

1

## 1 FEDERALE VOORBEREIDING EN AANPAK GROOTSCHALIGE GEZONDHEIDSCRISIS 1 ° ANTICIPATION ET GESTION DE CRIS E SANITAIRE DE GRANDE AMPLEUR AU NIVEAU FÉDÉRAL

Werd u ooit gevraagd voor uw expertise in het kader van de voorbereiding van een mogelijke grootschalige gezondheids crisis?

Niet door één van de overheden in ons land, neen. In tegendeel, wij hebben als sector er meermaals voor gepleit, maar er bestaat een soort aversie in België voor het maken van Plannen.

Zelf probeer ik al sinds 2008 de overheden aan te zetten tot een Nationaal Tuberculose Plan, iets dat gevraagd wordt door het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de World Health Organisation (WHO). En iets dat helemaal niet zo moeilijk, noch duur is. Men moet gewoon rond tafel gaan zitten en beslissen wie wat waar doet. Na meermaals pleiten en omdat actie uitbleef besloten we dan zelf om samen met de Hoge Gezondheidsraad een Plan te maken, maar werden teruggefloten omdat het niet onze bevoegdheid is om een plan te maken. Er kwam wel een Protocol Akkoord getekend door 7 ministers van gezondheid waarin de nood aan coördinatie duidelijk vermeld staat. De federale minister van gezondheid onderschreef in september 2018 het internationale verdrag voor de strijd tegen tuberculose, tijdens de Algemene Vergadering van de UN in New York. Daarin staat specifiek vermeld dat een goed Nationaal TB Plan het begin is van iedere goed strijd. Dertien jaar later is er nog steeds geen Plan.

Het is die afwezigheid van een goed voorbereid Epidemic Crisis Plan of Preparedness Plan dat tijdens de crisis voor veel vertraging en verwarring gezorgd heeft. Ook op communicatief en logistiek vlak.

Indien ja welke waren uw adviezen of aanbevelingen en werden deze opgevolgd of geïmplementeerd?

xxx

Wanneer bent u voor het eerst gecontacteerd en door wie? Ondernam u zelf stappen naar de overheid toe gezien uw terreinkennis en expertise en zo ja wanneer?

Ik ben niet gecontacteerd, maar ondernam zelf stappen. Maar als expert is dat ook niet zo vreemd. Het eerste officiële contact met aanbod van hulp was er op 29 februari 2020. Daarvoor waren er al meer officiële contacten geweest, of gesprekken over covid tijdens geplande overleggen over een ander onderwerp.

Heeft men naar uw input geluisterd? Wat denkt u van de keuze om in zee te stappen met commerciële call centers?

Er is deels geluisterd, maar een aantal essentiële punten zijn nooit of érg laat geïmplementeerd. Zo houdt de terminologie "Contactonderzoek" ook brononderzoek en clusteranalyse in. Een bron is ook een contact uiteraard. En "onderzoek" houdt in dat clusters uitgeplozen worden om er van te leren. Objectief en van op afstand bekeken was de keuze voor commerciële call centra niet de beste. Ik begrijp die keuze wel in de startfase, als snelle tussenoplossing, maar men had die ondertussen moeten in kantelen in bestaande structuren op lokaal niveau.

Uit de Pano-reportage konden we begrijpen dat u niet meer uitgenodigd werd op vergaderingen en dat er een groot spanningsveld was. Kan u dat duiden?

Dat heeft u verkeerd begrepen. Ik word nog steeds uitgenodigd. Sinds half oktober heb ik zelf mijn tijdsbesteding aan die moeilijke, slopende vergaderingen beperkt. Ik gaf wel nog steeds op regelmatige basis wetenschappelijk advies

Er was inderdaad een spanningsveld tussen de enkelingen met de meeste expertise, die onlangs nog wetenschappelijk gepubliceerd hadden over het onderwerp, én de grotere groep personen die nog nooit van contactonderzoek gehoord hadden. Ook Sciensano heeft geen ervaring noch expertise in contactonderzoek. Die grotere groep zonder ervaring wou persé véél te snel gaan. De IT-ontwikkelaars zetten enorme druk op de snelheid, terwijl de échte experts pleitten voor een 2-tal weken extra want dat anders de kans op fouten en slechte beslissingen té groot was.

Tussen maart en half september had ik in totaal ongeveer 135 overleggen over contactonderzoek met alle betrokken partners, waarvan ongeveer 67 met de interfederale werkgroep tracing. In het begin waren die dagelijks gedurende 1,5u en ook in 't weekend.

Waarom wordt er volgens u zo weinig geïnvesteerd in preventie? Wat moet er volgens u echt anders na deze pandemie daaromtrent?

Door één van de meest irrationele beslissingen ooit om het domein Preventie los te koppelen van Gezondheidszorg (federaal) en over te hevelen naar een ander beleidsniveau (regio). De winsten die je haalt door investeringen in preventie komen daardoor op een ander niveau terecht, dat vaak door een andere partij beheerd wordt. Er blijft geen enkele incentive over om te investeren.

Een investering van minstens 1 miljard euro in Preventie zal op relatief korte termijn een terugverdieneffect laten zien in het budget voor Gezondheidszorgen. Het is een misverstand dat dat terugverdieneffect er enkel op lange termijn is. Goedkope leningen om de transitieperiode te overbruggen zijn makkelijk te onderhandelen met de EC waar de presidente zelf een public health achtergrond, en samen met de gezondheidscommissaris hevige voorstanders zijn van de switch van Curatie (zorg) naar Preventie (gezond blijven zodat je geen zorg nodig hebt). Ook de WHO-Euro Regio met als directeur Belg Hans Kluge is een absoluut voorstander van zo'n switch.

Het terug samenvoegen van Preventie en Curatieve geneeskunde op 1 niveau. Het meest logische en economische niveau is het federale, omdat je zo de kosten, de verzekeringspolis zou men kunnen zeggen, deelt met een zo groot mogelijk aantal mensen, waardoor het geheel goedkoper en stabiel wordt. Niemand zal hierdoor de job verliezen nét omdat we zo veel meer mensen nodig hebben om aan preventie te werken.

U deed al meermaals een oproep om te investeren in preventie. Hebt u het gevoel dat u in de woestijn staat te roepen?

Ja. De hele preventiesector schreeuwt al tientallen jaren om meer te investeren in de evidence-based interventies om Gezond te Blijven voor de bevolking. Dit zou enorm veel curatieve gezondheidskosten uit kunnen besparen. Onze laatste oproep was cynisch genoeg in oktober 2019 mede ondertekend door heel wat virologen en ondertussen bekende namen. We vroegen toen een shift van 1 miljard uit het gezondheidszorgbudget (van tientallen miljarden) naar preventie, gewoon nog maar om in de buurt van onze buurlanden te komen. De transitie periode kan makkelijk gefinancierd worden met gratis leningen uit Europa, zeker gezien zowel de presidente als de gezondheidscommissaris héél erg grote voorstanders zijn van zo'n switch. De som wordt redelijk snel terugverdiend omdat de return on investment van iedere euro geïnvesteerd in preventie 4 is. Dus dit legt helemaal geen "hypotheek" op toekomstige generaties, integendeel, die zullen alleen maar beter af zijn.

Kan u vertellen wat u, voor de pandemie toesloeg, deed binnen de VRGT? Kreeg u voldoende middelen? Wanneer kwamen de beleidsverantwoordelijken bij u aankloppen?

Ik ben sinds 2007 arts en medisch directeur van de VRGT. Onze algemeen directeur is Sandrina Schol. De VRGT is de wetenschappelijke vereniging met terreinwerking die in Vlaanderen partnerorganisatie is van het Agentschap Zorg en Gezondheid en in opdracht een groot deel van het tuberculosebeleid uitvoert. Er worden in elke provincie laagdrempelige gezondheidscentra gerund met gespecialiseerde verpleegkundigen die er consultaties doen voor mensen verdacht op tuberculose of met gediagnosticeerde tuberculosepatiënten. Er wordt aan preventieve screening en testing gedaan en ook gewerkt aan bron- en contactonderzoek rond besmettelijke mensen. Mensen worden er begeleid en gemotiveerd tijdens de moeilijke en langdurige behandeling, om tot zo'n groot mogelijke succesratio te komen. Er is outreach naar de meest kwetsbaren in de gemeenschap en er is nog 1 mobiele röntgen unit die voor preventieve screening naar collectiviteiten gaat om er massaal longfoto's te nemen. Als vereniging staan we ook in voor de opleiding van specialisten, de volledige eerste lijn en intermediairs om hen waakzaam te houden voor de mogelijkheid tuberculose als diagnose, en om hen aan te leren waar mensen gratis naar toe kunnen voor screening en testing. We geven ook beleidsadvies aan de overheden en schrijven wetenschappelijke richtlijnen uit voor diagnose, behandeling en preventie. Voor de werking in Vlaanderen is er een redelijk goed budget, alhoewel je altijd meer beter kan doen met meer middelen. Voor de werking in Brussel echter, die we samen met onze Franstalige zusterorganisatie FARES opnemen, is er onvoldoende en dit terwijl net in Brussel de incidentie het hoogst is en 1 op 3 van alle gevallen in Brussel voorkomt. Dit omdat Brussel een grootstad is en zoals in iedere andere Europese grootstad er een grotere concentratie is van risicogroepen voor tuberculose, sterk gelinkt aan zware armoede en sociale exclusie. We kaartten het probleem van onderfinanciering in Brussel al aan bij alle verschillende overheden die ook maar iets over Brussel te zeggen hebben. We blijven daar hopen op een gezamenlijke inspanning en een gemeenschappelijk plan. Een andere belangrijke activiteit van de VRGT is Rookstop en Tabakologie met een team van gespecialiseerde psychologen, de organisatie van de interuniversitaire opleiding tabakologie, de terugbetaling en voortgezette opleiding en intervisie van tabakologen, opleiding aan doorverwijzers en verschillende onderzoeken naar rookstop en de begeleiding daarbij. Bij dit tweede grote onderwerp ben ik zelf wat minder betrokken.

Ivm COVID19 namen we zelf het initiatief om de beleidsverantwoordelijken onze hulp aan te bieden, vanaf 29 februari 2020.

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

Had u via uw internationale contacten (bv artsen zonder vakantie) eerder weet van de ernst van deze crisis en de noodzaak tot snel handelen?

Niet eerder neen. Toen ik in januari bij de WHO hoorde over de ernst, was men in België al bezig met voorbereidingen. Misschien niet de overheid zozeer, maar wel de experts.

Heeft u vervolgens aan alarmbellen getrokken of anderen gewaarschuwd voor deze crisis?

De alarmbel was al aan het luiden toen ik dat in januari navroeg bij de experts die het meeste kennis hadden over virale epidemieën.

Was u op de hoogte van het ontbreken van de strategische voorraad?

Neen. Wij beheren voor tuberculose onze eigen voorraad. Dit is niet onze taak als het op virale pandemieën aankomt.

#### 4° VOORBEREIDING EN PLANNING CRISISBEHEERSING / 4° PRÉPARATION ET PLANIFICATION DE GESTION DE CRISE

Heeft u in het kader van uw functie als medisch directeur van de Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding (maatregelen genomen ter voorbereiding van de crisis) ?

Onze taak en bevoegdheid als het over infectieziekten gaat is beperkt tot tuberculose. Wij pleiten al meer dan 13 jaar op alle mogelijke manieren voor een Nationaal Tuberculose Plan in het kader van Preparedness. Helaas zonder succes.

Heeft u als pneumoloog ooit een dergelijke aandoening als sarscov2 gezien die dermate schade aan de longen en aders aanricht? Zijn er andere medicijnen, supplementen of technieken die we niet toepassen tijdens deze epidemie, die u denkt dat mogelijks zouden kunnen helpen bij deze ziekte? UZGent ontdekte bv net dat het medicijn leukine ook een gunstig effect op de genezing heeft.

Ik ben geen pneumoloog. Ik ben een arts met specialisatie in Public Health en Epidemiologie, met toespitsing op Respiratoire Aandoeningen. Dat wil zeggen dat ik nadenk over volksgezondheid op populatieniveau: wat kan BE doen aan de vaak voorkomende (epidemische) ziekte X. Voor vragen over behandelingen, medicijnen verwijst ik u graag door naar de excellente klinici die ons land rijk is.

Aanvankelijk kwam vanuit de US het nieuws dat vaccinatie tegen TBC ook bepaalde mate van bescherming zou bieden tegen besmetting met sarscov2. Dit werd in België niet toegepast. Was dit volgens u een correcte keuze?

Er is tot op heden geen afdoende bewijs gevonden dat de vaccinatie tegen tuberculose ook zou beschermen tegen COVID19. Het vaccin tegen tuberculose is in België niet meer op de markt omdat de farmaceutische fabrikant ervan geen winst meer ziet.

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

Hoe kijkt u naar de startdatum van de maatregelen en de manier waarop de overheid de epidemie heeft proberen in te dijken Hoe kijkt u met uw ervaring naar de maatregelen, een lockdown, maar niet het gebruik van afsluiten van steden en dorpen zoals tijdens epidemiën normalerwijze toch gebruikelijk

Ik kijk vooral naar de einddatum van maatregelen die soms te vroeg waren, zowel in mei als in september. In mei was het aantal gemelde gevallen nog net iets te hoog en was de opschaling van het bestaande contactonderzoek nog niet rond. Wij hebben gepleit voor 2 weken extra "to crush the curve" maar hebben dat pleit verloren. Met als gevolg dat er enorm hoge druk, te hoge druk, lag op de werkgroep om veel te snel iets in elkaar te steken. Een professioneler antwoord van de opdrachtverleners ware geweest dat we in die korte tijd geen kwalitatief systeem in elkaar kunnen zetten, in plaats van mee te buigen met die druk.

Ook in september zijn maatregelen te vroeg gelost en te veel versoepeld, tegen alle wetenschap in.

De te snelle ontwikkeling van de dataverzameling en het té complexe, of eerder chaotische, databeheer zorgden er mee voor dat heel gedetailleerdere informatie ontbrak waardoor eventueel veel fijnmazigere maatregelen konden bedacht worden.

In heel het afgelopen jaar waren bepaalde vormen van lockdowns absoluut nodig en niet te voorkomen. Het afsluiten van steden en dorpen is in België, dat één grote lintbebouwing is, niet praktisch haalbaar en dus weinig effectief.

## 5° COORDINATIE EN

### 5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie

Wat zijn uw voorstellen om de vaccinatiegraad en bereidheid te maximaliseren?

**Beschikbaarheid:** véél strenger zijn ten opzicht van de commerciële fabrikanten en veel strengere voorwaarden stellen als overheden als steun aan die sector wordt gegeven.

**Bereidheid:** zoals het nu in Vlaanderen wordt gedaan gaat het redelijk goed. In Brussel en Wallonië mag véél meer professionele gezondheidspromotie en communicatie ingeschakeld worden, met aangepaste communicatie en kanalen naar verschillende leeftijden, bevolkingsgroepen. Volgens de State of the Art. Er bestaat zeer veel kennis en wetenschap over hoe effectief te communiceren en aan gezondheidspromotie te doen, zelfs specifiek tijdens een pandemie. Ook in ons land. Het is mijn indruk dat die beschikbare expertise ruim onvoldoende gebruikt is, en dat ook hier al snel naar commerciële partners werd gekeken die geen ervaring hebben in de specifieke aspecten van gezondheidscommunicatie tijdens een pandemie.

Verplichting daarvan is geweten dat het niet goed werkt, ook al voelt dat anders aan. De wetenschappelijke evidentie die er over bestaat zegt dat verplichting ook contra-productief kan werken. De sterkst aanbevolen manier is om via goeie informatie, via motivationele gespreksvoering en een breed scala aan aangepaste communicatiemiddelen met geduld te bevolking te blijven motiveren zonder dat het als “moeten” aanvoelt (geen ‘moetivering’).

Vaccinatiepaspoorten invoeren is tegenaangewezen, zeker in dit stadium van het vaccinatieproces. Er moet geen maatschappij ontstaan met 2 snelheden en nog meer ongelijkheid dan er al is. Dat zou erg schadelijk zijn voor economie en stabiliteit. Vanuit het vakgebied Commerciële Determinanten van Gezondheid is bekend dat veel industrieën enorm actieve lobby professionals hebben die regeringen onder grote druk zetten om toch zaken te implementeren die tegen de wetenschap in gaan. Het voorkauwen van holle slogans en debatkaartjes maken met standaardantwoorden voor beleidsmakers is een bekende tactiek gebruikt door die lobby's. Het gezondst is echter om te weerstaan aan die druk en de public health wetenschap hierin te volgen.

Denkt u dat het opheffen van de patenten op de vaccins tegen Covid-19, en er dus een publiek goed van te maken, belangrijk is in de strijd tegen het virus om meer vaccins te kunnen produceren? Hoe beoordeelt u het vaccinatiebeleid van ons land?

Het is zowel op virologisch vlak als op economisch vlak noodzakelijk om dit te doen. Als delen van de wereld veel trager gevaccineerd raken ontstaat daar een veel grotere kans op het ontstaan van nieuwe varianten die mogelijks ontsnappen aan de bescherming door de huidige vaccins. Ethisch gezien moet prioriteit ook globaal bekeken worden. Het is niet aanvaardbaar dat wij in België bvb. jonge gezonde mensen gaan vaccineren als gezondheidswerkers in de frontlinie in andere landen zonder vaccin zitten. Als lidstaat van de wereld moeten we dan prioriteit geven aan die gezondheidswerkers elders in plaats van onze gezonde jongere mensen.

De Wereldgezondheidsorganisatie roept regeringen op om voor het voorstel te stemmen dat patenten en intellectueel eigendomsrecht even uitzonderlijk opent voor andere vaccinproducenten, voor de overdracht van kennis en technologie naar andere bedrijven, om zo snel mogelijk tot een

maximale productiecapaciteit te kunnen komen. België zou hier binnen Europa een voortrekkersrol in moeten spelen. Pas op, dat wil niet zeggen dat die fabrikanten geen winst meer maken, zoals soms verkeerdelijk voorgedruwd wordt gesteld. Men maakt nog altijd winst, maar men deelt die met externe licentiehouders ten goede van de mensheid en de wereld, en snelheid van productie.

Het perfecte voorbeeld dat dit wel degelijk kan is het voorbeeld van het poliovaccin. De uitvinder ervan, die aan een universiteit werkte, gaf het patent ervan vrij voor de hele wereld en polio is ondertussen zo goed als uitgeroeid.

Ik heb me bewust niet ingehouden met het vaccinatiebeleid omdat ik al meer dan werk genoeg had met de pandemie tuberculose en het bron- en contactonderzoek rond COVID-19. De vaccins worden veel te traag en in veel te kleine hoeveelheden geleverd. Dat is een probleem dat bij de fabrikant en contractant ligt. Bewijs dat de private markt alleen duidelijk niet in staat is om een bevolking voldoende te beschermen. Een punt om in gedachte te houden bij de reorganisatie van onze politiek en samenleving post-covid. Ik verwijs hier naar de topwetenschapper professor Mariana Mazzucato, de meest om advies gevraagde econome ter wereld, op dit moment.

Hoe moet men omgaan met vaccintwijfel in de bevolking en in het zorgpersoneel?

Er bestaat best veel evidentie en wetenschap over die maar al te vaak genegeerd wordt in debatten en discussies. Niet zo veel mensen beheersen die kennis, dus er wordt vaak maar wat geroepen vanuit het buikgevoel. Ik verwijs graag naar het werk van professor Heidi Larson (anthropologe), absolute wereldexperte in vaccintwijfel. Verplichting, daarvan zegt de wetenschap dat dit niet goed werkt, en een aantal contra-productieve nevenwerkingen heeft, zoals nog meer wantrouwen. Geduldig blijven informeren en werken aan de interne motivatie van mensen is véél effectiever om twijfelaars, én zelfs extreme anti's richting vaccinatie te bewegen.

De wetenschap over vaccintwijfel toont ook aan dat het geen nationale ramp is als er een enkele keer toch een podium wordt gegeven aan antivax-groeperingen. Het tegenovergestelde proberen doen (dus, het proberen weren van alle podia) is net contra-productief omdat je de groeperingen én hun aanhangers zo net versterkt in hun geloof. Het verbaast me altijd dat zo weinig collega's en professoren dit weten.

Bent u op de hoogte van de informaticaproblemen in het uitnodigingssysteem van de federale overheid voor de vaccinatie? Dit is een bevoegdheid van Smals. Zijn er vergelijkbare problemen als met de contactopsporing?

Ik heb me bewust niet ingehouden met het vaccinatiebeleid omdat ik al meer dan werk genoeg had met de pandemie tuberculose en het bron- en contactonderzoek rond COVID-19. Eén objectief vergelijkbaar iets is dat ook hier Smals en betrokkenen het systeem mogen bouwen. Meer kan ik daar niet over zeggen, want niet betrokken.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / beschikbaarheid van tests en organisatie van contacttracing

Hoe ziet u de evenwichtsoefening tussen onze gegevensbescherming en de volksgezondheid gedurende de aanpak van deze crisis? Waar is volgens u de balans te veel in de ene of de andere richting verschoven? Welke lessen dienen we hieruit te trekken naar de toekomst toe?

Een GDPR staat niet op zichzelf, maar moet altijd afgewogen worden en onderhandeld, met het doel en de ernst en de proportionaliteit van de reden van dataverzameling. Zo zijn er de verschillende infectieziekte wetgevingen in ons land die daarvoor gebruikt kunnen worden. In Vlaanderen bestaat

wel degelijk een pandemiewetgeving, die na verschillende participatieve, multidisciplinaire, intersectoriële gezondheidsconferenties door ons allemaal is gestemd en in wetgeving is omgezet. Om aan de GBA te kunnen uitleggen waarom bepaalde data echt essentieel is moet men verstand hebben van contact tracing en bron- en clusteronderzoek. Dit gebeurt best door een epidemioloog met pandemie ervaring. Bij de onderhandelingen met de GBA is nooit iemand aanwezig geweest die die kennis bezat, dus er is nooit goed geargumenteed kunnen worden waarom het uitzonderlijk verzamelen van bepaalde data wél proportioneel was in deze pandemie (in vergelijking met niet pandemische situaties). Hierdoor lag de balans van in het begin véél te sterk op “neen, dat mag niet van de GDPR” en werden essentiële zaken gewoon niet eens overwogen.

De GDPR is relatief nieuw en duidelijk niet ontworpen om goed te kunnen werken in pandemische situaties. Er zijn recente analyses of studies die aantonen dat de wetgeving heel anders geïnterpreteerd wordt in verschillende landen.

Buurlanden zoals Duitsland en Zwitserland die met exact dezelfde GDPR-wetgeving hebben, werken wél met uitgebreide bronbevraging en met het case-manager principe. Het probleem van datalekken in Nederland heeft absoluut niets te maken met het werken volgens het case managers principe. Maar wel alles met de gebruikte software. Ik begrijp niet dat mensen dat hier verkondigen, want daar klopt niets van. Ik heb het zelf nagevraagd bij Nederlandse collega's en bij data experts aan de KUL. Het werken met een case manager die zowel de index en al zijn contacten begeleidt en zo transmissieketens heel snel kan uitpluizen heeft op géén enkele manier bijgedragen aan het lek in Nederland. Er zaten gewoon flinke fouten in de software en in het gebruik van privé-computers.

Rest een belangrijke vraag: waarom hechten sommige leidinggevenden zonder inhoudelijke expertise meer waarde aan:

- de woorden van mensen zonder expertise, maar waarmee ze professioneel en politiek wél heel nauw verweven zijn,
- in plaats van aan de onderbouwde argumenten van mensen met zeer veel expertise die in continu overleg zijn met buurlanden, met ECDC en met de WHO.

Objectief bekeken en vanop afstand beoordeeld is dat een uiterst bizarre situatie die niet altijd tot de beste oplossingen leidt. Deze systeemfout in het beslissingsproces moet dringend herbekeken worden.

Vond er (structureel) overleg plaats met de GBA bij de uitwerking van de contacttracing en/of werden er inzake adviezen ontvangen? Zo neen, waarom niet? Zo ja, hoe evalueert u dit overleg en/of adviezen?

Ik heb gehoord dat dat er overlegd geweest is met de GBA door Frank Robben en Karine Moykens, maar ik zelf ben daar niet bij betrokken geweest, en ik weet ook niet wie er nog meer betrokken was bij die gesprekken. Het is mijn indruk dat er niemand aanwezig was met pandemische, epidemiologische expertise om uit te leggen waarom bepaalde data zo uiterst essentieel zijn. Dit terwijl ik wel adviseerde om die gesprekken te laten voeren door iemand met die expertise, net om die balans goed te hebben. Waarom dat nooit gebeurd is weet ik niet.

We hebben vele problemen gehad met ICT-systemen en dataverwerking tijdens deze crisis. Dit zowel bij de testing en de tracing als bij de uitrol van de vaccinatie. Wat waren volgens u de grootste problemen? Hoe konden deze zaken gebeuren (ondanks de dry runs) en hoe kunnen we dergelijke problemen in de toekomst vermijden? Heeft u hieromtrent uw input kunnen geven en wat werd hiermee gedaan?

Over het vaccinatiegebeuren en de ICT daarvoor (en dus de dry runs) kan ik niets zeggen want ik heb me er bewust niet mee bemoeid.

Zoals elders toegelicht was er een disbalans in beslissingsmacht tussen mensen zonder expertise en mensen met expertise in contact onderzoek. Trouwens contactonderzoek houdt per definitie ook brononderzoek in, en ook clusteranalyse. Al dat valt onder de terminologie “contactonderzoek”. Een bron is ook een contact, uiteraard.

Voelde u zich voldoende betrokken en gehoord bij de uitwerking van het ICT-systeem voor contactopsporing?

Betrokken wel, gehoord niet. Maw. ik zat inderdaad wel in de interfederale werkgroep van ongeveer 30 mensen in het begin (nu 50). Welgeteld 6 personen daar hadden al ooit gehoord over contactonderzoek of ervaring in de uitvoering ervan. Die ervaring of expertise houdt ook in de kennis over welke data essentieel is, en welke datastromen en analyses. En ook wat in het kader van epidemiologische noodzaak kan en mag volgens de GDPR. Die kennis en expertise heeft zelfs Sciensano niet in huis, want zij hebben nog nooit contactonderzoek gedaan.

Toch werd de werkgroep gedomineerd door de data- en ICT mensen bij Sciensano en Smalls en door de ingeschakelde externe consultants (allen zonder ook maar enige ervaring noch expertise). Er werden geen uitgebreide notulen gemaakt, enkel samenvattende powerpointslides. Over discussies en onenigheid werd dus niet genotuleerd. Een aantal van de essentiële punten waar een goed contactonderzoek aan moet voldoen werden gewoonweg geweigerd om te implementeren, terwijl die wél overduidelijk in de initiële visienota stonden. Dat er consensus was over het niet implementeren ervan is niet correct. Bewijs hiervan is het veelvuldig aanhalen van prioriteiten en probleempunten die dringend verbeterd moesten worden, niet alleen door mezelf, maar ook door het Agentschap Zorg en Gezondheid en hun ingeschakelde consultants in een “Prioriteitenlijst IT-functionaliteiten”. Als voorbeeld neem ik het implementeren van het principe van een case manager. Een beschrijving van wat dat is en waarom dat nodig is werd samen geschreven door de Public Health experts van Sciensano (= ander departement dan de datamensen binnen dat instituut), door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en door de Belgian Lung and Tuberculosis Association. Dit werd aan Smals gericht via Ilse Versteven rond de 7<sup>e</sup> juni. Een ander document werd opgesteld door de KPMG-consultant van het Agentschap Zorg en Gezondheid over de prioriteiten waaraan de IT-functionaliteiten nu eens eindelijk zou moeten gaan voldoen. De nood aan een case manager werd daarin duidelijk geclassificeerd als “hoge prioriteit” en als “must have”.

Omdat dit daarna nog steeds op weinig enthousiasme onthaald werd door de niet-experts binnen de werkgroep, en afgewezen werd met argumenten die meer als excuus dienden dan als echte inhoudelijke argumentatie, schreef ik zelf een urgente nota hierover op 13 juli 2020 (in bijlage) om aan de alarmbel te trekken omdat iets essentieels wat ik al sinds 11 april 2020 sterk adviseerde 3 maanden later nog steeds geen gehoor kreeg. Deze duidelijke nota ging rechtstreeks naar de hele GEES, de voorzitter van het Interfederaal Comité Testing en Tracing, de premier, de verschillende ministers van gezondheid, de 4 regionale agentschappen die verantwoordelijk zijn voor het contactonderzoek, naar de top van Sciensano, naar de Vlaamse stuurgroep contact tracing, naar verschillende kabinetten, ...

Wat zijn volgens u de grootste werven en pijnpunten op vlak van eHealth en mHealth inzake de aanpak van crisissen zoals deze? Welke oplossingen stelt u hier voor? Welke balans tussen privacy en de volksgezondheid ziet u hier?

Veel is afhankelijk van het feit dat er op voorhand gewoon geen plan aanwezig was. In tijden van rust moet men ten volle inzetten om preparedness plannen te ontwikkelen waarin dit soort essentiële data beheer op voorhand goed ontwerpt. En dit met inspraak van de allerbeste epidemiebestrijders en datakenners van het land. Op voorhand al afspreken welke datastromen er nodig zijn, en hoe een centrale databank van in het begin goed ontworpen wordt om er snel de meest nuttige analyses op te kunnen doen, op een systematische, bijna real-time manier. Dit is per definitie een zaak van meerdere spelers en expert instituten. De afscherming van de data voor bijdragende externe experts mag niet meer zo'n groot obstakel zijn, als dat het nu is. Met duidelijke afspraken kan men GDPR-proof werken.

Er is objectief bekeken een frictie vast te stellen tussen het departement binnen Sciensano dat dataverzameling doet, en de andere departementen binnen datzelfde instituut. Zo kregen zelfs de epidemiologen van Sciensano héél lang géén toegang tot deze verzamelde data binnen hun eigen instituut. Het is niet langer nuttig om daar heel geheimzinnig over te doen, om daarover te zwijgen. Dat is zeker niet in het belang van de Belgische volksgezondheid. Het beleid kan hier beter een ernstige diepgaande analyse over maken met transparant onderzoek naar de linken tussen personen en belangen.

Welke rol ziet u weggelegd voor de opsporing van besmettingshaarden en contacttracing via riool- en afvalwater? Wordt hier vandaag volgens u voldoende op ingezet?

Alhoewel ik zelf geen expert ben in het onderzoek zelf van afvalwater, weet ik wel dat het vaker gebruikt wordt in één van de bovenste lagen van Surveillance. Dus nam ik zelf eind mei contact op met de Innovation Manager van Aquafin en een Professor Apotheker-epidemioloog bij de UGent, die daarover samen al een voorstel hadden ontworpen. Ik bracht hen in contact met de mensen binnen de GEES en Sciensano met de intentie dat zij het van hieraf samen verder ontwikkelen.

Er lopen op dit moment projecten met de KUL en de Vlaamse Overheid maar het fijne ken ik daar niet van. Prof Emmanuel André is iemand die dat waarschijnlijk beter kan toelichten.

Hoe staat u ten opzichte van lokale initiatieven ter ondersteuning van de contacttracing en de naleving van de isolatie- en quarantainemaatregelen? Wat is de stand van zaken hier? Wat kunnen we hieruit leren naar de toekomst toe?

In mijn initiële visienota van eind maart/begin april 2020 staat duidelijk dat de beste contactonderzoeken kunnen gebeuren door mensen die ingebed zijn in de lokale buurten, gemeenschappen, structuren. Ik stond zelf mee aan de wieg van het lokale initiatief van Antwerpen eind juli, het eerste lokale initiatief van het land, waar ik zelf de eerste huisbezoeken bij en gesprekken met covid-indexen thuis uitvoerde. Ik leidde ook mee de eerste lichte lokale tracers en coaches op en ik ontwierp mee de *"Handleiding voor Covid Coaches actief in het lokale Corona Contact Tracing Systeem in de Stad Antwerpen"*. Dit werk werd al snel een voorbeeld voor de rest van Vlaanderen. Voor alle duidelijkheid, want het is hier misschien wat anders geïnsinueerd geweest in het verleden., de lokale tracing was geen initiatief van de Vlaamse overheid. Het is een vrijwillig initiatief van onderuit gegroeid en geïnitieerd door een lokale huisarts die aan de alarmbel trok. We hebben wel van in 't begin de Antwerpse infectieziekte-arts van het Agentschap Zorg en Gezondheid betrokken. Snel zijn daar mensen aan toegevoegd. Het toeval wil dat Antwerpen behoorlijk wat expertise in z'n stad concentreert: het outbreak management team van het Instituut voor Tropische Geneeskunde, de UA Huisartsgeneeskunde, een excellente datateam en logistieke steun van Stad Antwerpen, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de VRGT hebben er hun grootste teams en zelf woon ik er ook in één van de hardst getroffen wijken. Allemaal op onbetaalde, vrijwillige basis. Het is correct dat het Agentschap initieel wat lauw enthousiasme toonde, wat heel begrijpelijk en normaal

was gezien de hectiek. Maar we zijn op geen enkel moment tegengewerkt of beperkt door het Agentschap. Later werd de mogelijkheid voor lokale tracing en coaching erkend door het Agentschap en werden veel opgedane ervaringen gedeeld en wordt nu zeer goed samengewerkt met de Eerste Lijn Zones (ELZ) en field agents.

Voor de toekomst: het werk van de call centra zou ingebed moeten worden in bestaande lokale structuren en uit commerciële call centra gehaald worden. Er is nog steeds nood aan werken via de telefoon, op een gestandaardiseerde en GDPR-proof manier, maar dit kan beter vanuit de lokale buurten/gemeenschappen/huisartsen/besturen zelf. Toch gebruik maken van een gecentraliseerd datasysteem is mogelijk.

Ik adviseerde van bij het prille begin ook aan het succesvolle en door de WHO gefeliciteerde lokale tracingsysteem van de KUL voor hun studenten.

Werd u gecontacteerd door minister Debacker voor uw expertise met tracing als epidemioloog?

Neen. Op geen enkel ogenblik. Het ben ik zelf die hem opgemerkt heeft dat tracing een regionale bevoegdheid is. In zijn werkgroep zat bijna niemand met expertise in contactonderzoek, maar bestond vooral uit IT-mensen.

U adviseerde de exitgroep als expert contact tracer. Werd er naar uw advies geluisterd? Hoe kwam dit volgens u?

De relaties met de GEES zijn altijd excellent geweest. Men nam mijn bezorgdheden zeer serieus en droeg die ook meermaals over aan de bevoegde instanties. Maar telkens opnieuw botsten die ook op dezelfde groep mensen die de beslissingen namen over de uitvoering van het contactonderzoek.

Waarom heeft men in België niet voor een backwards contacttracing gekozen die meer van toepassing is bij virussen met een lage  $R$  waarde, ipv voor forward contact tracing?

Contactonderzoek houdt per definitie ook brononderzoek in, en ook clusteranalyse. Dat valt geheel onder de terminologie “contactonderzoek”. Een bron is ook een contact, uiteraard. En “onderzoek” omvat ook analyse. Backward tracing is helemaal niets nieuws dat uitgevonden is door de Japanners. Dit gebeurt al meer dan 100 jaar rond elk tuberculosegeval. Ons pré-covid onderzoek raakte net gepubliceerd en handelt over whole genome sequencing voor brononderzoek, en de ethische aspecten daarvan. Dit is een samenwerking tussen de UA, de VRGT, Sciensano en het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Vragen naar bronnen ivm COVID19 en daar dieper op ingaan werd al snel afgeketst met de woorden “dat mag niet van de GDPR”. Terwijl men dat in de meeste (zo niet alle) andere Europese landen wel doet. België is hierop een uitzondering.

U uitte zich in april 2020 in de tijd als een sterke tegenstander tegen de corona alert app, bent u nog steeds de mening toegedaan dat de app niet volstaat?

Een tegenstander was ik niet zozeer. Alleen merkte ik een abnormaal groot enthousiasme, een geloof bijna, dat een app en technologie het hele contactonderzoek zou kunnen aanpakken. Daarom voelde ik me genooddaakt om dat enthousiasme te temperen om zo de aandacht opnieuw te verleggen naar het feit dat het mensenwerk is, en geen computerwerk. Enkele maanden geleden presenteerde de WHO zelf nog de conclusies dat “van alle apps in de wereld er nog nooit is aangetoond dat ze enige bijdrage leveren. Niettegenstaande de positieve berichten in vele media”. Dit zijn niet mijn woorden, dit zijn de woorden van de WHO.

De ITC was volgens u helemaal niet afgestemd op hoe contact tracing normaliter dient te verlopen, wat waren volgens u de grootste pijnpunten en hoe kan dit systeem performanter gemaakt worden?

Ik denk dat ik hierboven bij de andere vragen al voldoende punten heb aangehaald.

Er werd her en der voor gepleit om de huisartsen zelf aan contacttracing te laten doen omdat deze de patiënten kennen en er een vertrouwensrelatie mee hebben. Is dat volgens u een oplossing?

Het lokale initiatief in Antwerpen vertrekt voornamelijk vanuit de huisarts en de ELZ's. Dat is een hele goeie evolutie.

Hoe kan het dat in België het bron en clusteronderzoek zo laat op gang kwam, en men zo karig is met het vrijgeven van data over dit bron of clusteronderzoek? Hoe cruciaal is dit volgens u?

GDPR werd vaak als argument gebruikt om zaken niet te implementeren. De design van de centrale database bij Sciensano is extreem gebruiksonvriendelijk, gefragmenteerd, in bits and pieces onderverdeeld in verschillende databases, in verschillende periodes, die zeer moeilijk aan mekaar te linken zijn, met onzekerheid over de compleetheid van de data en de standaard definities van de factoren doorheen de tijd.

Men had van in 't begin de beste experts uit ons land moeten laten meedenken over het ontwerp van die dataverzameling, het databasebeheer en de data-analyse. België heeft enkele van de beste mensen op dat vlak in Europa, zo niet in de wereld. Voor alle duidelijkheid, ik zelf hoor daar niet toe, maar ik ken ze wel, en die zitten bijvoorbeeld bij de groep van Niel Hens (UHasselt), bij het Instituut Tropische Geneeskunde en bij de groep van Emmanuel André. Kijk naar wie er recent nog wetenschappelijk gepubliceerd heeft over het onderwerp. Ik heb van in het prille begin sterk en veelvuldig gepleit om die mensen/groepen te betrekken en mee te laten werken binnen Sciensano om hen te ondersteunen met hun uiterst relevante expertise.

Wat zijn uw grootste frustraties mbt de contact tracing? Bij wie moest u zijn om gehoor te vinden? En lukte dat?

De toelichtingen hierboven geven hierop al een antwoord.

Wie was beslissingsbevoegd voor deze contact tracing?

Normaal zijn de regionale agentschappen bevoegd: Agentschap Zorg en Gezondheid, Agence pour un Vie de Qualité, Gezondheidsinspectie Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Referent für Gesundheit-Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

In pandemische omstandigheden kan de federale overheid de coördinatie overnemen, dat is waar. Maar dat was helemaal niet duidelijk en goed afgesproken. De expertise zit ook helemaal niet bij die federale overheid en ook niet bij Sciensano. Het is net de bedoeling van het maken van een Preparedness Plan om op voorhand zulke dingen af te spreken in goed overleg.

Wat kan ertoe geleid hebben dat dit zo traag en gebrekkig performant opstartte?

Dat het traag opstartte wil ik weerleggen. Er werd reeds voor de eerste golf aan contact tracing gedaan door de bevoegde agentschappen.

Dat het systeem in het begin grote gebreken vertoonde is wel waar, dat verbeteringen wel erg lang op zich lieten wachten ook. Ik legde hierboven reeds uit wat ik denk dat er beter had gekund.

Volgens mevr. Moykens werkt het tracing systeem nu naar behoren. Bent u hiermee akkoord? Denkt u dat ons huidig systeem goed genoeg werkt om binnenkort te versoepelen? Wat zijn de verbeterpunten ?

Er is heel veel vooruitgang geboekt en met heel hard werk door alle betrokken is het systeem inderdaad al veel veel beter en performanter. Ik heb dat ook meermaals zo vermeld o.a. bij het interview voor Pano. Helaas liet men dat niet zien in de uiteindelijke uitzending.

Er ontbreken echter nog indicatoren waar de kwaliteit van het werk systematisch mee kan gemonitord kan worden. Dus niet enkel het aantal telefoontjes en de snelheid van het geheel. Vanuit de aanbevelingen van onze partner, het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), heb ik België en al z'n werkgroepen geadviseerd om enkele indicatoren voor de monitoring en evaluatie van het contactonderzoek mogelijk te maken, die tot nu toe niet systematisch (genoeg) beschikbaar zijn met trends door de tijd heen. Specifiek voor indicator 1, 5, 6 en 7 hieronder :

## Monitoring and evaluation

Several indicators that can be used to measure the efficacy and effectiveness of contact tracing operations are included in the ECDC 'Monitoring and evaluation framework for COVID-19 response activities in the EU/EEA and the UK' [67]. These indicators are currently not reported to ECDC.

**Table 3. Indicators to monitor contact tracing operations**

| Indicator                                                                                                                              | Rationale                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Use of specialised contact tracing software e.g. Go.Data                                                                               | Using contact management software facilitates the contact tracing process, coordination and follow-up, in particular in scenarios with large number of daily cases.                                                                                                                              |
| Availability of mobile app(s) to complement manual contact tracing and proportion of population that has downloaded them               | Mobile apps to support contact tracing could help complement manual contact tracing and it is important to understand population coverage as it is related to effectiveness.                                                                                                                     |
| Proportion of cases where contact tracing is initiated (interview with case by public health authorities) within 24 hours of diagnosis | To interrupt transmission contact tracing should be done for as many cases as possible as fast as possible.                                                                                                                                                                                      |
| Proportion of contact persons reached (contacted and provided with information) within 24 hours from interview with case               | To interrupt transmission, as many contacts should be reached as fast as possible with information about quarantine and follow-up.                                                                                                                                                               |
| Proportion of contacts who develop laboratory confirmed COVID19 (at initiation of tracing and over the 14 days follow up period)       | The total proportion of contacts who have symptoms of COVID-19 at initiation of tracing and are confirmed to have COVID-19 later is important to understand whether public health authorities need to speed up contact-tracing operations. The total proportion of contacts who develop symptoms |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                         | during the follow-up period and are confirmed to have COVID-19 later is important to assess whether the definitions used for contact persons are sufficiently sensitive or specific.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Proportion of contacts of COVID19-positive contacts who develop laboratory confirmed COVID19                                                            | If a high proportion of second-order contacts develop COVID-19, this indicates that contact tracing operations are too slow and that contacts of confirmed cases are not reached and quarantined soon enough.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Proportion of all newly diagnosed cases that are part of known transmission chains (i.e. who have already been identified as a contact of a known case) | If a high proportion of newly diagnosed cases have previously been identified as contact persons to a confirmed COVID-19 case, this indicates that contact tracing operations have good coverage. A low proportion on the other hand indicates that there is a lot of transmission in the community that is outside the reach of current contact tracing operations. Among the new cases who were known contacts, understanding what proportion were reached by conventional contact tracing, mobile apps or both will help the understanding of the additional contribution of mobile apps to the contact tracing effort, and also if there are any differences in the population reached by either method. |
| Median number of days from date of onset of COVID-19 symptoms to date of laboratory confirmation of COVID-19                                            | This is an indicator of delays in diagnosis that may be associated with increased transmission and unfavourable outcomes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## Analysis of contact tracing data

Data on contact tracing investigations should be systematically collated and analysed at the local and/or national level in order to learn from investigations and inform the response. Data from contact tracing can provide useful and timely information on the epidemiological situation by providing information on attack rates in specific settings and among certain groups and identifying key settings where transmission takes place.

Data obtained from contact tracing activities can also provide an understanding of the effectiveness of contact tracing as well as the impact of different mitigation measures such as physical distancing, quarantine and testing.

U bent zelf specialist in contactopsporing in het kader van tuberculose en staat erg kritisch tov de uitbouw van de contactopsporing in België in de strijd tegen het coronavirus. Mevrouw Moykens gaf echter in deze commissie aan dat “de grootte van de pandemie 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, 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”. Wat vindt u van die uitspraak?

Het is correct dat de schaal van tuberculose vele malen kleiner is dan de schaalgrootte van COVID-19. Het is echter ook waar dat er nooit gesuggereerd werd om simpelweg “een copy/paste” te maken. Dat opschaling een enorm moeilijke uitdaging was, is uiteraard correct. Alle goeie COVID-19 tracingsprogramma’s in de wereld verwijzen naar tuberculose als voorbeeld voor de opzet van hun werking en begeleiding. Alle kennisinstituten in de wereld raden aan om naar de tuberculose expertise te luisteren bij de opzet van covid contact onderzoek. De Japanse collega’s, de Chinese, Taiwan, het MIT, het CDC, het ECDC, de WHO. Allemaal.

U stelt dat het slechte contactonderzoek mensenlevens kostte. Kan u dat hard maken? Denkt u dat dat vandaag nog steeds het geval is? Mevrouw Moykens stelde in deze commissie dat de contactopsporing performant is. Ze haalde cijfers aan van het aantal bereikte positieve patiënten en contacten en stelde dat dat zeer hoog ligt.

De procesindicatoren zien er inderdaad zeer goed uit. Er wordt zeer hard gewerkt en veel getelefoneerd.

Een heel recente publicatie door professor Niel Hens toont met modellering aan dat een goed contactonderzoek een significante impact heeft op de beperking van het aantal hospitalisaties in België. Een tijdelijk niet zo goed functionerend contactonderzoek heeft dus ook zéér waarschijnlijk daar een impact op gehad.

U werd in de zomer ook betrokken bij het traceren in Antwerpen via het Tropisch Instituut. Kan u hier meer over vertellen? Was dit een succesverhaal?

Zie hoger.

Denkt u dat de overheid beter direct een lokale tracing moest opzetten? Was dit mogelijk geweest?

Zoals reeds in begin april geadviseerd wijst de wetenschappelijke evidentie erop dat een goede contact tracing gebeurt met lokaal ingebedde mensen. Dit was in theorie mogelijk geweest, aangezien iedere gemeente wel een maatschappelijk assistent, een sociale dienst of een OCMW heeft.

U zei zelf in Pano dat men helemaal opnieuw zou moeten beginnen met de contactopsporing. Denkt u niet dat er dan kostbare tijd zou verloren gaan? Hoe ziet u dat concreet?

Helemaal opnieuw beginnen is verkeerd uitgedrukt. Maar wel:

- eindelijk implementeren wat al bijna een jaar geleden geadviseerd werd
- het herontwerpen van de datastromen en de databewaring mét inspraak van de beste experts van het land, zodat analyses in quasi real-time makkelijk kunnen gebeuren op een GDPR-proof manier.
- het loslaten van de scripts voor de bellende agenten
- het geleidelijk loslaten van de commerciële call centra en hun werk inbedden of in kantelen in lokale besturen/structuren/huisartsen/ELZ's.

Hoe komt het dat de kwaliteit van het contactonderzoek en brononderzoek na negen maanden epidemiebeheer nog niet optimaal verloopt? Waarom kunnen we nog steeds het web van besmettingen niet in kaart brengen en de bronnen opsporen?

We kunnen dit ondertussen toch wel beter en beter, dat moet ook benadrukt worden. Maar een aantal heikele punten die overblijven heb ik hierboven reeds beschreven.

Hoe komt het dat men slechts in mei 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?

Dat is niet correct. Er werd reeds voor de 1<sup>e</sup> golf aan contactonderzoek gedaan door de bevoegde instanties en agentschappen.

Wat zou nu doen als we van nul zouden kunnen herbeginnen?

Wat er in mijn visienota staat en wat er hierboven reeds allemaal vermeld is.

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 het beleid vandaag dergelijke strenge lockdown-maatregelen moet hanteren, omdat het contactonderzoek en het brononderzoek te weinig efficiënt werkt?

Landen vergelijken is uiterst moeilijk en eigenlijk wat af te raden. Een vorm van lockdown, in België als klein landje omringd door andere landen en als transport- en verkeerskruispunt in Europa, was nooit te vermijden geweest. Ook met een perfect contactonderzoekssysteem.

De landen in de vermelde regio's die zeer goed waren in het beheersen van de epidemie hadden allemaal een zeer uitgebreid systeem van preventiemedewerkers verspreid over heel het land die met allerlei soorten preventie bezig zijn. Maar die in tijden van crisis zeer snel allemaal kunnen ingeschakeld worden voor pandemie aanpak (bvb. contact tracing).

Deze landen hadden ook al reeds een zeer duidelijke chain of command met één epidemic crisis unit die de richting bepaalt. Men heeft er zeer snel ingrijpende beslissingen genomen. Dit had men geleerd tijdens vorige virale epidemieën. Ik hoop dat wij dat hier nu ook leren.

Ook de bevolking zelf was al veel waakzamer en bewuster geworden voor epidemieën door er al een paar mee gemaakt te hebben. Dit zorgde voor een veel snellere effectieve toepassing van de maatregelen door de bevolking, op het moment dat die door de overheid worden uitgevaardigd.

In de vergelijking met de succesverhalen van de Aziatische landen die succesvol aan contact- en bronopsporing doen wordt vaak aangegeven dat er een andere wetgeving op privacy is. Denkt u dat die aanpak ook hier mogelijk is? En zo ja welke stappen zouden ondernomen moeten worden?

Ik ken de privacy wetgeving in die landen niet dus ik kan daar niet over oordelen. Zie hierboven.

Stond de GDPR-wetgeving in ons land in de weg van een efficiënte tracing? Wat is uw ervaring met Smals? Hoe verliep die samenwerking?

Niet zozeer de GDPR-wetgeving, maar wel de véél te strikte interpretatie ervan. GDPR geeft duidelijk wat mogelijkheden als het gaat om ernstige volksgezondheidsproblemen. Net hiervoor zijn inhoudelijke onderhandelingen met de GBA zo nuttig, om tot een vergelijk en een balans te komen.

Smals bestaat uit excellente en zéér hardwerkende ICT-professionals, maar zonder enige expertise in contacttracing, brononderzoek of clusteranalyse. Dus zonder kennis over welke data, datastromen en analyses daarvoor nodig zijn. De samenwerking verliep vaak op een manier dat de beslissingen werden genomen met de ICT in gedachte, en niet zozeer de expertise, ook al maakten beiden deel uit van dezelfde werkgroep.

Wordt open source aangeraden voor tracing en brononderzoek? Kan u dat duiden?

Ik ben niet zeker wat met open source bedoeld wordt. Er bestaat een gratis, in contact tracing gespecialiseerde software ontwikkeld door de World Health Organisation en het Global Outbreak And Respons Network, specifiek ontwikkeld voor contactopvolging en clusteranalyse. Het is al veelvuldig gebruikt bij andere pandemieën, al meermaals aangepast en verbeterd zodat de kinderziektes er definitief uit zijn. Het is beschikbaar voor alle landen, en komt met gratis expert training, gratis IT-helpdesk, gratis inhoudelijke en epidemiologische advisering, gratis installatie advies etc... Het is erg flexibel voor wat betreft het importeren en exporteren van gegevens en er is een gebruiksvriendelijke smartphone applicatie voor veldwerk. Dit programma, Go.Data, stond expliciet vermeld in de initiële visienota als optie omdat dit aangeraden werd door het ECDC en de WHO, maar hier is nooit enige aandacht aan besteed. Waarom, weet ik niet.

Het succesvolle tracingproject aan de KUL van o.a. Joren Raymenants en Klaas Nelissen, waar ik mee aan adviseerde, gebruikt wel deze Go.Data tool naar grote tevredenheid. Dit project ontving felicitaties van de WHO.

## 10° LOCKDOWN EN EXITSTRATEGIE

Wat kan u ons vertellen over de gevolgen van corona op langere termijn?

Er bestaat veel blijvende morbiditeit na het doormaken van COVID19. Vél mensen die langdurig met klachten blijven zitten met verminderde kwaliteit van leven en verminderde productiviteit. In veel kosten-baten discussies wordt de kost van deze langdurige morbiditeit niet mee genomen. Voor meer gedetailleerde klinische symptomen en verloop ervan verwijs ik u door naar de vele excellente clinici in ons land.

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

Ik hoop het van harte. Het moet eigenlijk wel, want deze crisis heeft perfect aangetoond waar de problemen zich in onze maatschappij bevinden. Een massale shift van Cure naar Prevention niet doorvoeren is onverantwoord. Het zal mensenlevens besparen, en tegelijkertijd economische kosten besparen.

Welke voorwaarden zijn belangrijk om een quarantaine te respecteren? Denkt u dat het belangrijk is om het inkomen van mensen te garanderen als ze in quarantaine moeten, in het respecteren van de quarantaine? Denkt u dat quarantainecoaching nodig is, afgestemd op en geïntegreerd in het systeem van de contactopsporing?

Voor een behoorlijk grote groep mensen is het zich houden aan isolatie of quarantaine sociaal of financieel of psychologisch of logistiek bijna onmogelijk. Daarom moet er voor die mensen de nodige steun en begeleiding voorzien worden. We hebben gepleit om de periode van quarantaine als ziekteperiode te laten erkennen maar dat is niet gelukt. De coaching en begeleiding van die mensen maakt inherent deel uit van goede covid19 contacttracing en de beste programma's in de wereld doen dit.