

Bijzondere Kamercommissie COVID-19

Antwoord op de schriftelijk overgemaakte vragen

Supplement naar aanleiding van de gestelde vragen.

Maggie De Block

23 april 2021

Inhoud

Inleiding.....	1
1. Bevoegdheidsverdeling: geen hiërarchie tussen federale en deelstaatoverheden.....	2
2. Generiek pandemieplan – verrichte werk.....	3
3. Aanbevelingen: blijvend inzetten op de aantrekkelijkheid van het beroep	6
3.1. De algemene verpleegkundige bestaffing.....	6
3.2. Verloning en aantrekkelijkheid van het beroep	7

Inleiding

In de hierna volgende pagina's vinden de leden van de Bijzondere Commissie COVID-19 naar aanleiding van bijkomende, gestelde vragen. Er worden drie onderwerpen aangesneden:

- Bevoegdheidsverdeling in de crisisbeheersing
- Bijkomende elementen over het proces dat moest zorgen voor een Generic Pandemic Preparedness Plan na de 6^{de} Staatshervorming
- Het beroep van de verpleegkundige in de legislatuur 2014-2019.

1. Bevoegdheidsverdeling: geen hiërarchie tussen federale en deelstaatoverheden

De bijzondere wetgever heeft zich bij het voltrekken van de zesde staatshervorming als voorstander uitgedrukt dat de federale overheid bevoegd bleef voor een pandemie en stelt in zijn toelichting: “Bovendien blijft de federale overheid bevoegd voor het crisisbeleid wanneer een pandemie dringende maatregelen vereist.” Echter, in tegenstelling tot bv. de maatregelen van nationale profylaxis die de wetgever opnam als expliciete federale bevoegdheid in art. 5 van de BWHI, deed zij dat niet voor het nationaal crisisbeheer.

De Raad van State stelde hierover in haar advies nr. 53932/AV van 23 augustus 2013: “Het is niet omdat maatregelen betrekking hebben op de bestrijding van een volksgezondheids crisis dat de federale overheid bevoegd kan worden geacht. Integendeel, elke overheid is verantwoordelijk voor de bestrijding van een volksgezondheids crisis binnen de grenzen van haar eigen materiële bevoegdheden, hetgeen echter niet uitsluit dat ter zake een samenwerkingsakkoord kan worden gesloten.”

Kortom, doordat het crisisbeheer inzake een pandemie niet werd opgenomen in de bijzondere wet op de hervorming van de instellingen van 1980 zoals de Raad van State aanbeval, noch de bevoegdheid expliciet federaal werd gemaakt, blijven de deelstaten ieder wat hen betreft binnen hun bevoegdheden verantwoordelijk voor het crisisbeheer.

Besluitend kunnen we stellen dat indien we in de toekomst naar een efficiënter beheer van een nationale gezondheids crisis zoals een pandemie willen evolueren, de BWHI dat duidelijk zal moeten regelen en bepalen wie bevoegd is voor wat – liefst zoals we intussen weten zoveel mogelijk bij één overheid inclusief een duidelijk uitgetekende hiërarchie.

2. Generiek pandemieplan – verrichte werk

Ik heb het al gehad over de verschillende contacten tussen mijn kabinet en de FOD Volksgezondheid. Zo heb ik verschillende groene nota's overgemaakt aan de voorzitter van de FOD met de vraag om gevolg te geven aan de aanbevelingen uit de audit van de WHO uit 2017. Dat toont toch voldoende aan dat ik hier echt een werkpunt van had gemaakt.

Nogmaals ter herinnering: die audit kwam er op vraag van onszelf. Ook dat lijkt me toch te tonen dat we daar met ons land wel degelijk proactief mee bezig waren. De *joint external evaluation* van de WHO was trouwens globaal gezien zeer positief voor België en hielp ons om een aantal prioriteiten af te bakenen: naast generieke *preparedness* bijv. ook de strijd tegen antibioticaresistentie.

Sinds 2015 heeft de Belgische overheid geïnvesteerd in de uitwerking van een generiek plan voor het beheer van een incident of een crisis van de volksgezondheid. Op het moment van het uitbreken van de crisis was de RMG al vergevorderd met die oefening. Dat was gericht op alle noodsituaties in de gezondheidszorg met een nationale impact en bestond uit verschillende modules, getrokken door verschillende gezondheidsadministraties. Bij de oefening o.l.v. van de RMG was alle beleidsniveaus betrokken, ook de regionale kabinetten en administraties.

Op de RMG-vergadering van 21 maart 2019 werden verschillende modules van het pandemieplan voorgesteld, waarop feedback werd gevraagd tegen 29 mei 2019. In het totaal omvatte het plan 12 modules, waarvan er op 21 maart 2019 naast de inleiding al vijf modules werden voorgesteld:

- **De inleiding**, rond de nood aan een generiek “general preparedness”-plan, de definities, types mogelijke crisissen (bijv. epidemieën; crisissen die verband houden met medicijnen, vaccins of andere gezondheidsproducten; crisissen door klimaat- of meteorologische gebeurtenissen; crisissen rond voedselveiligheid; e.a.), een beschrijving van de bestaande structuren en plannen rond crisisbeheer in ons land; ...

- Module 1, waarin de **nationale en internationale structuren rond crisisbeheer** gedetailleerd werden beschreven, inclusief het wettelijk kader, de actoren, de bevoegdheden, de verschillende fasen in crisisbeheer, etc.
- Module 2, over de **gevalsdefiniëring en de epidemiologische opvolging**.
- Module 5, over **contact tracing** en de manier waarop die het best georganiseerd wordt.
- Module 9, over **communicatie naar het publiek en naar professionals**.
- Module 10, over de **informatiestroom** in tijden van crisis en de instrumenten die nodig zijn om die stroom goed te beheren.

Op de RMG-vergadering van 20 juni 2019 werden nog eens vijf modules besproken, waar feedback op werd gevraagd tegen ten laatste 6 september 2019.

- Module 4, over **casemanagement**, met o.a. richtlijnen rond transport van patiënten en de behandelingen van prioritaire groepen.
- Module 6, over **preventieve maatregelen**, over de identificatie en implementatie van efficiënte preventieve maatregelen (bijv. vaccinatie, medicamenteuze behandelingen, het dragen van maskers, desinfectie van locaties, e.a.).
- Module 7, over het **beheer van stoffelijke resten** van mensen en dieren.
- Module 8, over de **logistiek in crisistijd** (met o.a. aandacht voor business continuity planning, ICT, telefonie...) en het **beheer van strategische voorraden**
- Module 11, over **maatregelen aan toegangspunten** zoals luchthavens, havens, e.a.
- Er werd ook een 13^{de} module toegevoegd, die technische fiches voor verschillende aandoeningen bundelde.

Deze elementen geven aan dat het helemaal niet klopt dat *general preparedness* niet op de agenda stond van de overheid, wel integendeel. Als je naar de verschillende hoofdstukken van dat plan in aanmaak kijkt, merk je trouwens meteen ook op hoe moeilijk zo'n oefening wel is.

In het luik over preventieve maatregelen komt de tijdelijke sluiting van scholen bijv. wel voor als een mogelijk middel om de verspreiding van een crisis tegen te gaan, maar wat op dat

moment nog helemaal niet op de agenda stond, waren de langetermijngevolgen van dat soort maatregelen, bijv. op de mentale gezondheid van de schoolgaande jeugd maar ook van hun ouders die hun leven plots helemaal zagen veranderen. Dat toont meteen hoe uitzonderlijk deze crisis wel is en hoe moeilijk het is om je goed voor te bereiden op een ramp als deze. Eén ding is alvast duidelijk: we moeten het werk van de RMG rond het generieke pandemieplan zo snel mogelijk voortzetten én in een adem opnieuw tegen het licht houden, want deze crisis heeft ons op zaken gewezen waar niemand twee jaar geleden al aan kon denken.

Twee modules die nog behandeld moesten worden, luiden:

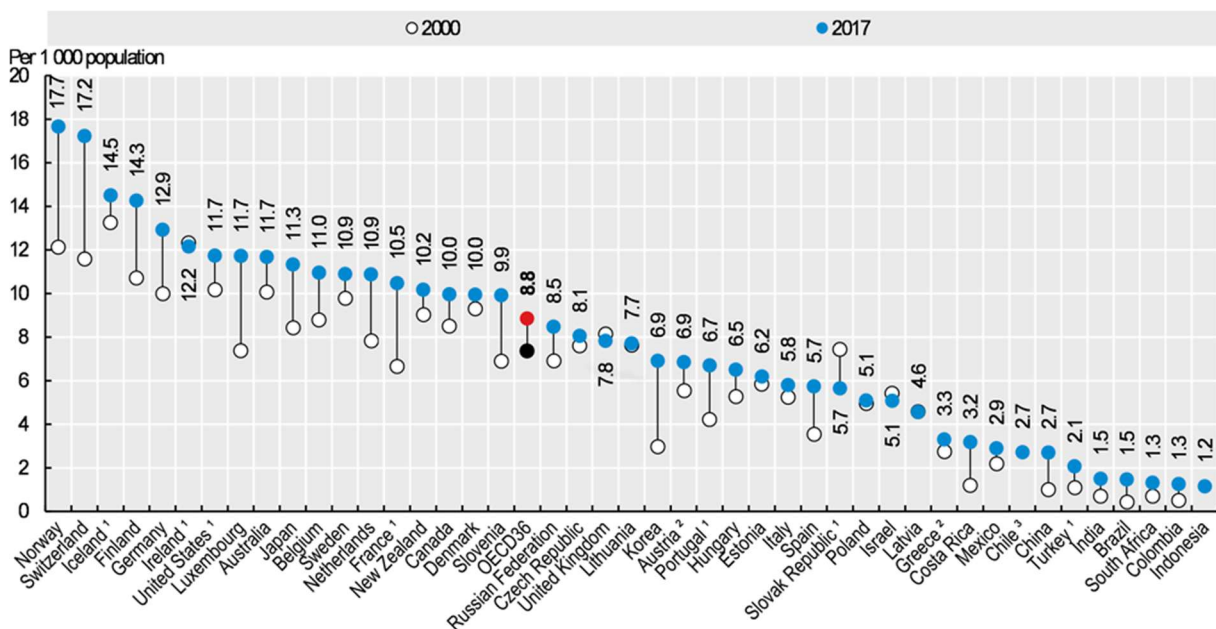
- Module 3, over de **screening van de omgeving**
- Module 12, die een **methodologie** omvatte voor de kwaliteitsvolle update van het plan.

3. Aanbevelingen: blijvend inzetten op de aantrekkelijkheid van het beroep

Ofschoon er bespaard werd in de gezondheidszorg, namen we weldegelijk maatregelen om het beroep van de verpleegkundige beter te vergoeden, kwaliteitsvoller te maken als ook maatregelen inzake aantrekkelijkheid van het beroep. We moeten blijven investeren in ons verpleegkundig corps, maar nu is er ook een scheve beeldvorming en dat is evenmin terecht. Het is dus belangrijk om te kijken: waar staan we in België en wat kunnen we nog doen.

3.1. De algemene verpleegkundige bestaffing

Volgens de OESO beschikte België in 2000 over slechts 8,7 praktiserende verpleegkundigen per 1000 inwoners. In 2017 bedroeg dat aantal 11 praktiserende. Dat is boven het OESO-gemiddelde van 8,8. Daarmee hebben we een minuscule voorsprong op Nederland (10,9) en Frankrijk (10,5).



Wanneer we de cijfers uitdrukken in termen van 'handen aan het bed', i.e. het ratio van het aantal patiënten per verpleegkundigen dan bedraagt dat volgens KCE rapport 325 een algemeen ratio van 11 patiënten voor 1 VTE verpleegkundige. Hier scoren we beter dan

Duitsland waar 1 verpleegkundige verantwoordelijk is voor 13 patiënten, maar slechter dan Nederland waar dat ratio 7.0 bedraagt. Natuurlijk moet er rekening mee houden dat er in Nederland proportioneel aanzienlijk minder bedden zijn wat in tijden van crisis zoals we hebben gezien, ook tot problemen leidt.

Hetzelfde KCE rapport 325 van 2019 heeft bepaalt dat om op een veilig en goed niveau te komen dat België moet streven naar een 24/7 ratio van 10,6 patiënten per verpleegkundige, waarbij de verhouding over dag 8/1 en 's nachts 15/1 bedraagt. Er zijn 8,5% extra VTE nodig om deze 'safe staffing' norm te halen.

3.2. Verloning en aantrekkelijkheid van het beroep

Alle aantijgingen dat de minister van Volksgezondheid massaal op de lonen van de verpleegkundigen heeft bespaart, is manifest onjuist. De positieve beweging die werd ingezet om het beroep van verpleegkundige meer aantrekkelijk te maken, moet verder gezet worden.

- Het bos van premies allerhanden hebben we geüniformeerd. De doelstelling was om een transparant loonstelsel voor verpleegkundigen te hebben. Dat kon door het zogenaamde model IF-IC. Ten tweede moest de maatregel vermijden dat we voor bepaalde verpleegkundige disciplines een overaanbod krijgen en tekort aan instroom op medische afdelingen waar verpleegkundigen minder verdienen.
- Reeds in 25 oktober 2017 bereikte ik met de partners een eerste sociaal akkoord. Voor de 95500 voltijds equivalenten die in de federale zorginstellingen aan de slag zijn, werd een loonsverhoging bereikt die gezamenlijk 340 miljoen euro vertegenwoordigt. Bovendien werd nog eens 50 miljoen extra vrijgemaakt voor de versterking van de pensioenen in de 2^{de} pijler.
- Tevens werden de voorwaarden tot toetreding en opleidingsvereisten voor het beroep eindelijk in lijn gebracht met de Europese normen. Daarbij werden een aantal ondersteunende maatregelen voorzien met oog op aantrekkelijkheid van het beroep:
 - Verpleegkundig specialist
 - wettelijke basis in de WUG

- Bekwame helper
 - protocolakkoord met alle 9 Belgische ministers bevoegd voor gezondheid
 - eensgezindheid dat het wettelijk mogelijk moet worden dat personen uit de omgeving van de patiënt ('bekwame helpers' zoals leerkrachten, opvoeders, jeugdleiders en kinderverzorgers) bepaalde verpleegkundige handelingen mogen stellen binnen een welbepaald kwaliteitskader (o.a.: delegatie door verpleegkundige of arts, opleiding van een verpleegkundige of arts, beschrijving van het zorgplan,...) zoals nu reeds het geval is voor mantelzorgers
- Vaccinatie
 - verpleegkundigen mogen in afwezigheid van een arts vaccinaties toedienen
 - voordien was de aanwezigheid van een arts verplicht
- Bijkomende bevoegdheden verpleegkundigen gespecialiseerd in pediatrie en neonatologie
 - Verschil met andere verpleegkundigen: zij mogen intra-osseuse katheters plaatsen en bepaalde handelingen waarvoor een verpleegkundige een voorschrift van een arts nodig heeft, kunnen zij autonoom uitvoeren (bijv. reanimatie met invasieve middelen)

Deze bevoegdheden werden voordien al toegekend aan verpleegkundigen gespecialiseerd in spoedgevallenzorg en intensieve zorgen.