

Medisch beleid in woonzorgcentra



Functie en rol van de coördinerend en raadgevend arts

COLOFON

Redactie:

Walter Sablon, Bernadette Van den Heuvel

Dank aan de leden van de Werkgroep “CRA-medisch beleid”:

Wino Baeckelandt, Johan Banneel, Hans De Clerck, Stefan Devlieger, Nele Houtmeyers, Manu Langerock, Bart Michotte, Gert Noels, Isabelle Picard, Geert Polfliet, Ursula Segaert, Paul Van Tendeloo, Wim Verduyssen.

Dank aan inbreng vanuit Domus Medica:

Emy Kool, Expertisedomeinverantwoordelijke Chronische zorg en prof. em. Jan Delepeleire, Huisartsgeneeskunde KU Leuven.

Eindredactie:

Lieve Dhaene, Eva de Wal

D/2022/12067/5

ISBN: 9789491323454

©2022 Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als:

Sablon, Walter en Van den Heuvel, Bernadette. 2022. *Medisch beleid in woonzorgcentra. Functie en rol van de coördinerend en raadgevend arts.*

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgnet-icuro.be
www.zorgnet-icuro.be



Medisch beleid in woonzorgcentra

Functie en rol van de coördinerend en raadgevend arts

INHOUD

| | |
|---|-----------|
| WOORD VOORAF | 5 |
| 1. HET MEDISCH BELEID IN WOONZORGCENTRA..... | 6 |
| 1.1 Regelgeving..... | 6 |
| 1.2 Enkele cijfers..... | 7 |
| 1.3 De functie “coördinerend en raadgevend arts (CRA)” | 9 |
| 2. MEDISCH ZORGBELEID EN DE CRA: EVOLUTIES EN TRENDS..... | 11 |
| 3. KRITISCHE VRAGEN | 13 |
| 4. AANBEVELINGEN ZORGNET-ICURO VOOR FUNCTIE EN ROL VAN DE CRA | 15 |
| 4.1. Medisch zorgbeleid als onderdeel van een globaal beleid van een woonzorgcentrum..... | 15 |
| 4.2 Mandaat van de CRA voor de opvolging van de kwaliteit van het medisch zorgbeleid in het woonzorgcentrum..... | 16 |
| 4.3 De vrije keuze van (huis)arts..... | 17 |
| 4.4 Eén of meerdere CRA's..... | 18 |
| 4.5 De rol van de CRA in belendende woonzorgvormen..... | 19 |
| 4.6 De rol van de CRA bij het medisch zorgbeleid voor specifieke doelgroepen..... | 19 |
| 4.7 Toegevoegde waarde externe liaison ziekenhuizen/gespecialiseerde zorg | 20 |
| 4.8 Delegatie van bepaalde onderdelen van de functie van de CRA..... | 22 |
| 4.9 Financiering in verhouding met taken en opdrachten | 22 |
| 4.10 Aanpassing functiebeschrijving CRA..... | 23 |
| 5. MODELLEN VOOR HET MEDISCH ZORGBELEID | 27 |
| 5.1 Medisch zorgbeleid als onderdeel van een globaal beleid van een woonzorgcentrum..... | 27 |
| 5.2 Mandaat van de CRA voor de opvoerbeleid in het woonzorgcentrum..... | 31 |
| 5.3 De vrije keuze van (huis)arts..... | 32 |
| 5.4 Eén of meerdere CRA's | 34 |
| CONCLUSIE | 36 |
| BIJLAGEN | 38 |
| 1. Informatiebundel CRA-werking..... | 38 |
| 2. Algemeen reglement van de medische activiteit | 39 |
| 3. Modelovereenkomst voor CRA's..... | 41 |

WOORD VOORAF

Het nieuwe woonzorgdecreet vraagt de initiatiefnemers van woonzorgcentra om tegen begin 2023 een coherent zorgbeleid uit te tekenen voor een aantal thema's met een uitgesproken medische zorgcomponent: dementiezorg, gedragsproblemen, valpreventie, voorkomen en verzorgen van doorligwonden, vrijheidsbeperkende maatregelen, mond- en tandzorg, ondervoeding, voorkomen van infecties, vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg... Het medisch beleid wordt - met andere woorden - beschouwd als een integraal onderdeel van het globale zorgbeleid van een woonzorgcentrum. De covidpandemie toonde dat het medisch beleid van een woonzorgcentrum en de functie van de coördinerend en raadgevend arts (CRA) cruciaal zijn bij het waarborgen van de gezondheid en de veiligheid van bewoners, mantelzorgers, medewerkers en vrijwilligers. Hoe zullen we in de toekomst het medisch zorgbeleid in woonzorgcentra organiseren en wat is de rol die de CRA hierin zal opnemen?

De zesde staatshervorming in 2014 hevelde de bevoegdheden voor de financiering van de woonzorgcentra over naar de gemeenschappen. Vlaanderen kantelde die in in de Vlaamse sociale bescherming. De functie van de CRA werd gefinancierd in het kader van een bijkomende erkenning (vroeger RVT-erkenning). Onder meer door de meerwaarde die veel CRA's leverden bij de bestrijding van de covidcrisis besloot de Vlaamse Regering op 7 mei 2021 de structurele financiering van de CRA uit te breiden naar alle bewoners in het woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf type 1. Vanaf dan was de financiering niet langer beperkt tot de bewoners van een woongelegenheden met bijkomende erkenning (RVT).

De ervaringen tijdens de covidpandemie, samen met de verwachtingen geformuleerd in het woonzorgdecreet, doen ons nadenken over het huidig medisch zorgbeleid in de woonzorgcentra en de rol die de CRA hierin opneemt. Een grondige evaluatie kan inspirerende inzichten bieden voor een duurzaam, kwaliteitsvol medisch zorgbeleid en een verankering in de regelgeving. In deze publicatie formuleert Zorgnet-Icuro zijn eigen visie op het medisch zorgbeleid voor woonzorgcentra en expliciteert de rol van de CRA. Het is een noodzakelijke oefening in het licht van de huidige en toekomstige noden van de bewoners en de veranderende verwachtingen en trends in de (medische) zorgpraktijk. Het woonzorgcentrum vormt immers een schakel in een continuüm van (medische) zorg en ondersteuning aan ouderen, en is in die zin nauw verbonden met de ontwikkelingen in de eerste lijn en de ziekenhuizen. Het maakt op een geïntegreerde wijze deel uit van het gehele gezondheids- en welzijnssysteem.

De tekst werd geschreven met inbreng van de leden van de werkgroep "CRA-medisch beleid" van Zorgnet-Icuro. Ook Domus Medica, Craetaegus en het Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde van de KU Leuven hebben de afgelopen twee jaar een grondige denkoefening gedaan over de functie van de CRA in een woonzorgcentrum. Dat resulteerde in het rapport van Kool, Cordemans en De Lepeleire *De coördinerende en raadgevende arts in woonzorgcentra: naar een nieuwe functiebeschrijving binnen sterk interprofessioneel teamwerk* (2021). Zorgnet-Icuro werd betrokken bij de discussieavonden over de inhoud van dit rapport.

Zorgnet-Icuro doet in deze publicatie een reeks aanbevelingen over de functie, financiering en rol van de CRA in het medisch beleid van de woonzorgcentra, die kunnen worden omgezet in regelgeving. We houden een aantal organisatiemodellen tegen het licht en wegen hun voor- en nadelen tegen elkaar af. We nodigen alle betrokkenen uit om hierover verder in discussie te gaan.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

Koen Michiels
Voorzitter Zorgnet-Icuro

1. HET MEDISCH BELEID IN WOONZORGCENTRA

1.1 Regelgeving

De medische zorgverlening in een woonzorgcentrum heeft specifieke kenmerken: het gaat om eerstelijns geneeskunde in een collectieve woonzorgvorm. De regelgeving bepaalt dat er een vrije keuze is van huisarts. Het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, bijlage 11, artikel 6 vermeldt: “De bewoner of zijn vertegenwoordiger kan vrij zijn huisarts kiezen en, in voorkomend geval, het ziekenhuis waar hij opgenomen wil worden. Die vrije keuze wordt op geen enkele manier beïnvloed.”

Dat betekent echter geenszins dat er over het te voeren medisch zorgbeleid in het woonzorgcentrum geen specifieke afspraken moeten worden gemaakt of er geen coördinatie moet gebeuren. Integendeel. De regelgever bepaalt hiervoor een aantal concrete (erkenning)normen¹:

- De minimale elementen die het medisch onderdeel van het woonzorgleefplan moet bevatten;
- De verplichting voor elk woonzorgcentrum om een coördinerend en raadgevend arts (CRA) aan te stellen. De CRA moet erkend huisarts zijn en uiterlijk vier jaar na zijn aanstelling houder zijn van een attest dat toegang verleent tot de functie van CRA.
 - De huisartsenkring die actief is in de gemeente van het woonzorgcentrum draagt de kandidaat CRA's voor. De initiatiefnemer kan autonoom een keuze maken uit de voorgedragen kandidaten.
 - De aanstelling van een CRA mag niet leiden tot een feitelijke beperking van de vrije keuze van huisarts.
- Een woonzorgcentrum moet voor de organisatie van het medisch beleid een algemeen reglement van de medische activiteit met de rechten en plichten van de behandelende artsen die actief zijn in het woonzorgcentrum hebben. Dat reglement wordt overhandigd aan elke behandelende arts. Door ondertekening van het reglement verbindt elke behandelende arts zich ertoe om zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de medische zorg in het woonzorgcentrum.

¹ Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

De regelgeving vermeldt in bijlage 11, artikel 35: “Het algemeen reglement van de medische activiteit beschrijft minstens de volgende punten:

1. Het engagement van de behandelende artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het woonzorgcentrum, o.a. met betrekking tot het voorschrijven en opvolgen van medicatie en specifiek antibiotica, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het interdisciplinair overleg, het overleg met de toeleverende apotheker(s) en in voorkomend geval, het overleg met de coördinerend en raadgevend arts en de coördinerend en raadgevend apotheker;
2. De normale openings- en bezoektijden behalve in noodgeval;
3. De contacten met familie;
4. De overlegvergaderingen in het woonzorgcentrum;
5. Het bijhouden van het medisch dossier van de bewoner inclusief het valideren van het medicatieschema;
6. Het gebruik van het geneesmiddelenformularium, o.a. het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen, alsook het gebruik van elektronische voorschriften en de correcte toepassing van de richtlijnen rond antibioticumgebruik;
7. De facturatiemodaliteiten van de honoraria;
8. De informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten;
9. De verbintenis om relevante gezondheidsgegevens van hun patiënten interdisciplinair te delen, met toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger met het oog op de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en ondersteuning van de bewoner.”

1.2 Enkele cijfers

De verwachte evolutie van het aantal huisartsen voor de periode 2016-2036 voor de Vlaamse Gemeenschap is terug te vinden in het rapport *De evolutie van de workforce Huisartsgeneeskunde, 2016-2036, Resultaten van het basisscenario* van de cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening DG Gezondheidszorg FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (01/04/2020).

Resultaten: Evolutie van individuen, VTE en dichtheden – Huisartsgeneeskunde – Vlaamse Gemeenschap

| | 2016 | 2021 | 2026 | 2031 | 2036 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Bevolking | 6.691.624 | 6.873.938 | 7.027.981 | 7.157.083 | 7.287.931 |
| Gewogen bevolking | 6.691.624 | 7.006.458 | 7.293.716 | 7.595.041 | 7.932.304 |
| Totaal actief in GZ – aantal | 6.907 | 7.162 | 7.458 | 7.911 | 8.510 |
| Totaal actief in GZ - dichtheid | 10,32 | 10,42 | 10,61 | 11,05 | 11,68 |
| Totaal actief in GZ – gewogen dichtheid | 10,32 | 10,22 | 10,23 | 10,42 | 10,73 |
| Totaal VTE in GZ – aantal | 7.693 | 7.460 | 7.283 | 7.632 | 8.347 |
| Totaal VTE in GZ - dichtheid | 11,50 | 10,58 | 10,36 | 10,66 | 11,45 |
| Totaal VTE in GZ – gewogen dichtheid | 11,50 | 10,65 | 9,99 | 10,05 | 10,52 |
| Actief Zelfst. in GZ – aantal | 6.293 | 6.529 | 6.810 | 7.223 | 7.758 |
| Actief Zelfst. in GZ - dichtheid | 9,40 | 9,50 | 9,69 | 10,09 | 10,64 |
| Actief Zelfst. in GZ – gewogen dichtheid | 9,40 | 9,32 | 9,34 | 9,51 | 9,78 |
| VTE Zelfst. in GZ – aantal | 6.990 | 6.771 | 6.587 | 6.891 | 7.522 |
| VTE Zelfst. in GZ - dichtheid | 10,45 | 9,85 | 9,37 | 9,63 | 10,32 |
| VTE Zelfst. in GZ – gewogen dichtheid | 10,45 | 9,66 | 9,03 | 9,07 | 9,48 |
| Actief Werkn. in GZ – aantal | 1.066 | 1.065 | 1.078 | 1.171 | 1.171 |
| Actief Werkn. in GZ - dichtheid | 1,59 | 1,55 | 1,53 | 1,64 | 1,78 |
| Actief Werkn. in GZ – gewogen dichtheid | 1,59 | 1,52 | 1,48 | 1,54 | 1,64 |
| VTE Werkn. in GZ – aantal | 703 | 689 | 696 | 741 | 825 |
| VTE Werkn. in GZ - dichtheid | 1,05 | 1,00 | 0,99 | 1,03 | 1,13 |
| VTE Werkn. in GZ – gewogen dichtheid | 1,05 | 0,98 | 0,95 | 0,98 | 1,04 |

Bron: Dienst Gezondheidsberoepen en Beroepsuitoefening - DG Gezondheidszorg
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Cel Planning - Basisscenario: Huisartsgeneeskunde

Elk Vlaams woonzorgcentrum moet beschikken over een CRA; hiervoor zijn ca. 800 huisartsen nodig. Op dit ogenblik beschikken we nog niet over de gegevens van de CRA's die effectief actief zijn in de woonzorgcentra.

1.3 De functie “coördinerend en raadgevend arts (CRA)”

De regelgeving geeft duidelijk de functie-inhoud aan van de CRA: in samenspraak met de directeur, de hoofdverpleegkundige(n) of in voorkomend geval de teamverantwoordelijken staat hij/zij in voor diverse taken. Het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers vermeldt in artikel 64, § 4:

“1° In relatie met het medische korps:

- a. op geregelde tijdstippen, individuele en collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen organiseren;
- b. de continuïteit van de medische zorg coördineren en organiseren;
- c. de coördinatie van het opmaken en up to date houden van de dossiers van de bewoners die door de behandelende artsen bijgehouden worden;
- d. de medische activiteiten bij ziekte-toestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel coördineren;
- e. het farmaceutische zorgbeleid coördineren in overleg met de behandelende artsen en de apotheker die de toelevering van de geneesmiddelen doet aan de bewoners in het woonzorgcentrum of in voorkomend geval de coördinerend en raadgevend apotheker, wat voor de geneesmiddelen ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformularium omvat, alsook het oordeelkundige gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en de alternatieve niet-farmacologische aanpak bij de bewoners van het woonzorgcentrum;
- f. huisartsen die in het woonzorgcentrum werken, actief informeren over het beleid van het woonzorgcentrum met betrekking tot het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen;

2° Bijscholing en vorming:

meewerken aan de organisatie van activiteit voor bijscholing en vorming in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het woonzorg-centrum, en voor de betrokken behandelende artsen.”



2. MEDISCH ZORGBELEID EN DE CRA: EVOLUTIES EN TRENDS

De huidige erkenningsnormen van het medisch beleid, en de functie van de CRA daarin, werden ter gelegenheid van de actualisering van het woonzorgdecreet en het decreet Vlaamse Sociale Bescherming in 2019 geactualiseerd in de daaraan verbonden besluiten van de Vlaamse Regering. De basisprincipes van die normen dateren echter uit de periode dat de financiering van de woonzorgcentra nog federaal was (RIZIV). Ze vertrekken sterk vanuit een medisch georiënteerd model. Na de zesde staatshervorming, waarbij de financiering van de woonzorg inclusief die van de CRA werd overgeheveld naar Vlaanderen, evolueerden we naar een model waarin zowel de medische als de woonzorg- en leefaspecten van een verblijf in een woonzorgcentrum in balans werden gebracht. De covidpandemie zette die ontwikkeling op een bruuske wijze on hold.

De verwachtingen over de (gezondheids)zorg in het algemeen en de woonzorgcentra in het bijzonder evolueren. Basisprincipes hierbij zijn: persoonsgerichte zorg en ondersteuning (waarbij de zorg- en levensdoelen van de oudere persoon richtinggevend zijn), autonomie in verbondenheid, kleinschalige leefgroepen, inter- en multidisciplinair samenwerken, mantelzorgers als partner, dialoog (communicatie & relatie tussen bewoner/familie/zorgverleners), inclusie, zorgzame buurten, digitalisering, zorg voor kwaliteit van wonen, leven en zorg...

Het profiel van de bewoners van de woonzorgcentra wijzigde sterk in de afgelopen decennia. Ouderen kiezen er nu meer voor om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook wanneer hun zorgbehoefte toeneemt. De mogelijkheden van thuiszorg en thuiszorgondersteunende voorzieningen werden uitgebreid. Dat maakt lang thuis blijven wonen voor veel ouderen meer haalbaar. Die evolutie maakt dat ouderen die zich aanmelden voor een verblijf in een woonzorgcentrum gemiddeld 85 jaar of ouder zijn, meer en complexere zorg- en ondersteuningsnoden hebben en daardoor ook minder lang in het woonzorgcentrum verblijven. Ook de vraag naar de zorg voor personen met dementie groeit. Het is bekend dat de huidige personeelsnorm niet langer volstaat om een passend antwoord te bieden op die toegenomen zorgnoden. Een wetenschappelijk onderzoek naar de aanpassing van de personeelsnorm is lopende. Ook de palliatieve zorg en de levenseindezorg maken uitdrukkelijk integraal deel uit van de (medische) zorgverlening van een woonzorgcentrum.

Woonzorgcentra hebben een steeds diverser woonzorgaanbod, zowel voor de ondersteuning van doelgroepen (personen met dementie, personen met een gestabiliseerde psychiatrische aandoening, personen met een handicap, palliatieve zorg...), als voor functies (kortverblijf, dagverzorging, lokaal dienstencentrum, dienst voor thuisverpleegkunde, dienst voor gezinszorg, dienstverlening in het kader van een dienstenchequebedrijf...). Die evolutie vraagt om nieuwe competenties, ook op het vlak van de medische beleidsvoering en -organisatie.

Het nieuwe woonzorgdecreet vraagt de initiatiefnemers van woonzorgcentra om tegen 1 januari 2023 een aantoonbaar (zorg)beleid te voeren voor:

- dementiezorg;
- het omgaan met gedragsproblemen;
- valpreventie;
- het voorkomen en verzorgen van doorligwonden;
- de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen;
- mond- en tandzorg;
- ondervoeding;
- het voorkomen van infecties;
- de afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar;
- vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg;
- ethisch verantwoorde zorgverlening;
- mantelzorg;
- vrijwilligerswerk;
- diversiteit;
- individuele en collectieve participatie;
- het wonen en leven in het woonzorgcentrum.

Bij veel van die thema's is duidelijk een medisch component aanwezig. Dat betekent dat de CRA bij de uitwerking ervan wordt betrokken. Het medisch beleid wordt met die erkenningsnorm beschouwd als een integraal onderdeel van het globale beleid van een woonzorgcentrum. Dat is nieuw! Voorheen was dit minder expliciet en het daagt directies en besturen uit om ook hierover in dialoog te gaan en hun beleid te expliciteren.

Het eerstelijnszorgdecreet stimuleert woonzorgcentra om actief deel te nemen aan de activiteiten en initiatieven van de eerstelijnszorgzone en de zorgraad. De covidcrisis heeft de nood aan een actieve samenwerking tussen woonzorgcentrum en ziekenhuis zichtbaar gemaakt. De meerwaarde van die samenwerking ligt ongetwijfeld op het vlak van de kwaliteitsvolle wederzijdse doorverwijzing, continuïteit van medische zorgverlening, kennis- en ervaringsdeling... De structurele contacten tussen de CRA en de geriaters, artsenspecialisten en de hoofdarts van het ziekenhuis zijn hierbij een kritische succesfactor.

De toenemende vraag naar digitalisering in de (medische) zorg vormt een bijzondere uitdaging. De huisartsen zijn hierbij sterk vragende partij voor de realisatie van een eenvormig elektronisch patiënten/bewonersdossier in het woonzorgcentrum. Ook de digitalisering van het woonzorgleefplan, de inschaling van de bewoners via BelRAI en de kwaliteitsindicatoren zullen een belangrijke meerwaarde bieden aan het optimaliseren van de kwaliteit van de (medische) zorgverlening.

Ten slotte zijn er in de organisatie van de huisartsengeneeskunde evoluties die ook hun impact zullen hebben voor de medische zorgverlening in de woonzorgcentra. Huisartsen werken steeds meer in groepspraktijken waardoor de vertrouwensrelatie met hun patiënten een andere invulling krijgt. De continue beschikbaarheid van een vaste huisarts waarvoor de patiënt kiest, wordt minder en minder een evidentie.

3. KRITISCHE VRAGEN

We schetsten de belangrijkste evoluties en trends en het regelgevend kader voor de functie van de CRA. Welke kritische vragen kunnen we ons stellen bij de uitrol van het toekomstig medisch zorgbeleid in de woonzorgcentra?

- Is de functieomschrijving van de CRA voldoende afgestemd op de geschetste evoluties en trends en de door de overheid aangegeven beleidsontwikkeling? Waar en waarom is bijsturing nodig?
- Is de financiering van de functie van CRA nog voldoende afgestemd op de reële noden?
- Heeft de CRA een mandaat dat voldoende groot is om:
 - de bezoekende artsen in het woonzorgcentrum voldoende mee te nemen in het uittekenen en aanpassen van het medisch beleid en de opvolging ervan?
 - collega-artsen aan te spreken wanneer die zich niet houden aan de afspraken vastgelegd in het algemeen reglement van de medische activiteit of wanneer hij manifest onvoldoende kwaliteit vaststelt?
- Blijft het verantwoord dat alle mogelijke huisartsen de medische zorg in het woonzorgcentrum waarborgen? Is het behoud van de vrije keuze van huisarts haalbaar?
- Moet de functie van de CRA door eenzelfde arts uitgeoefend worden? Kunnen meerdere huisartsen de functie gelijktijdig opnemen?
- Kan de CRA gevraagd worden om in samenwerking en dialoog met het bestuur, de directie, het zorgteam en de bezoekende huisartsen van het woonzorgcentrum een coherent medisch beleid uit te werken, minstens voor de door het woonzorgdecreet verplichte zorggerelateerde beleidsthema's?
- Welke rol kan een CRA vervullen in de werking van een centrum voor kortverblijf, herstelverblijf, dagverzorging...?
- Welke rol kan een CRA vervullen in de uitwerking van een doelgroepspecifiek medisch zorgbeleid?
- Welke plaats heeft de CRA in het organigram van een woonzorgcentrum? Of meer specifiek geformuleerd: welke organisatiemodellen voor de inzet van de CRA zijn wenselijk en aanvaardbaar?
- Wat is de toekomstvisie van de geriatrische externe liaison in het geriatrisch zorgprogramma van de ziekenhuizen? Welke opportuniteiten zijn er hier voor het ziekenhuis en het woonzorgcentrum?
- Is het mogelijk om bepaalde onderdelen van de functie van CRA te delegeren aan een arts-specialist van een ziekenhuis of aan een master in de verpleegkunde (eventueel met een bijkomende vorming)?



4. AANBEVELINGEN ZORGNET-ICURO VOOR FUNCTIE EN ROL VAN DE CRA

4.1 Medisch zorgbeleid als onderdeel van een globaal beleid van een woonzorgcentrum

In 2019 werd aan het woonzorgdecreet een artikel² toegevoegd dat het woonzorgcentrum verplicht een beleid uit te werken voor dementiezorg, omgaan met gedragsproblemen, valpreventie, voorkomen en verzorgen van doorligwonden, toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, mond- en tandzorg, ondervoeding, voorkomen van infecties, afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar, vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, ethisch verantwoorde zorgverlening, mantelzorg, vrijwilligerswerk, diversiteit, individuele en collectieve participatie van bewoners en mantelzorg, en wonen en leven in het woonzorgcentrum. Het woonzorgcentrum beschikt over de nodige procedures en middelen om dit beleid te kunnen toepassen. De procedures moeten op systematische wijze uitgewerkt worden en in overeenstemming zijn met de praktijk.

De toenemende complexiteit, diversiteit en intensiteit van de zorg- en ondersteuningsnoden van de bewoners van woonzorgcentra vragen om een interdisciplinaire benadering. De verschillende zorg- en welzijnsgeoriënteerde disciplines werken hierbij samen voor een gezamenlijk doel: een kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning van de bewoners. De kennis, de competenties en de perspectieven van de diverse disciplines zijn complementair. De medische component maakt daar expliciet deel van uit. Het is vanzelfsprekend dat bij de uitwerking en de realisatie van vele van de opgesomde beleidsthema's, bv. dementiezorg, palliatieve en levenseindezorg, ondervoeding... het woonzorgcentrum de CRA betreft.

Zorgnet-Icuro is ervan overtuigd dat **het medisch zorgbeleid integraal deel moet uitmaken van het globaal beleid van een woonzorgcentrum**. Met medisch beleid bedoelen we de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit (met name die van de huisartsen), de afspraken en opvolging van de opdrachten van de CRA('s) en de vertaling van een coherent medisch beleid naar de zestien beleidsthema's vermeld in het woonzorgdecreet.

We pleiten voor **een aanpassing in de regelgeving van de aanstellingsprocedure van de CRA**. Er zijn twee mogelijkheden voor de aanstelling van een CRA: via een kandidatenlijst voorgesteld door de huisartsenkring of het woonzorgcentrum stelt autonoom een CRA (lijst) voor aan de huisartsenkring die advies verleent. Dit advies is conform de huidige regelgeving echter niet bindend. Voorstel tot aanpassing van het artikel 65 van het stambesluit van het woonzorgdecreet 2019: "§3. De lijst van kandidaat coördinerende en raadgevende artsen kan worden voorgedragen aan het woonzorgcentrum door de huisartsenkring die actief is in de gemeente waarin het woonzorgcentrum zich bevindt of omgekeerd door het woonzorgcentrum aan de huisartsenkring ter advies worden voorgelegd. De initiatiefnemer behoudt het recht om binnen de voorgedragen kandidaten autonoom een keuze te maken."

Het **medisch zorgbeleid krijgt vorm in overleg tussen alle betrokken actoren** (bestuur, directie, zorgteam, bezoekende artsen...) en wordt formeel bekendgemaakt aan de

² Art. 26 van bijlage 11 van het stambesluit van het woonzorgdecreet van 2019.

behandelende huisartsen, de bewoners en families, de medewerkers, de ziekenhuizen en de gespecialiseerde zorg waarmee wordt samengewerkt... Het medisch zorgbeleid van het woonzorgcentrum wordt regelmatig geëvalueerd, geactualiseerd en bijgesteld aan de hand van nieuwe wetenschappelijke inzichten en/of opgebouwde expertise en ervaringen.

4.2 Mandaat van de CRA voor de opvolging van de kwaliteit van het medisch zorgbeleid in het woonzorgcentrum

De CRA heeft in de huidige regelgeving geen formeel mandaat om de huisartsen terecht te wijzen die zich niet houden aan het algemeen reglement van de medische activiteit. Hij kan enkel in dialoog gaan met een huisarts die zich niet houdt aan de afspraken. Een huisarts kan ook niet geweigerd worden om zijn patiënten in het woonzorgcentrum te bezoeken wanneer hij het algemeen reglement van de medische activiteit niet wil ondertekenen of respecteert.

Zorgnet-Icuro vindt dat de **CRA meer armslag moet krijgen**. In het algemeen reglement van de medische activiteit dient te worden vermeld dat de CRA een huisarts op zijn engagement (het door hem/haar ondertekende reglement) kan aanspreken, maar ook omgekeerd dat elke huisarts hierover in overleg kan gaan met de CRA. Wanneer wordt vastgesteld dat de huisarts zich manifest niet houdt aan zijn engagement, dient de bewoner of zijn vertegenwoordiger hiervan op de hoogte te worden gebracht. In de samenwerkingsovereenkomst tussen de CRA en het woonzorgcentrum dient expliciet te worden opgenomen dat het medisch beleid in het woonzorgcentrum tot stand komt in dialoog tussen het bestuur, directie, zorgteam en bezoekende artsen. De CRA en de directie evalueren op een structurele manier de samenwerking.

Het algemeen reglement van de medische activiteit vertrekt van het in 2019 aangepast woonzorgdecreet en dient daarom de weerslag te bevatten van het medisch zorgbeleid van elk woonzorgcentrum. De CRA dient daarom formeel (in regelgeving) het mandaat te krijgen om zijn collega's aan te spreken op de niet-naleving van dit beleid. Het **algemeen reglement van de medische activiteit** zou in de regelgeving kunnen aangevuld worden met de volgende punten:

- De visie op wonen, leven en zorg van het woonzorgcentrum, het organogram, de naam, de bereikbaarheid en de functiebeschrijving van de CRA, de relevante procedures voor het verlenen van medische zorg;
- De manier waarop de behandelende artsen betrokken worden bij de ontwikkeling, uitvoering, opvolging en evaluatie van een coherent medisch beleid van het woonzorgcentrum;
- Het engagement van de behandelende artsen om mee te werken aan de ontwikkeling, uitvoering, opvolging en evaluatie van het medisch zorgbeleid in het woonzorgcentrum, onder meer met betrekking tot het voorschrijven en opvolgen van medicatie en specifiek antibiotica, het verlenen van kwaliteitsvolle medische zorg, waaronder onder meer de dementiezorg, de palliatieve en levenseindezorg, de valpreventie, de infectiepreventie en -bestrijding, de ondervoeding, de mond- en tandzorg, het interdisciplinair overleg, het overleg met de toeleverende apotheker(s) en, indien van toepassing, het overleg met de CRA en de coördinerend en raadgevend apotheker;
- De normale openings- en bezoeken behalve in noodgeval;
- De contacten met familie;

- De overlegvergaderingen in het woonzorgcentrum;
- Het bijhouden van het medisch dossier van de bewoner inclusief het valideren van het medicatieschema;
- Het gebruik van het geneesmiddelenformularium, onder meer het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen, alsook het gebruik van elektronische voorschriften en de correcte toepassing van de richtlijnen over antibioticagebruik;
- De facturatiemodaliteiten van de honoraria;
- De informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten;
- De verbintenis om relevante gezondheidsgegevens van de patiënten interdisciplinair te delen, met toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger met het oog op de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en de ondersteuning van de bewoner;
- De gangbare procedure die het mandaat geeft aan de CRA om een huisarts aan te spreken wanneer die vaststelt dat de huisarts het door hem ondertekende reglement niet naleeft;
- De gangbare procedure die beschrijft welke stappen er worden ondernomen om een huisarts niet langer toe te laten in woonzorgcentrum bewoners op te volgen indien de huisarts het medisch zorgbeleid van het woonzorgcentrum niet naleeft.

Die “gangbare procedure” kan in overleg met de huisartsenkring, los van elke casuïstiek, vooraf opgemaakt worden en regelmatig worden geëvalueerd en bijgestuurd. De procedure om huisartsen niet langer toe te laten bewoners op te volgen in een woonzorgcentrum, is niet bedoeld om het aantal toezichthoudende huisartsen te verminderen, maar wel als een instrument om op een vooraf bepaalde en gecommuniceerde werkwijze transparant te streven naar een kwaliteitsvol engagement van alle toezichthoudende huisartsen. In de schriftelijke overeenkomst die de bewoner of zijn vertegenwoordiger ondertekent bij opname, staat vermeld waar men een klacht kan indienen over de medische, verpleegkundige en paramedische zorgverlening.

4.3 De vrije keuze van (huis)arts

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek schrijft in zijn advies nr. 78 van 9 juni 2021: “Meerdere getuigen stellen zich vragen bij de rol van en het grote aantal huisartsen binnen eenzelfde instelling (gemiddeld 1 huisarts per drie bewoners). Hierbij stelt zich de vraag hoe het recht op de vrije keuze van huisarts kan verzoend worden met een doeltreffende institutionele organisatie die kwalitatieve zorg mogelijk maakt. Deze ethische vraag heeft niet de bedoeling een arts op te leggen aan de bewoners, maar is een pleidooi voor het zoeken naar een gulden middenweg tussen het individueel patiëntenrecht en een coherente organisatie van de medische zorg.” (p. 25)

“Anderzijds blijkt het groot aantal bezoekende huisartsen uitdagingen te stellen aan de efficiënte organisatie van veilige zorg. Het is daarom aanbevolen dat woonzorgcentra exploreren of ze het groot aantal bezoekende huisartsen kunnen reduceren zonder hierbij fundamenteel afbreuk te doen aan het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar.”(p. 38)

We gaan ervan uit dat het woonzorgcentrum de nieuwe “thuis” is van de bewoner en dat de vertrouwensband met zijn of haar huisarts dient te worden gevrijwaard en gecontinueerd. Daarnaast woont de bewoner ook in een **collectieve woonvorm** waar op een interdisciplinaire wijze een passend antwoord wordt geboden op de individuele zorg- en ondersteuningsnoden van de bewoners. Daarvoor zijn **afspraken nodig op het vlak van**

organisatie van de medische zorg, alsook richtlijnen voor het (medisch) zorgbeleid van het woonzorgcentrum. Van een huisarts wordt verwacht dat hij zich engageert om die richtlijnen na te leven; hij kan hierop aangesproken worden.

We stellen ook vast dat **de vrije keuze van de huisarts een steeds relatiever begrip** aan het worden is. Het aantal huisartsen dat alleen werkt, neemt af en groepspraktijken nemen snel in aantal toe of worden groter. De huisartsengeneeskunde ondergaat een transitie en evolueert steeds meer op het vlak van concentraties, interdisciplinariteit, coördinatie van beschikbaarheid, digitalisering... Na een opname van een bewoner in een woonzorgcentrum dragen huisartsen steeds vaker de patiënt over aan een collega die al meerdere patiënten in het betrokken woonzorgcentrum opvolgt. We kunnen ons afvragen op welke manier we de bewoner aan een nieuwe behandelende huisarts toewijzen. Er zijn hierover diverse benaderingswijzen: de bewoner of zijn vertegenwoordiger kan kiezen tussen een beperkt aantal huisartsen, er wordt een alfabetische lijst bijgehouden van de huisartsen en die wordt bij toewijzing van een nieuwe huisarts chronologisch overlopen...

Wanneer een huisarts weigert het algemeen reglement van de medische activiteit te onderschrijven, kan die niet langer bewoners opvolgen in het woonzorgcentrum. Als een bewoner de vrije keuze van zijn huisarts wil vrijwaren bij opname in het woonzorgcentrum, dient de huisarts zich vóór de opname in het woonzorgcentrum te informeren over het algemeen reglement van de medische activiteit en dat te onderschrijven. De arts engageert zich er immers voor zijn patiënt de beste zorgen te waarborgen in zijn (nieuwe) context: een collectieve woonvorm waar op een interdisciplinaire manier zorg en ondersteuning wordt geboden. De arts blijft zijn therapeutische vrijheid behouden, maar hij houdt hierbij rekening met de collectieve woonomgeving van zijn patiënt. De bewoner of zijn vertegenwoordiger bezorgt het woonzorgcentrum vóór de opname het door hun huisarts ondertekende reglement van medische activiteit. Op die manier is ook de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger geïnformeerd over het engagement van hun huisarts. Wanneer een huisarts bij de opname van zijn patiënt in een woonzorgcentrum beslist niet langer de patiënt te volgen, wordt de bewoner of zijn vertegenwoordiger uitgenodigd een keuze te maken uit een lijst van huisartsen die het algemeen reglement van de medische activiteit ondertekenden.³

4.4 Eén of meerdere CRA's

De laatste versie van de norm-interpretaties voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf (2017) bepaalt dat dezelfde arts in meerdere woonzorgcentra als CRA actief kan zijn. Elk woonzorgcentrum moet dan voldoen aan de erkennings- en financieringsnormen. Omgekeerd kunnen in een woonzorgcentrum ook meerdere CRA's actief zijn. In dat laatste geval voert elke CRA als volwaardige CRA zijn prestaties uit voor de bewoners of afdelingen die hem of haar zijn toegewezen; er wordt dan één CRA aangeduid die zorgt voor een regelmatig overleg tussen de verschillende CRA's. Het betekent concreet dat in het

³ De regelgeving over de patiëntenrechten (WET 22-08-2002 betreffende de rechten van de patiënt (B.S. 26-09-2002)) bepaalt dat de patiënt vrij zijn behandelend beroepsbeoefenaar kiest en zich op elk ogenblik kan richten tot een andere beroepsbeoefenaar (art. 6). Die vrije keuze kan evenwel in sommige gevallen beperkt worden door de wet of door de omstandigheden die eigen zijn aan de organisatie van de gezondheidszorg. Elke beroepsbeoefenaar kan echter ook een patiënt om persoonlijke of beroepsredenen weigeren een dienst te verstrekken, uitgezonderd in geval van nood. In geval de beroepsbeoefenaar de behandeling onderbreekt, moet hij evenwel de continuïteit van de zorgen waarborgen. Indien een CRA van oordeel is dat een behandelend huisarts de verdere opvolging van een bewoner dient ontzegd, dan kan de bewoner hiertegen op basis van de huidige wetgeving over patiëntenrechten bezwaar aantekenen. Tegelijk kan de bewoner/patiënt dezelfde regelgeving inroepen aangezien art. 5. bepaalt dat elke patiënt recht heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid, op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften. Een huisarts de toegang weigeren tot een wzc zal in de stand van de huidige wetgeving bijgevolg moeten vertrekken bij en vanuit de bewoner/patiënt.

woonzorgcentrum groepen van bewoners worden opgedeeld waarvoor telkens een andere autonome CRA bevoegd is.

Meerdere CRA's in hetzelfde woonzorgcentrum kunnen taken onderling verdelen. Daardoor is het mogelijk de expertise verder te verdiepen voor deeldomeinen van het medisch zorgbeleid. Zorgnet-Icuro pleit er daarom voor de mogelijkheid te voorzien **om meerdere CRA's toe te laten in een woonzorgcentrum zonder dat ze elk als autonoom CRA moeten werken voor hen toegewezen leefgroepen of bewoners**. Een afgesproken taakverdeling kan hen toelaten om de eigen expertise te verdiepen en hiermee bij te dragen aan het verbeteren van kwaliteitsvol medisch beleid. Die werkwijze via een CRA-team kan tevens via een CRA met taakverdeling naar een huisartsenteam (zonder CRA-mandaat). Beide organisatiemodellen vragen intern de nodige afstemming en integratie in het globaal medisch zorgbeleid van het woonzorgcentrum. Zorgnet-Icuro maakte hiervoor een analyse van de diverse modellen voor een medisch zorgbeleid, zie hoofdstuk 5.

4.5 De rol van de CRA in belendende woonzorgvormen

Woonzorgcentra hebben een steeds diverser woonzorgaanbod en exploiteren vaak ook een centrum voor kortverblijf, een groep van assistentiewoningen, een centrum voor herstelverblijf, een centrum voor dagverzorging, een lokaal dienstencentrum... De initiatiefnemers beschouwen de organisatie van al die woonzorgvormen als één geheel. Tijdens de coronacrisis in 2020 werd al snel ervaren dat ook in die woonzorgvormen enige medische coördinatie heel wenselijk was. De CRA kan ook hier **een coördinerende en raadgevende rol vervullen op het vlak van preventiebeleid, meer bepaald bij infectieziekten**. De inhoudelijk uitgewerkte (medische) zorgthema's kunnen in die andere woonzorgvormen ondersteunend en richtinggevend zijn.

Het is aan te bevelen dat de bewoners, gebruikers, hun vertegenwoordigers en de huisartsen van de door de initiatiefnemer geëxploiteerde belendende woonzorgvormen (de lokale dienstencentra buiten beschouwing gelaten) worden geïnformeerd over de organisatie (organisatie functie CRA) en de inhoud van het (medisch) zorgbeleid van het woonzorgcentrum. De CRA en het woonzorgcentrum kunnen hierover de wederkerige verwachtingen en afspraken in hun samenwerkingsovereenkomst expliciteren.

4.6 De rol van de CRA bij het medisch zorgbeleid voor specifieke doelgroepen

De afgelopen jaren doen diverse doelgroepen beroep op de zorg en ondersteuning van de woonzorgcentra. Dat kunnen personen met een handicap zijn, bewoners met een psychogeriatrisch profiel, personen met dementie... In woonzorgcentra die opteren voor specifieke doelgroepen is de rol van de CRA eveneens cruciaal. In de eerste plaats bij het verdiepen van de eigen expertise en competenties, maar evenzeer bij het opleiden van de toezichthoudende huisartsen, medewerkers, het informeren van gebruikers en mantelzorgers. Daarnaast zal de CRA samen met de directie een actieve rol moeten opnemen om met de nodige externe expertise een coherent medisch zorgbeleid uit te bouwen, aangepast aan de specifieke noden van de doelgroep(en).

Wanneer een initiatiefnemer beslist een bijzondere doelgroep te huisvesten, te verzorgen en te ondersteunen, dient hij de CRA hierbij te betrekken. **Specifieke doelgroepen vergen**

immers specifieke competenties en een aangepast (medisch) zorgbeleid. Van de CRA vraagt dit een duurzaam engagement gericht op een lange-termijnzorgbeleid, alsook specifieke (medische) competenties. Bij de aanstelling van de CRA dient met die factoren rekening te worden gehouden.

4.7 Toegevoegde waarde externe liaison ziekenhuizen/gespecialiseerde zorg

Het stambesluit, bijlage 11, artikel 37 van het woonzorgdecreet bepaalt dat een woonzorgcentrum een **schriftelijke samenwerkingsovereenkomst** sluit met:

- Een erkende geriatrische dienst van één of meer ziekenhuizen of een erkende dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen;
- Een palliatief netwerk of een erkende dienst voor palliatieve zorgen;
- Het regionale platform voor ziekenhuishygiëne van het gebied waarvan het deel uitmaakt.

Deze schriftelijke samenwerkingsovereenkomst bepaalt onder meer:

- De gedeelde visie op integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning;
- De frequentie van het structurele overleg tussen de samenwerkende partners;
- De wijze waarop expertise en ervaring op een bepaald domein kunnen gedeeld of ingezet worden;
- De wijze waarop de samenwerking structureel wordt geëvalueerd.

Daarnaast dienen woonzorgcentra samen met de nabijgelegen ziekenhuizen een schriftelijke procedure op te maken. Die moet ervoor zorgen dat wanneer een bewoner wordt opgenomen in het ziekenhuis of van een ziekenhuisopname terugkeert naar het woonzorgcentrum, de juiste personen op het juiste moment de juiste informatie krijgen die nodig is om de zorgcontinuïteit te verzekeren. Die informatie komt terecht in een liaisonfiche.⁴ In het werkveld zien we meerdere initiatieven om die liaisonfiche te digitaliseren, voorlopig echter zonder duurzaam resultaat.

In de erkenningsnormen voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt van de ziekenhuizen⁵ staat ook het volgende vermeld: “De **externe liaison** heeft als doel de geriatrische principes en de geriatrische pluridisciplinaire deskundigheid ter beschikking te stellen van de huisarts, de coördinerend en raadgevend arts en de zorgverstrekkers van de doelgroep buiten het ziekenhuis, zodat de continuïteit van de zorg wordt geoptimaliseerd en onnodige opnames worden vermeden, alsook synergiën en functionele samenwerkingsnetwerken worden ontwikkeld met de zorgverstrekkers en de voorzieningen van de doelgroep voor en na de hospitalisatie.”

De doelstelling van het geriatrisch dagziekenhuis is als volgt omschreven: “De doelstelling van het geriatrisch dagziekenhuis bestaat erin om de geriatrische evaluatie en de revalidatie op pluridisciplinaire wijze te organiseren.”

4 Artikel 38 van bijlage 11 van het woonzorgdecreet.

5 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/koninklijk-besluit-van-29-januari-2007-houdende-vaststelling-van-de-normen-waaraan-het-zorgprogramma>

De coronapandemie heeft aangetoond dat een goede samenwerking tussen de ziekenhuizen en de woonzorgcentra een belangrijke toegevoegde waarde vormt bij het waarborgen van de continuïteit en de kwaliteit van het medisch zorgbeleid. Een **structurele uitbouw en financiering van de externe liaisonfunctie** zijn daarvoor noodzakelijk. Ook de **rol van het geriatrisch dagziekenhuis** is aan een evaluatie en opwaardering toe.

Ten slotte stellen we vast dat de digitale gegevensdeling vanuit de ziekenhuizen met de eerstelijnsactoren, waaronder de woonzorgcentra, moeilijk ligt en een goede samenwerking en ontslagmanagement in de weg staan. Zo kan bijvoorbeeld het delen van een Katz-schaal met externe zorgverstrekkers al beschouwd worden als een inbreuk op de privacy.

Een **aanpassing van de federale regelgeving ter ondersteuning van de ouderenzorg** vormt de hoeksteen van een degelijke liaisonwerking en kan een belangrijke meerwaarde vormen voor een coherent medisch zorgbeleid in de woonzorgcentra. De huisarts van de bewoner wordt als eerste aanspreekpunt van de medische zorgen nauw betrokken bij deze liaisonwerking en hierover geïnformeerd. Daarom moet de federale overheid inzetten op:

- De verdere ontwikkeling en verbreding van de toepassing van het geriatrisch dagziekenhuis met bijhorende financiering. Als voorbeeld geven we hier de opmaak van een interdisciplinair bilan (met bijhorende consulten, onderzoeken en eventueel behandeling) voor een welbepaalde problematiek/pathologie.
- De verdere implementatie van de externe geriatrische liaison van het geriatrisch programma van de algemene ziekenhuizen. Dat houdt onder meer in: een concretere omschrijving van de functie externe liaison (structuren, inhoud, verwachtingen...) met duidelijke taakafbakening tussen verschillende functies. Bij voorkeur wordt de externe liaisonfunctie op een uniforme manier verder uitgerold tussen de verschillende ziekenhuizen, al dan niet binnen hetzelfde netwerk (bijvoorbeeld afspraken in verband met een uniform transferdocument). Op het niveau van het ziekenhuis is een proactief ontslagmanagement absoluut noodzakelijk.⁶
- De uitrol van de expertise van ziekenhuizen over infectiepreventie en -zorg. De HOST (Hospital Outbreak Support Teams) werden in 2021 opgestart via een pilootproject per ziekenhuisnetwerk. Zij bieden o.a. transmurale ondersteuning met betrekking tot infectiepreventie en -controle en antimicrobieel beleid. Hiervoor is financiering voorzien tot 2024. Na evaluatie en bijsturing van de pilootprojecten dringt een structurele verankering van die transmurale ondersteuning zich op.
- Het mogelijk maken van interdisciplinaire videoconsulten voor huisartsen (en in het bijzonder de CRA) en artsen-specialisten.

Een aangepaste en adequate overheidsfinanciering is hierbij cruciaal.

Verder dienen de federale en Vlaamse overheid erover te waken dat de **informatie-doorstroming** tussen zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers niet alleen veilig, maar ook **effectief** verloopt. Onder meer ten gevolge van de GDPR-richtlijnen slagen het werkveld noch de softwareaanbieders er nauwelijks in om de liaisonfiche of analoge informatie via een digitaal platform adequaat uit te wisselen. Een actief impulsbeleid vanwege zowel de gemeenschappen als de federale overheid kan toelaten om hierin stappen vooruit te zetten en meerwaarde te creëren voor een kwaliteitsvol medisch zorgbeleid.

⁶ De werkgroep sociale diensten van Zorgnet-Icuro formuleerde de volgende aanbeveling (nog niet breed afgetoetst): "de aanstelling van een transmurale zorgcoördinator op ziekenhuisniveau kan een meerwaarde zijn voor de uitbouw van de liaisonfunctie."

4.8 Delegatie van bepaalde onderdelen van de functie van de CRA

Rekening houdend met de groeiende verwachtingen (en dus opdrachten en taken) ten aanzien van de CRA, én de toenemende schaarste aan huisartsen, valt te overwegen of de CRA een deel van de taken kan toevertrouwen aan één of meerdere huisartsen of artsen-specialisten. De CRA blijft wel het aanspreekpunt. Bovendien is het ook mogelijk om bepaalde operationele onderdelen van de CRA-functie toe te vertrouwen aan (bij voorkeur) een master in de verpleegkunde. We denken dan bijvoorbeeld aan de opvolging van de (medische) zorgthema's, de coördinatie van de informatie en vorming van huisartsen, de coördinatie van het palliatief supportteam, de opvolging van klinische voorzieningspecifieke data in afstemming met de huisartsen, de opvolging van de doelstellingen van het (medisch) zorgbeleid...

Elk woonzorgcentrum moet de mogelijkheid krijgen om de **functie van CRA te moduleren al naargelang de lokale behoeften en mogelijkheden**. Dat kan gaan over het toevertrouwen van delen van de opdracht aan collega-artsen of het onder toezicht delegeren ervan aan een master in de verpleegkunde (bij voorkeur) met een hiertoe gevolgde bijkomende opleiding (cf. opleiding CRA).

4.9 Financiering in verhouding met taken en opdrachten

De huidige CRA-werking wordt gefinancierd via de Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ), vertrekkend van een gemiddelde wekelijkse tijdsbesteding van de CRA van 2u20' per 30 bewoners of een bruto-honorarium van 237,25 euro per bewoner op jaarbasis. Voor een woonzorgcentrum met 120 woongelegenheden betekent dat dat zijn CRA gemiddeld 9u20' per week beschikbaar is. Of omgerekend werkt aan een bruto-honorarium van ca. 51 euro per uur. Tijdens de covidcrisis werden de prestaties van de interim-verpleegkundigen vergoed aan 47,25 euro per uur, de (huis)artsen in de vaccinatiecentra aan 80,34 euro per uur. Die vergelijking maakt duidelijk dat er bij de Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ) sprake is van een stevige onderfinanciering van de CRA-werking. De gevolgen in het werkveld zijn duidelijk. CRA-vacatures raken moeilijk ingevuld, er is vaak maar een partiële invulling van de voorziene uren, al dan niet met een partiële vergoeding. De verantwoorde uitbreiding van de CRA-opdracht naar alle bewoners zet bovendien nog meer druk op de ketel, waardoor meerdere CRA's ervoor opteren hun functie te beëindigen of de functie op te splitsen in duobanen.

Het medisch zorgbeleid van een woonzorgcentrum gaat bovendien verder dan de loutere CRA-werking. Illustratief zijn de 16 beleidsdomeinen beschreven in het woonzorgdecreet waarvoor elk woonzorgcentrum in de toekomst een (medisch) zorgbeleid dient uit te werken. Daarom is een **grondige hervorming van het financieringsmodel** noodzakelijk voor de toekomstige uitrol van het medisch zorgbeleid in een woonzorgcentrum.

Het huidig federaal financieringskader voor het medisch toezicht in ouderenzorgvoorzieningen verloopt volgens de RIZIV-nomenclatuur van toepassing bij huisartsen. Die nomenclatuur is niet aangepast aan voorzieningen die opteren voor een medisch beleidsmodel waarbij een beperkt team aan huisartsen volledig instaat voor het medisch toezicht van de bewoners.

De Basistegemoetkoming voor Zorg dient het globaal medisch zorgbeleid te financieren, waarvan de CRA-werking een onderdeel vormt. De BTZ financiert hierbij het globaal medisch zorgbeleid en dient voor de CRA-functie te vertrekken van een billijke vergoeding/ financiering voor de CRA-werking. Bovendien mag het medisch beleid niet enkel op de schouders van de CRA rusten. Het moet mee gedragen worden door het beleidsteam of een stafwerking met onder meer ook de inbreng van de coördinerend en raadgevend apotheker (CRAP), zoals bepaald in het woonzorgdecreet.

Voor wat de CRA-werking betreft, moeten we loskomen van de vereiste aanwezigheid voor de CRA-werking vertaald naar 2u20' per 30 bewoners en uitgaan van de CRA-taken op basis van een billijke vergoeding. De Vlaamse kostenvergoeding van toepassing in de covid-vaccinatiecentra (80,34/uur) kan hierbij richtinggevend zijn.

De huidige CRA-financiering dient te worden hervormd en zou al dan niet kunnen vertrekken van een minimaal aantal aanwezige uren van de CRA op weekbasis (bv. 3 uur), ongeacht de grootte van de voorziening. Met daarbovenop bijvoorbeeld 30 minuten CRA-tijd per 25 bewoners per week. Een gevolg hiervan is dat de CRA minder uren presteert, waartegenover dan wel een billijker vergoeding staat.

Een aantal CRA-taken kunnen hierbij dan gedelegeerd worden naar andere artsen of kaderfunctie(s) ter ondersteuning van het medisch zorgbeleid. Bij voorkeur aan een master in de verpleegkunde. De werking van de CRA of het inhuren van aanvullende expertise dienen ook in een globale financiering van het medisch zorgbeleid van een woonzorgcentrum een plaats te krijgen.

Tot slot dient werk te worden gemaakt van een aangepast federaal financieringskader voor het medisch toezicht in ouderenzorgvoorzieningen die opteren voor een medisch beleidsmodel waarbij een beperkt team aan huisartsen volledig instaat voor het medisch toezicht van de bewoners.

We signaleren ook dat het dringend en noodzakelijk is om ook op het vlak van de mond- en tandzorg zowel op federaal als op Vlaams beleidsniveau stappen te ondernemen zodat de kwaliteit en de continuïteit van de mondzorg van de bewoners kan worden gewaarborgd. Een goede mond- en tandzorg levert ontegensprekelijk een bijzondere bijdrage in het voorkomen van ondervoeding en de meest uiteenlopende respiratoire infecties. De CRA kan ook hierin een rol spelen.

4.10 Aanpassing functiebeschrijving CRA

In de beschrijving van de opdrachten van de CRA wordt een onderscheid gemaakt tussen taken **in relatie met het medisch korps enerzijds en met de vorming en opleiding van de medewerkers van de woonzorgcentra en de behandelende artsen anderzijds**. Uitgaande van het perspectief dat de CRA ook een belangrijke adviserende rol heeft over het (medisch) zorgbeleid ten aanzien van het bestuur van een woonzorgcentrum, is het noodzakelijk dat de functiebeschrijving dat expliciteert. De covidcrisis toonde aan dat de relatie tussen de CRA en het ziekenhuis/ziekenhuizen waarmee het woonzorgcentrum samenwerkt, bijzonder waardevol is op het vlak van kennisdeling, afspraken bij crisissituaties, zorgcoördinatie...

Het is wenselijk dat ook die aspecten verankerd zijn in de taakomschrijving van de CRA.

Zorgnet-Icuro stelt concreet voor de functiebeschrijving van de CRA als volgt uit te breiden:

§ 4. In samenspraak met de directeur, de hoofdverpleegkundige(n) of in voorkomend geval de teamverantwoordelijken staat de coördinerend en raadgevend arts in voor de volgende taken:

1° In relatie met het medisch korps:

- a. op geregelde tijdstippen individuele en collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen organiseren ten behoeve van de ontwikkeling, aanpassing en opvolging van het medisch beleid;
- b. de continuïteit van de medische zorg coördineren en organiseren;
- c. de coördinatie van het opmaken en up-to-date houden van de dossiers van de bewoners die door de behandelende artsen worden bijgehouden;
- d. de medische activiteiten bij ziekte-toestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel, coördineren;
- e. het farmaceutisch zorgbeleid coördineren in overleg met de behandelende artsen en de apotheker die de toelevering van de geneesmiddelen doet aan de bewoners in het woonzorgcentrum of, in voorkomend geval, de coördinerend en raadgevend apotheker, wat voor de geneesmiddelen ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformularium omvat, alsook het oordeelkundig gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en de alternatieve niet-farmacologische aanpak bij de bewoners van het woonzorgcentrum;
- f. huisartsen die in het woonzorgcentrum werken actief betrekken bij de ontwikkeling en aanpassing, en informeren over het beleid van het woonzorgcentrum met betrekking tot het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen;
- g. de coördinatie van de medische activiteiten in geval van infectie-uitbraken;
- h. desgevallend de coördinatie van de medische (preventie)activiteiten en adviesverstrekking binnen woonzorgvoorzieningen belendend aan het woonzorgcentrum;
- i. de coördinatie van de medische gespecialiseerde zorg in het woonzorgcentrum, waaronder minimaal de mond- en tandzorg.

2° In relatie tot de initiatiefnemer van het woonzorgcentrum:

- a. de initiatiefnemer van het woonzorgcentrum actief informeren en adviseren over de medische aspecten van het te voeren (medisch) zorgbeleid (meer bepaald op het vlak van de zestien beleidsthema's zorg);
- b. actief participeren aan het beleidsoverleg van de initiatiefnemer met betrekking tot het te voeren (medisch) zorgbeleid;
- c. afstemmen met de bedrijfsarts over thema's die het welzijn van de medewerkers aanbelangen;
- d. bemiddelen bij conflicten met bewoners, families, mantelzorgers bij ongepast gedrag;
- e. een loyale en motiverende rol opnemen naar medewerkers van het woonzorgcentrum bij de uitvoering van het medisch zorgbeleid.

3° In relatie tot het ziekenhuis/ziekenhuizen waarmee het woonzorgcentrum een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten:

- a. op structurele wijze overleg plegen met vertegenwoordiger(s) van het ziekenhuis/ziekenhuizen waarmee het woonzorgcentrum een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten;
- b. ziekenhuis/ziekenhuizen waarmee het woonzorgcentrum een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten actief informeren over relevante nieuwe initiatieven/afspraken in verband met het (medisch) zorgbeleid in het woonzorgcentrum.

4° Desgevallend in relatie tot de coördinerend en raadgevend apotheker:

- a. op structurele wijze overleg plegen met de coördinerend en raadgevend apotheker waarmee het woonzorgcentrum een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten;
- b. de coördinerend en raadgevend apotheker waarmee het woonzorgcentrum een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten actief informeren over relevante nieuwe initiatieven/afspraken in verband met het (medisch) zorgbeleid in het woonzorgcentrum.

5° Bijscholing en vorming: meewerken aan de organisatie van activiteiten voor bijscholing en vorming in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het woonzorgcentrum en voor de betrokken behandelende artsen.



5. MODELLEN VOOR HET MEDISCH ZORGBELEID

5.1 Sterke en minder sterke punten van de verschillende modellen

Op basis van een sectoranalyse en een blik over de landsgrenzen kunnen we voor de Vlaamse ouderenzorgvoorzieningen in grote lijnen een drietal mogelijke modellen voor de organisatie van het medisch zorgbeleid afbakenen. Die modellen onderscheiden zich in de relatie tussen de bewoner en zijn behandelende (huis)arts (HA). Het meest toegepaste model is het medisch model waarbij een HA instaat voor het medisch toezicht van de bewoner. Vaak is die HA ook de arts die voordien aan huis kwam bij de bewoner, maar dat is steeds minder het geval. De schaarste aan huisartsen en de plaatselijke wooncontext (landelijk of verstedelijkt) zijn hoe langer hoe belangrijker determinanten die bepalen of een HA al dan niet zijn patiënten verder opvolgt in het woonzorgcentrum. Ook de toenemende uitbouw van huisartsen-groepspraktijken doet het klassieke beeld van de vertrouwde HA wijzigen. Het medische model waarbij de HA instaat voor het medisch toezicht is het model dat naar voor wordt geschoven in het Vlaams woonzorgdecreet. Dat model is ook verankerd in de federale wetgeving over de patiëntenrechten die een vrije keuze van behandelend arts oplegt. In het werkveld zijn er ook andere medische toezichtmodellen wat ons volgend overzicht oplevert:

- Model 1: elke bewoner heeft/behoudt de eigen huisarts.
- Model 1bis: een groep van geëngageerde huisartsen volgt de bewoners op.
- Model 2: een team van aangewezen huisartsen volgt de bewoners op.
- Model 3: een instellingshuisarts(en) volgt de bewoners op.
- Combinaties van modellen 1 en 2 zijn mogelijk. Zo kan een voorziening bijvoorbeeld opteren voor model 1 voor afdelingen met somatische zorg en model 1bis hanteren voor dementiezorg. Voorzieningen kunnen er ook voor opteren om meerdere CRA's aan te stellen. Hierdoor ontstaan varianten op bovengenoemde modellen waarbij meerdere CRA's in dezelfde zorgvoorziening actief zijn.

Model 1: Elke bewoner heeft/behoudt de eigen huisarts

Omschrijving

- De bewoner heeft volledige keuzevrijheid van HA.
- Het medisch toezicht gebeurt door de HA.

| Sterke punten | Uitdagingen |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Continuïteit van de medische zorgen en contacten met de mantelzorg waarbij het levensverhaal van de bewoner wordt opgepikt• Wonen en leven kunnen sterk naar voor worden geschoven.• De keuzevrijheid bewoner en/of mantelzorg.• De HA kan een deel van de BelRAI-input aanleveren.• De wachtdiensten van de artsen zijn gespreid over meerdere artsen. | <ul style="list-style-type: none">• Vertrekt van een medisch prestatie­model dat kan leiden tot verhoogde consumptie.• De kans op een zwakkere expertise in specifieke geriatrische domeinen (palliatieve zorg, frailty en geriatrisch ziektebeeld, multimorbiditeit, dementiezorg, psychogeriatrisch ziektebeeld).• De beschikbaarheid (onder meer voor MDO).• ICT-vertrouwdheid versus het lokaal EPD/EBD.• De afstemming met de beleidsvisie van het wzc (levenseindezorg, medicatiebeleid AB- en neurolepticoediening,...)• Versnipperde impact op gespecialiseerde zorg. |

Model 1bis: Een groep van geëngageerde huisartsen volgen de bewoners op

Een groep van huisartsen volgt de bewoners op. Hiertegenover staat een engagement van deze huisarts om de opvolging kwaliteitsvol te laten verlopen. Dit engagement bestaat onder meer uit:

- Aanwezigheid van deze huisarts op MDO's.
- Beschikbaarheid van deze huisarts voor informele contacten (aanspreekpunt voor de patiënt).
- Een aantal uren aanwezigheid in de zorgvoorziening.
- Het bewijs leveren van bijscholing in de geriatrische zorg. Al dan niet gedeelde expertise bij groepspraktijken.

Omschrijving

- Deze groep bestaat bijvoorbeeld uit een groep van 12 tot 15 HA.
- De HA engageren zich om op alle MDO's ZELF aanwezig te zijn, de visie van het wzc te onderschrijven, in te staan voor alle contacten met de familie/mantelzorg, het formularium te volgen inclusief beleidsmatige procedures medicatiebeleid (neuroleptica, AB-behandeling, procedures behandeling blaasinfecties, ...), zich bij te scholen, beschikbaar te zijn voor informeel overleg, ...
- De bewoner behoudt de HA als deze deel uitmaakt van de groep van HA of kiest een HA uit deze groep van geëngageerde HA.

| Sterke punten | Uitdagingen |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• De sterke punten van model 1• Een verhoogde betrokkenheid vanwege de 'geëngageerde' huisartsen.• De verdere ontwikkeling van HA-groepspraktijken kan dit model ondersteunen. | <ul style="list-style-type: none">• De uitdagingen van model 1 blijven bestaan.• De keuzevrijheid van de bewoner is beperkter.• Vrijblijvend karakter voor de betrokken huisartsen.• Er is geen duidelijke rol van belangenbehartiger van de bewoner.• HA-groepspraktijken kunnen zich hierop toeleggen mits taakverdeling en uitbouw van expertise.• Vermijden wisselende artsen in groepspraktijken. |

Varianten op model 1

Wegens de grootte kunnen voorzieningen ervoor opteren om meerdere CRA's aan te stellen. Hierdoor ontstaan varianten op bovengenoemde modellen waarbij meerdere CRA's in dezelfde zorgvoorziening actief zijn. Ze opereren elk als autonoom CRA voor de afdelingen of bewoners die hem/haar zijn toegewezen.

Model 2: Een team van aangewezen huisartsen volgt de bewoners op

Dit medisch model wordt in Vlaanderen slechts beperkt toegepast, meestal bij dementiezorg of zorg voor andere doelgroepen.

Omschrijving

- Dit gaat over een team van bijvoorbeeld een 5-tal aangewezen HA.
- De HA werken samen met een CRA die het algemeen medisch beleid coördineert.
- Mengvormen met andere medische modellen zijn mogelijk afhankelijk van de doelgroep.
- Er is een aangepaste financiering voor het medisch toezicht van de HA. Niet langer via honoraria voor huisbezoeken, maar via een aangepast honorarium (via pooling van deze honoraria of naar analogie van het CRA-onderdeel van de basistegemoetkoming) op basis van aanwezigheid.

Sterke punten

- De HA ziet de bewoner frequenter (dagelijks tot meermaals per week) in zijn leefomgeving.
- Een sterkere afstemming met en ontwikkeling van een beleidsvisie voor het wzc.
- Expertise wordt gekoesterd en verder uitgebouwd.
- Een hogere beschikbaarheid voor MDO en overleg.
- ICT-vertrouwdheid versus EPD/EBD, bv. BelRAI.
- Meer impact op de gespecialiseerde zorg.
- Potentieel voor kwaliteitsvolle zorg.

Uitdagingen

- De historiek en de continuïteit van de medische zorg vertonen een breuklijn.
- Beperkt keuzevrijheid voor de bewoner.
- Weerstand van huisartsen en mantelzorg.
- Kan buurtwerking/integratie bemoeilijken.
- Het huidige financieringskader is niet aangepast aan dit model.
- Belangrijk tijdsengagement van de betrokken artsen: fysieke aanwezigheid en wachtdiensten.

Model 3: Een instellingshuisarts(en) volgt de bewoners op

Omschrijving

- De bewoners worden opgevolgd door één of meerdere instellingsartsen.
- Dit zijn huisartsen met een zeer uitgesproken expertise/opleiding.
- Dit model neigt naar het Nederlands model van verpleeghuisartsen.

Sterke punten

- De sterke punten van model 2.
- Expertiseontwikkeling.
- Beleidsvisieontwikkeling.

Uitdagingen

- De keuzevrijheid van de bewoners is quasi onbestaand.
- Dit model zal veel weerstand opwekken van HA, mantelzorg, artsenspecialisten.
- Dit model gaat volledig weg van het pleidooi van Domus Medica.
- Afgestudeerde HA zijn hiervoor niet geschoold.
- In NL is er een afzonderlijke specialisatie voor verpleeghuisartsen (3 jaar).
- Vraagt de ontwikkeling van een academische opleiding in een nieuwe medische specialisatie.

5.2 De plaats van de coördinerend en raadgevend arts in het organigram

De plaats die de CRA inneemt in het organigram van een woonzorgcentrum en het mandaat dat hieraan wordt gekoppeld, verschillen in functie van het gehanteerd medisch beleidsmodel. De volgende relaties en interacties dienen hierbij in kaart te worden gebracht en beschreven.

Intern:

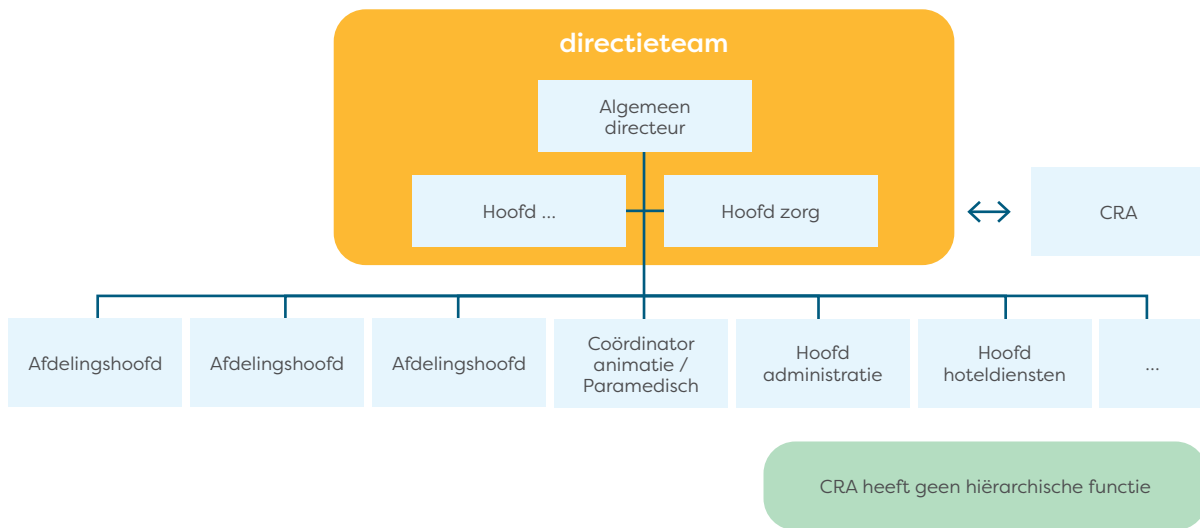
- met het directieteam
- met de huisarts intern
- met de medewerkers van het woonzorgcentrum
- met mantelzorg, familie...

Extern:

- met de huisarts
- met gespecialiseerde zorg (ziekenhuizen, privépraktijken...)
- met de eerstelijnszorg
- met diverse overheden

Onderstaand schema geeft de positie weer van de CRA in relatie tot het gehanteerde medisch model.

Figuur 1: De positie van de CRA in relatie tot het gehanteerde medisch model



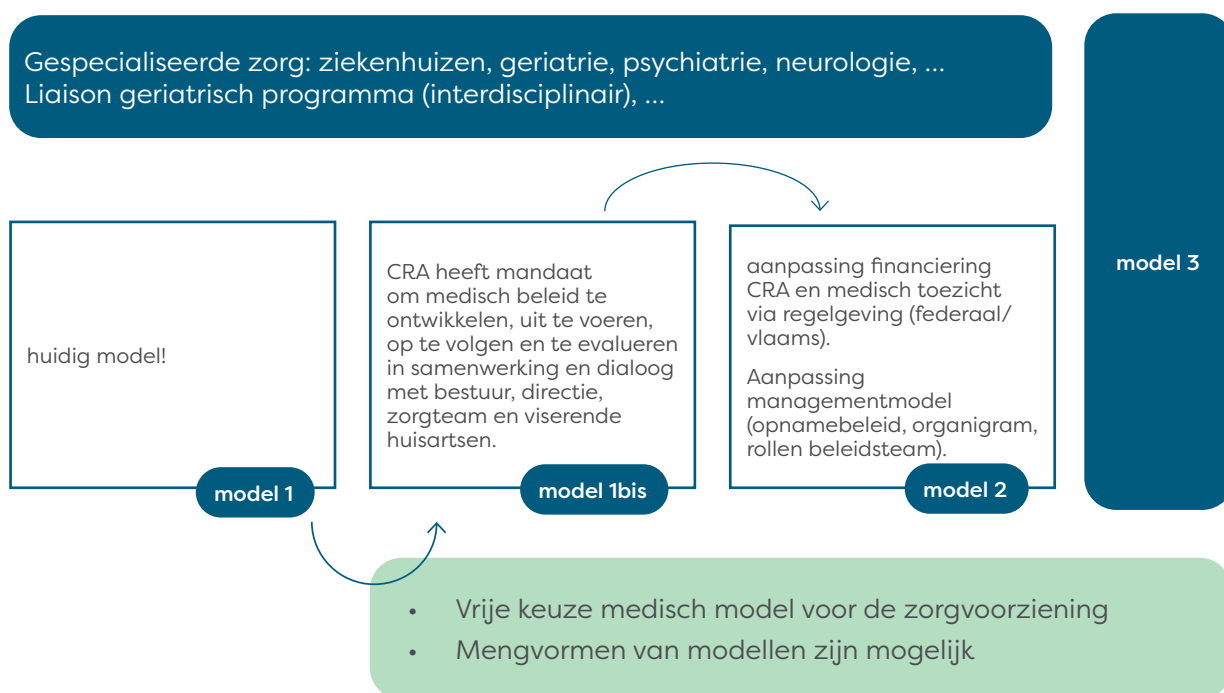
Hoe meer de CRA is geïntegreerd in de organisatiestructuur, hoe sterker de functie neigt naar een hiërarchische functie.

Zo maakt de CRA in de modellen 1, 1bis en 2 geen deel uit van het directieteam en heeft hij geen hiërarchische positie in het woonzorgcentrum. Wat niet wegneemt dat hij deel uitmaakt van een beleidsteam of zeer nauw samenwerkt met de directie en de stafmedewerkers. In model 3 maakt de CRA wel deel uit van het directieteam en oefent als dusdanig een hiërarchische functie uit in de organisatie. Ongeacht het gehanteerd model zal de CRA voor zijn beleid steeds verantwoording moeten afleggen aan het bestuur die hem heeft aangesteld. Het is bijgevolg de bevoegdheid van het bestuursorgaan en directie om de werking van de CRA te evalueren.

5.3 Het medisch beleid in perspectief

Elk van de beschreven modellen en combinaties heeft zijn sterke punten, maar ook uitdagingen. Vanuit de beschreven evoluties en trends, met onder meer de toenemende complexiteit van de zorgprofielen en de hiervoor vereiste specialisatiegraad in combinatie met de specifieke IT-vaardigheden eigen aan de EPD/EBD, zal een zorgmodel dat mikt op het versterken van de verdere integratie van de huisarts in de werking van de zorgvoorziening de meest kwaliteitsvolle zorg bieden. Om die integratie mogelijk te maken is het nodig een aangepast kader te ontwikkelen in de Vlaamse en de federale regelgeving. Volgend schema brengt dat proces in kaart.

Figuur 2: Medisch beleid in perspectief - aandachtspunten



Willen we groeien naar een verdere integratie van het medisch toezicht in een door het woonzorgcentrum gedragen medisch zorgbeleid, dan zullen de volgende wijzigingen in de regelgeving die evolutie versterken:

- Voor wat de aanstelling van de CRA betreft: de CRA dient een gedragen functie te zijn bij de groep van huisartsen, maar evenzeer in het woonzorgcentrum. Het medisch beleid gaat verder dan het louter organiseren van het medisch toezicht en dient daarom te passen binnen het medisch zorgbeleid van het woonzorgcentrum. Daarom vormt het aanstellen van kandidaat CRA's op voordracht van de huisartsenkringen, een te eenzijdige benadering van deze functie en is het risico reëel dat het woonzorgcentrum hierin te weinig wordt gehoord.
- Het mandaat van de CRA: dit mandaat dient verder te worden uitgewerkt waarbij de CRA de mogelijkheid krijgt om op te treden naar de behandelende huisartsen (of groepspraktijken van huisartsen) die het algemeen reglement voor de medische activiteit met voeten treden. Het afdwingbaar maken van dit engagement zal in de meeste woonzorgcentra een verschuiving op gang brengen van beleidsmodel 1 naar model 1bis, aangezien de kern in beleidsmodel 1bis steunt op een reëel engagement van de toezichthoudende huisartsen.
- Wat bij meerdere CRA's in hetzelfde woonzorgcentrum? Meestal wegens de schaalgrootte, maar vaak ook vanuit praktische overwegingen zien we steeds meer woonzorgcentra waar meerdere CRA's actief zijn. Vanuit de meest recente norminterpretatie van de wetgeving wordt die werkwijze aanvaard, maar dient elk van deze CRA's op te treden als autonome CRA, ten volle bevoegd voor de afdelingen of bewoners die aan hem zijn toegewezen. Die benadering staat echter haaks op een geïntegreerde werking, laat geen taakverdeling of specialisatie onder CRA's toe en neigt te sterk naar een verkaveling van het medisch zorgbeleid.

Bijsturing van de huidige regelgeving mag echter niet uitmonden in een wettelijk opgelegd model, maar dient aan de zorgvoorzieningen de mogelijkheid te bieden om afhankelijk van de specifieke context te opteren voor een werkbaar kwaliteitsvol medisch zorgmodel.

Een landelijke context verschilt hierin bijvoorbeeld sterk van een stedelijke context, ook voor de transmurale zorg. Vaak zijn bijvoorbeeld in een landelijke setting sowieso al een kleiner aantal huisartsen aanwezig per woonzorgcentrum.

5.4 Inbreng/integratie artsen-specialisten en impact op het medisch model woonzorg

De externe gespecialiseerde zorg zal de medische opvolging van de bewoners mee ondersteunen. Die gespecialiseerde zorg bestaat uit:

- Consulten bij artsen-specialisten: geriatrie, neurologie, psychiatrie...;
- Zorg verleend via consult in het ziekenhuis, dagziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, privépraktijk arts-specialist, polikliniek, dagziekenhuis...;
- Zorg verleend via videoconsult;
- Ondersteuning via de multidisciplinaire equipe van de externe liaison van het geriatrisch programma algemene ziekenhuizen;
- Psychiatrische outreach;
- Via consult (fysiek) in het woonzorgcentrum of in de polikliniek op de campus;
- Artsen-specialisten geïntegreerd in de artsenequipe van het woonzorgcentrum.

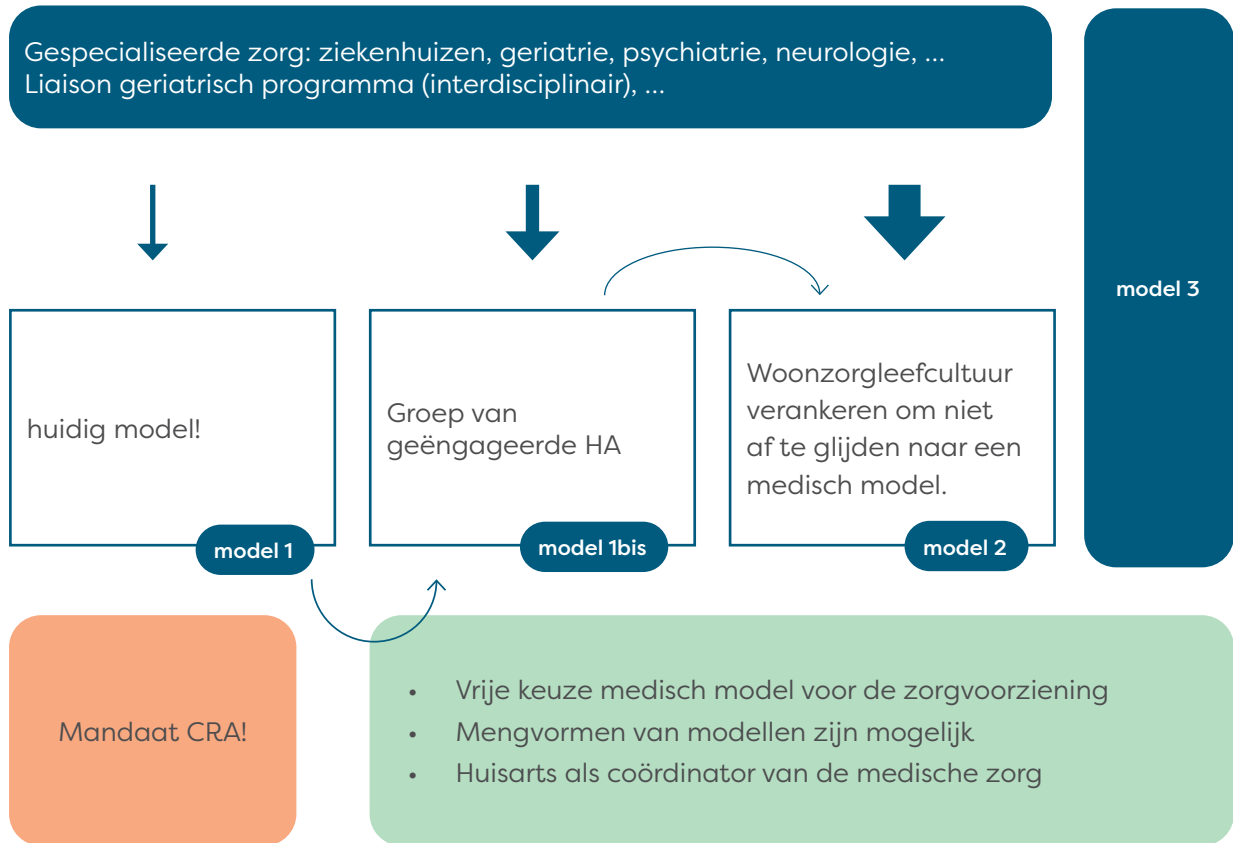
We stellen vast dat een hogere integratiegraad van de huisarts in de werking van het woonzorgcentrum de samenwerking met de gespecialiseerde zorg faciliteert door de contacten beter af te stemmen, te bundelen en af te stemmen op de visie rond het medisch zorgbeleid van de zorgvoorziening. Die samenwerking met de gespecialiseerde zorg is het sterkst uitgewerkt in beleidsmodel 2. Willen we groeien in het medisch zorgbeleid van een woonzorgcentrum, dan zal ook op het vlak van de federale regelgeving een en ander in beweging moeten komen. Een aanpassing van de federale regelgeving ter ondersteuning van de ouderenzorg zal ongeacht het gehanteerd medisch zorgmodel in de ouderenzorgvoorziening een meerwaarde bieden voor een kwaliteitsvoller medisch zorgbeleid.

Concreet denken we dan aan:

- De verdere ontwikkeling en verbreding van de doelgroep van het geriatrisch dagziekenhuis;
- De uitrol van de externe geriatrische liaison zoals voorzien in het geriatrisch programma van de algemene ziekenhuizen;
- De uitrol van expertise van ziekenhuizen in infectiepreventie en -zorg;
- Het potentieel van het videoconsult tot verbetering van de medische opvolging van de bewoners.

Hoe hoger de integratiegraad van huisartsen in het woonzorgcentrum, hoe meer aanpassingen aan de regelgeving zijn vereist om die integratie te ondersteunen (dikke blauwe pijl in de voorstelling).

Figuur 3: Inbreng van gespecialiseerde medische zorg



CONCLUSIE

Zorgnet-Icuro is van oordeel dat wegens de toenemende zorgcomplexiteit en doelgroepwerking, een medisch zorgmodel vertrekkend vanuit een verdere integratie van de huisarts in werking van de zorgvoorziening, op termijn de meeste kansen biedt op een kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg. Daarom zijn we voorstander van een medisch zorgbeleid waarbij woonzorgcentra streven naar een hogere integratiegraad van de huisartsen. Het model 2 zoals beschreven in deze nota, mikkend op een beperkt team van aangeduide huisartsen per woonzorgcentrum, heeft het meeste potentieel om een kwaliteitsvol geïntegreerd medisch zorgbeleid te realiseren, vooral bij doelgroepwerking. Mengvormen van die beleidsmodellen moeten echter ook kunnen.

We pleiten er daarom voor dat de zorgvoorzieningen de mogelijkheid krijgen om elk op eigen tempo en in functie van de context en werkomgeving, te opteren voor het meest geschikt en haalbaar medisch beleidsmodel. Dit beleid kan en zal op termijn in meer of mindere mate de vrije keuze van de huisarts beperken. Het is dan ook essentieel dat de behandelende huisartsen meedenken en worden betrokken bij dit proces. Hoe dan ook zal dit beleidsmatig een belangrijke impact hebben op de huidige werking van een woonzorgcentrum. Niet alleen op het niveau van het mandaat van de CRA en het zorgbeleid van de voorziening, maar ook het doorverwijsbeleid en de betrokkenheid van de gespecialiseerde zorg.



BIJLAGEN

1. Informatiebundel CRA-werking

Een goed functionerende CRA-functie vereist een degelijk inzicht in de werking en organisatie van de zorgvoorziening. Daarom is het belangrijk de CRA degelijk te informeren. Hiervoor kan de voorziening een informatiebundel uitwerken over de werking van het wzc en relevante informatie omtrent het ouderenzorgbeleid. Deze informatie zal de CRA ondersteunen bij het uitoefenen van zijn/haar functie.

Deze informatiebundel kan volgende nuttige informatie bevatten:

1. Een voorstelling van de zorgvoorziening
 - Zorgaanbod
 - Beleidsvisie
 - Organisatiestructuur en organigram
 - Positie CRA in het organigram en aanstellingsprocedure
2. Afspraken rond de aanwezigheid van de CRA
 - Dagen/tijdstip
 - Oproepbaarheid
 - Verlofregeling/ziekte (zie overeenkomst)
3. Praktisch afspraken over de werkomgeving en werking
 - Beschikbare ruimte/kantoor
 - ICT-infrastructuur
 - Verzekering burgerlijke aansprakelijkheid
 - Evaluatie werking CRA
4. GDPR
 - Bewaren medische en zorgdossiers
 - ICT-netwerk wzc – interne procedures
 - Paswoordenbeheer
5. Zorgbeleid van de zorgvoorziening
 - Wonen en leven in het wzc
 - Zorgcontinuïteit en geïntegreerde zorg
 - Opname- en ontslagbeleid
 - Algemeen reglement medisch activiteit wzc
 - Samenwerking met gespecialiseerde zorg (AZ, GGZ, Psychiatrische ziekenhuizen) en ELZ.
 - Procedures rond de beleidsdomeinen uit het WZ-decreet
 - Samenwerking met de apotheek
6. Klachtenbehandeling in de voorziening en inspectie
7. Relevante documenten en regelgeving
 - Model opnameovereenkomst bewoner
 - Model interne afsprakennota bewoner
 - Linken naar Vlaamse regelgeving: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (woonzorgdecreet, VSB)

2. Algemeen reglement van de medische activiteit

Voor de organisatie van het medisch beleid beschikt de zorgvoorziening over een algemeen reglement van de medische activiteit met de rechten en plichten van de behandelende artsen die actief zijn in het woonzorgcentrum.

Dat reglement wordt overhandigd aan elke behandelende arts. Door dat reglement te ondertekenen, verbindt elke behandelende arts zich ertoe om zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de medische zorg van het woonzorgcentrum.

Het algemeen reglement van de medische activiteit beschrijft minstens de volgende punten (Woonzorgdecreet - bijlage 11 Woonzorgcentra - art. 35):

1. het **engagement van de behandelende artsen** om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen het woonzorgcentrum, onder andere met betrekking tot het voorschrijven en opvolgen van medicatie en specifiek antibiotica, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het interdisciplinair overleg, het overleg met de toeleverende apotheker(s), en, in voorkomend geval, het overleg met de coördinerende en raadgevende arts en de coördinerende en adviserende apotheker;
2. de **normale openings- en bezoektijden** voor artsen behalve in noodgeval;
3. de contacten van artsen met de **familie en mantelzorg**;
4. de **overlegvergaderingen** in het woonzorgcentrum;
5. het bijhouden van het **medisch dossier** van de bewoner inclusief het valideren van het medicatieschema;
6. het gebruik van het **geneesmiddelenformularium**, onder andere het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen, alsook het gebruik van elektronische voorschriften en de correcte toepassing van de richtlijnen rond antibioticumgebruik;
7. de **facturatiemodaliteiten** van de artsenhonoraria;
8. de informatiedoorstroming in geval van **overdraagbare ziekten**;
9. de verbintenis om **relevante gezondheidsgegevens** van hun patiënten **interdisciplinair te delen**, met toestemming van de bewoner of zijn vertegenwoordiger met het oog op de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en ondersteuning van de bewoner.

Een coherent medisch beleid zoals beschreven in 1° van de opsomming hierboven, impliceert dat het gevoerde medisch beleid ook is **ingebied en afgestemd op het algemeen zorgbeleid van het wzc**. De beleidsthema's van waaruit dit zorgbeleid is opgebouwd, zijn opgesomd in het Woonzorgdecreet - bijlage 11 Woonzorgcentra - art. 26.

Dit artikel bepaalt dat elk woonzorgcentrum een beleid uitwerkt en voert rond volgende thema's:

1. de dementiezorg;
2. het omgaan met gedragsproblemen;
3. de valpreventie;
4. het voorkomen en de verzorging van doorligwonden;
5. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen;
6. de mond- en tandzorg;
7. de ondervoeding;
8. het voorkomen van infecties;
9. de afzondering van bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar;

10. de vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg;
11. de ethisch verantwoorde zorgverlening;
12. de mantelzorg;
13. het vrijwilligerswerk;
14. de diversiteit;
15. de individuele en collectieve participatie;
16. het wonen en leven in het woonzorgcentrum.

Het engagement van de behandelende artsen om aan het sluiten bij het zorgbeleid van het wzc, zoals bepaald in het algemeen reglement van de medische activiteit, impliceert dan ook in belangrijke mate het onderschrijven van het zorgbeleid van het wzc. De praktijk leert ons dat dit soms gevoelig ligt, zeker bij de levenseindezorg van bewoners. Het overleg met het zorgteam is hierbij dan ook cruciaal.

3. Modelovereenkomst voor CRA's



Deze modelovereenkomst vindt u ook op www.zorgneticuro.be
> themapagina Bestuur > Interne documenten voor de
woonzorgsector (enkel voor leden van Zorgnet-Icuro).

Nota

ONDERNEMINGSCONTRACT VAN EEN WOONZORGCENTRUM MET DE COÖRDINEREND EN RAADGEVEND ARTS (CRA)

25 FEBRUARI 2022

Tussen volgende partijen:

WZC
met erkenningsnummer met
maatschappelijke zetel in
vertegenwoordigd door
hierna genoemd 'het WZC'

en

Dr. huisarts wonende te
..... met
RIZIV-nummer
hierna genoemd 'de CRA'

wordt het volgende overeengekomen:

Artikel 1

Het WZC stelt de CRA aan als 'Coördinerend en Raadgevend arts' met de taken omschreven in de toepasselijke regelgeving, zijnde op het ogenblik van het afsluiten van dit contract het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers.

Het contract vangt aan op

Artikel 2

Beide partijen erkennen uitdrukkelijk het sui generis karakter van dit ondernemingscontract dat is aangegaan buiten elke band van ondergeschiktheid en waarbij de CRA het statuut van zelfstandige heeft. De CRA komt zelf de verplichtingen na eigen aan het statuut van zelfstandige (sociaal, fiscaal, enz.).

Artikel 3

De CRA zal in optimale samenwerking met de directie van het WZC instaan voor de coördinatie en de goede organisatie van de zorgen in het WZC. Daartoe zullen minstens de volgende taken opgenomen worden, zoals beschreven in de taakomschrijving die bij het sluiten van het ondernemingscontract is voorzien door de toepasselijke regelgeving:

1° In relatie met het medisch korps:

- Het organiseren, op geregelde tijdstippen, van zowel individuele als collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen.
- De coördinatie en organisatie van de continuïteit van de medische zorg.
- De coördinatie van de samenstelling en het bijhouden van de medische dossiers van de behandelende artsen.
- De coördinatie van medische activiteiten bij ziekte toestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel.
- Het farmaceutisch zorgbeleid coördineren in overleg met de behandelende artsen en de apotheker die de toelevering van de geneesmiddelen doet aan de bewoners in het woonzorgcentrum of, in voorkomend geval, de coördinerend en raadgevend apotheker, wat voor de geneesmiddelen ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformulair omvat, alsook het oordeelkundig gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en de alternatieve niet-farmacologische aanpak bij de bewoners van het woonzorgcentrum.

2° Meewerken aan de organisatie van activiteiten inzake bijscholing en vorming in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het WZC en voor de betrokken behandelende artsen.

Indien van toepassing: aanvullingen zijn mogelijk (medewerking verlenen bij zorggerelateerde inspectiebezoeken).

Deze opdrachten vereisen de regelmatige fysieke aanwezigheid van de CRA in het WZC volgens een uurrooster dat de CRA zelf vastlegt. De prestaties van de CRA bedragen gemiddeld 2u20' per week per 30 aanwezige bewoners in het woonzorgcentrum.

De CRA neemt tevens actieve stappen voor de naleving van het algemeen reglement van de medische activiteit.

De CRA verbindt zich ertoe de toepasselijke regelgeving na te leven, met inbegrip van de mogelijke wijzigingen die door de bevoegde overheid in de toekomst zouden doorgevoerd worden.

De CRA is gehouden te handelen overeenkomstig de regels van medische deontologie.

Artikel 4

De CRA neemt de nodige initiatieven om in overleg met het directieteam een coherent medisch beleid uit te werken. Het WZC zal de professionele autonomie van de CRA op medisch gebied eerbiedigen.

Het WZC kan te allen tijde suggesties voor de optimalisering van het zorgbeleid formuleren en hierover in overleg treden met de CRA.

Artikel 5

De CRA erkent dat hij/zij voldoet of zal voldoen aan de voor de functie van CRA wettelijk vereiste kwalificaties en bijscholing, uiterlijk binnen de 4 jaar na zijn/haar aanstelling.

Om zijn/haar kwalificatie te behouden, zal de CRA zich jaarlijks bijscholen conform de vigerende wetgeving. Het WZC kan aan de CRA vragen om hiervan de nodige bewijzen en attesten over te maken.

Artikel 6

De CRA sluit een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid af waarin zijn/haar activiteiten als coördinerend arts in het WZC voldoende worden gedekt. Het WZC kan aan de CRA vragen om hiervan het bewijs te leveren.

(Indien van toepassing: De verzekering burgerlijke aansprakelijkheid van het WZC dekt de burgerlijke aansprakelijkheid van de CRA voortvloeiend uit zijn/haar opdracht als CRA - deze dekking geldt niet voor eventuele patiënten behandeld in het WZC door toedoen van de CRA).

Artikel 7

De CRA mag, gelet op de specificiteit van zijn/haar functie, geen taken als coördinerend en raadgevend arts delegeren aan een collega, tenzij het om een tijdelijke vervanging van korte duur gaat (minder dan 1 maand). De delegatie gebeurt dan in overleg met het WZC aan een arts die over de vereiste kwalificatie beschikt.

Indien de CRA minstens 3 maand aaneensluitend zijn/haar activiteiten niet kan uitvoeren, dan kan het WZC een vervanger of een nieuwe CRA aanstellen, wanneer mogelijk in overleg met de CRA. Het WZC informeert hierover de lokale huisartsenkring en de andere organisaties bevoegd voor de organisatie van de huisartsgeneeskunde.

Inlassen indien van toepassing:

Eénzelfde arts kan in meerdere WZC's actief zijn als CRA. Elk WZC moet voldoen aan de erkennings- en financieringsnormen die onder meer bepalen dat de taken van de CRA op zijn minst gemiddeld 2u20' per week en per 30 rechthebbenden bedragen.

Omgekeerd kunnen in een WZC ook meerdere CRA's actief zijn. Indien er meerdere CRA's zijn voor één zorgvoorziening, dan voert elk van de CRA's als volwaardig CRA de taken uit voor de bewoners of afdelingen die hem/haar zijn toegewezen. Desgevallend wordt voor het WZC één CRA aangeduid die zorgt voor een regelmatig overleg tussen de verschillende CRA's.

In WZC (naam WZC invullen) is dit
..... (naam CRA invullen).

Artikel 8

Het contract wordt beëindigd:

a. In onderling akkoord.

b. Door opzegging.

Het contract kan door elk der partijen opgezegd worden mits inachtneming van eenopzeggingstermijn van 6 maand. De opzeggingstermijn gaat in de eerste dag volgend op de betekening van de opzegging via een aangetekend schrijven. Tijdens de opzeggingsperiode blijven alle bepalingen van dit contract van toepassing.

c. Van rechtswege en met onmiddellijke ingang:

- Door stopzetting van de activiteiten van het WZC.
- Door arbeidsongeschiktheid van de CRA waardoor deze gedurende minstens 3 maanden aaneensluitend zijn/haar activiteiten niet kan uitvoeren.
- Door tijdelijk of blijvend verlies door de CRA van de bevoegdheid om de geneeskunde uit te oefenen. In geval van tijdelijk verlies van de bevoegdheid om de geneeskunde uit te oefenen, zal de CRA hierover eerst gehoord worden door de directie/het bestuur van het WZC om de billijkheid van het onmiddellijk beëindigen van het contract te beoordelen.
- Door het niet voldoen door de CRA aan de wettelijke kwalificaties, scholing of bijscholing.
- Door een zware fout die de professionele samenwerking tussen beide partijen definitief onmogelijk maakt. Deze fout moet binnen de drie werkdagen nadat de betrokken partij er kennis van heeft gekregen, per aangetekend schrijven meegedeeld worden.

Artikel 9

De CRA zal voor de geleverde prestaties maandelijks (*desgevallend trimestrieel*) voor het einde van de kalendermaand volgend op de prestatie maand (*desgevallend trimester*) vergoed worden. Deze vergoeding gebeurt op basis van de tussenkomst die het WZC ontvangt via de basisitegemoetkoming, zoals bepaald in de regelgeving van de Vlaamse Sociale Bescherming en omschreven in artikel 500 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 omtrent de Vlaamse Sociale Bescherming.

De vergoeding voor de CRA-prestaties wordt per dag berekend conform de volgende formule: **0,65 euro (huidige CRA-financiering - referentie 1 september 2021) x totaal aantal bewoners verblijvend in het WZC.**

Indien het aan het WZC toegekende bedrag in de Vlaamse Sociale Bescherming voor de financiering van de CRA-functie wijzigt, dan zal het honorarium van de CRA overeenkomstig aangepast worden.

Artikel 10

De CRA respecteert tijdens zijn/haar opdracht volgende afspraken:

- Tijdens de prestatie-uren als CRA zal de arts geen patiënten behandelen. De CRA zal echter wel als huisarts de eigen patiënten behandelen buiten de uren gepresteerd als CRA.
- De CRA zal zonder toestemming van een collega-arts diens rol van behandelende huisarts slechts overnemen indien de behandelende arts of diens vervanger niet bereikbaar zijn. Dit kan enkel in spoedsituaties en in afwachting van de komst van de behandelende arts.
- De CRA zal geen attesten en voorschriften opstellen of wijzigen in de plaats van de behandelende artsen, tenzij contact werd opgenomen met de behandelende arts en deze hiermee instemt.
- De bewoner kiest vrij zijn behandelend arts. Deze keuze mag noch door de directie noch door het verzorgend personeel of de CRA beïnvloed worden. Aan de bewoners die geen behandelend huisarts hebben, zal de directie een geactualiseerde lijst met beschikbare huisartsen uit de regio voorleggen, waaruit de bewoner vrij kan kiezen.
- De CRA kan indien dit voor de uitoefening van zijn/haar functie noodzakelijk is, inzage nemen in de medische dossiers van de bewoners. Deze consulatie van het dossier zal zichtbaar zijn. Indien dit is aangewezen voor de optimalisering van de behandeling of noodzakelijk voor een beter begrip, dan zal de CRA contact opnemen met de behandelende arts.
- De CRA zal geen geneeskundige verslagen opmaken voor aanvragen tot aanstelling van een bewindvoerder voor bewoners van het WZC.

Artikel 11

Praktische afspraken rond het uitoefenen van de CRA-functie worden vastgelegd in een afsprakennota aanvullend bij dit contract.

(Desgevallend kan dit gaan over de vaste overlegmomenten, bureauruimte die ter beschikking wordt gesteld, ICT-faciliteiten, GDPR-richtlijnen en toegang tot data, bijscholingsfaciliteiten, parkeerfaciliteiten, toegangsfaciliteiten tot het gebouw, ...).

Artikel 12

Dit contract werd in 2 exemplaren opgemaakt en door beide partijen ondertekend. Elke partij verklaart hierbij een door beide partijen ondertekend exemplaar te hebben ontvangen.

Aldus opgemaakt te op

Voor het WZC
(Naam en handtekening)

De Coördinerend en Raadgevend arts
(Naam en handtekening)







Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be