richard Horton (hoofdredacteur medisch tijdschrift *The Lancet*) zijn van mening dat er lokaal moet getraced worden. “Huisartsen, apothekers, plaatselijke gezondheidscentra: zij moeten de lokale besmettingshaarden aanwijzen. Als we op plaatselijk niveau slagen, hebben we geen lockdown meer nodig”, zei de heer Horton in de bijzondere commissie in november. Wat denkt u daarvan? Denkt u dat dit een piste is die meer bewandeld moet worden?

Lokale contactopsporing en het opsporen van besmettingshaarden (clusters) is in eerste instantie de bevoegdheid van de regio's. Alle regio's hebben initiatieven in deze zin genomen.

Vanuit een conceptuele invalshoek kan lokale contactopsporing zeker een meerwaarde hebben, aangezien lokale contactopspoorders dichter bij de eigen burger staan, en de specifieke context van de regio beter kennen. Een belangrijke randvoorwaarde voor lokale contactopsporing is

echter dat de verzamelde data op een consistente manier wordt verzameld en alle gegevens terugstromen binnen een gemeenschappelijk systeem. Daarnaast dienen een aantal basisregels i.v.m. GDPR en privacy ten alle tijden gerespecteerd te worden bij de gegevensuitwisseling tussen het centrale en lokale niveau.

Louter lokaal tracen, op plaatselijk niveau, zou waarschijnlijk niet afdoende geweest zijn om het hoofd te bieden aan de schaal van het virus en de vele besmettingen. Verder zal, gelet op de uitrol van de vaccinatiecampagne, moeten onderzocht worden of de contactopsporing in de toekomst anders georganiseerd dient te worden. Mijns inziens zal in de toekomst schaalbaarheid van het systeem steeds een belangrijke vereiste blijven, zelfs met de opstart van een vaccinatieprogramma, bijvoorbeeld om het hoofd te bieden aan nieuwe grote uitbraken (bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een nieuwe variant, ...).

Ik zoom even nader in op de Vlaamse situatie waar de lokale tracing toch behoorlijk is uitgebouwd. Op dit moment wordt de centrale Vlaamse contactopsporing reeds ondersteund door een 60-tal lokale besturen die het contactonderzoek ondersteunen op hun eigen grondgebied. Deze ondersteuning zorgt ervoor dat Vlaanderen beschikt over een schaalbaar systeem van lokale contactopsporing waarbinnen lokale en centrale contactonderzoekers samenwerken.

Op vlak van contactopsporing bieden lokale besturen in bepaalde contexten zeker een inhoudelijke meerwaarde i.k.v. het zorggesprek, aangezien ze de eigen burgers, specifieke probleemsituaties en de eigen wijken beter kennen. Puur op vlak van de klassieke performantie-indicatoren stellen we vast dat de lokale besturen niet meer contacten verzamelen dan de centrale contactopspoorders, en dat het Vlaamse contactcenter vaak sneller orders opneemt. Deze laatste vaststelling is deels te wijten aan de systeemopzet, waarbij lokale besturen momenteel niet met dezelfde centrale call center software werken.

In Vlaanderen wordt in ieder geval ingezet op een overkoepelende complementaire aanpak, waarbinnen de rol van lokale besturen breder gaat dan louter contactopsporing.

- Hoe evalueert u de beslissing om in zee te gaan met een consortium van commerciële callcenters en personeel van de ziekenfondsen, beheerd door het particuliere adviesbureau KPMG?

De outsourcing van de organisatie van de call centers in alle regio's was te verantwoorden omwille van de grote capaciteit aan medewerkers die nodig was in de call centers, met beschikbaarheid op zeer korte termijn. De kwaliteit van de call centers wordt voortdurend gemonitord door een veelheid van prestatie-indicatoren die opgesteld werden binnen het IFC.

De opdracht betreffende de contactopsporing in Vlaanderen, waar u naar verwijst, werd gegund na een procedure i.k.v. overheidsopdrachten. Sinds de start van de contactopsporing is het consortium een goede partner voor deze opdracht gebleken. Het consortium is door haar samenstelling multicompetent en zeer flexibel, welke belangrijke eigenschappen zijn voor het managen van een zeer onvoorspelbaar gegeven als een epidemie.

- De tweede golf in ons land was de ergste van heel Europa. Hoe verklaart u dit? Komt dat door de tekortkomingen in het testing- en

tracingbeleid? Of ziet u andere verklaringen?

Vóór de start van de tweede golf in het najaar werden reeds verschillende verbeteringen aangebracht aan de contactopsporing, wat tot een performant contactonderzoek geleid heeft tijdens de tweede golf. De oorzaak van de ernstige tweede golf bij de testing en tracing leggen lijkt me dan ook niet terecht.

Natuurlijk dient opgemerkt te worden dat

- *Contactonderzoek maar zo sterk is als de zwakste schakel: ook de burger dient de nodige burgerzin aan de dag te leggen, zowel wat betreft het volgen van de coronamaatregelen (contactbeperkingen, reisbeperkingen,...) als wat betreft de medewerking aan het contactonderzoek (het doorgeven van contacten, het verwittigen van contacten via de app,...)*
- *omwille van een capaciteitstekort bij de labo's beslist werd om enkel symptomatische patiënten te testen voor een beperkte periode.*
- *Omwille van dezelfde reden werd beslist om de hoogrisicocontacten tijdelijk één keer te testen, meer bepaald op dag 7 van hun quarantaine. Deze maatregel was van kracht tot 25 januari 2021. Sindsdien is men terug naar de initiële strategie waarbij hoogrisicocontacten zowel in het begin als na zeven dagen zich moeten laten testen.*

Nergens in Westerse wereld heeft contactopsporing kunnen vermijden dat strengere maatregelen nodig waren (tenzij een afgelegen eiland als Nieuw-Zeeland). Ook in Nederland heeft men op een bepaald moment de contactopsporing moeten loslaten, en zitten zij met slechtere cijfers dan België op dit moment. De impact van contactopsporing is moeilijk te meten in dergelijke gevallen, maar het is een feit dat wij nooit echt hebben moeten lossen.

Elk land heeft zijn eigenheid. Nederland heeft bijvoorbeeld zijn gezondheidszorg voor een stuk op het niveau van de gemeenten gebracht. Dus is het ook logisch dat op dat niveau ook de contactopsporing in handen werd genomen. Nederland heeft veel meer historiek inzake infectieziekten. Dus ook veel meer personeelsleden voor de corona-uitbraak. Wij hebben die niet. We hebben daar in de voorbije jaren / decennia ook niet zwaar in geïnvesteerd (ook omdat er geen zware uitbraken geweest zijn).

In Nederland is begin dit jaar ook een serieus datalek ontstaan. Het systeem werkt op een hele andere manier waardoor medewerkers toegang moeten hebben tot veel meer gegevens. Daaruit blijkt ook dat GDPR en privacy niet onderschat mag worden, zeker niet als je een contactopsporing moet organiseren op grote schaal.

- Denkt u dat de crisis een kantelpunt kan zijn in ons gezondheidszorgsysteem wat betreft preventie en infectiebestrijding?

De coronapandemie heeft inderdaad alles nog eens op scherp gesteld, waaronder ook het belang aan kwaliteitsvolle preventie. Daarnaast moet er bijkomende aandacht zijn voor investeringen in onderzoek en expertiseopbouw. De pandemie toonde ook aan dat investeringen in mentaal welzijn tevens bijzonder belangrijk zijn. Ook de governance van de aanpak en de adviserende en beslissende organen is een belangrijk aandachtspunt.

Brononderzoek

- Brononderzoek en clusteronderzoek staan nog in de kinderschoenen. Kan u daar ook een overzicht van geven en een evolutie? Hoeveel clusters kan men effectief bestrijden en hoe vaak kan men de bron opsporen?

Vanuit het IFC hebben we verschillende initiatieven genomen om bron-en clusteronderzoek te ondersteunen:

- *Whereabouts in de scripts van de call agents (specifieke vragen naar locaties)*
- *Linken van whereabouts aan contacten die door index cases worden doorgegeven in de scripts*
- *Mogelijkheid overheidsdiensten om zelf datamining en clusteranalyse te doen (bv. in kader van seizoensarbeid)*
- *Vragen in de scripts naar mogelijke bron van besmetting*

Om de lokale besmettingsclusters in kaart te brengen, zijn er tevens initiatieven opgezet op het regionale en het lokale niveau.

Aangaande het brononderzoek kunnen volgende cijfers gegeven worden (data Sciensano):

- *WAAR: Ongeveer 37% van de gecontacteerde COVID-19 gevallen geeft aan niet te weten waar men de infectie heeft opgelopen. De meest gerapporteerde plaatsen van vermoedelijke besmetting thuis (25%), op het werk (9%), tieneractiviteit (8,4%) of bij familie en vrienden (7,6%)*
- *WIE: In 46,5% van de gevallen kon men geen bron van infectie aanduiden. Indien er een waarschijnlijke bron van infectie gekend was, ging dit in de meeste gevallen om een contact met een besmet inwonend familielid (23,5%), een collectiviteit van samenwonenden (5,2%), een ander besmet familielid (5,1%) of een collega (5%).*

Op vlak van clusters stellen we vast dat het meest aantal clusters zich bevinden in scholen, bedrijven en woonzorgcentra (Belgische cijfers in die volgorde).

- Er is een interfederaal comité en elke regio heeft zijn eigen tracingsysteem. Waarom is er een extra structuur opgericht? Volstaan de huidige structuren dan niet? Werken de regio's op andere manieren? Welke verschillen zijn er? Geeft dit eventueel problemen voor de dataverwerking? Hoe doet u het om die cijfers samen te brengen?

Het klopt niet dat elke regio zijn eigen tracingsysteem heeft. Het IMC heeft beslist tot een gemeenschappelijke aanpak door middel van een gemeenschappelijk, centraal IT-platform.

Het klopt wel dat regio's zelf verschillende initiatieven hebben opgezet binnen hun bevoegdheden, onder meer aangaande bron- en clusteronderzoek en de tracing in collectiviteiten. De omkadering van regionale en lokale initiatieven maakt onderdeel uit van het samenwerkingsakkoord teneinde voldoende garanties in te bouwen (verhouding tot de centrale controletoren, bescherming van persoonsgegevens, en dergelijke meer).

Cijfers worden op structurele wijze gerapporteerd aan Sciensano via diverse bronnen: de systematische verplichte melding door instellingen (woonzorgcentra, andere residentiële zorginstellingen); de databank van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) voor de opsporing en opvolging van mogelijke clusters in bedrijven; gegevens van het contact center (call center) en gegevens van scholen.

Quarantaine en isolatie

- In ons land is er een probleem van het respecteren van de quarantaine en de isolatie. Hoe schat u dit probleem in? Wat zijn uw pistes om dat te verbeteren? Denkt u dat de garantie van inkomen belangrijk is?

Vanuit het IFC hebben we verschillende initiatieven genomen om mensen aan te sporen de quarantaine en isolatie te respecteren, onder meer:

- *De call agents benadrukken uitvoerig de regels tijdens de gesprekken (scripts)*
- *Er worden vanuit het centraal platform verschillende SMS'en gestuurd, zowel bij begin als tijdens de quarantaine, met duidelijke richtlijnen over testen en quarantaine, evenals doorverwijzing naar regionale initiatieven voor ondersteuning*
- *De quarantaine-certificaten bevatten verwijzingen naar mogelijke sanctionering bij niet-naleving (regionale wetgeving)*
- *Coronalert vermeldt duidelijke instructies*

Ook de regio's hebben ondersteunende initiatieven genomen om patiënten en hoogrisico-contacten te ondersteunen tijdens hun isolatie en quarantaine. Tevens namen zij regelgevende initiatieven om de isolatie en quarantaine te handhaven via de lokale besturen.

Er worden nog verdere stappen onderzocht om de handhaving te versterken.

Vanuit het commissariaat is er met Sciensano en een Gentse Hogeschool onderzoek opgestart over het respecteren van de quarantaine en het is dus wachten op resultaten. Het is uiteraard niet denkbeeldig dat de garantie van inkomen een rol speelt. Hoe dan ook treft de quarantainemaatregel de bevolking inhomogeen over de verschillende socio-economische groepen. Mensen in quarantaine kunnen aan het werk blijven maar alleen indien ze kunnen telewerken. Het zijn doorgaans de mensen die het laagste inkomen hebben die door de aard van hun werk niet kunnen telewerken en zij vallen bij een quarantaine terug op een technische werkloosheid en dus een verminderd inkomen. Het zijn ook zij die doorgaans het kleinst behuisd zijn en dus meer kans lopen dat ze zich niet kunnen afzonderen van een indexpersoon in het gezin, wat maakt dat hun quarantaine in wezen nog eens extra lang duurt. Het zou verwonderlijk zijn indien dergelijke dingen niet zouden meespelen in het zich conformeren aan de regels.

Testing

- Wat betreft het testen blijken we vandaag nog steeds maar de helft van de testcapaciteit te gebruiken. In de nota van 21 januari 2021 van de taskforce kunnen we lezen: “De leden van de TF Testing zijn zich ervan bewust dat de capaciteit van artsen en gezondheidsinspecteurs reeds onder druk staat. Er zijn onvoldoende gezondheidsinspecteurs en zij hebben reeds verschillende taken”. Hoeveel artsen inspecteurs zijn er in België vandaag? Hoe zijn die verdeeld over de verschillende provincies? Hoe verloopt uw contact met hen? Werkt u met hen samen? Zijn deze diensten versterkt?

De testcapaciteit hangt af van veel factoren, en is zeker niet terug te brengen tot louter het werk van de Gezondheidsinspecteurs. De gezondheidsinspecteurs staan onder het toezicht van de regio's en vallen niet onder de bevoegdheid van het IFC. Een overzicht van de actieve gezondheidsinspecteurs per regio dient opgevraagd te worden bij de regionale administraties, de exacte aantallen zijn me op dit moment niet bekend. Het contact met de gezondheidsinspecteurs verloopt zeer goed. Ze zijn vertegenwoordigd in verschillende werkgroepen van het IFC en leveren een actieve bijdrage aan de verbetering van het centraal platform. Zo bijvoorbeeld, zijn de gezondheidsinspecteurs nauw betrokken bij de redactie van de scripts van de call agents, bij de scorebepaling van de Self-assessment tool en dergelijke meer. Hun expertise is een belangrijke meerwaarde binnen het IFC.

Voor de volledigheid dient opgemerkt te worden dat ook het federale niveau over gezondheidsinspecteurs beschikt. De federale gezondheidsinspecteurs hebben geen bevoegdheid binnen de testcapaciteit, noch de contact-tracing. De FOD Volksgezondheid heeft hun diensten echter steeds ter ondersteuning aangeboden – het is dan ook niet ongebruikelijk dat zij mee aansluiten bij een overleg binnen een gemeentelijke of provinciale crisiscel bijvoorbeeld bij de uitbraak van een cluster – maar het zijn de deelstaat-inspecteurs die steeds bevoegd zijn.

Labo's

- De labo's verdienen 46 euro per PCR test: is dit niet veel of weinig? Hoe werd die prijs vastgelegd? Veel labo's leveren nog steeds niet binnen de 24u het resultaat. Zijn er al sancties gegeven?

De tarieven voor de PCR testen werden in maart/april 2020 vastgelegd tijdens overleg tussen mutualiteiten, laboratoria, ziekenhuiskoepels, het NRC en RIZIV. Het voorstel van 46,81 EUR werd gebaseerd op een kostenanalyse voor de PCR testen in verschillende settings (ambulante –en ziekenhuislabo, geautomatiseerd, semi-geautomatiseerd, ...) De reële kosten kunnen sterk verschillen afhankelijk van de setting van het labo, de gebruikte toestellen, reagentia, inzet personeel, transport, de geanalyseerde volumes, etc.

Het tarief omvat alle kosten verbonden met de test: staalafnamemateriaal, apparatuur, reactiva, investeringskosten, kwaliteitscontroles, personeelskosten, supervisie, beschermingsmateriaal, afvalverwerking, transportkosten, ...

Voor sterk geautomatiseerde laboratoria met efficiënte middeleninzet en verwerken van grote volumes zal het bedrag zeker kostendekkend zijn, in andere situaties zal er minder marge zijn voor de laboratoria. De tarieven zullen worden herbekeken op basis van een activity based kostenanalyse. Verstrekking 554934 – 554945 (KB 20) werd geïndexeerd naar 47,18 EUR.

Voor meer informatie is het RIZIV als verantwoordelijke organisatie hiervoor best geplaatst.

Op 20 juli 2020 is er vanuit het RIZIV een brief vertrokken naar alle labo's en ziekenhuizen om te vragen om elektronisch en binnen het uur de resultaten van hun analyses door te sturen naar Sciensano. Dat wordt gekoppeld aan de terugbetaling. In de brief aan de labo's wordt er niet enkel gevraagd om de snelheid op te drijven, maar ook om de kwaliteit van de data te verhogen (onder meer op vlak van de rijksregisternummers). Tot nu zijn er nog geen sancties gegeven. Dit is één van de KPI's die wekelijks wordt opgevolgd en gerapporteerd aan het IMC. Sinds de actie van 20 juli hebben we wel een merkelijke verbetering vastgesteld in de doorlooptijden.

- Ons federaal platform wordt slechts deels gebruikt. Verliezen we hier geen geld als overheid?

Het platform is gefaseerd actief geworden met verschillende startdata voor de verschillende labo's tussen 2/11/2020 en 23/11/2020. We stellen inderdaad vast dat slechts een beperkt aandeel van de capaciteit van het federaal platform benut wordt. De vergoeding per test binnen of buiten platform is gebaseerd op hetzelfde tarief, namelijk 46,81 EUR. De investeringskosten voor materiaal en de reagentia aangekocht door de overheid worden afgetrokken van het basistarief.

Als de volumes van testen die binnen het platform worden uitgevoerd beperkt blijft, zal het langer duren vooraleer de investeringskosten voor de aangekochte toestellen renderen. Verder wordt er ook een maandelijkse vergoeding voorzien voor de terbeschikkingstelling van personeel in het federaal platform om dagelijks 2.000 testen te kunnen uitvoeren. Momenteel wordt dit aantal testen niet behaald door de meeste labo's van het federaal platform.

Voor meer informatie is het RIZIV als verantwoordelijke organisatie hiervoor best geplaatst.

Open data

- Er is discussie over het feit dat men niet aan *open data* doet bij sciensano. Wat denkt u daarvan? Pleit u vanuit uw functie voor *open data*?

Er is sinds het begin van de epidemie open data beschikbaar gesteld (zie <https://epistat.wiv-isp.be/covid/>). Ook de gegevens aangaande vaccinatie zijn hier recent nog aan toegevoegd midden februari. Bijkomende data kan eenvoudigweg elektronisch aangevraagd worden bij Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/datarequest/index.aspx>). Wat betreft de data van de contactopsporing is toegang tot alle gepseudonimiseerde gegevens mogelijk voor externe onderzoeksinstellingen, zoals aangegeven wordt in het samenwerkingsakkoord³. Ze dienen hiervoor over een aparte machtiging te beschikken van het informatieveiligheidscomité (IVC) wegens de bescherming van persoonsgegevens.

³ Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, betreffende de gezamenlijke gegevensverwerking door Sciensano en de door de bevoegde gefedereerde entiteiten of door de bevoegde agentschappen aangeduide contactcentra, gezondheidsinspecties en mobiele teams in het kader van een contactonderzoek bij personen die (vermoedelijk) met het coronavirus COVID-19 besmet zijn op basis van een gegevensbank bij Sciensano

5.8. screeningcapaciteit en screeningbeleid, o.m. in het licht van beleid in andere Europese landen / 5.8. capacités de dépistage et
politique de dépistage, notamment au regard d'autres pays européens

- Hoe werkte de tracing in andere Europese landen? Kunnen we daar lessen uit leren?

Een eerste analyse over de tracing in andere landen is enkele maanden geleden gebeurd door de FOD Volksgezondheid, meer bepaald in hoofde van de heer Chris Decoster. Deze informatie, verrijkt met informatie vanuit andere partners, is ook gedeeld tijdens een webinar. Op dat ogenblik was de conclusie van zijn onderzoek dat de situatie in België zeker niet moet onderdoen qua resultaten en effectiviteit voor de meeste andere landen die onder dezelfde GDPR-regelgeving vallen.

Nergens in Westerse wereld heeft contactopsporing kunnen vermijden dat strengere maatregelen nodig waren (tenzij een afgelegen eiland als Nieuw-Zeeland). Met Nederland hebben we wel nauwere contacten proberen onderhouden. Daar heeft men op een bepaald moment de contactopsporing moeten loslaten, en zij zitten met slechtere cijfers dan België op dit moment. De impact van contactopsporing is moeilijk te meten in dergelijke gevallen, maar het is een feit dat wij in België sinds de creatie van het huidige systeem nooit volledig onze contactopsporing hebben moeten lossen.

Elk land heeft zijn eigenheid. Nederland heeft bijvoorbeeld zijn gezondheidszorg voor een stuk op het niveau van de gemeenten gebracht. Dus is het ook logisch dat op dat niveau ook de contactopsporing in handen werd genomen. Nederland heeft veel meer historiek inzake infectieziekten. Dus ook veel meer personeelsleden voor de corona-uitbraak. Wij hebben die niet. We hebben daar in de voorbije jaren / decennia ook niet zwaar in geïnvesteerd (ook omdat er geen zware uitbraken geweest zijn).

In Nederland is begin dit jaar ook een serieus datalek ontstaan. Het systeem werkt op een hele andere manier waardoor medewerkers toegang moeten hebben tot veel meer gegevens. Daaruit blijkt ook dat GDPR en privacy niet onderschat mag worden, zeker niet als je een contactopsporing moet organiseren op grote schaal.

Een uitgebreide analyse over de aanpak van de tracing in vergelijking tot de aanpak in andere landen is zekere een nuttige denkoefening om in de nabije toekomst aan te vatten. Dit om een analyse te maken van de verschillende systemen die gehanteerd werden en verbeterpunten te identificeren voor de toekomst.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.9. betrekkingen en samenwerking met buurlanden, Europese en internationale instellingen / 5.9. relations et coopérations avec les pays voisins, institutions européennes et internationales

5.9.0. Algemeen/ 5.9.0. Généralités

- Waarom duurde het zo lang voor de Coronalert-app ook werkte in het buitenland?

Sinds 6 januari 2021 werkt Coronalert samen met de officiële contactdetectie-apps van Duitsland, Nederland, Spanje, Ierland, Italië, Denemarken, Letland, Kroatië, Polen en Cyprus. Via een Europees knooppunt wisselt Coronalert informatie uit met apps uit andere landen over wie besmet is. In veel Europese landen is de architectuur (DP3T) achter de app namelijk dezelfde, wat toelaat ze aan elkaar te linken. Er is enkele maanden gewerkt aan de communicatie tussen de Europese apps en het systeem was klaar net voor de kerstvakantie. Het werd pas gelanceerd begin januari omdat bij veel Europese instellingen de focus eind vorig jaar op de Brexit lag.

- Hebben uw diensten contact gelegd met het buitenland om expertise uit te wisselen?

Bij de totstandkoming van de app, én de verschillende keuzes die gemaakt werden, heeft het IFC intens samengewerkt met experts ter zake, zoals professor Bart Preneel van de Katholieke Universiteit Leuven. Professor Preneel is als encryptiespecialist een wereldautoriteit op vlak van cybersecurity en privacyvriendelijkheid. De gekozen technologie, DP3T, werd door de meeste Europese lidstaten verkozen bij de ontwikkeling van een tracing-app. Binnen het IFC zelf werd geen formeel contact gelegd met het buitenland. Wel werden ontwikkelingen aangaande tracingapps in het buitenland nauw opgevolgd binnen het IFC. Zowel prof Preneel als prof Legay, onze beide app-experten in het IFC, volgen alle ontwikkelingen op de voet.

5.9.1. Europa / 5.9.1. Europe

- Hoe ervaart u de adviezen van het ECDC? Waarom ging ons land in tegen het advies van de ECDC om terugkerende reizigers maar 10 dagen in quarantaine te houden?

Dergelijke beslissingen worden genomen op basis van wetenschappelijke adviezen. In ons land worden dergelijke dossiers ook steeds voorgelegd aan de Risk Assessment Group en de Risk Management Group. De Interministeriële Conferentie is deze adviezen gevolgd. Waarom deze experts de adviezen van ECDC niet is gevolgd, kan ik u niet duiden.

- Volstonden de definities om een case te testen?

Zoals bij andere gevalsdefinities in epidemieën, wordt er zeker in het begin gestreefd naar een gevalsdefinitie die voldoende gevoelig en breed is, zodanig dat men zoveel mogelijk vermoedelijke gevallen detecteert. Dit om te vermijden dat er gevallen gemist worden, met als voornaamste risico dat deze personen anderen zouden kunnen besmetten en de epidemie verergeren.

5.10. efficiency van de nationale coördinatie / 5.10. efficience de la coordination au niveau national

- In hoeverre was er een draaiboek voor contact tracing op een dergelijke grote schaal als tijdens deze crisis? Klopt het dat er ook voor corona aan contact tracing werd gedaan, weliswaar op beperkte schaal? Zo ja, voor welke gevallen bijvoorbeeld? Hoe ging dat in zijn werk? Zal dat in de toekomst anders worden aangepakt?

Er bestond geen draaiboek voor contactopsporing op dergelijke grote schaal. Wel werd er voordien reeds op beperkte schaal aan contactopsporing gedaan bij sommige infectieziekten. Net zoals de meeste landen, kent ons land (deelstaten) immers een eigen wetgeving die artsen en directies van laboratoria verplicht om bepaalde infectieziekten te melden. In de groep van ziekten die onder de meldingsplicht vallen, vindt men onder meer respiratoire ziekten, seksueel overdraagbare infecties, sepsis, leverziekten, maagdarminfecties en neurologische infecties. In sommige gevallen wordt overgegaan tot contactopsporing. Het standaardvoorbeeld is een tuberculoseproblematiek waarbij contacten progressief worden doorgelicht. Zo werd in 2019 contacttracing gedaan bij 404 patiënten met tuberculosebesmetting in het Antwerpse.

- Brononderzoek en clusteronderzoek is belangrijk in het indijken van de verspreiding van het virus, een onderzoek waar contact tracing een belangrijk middel kan in zijn. Toch lijken we nog altijd niet goed te weten waar oorzaken van besmetting zich bevinden. Hoe komt dat volgens u?

Dankzij verschillende verbeteringen aan de systemen hebben we vandaag wel beter zicht op besmettingshaarden - en bronnen. Zo werden toevoegingen aan de scripts gedaan met vragen naar whereabouts en de mogelijke bron van besmetting. Ook worden field agents ingezet voor brononderzoek. De meest gerapporteerde plaatsen van vermoedelijke besmetting zijn thuis (25%), op het werk (9%), tieneractiviteit (8,4%) of bij familie en vrienden (7,6%). In 46,5% van de gevallen kon men geen bron van infectie aanduiden. Indien er een waarschijnlijke bron van infectie gekend was, ging dit in de meeste gevallen om een contact met een besmet inwonend familielid (23,5%), een collectiviteit van samenwonenden (5,2%), een ander besmet familielid (5,1%) of een collega (5%).

- Er wordt her en der geopperd dat de aanbesteding voor aanduiding van de call centra niet correct zou zijn verlopen, maar u spreekt dat tegen. Kan u hierover wat meer uitleg geven?

Mijn reactie over de aanbesteding van de call centra heeft zich beperkt tot het dossier van het Vlaamse call center. Voor de andere deelstaten heb ik geen informatie over het proces zelf en daar onthoud ik me dus van elk commentaar.

Voor het Vlaamse call center kan ik u volgende informatie geven. De overheidsopdracht voor de opdracht werd via een officiële aanbesteding toegekend door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Op 28 april werd dit uitgestuurd. Wegens de snelheid is er gekozen voor een onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking, bij zo'n procedure kunnen geen extra partijen toegevoegd worden eens de procedure is opgestart. Op 29 april contacteerde de heer Ignoul het kabinet. Deze dient een onafhankelijke positie in te

nemen en kan niet tussenkomen in de overheidsopdracht. De heer Ignoul heeft dit antwoord ook ontvangen.

Door de omvang en veelzijdigheid van de opdracht heeft het agentschap bij zijn eerste aanbesteding gekozen om drie consultancybureaus aan te schrijven. Nadat de procedure moest overgedaan worden, na negatief advies van de inspectie van financiën, volgde het agentschap het advies van de inspecteur van 22 april om ook “interimkantoren zoals Randstad en Accent” aan te schrijven. Naast de consultancybureaus werd ook 1 groot call centrum, IPG Contract Solutions, aangeschreven en het intermutualistisch college van de ziekenfondsen. Het agentschap kreeg wel meerdere aanbiedingen van dienstverleners die meenden in staat te zijn de opdracht uit te voeren. Bij de keuze van partijen om aan te schrijven voor de overheidsopdracht, ging het agentschap er van uit dat gezien de grootschaligheid en veelzijdigheid en wellicht langdurigheid van de opdracht, een zeer grote speler nodig was.

Dat uiteindelijk verschillende partijen zich hebben moeten verenigen in een consortium om de opdracht aan te kunnen, bewijst ook dat die aannahme juist was. Een belangrijke voorwaarde waaraan de opdrachtnemer moest voldoen, en ook zo omschreven staat in de aanbesteding, was immers de mogelijkheid hebben om zowel tijdens de opdracht als ook op heel korte termijn vele honderden call en field agents aan het werk te kunnen zetten (“De opstart en rekrutering van een field task force (16 supervisors en 289 field agents) en van personeel voor een call center (46 supervisors en 864 medewerkers) voor het Vlaams Gewest... om uiterlijk tegen 11 mei 2020 operationeel te zijn.”

- Wat heeft u te zeggen op de kritiek die er is op het feit dat call center agents soms met hun vingers zitten te draaien? We herinneren ons de berichten van in het begin van de zomer van 2020 die stelden dat die agents hele dagen naar Netflix zaten te kijken.

Bij aanvang van het contactonderzoek bleek de initieel vooropgestelde benodigde capaciteit (op basis van de genomen assumpties) inderdaad te hoog ingeschat door de vroegere consultant die op dit moment niet meer bij de contactopsporing is betrokken. De Netflix-getuigenissen dateren van de opstartfase, waar er inderdaad amper werk was voor de nieuw gestarte contactopspoorders. Dit kwam doordat de initiële capaciteitsinschatting werd gebaseerd op prognoses en assumpties die op federaal niveau werden opgemaakt tijdens de eerste golf, toen niemand het verloop van de epidemie kon voorspellen. De regio's konden zelf beslissen – en deden dat meestal ook – of ze het vooropgestelde aantal call agents al dan niet behielden. Voor Vlaanderen bijvoorbeeld werd bij aanvang van het contactonderzoek meteen besloten om een gecontroleerde daling in het aantal ingezette agenten na te streven gedurende de eerste maanden.

Er werd eveneens beslist om een zekere reservecapaciteit aan te houden om kort op de bal te kunnen spelen bij plotse stijgingen in de werklast. Hiertoe wordt het werkvolume van zowel de call agents als field agents actief gemonitord aan de hand van een capaciteitsmodel dat constant de afweging maakt tussen enerzijds het aanpassen van de capaciteit aan de actuele besmettingscijfers en anderzijds het aanhouden van voldoende reservecapaciteit om snelle stijgingen in werklast (bij nieuwe opstoten) het hoofd te kunnen bieden. Dit is geen gemakkelijke evenwichtsoefening, aangezien de snelheid waarmee de epidemie in piekperiodes om zich heen grijpt niet kan worden bijgehouden wanneer er te laat wordt opgeschaald.

Het aanhouden van reservecapaciteit houdt ook in dat de werklast in bepaalde periodes lager is dan dat men maximaal aan zou kunnen. Agenten krijgen in deze periodes bijkomende opleidingen, en er wordt geopteerd om alle agenten ‘in circulatie te houden’ en de werklast te spreiden over de pool aanwezige agenten. Deze reservecapaciteit is tijdens de piek van de tweede golf zeer nuttig

gebleken. In Vlaanderen bijvoorbeeld bleef het contactcenter in staat om het overgrote deel van de patiënten en hun hoogrisicocontacten binnen aanvaardbare termijnen te contacteren, dankzij de combinatie van enerzijds een zekere reservecapaciteit en snelle opschaling en anderzijds het tijdelijk terugvallen op het uitsturen van sms'en naar bepaalde contactengroepen.

- De Coronalert-app was pas in september klaar, volgens sommigen veel te laat. En hoewel de app op behoorlijk wat smart phones werd geïnstalleerd, lijkt het nut, het gebruik, vrij beperkt. Landen als Noorwegen en Italië hebben het gebruik van de app stopgezet, ook in Frankrijk sprak men van een flop. Hoe evalueert u dit in België?

Experten zijn het erover eens dat een epidemie maar onder controle kan gebracht worden met een combinatie van testen, contactopsporing en quarantaine. Manuele contactopsporing is zeker effectief maar ook onderhevig aan een aantal beperkingen: het vraagt veel tijd en middelen, het steunt op het geheugen van de besmette personen en het is niet geschikt om contacten op te sporen met onbekenden (bv. op het openbaar vervoer of op restaurant). Een app biedt dan weer belangrijke voordelen inzake snelheid en efficiëntie van contactopsporing (zeker bij de opsporing van onbekende contacten). Een dergelijke app moet gezien worden als een oplossing die complementair is aan manuele contactopsporing; beide oplossingen zijn nuttig én nodig.

Coronalert kan op zich goede resultaten voorleggen: sinds de lancering werd de app ongeveer 2,5 miljoen keer gedownload. Meer dan 320.000 resultaten werden verkregen via de app, waarvan ongeveer 36.000 positief. Meer dan 13.000 gebruikers verwittigden hun contacten via de app dat zij positief hebben getest. Ondertussen werd Coronalert ook ingeschakeld in het Europese netwerk van tracingapps waardoor ook gegevens worden uitgewisseld met tracingsapps in andere landen.

Een nieuwe communicatiecampagne wordt voorbereid om de app opnieuw onder de aandacht van de burger te brengen, zeker met het oog op de meerwaarde inzake het traceren van onbekende contacten, wanneer de komende maanden geleidelijk terug meer contacten en versoepelingen aan de orde zouden komen.

- Op welke manier werd de testing en tracing in de tweede golf anders/beter aangepakt?
Dankzij de introductie van een realtime systeem, en een aantal andere kleinere updates die eerder werden besproken (cfr. supra), beschikte België ten tijde van de tweede golf over een performanter systeem van contactopsporing dan tijdens de eerste golf. Dankzij deze verbeterde performantie konden tijdens de tweede golf zeer grote hoeveelheden besmette patiënten en hun contacten snel gecontacteerd en geïnformeerd worden, hetgeen met het systeem dat werd opgezet in de beginmaanden van contact tracing niet mogelijk zou zijn geweest.

Ondanks het feit dat de contactopsporing dankzij deze verbeteringen grotendeels stand hield (o.a. dankzij de reservecapaciteit, maar ook doordat tijdelijk werd gekozen om hoogrisicocontacten een sms te sturen in plaats van hen op te bellen), toonde deze golf ook aan dat het huidige systeem op zijn limieten kan botsen wanneer het aantal besmettingen pijlsnel de hoogte in gaat.

Enerzijds bleek het cruciaal om de capaciteit snel te kunnen opschalen bij nieuwe uitbraken die de ganse bevolking treffen. Om in de toekomst hieraan tegemoet te komen, werd o.m. een systeem van lokale contactopsporing uitgewerkt, waarbinnen lokale besturen worden ingeschakeld om het centrale contactonderzoek te ondersteunen. Anderzijds toonde de tweede golf dat

er nood was aan een flexibel systeem, dat toelaat om tijdens piekperiodes de prioriteiten van de contactonderzoekers snel te verschuiven en in te zetten daar waar de noden het hoogst zijn. Daartoe werd tijdens de tweede golf het bestaande systeem aangepast om flexibel bepaalde groepen van contacten via sms te informeren, om zo de beschikbare capaciteit van het contactcenter aan te wenden in functie van de meest prioritaire doelgroepen (nieuwe indexpatiënten en collectiviteiten.

Ik herhaal tevens nog even de verbetering die aangebracht waren aan het systeem voor de start van de tweede golf :

- *Vanaf 22 juli 2020 werd drie keer per dag een 'batch file' gestuurd voor de indexpatiënten. Daardoor konden de callcenters veel sneller aan hun werk beginnen. Vanaf 27 juli 2020 gebeurde hetzelfde voor de hoogrisicocontacten.*
- *Operationalisering van platform 2.0, een nieuwe versie van het centraal contact-tracingplatform dat in real-time doorstroming van gegevens mogelijk maakt (in plaats van drie maal per dag)(4 september 2020)*
- *Activering van het Passenger Locator Form (augustus)*
- *Operationalisering van de zogenaamde self-assessment tool om risicogedrag te beoordelen op reis (augustus)*
- *Mogelijk maken van inbound calls naar het call center (juli)*
- *Verschillende toevoegingen aan de scripts in het kader van een beter cluster- en brononderzoek (vragen naar whereabouts en bron van besmetting)(juli – augustus)*
- *Opvolging en contactopsporing in het kader van seizoensarbeid (augustus)*
- *Mogelijkheid tot registreren van 90 contacten door de call agents in plaats van 10*
- *Lancering van Coronalert op 30 september 2020*

- *Welke lessen zijn volgens u uit de aanpak van de COVID-crisis te leren?*

De coronacrisis ligt nog niet achter ons. We sturen nu stelselmatig onze aanpak bij waar nodig en brengen voortdurend verbeteringen aan. Later is het uiteraard nuttig om een grondige analyse te maken van de globale aanpak van de coronacrisis.

Als ik dus nu eerste overwegingen mee geef, dan wil ik ook benadrukken dat die grondige analyse kan leiden tot een gewijzigd of diepgaander gefundeerd standpunt.

Volgende onderwerpen vergen m.i. aandacht :

Er is nood aan een plan, een draaiboek dat wordt opgemaakt "in tempore non suspecto", op een moment dat er geen crisis is en dat er dus met andere woorden tijd is voor reflectie, afstemming en het creëren van draagvlak. In dat plan kan aandacht zijn voor

- *Welke preventieve maatregelen moeten er genomen worden om een sanitaire crisis (bv een pandemie tgv een virus) te voorkomen? (bv wetenschappelijke opvolging)*
- *Welke preventieve maatregelen moeten er genomen worden om bij een uitbraak van een sanitaire crisis snel maatregelen te kunnen nemen ? (bv stock aanleggen van beschermingsmateriaal)*
- *Wie is verantwoordelijk daarvoor ? (welke overheid, welke administratie)*
- *Welke middelen zijn daarvoor nodig en wie moet daarvoor zorgen ?*
- *Welke governance treedt in werking bij een dergelijke uitbraak ? werken we met een coördinerend commissariaat en wat zijn de opdrachten daarvan ? symbiose van wetenschappelijk advies, economisch advies, multisectorieel en interdisciplinair advies, zorgen voor strategische organen en operationele organen etc*
- *Draft voor een samenwerkingsprotocol en samenwerkingsakkoord indien dit nodig zou blijken*

- *Regeling voor data uitwisseling tussen overheden, tussen overheid (welke?) en stakeholders allerhande*
- *Bijzondere acties richting ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken, richting residentiële zorgvoorzieningen, richting zorgverstrekkers, ongeacht onder wiens bevoegdheid zij vallen*
-

Middelen investeren in de innovatieve ontwikkeling van geneesmiddelen die een antwoord kunnen bieden wanneer een dergelijke pandemie ons land bereikt.

Ook binnen de Europese Unie zou een dergelijk plan wenselijk zijn, zodat vooraf wordt bepaald rond welke issues de Europese landen samen proberen afspraken te maken en soortgelijke beslissingen te nemen. Een goed voorbeeld is de samenwerking rond de aankoop van de vaccins. Een minder goed voorbeeld is de aanpak van het internationaal reizen en de reactie bij uitbraken (soms van varianten) in bepaalde landen waar te veel ad hoc moet gereageerd worden door elk land ipv gecoördineerd. Voor een centraal gelegen land als België, dat bij uitstek een transit land is voor mensen en goederen, een belangrijk issue.

Een uitwisseling van de verschillende systemen en good practices op Europees niveau kan zeker ook een meerwaarde zijn bij de evaluatie van deze crisis, altijd rekening houdend met de enerzijds gelijk(aardige) en anderzijds verschillende sanitaire en economische situatie, regelgeving, institutionele situatie ... van elk land en deelstaat.

- Hoe evalueert u de samenwerking tussen het federale en het deelstatenniveau in deze crisis? Wat ging goed en wat moet beter?

Er werd vanuit het IFC correct en constructief samengewerkt met de federale diensten die betrokken waren bij de aanpak van de corona-crisis. Zo bijvoorbeeld, werd in overleg met het RIZIV gewerkt aan de verbetering van de performantie van de labo's. Met de FOD Volksgezondheid werd intens samengewerkt aan de uitwerking van de Passenger Locator Form en de operationalisering van de Self-Assessment Tool voor reizigers. Er is tevens een sterke data-uitwisseling tussen federale en deelstatelijke overheidsdiensten op verschillende vlakken.

In de beginperiode (eerste golf) was er duidelijk wel een zoektocht, ook en misschien vooral, tussen de politiek verantwoordelijken wie waarvoor verantwoordelijk was. Steeds met de bedoeling om de crisis aan te pakken natuurlijk, maar mogelijk had een duidelijke afspraak en consequente lijn ipv tussentijdse wijziging/doorschuiving gezorgd voor een meer efficiënte aanpak.

Een duidelijke governance tussen de talrijke taskforces, comités, groups, e.a. organen waar iedereen weet wie waarvoor verantwoordelijk is en waar een coördinerend orgaan met de voorzitters van deze organen de samenhang bewaakt.

Een stevige en eenduidige communicatie is een belangrijk ondersteunend instrument. Sommige elementen daarvan waren zeer goed (cfr persconferentie op zeer regelmatige basis vanuit NCCN, creatie centrale website info-coronavirus.be ten behoeve van de burger), de updating en linking naar één centrale (wisselende) plaats waar de informatie up to date wordt gehouden kan beter (cfr PLF wijzigingen – internationaal verkeer).

- Ivm de informaticasystemen: hoe evalueert u de betrokkenheid van de vzw Smals in alle systemen?

Op 15 april heeft de Nationale Veiligheidsraad de beslissing genomen om een systeem rond contacttracing op te zetten. Zoals in de dagen nadien ook in de media te lezen was, heeft minister De Backer, die toen de regie had over het dossier, stappen gezet en gesprekken gevoerd. Om een systeem van contacttracing op te zetten, is een integratie met het eHealth-platform in de feiten onontbeerlijk. Frank Robben is CEO van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid en van het eHealth-platform. Het is inderdaad waarschijnlijk dat de besprekingen met Frank Robben en SMALS zijn gebeurd – met zekerheid kan ik dit uiteraard niet bevestigen, want heb hierover geen informatie en de regio's werden toen nog niet betrokken. Op 20 april is dan tijdens het IMC het hand-over gesprek geweest, waarbij de deelstaten de verantwoordelijkheid kregen om een test- en tracingsysteem op te zetten. Een koppeling met het eHealth-platform is toen ook benadrukt en erkend. De samenwerking met de vzw SMALS is ook logisch in dit verhaal. Via de betrokken agentschappen (rond corona) zijn de deelstaten lid van SMALS, zij leveren IT-ondersteuning aan hun leden en kunnen ook aanbestedingen opzetten. Dat laatste is niet onbelangrijk : het IFC heeft immers geen rechtspersoonlijkheid, waardoor het geen aanbestedingen in de markt kan zetten. Daardoor is dan unaniem in het IFC beslist om gebruik te maken van het “instrument” Smals om dat wel te doen, maar tegelijk alle beslissingen rond de inhoud van het lastenboek, de samenstelling van de jury die ook het advies naar het IFC opmaakt, de beslissing rond de gunning etc duidelijk te leggen bij het IFC zelf. Smals kan dan ook maar toewijzen na en op basis van een beslissing van het IFC.

- Professor André was verbaasd over de opdracht aan Smals om een nieuw systeem te ontwikkelen, terwijl de KUL over een softwaresysteem beschikte, dat niet goedgekeurd werd.

Zoals ik eerder al zei, werden deze gesprekken gevoerd op een moment dat minister Debacker de regie had over dit dossier. Prof Emmanuel André was de eerste voorzitter van het IFC en was dus zeker wel betrokken op dat moment en van bij het begin bij de keuzes en beslissingen die gemaakt hebben. Ik heb zelf geen dossier van het software systeem van de KUL waar prof André bij betrokken was en kan dus op geen enkele manier oordelen over de validiteit van dit KUL-systeem noch over de min- of meerwaarde ervan versus het systeem dat werd ontwikkeld op dat moment.

- Hoe kijkt u naar de kinderziektes in de softwaresystemen (vb. niet de mogelijkheid om meer dan 10 contacten door te geven, terwijl de maatregelen het toelieten om elke week 15 nieuwe mensen te zien) en de tijdspanne tussen het ontdekken van de fouten en de oplossing?

Het ICT-systeem is gebouwd op 2,5 week tijd. Daardoor waren er inderdaad kinderziektes. Het is onmogelijk om op zo'n korte tijd een ideaal ICT-systeem te bouwen. Van in het begin was het duidelijk dat het systeem moest worden geredieerd. Dat vergde een nieuwe architectuur, zowel voor de labo's, als voor de huisartsen, Sciensano en de callcenters. Dat was vrij omvangrijk en ingrijpend, maar voor de start van de tweede golf was het verbeterd platform in werking (versie 2.0). Bovendien werden reeds voor de inwerkingtreding van versie 2.0 heel wat verbeteringen aangebracht. Zo kon men dankzij een tussentijdse release op 9 juli 2020 90 contacten registreren.

- Hoe kijkt u naar de kritiek van professor Niel op het ontbreken van essentiële epidemiologische data om voorstellingen te kunnen doen?

De stelling die in de Pano-rapportage naar voren werd geschoven, namelijk dat indexpatiënten niet gekoppeld kunnen worden aan contacten klopt niet. De ganse opzet van contactonderzoek is immers om indexpatiënten en contacten aan elkaar te linken. Het gesprek dat wordt gevoerd met indexpatiënten heeft net als doel de contacten van een indexpatiënt te inventariseren, en ook in de data worden indexpatiënt en de doorgegeven contacten gelinkt aan elkaar.

De data die worden verzameld i.k.v. contactonderzoek worden eveneens ter beschikking gesteld aan onderzoekers van diverse onderzoeksinstituten. Soms duurt het enige tijd voordat vragen om data kunnen worden ingewilligd, aangezien het soms om gevoelige data gaat die dient te worden geanonimiseerd of gepseudonimiseerd.

Na de Pano-rapportage ben ik daarom opnieuw in dialoog gegaan met betrokken onderzoekers, zodat er zo min mogelijk verwarring bestaat over de concrete vragen vanuit de onderzoekers en de mogelijkheden en kwaliteit van de beschikbare data. Tijdens de Vlaamse stuurgroep van 19/02 werd dit onderwerp ook verder besproken met prof. Hens (die ook lid is van de Vlaamse stuurgroep contactopsporing), waarbij de professor aangaf dat zijn getuigenissen eenzijdig in beeld werden gebracht en als een kapstok gebruikt doorheen de rapportage, waardoor het genuanceerd beeld/verhaal dat hij bracht in het totale interview verloren ging. Een aantal zaken (nuanceringen) waarvan gevraagd werd deze expliciet wel aan bod te laten komen werden niet meegenomen in de rapportage. In samenspraak met alle actoren, waaronder vooral ook Sciensano, zullen we nu verder bekijken hoe de methodologie van prof Hens en de rijke databestanden van Sciensano kunnen samengebracht worden.

- Hoeveel % van de hoogrisico-contacten die jullie opsporen, laten ook effectief een test afnemen?

Uit de meest recente cijfers blijkt dat 89% van de hoogrisico-contacten een test laat afnemen. 55% van de hoogrisico-contacten laat zich twee maal testen.

- Is er gegevensuitwisseling tussen de app en jullie tracingdienst, om te voorkomen dat mensen dubbel gecontacteerd worden?

Neen, de werking van de app is volledig anoniem. Als gebruikers van Coronalert een melding krijgen dat zij een hoogrisico-contact hebben gehad, wordt gevraagd contact op te nemen met het call center. Dat call center zal de gebruiker dan testcodes bezorgen, evenals een quarantaine-certificaat (hiertoe werd een specifiek script opgesteld).

- Wat zijn volgens u de meest prioritaire werkpunten in het track- en trace-systeem?

Als IFC Testing & Tracing blijven we werken aan de doeltreffendheid, snelheid, efficiëntie en kwaliteit van het contactopsporing systeem. De vele verwezenlijkingen sinds de opstart onderschrijven dit ook (bv. inbound calls, Coronalert, 2.0 systeem, brononderzoek, PLF en Self Assessment Questionnaire, Sms'en, scriptwijzigingen).

Wij blijven luisteren naar verbetervoorstellen en blijven ook werken aan het versterken van het systeem. Naast het doorvoeren van de beslissingen van het Overlegcomité werken wij momenteel onder meer aan de volgende werven:

- *Verder versterken van bron- en clusteronderzoek*
- *Ondersteunen van de vaccinatiestrategie*
- *Onderstrepen van het belang om te testen*
- *Mogelijk maken van contactopsporing op het veld (bv. in testcentra in het geval van snel testen)*
- *Promoten van Coronalert (bv. het gebruik, het waarschuwen van contacten, Coronalert als communicatiemiddel)*

Waarom werken we niet met retroactieve tracing? (dus ook contacten van contacten opsporen)

We volgen hier de officiële adviezen/richtlijnen van de wetenschappelijke expertengroepen zoals RAG en RMG en de beslissingen van het Overlegcomité.

De doorlooptijd tussen de detectie van positieve gevallen en de opstart van de contact tracing van de index patiënt en zijn hoogrisico contacten is zeer kort. Alle hoogrisico contacten gaan hierdoor snel in quarantaine en worden tweemaal getest: zo snel mogelijk (dag 1) en op dag 7 na het laatste hoogrisico contact. Door mensen tijdens hun quarantaineperiode te testen, is het mogelijk om coronavirusinfecties eerder op te sporen en gaat men tevens eerder in isolatie, waardoor er de kans dat contacten van contacten besmet worden verkleind wordt.

- Hoeveel % van de opgelegde quarantaines wordt ook effectief uitgevoerd?

De opvolging en eventuele sanctionering van de niet-naleving van de quarantaine valt niet onder de bevoegdheid van het IFC. De deelstaten hebben daar zelf de nodige regelgevende initiatieven genomen om deze handhaving te organiseren, meestal in samenwerking met de lokale besturen. Er is geen informatie beschikbaar over de effectieve uitvoering van de quarantaine.

Vanuit het IFC hebben we wel verschillende initiatieven genomen om mensen aan te sporen de quarantaine en isolatie te respecteren, onder meer:

- *De call agents benadrukken uitvoerig de regels tijdens de gesprekken (scripts)*
- *Er werden vanuit het centraal platform verschillende SMS'en gestuurd met duidelijke richtlijnen over testen en quarantaine, evenals doorverwijzing naar regionale initiatieven voor ondersteuning*
- *De quarantaine-certificaten bevatten verwijzingen naar mogelijke sanctionering bij niet-naleving (regionale wetgeving)*
- *Coronalert vermeldt duidelijke instructies*

- De coronalert-app krijgt wel wat kritiek. Hoe antwoordt u daarop? (vb. despecialist.eu op 25 oktober, het relatief lage aantal downloads en mensen die zich laten testen na een hoogrisicocontact, kritiek van huisartsen die testen niet kunnen linken aan het labo...)

Coronalert kan volgende resultaten voorleggen: sinds de lancering werd de app ongeveer 2,5 miljoen keer gedownload. Meer dan 475.000 resultaten werden verkregen via de app, waarvan ongeveer 46.000 positief. Ongeveer 16.700 gebruikers verwittigden hun contacten (912.000 keys) via de app dat zij positief hebben getest. Tijdens de laatste week werden 28.700 testresultaten afgeleverd in de app waarvan 2.370 positief. Ca 700 index cases hebben 2600 keys opgeladen.

Vanuit het IFC werden verschillende initiatieven genomen om het gebruik en de doeltreffendheid van de app te vergroten:

- *Van bij de conceptie werden enkele belangrijke keuzes gemaakt aangaande privacy-vriendelijkheid, transparantie, gebruiksvriendelijkheid en dergelijke meer.*
- *Uitgebreide promotie werd gevoerd via verschillende kanalen (door middel van intermediaire groepen, print media, advertising, sociale media,...)*
- *Contact met gebruikers werd georganiseerd via verschillende kanalen (mail, facebook, instagram, twitter) voor troubleshooting en vragen*
- *Er werden voortdurend verbeteringen aangebracht aan de app – enkele voorbeelden:*
 - *Vergemakkelijken van procedure 17 cijferige code (webform, SMS) om app met het testresultaat te linken*
 - *Internationale samenwerking voor reizigers en grensarbeiders*
 - *Verwijderen van bugs*

- Op twitter zien we op bv 14/02/20 nog steeds personen opduiken die een alarm krijgen via de corona-alert app dat ze contact hadden met een positief geval maar na drie weken nog niet gecontacteerd werden. Hoeveel tijd verloopt er tussen contact met de patiënt, een positieve test en het contacteren van al zijn contacten opdat deze in quarantaine kunnen geplaatst worden (in afwachting van een test)?

De doorlooptijd tussen het moment dat een patiënt een test aflegt en het moment waarop hij gebeld wordt door het call center bedraagt minder dan 48 uur. 85% van de index personen wordt succesvol bereikt binnen de 24 uur (88% binnen de 48 uur). 88% van de hoogrisicocontacten word succesvol bereikt binnen de 24 uur (90% binnen de 48 uur).

Wanneer mensen via een “rood scherm” van de app gealerteerd worden dat ze een hoogrisicocontact hadden met een besmette persoon, dienen ze zelf telefonisch contact op te nemen met het call center. Door de privacy regels kennen wij immers de hoogrisicocontacten niet zelf en vaak kent ook de besmette persoon niet al zijn hoogrisicocontacten. Dat is net de meerwaarde van de app : dat ook onbekende contacten kunnen verwittigd worden. Net daarom dienen zij dan contact te nemen via een inbound call (wat ook goed staat uitgelegd in de app en op de website), waarna ze ook de activatiecode voor hun test en het quarantaine attest zullen ontvangen.

- Eind december vroeg u om de afname van een test niet vrijblijvend maar verplicht te maken. Wat was de aanleiding van uw oproep, werd er hier inmiddels gehoor aangegeven, en is het duidelijk wie hiervoor bevoegd is? Hebben de betrokken entiteiten uw oproep besproken en zo ja wie of welke organen maakten de beslissing om dit tot nog toe niet te doen?

De aanleiding voor deze oproep is te vinden in meerdere factoren. Het was en is heel erg duidelijk dat testing een cruciaal element is in de strijd tegen Covid 19. Een test laat toe om de besmetting vast te stellen, een vaststelling laat toe om aan de besmette persoon de nodige informatie te geven, zijn contacten op te sporen en te verzoeken om in isolatie te gaan zodat er geen verdere verspreiding meer mogelijk is. Dat blijkt ook duidelijk uit de cijfers : als er meer getest wordt, zijn er meer vaststellingen. Daarom ook is de testing een onlosmakelijk deel van en eerste stap in de contacttracing. Daarom ook heb ik binnen het IFC vanaf juli zwaar mee ingezet op het aanpakken van deze eerste stappen in de tracing om ook daar de doorlooptijden te verkorten.

Natuurlijk staat en valt alles met de stap die de burger zet om die test te laten afnemen. Dit moeten we zo makkelijk mogelijk maken en daartoe werden vele initiatieven genomen door het IFC. Ik vermeld de drie belangrijkste :

- *Om de huisartsen te ontlasten, worden enkel de symptomatische patiënten naar hen doorverwezen. Voor de asymptomatische personen, zowel hoogrisicopatiënten als terugkerende reizigers, werd het systeem ontwikkeld met activatiecodes die vooral via sms aan hen worden bezorgd.*
- *Om wachtrijen aan de test- en triagecentra te voorkomen, de administratieve last en dus langere doorlooptijd in deze centra te verminderen, en de burger die zich wil/moet laten testen zo optimaal mogelijk te ondersteunen in zijn eigen tijdsbesteding en privacy, ontwikkelden we een reservatietool.*
- *Om ook in collectiviteiten zo efficiënt mogelijk te werken, en bv in scholen en bedrijven snel aan clusteronderzoek te kunnen doen, werd de voorschrijftool ontwikkeld. Die laat toe dat ook bedrijfsartsen en schoolartsen (CLB/PSE) testen voorschrijven via het*

centrale opsporingssysteem en de resultaten van de geteste personen in die setting kunnen consulteren

Toch stelden we op dat moment vast dat te vaak mensen die zich dienden te laten testen, dit verzuimden, om diverse redenen van persoonlijke aard. Totaal niet, niet de vereiste twee keer, niet op de voorgeschreven momenten in de quarantaine.

Inmiddels zijn er wel aanpassingen gebeurd aan de basisregelgeving in de deelstaten. Testen en dus testresultaten zijn medische gegevens en dit vergt dus ook weer de nodige aandacht voor GDPR en privacy wanneer deze data gebruikt zouden worden voor het nagaan of aan de testverplichting ook effectief gevolg wordt gegeven.

Uit de meest recente cijfers blijkt dat 89% van de hoogrisicocontacten en 77% van de terugkerende reizigers rode zone minstens één test laat afnemen. (cijfers van 25 januari tot 21 februari).

- Hoe bent u aan de opdracht van voorzitter van het IFC Testing & Tracing begonnen; in welke omstandigheden en met welke bezoldiging? Hebt u een team ter beschikking?

Na het ontslag van prof André als voorzitter, is het IMC, aan wie het IFC rechtstreeks rapporteert, op zoek gegaan naar een nieuwe voorzitter. Toen de vraag mij werd gesteld, was voor mij belangrijk te weten welk profiel men zocht. Want ik ben geen arts, geen wetenschapper. Het antwoord gaf aan dat men vooral een manager zocht, iemand die de processen wou managen, overleg tussen alle betrokken actoren federaal en deelstatelijk wou organiseren en faciliteren, streven naar consensus over de way to go, inzetten op een optimalisering van het testing en tracing systeem en dit in een permanente dialoog met de ministers en alle betrokken entiteiten. Ik kreeg daarbij de vrijheid om de werking van het IFC te reorganiseren, wat ik ook heb gedaan.

Ik krijg hiervoor geen enkele vergoeding, van welke aard dan ook.

Reeds van bij de oprichting van het IFC is een consultancy bureau aangetrokken die zorgt voor enige ondersteuning. Na een eerdere

wissel is dat nu Ernst en Young (EY). Zij faciliteren en organiseren de vergaderingen van het IFC en zijn werkgroepen, volgen de KPI's op en rapporteren hierover, en ondersteunen bij ad hoc vragen.

Verder is er geen team voor mij ter beschikking. Het IFC werkt op basis van de inbreng van de collega's vanuit de diverse geledingen van het IFC zoals Sciensano, Smals, het coronacommissariaat, de kabinetten van de deelstaten, de app-experten, aangevuld met de ad hoc inbreng vanuit FOD Volksgezondheid/Saniport en RIZIV.

- Kan u vertellen over de sfeer die er heerste op het moment van overdracht van het voorzitterschap? U nam de plaats in van de heer Emmanuel André die ontslag nam.

Algemeen gebeurde dit op een respectvolle en serene manier. Op 5 juni heeft Professor Emanuel André ontslag genomen als voorzitter van het IFC Testing & Tracing. Van wat ik heb begrepen is dit correct verlopen, met begrip voor diens beslissing. Ook bij mijn aantreden op 11 juni heerste er een respectvolle en constructieve sfeer.

- Waarom bleven/blijven de regio's zo braaf aan het handje van de federale ministers lopen, terwijl het snel duidelijk was dat alles op federaal niveau in de soep draaide? Hebben de deelstaten niet voldoende hefboomen om het heft zelf stevig in handen te nemen? Wat moet daar volgens u veranderen?

Van zodra duidelijk was dat de regio's verantwoordelijk werden gehouden voor de organisatie van de contactopsporing werd volgende stappen gezet:

- *Op 23 april 2020 nam het IMC de beslissing om een systeem van contactopsporing te organiseren en te operationaliseren door middel van een gemeenschappelijke aanpak en een gemeenschappelijk IT-platform.*
- *Op 29 april 2020 nam de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de beslissing tot oprichting van een Interfederaal Comité Testing & Tracing, met als doelstelling de coördinatie van de contactopsporing tussen de verschillende regio's te verzekeren.*
- *Reeds op 7 mei 2020, amper twee weken na de beslissing tot een gemeenschappelijke aanpak van de contactopsporing, waren het platform en de call centers operationeel.*

In het IFC zijn het de regio's die de beslissingen nemen en sturend optreden in een interfederaal afsprakenkader.

Op bepaalde domeinen namen of nemen de regio's ook zelf initiatief heb ik vastgesteld. Ik denk hierbij aan de aankoop van beschermingsmateriaal, de aankoop van antigeentesten, de organisatie van de test- en triagecentra. Ook qua regelgevend werk namen ze hun verantwoordelijkheid. Ik meen dus wel dat gaandeweg de beschikbare hefboomen zijn geactiveerd en gebruikt. Transparante en consistente afspraken van in het begin hadden dit misschien bespoedigd.

- In juni 2020 werd u gevraagd om de ontslagnemende voorzitter van het interfederaal comité testing&tracing, Emanuel André, te vervangen. Hebt u daar lang moeten over nadenken? Wat was de doorslaggevende reden?

Zoals ik voorheen reeds heb geschreven, was het profiel dat men zocht als voorzitter voor mij een belangrijke voorwaarde. Toen ik vernam dat men een manager zocht (waarbij men ondermeer verwees naar mijn eretitel als Overheidsmanager van het Jaar, die ik ontving op 27 januari 2020) was een belangrijke randvoorwaarde voor mij vervuld. Ook het feit dat ik ook voordien, na dertig jaar actief te zijn in de sectoren van volksgezondheid en welzijn, al een vrij groot netwerk had en goede contacten met vele betrokken federale collega's, speelde een rol. Tot slot was ik natuurlijk al ondergedompeld in de problematiek vermits ik op 8 april was aangesteld als voorzitter van de Vlaamse Taskforce Covid-19

Zorgvoorzieningen, om de problematiek die zich daar stelde tijdens de eerste golf ook te gaan managen.

- U blijft intussen de leiding waarnemen van het Departement WVG en de rol als voorzitter van de taskforce COVID-19 Zorg. Blijft dit alles te combineren?

Het zal duidelijk zijn dat de combinatie van [één bezoldigde en twee onbezoldigde mandaten en dus van] drie opdrachten, die zich bovendien op verschillende niveaus afspelen, geen evidentie is. Bij elke stap was ik me bewust van de investering in tijd en energie die dit van mij en mijn omgeving zou vergen. Een goed timemanagement is daarbij een belangrijk ondersteunend instrument.

In het departement kan ik terugvallen op mijn acht afdelingshoofden die onmiddellijk ook bereid waren een tijdje bij te steken en met wie ik goede afspraken kon maken rond een iets ruimere delegatie en tegelijk nauwe contacten onderhield/-houd maar dan soms, en zeker in de beginperiode, op iets minder gewone uren van de dag dan voorheen.

Ook al is het een quasi permanente inzet, het geeft ook voldoening om mee te werken en een radertje te kunnen zijn in de grote machine die hier een belangrijke opdracht heeft.

De drie mandaten zijn trouwens ook niet tegenstrijdig, wel integendeel, ze verrijken elkaar en laten toe kruisverbanden te leggen, ervaringen en kennis mee te nemen. Door betrokken te zijn in verschillende fora behoud ik niet alleen het helikopterzicht maar ook de voeling met het terrein. Dit laatste is belangrijk in de context van de COVID pandemie, waar alles snel evolueert en waar de juiste prioriteiten gelegd moeten worden.

- Ook met de opsporing van besmette personen en hun contacten loopt het niet gesmeerd. Kunt u ons vertellen hoe de aanbesteding voor de app juist verliep?

Ik betreur het uitgangspunt dat het met de opsporing van besmette personen en hun contacten niet gesmeerd loopt. De cijfers spreken dat tegen. Deze framing doet oneer aan aan het harde werk van velen en aan de effectiviteit van het geleverde werk.

Sinds juni (in mei werden KPIs manueel berekend) hebben de call centers gemiddeld 85% van de besmette personen bereikt. Dit cijfer kent ook een positieve evolutie, niet alleen in bereik maar ook in snelheid dat contacten bereikt werden. Het bereikte aantal hoog risico contacten kent ook een hoog %, 90% sinds begin juni. Alhoewel het bereik relatief stabiel is gebleven, is de snelheid waarmee deze bereikt werd toegenomen. Sinds de opstart van het tracing gebeuren zijn ook tal van verbeteringen doorgevoerd die tracing efficiënter, doelgerichter en kwalitatiever gemaakt hebben (bv. inbound calls mogelijk maken, quasi real-time synchronisatie tussen Healthdata en de call centers, toelaten om meer dan 10 contacten door te geven, lancering van de PLF & SAT, cluster analyse, ...ik verwijs naar mijn eerdere antwoorden).

Voorafgaand aan de aanbesteding is er belangrijk voorbereidend werk gebeurd met betrekking tot de mogelijke beschikbare technologieën en de implicaties hiervan in contact tracing. Dit heeft geleid tot de keuze voor DP-3T. De voordelen hiervan zijn niet alleen beperkt tot anonimiteit. Het open karakter van het protocol laat toe om de kost van ontwikkeling te beperken zonder aan doeltreffendheid in te boeten. Ook voor de gebruikers heeft de keuze verschillende voordelen. Zo laat het protocol een snellere notificatie toe, beperkt deze noodzakelijke handelingen en is deze veiliger.

Wanneer de wens voor een gedeelde app in juni vorm nam heeft dit voorbereidend werk het mogelijk gemaakt om sneller te ageren. Concreet werd vanwege het dringende karakter gekozen voor een onderhandse procedure zonder publicatie. Dit zou het mogelijk makkelijk om op relatief korte termijn verschillende offertes te ontvangen zonder dat het hiermee gepaarde evaluatiewerk voor vertragingen zou zorgen. Belangrijkste raadgevers inhoudelijk en technisch, zowel voor het opmaken van het lastenboek en de beoordeling van de offertes, als voor de begeleiding bij de ontwikkeling en nadien, waren en zijn prof Bart Preneel en prof. Axel Legay. Het IFC heeft zelf geen rechtspersoonlijkheid en kan dus geen overheidsopdrachten in de markt zetten. Het IFC besliste daarom aan Smals te vragen dit te doen vanwege zijn ervaring

inzake ICT-gerelateerde overheidsopdrachten. Tegelijk en om belangenvermenging te vermijden werd ook beslist dat Smals niet betrokken zou worden noch in de ontwikkeling noch bij de audit van de app.

De opdracht werd in drie loten opgesplitst; Ontwikkeling, veiligheidsaudit en usability testing. Vanwege onafhankelijkheid mocht eenzelfde partij indienen op loten 1 en 3 maar moest lot 2 apart worden toegekend. Het technische luik werd opgemaakt door de onafhankelijke experts en de regio's, het administratieve/juridische luik zou worden opgenomen door de experts van Smals. Het IFC heeft het bestek finaal goedgekeurd.

Een aantal bedrijven van wie mocht aangenomen worden (grootte, ervaring, competentie, capaciteit) dat ze een dergelijke opdracht tot een goed einde zouden kunnen brengen, aangevuld met bedrijven die zichzelf kenbaar gemaakt hebben, werd aangeschreven. Deze ontvingen op 6 juli het bestek, waarna zij één week de tijd kregen om een offerte in te dienen. De jury (samengesteld uit de onafhankelijke experts, de regio's en Smals) nam vervolgens één week de tijd om de offertes te beoordelen waarna het IFC als "college" besliste en deze beslissing ter bekrachtiging voorlegde aan het IMC.

Uiteindelijk werden vier offertes ontvangen, 2 voor lot 1 en 3, en 2 voor lot 2. Lot 1 (ontwikkeling) werd aan Devside toegekend. Lot 2 (veiligheidsaudit) werd toegekend aan Nvisio. Lot 3 werd op dat moment niet toegewezen en zou later worden hernomen.

- Hoe kan u verklaren dat u een partij gunt die nog niet lang bestaat en met bedenkelijke reputatie, valse referenties op website, zonder bewezen successen?

De openbare aanbesteding is correct verlopen. De regels werden gerespecteerd en de attributie is gebeurd volgens objectieve criteria door een objectieve jury.

De keuze voor het DP-3T protocol en het open source karakter van de Duitse app vergemakkelijkt ook de ontwikkeling van app. Coronalert kon in belangrijke mate gebruik maken van de publiek beschikbare broncode van de Duitse app.

- Wat is toegevoegde waarde van Devside, want alles wordt uitgevoerd door Ixor? Hoeveel % is dan betaald aan Devside en hoeveel aan Ixor van het gegund bedrag?

De openbare aanbesteding is correct verlopen. De regels werden gerespecteerd en de attributie is gebeurd volgens objectieve criteria door een objectieve jury. Of gewerkt wordt met onderaanneming speelt geen rol zolang kwaliteit gegarandeerd wordt. Hier werd ook over gewaakt tijdens de aanbesteding (zie gunningscriteria), Devside voldeed hier ook aan deze vereisten.

- Aanbesteding was enkel in Frans geschreven en toevallig wint Franstalig bedrijf. Waarom is de aanbesteding niet zoals verplicht in beide landstalen geschreven?

Smals is niet onderhevig aan de taalwetgeving in bestuurszaken en dient lastenboeken dus niet in 2 talen op te stellen. Tijdsgebrek heeft hier ook een rol gespeeld. De indieners hadden wel de mogelijkheid om in het Nederlands, Engels of Frans in te dienen. Bovendien kan ervan uitgegaan worden dat verschillende aangeschreven bedrijven zowel over Nederlandstalige als Franstalige capaciteit beschikken.

- Welke gunningscriteria zijn gehanteerd? Waarom andere niet gegund, zoals SAP die de oorspronkelijke app in Duitsland zelfs gemaakt hadden. Dan hadden we kinderziektes vermeden.

De gunningscriteria waren de volgende:

Voor lot 1: Administratieve en commerciële voorwaarden (10%), prijs (40%), kwaliteit van het projectplan (40%), planning en garantie van dienstverlening en continuïteit (10%)

Voor lot 2: Administratieve en commerciële voorwaarden (10%), prijs (35%), planning en rapportering (10%), audit methodologie en controles (25%) en ervaring en project team (20%)

Voor lot 3: Administratieve en commerciële voorwaarden (10%), prijs (35%), kwaliteit van plan van aanpak en planning (55%)

SAP werd niet geselecteerd onder meer omdat deze aan een veel hogere prijs heeft ingediend en minder flexibiliteit in het aanpassen aan de Belgische gegevens- en gezondheidsstandaarden mogelijk maakte. Bovendien heeft de keuze voor het DP-3T protocol en het open source karakter van de Duitse app de ontwikkeling van app in belangrijke mate vergemakkelijkt.

- Hoe kan u onpartijdige beslissingen nemen terwijl u ook in de RvB van Smals zit? Waarvan de CEO door verschillende partijen mbt de app en contact tracing hebben aangegeven afgedreigd te zijn geweest. Hoe kan deze CEO zowel adviseur als uitvoerder zijn?

Meerdere entiteiten van de Vlaamse overheid werken samen met Smals, waardoor een mandaat als bestuurder werd toegewezen aan de Vlaamse overheid. Vermits het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de grootste klant is, oordeelden de collega's dat ik dit mandaat best zou invullen. Ik doe dit onbezoldigd en vanuit klantperspectief.

Ook mijn mandaat als voorzitter van het IFC is onbezoldigd. Ik kan dus onmogelijk zelf enig voordeel halen uit de combinatie van beide functies, waarbij ik bovendien in beide situaties ook "klant" ben.

Smals is op geen enkele manier betrokken in de ontwikkeling of het onderhoud van Coronalert. Dit werd ook als vereiste gesteld wanneer Smals gevraagd werd om de openbare aanbesteding te begeleiden.

De selectie van aan te schrijven bedrijven en de gunningsbeslissing zelf gebeurde op een onpartijdige manier. Een aantal bedrijven van wie mocht aangenomen worden (grootte, ervaring, competentie, capaciteit) dat ze een dergelijke opdracht tot een goed einde zouden kunnen brengen, aangevuld met bedrijven die zichzelf kenbaar gemaakt hebben werd aangeschreven. De openbare aanbesteding is correct verlopen. De regels werden gerespecteerd en de attributie is gebeurd volgens objectieve criteria door een onafhankelijke jury (onafhankelijke experts, regio's en Smals), beslist door het IFC Testing & Tracing en gevalideerd door de Interministeriële Conferentie.

Smals heeft dan ook geen voordeel in de ontwikkeling of gunning van de aanbesteding.

Voor de procedure over het IT-systeem voor de tracing verwijs ik graag naar meerdere voorgaande antwoorden.

Zelf heb ik nooit vastgesteld dat er sprake is geweest van het afdreigen door wie dan ook van enig ander persoon. Er wordt in de schoot van het IFC overlegd en gediscussieerd ja, maar bedreigingen zou ik als voorzitter ook niet tolereren. Indien dit is gebeurd in de periode die voorafging aan mijn voorzitterschap, dan kan dit best besproken worden met mijn voorganger prof André.

- Een van de partijen, een consortium van expert bedrijven, gaf bij hun indiening reeds te kennen dat er tevens aandacht moest besteed worden aan bronopsporing en gaven in hun voorstel hiervoor een totaaloplossing, bovenop de app zelf. Waarom is dit genegeerd geweest, om dan in oktober te moeten vaststellen dat er idd bronopsporing ontbreekt.

Het is in een openbare aanbesteding niet altijd mogelijk om af te stappen van de vooropgestelde gunningscriteria om in te gaan op alle aanbevelingen en suggesties uit offertes.

In de bredere context van tracing kan wel gesteld worden dat aandacht gegeven wordt aan bronopsporing;

- *Tijdens het gesprek met index patiënten gevraagd naar de vermoedelijke bron van besmetting.*
 - *Tijdens het gesprek met index patiënten wordt ook gepolst naar whereabouts, collectiviteiten en bedrijven waar de persoon is geweest.*
 - *Tijdens het gesprek met index patiënten wordt binnenkort ook een evaluatie van de whereabouts geïntegreerd (niet gestructureerde samenkomsten die minder/niet worden opgevolgd) zodat, waar nodig, case management kan geïnitieerd worden om bijkomende contacten op te sporen.*
- Werd dit genegeerd om bewust een bepaalde partij toch voor te trekken? De aanbesteding was immers geschreven volgens een zodanig vast stramien dat er geen onderscheid zou kunnen gemaakt worden tussen de indienende partijen.

De hier gesuggereerde manipulatie klopt niet. Zoals eerder uitgelegd werden bedrijven op basis van realistische en ter zake doende criteria geselecteerd. Vervolgens werden de ontvangen offertes objectief beoordeeld door een onafhankelijke en objectieve jury. Indien hier manipulatie zou aan de orde zijn, dan zouden wel veel partijen, zowel bij de onafhankelijke experts, als bij de regionale administraties als bij de regionale kabinetten, moeten gemanipuleerd zijn, wat dus zeker niet het geval was.

- In de aanbesteding werd een gigantische boete clause opgenomen tov het geheel. Dit schrikte meerdere partijen af om uiteindelijk in te dienen. Waarom is dan toch deze clause niet toegepast bij de laattijdige oplevering? Heeft dit te maken met het feit dat Devside niet genoeg eigen vermogen had, en dus uiteindelijk zelfs van in het begin niet had moeten toegewezen worden.

De technische ontwikkeling van de applicatie werd door Devside binnen de afgesproken deadlines opgeleverd. Het uitstel van de lancering van de applicatie kwam er omdat we dienden te wachten op een advies van de Europese Commissie. Dat advies was belangrijk voor toekomstige Europese samenwerking, zodat de app ook in het buitenland bruikbaar zou zijn. Vermits het contract was nagekomen, was een boete niet aan de orde.

- Op welke manier werd er inzake contact-tracing samengewerkt met lokale besturen & federale overheid? Is de samenwerking tussen golf 1 en vandaag gewijzigd? Op dewelke manier? Ontbreken er nog bepaalde tools/ afspraken om beter te functioneren naar uw inziens?

In het kader van testing en tracing zijn verschillende initiatieven doorgevoerd die een samenwerking met lokale besturen & federale overheid gefaciliteerd hebben. Zo worden gegevens bijvoorbeeld ter beschikking gesteld van de regio's (bv. via een sFTP server om de controletoeren te voeden). Zo bijvoorbeeld, kunnen de regio's dagelijks exporten ontvangen van whereabouts die vergaard werden in de scripts, en is het mogelijk om contacten die lokaal verkregen worden, up te loaden in de centrale database. Er wordt bovendien gewerkt aan een oplossing die rechtstreeks grote aantallen (grote bestanden) op te laden. Ook zijn er verschillende fora waar feedback, noden en uitdagingen van de lokale autoriteiten (via de regio's) besproken kunnen worden.

Als ik inzoom op de situatie in Vlaanderen, dan kan ik stellen dat de verhouding tussen lokaal en centraal contactonderzoek vanaf het begin van de zomer een aandachtspunt vormde. Initieel werden een aantal (terechte) vraagtekens geplaatst bij het respecteren van een aantal basisregels inzake contactonderzoek door de lokale contactcentra (het verzamelen van uniforme gegevens, het linken van lokale data aan de centrale databases, ...) en er waren eveneens bezorgdheden rond de privacy.

Vanaf de zomer werd in Vlaanderen het concept van lokale contactopsporing verder uitgewerkt via de opstart van een drietal lokale proeftuinen. In oktober werd, in samenwerking tussen de kabinetten Beke en Somers, een oproep gelanceerd richting alle lokale besturen om het centrale contactonderzoek te ondersteunen om de snel stijgende werklast tijdens de tweede golf het hoofd te bieden. De systeemopzet waarvan vertrokken werd was bij opstart niet optimaal, en er werd de vraag gesteld aan Smals om een aantal aanpassingen door te voeren om het systeem geschikter te maken voor de inschakeling van lokale besturen. Een 60-tal lokale besturen boden zich aan om het Vlaamse contactonderzoek te ondersteunen.

Er werd bewust gekozen om binnen één systeem aan contactopsporing te doen. Het hanteren van een geïntegreerde werkwijze moet vermijden dat er parallelle datastromen zouden ontstaan die de performantie van contactonderzoek in Vlaanderen onderuit zouden halen. Om het bestaande systeem beter af te stemmen op de lokale werking, werden sinds november een aantal systeemaanpassingen doorgevoerd door Smals die ervoor moeten zorgen dat het systeem beter aansluit op de noden van lokale besturen, zoals de introductie van een reservatiefunctionaliteit. Er zijn op dit moment nog een aantal openstaande vragen van lokale besturen zijn (lokaal case management, koppeling van de eigen systemen, aparte queues per lokaal bestuur...), maar het huidige systeem is "werkbaar".

Ondanks het feit dat het huidig aantal besmettingen vandaag een pak lager ligt dan tijdens de piek van de tweede golf, is het belangrijk met het oog op de toekomst te beschikken over een schaalbaar systeem van lokale contactopsporing dat operationeel is, en indien nodig kan worden uitgebreid. Een aantal lokale contactcentra handelen vandaag meer dan de helft van de volumes op hun eigen grondgebied af. Op niveau van Vlaanderen, nemen de lokale contactcentra ongeveer 7% van de index patiënten en 3% van de hoogrisicocontacten over.

- Wanneer was men binnen de Vlaamse Regering op de hoogte dat de FOD niet de volledige bestrijding van het virus op zich zou nemen ? Er werden heel wat opdrachten gedelegeerd naar het Vlaamse niveau bv. Aankoop beschermingsmateriaal / opstart contacttracing?
- Hoe kunnen we evenwicht vinden wat betreft het beschermingsmateriaal dat een voorziening zelf dient te voorzien en wat de overheid dient te voorzien? Moet dit concreter in de wet geformuleerd? En op dewelke manier dan?

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.11. screening en research : klinische laboratoria – farmaceutische industrie / 5.11. dépistage et recherche : laboratoires cliniques – industrie pharmaceutique

5.11.3. Zentech - Coris / 5.11.3. Zentech - Coris

5.11. screening en research : klinische laboratoria – farmaceutische industrie / 5.11. dépistage et recherche : laboratoires cliniques – industrie pharmaceutique

5.11.2. Diasorin / 5.11.2. Diasorin

**6°ZIEKENHUIZEN : OPERATIONELE BEGELEIDING EN FINANCIËLE ONDERSTEUNING / 6° HÔPITAUX : ACCOMPAGNEMENT
OPÉRATIONNEL ET SOUTIEN FINANCIER**

Geen vragen

7° GEVOLGEN CRISIS NIET-COVID-GERELATEERDE ZORG / 7° EFFETS CRISE SOINS NON LIÉS AU VIRUS

Geen vragen

8° GEVOLGEN CRISIS GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG / 8° EFFETS CRISE SOINS DE SANTÉ MENTALE

9°COMMUNICATIEKETEN FEDERALE OVERHEID / 9° CHAÎNE DE COMMUNICATION

Geen vragen

10°LOCKDOWN EN EXITSTRATEGIE / 10° CONFINEMENT ET DÉCONFINEMENT

Geen vragen

**11° BEHEER VAN DE NIET-MEDISCHE ASPECTEN VAN DE CRISIS / 11° GESTION DES ASPECTS NON MÉDICAUX LIÉS À LA
CRISE**

12° ROL VAN HET CRISISCENTRUM / 12° RÔLE DU CENTRE DE CRISE

Geen vragen

13° BELGISCHE RAPPORTAGE GEZONDHEIDSGEGEVENS ECDC / 13° RAPPORTAGE BELGE DONNÉES SANITAIRES ECDC

Geen vragen

14° VOLKSGEZONDHEID OP INSTITUTIONEEL VLAK/ 14 ° SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Bevoegdheidsverdeling

- Wat is uw ervaring met het samenwerken en coördineren tussen 9 ministers van Volksgezondheid?

Ik kan enkel uit eigen ervaring zeggen dat alle regio's op een heel constructieve manier met elkaar samen werken binnen het IFC. Er heerst een groot gevoel van solidariteit en bereidheid om de crisis zo efficiënt en effectief mogelijk aan te pakken. Bewijs van de goede samenwerking tussen de deelregeringen zijn alle verwezenlijkingen (snelle opstart, performant systeem, grote efficiëntie,...) aangaande de contactopsporing. Ook met het Corona-commissariaat werd veelvuldig overleg gepleegd.

Ook mijn samenwerking met de ministers aanwezig op de Interministeriële Conferentie verloopt zeer vlot en constructief, net zoals met de ministers aanwezig op het Overlegcomité of betrokken bij bepaalde deelaspecten van de beslissingen. In een open dialoog wordt geluisterd en geargumenteed, bijkomend bevraagd en geadviseerd en finaal nemen de ministers hun verantwoordelijkheid om de nodige beslissingen te nemen.

- In een interview in De Standaard op 15 december, waaruit bleek dat de informatie over de bronnen van besmetting niet doorstroomt en/of (correct) verwerkt wordt, stelde u dat dat te maken had met “het eeuwige van verhaal van wie welke bevoegdheid heeft”. Wat is volgens u de impact van de bevoegdheidsverdeling?

In de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid worden de sanitaire dossiers besproken, beargumenteerd en geargumenteed en finaal beslist of bekrachtigd. Daarnaast functioneert ook het Overlegcomité en voordien ook de Nationale Veiligheidsraad waar natuurlijk de algemene beslissingen voor alle beleidsdomeinen genomen worden. Soms met impact naar de regio's. Elke regio vertaalt dit in zijn eigen regelgeving en aanpak en soms treden daar verschilpunten op. Normaal en logisch conform de bevoegdheidsverdeling in ons land, maar met impact als men vanuit de federale overheid of vanuit het Overlegcomité een uniforme aanpak wenst of beslist voor ons land. Ook hier zorgt onze sterke overlegcultuur voor de oplossing.

--

