Vlaamse Regering

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING.

BISNOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Verlenging van de tijdelijke capaciteitsuitbreiding infectieziektebestrijding door middel van mobiele teams.

Samenvatting:

Medio 2020 nam de Vlaamse Regering de beslissing tot het oprichten van mobiele teams als versterking van het Agentschap Zorg en Gezondheid in de strijd tegen de COVID-19 pandemie. Deze zijn progressief geworven en aan de slag gegaan in zowel een uitbraakpreventierol als in een clusterbestrijdingsrol.

De pandemie is evenwel nog niet voorbij, en ook met zowel het preventieve als met het clusterwerk van de mobiele teams is dat zo. Dat werk kan onmogelijk binnen de bestaande werking van het Agentschap opgevangen worden. In die zin wordt een verlenging gevraagd van de inzet van de nu bestaande en opgeleide mobiele teams, om te vermijden dat de bestaande noden en opdrachten in het kader van COVID-19 deels moeten stopgezet worden.

Er zijn veel onzekerheden over de resterende duur van de epidemie, maar verwacht wordt dat er tot eind juli 2022 een veelheid van taken en opdrachten zullen zijn die het Agentschap in zijn normale bezetting onmogelijk kan realiseren. Tot die tijd wordt dan ook de verlenging gevraagd van het engagement in de mobiele teams.

De budgetkost voor een dergelijke verlenging tot medio 2022 wordt ingeschat als 1.630.602 euro.

1. SITUERING

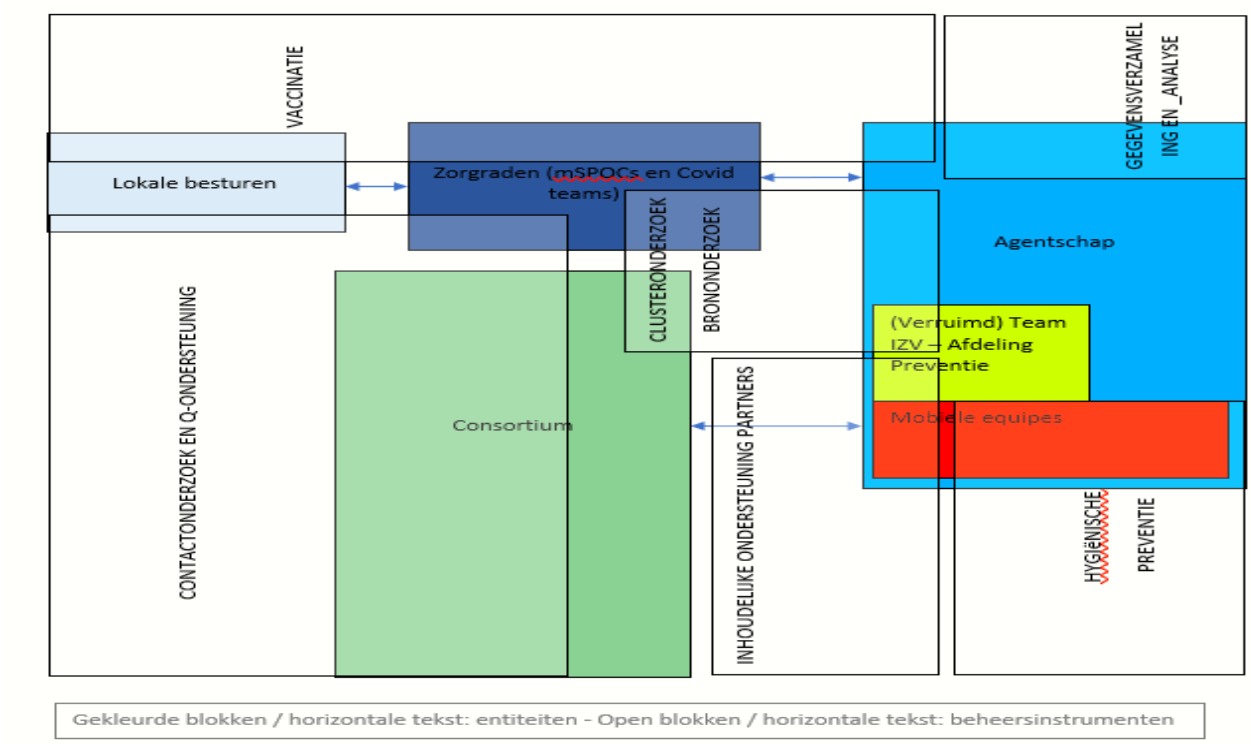
A. BELEIDSVELD/BELEIDSDOELSTELLING

BELEIDSDOMEIN: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

De Vlaamse en andere regeringen in België ontwikkelden een arsenaal aan beheers- en verdedigings-instrumenten tegen uitdijende uitbraken en nieuwe golven van coronavirusverspreiding. Het gaat dan om de maatschappelijke maatregelen om contacten te verminderen (tijdelijk sluiten van bepaalde plaatsen), het minder risicovol maken van contacten (maskerdracht, afstand…), vaccinatie, besmettelijke zieken en contacten isoleren van de gevoelige bevolking via contactopsporing de preventie en bestrijding van uitbraken door opleiding, veldonderzoek en interventies op het terrein. Op dit laatste terrein speelt de Afdeling Preventie van Zorg en Gezondheid een belangrijke rol, alsook daarbinnen de 'mobiele teams infectieziektebestrijding'. Deze nota behandelt de oorsprong,

inzet op het terrein, verdere nood en wenselijke toekomst van de mobiele teams infectieziektebestrijding.

Onderstaand schema geeft de Vlaamse beheersinstrumenten (open vlakken) en de financieel ondersteunde partnergroepen (gekleurde vlakken) vanuit het Vlaamse gezondheidsbeleid aan, en de positie van de mobiele teams in dit geheel (rood vlak).



Figuur 1: positie van mobiele teams in Vlaams gezondheidsbeleid

De mobiele teams vinden hun oorsprong in RMG- en GEES-werk waaruit op 13 mei 2020 een nota 'second line of defence – virus resurge management' ontstond. Over de oprichting en inzet van de mobiele teams wordt daar gesteld: 'De inzet zal in het veld aan lokale actoren een begeleiding bieden ter preventie- en uitbreiding van "nieuwe" kleine clusters COVID-19'. De GEES stelde ook dat dit één van de elementen vormt die kunnen bijdragen tot het vermijden van een nieuwe algemene lockdown.

B. VORIGE BESLISSINGEN EN ADVIEZEN

Het uitvoeringsbesluit van de Vlaamse Regering van 19 juni 2009 betreffende initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten, die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan geeft uitvoering aan het Decreet betreffende het Preventieve Gezondheidsbeleid van 21 november 2003. In dit besluit worden de voorwaarden voor het melden van een infectieziekte uitgewerkt, en wordt weergegeven hoe de bevoegde artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding instaan voor het behartigen van de meldingsplichtige infectieziekten en het nemen van de nodige indijkingsmaatregelen. Ook besmettingen met SARS-CoV zijn meldingsplichtig gezien het vanuit de SARS-CoV-1 epidemie in 2003 gekende uitbraakpotentieel.

Op 26 juni 2020 besliste de Vlaamse Regering om de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding te gelasten met het opstellen en uitvoeren van een plan voor de gefaseerde inzet van maximaal 52 FTE voor 1 jaar waarbij maximaal gezocht wordt naar vrijwilligers, deeltijdse medewerkers, huisartsen in opleiding, deeltijdse detacheringen, enz.. Ze gaf haar goedkeuring aan het opstarten van het wervings-en selectieproces in functie van een

tijdelijke personeelsuitbreiding bij het Agentschap Zorg en Gezondheid voor 1 jaar voor de nog resterende nood.

Op 25 september 2020 hechtte de Vlaamse Regering haar definitieve goedkeuring aan het Besluit van de Vlaamse Regering over mobiele teams infectieziektebestrijding als tweedelijnsdefensie in een epidemie.

Het akkoord van de Vlaamse minister bevoegd voor het algemeen beleid inzake personeel en organisatieontwikkeling werd verleend op 14 mei 2021.

Een voorwaardelijk gunstig advies werd door de Inspectie van Financiën gegeven op 14 april 2021.

Het begrotingsakkoord werd aangevraagd op 28 april 2021.

2. MOTIVERING VOOR VERLENGING VAN DE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN MOBIELE TEAMS INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

C. EPIDEMIOLOGISCHE SITUATIE EN PROGNOSE

De corona-epidemie vertoont tot op heden een golvend verloop. Na een eerste initiële piek in de periode maart-april, volgde na de lockdown een korte periode van slechts matige viruscirculatie in de bevolking. Deze luwere fase was echter van korte duur. Reeds enkele weken na de versoepeling van de maatschappelijke maatregelen om de transmissie te beperken begon het aantal bevestigde gevallen opnieuw te stijgen. Deze stijging leidde tot een tweede golf in het najaar van 2020. Na de piek van deze golf stagneerden de besmettingen op een hoog plateau van 1.000-2.500 cases per dag.

Ondanks dat de epidemie in de maand februari op een hoog plateau leek te stabiliseren zagen we in maart een nieuwe infectiegolf met de gekende problemen vooral ter hoogte van de (intensieve) zorg.

Ondanks dat nieuwe maatregelen de derde golf nu stilaan ombuigen, biedt dat zeker geen garantie voor de toekomst. Ook na de derde golf zal er een blijvend labiel evenwicht zijn tussen de maatschappelijke maatregelen en het gedrag van de bevolking langs de ene kant, en de infectiedruk en transmissie van het virus langs de andere kant. Versoepelingen, meer besmettelijke COVID-varianten waarvan er nu reeds gevestigd of in opmars zijn (UK-variant: 69%; Zuid-Afrikaanse variant: 5,5%; Braziliaanse variant:3%) maar nieuwe varianten die zullen opduiken, introductie van infecties uit het buitenland, enz. maken volgende golven eerder waarschijnlijk dan uitgesloten.

Zolang er onvoldoende immuniteit is opgebouwd in de gemeenschap, en er dus grote aantallen “infectiegevoelige” personen zijn, zal iedere versoepeling en toename van de intermenselijke contacten aanleiding geven tot nieuwe verspreiding en een verhogend aantal cases per tijdseenheid. Alleen wanneer het virus onvoldoende “infectiegevoelige” personen vindt, dooft de epidemie uit; dat kan bijvoorbeeld door een voldoende mate van vaccinatie op voorwaarde dat deze (een mate van) steriliserende immuniteit geeft. Met een steriliserende immuniteit bedoelen we dat een gevaccineerde niet alleen niet of minder ziek wordt bij besmetting, maar tevens het virus zelf niet verder kan verspreiden. De mate van steriliserende immuniteit na vaccinatie is vandaag nog onbekend.

Wanneer de vaccinatie geen of onvoldoende steriliserende immuniteit biedt zullen er blijvend infectiegolven ontstaan. Indien de vaccinatie ondanks het niet bieden van een steriliserende

immuniteit ernstige ziekte voorkomt, en de ziekte als het ware omvormt tot “een verkoudheid”, zijn dergelijke infectiegolven niet bedreigend voor de volksgezondheid noch voor de zorgstructuren.

Het doel is om alle volwassenen tegen medio juli 2021 een eerste keer te vaccineren. Maar ook een tweede dosis zal nog tijd vergen, en ook dan zijn er nog de jongste 18 levenscohorten die niet gevaccineerd zijn en een grote groep “gevoeligen voor infectie” vormen. Rekening houdend met de opgezette studies voor vaccinatie van jongeren (er is nog maar één vaccin met een licentie onder de 18 jaar, met name tot 16 jaar) en de logistiek die vaccinatie inhoudt, zal het minstens nog tot het einde van 2021 duren vooraleer door de massale vaccinatie de infectiedruk daalt en/of de ernst van de vastgestelde infecties afdoende is gedaald om maatschappelijk aanvaardbaar te zijn en de zorgstructuren niet te kunnen impacteren.

D. SAMENSTELLING EN INZET VAN DE MOBIELE TEAMS

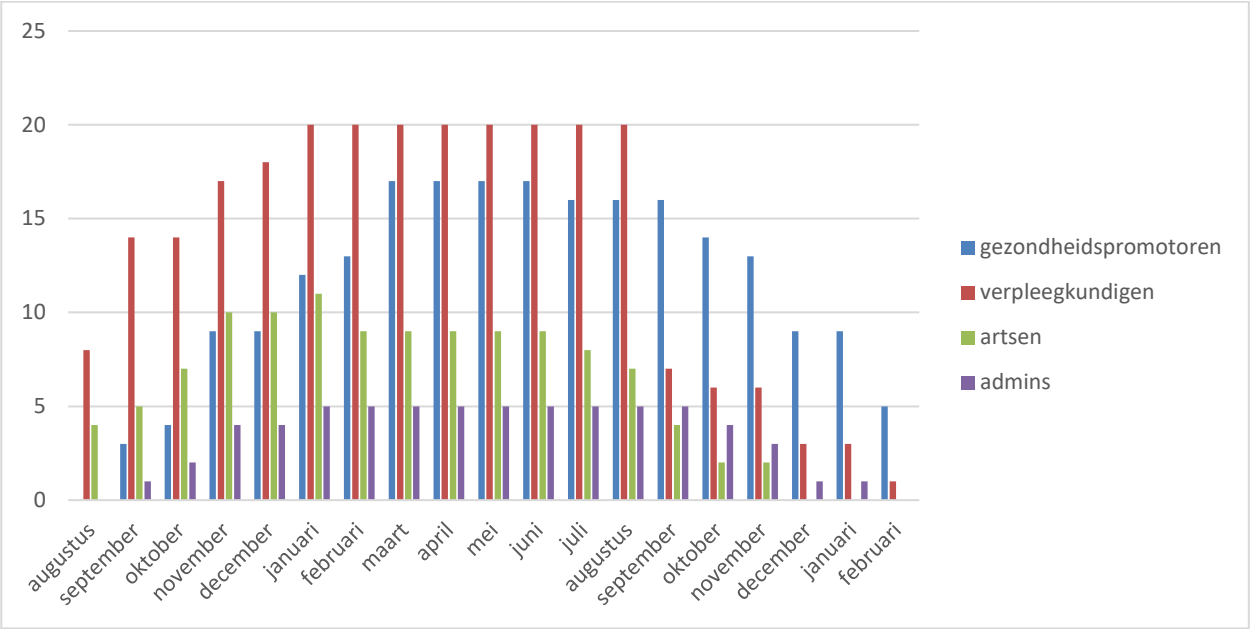
De aanwerving van de mobiele teams gebeurde op een gefaseerde wijze met, conform de beslissing van de Vlaamse Regering, eerst een aantrekken van de nodige functies via alternatieve pistes dan werving.

- Help-de-Helpers-lijst: de uitnodiging tot inzet binnen de op te richten mobiele teams is zonder resultaat persoonlijk bezorgd aan een selectie van personen met het juiste profiel en met name aan 271 artsen, 53 sociaal verpleegkundigen en 134 mogelijke gezondheidspromotoren. De redenen voor het gebrek aan interesse zijn niet duidelijk. Mogelijk betreft het het wat langer gevraagd engagement dat absoluut nodig is gezien opleiding noodzakelijk is om op een doeltreffende manier inzet mogelijk te maken.
- Huisartsen in opleiding: de mogelijkheid werd onderzocht of een (deeltijdse) inzet in de mobiele teams geassimileerd zou kunnen worden met een stage in het kader van de opleiding tot huisarts. Contactname door het Agentschap zowel als schriftelijk door de bevoegde minister zelf met de Voorzitter van de Erkenningscommissie voor huisartsen en de directeur van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding) hadden geen succes.
- Ter beschikking stelling vanuit organisaties voor thuisverpleging (Wit-Gele Kruis en i-mens): deze werden gecontacteerd en leverden een klein succes op: 2 verpleegkundigen voor 0,5 VTE. De thuiszorgdiensten hadden hun personeel zelf broodnodig in de COVID-pandemie.
- Ter beschikking stelling vanuit de externe diensten voor bescherming en preventie op het werk. Meerdere verkennende gesprekken daarover met Coprev, de koepelvereniging, met IDEWE en de CLB-Group leverden een initiële positieve respons op maar konden niet geconcretiseerd worden in een effectieve terbeschikkingstelling, mede door de kostprijs die soms stukken hoger lag dan voor werving.
- De minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding organiseerde tenslotte ook nog een verder overleg waarop Wit-Gele Kruis, i-mens, Instituut voor Tropische Geneeskunde, VRGT, Rode Kruis, Domus Medica, Artsen Zonder Grenzen, IDEWE, Vereniging van Wijkgezondheidscentra uitgenodigd waren met de vraag om op korte termijn personeel ter beschikking te stellen. Met de VRGT en het Wit-Gele Kruis werd een beperkte versterking gerealiseerd. De wijkgezondheidscentra konden slechts zeer sporadisch en partieel mensen ter beschikking stellen, waarbij de investering in opleiding versus beschikbaarheid helemaal niet in verhouding was. Anderzijds was er in volle crisis ook geen capaciteit vrij bij deze diensten om mensen uit te sturen. Er werd wel goed samengewerkt met Artsen Zonder Grenzen en IDEWE die geholpen hebben in de opleiding van de mobiele teamleden.

Uiteindelijk zijn een beperkt aantal ter beschikking stellingen gerealiseerd met de VRGT (1 persoon 0,8 VTE), Wit-Gele Kruis (2 personen aan 0,5 VTE), Stad Antwerpen (1 persoon aan 0,2 VTE) en herplaatsing VO personeel (1 persoon).

Vervolgens zijn de externe wervingen van start gegaan. Deze zijn blijven doorgaan tot het afgesproken aantal functies geworven waren, wat een gefaseerde opstart in de tijd betekent.

Figuur 3 toont de gefaseerde opstart van de mobiele teams in de tijd en per profiel. Bij de werving werd voorrang verleend aan de paramedische en medische profielen, gezien deze multi-inzetbaar zijn. De andere profielen werden in een tweede tijd gezocht en kwamen daardoor later in dienst.



Figuur 3: evolutie van de in- en uitstroom van mobiele teamleden (in koppen)

De mobiele teams in het kader van COVID-19 zijn sinds september 2020 aan de slag, weliswaar in een steeds toenemende bezetting (op 31 maart 2021: 45,16 VTE). De mobiele teams zijn regionaal georganiseerd, en bestaan uit artsen (6,6 VTE), verpleegkundigen (18,2 VTE) en gezondheidspromotoren (14,56 VTE), aangevuld met administratieve (4,8 VTE, waarvan 2,8 VTE via horizontale mobiliteit) en coördinerende (1 VTE) ondersteuning. Er kwam tijdelijk hulp van VRGT via terbeschikkingstelling (tot 31 maart 2021) in de vorm van 0,8 VTE. Daarnaast is er, zoals hoger aangegeven, een ter beschikking stelling door Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen (1 VTE, tot 31 augustus 2021).

Het takenpakket van de mobiele teams infectieziektebestrijding is als volgt vastgelegd in het BVR van 25 september 2020:

- opleidingen en educatie aanbieden om schadelijke effecten te voorkomen die veroorzaakt worden door biotische factoren, en om de uitbreiding ervan tegen te gaan;
- staalname;
- contact- en omgevingsonderzoek;
- adviesverlening, communicatie en coördinatie bij uitbraakmanagement.

Bij de oprichting van de mobiele teams werd steeds uitgegaan van een flexibele inzet van de teamleden in functie van de zich aandienende noden op een bepaald ogenblik. Hoewel er een constante en hoge nood was (en nog steeds is) aan opleiding en educatie over infectiepreventie in de zorgvoorzieningen, werd en wordt constant gezocht naar nieuwe evenwichten tussen de inzet voor de verschillende taken, om zo veel mogelijk tegemoet te komen aan de noden op het terrein.

Opleiding en educatie

Wegens de enorme kwetsbaarheid van de bewoners van woonzorgcentra en de grote vastgestelde noden aan opleiding en educatie in deze instellingen werd in de voorbije maanden en tot op heden sterk ingezet op de eerste taak. Na een eerste aanloopfase, waarbinnen de medewerkers van de mobiele teams werden opgeleid en ingewerkt, en waarbinnen het opleidingsaanbod werd uitgewerkt, werd gestart met de uitrol van de opleidingen vanaf 2 oktober 2020.

Inhoud en aanpak

De nood aan basisopleidingen infectiepreventie (handhygiëne, gebruik persoonlijk beschermingsmateriaal, omgaan met een uitbraaktoestand om uitdijen te voorkomen, basis over ventilatie en verluchting) blijkt bijzonder hoog te zijn in de residentiële voorzieningen. Uit de ervaringen van de mobiele teams blijkt er een opvallend hoog gebrek aan kennis en vaardigheden te zijn. Die lacune wordt door de mobiele teams geremedieerd door middel van opleidingen die aan de voorzieningen worden aangeboden. Deze opleidingen zijn heel erg nodig. Zo merken de opleiders heel wat fouten op in de handhygiënegewoonten en in het gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal. Ook nu nog worden er in woonzorgcentra vragen gesteld als "mag de handalcoholgel nu niet weg aangezien zoveel mensen al gevaccineerd zijn?", wat een triest gebrek aan basiskennis op sommige plaatsen aangeeft. Niettegenstaande er al lang tools en richtlijnen ter beschikking zijn, is implementatie veruit onvoldoende. Het vergt begeleiding en coaching op de werkvloer om tot een goede implementatie en een attitude- en cultuurswitch op dit vlak te komen. Remediëring vraagt herhaling: het is nodig om kennis en vaardigheden op te frissen, om 'het juiste antwoord' te bieden op heel wat vragen, om specifieke casussen en vragen te behandelen, en om de personeelsleden 'het bos door de bomen te laten zien' in alle informatie die beschikbaar is.

De aangeboden opleidingen duren standaard twee uur. Het gaat om praktijkgerichte opleidingen, waarbij vertrokken wordt van de bestaande kennis en vaardigheden van de cursisten: wat kennen ze al, wat is nieuw, wat heeft opfrissing nodig…

Er wordt gewerkt in kleine groepen. Aan elke opleiding nemen 5 tot 15 cursisten deel. Om een groter bereik te hebben zouden grotere groepen cursisten kunnen overwogen worden. Dat werkt in de praktijk echter niet: afgezien van de nood aan een geschikt lokaal om met een grotere groep mensen samen te komen, is het niet wenselijk om de lessen voor grote groepen te organiseren. Binnen een kleine groep is er immers meer mogelijkheid tot dialoog over de bestaande ervaringen en vragen, en kan er beter geoefend worden.

De opleidingen zijn bedoeld voor zowel zorgpersoneelsleden als ondersteunende personeelsleden (schoonmaak, keuken…). In de praktijk worden de doelgroepen vaak gesplitst over meerdere sessies, zodat er meer doelgroepgericht kan gewerkt worden. Elke opleiding wordt gegeven door twee lesgevers (arts/verpleegkundige/gezondheidspromotor). In overleg met de directies van de voorzieningen wordt op voorhand bepaald welke thema's tijdens de opleidingen aan bod komen. Het gaat hierbij om COVID-19, handhygiëne, PBM-gebruik, vaccinatie, cohortering, ventilatie en verluchting, en mentaal welzijn.

Unieke instellingen

Tot 31 maart 2021 werd in 296 unieke instellingen opleiding gegeven. Daarvan werden 277 woonzorgcentra bezocht. Daarnaast gingen opleidingen door in 19 VAPH-instellingen en enkele beperkte andere voorzieningen. Dat betekent dat tot 31 maart 2021 33,74% van alle woonzorgcentra (n = 821) werd bereikt met minstens één opleiding. Voor de VAPH-instellingen gaat het om 10,16% bereikte instellingen (n = 187).

In de komende maanden, tot eind juni 2021 worden nog 148 unieke instellingen bezocht (133 woonzorgcentra, 16 VAPH-instellingen). Dat betekent dat eind juni 49,94% van de woonzorgcentra minstens één opleiding zal hebben gehad; voor VAPH gaat het om 18,72% van de instellingen.

De verlenging van de mobiele teams is onder meer ingegeven vanuit een absolute nood aan het verhogen van de kennis en vaardigheden van personeelsleden in de residentiële voorzieningen. Het gebrek aan kennis maakt het risico op uitbraken immers bijzonder groot. Zo is bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's) alleen niet voldoende: het is belangrijk dat personeelsleden ook weten hoe ze deze middelen correct gebruiken.

De kennis en praktische vaardigheden van personeelsleden in deze instellingen zijn vaak sterk onvoldoende. Hier kunnen de mobiele teamleden écht het verschil maken. Naast de aangeboden basisopleidingen (kwantitatieve aspect) wordt door de mobiele teams ook een project rond opfrissing en bijscholing uitgerold (kwalitatieve aspect); dit naast ook een initiatief vanuit de koepels.

Zoals aangegeven werden reeds 277 woonzorgcentra en 19 VAPH-instellingen bezocht. Er zijn 821 woonzorgcentra in Vlaanderen, en 187 VAPH-instellingen. Nog 544 woonzorgcentra en 168 VAPH-instellingen wachten op een eerste bezoek van de mobiele teams voor een basisopleiding, uiteraard voor zover er interesse is, er niet reeds intern opleidingsinitiatieven werden genomen, de directie de nood aan opleiding erkent…

Naast basisopleidingen is ook een terugkommoment noodzakelijk, om de kennis en vaardigheden zo te herhalen. Wenselijk is om ook te werken aan een verdiepingscyclus, om infectiepreventie als essentieel thema niet enkel aan te brengen maar werkelijk te verankeren in de werking van de voorziening.

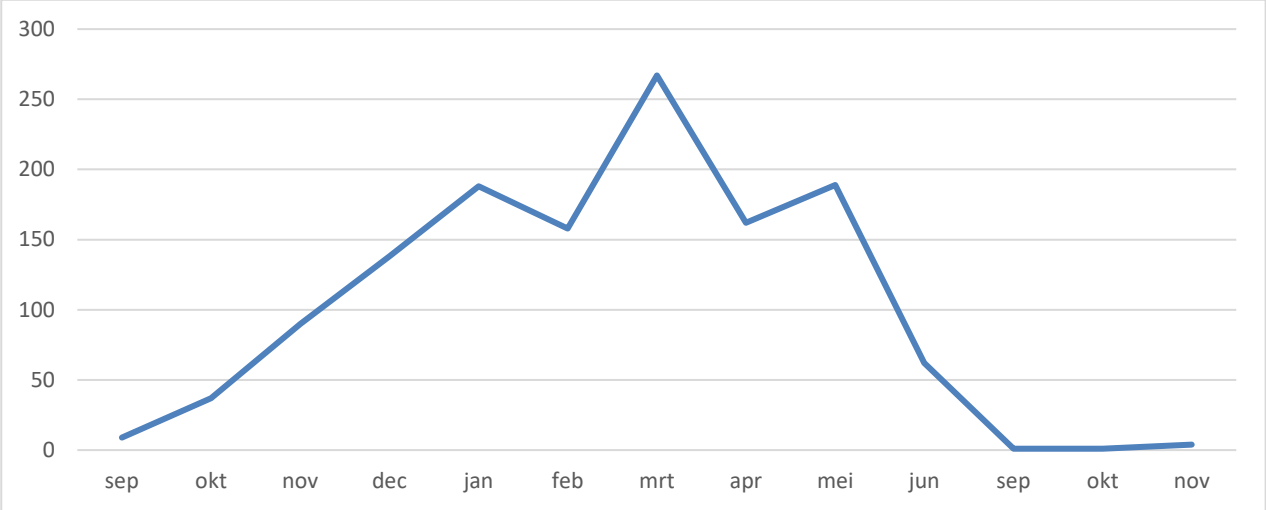
Zoals aangegeven zal eind juni 2021 de helft van de woonzorgcentra minstens één basisopleiding gehad hebben. Daarbij is er nog geen sprake van een noodzakelijk terugkommoment, en van een eventuele verdiepingscyclus die beide wel nodig zijn voor verdere verankering van de kennis. **Globaal genomen kunnen we verwachten dat, als we met de voorziene personeelscapaciteit en -evolutie en aan het huidige tempo verdergaan, tegen juni 2022 alle woonzorgcentra voor een eerste maal zullen kunnen worden bereikt. Indien er zich minder uitbraken voordoen in de gemeenschap en daar inzet van de mobiele equipes minder dan voorheen nodig is, kan eventueel een stukje versneld worden en kunnen ze ook een start nemen met terugkomdagen in de als meest precair bestempelde woonzorgcentra. Een grotere proportie van de instellingen voor personen met een handicap te includeren voor een eerste opleidingssessie is een mogelijk alternatief.**

Aantal opleidingen

Op 31 maart 2021 zijn er reeds 880 opleidingen infectiepreventie gegeven, verspreid over voorzieningen in gans Vlaanderen (cijfers vanaf eerste opleiding in september 2020). Er zijn momenteel al 423 opleidingen ingepland voor de komende weken (tot juni 2021). Dit cijfer stijgt permanent gezien doorlopend bijkomende opleidingen ingepland worden.

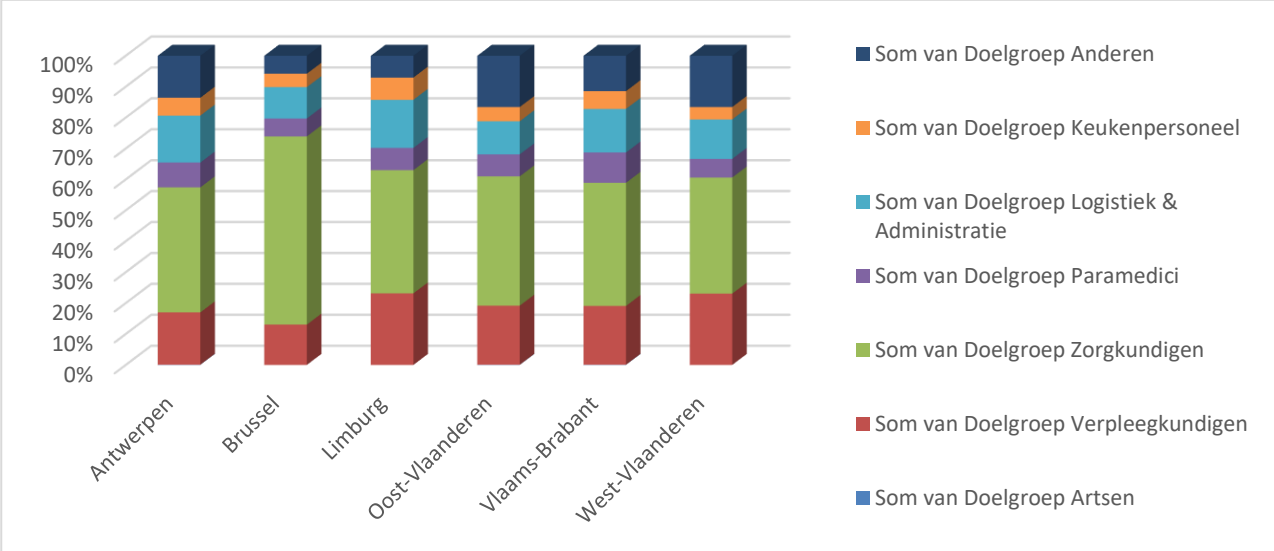
De woonzorgcentra maken absoluut de meerderheid van de opleidingen uit, zowel van de geplande als reeds gegeven opleidingen (94,43%, n = 1086 opleidingen). Daarnaast is een klein aantal opleidingen doorgegaan of gepland in VAPH-instellingen (5,22%, n = 60) en op enkele beperkte andere locaties (0,35%, n = 4).

Gezien het aantal deelnemers aan een opleiding beperkt is, worden quasi steeds meerdere opleidingssessies in eenzelfde voorziening gegeven om zoveel mogelijk personeelsleden te bereiken. Figuur 4 geeft een overzicht van het aantal opleidingen dat per maand gegeven werd en nog ingepland is.



Figuur 4: evolutie verloop opleidingen infectiepreventie

De voornaamste doelgroep die aan de opleidingen deelneemt betreft de zorgkundigen (figuur 5).



Figuur 5: deelnemende doelgroepen aan opleidingen infectiepreventie

Inzet personeel

De opleidingen van de mobiele teams startten in oktober 2020, toen nog met een beperkte personeelsbezetting. Doorheen de tijd nam het aantal gegeven opleidingen per maand, week en dag sterk toe. In de kantlijn is het belangrijk aan te geven dat het gaat om nieuwe personeelsleden voor wie een ruim inscholingstraject werd voorzien.

Een opleiding wordt steeds 'in duo' gegeven. Zowel artsen, verpleegkundigen als gezondheids-promotoren geven opleidingen. Daarbij wordt gestreefd naar een combinatie van diverse profielen: gezondheidspromotor en arts, gezondheidspromotor en verpleegkundige, en soms verpleegkundige en arts. Het is de inzet van diverse profielen, met eigen insteken, ervaringen en achtergronden, die de opleidingen extra boeiend en beklijvend maakt voor de cursisten.

Op 31 maart 2021 wordt 30,16 VTE ingezet voor de planning (4,8 FTE) en uitvoering (25,36 FTE) van deze opleidingen (totaal beschikbaar: 45,16 VTE). Naarmate het aantal geworven gezondheidspromotoren toenam doorheen de tijd, is er meer ingezet op deze taak. Het geven van opleidingen is een taak van de mobiele teams die sterk werd uitgebreid doorheen de voorbije maanden: in oktober 2020 werden 37 opleidingen gegeven; in maart 2021 gaat het om 267 opleidingen.

De inzet van de mobiele teams voor een opleiding is ruimer dan het eigenlijke geven van de les. Elke les wordt vooraf voorbereid op basis van onder andere het dossier van de specifieke instelling en de bevindingen van de Zorginspectie. Op basis daarvan wordt de lesinhoud bepaald en verfijnd. Mobiele teamleden maken lesmateriaal aan, werken werkvormen uit, bepalen leerstof en lesinhouden…
Ter plaatse in de voorziening is, voorafgaand aan elke les, een half uur de tijd voorzien voor kennismaking met de directie, bespreken van actuele situatie, klemtonen, problemen en eerdere ervaringen, en het klaarzetten van de les. Daarna gaat de les zelf van start. Personeelsleden spenderen minstens twee uur aan het effectief geven van de lessen. De les wordt gevolgd door een half uur afronding ter plaatse (individuele vragen beantwoorden, evaluaties afnemen, bevindingen bespreken met de directie van de voorziening). Na de opleiding volgen een korte registratie en het noteren en doorgeven van aandachtspunten, en volgt de opvolging van de vragen achteraf. Ook transporttijd moet in het totale plaatje worden meegerekend.

Tabel 1 geeft een ruwe schets van de inzet van personeelsleden voor opleiding en educatie, uitgaande van schattingen en gemiddelden voor voorbereiding en afronding van lessen. Het gaat hier om de huidige basisopleiding; er worden op vandaag nog geen bijkomende opfrissings-opleidingen gegeven in zogenaamde terugkomdagen. In deze tabel is geen rekening gehouden met de inscholingsfase van nieuwe collega's, en het leerproces dat collega's doormaken: nieuwe collega's lopen enige tijd 'dubbel' en worden aan een lesgevend duo gekoppeld – zij gaan eerst 'als derde man' mee als observator, en nemen na verloop van tijd meer lesonderdelen voor hun rekening.

Aantal lessen maart 2021	**267**
Voorbereidingstijd vooraf (gemiddeld 1/2e uur per les)	133,5 uur
Voorbereidingstijd ter plaatse (1/2e uur per les)	133,5 uur
Lestijd (2 uur per les)	534 uur
Afronding ter plaatse (1/2e uur per les)	133,5 uur
Afronding achteraf (1/4e uur per les)	66,75 uur
Transporttijd (2 uur per les)	534 uur
Totaal aantal uur (x2 personeelsleden)	3.070,5 uur
Benodigd aantal FTE (à rato van 30,4 uur per week of 122 uur per maand – ongeveer 1 werkdag per week is voorzien voor uitwerken lesmateriaal, werkgroepen, teamvergadering, overleg, intervisie, eigen opleiding en andere taken)	25,17 FTE

Tabel 1: Illustratie van inzet personeelsleden voor opleiding en educatie

Adviesverlening, communicatie en coördinatie bij uitbraken in zorgvoorzieningen

Naast educatie en opleiding werd door de mobiele teams sterk ingezet op adviesverlening, communicatie en coördinatie bij uitbraken in zorgvoorzieningen. Hiertoe zijn mobiele teamleden (9 VTE) toegevoegd aan het Corona-Outbreak support team, dat opgericht werd onder leiding van het bestaande outbreak support team van het team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie, in samenwerking met de collega's van Zorginspectie. Bij een daling in de uitbraken in voorzieningen – opgepast, er zijn nu ook post-vaccinatie uitbraken - kan verwacht worden dat de inzet van mobiele teamleden hiervoor kan dalen, ten gunste van het educatieve aspect van de werking, wat mogelijk het afwerken van de basisopleidingen wat kan versnellen, en toelaten ook te starten met de voor inprenting van de kennis nodige terugkomdagen.

Van 1 september 2020 tot en met 31 maart 2021 werden:

- 959 woonzorgcentra en groepen van assistentiewoningen (GAW) opgevolgd, waarvan 919 met een uitbraak;
- 3 centra voor herstelverblijf (CVH) opgevolgd, waarvan 3 met een uitbraak;
- 58 GGZ-REVA opgevolgd, waarvan 44 met een uitbraak.

In diezelfde periode waren er:

- 119 plaatsbezoeken in WZC;
- 1 plaatsbezoek in een GAW;
- 2 plaatsbezoeken in GGZ-REVA;
- 10 plaatsbezoeken aan VAPH-instellingen.

Er vond frequent ook online overleg plaats om de voorzieningen met een uitbraak via afstand te ondersteunen (ter illustratie: van begin december tot einde maart waren er 65 intensieve begeleidingen op afstand (gemiddeld 1 uur/overleg).

Alle voorzieningen die op de radar zijn verschenen omwille van een uitbraak hebben doorgaans minimum één telefonisch advies/opvolging gehad. Een eerste telefoontje om de uitbraak in kaart te brengen duurt gemiddeld een half uur tot een uur. Afhankelijk van de grootte van de uitbraak, VOC… kan het aantal telefonisch contacten/opvolgingen oplopen. Een korte weergave van de opvolging/contacten wordt in de respectievelijke fiches genoteerd.

Adviesverlening, communicatie en coördinatie bij uitbraken in community

Daarnaast en ten slotte zijn de mobiele teams (5 VTE) tenslotte ook actief in de adviesverlening, communicatie, en coördinatie van uitbraken in de community (bedrijven, woonwijken, scholen…), waarbij ze advies verlenen en helpen bij risico-inschatting van contacten, cluster- en brononderzoek. Deze inzet wordt gecoördineerd door de artsen infectieziektebestrijding van het team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie in de provinciale buitendiensten.

Dit houdt concreet onder andere volgende taken in:

- crisisvergaderingen met gouverneurs en noodplanningsambtenaren over escalerende provinciale evoluties;
- crisisvergaderingen met burgemeesters en noodplanningsambtenaren over gemeentelijke uitbraken, al dan niet in collectiviteiten zoals bedrijven;
- overleg met CLB-artsen rond schooluitbraken;
- adviesverlening MSPOC's van zorgraden rond complexe uitbraaksituaties;
- adviesverlening uitbaters kinderdagverblijven buiten de permanentie-uren van Agentschap Opgroeien;
- clusterdetectie via dagdagelijkse analyse RSZ-bestanden rond besmettingen in bedrijven;
- staalnames bij grote uitbraken, bijvoorbeeld in de voedingsnijverheid;
- wachtdiensten weekends en avonden voor dringende adviesverlening;
- …

De taken binnen dit deel van de inzet van de mobiele teams overlappen met de inzet van bedrijfsartsen, mSPOCS, CLB-artsen…. Het opnemen van de taken door de mobiele teamleden toegevoegd aan het bestaande team infectieziektebestrijding en vaccinatie (IZV) is gerelateerd met de mate waarin de andere partners hun rol degelijk opnemen (zo is bv de ene bedrijfsarts de andere niet), kunnen opnemen (aantal clusters), complexiteit en uitgebreidheid van de cluster (IZV is vooral tweede lijn), de uitval binnen het vroegere kernteam van IZV (zie verder), de noodzakelijke samenspraak tussen de partners…

Globaal is de 45,16 VTE dus momenteel verdeeld als 30,16 VTE voor opleiding, 9 VTE Corona-outbreak support instellingen en 5 VTE ondersteuning basisteam IZV voor community uitbraken en 1 VTE coördinator.

E. KOST VAN DE MOBIELE TEAMS

De kost van de mobiele teams omvat de loonkosten van de teamleden en de werkingskosten. Bij de initiële goedkeuring van de oprichting van de mobiele teams werd een budget van 3.485.541,49 euro initieel geraamd voor 52 FTE met een activiteitsperiode van 12 maanden. Wegens de gefaseerde aanwerving is de kost van de mobiele teams gespreid over de tijd. Tabel 1 (cf. hoofdstuk 3.H van de

voorliggende nota) en figuur 8 (hoofdstuk 3.J) geven een weergave van de kosten tot op heden en een voorspelling van de kosten verbonden aan de huidige tewerkstellingscontracten voor de volgende maanden.

F. BEOORDELING EN BLIK OP DE TOEKOMST

COVID-19 situatie in de open maatschappij

Zolang er geen groepsimmuniteit is opgebouwd – minstens voor ernstige infecties – zal de interactie tussen het SARS-Cov2-virus en de maatschappij er een zijn van continu stijgen en dalen van infectiedruk en incidentie die met een zekere vertraging de opeenvolgende maatschappelijke contactversoepelingen en -verstrengingen volgen. In die zin zal er nog geruime tijd een grote epidemiologische onzekerheid bestaan. Ondanks vele onzekerheden schatten we dat, rekening houdend met grote groepen ongevaccineerden (bijvoorbeeld onder de 18), de ongekende bescherming van vaccinatie tegen besmettelijkheid (wel tegen ziekte), circulerende en nieuw te verwachten varianten, nu al bestaande doorbraakinfecties en post-vaccinatie uitbraken in de woonzorg, en toenemende maatschappelijke versoepelingen, echte epidemiecontrole ten vroegste verwacht kan worden vanaf medio 2022:

- We hebben ondertussen de komst en impact gezien van een drietal zorgwekkende varianten (VOC of Variants of Concern) van het SARS-Cov2-virus. Het zorgwekkende bestaat uit een grotere overdraagbaarheid, een toegenomen ernst van de infectie, een grotere kans op verminderde bescherming na vaccinatie of een combinatie van deze mogelijkheden. Gezien het virus zal blijven muteren is het voorspelbaar dat ook nog nieuwe bijkomende VOC's zullen opduiken die de epidemie onverwachte wendingen kunnen geven.
- Het blijvende reservoir bij (nog) niet gevaccineerde kinderen en jongeren voor viruscirculatie zal voor uitbraken blijven zorgen in deze groep, zelfs met de beste voorzorgsmaatregelen.
- De buitenlandse evolutie is een onzeker gegeven, en herintroductie van het virus, al dan niet in een VOC-vorm, zal een risico blijven vormen voor uitbraken en spill over van infecties naar de algemene en meest kwetsbare bevolking.
- Bij een stijgende groepsbescherming tegen SARS-CoV2 zal het noodzakelijk worden om stap voor stap iedere nog opduikende cluster – en op termijn zelfs iedere case – meer diepgaand te behartigen naar clustering en bron. Dat betekent dat er bij een dalend aantal besmettingen geen recht evenredige daling van werkdruk is inzake infectiepreventie. Case-by-case clusteronderzoek en zeker brononderzoek kosten immers veel meer tijd dan standaard-contactonderzoek.

COVID-19 situatie in de (semi-)residentiële zorgsector

Los van de algemene nood aan infectiepreventie in de residentiële zorgsector, blijft ook de COVID-19-pandemie zorgen baren in de residentiële zorgsector:

- Ondanks de grote inspanningen van de mobiele teams en 880 gegeven opleidingssessies, heeft op 31 maart 2021 nog maar 28,38% van de woonzorgcentra een eerste vormingssessie rond infectiepreventie gekregen. In de komende drie maanden komt daar nog 16,32% bij. Tegen eind juni 2021 gaat het om 44,70% van de woonzorgcentra. Het werk is dus niet af. Waar de mobiele teams ter plaatse komen wordt duidelijk dat de kennis en de vaardigheden hierrond verre van optimaal zijn, ondanks het feit dat iedere zorgverstrekker uiteraard een voorgaand opleidingstraject gehad heeft waar hygiëne en infectiepreventie onderdelen van uitmaken. De inspanningen moeten dan ook voortgezet worden, wil men de risico's op nieuwe uitbraken verder verkleinen. Vervolgopleidingen zijn nodig om de kennis en vaardigheden structureel in te bedden en te borgen.
- Parallel met de eerder aangehaalde VOC-problematiek zien we nu al post-vaccinatie-uitbraken van COVID-19 – tot nog toe een 20-tal woonzorgcentra ondanks de nog bestaande beschermingsmaatregelen. Niettegenstaande de ernst van de infecties veelal minder is, vereisen ze uiteraard aandacht en zorg voor aanpak, cohortering, begeleiding bij testing –

aspecten waar woonzorgcentra na een basisopleiding veelal niet helemaal zelf aan de slag kunnen; zeker niet bij een wat grotere uitbraak.
- De verwachting is dat de aanmaak van beschermende antistoffen niet homogeen verspreid is over de gehele gevaccineerde populatie en deze waarschijnlijk het minst hoog is bij de oudste bevolkingsgroepen en dus per definitie in de woonzorgcentra. Dit kan blijvend zorgen voor uitbraken tot op het moment dat ook de introductiekans van het virus naar de woonzorgcentra door werknemers en niet-gevaccineerd bezoek sterk gedaald is door algemene bevolkingsvaccinatie.

Non-COVID-situatie

Reeds lang voor de uitbraak van de COVID-pandemie kampte het team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie al met een structurele onderbezetting voor de veelheid aan werk. Zo ontvangt het team in een niet-pandemisch jaar ongeveer 5.000 meldingen van een 40-tal meldingsplichtige infectieziekten.

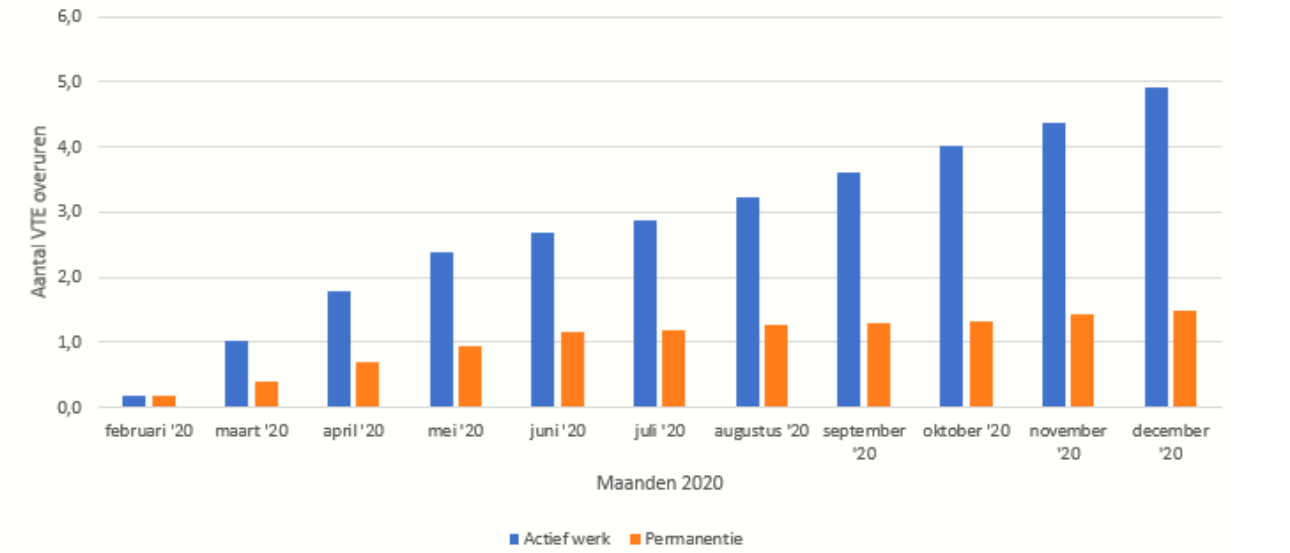
Sinds het late voorjaar van 2020 worden meldingen van de meer dan 40 meldingsplichtige infectieziekten evenwel ondermaats tot niet behartigd. Alleen invasieve meningokokkeninfecties (vaak “bloedvergiftiging” of hersenvliesontsteking), hepatitis A, veteranenziekte (legionellose) en mazelen worden nog in extenso behandeld. Tuberculose wordt tijdelijk door de VRGT overgenomen. Dit is bijkomend bij hun al zware reguliere taken rond tuberculosescreening, therapie-opvolging, enzovoort. Dat betekent dat dit over- en bijgenomen werk onmogelijk van optimale kwaliteit kan zijn. Dit blijkt ook bij het bekijken van de dossiers 2020 voor de internationaal noodzakelijke opmaak van het jaarlijkse tuberculoseregister. Het is duidelijk dat dit risico’s inhoudt voor de verspreiding van tuberculose binnen de Vlaamse populatie.
Alle andere meldingsplichtige infecties worden nauwelijks tot niet opgepikt en aangepakt naar het nemen van indijkings- en preventieve maatregelen; ook dit heeft negatieve gevolgen op de verspreiding van infectieziekten in Vlaanderen.

Niettegenstaande de incidentie van een reeks van deze infecties ook gedaald is omwille van de COVID-maatregelen – meningokokkeninfecties bijvoorbeeld – zien we dat het aantal meldingen van andere infecties terug toeneemt. Het gaat dan om uitbraken van gastro-enteritis in diverse settings waaronder kinderdagverblijven, schurft in collectiviteiten, impetigo clusters… Rond andere meldingen zoals kinkhoest, seksueel overdraagbare aandoeningen, enzovoort gebeurt momenteel helemaal niets, wat met versoepelende maatregelen epidemisch niet ongestraft zal blijven.

Het blijvend niet of nauwelijks aanpakken van dergelijke individuele meldingen en uitbraken zal zonder twijfel na de versoepelingen van de algemene maatregelen zijn tol eisen naar moeilijker te onderdrukken uitbraken en (terug) toenemende incidenties.

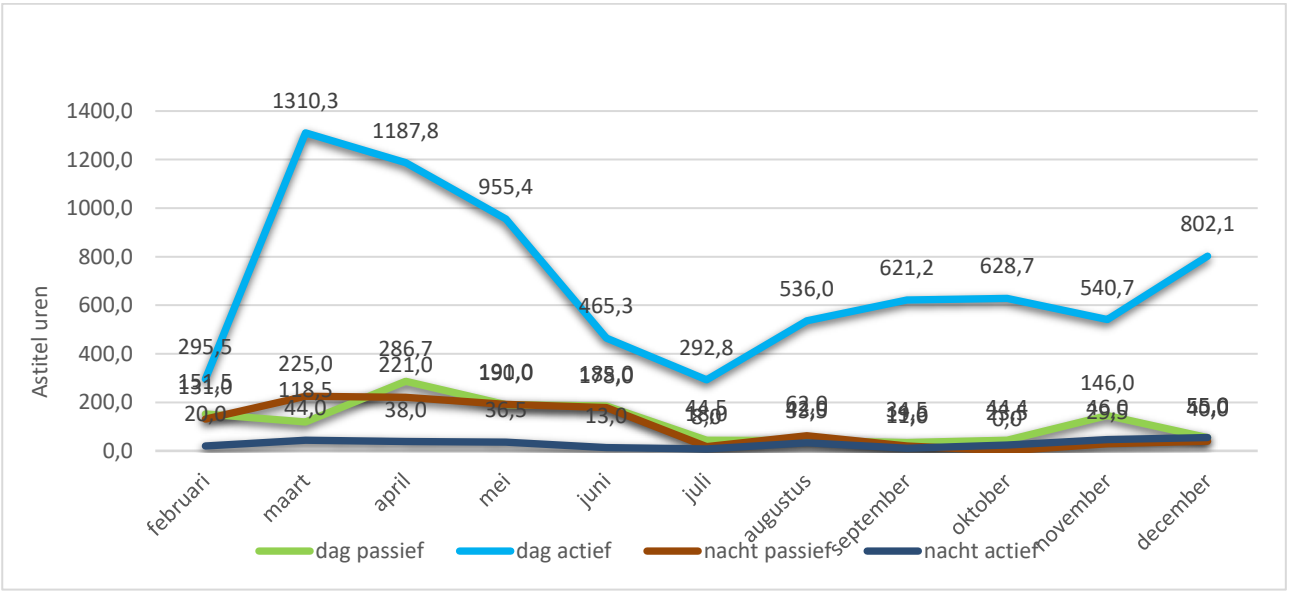
Ondermijnende impact van corona-epidemie op vaste (para)medische capaciteit infectieziektebestrijding

Rond de behartiging van meldingsplichtige infecties waren er voor de start van de COVID-pandemie 6 artsen en 14 verpleegkundigen actief. In de loop van de crisis zijn 4 artsen uit de dienst vertrokken (2 zochten ander werk, 2 gingen met pensioen) en 6 verpleegkundigen zijn door de maandenlange overbelasting in een burn-out beland en voor meerdere maanden afwezig geweest. Het kernteam Infectieziektebestrijding en Vaccinatie presteerde in 2020 een overwerkvolume van 5 VTE (figuur 6) of een surplus van 25% op het basisteam artsen en verpleegkundigen en 50% surplus op de minimale teamcapaciteit met in rekening brengen van de ziekte-uitval.



Figuur 6: overuren van team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie per maand in 2020 (in VTE)

Het overwerkvolume loopt parallel met de opflakkeringen van de epidemie in de maatschappij (figuur 7). Het overwerkvolume binnen de (para)medische groep van het team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie is maar een klein deel van wat binnen de groep van een 70-tal personen binnen de Afdeling Preventie en binnen het gehele Agentschap werd gepresteerd in deze periode.



Figuur 7: overuren van artsen en verpleegkundigen van team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie per maand in 2020 (in uren)

De artsen konden vervangen worden door nieuwe krachten. Gezien de benodigde expertise maar deels op de arbeidsmarkt te vinden is, is verdere opleiding in dienst echter nodig. Daar is behoudens voor wat COVID betreft, geen tijd voor geweest. Van de verpleegkundigen die wegens overbelasting uitgevallen zijn, is er één vervangen door werving. Ook hier speelt de nog niet gerealiseerde opleiding de omnivalente inzetbaarheid parten. De vijf andere verpleegkundigen zijn terug gestart, maar binnen een traject van een deeltijds (50%) werkregime en in de vorm van herstelbevorderend werk. Het reïntegratietraject verloopt na een dergelijke ziekteproces en burn-out klassiek zeer langzaam; de verpleegkundigen zijn daar geen uitzondering in.

Gezien het meer en meer hernemen van de verschillende niet-infectietaken en beleidsnoden binnen de andere teams van de Afdeling Preventie en het Agentschap, zal de immense hulp vanuit deze andere teams richting infectieziektebestrijding stelselmatig verminderen na de zomer en zeker in 2022.

Het is duidelijk dat er een structurele onderbestaffing is van het team Infectieziektebestrijding binnen de Afdeling Preventie van het Agentschap. Dat is ook al zo om de jaarlijkse 5.000 meldingen van (een 40-tal) meldingsplichtige infectieziekten op een degelijke wijze te behartigen en preventie steeds te verzekeren, zoals eerder meermaals gemeld aan de Vlaamse Regering. Maar het is uiteraard nog meer het geval bij een grote uitbraak, epidemie of pandemie. Een duurzame versterking is de enige mogelijkheid om toekomstige grote uitbraken en epidemieën het hoofd te kunnen bieden.

De 14 daagse COVID-incidentie is momenteel 558 cases/100.000 inwoners. Wanneer ze ongeveer de helft bedraagt – namelijk 300 cases/100.000 inwoners, wat een drempel is voor implementatie van Plan B – maken COVID-19 cases 98,95% uit van de totaliteit van meldingsplichtige infecties, en COVID-19 meldingen zijn 9.386% van het aantal meldingen pre-COVID-19. Wanneer de 14 daagse incidentie 5 cases/100.000 inwoners, of meer dan 100 keer lager dan vandaag, maakt COVID-19 nog steeds 61% van het totaal aantal meldingen (COVID-19 + de andere) uit of zijn de COVID-19 meldingen 156% van de meldingen van de andere meldingsplichtige infecties. Bij onmogelijkheid van een substantiële duurzame uitbreiding van het team, is een verdere investering in de tijdelijke mobiele teams de enige optie om de behartiging van veel van de noden (zie taken mobiele teams onder “D. Samenstelling en inzet van de mobiele teams”) in de komende fases van de COVID-19-pandemie te behartigen.

G. BESLUIT

De nood om de allesbehalve verdwenen COVID-19-epidemie in de open maatschappij en in de residentiële zorg te kunnen behartigen, en de maatschappelijke nood te kunnen lenigen wat de non-COVID infectiesituatie betreft, maken samen met een uitgeputte en een afkalvende werkkracht binnen het Agentschap en specifiek de afdeling Preventie een verdere inzet van de mobiele teams op de COVID-19-terreinen absoluut noodzakelijk.

De bovenstaande noden in het kader van COVID kunnen niet ingevuld worden door het team Infectieziektebestrijding en Vaccinatie van Zorg en Gezondheid.

De Vlaamse Regering keurde op 26 juni 2020 de oprichting van mobiele teams infectieziekte-bestrijding goed in het kader van de “second line of defence” voor een periode van 12 maanden. Aansluitend aan deze beslissing werden medewerkers geleidelijk aangesteld, met verschillende tewerkstellingsregimes, voor een periode van 12 maanden. De eerste teamleden startten in augustus 2020.

Bij de zoektocht naar leden voor de mobiele teams werd voorrang gegeven aan de invulling van de artsen en verpleegkundigen, omdat zij het meest multi-inzetbaar zijn. Hierdoor lopen hun contracten het eerst af. Nochtans zullen het precies deze profielen zijn die ook in de volgende periode (tot medio 2022) het meest nodig zullen zijn om de hierboven beschreven noden te kunnen lenigen. Daarom vragen we het akkoord van de Vlaamse Regering om de periode van bestaan voor de mobiele teams infectieziektebestrijding te verlengen met 12 maanden, met name tot 31 juli 2022.

Met dit akkoord zullen we in een eerste periode (tot eind 2021) nog volop kunnen inzetten op de drie noden, waarna in het voorjaar van 2022 door enerzijds deels spontane en anderzijds deels georkestreerde afvloei de capaciteit van de mobiele teams geleidelijk zal afnemen tot de minimum nodige capaciteit vermeld in hoofdstuk 3.J. Deze aanpak zal ons echter wel toelaten om de –

hopelijk tegen dan slechts sporadische en lokale – opflakkeringen van COVID-19 te kunnen beheersen.

Deze beslissing is dringend nodig. De eerste aangeworven teamleden zullen immers al begin augustus uit dienst vertrekken. Zonder een perspectief zullen deze teamleden op zoek gaan naar een andere uitdaging, waardoor we de opgebouwde expertise dreigen te verliezen. Bovendien is het sterk aanbevolen om de verlenging meteen voor de periode van één jaar te doen.

Verlengen voor een kortere periode, bijvoorbeeld tot eind 2021, zou immers leiden tot een groot tekort aan medische en paramedische capaciteit voor het opvangen van de COVID-noden, en dreigt daarnaast de opgebouwde expertise te doen wegsijpelen. De geworven basisprofielen (arts, verpleegkundige) zijn immers zeer gegeerd op de arbeidsmarkt en kortdurende contracten zijn uiteraard weinig aantrekkelijk.

Terzijde geven we ook mee dat een contract van tijdelijke duur, via objectieve werving, slechts tot een totaalperiode van 2 jaar verlengd kan worden (zonder motivatie en advies van de arbeidsinspectie).

3. BESTUURLIJKE IMPACT

H. BUDGETTAIRE IMPACT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID

Het uitgangspunt voor de berekening van de verlenging is het toegezegde beschikbare budget mobiele teams (all-in) van 3.484.541,49 euro (VR 2020 2606 DOC.0667) voor het werven van 52 FTE personen. De totale middelen die besteed zijn in 2020 zijn 819.680 euro (inschatting 1 januari 2021). De technische uitvoering op de coronaprovisie – de feitelijke herverdeling – in 2021 en 2022 dient nog uitgevoerd te worden.
In het voorliggende voorstel van beslissing wordt onderbouwd om de inzet van diezelfde Mobiele Teams te verlengen tot eind juli 2022. Het scenario voor verlenging van de mobiele teams infectieziektebestrijding tot eind juli 2022 omvat:

- een verlenging van de huidige contracten tot eind december 2021;
- het niet compenseren van spontane uitstroom;
- een niveauverhoging van de coördinator van B1 naar B3;
- verlenging van de contracten tot 31 juli 2022 voor een minimumbezetting van 10 verpleegkundigen (10 VTE), 10 gezondheidspromotoren (9,4 VTE), 7 artsen (5,3 VTE), 3 administratieven (2,8 VTE) en 1 coördinator (1 VTE);
- een geleidelijke afbouw met 7 verpleegkundigen en 6 gezondheidspromotoren à rato van respectievelijk 2 personen per maand, door gefaseerde uitstroom in het voorjaar van 2022, tot de minimumbezetting (zie vorig item).

De kostprijs van het voorstel rond het behoud van de mobiele teams tot en met juli 2022 kan opgedeeld worden in 3 luiken:

A. De werking van de mobiele teams tot eind juni 2021 vereist een loons- en werkingsbudget van 1.393.276 euro. Dit budget valt binnen de reeds vooropgestelde beslissing VR 2020 2606 DOC.0667. NB. Een stopzetting op 30 juni 2021 zou daarbovenop in een opzegvergoeding resulteren omdat heel wat contracten nu een langere looptijd hebben dan medio 2021. Dit komt budgettair de facto neer op de arbeidsovereenkomsten uitdoen (cf. luik B).
B. De werking van de mobiele teams volbrengen tot eind december 2021 – *dit betekent aflopende arbeidsovereenkomsten niet verlengen, maar ook niet opzeggen* – vereist een budget van 2.172.960 euro in 2021. Samen met de uitgaven in 2020 valt dit bedrag binnen de budgettaire marge zoals voorgesteld in de beslissing VR 2020 2606 DOC.0667.
C. De werking van de mobiele teams verlengen tot eind juli 2022 (i.c. de onderbouwde en voorliggende vraag) vereist een budget van 537.195 euro in 2021 en 1.160.381 euro in 2022.

Voor 2021 is dit een extra uitgave van 45.292 euro t.o.v. het resterende saldo van het voorziene budget in de beslissing VR 2020 2606 DOC.0667.

Het totaalplaatje kunnen we als volgt weergeven (tabel 2):

	Omschrijving	Rugzakje		Loon		Totaal
		ICT	Werking		Overeenkomsten	
		BA GA301	BA GA302	BA GA300	BA GD391	
Start	Initieel startbudget (VR 2020 2606 DOC.0667)					3.484.541,49
2020	Werking mobiele teams	67.728	127.021	552.721		747.470
	Externe overeenkomsten	5.044			39.443	44.487
	Extern ingekochte expertise-ondersteuning				27.723	27.723
2021	Zonder verlenging					
	Werking mobiele teams Tot 30/06/2021					1.316.880
	Werking mobiele teams Tot 31/12/2021 *volgens huidige arbeids-overeenkomsten*	110.322	101.088	1.885.154		2.096.564
	Externe overeenkomsten	2.043			74.352	76.395
	Verlenging					*extra*
	Werking mobiele teams	21.111	19.344	496.740		537.195
	Externe overeenkomsten	0	0	0	0	0
2022	Zonder verlenging					
	Werking mobiele teams	4.313	3.952	58.709		66.974
	Externe overeenkomsten	0	0	0	0	0
	Verlenging					*extra*
	Werking mobiele teams	52.437	48.048	992.922		1.093.407

Tabel 2: totaalplaatje benodigd budget

In de voorliggende beslissing wordt gevraagd de inzet van de mobiele teams te verlengen tot eind juli 2022, conform punt C boven de tabel.

Een voorwaardelijk gunstig advies werd door de Inspectie van Financiën gegeven op 14 april 2021 (kenmerk BVA_21_0192:).

- IF gaat niet akkoord om de wedde van de coördinator te verhogen van B1 naar B3 en wijst erop dat dit binnen het VPS normaliter enkel mogelijk is mits slagen op een competentietest voor leidinggevenden of indien 6 jaar relevante ervaring/dienstanciënniteit in B1.
  Inderdaad kan men statutair in deze rangen niet werven gezien B3 een bevorderingsgraad is (cf. bijlage 4 van het VPS). Dit sluit niet uit dat contractueel werven in hetgeen statutair een bevorderingsgraad is, wel mogelijk is. De ervaring van de huidige coördinator, gevaloriseerd op 18/08/2020 geeft aan zeker over 6 jaar relevante ervaring te beschikken om een B3-graad te verantwoorden. Daarbij vraagt de invulling van deze functie meer leidinggevende competenties dan voorzien. Waar we oorspronkelijk uitgingen van een sterke integratie van de mobiele teams in de buitendiensten van het team IZ-VAC, en de functie van coördinator ingeschat werd als een liaisonfunctie om de activiteiten van de mobiele teams te faciliteren binnen de voorzieningen en de eerste lijns zones, is in de praktijk deze functie nu geëvolueerd naar het operationeel en inhoudelijk aansturen van een team van 52 personen.

- IF gaat akkoord met de rest van de bijvraag die omstandig gemotiveerd is en aanrekenbaar op de coronaprovisie. Met toepassing van artikel 31, §1 van het BVR VCO is een gemotiveerd akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor begroting, vereist.

Het begrotingsakkoord werd aangevraagd op 28 april 2021.

I. ESR-TOETS

Niet van toepassing.

J. IMPACT OP HET PERSONEEL VAN DE VLAAMSE OVERHEID

Het voorstel van beslissing heeft weerslag op het personeelsbestand, personeelsbegroting, begrotings- en informaticabudgetten van de Vlaamse Gemeenschap.

De contracten bepaalde duur (1 jaar) werden vanaf augustus 2020 gradueel en gefaseerd in dienst genomen. Dit geeft een gefaseerde uitstroom. Er wordt voorgesteld te voorzien in de verlenging van de huidige contracten bepaalde duur tot 31 juli 2022:

- een verlenging van de huidige contracten tot eind december 2021;
- het niet compenseren van spontane uitstroom;
- een niveauverhoging van de coördinator van B1 naar B3;
- verlening van de contracten tot 31 juli 2022 voor een minimumbezetting van 10 verpleegkundigen (10 VTE), 10 gezondheidspromotoren (9,4 VTE), 7 artsen (5,3 VTE), 3 administratieven (2,8 VTE) en 1 coördinator (1 VTE);
- een geleidelijke afbouw met 7 verpleegkundigen en 6 gezondheidspromotoren à rato van respectievelijk 2 personen per maand, door gefaseerde uitstroom in het voorjaar van 2022, tot de minimumbezetting (zie vorig item).

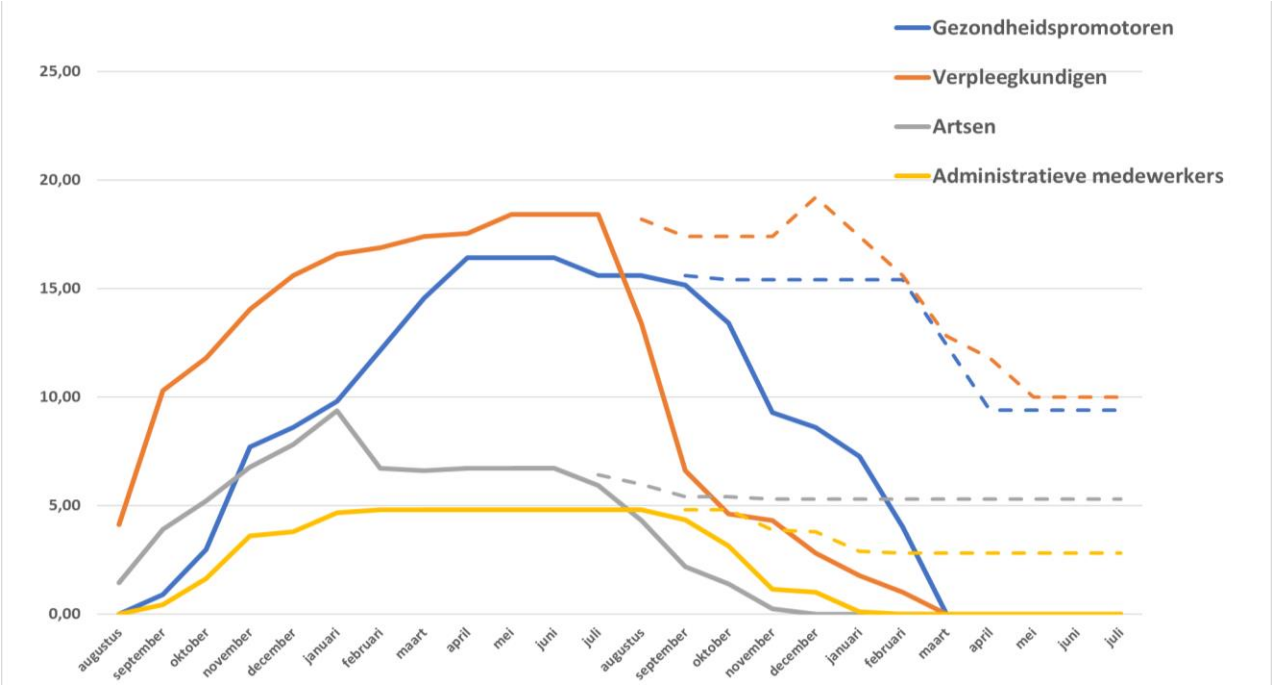
Hierbij houden we rekening met de opmerkingen cf. het advies van Dhr. Somers als Vlaams minister van Binnenlands Bestuur, Bestuurszaken, Inburgering en Gelijke Kansen m.b.t. de regelgeving rond verleningen zoals uiteengezet in het Vlaams personeelsstatuut (oa. artikel III 2).

Tabel 3 geeft dit op maandbasis weer – de cijfers refereren naar het aantal koppen dat verlengd in dienst blijft vanaf de maand na de oorspronkelijk voorziene uitstroom (voor de groep van de mobiele teams dus gefaseerd):

Graad	Omschrijving	augustus	september	oktober	november	december	januari	februari	maart	april	mei	juni	juli
		2021				2022							
A121	Arts	1	3	3	5	7	7	7	7	7	7	7	7
B1	Verpleegkundige		11	13	13	15	15	15	13	12	10	10	10
B1	Gezondheidspromotor			2	3	7	7	11	13	10	10	10	10
B3	Coördinator		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
C1	Administratief ondersteunend			1	2	3	3	3	3	3	3	3	3

Tabel 3: aantal koppen dat verlengd in dienst blijft vanaf de maand na de oorspronkelijk voorziene uitstroom

Figuur 8 geeft dit weer in VTE's:



Figuur 8: evolutie in- en uitstroom mobiele teamleden (in VTE, volle lijn) met verlenging (onderbroken lijn)

In het advies van IF (kenmerk BVA_21_0192) wordt er in ondergeschikte orde op gewezen dat het verkieslijker kan zijn om meteen over te gaan tot meer duurzame arbeidsrelaties in plaats van een kortdurende en laatste verlenging. De argumentatie is gebaseerd op het gegeven dat artsen en verpleegkundigen knelpuntberoepen zijn, de huidige medewerkers van de mobiele teams beschikken over opgebouwde nuttige expertise en de betrokken medewerkers mogelijk in de loop van de verlengingsperiode op zoek zullen gaan naar werk elders gezien een verlenging cf. artikel III.2 van het VPS niet meer mogelijk zal zijn.
Een structurele uitbreiding vereist een aanpassing van het personeelsplan (PEP) waarvoor tot op heden geen draagvlak voor bestond binnen de Vlaamse Regering. De focus en tijdshorizon ligt in dit BVR op de post-crisis fase van de COVID19-pandemie. De discussie omtrent de organisatie van de aanpak van infectieziekten "post-COVID19" dient nog verder gevoerd te worden.

Het akkoord van de Vlaamse minister bevoegd voor het algemeen beleid inzake personeel en organisatieontwikkeling werd verleend op 14 mei 2021.

K. IMPACT OP DE LOKALE EN PROVINCIALE BESTUREN

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op de financiën van de lokale besturen, noch op personeelsvlak, noch op het vlak van de werkingsuitgaven, de investeringen en schuld, en de ontvangsten.

4. VERDER TRAJECT

De Vlaamse minister, bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, is belast met de uitvoering van dit besluit.

5. VOORSTEL VAN BESLISSING

Rekening houdend met het bepaalde, geformuleerd in het akkoord van 14 mei 2021 van de Vlaamse minister, bevoegd voor de human resources, beslist de Vlaamse Regering:

- 1° haar goedkeuring te verlenen voor de verlenging van de bestaanstijd van de mobiele teams infectieziektebestrijding in het kader van de COVID-pandemie tot 31 juli 2022.
- 2° haar goedkeuring te geven om de uitbetaling van de nog lopende contracten (gebaseerd op de beslissing VR van juni 2020) in 2021 aan te rekenen op de Coronaprovisie.
- 3° de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding te gelasten om een voorstel omtrent een structurele versterking van het agentschap Zorg en Gezondheid in het kader van infectieziektebestrijding voor te leggen bij de begrotingsopmaak 2022.
- 4° de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding te gelasten tot de uitvoering van het voormelde besluit.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding,

Wouter BEKE