

**DE COÖRDINERENDE EN RAADGEVENDE ARTS IN
WOONZORGCENTRA:
NAAR EEN NIEUWE FUNCTIEOMSCHRIJVING BINNEN STERK
INTERPROFESSIONEEL TEAMWERK**



**DOMUS
MEDICA**



Januari 2021

De Lepeleire Jan, Cordemans Katrien, Kool Emy

Kool E.M, Cordemans K, De Lepeleire J., De Coördinerende en Raadgevende Arts in Woonzorgcentra – naar een nieuwe functieomschrijving binnen sterk interprofessioneel teamwerk (2021) Vanuit een samenwerking van Crataegus, Domus Medica en de KU Leuven, 1-51.

ISBN: 9789075828368

© 2021 auteurs/ Crataegus/ Domus Medica / KU Leuven

INHOUD

DE KERNBODSCHAPPEN	5
Algemeen kader	5
Kwaliteit van zorg en leven	5
De resident: toenemende zorgnood.....	5
Digitalisering	6
Relatie resident en huisarts	6
De CRA: een populatiefunctie.....	6
De behandelende huisarts	8
VOORSTELLEN.....	9
DE VOLLEDIGE DISCUSSIONOTA	10
Inleiding	11
Totstandkoming en voortgang.....	12
Voorzet van een algemeen kader	13
<i>Pijlers voor een persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak.....</i>	13
<i>Multidisciplinair en interprofessioneel teamwerk in de praktijk.....</i>	15
<i>Randvoorwaarden voor persoonsgerichte en geïntegreerde teamwerking:</i>	15
Voorstellen voor concrete acties	17
<i>Acties op korte termijn</i>	17
<i>Acties op middellange termijn.....</i>	17
<i>Acties op de lange termijn (die wel nu al moeten starten)</i>	18
Verdieping.....	19
<i>Wat is goede ouderenzorg?</i>	19
<i>Evaluatie van diverse samenwerkingsvormen.....</i>	21
Besluit	27
Literatuur	28
BIJLAGE 1. RAPPORTAGE VAN DE FOCUSGROEPEN.....	32
Samenvatting.....	32
Rapportage Crataegus sessie 17-11-2020, online.....	35
Rapportage Crataegus sessie 19-11-2020, online.....	41
Bedenkingen per mail	45
Feedback Validatieronde Kernboodschappen	48

VOORWOORD

De functie van Coördinerende en Raadgevende Arts in Woonzorgcentra, CRA genoemd in de wandelgangen, bestaat nu ruim 20 jaar. In 2020 hebben we daar geen feestje rond gebouwd: het Covid-19 virus heeft ons meer dan ooit uitgedaagd. “Never waste a good crisis” hebben we gedacht toen de eerste golf wat was gaan liggen.

Met enkele mensen van het Crataegus Platform en Domus Medica hebben we een reflectieproces op gang gebracht waaruit, op een zogenaamd iteratieve manier, het voorliggende document is gemaakt. Het is een discussiedocument, een werkstuk dat het vertrekpunt wil zijn voor een open en constructief gesprek over de noodzakelijke aanpassingen aan de functie, de werking, de omkadering en de financiering van de CRA.

In het eerste deel vindt u een samenvatting van de kernpunten waar we het willen over hebben. Het zijn geen ‘beslissingen’ of ‘eisen’. Het zijn reflecties waarbij sommigen heel duidelijk aangeven welke kant we denken dat het uit moet gaan. Andere elementen laten meer opties open. Alle elementen vergen een diepgaander en concreet overleg met een brede waaier van betrokkenen. Het beleid in de eerste plaats. Hieronder verstaan we in eerste instantie de Vlaamse en Federale overheid. Want hoewel de sector van de woonzorgcentra geregionaliseerd werd met de zesde staatshervorming, zijn er nog heel wat hefboomen federaal gebonden.

Voor een volledig begrip, is er de uitgebreide discussienota waarin diverse elementen verder worden uitgelegd en toegelicht. Waaronder een verkenning van de Nederlandse ‘instellingsarts’, een identificatie van pioniers in multidisciplinair teamwerk in WZC’s in Vlaanderen en een uiteenzetting van het vertrekpunt: wat verstaan we onder goede ouderenzorg?

We hopen in 2021 deze dialoog te starten én af te ronden. Want dringende aanpassingen zijn nodig, zo heeft de Covid-19 crisis ons geleerd.

Dr. Katrien Cordemans, MD

Dr Emy Kool, PhD

Prof Jan De Lepeleire, MD, PhD

DE KERNSBOODSCHAPPEN

Algemeen kader

Het algemeen kader voor het functioneren van de CRA heeft aandacht voor

- Meer dan het medische: naast zorg zijn wonen en welzijn belangrijk. Het 'medisch model' mag niet overheersen, integendeel moet op de achtergrond performant aanwezig zijn.
- Kleinschalig genormaliseerd wonen moet geëvalueerd en onderzocht worden op zijn eventuele meerwaarde. Ook hoe dit concept kan ingepast worden in een architectuur van een grote instelling, verdient aandacht.

Kwaliteit van zorg en leven

- Een woonzorgcentrum is een thuis vervangende omgeving voor ouderen met een verhoogde zorgnood. Het stimuleren, bevorderen en behouden van de kwaliteit van leven, en daaraan gekoppeld de kwaliteit van zorg, zijn richtinggevende uitgangspunten.
- Kwalitatieve ouderenzorg kunnen we definiëren in zes pijlers
zij is
 - o persoons- en doelgericht
 - o geïntegreerd en behoudt daardoor de nadruk op wonen en welzijn
 - o uitgevoerd door multidisciplinaire zorgteams die interprofessioneel samenwerken
 - o afgestemd op de noden van de populatie en regionale context van het WZC
 - o participatief en zet in op functionele netwerkrelaties op niveau van de eerstelijnszone en regionale zorgzone
 - o reflectief en evalueert continu de kwaliteit van de geleverde zorg
- Dit concept van kwaliteit van zorg biedt een kader voor het organiseren en evalueren van het geleverde werk, zowel wat de CRA, de behandelende huisartsen en de andere geledingen van de instelling betreft.
- Kwalitatieve zorg realiseren veronderstelt dat noodzakelijke randvoorwaarden voor persoonsgerichte en geïntegreerde samenwerking aanwezig zijn en is het meest gebaat met positieve stimulering en incentives.

De resident: toenemende zorgnood

- Demografische, medische en andere evoluties maken dat er een verhoogde zorgnood is bij de residenten in woonzorgcentra.
- Voor de continuïteit van zorg en het kunnen bepalen van de zorgnood en behoefte, is een zicht op en de evaluatie van de thuissituatie erg belangrijk. Er moet een wisselwerking zijn tussen de thuiszorgcontext en de residentiele zorg bv. via dagcentra en kortverblijf.

- Dit alles vormt de basis voor een persoonsgericht en doelgericht zorgplan met een sterke participatie van de bewoner en zijn omgeving.

Digitalisering

- Digitaliseren van de WZC-processen is één van de onmisbare sleutels naar goede communicatie en coördinatie van zorg.
- Voor die coördinatie is het noodzakelijk dat het elektronisch bewonersdossier maximaal inzet op
 - o Interdisciplinair werk
 - o Gecodeerd registreren zodat kwaliteitsprocessen (audits) kunnen uitgevoerd worden
 - o Integratie met het dossier van de behandelende huisarts (cloudoplossingen)
 - o Het faciliteren van een holistische visie op de bewoner
 - o Het integreren van belangrijke bijkomende en ondersteunende tools (Belrai, Sumehr, Vitalink etc).
 - o Een volwaardig farmaceutisch dossier
 - o Gericht en doeltreffend hanteren van het gedeeld professioneel geheim

Relatie resident en huisarts

- Gemiddeld heeft de huisarts een 15 jaar durende relatie met de resident op het moment dat die wordt opgenomen in het WZC. Door deze relatie heeft zij¹ veel kennis van de voorgeschiedenis en context van de bewoner.
- Een opname in een instelling is voor de residenten een verlieservaring. Verzorgd worden door een andere huisarts kan een bijkomend verlies betekenen. Zowel de Patiëntenrechten wet als het Besluit van de Vlaamse Regering voorzien in de vrije keuze van arts.
- De kern van de discussie herleidt zich steeds tot de spanning tussen het recht van vrije keuze en het uitgangspunt van kwaliteit van zorg in het WZC. Dit komt door een samengaan van vele factoren die de zorgcontinuïteit en een coherent uitgevoerd (medisch) beleid in diskrediet kunnen brengen.
- Daarom is een duidelijk engagement van de behandelende huisarts van essentieel belang voor het goed functioneren van een kwaliteitsvolle zorg binnen een residentie. De manier waarop het engagement zich vormt is afhankelijk van de context.
- Een deel van de spanning kan worden opgelost door het stimuleren en verstevigen van de randvoorwaarden voor goede samenwerking. Het is echter ook wenselijk te onderzoeken in hoeverre de vrije artskeuze heden ten dage nog steeds een kernwaarde is van (toekomstige) bewoners en hoe zij dit afwegen tegen de garantie voor kwalitatieve zorg

De CRA: een populatiefunctie

- De CRA kan op verzoek van individuele huisartsen (raadgevende) ondersteuning bieden bij de zorg voor individuele bewoners in het geval van medisch complexe zorg die de expertise van de huisarts overstijgt.

¹ In deze tekst benoemen we de huisarts als vrouw. Het kan natuurlijk ook een man zijn.

- De CRA heeft een mandaat op niveau van de populatie, dit is de totale bevolking van de bewoners van een woonzorgcentrum, of subgroepen daarvan. In deze zin is de functie veel meer en anders dan 'raadgevend'.
- Dit populatiemanagement veronderstelt het uittekenen, implementeren en continueren van een medisch beleid (de verschillende items zijn in extenso opgesomd in het Besluit van de Vlaamse Regering dd 28 06 2019 bijlage 11).
- Het CRA mandaat moet de relatie duidelijk maken tussen de CRA, de directie, de verpleegkundige staf, de toeleverende apotheker, de behandelende huisarts en andere zorg- en welzijnsverleners.
- Het CRA mandaat genereert rechten en plichten, onder andere met betrekking tot het leveren van kwaliteitsvolle zorg op populatieniveau waaronder evidence based beleid rond infectieziekten en farmacotherapie, implementatie van zorginnovatie en meedenken over zorg ethische uitdagingen.
- Het CRA mandaat moet mogelijkheden genereren om van de behandelende huisartsen een doortastend engagement te vragen om de kwaliteitsvolle zorg te kunnen leveren. Dit engagement bestaat uit het actief deelnemen aan het zorgteam van het WZC en mee denken met en uitvoeren van (medisch) beleid op populatie niveau. Dit engagement moet toetsbaar zijn.
- De CRA moet vanuit deze beleidsfunctie een sterk team kunnen vormen met de hoofdverpleegkundige (bij voorkeur een master in de verpleegkunde of een verpleegkundige met aanvullende kaderopleiding). De hoofdverpleegkundige heeft een coördinerende en helikopter functie en is dan ook de verbindingsfiguur tussen de CRA en de directie.
- Het CRA mandaat impliceert een actieve uitbouw van regionale netwerkrelaties met
 - o De huisartsenkring actief op het grondgebied waar de instelling gelegen is
 - o De behandelende huisartsen
 - o De CRA's van woonzorgcentra in dezelfde eerstelijnszone
 - o De toeleverend apotheker die het farmaceutisch beleid mee begeleidt.
 - o De reguliere thuiszorg
 - o Diensten geriatrie
 - o Diensten ziekenhuishygiëne
 - o Arbeidsartsen
 - o De eerstelijnszone met koppeling naar de complexe thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg
 - o De medische wachtdienst
- Het CRA mandaat kan ondersteund worden door een beperkte groep behandelende huisartsen die het engagement ten volle kunnen en willen waarmaken. Een voldoende patiënten-load in de betrokken instelling is daarvoor wenselijk.
- Het CRA mandaat zou juridisch vastgelegd kunnen worden in de vorm van een afgebakend 'instructierecht', naar analogie met de netwerkhoofddartsen van een ziekenhuisnetwerk (artikel 22/1 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen). Dit instructierecht heeft geen betrekking op de individuele behandelrelatie tussen bewoners en huisarts, maar kan de garantie bieden dat het medisch beleid

op populatieniveau gericht op kwalitatieve zorg uitgestippeld door de CRA daadwerkelijk in acht wordt genomen. De invulling van dit instructierecht dient zeer eng te worden gedefinieerd. Hierbij is nauwe betrokkenheid van diverse belanghebbende essentieel (Doc54 3275/005-Belgische kamer van volksvertegenwoordigers, 2018).

- Het CRA mandaat veronderstelt een aangepaste, kwaliteitsvolle opleiding en een verplichte voortgezette permanente vorming gericht op het verkrijgen van kennis en vaardigheden over kwaliteitsvolle zorg op populatieniveau. Onder andere op de gebieden van evidence based beleid rond infectieziekten, farmacotherapie, zorgethiek en implementatie van zorginnovatie.
- Het CRA mandaat veronderstelt een aangepaste financiering die stimulansen geeft om de taak te kunnen doen zoals verwacht en voorzien.
- Het CRA mandaat veronderstelt een evaluatie van het individuele CRA functioneren (kwaliteitskader) met mogelijkheid tot bijsturing.

De behandelende huisarts

- De behandelende huisarts functioneert op het individuele residenten niveau.
- De behandelende huisarts engageert zich daarnaast voor kwaliteitsvolle zorg binnen het WZC door actief deel te nemen aan het zorgteam door mee te denken en werken met de CRA en verpleegkundigen met het (medisch) beleid op populatieniveau.
- Engageert zich op een toetsbare manier in het zorgteam van het WZC. Engagement moet dus sterker zijn dan het ondertekenen van een reglement van inwendige orde.
- Zorgt voor een goed bijgehouden rapportage in het elektronisch dossier.
- Kan zich engageren, mits voldoende caseload, om het CRA mandaat te ondersteunen.

VOORSTELLEN

- Het CRA mandaat moet op basis van dit kader via regelgeving vorm krijgen.
- Een dringende randvoorwaarde is een doeltreffend en kwaliteit van zorg ondersteunend ICT systeem. Dit moet dringend gefinancierd, ontwikkeld en geïmplementeerd worden, gekoppeld aan een labelingsprocedure zoals bij de huisartspakketten.
- Stimulansen moeten ontwikkeld worden om de interprofessionele samenwerking (IPS) tussen het zorgteam (CRA, HA, VPG, zorgkundigen, directie, apotheker, geriater) te intensiveren. De drempels voor IPS, zoals deelname aan bestaande processen als multidisciplinair overleg (MDO) en medisch farmaceutisch overleg (MFO), moeten verminderd worden. Dit geldt ook in de context van de complexe thuiszorg.
 - Mogelijke stimulansen zijn:
 - o online overleg en aanwezigheid bij MDO en MFO. Dit geldt ook in de thuissituatie.
 - o De geïntegreerde praktijkpremie
 - o Stimuleren van de reeks uitgewerkte nomenclatuur
 - o Elementen van accreditering
- De financiering van de huisartsfunctie moet de vooropgestelde doelstellingen ondersteunen
Gedacht kan worden aan:
 - o Forfaitaire betaling (cf. zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie)
 - o Gemengd forfaitaire betaling en vergoeding per prestatie
 - o Aangepast GMD voor residenten in een woonzorgcentrum
 - o Accreditering
- Om onderbouwde beleidskeuzes te maken is er nood aan wetenschappelijk onderzoek over de organisatie van geïntegreerde ouderenzorg in de residentiele en thuiszorgsituatie: Mogelijke onderzoek pistes zijn:
 - o In hoeverre de vrije artsenkeuze heden ten dagen nog steeds een kernwaarde van (toekomstige) bewoners? En hoe weegt dit af tegenover de visie van bewoners op kwaliteit van zorg.
 - o Wat zijn geschikte stimulansen voor het bevorderen van interdisciplinair teamwerk in de context van residentiele ouderenzorg?
- In de opleiding en navorming van CRA's, huisartsen, geriateren, verpleegkundigen en andere leden van het zorgteam moet uitwisseling tussen deze diverse zorgdisciplines als ook de directie en andere leden van het zorgteam worden gefaciliteerd om zo de samenwerking te versterken.

De hier opgesomde elementen behoren tot de federale bevoegdheid.

DE VOLLEDIGE DISCUSSIONOTA

MULTIDISCIPLINAIR TEAMWERK VOOR PERSOONSGERICHTE EN GEÏNTEGREERDE ZORG IN
HET WZC - EEN VOORZET VOOR EEN DISCUSSIE OVER DE ROL VAN DE HUISARTS EN DE
COÖRDINERENDE EN RAADGEVENDE ARTS (CRA)

Vorbereid door

Prof. dr. Jan de Lepeleire, KU Leuven

Dr. Katrien Cordemans, Domus Medica

Dr. Emy Kool, Domus Medica

november 2020 te Leuven/Antwerpen

Inleiding

In 1994 werd door de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen een discussiedocument gepubliceerd rond de plaats en functie van de huisarts in het woonzorgcentrum (WZC), toen nog rusthuis genoemd of RVT voor diegenen die toen een RVT erkenning hadden (WVH, W, 1994). Het resultaat van de discussieronden met koepels van WZC was een Koninklijk Besluit (KB) in 1999 waardoor de functie van Coördinerend en Raadgevende Arts (CRA) werd ingesteld. Deze CRA heeft een verbindende functie tussen de instelling enerzijds (directie en verpleging) en de groep van behandelende huisartsen anderzijds.

Sinds het bestaan van deze functie is er steeds een discussie blijven bestaan. Sommigen vonden de functie overbodige terwijl andere instellingen erg tevreden waren. Sommigen stelden de vraag of het Nederlandse model met een vaste verpleeghuisarts niet beter is. Anderen pleitten dan weer voor het meteen afschaffen van de functie wegens zogenaamd weinig nut en meerwaarde.

De Covid crisis heeft ex absurdo de meerwaarde van de CRA aangetoond. CRA's waren dag en nacht in de weer om de epidemie in hun WZC te bezweren. Ze lieten vaak hun praktijk in de steek om samen met directie en verpleging de meest kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden in het WZC (Van Heden et al., 2020). Hoe dit zou vergoed worden, vroeg niemand zich af. Tegelijkertijd legt de Covid crisis de structurele limieten en problemen in de organisatie van de ouderenzorg (binnen Europa) pijnlijk bloot, waaronder de behoefte aan voldoende en correct betaald zorgpersoneel met de juiste competenties om te kunnen beantwoorden aan de complexe zorgnoden van kwetsbare ouderen (O'Neill et al., 2020; Szczerbińska, 2020). Ook heeft de crisis de noodzaak aan randvoorwaarden voor kwaliteit onderstreept (O'Neill et al., 2020)

Ouderenzorg situeert zich niet enkel in een WZC. Het grootste deel van de ouderen wordt thuis verzorgd door huisartsen, verpleeg- en zorgkundigen, mantelzorgers en paramedische disciplines. En ook hier loopt men tegen structurele problemen aan.

De discussie over de positie van de CRA in een WZC alsook hoe we de structurele problemen in de ouderenzorg aangrijpen, kan niet langer wachten. Deze tekst heeft als doel om na te denken over de rol en de taken van de huisarts en de CRA in de residentiele ouderenzorg, binnen het bredere kader van goede ouderenzorg. De belangrijkste vraag die we in dit document willen stellen is: **Hoe willen we dat de ouderenzorg eruit ziet, en welke werkvorm faciliteert dit in een residentiele instelling?** Deze vraagstelling wensen we bottom-up in co-creatie met het veld op te lossen.

Totstandkoming en voortgang

De aanzet van dit kader is uitgewerkt in een samenwerking tussen Crataegus en Domus Medica. De totstandkoming en voortgang kent meerdere fasen:

Fase 1: Verkenning van de literatuur en het veld

Allereerst zijn de visies over samenwerkingsvormen binnen een WZC en de verhouding tussen huisarts en CRA specifiek, verkend in de literatuur alsook in gesprekken met het veld. Deze verkenning richtte zich enerzijds op duiding van de Nederlandse context en werkvormen, de verpleeghuisarts specifiek. Anderzijds is er in de literatuur gezocht naar wetenschappelijke evidentie en ervaringen over samenwerkingsvormen en kwaliteit van zorg in de context van de residentiele ouderenzorg in het algemeen.

Fase 2: Expert opinion en validatie van voorzet kader

Vervolgens is er tijdens twee expert bijeenkomsten een eerste versie van de tekst gebaseerd op literatuurstudie en ervaring vanuit het veld voorgelegd aan een groep van twaalf CRA's en huisartsen afkomstig uit diverse regio's in Vlaanderen. Met hun inzichten en input heeft deze voorzet voor het algemeen kader met daarin pijlers voor goede zorg en samenwerking vorm gekregen.

We benadrukken dat het om een kader gaat dat dient als aanzet voor, en houvast in, een bredere discussie over hoe de zorg voor ouderen in residentiele instellingen in Vlaanderen te organiseren.

Fase 3: Bespreking van voorzet met Crataegusplatform en (huis)artsensyndicaten

De tekst werd half november besproken met het Crataegusplatform en voorgelegd aan de artsensyndicaten. Diverse CRA's, huisartsen en koepels maken deel uit van het Crataegusplatform. Gestreefd werd naar consensus over een definitief kader/visie onder huisartsen. Uit de input van de twee sessies zijn de kernboodschappen geformuleerd en gevalideerd door de betrokken participanten.

Fase 4: Overleg met het beleid (Toekomstige fase)

Begin 2021 wordt een overleg met het kabinet Beke en Vandenbroucke gepland om noodzakelijke veranderingen in beleid en financiering te bespreken. Afhankelijk van overleg met beleid kan het kader/de visie voorgesteld worden aan de beroepsverenigingen van de diverse disciplines werkzaam in een WZC (verpleeg- en zorgkundigen; kinesisten; ergotherapeuten; farmaceuten etc) alsook de Vlaamse ouderenraad om zo tot een gezamenlijke visie te komen.

Voorzet van een algemeen kader

De COVID-19 crisis bevestigt ons nogmaals dat de zorg voor kwetsbare personen binnen een WZC, maar ook in de thuissituatie *anders moet én anders kan*. Het vraagt om een **persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak** waarin zes pijlers centraal staan:

Pijlers voor een persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak

Pijler 1: Samen met de bewoner een persoonsgericht en doelgericht zorgplan opstellen

Goede ouderenzorg respecteert de autonomie van de betrokken personen en hanteert daarbij de kaders van patiënt georiënteerde zorg, gezamenlijke besluitvorming, doelgerichte zorg en herstelgericht denken (zie verdieping 5.1). Hiervoor is persoonsgerichte zorgplanning vertrekkende vanuit een bio- psychosociaal model in plaats van een puur medisch model cruciaal (Engel, 1977). Voor het opstellen van een persoonlijk zorgplan identificeren zorgverleners met de PZON op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze zijn of haar levensdoelen en mogelijkheden alsook gegevens over zijn of haar fysieke, cognitieve, psychische en sociale zorgnoden. De vertaling van deze gegevens in een kwaliteitsvol zorgplan is de vertrekbasis voor bewoner, familie en het zorgteam (Chadborn et al., 2019; Clauwaert & De Lepeleire, 2019). De ervaringen vanuit de COVID-19 crisis onderstrepen het belang van actieve participatie van de ouderen zelf in het opstellen van dit zorgplan, alsook heldere afspraken over nog gewenste medisch behandelingen (Van Heden et al., 2020). Het voor handen zijn van dit proces en de weerslag daarvan in “vroegtijdige/voorafgaande zorgplanning” is daarbij essentieel.

Pijler 2: Interprofessionele samenwerking met het multidisciplinaire zorgteam

De competenties van en samenwerken met het in het WZC aanwezige zorgteam moet optimaal benut. Een blauwdruk van de ultieme samenstelling en rolverdeling die past bij elk soort team en instelling bestaat niet. Vanuit een ‘collaboratief zorgmodel’ bestaat dit team in de context van een WZC **op zijn minst** uit zorgkundigen, verpleegkundigen en arts(en) (Dreier-Wolfgramm et al., 2017). Binnen het multidisciplinair team zijn er vijf specifieke rollen weggelegd: 1) netwerker, 2) facilitator, 3) teambuilder, 4) verbinder en 5) leider (Grol et al., 2018). Deze rollen worden met name toegewezen aan de CRA, maar kunnen ook meer verschuiven naar de verpleegkundigen. Immers, de samenstelling van en rolverdeling binnen een team wordt mede bepaald door de lokale en instellingscontext (Koopmans et al 2019). Het is echter van cruciaal belang dat het doel en de rollen duidelijk en gekend zijn. Multidisciplinaire zorg werkt dan ook enkel goed als er interprofessioneel wordt samengewerkt (Tsakidzidis & Van Royen 2015).

Pijler 3: Geïntegreerd met de nadruk op wonen en welzijn

Ouderenzorg is meer dan het medische: naast zorg, zijn wonen en welzijn belangrijk. Het ‘medisch model’ mag niet overheersen, integendeel moet op de achtergrond performant aanwezig zijn. Daarom is het de moeite om het concept kleinschalige genormaliseerde woonzorg nader te onderzoeken. Immers, persoonsgerichte en geïntegreerde woonzorg kan versterkt worden door een verschuiving van grote institutionele zorginstellingen naar meer kleinschalige en huiselijke woonzorg ingebed in de buurt. Zo gewoon mogelijk leven en wonen is dan het uitgangspunt. Het kleinschalig genormaliseerd wonen ondersteunt de professionele, inter- en trans disciplinaire en flexibele inzet van het zorgteam en is ingebed in een woonzorgcontinuüm. De kleinschaligheid (woningen van 8 bewoners, al dan niet geclusterd in een groter geheel) versterkt de realisatie van de vijf werkingsprincipes:

- integratie en participatie
- zorg op maat
- kwaliteit van leven
- kwaliteit van de relaties
- tussen autonomie en geborgenheid (Declercq et al., 2007).

Kleinschaligere woonzorgcentra werken met kleinere teams waarin individuele zorgverleners een grotere verantwoordelijkheid hebben en taken helder zijn. Als gevolg ervaren zorgverleners een grotere job tevredenheid (Vermeerbergen et al., 2016).

Pijler 4: Zorg afstemmen op de noden van de populatie en regionale context van het WZC

Zorg en beleid wordt best afgestemd op de diverse en veranderende noden van de doelgroep/bewoners alsook op demografische verschuivingen: mensen blijven langer thuis zorg genieten, waardoor de zorgzwaarte in een WZC toe neemt. Bovendien is niet één regio waarin een WZC zich bevindt dezelfde. Het is aangewezen dat zorg- en samenwerkingsvormen voorzien in een lokale behoefte. Dat vraagt op de eerste plaats studiewerk om de populatie te leren kennen en de behoeften in kaart te brengen: populatiemanagement (Chazad er al., 2019). De stratificatie van de populatie in het WZC in gezonde ouderen tot de zeer kwetsbaren helpt om de juiste samenstelling, rolverdeling en (quadruple aim) interventies van het zorgteam te duiden (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Tsakidzidis & Van Royen 2018). Het WZC is omwille van zijn overzichtelijkheid een context om met dit concept ervaring op te doen in de praktijk.

Pijler 5: Inzetten op participatie en functionele netwerkrelaties op niveau van de eerstelijnszone en regionale zorgzone

Het WZC staat niet op zich, maar neemt als volwaardige partner deel aan een breed lokaal netwerk van zorg- en ondersteuningsvormen binnen de eerste en tweede lijn. Het maakt dan ook expliciet deel uit van de eerstelijnszones (ELZ) (Agentschap zorg & gezondheid, 2017). Woonzorgcentra nemen hun verantwoordelijkheid op en stellen meer en meer hun ervaring en expertise ter beschikking in buurtgerichte netwerken (Zorgwijzer, mei 2017). Daarnaast leert de COVID-19 crisis ons hoe belangrijk het is om als WZC laagdrempelig beroep te kunnen doen op expertise uit dit netwerk ("ontschotten"). Het onderstreept dus het belang van goede functionele relaties binnen en buiten het WZC.

Voorbeelden van netwerkrelaties op niveau van de ELZ zijn:

- Uitwisseling van kennis en expertise tussen ziekenhuis/geriaters en WZC;
- Logistieke ondersteuning door kring en gemeenten;
- Samenwerking met GGZ instellingen ter bevordering van de integratie tussen zorg en welzijn
- Ontwikkeling 'public health strategieën' zoals bv. een hitteplan en het hanteren van een (Covid-19) epidemie.
- Actief betrekken van lokale ouderen (advies)raad in beleidsbeslissingen
- Inzet van lokale vrijwilligersorganisaties uitwerken in een lokaal sociaal beleidsplan van de gemeente.

Pijler 6: Continue reflectie en evaluatie van de kwaliteit van zorg

Net als goed interprofessioneel samenwerken verlangt kwalitatieve zorg in haar geheel continue reflectie en evaluatie. Bovenstaande pijlers kunnen toetsstenen vormen voor het functioneren van het gehele zorgteam in het WZC, de CRA, de huisarts, directie en de verpleging specifiek. De pijlers voor kwalitatieve zorg moeten gegarandeerd worden met behulp van positieve stimulansen en randvoorwaarden (zie onder).

Multidisciplinair en interprofessioneel teamwerk in de praktijk

Het gras lijkt groener in Nederland: bij gesprekken over deze materie wordt snel verwezen naar de andere organisatievorm bij onze noorderburen met ‘vaste verpleeghuisartsen’. Maar bij verkenning blijkt dat de veronderstelde betere praktijkwerking met de instellingsarts **niet perse veel verschilt van die van België**. Slechts een beperkt aantal ‘langdurige zorginstellingen’ heeft een ‘verpleeghuisarts’ in dienst. Dit zijn instellingen die bovendien zeer gespecialiseerde zorg voor o.a. dementie leveren. Het merendeel van de WZCs organiseert zich gelijkaardig in de vorm van een samenwerking tussen huisartsen en de ‘specialist ouderenzorg’ (die gelijkaardige taken heeft als de CRA). Bovendien lopen zij tegen dezelfde problematiek van taakverdeling en bevoegdheden aan (zie verdieping).

Bovendien wordt persoonsgerichte en geïntegreerde zorg volgens bovengenoemde pijlers al door verschillende ‘pioniers’ **op eigen bodem** georganiseerd. De leidraad in deze samenwerkingsvormen is multidisciplinair teamwerk met de CRA, een vaste groep huisartsen of gespecialiseerde verpleegkundigen als spil. Bijvoorbeeld:

- **De huisarts/CRA in samenwerking met het Ouderen Expertise Team (OET).**
De OET is een multidisciplinair expertise-team gevormd door een pool van medewerkers met expertise in verschillende domeinen (vb. GGZ, thuiszorg, valpreventie, geheugenkliniek, CAW, geriater, ergo- of bewegingstherapie) die worden ingezet vanuit de verschillende lijnen, organisaties en disciplines.
- **Een vast huisartsenteam**
Hierbij worden huisartsen ingezet om met een grotere aanwezigheid het beleid mee vorm te geven, multidisciplinair. Teamvergaderingen zijn een belangrijk element in dit proces. Voormalige huisartsen maken samen met hun patiënt de keuze in hoeverre ze betrokken blijven bij de zorg na opname in het woonzorgcentrum.

Randvoorwaarden voor persoonsgerichte en geïntegreerde teamwerking:

We benadrukken nogmaals dat een blauwdruk van de ultieme samenstelling en rolverdeling die past bij elk soort team en instelling niet bestaat, maar dat dit mede wordt bepaald door de lokale en instellingscontext. Echter zien we wel **vijf gedeelde randvoorwaarden** voor een persoonsgerichte en geïntegreerde zorgaanpak in een WZC waarin we ook een voorstel doen voor een invulling van de rollen van huisartsen, CRA en de rest van het zorgteam.

1. **Huisartsen zijn goed geplaatst om in samenwerking met verpleegkundigen een actieve rol te spelen** in het vormgeven en implementeren van **individuele zorgplannen** en algemeen beleid met behulp van de Belrai. Hier ligt een rol voor het MDO voor de uitwisseling van informatie, ideeën en aanbevelingen met de bewoner binnen het zorgteam. Mits drempels voor deelname van huisartsen worden weggenomen en het MDO goed wordt voorbereid en uitgevoerd met een vast zorgteam versterkt het de rol van de huisarts (Landa, Hermens & De Lepeleire, 2012).
2. **De rolverdeling en verantwoordelijkheden binnen het zorgteam, alsook in de bredere netwerkrelaties zijn helder en uitgesproken.** Specifiek ligt in het WZC de leiding over het medisch beleid of specifieke thema’s op niveau van het collectief (infectiebeleid, zorg ethisch beleid en implementatie van innovatie) bij de CRA in nauwe samenwerking met de hoofdverpleegkundige. Voor de HA ligt de focus op de individuele zorg van zijn patiënten, maar altijd in overeenstemming met het algemeen beleid in het WZC. Het is vervolgens de taak van de CRA om de huisartsen actief te betrekken in beleidsvorming of op zijn minst hun stem te horen om zodoende tot een gedeelde visie te komen. Met betrekking tot externe relaties mandateert elke kring een huisarts om de CRA

werking te faciliteren en samenwerkingsovereenkomsten aan te gaan met de ziekenhuizen, GGZ instellingen etc. De (medische)beslissingsbevoegdheden van CRA, HA en Directies in het geval van crisissituaties (zoals een covid-19 uitbraak) dienen besproken en vastgelegd te worden.

3. **Multidisciplinair teamwerk vraagt om optimalisatie van communicatiestromen. De digitalisering van het WZC met elektronische medische dossiers toegankelijk voor alle leden van het zorgteam is hierbij essentieel.** Binnen het Actieplan E-gezondheid zijn hier reeds stappen gezet, maar het is noodzakelijk hier vaart achter te zetten (Agentschap Zorg & Gezondheid 2017). Een werkbaar EMD 1) is vanop afstand toegankelijk voor de HA, 2) faciliteert een holistische kijk op zorg (cf. Irisplatform), 3) is uniform of op zijn minst afgestemd op de diverse pakketten en 4) waarborgt het beroepsgeheim
4. **Een sterke focus op interprofessioneel onderwijs, navorming en intervisie is noodzakelijk.** Immers, multidisciplinaire zorg werkt enkel goed als er interprofessioneel wordt samengewerkt. Dit vraagt specifieke vaardigheden van de leden van het zorgteam in o.a. communiceren en leiderschap. (Looman et al., 2020; WHO 2010). Maar bovenal vraagt het om kennis en inzicht in elkaars kunde, rollen en verantwoordelijkheden. Hiervoor is interprofessionele continue vorming essentieel.
5. **Kwaliteit van zorg en multidisciplinair teamwerk garanderen met behulp van positieve stimulansen. Dit geldt zowel voor ouderenzorg binnen de context van een WZC als in de thuissituatie.** Hier ligt een rol voor accreditering alsook financiering. **Een werkbaar financieringsmodel faciliteert en stimuleert multidisciplinair teamwerk.** De COVID-19 crisis onderstreept dat wat we al wisten: Het huidige financieringssysteem voor het zorgteam in het WZC is niet compatibel met de zorgtaken die zij op zich nemen. Hun takenpakket is immers gegroeid door de toenemende intensiteit en complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen van bewoners van het WZC. Bovendien zien we in de praktijk dat het financieringsmodel per prestatie voor artsen niet geschikt is om een goede interprofessionele samenwerking te ondersteunen. Het aanvullen of vervangen van dit model door een werkbaarder financieringsmodel is noodzakelijk om vooropgestelde zorgmodel mogelijk te maken. Dit model zou het competentie denken moeten stimuleren in plaats van het vigerende invaliditeitsmodel (Buntinx et al., 2004). Enkele voorbeelden voor alternatieve of aanvullende financiering zijn a. de geïntegreerde praktijkpremie, b. stimuleren van de reeks uitgewerkte nomenclatuur, c. elementen van accreditering.

Voorstellen voor concrete acties

Om voorgestelde pijlers en randvoorwaarden voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg(teamwerk) in het WZC te realiseren stellen we diverse acties voor op korte, middellange en lange termijn. De inbedding in de lokale context moet gebeuren in het kader van de Eerstelijnszone ELZ. Enkele acties zijn reeds gestart door Crataegus, de KU Leuven en Domus Medica.

Acties op korte termijn

- Multidisciplinaire teamwerking kan gestimuleerd worden door reeds bestaande (eHealth) initiatieven onder de aandacht te brengen, te standaardiseren en passend te vergoeden zoals:
 - Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO);
 - Multidisciplinair overleg (MDO) (standaard na opname en vervolgens op regelmatig basis. Optie om via online vergaderplatformen deel te nemen / online aanwezigheid is de norm);
 - Medicatiereview met apotheker en/of CRA (cf. Come'On studie);
 - Palliatieve indicator tool PICT/Vroegtijdige/voorafgaande zorgplanning VZP;
 - Toepassen van de bestaande nomenclatuur voor ongewoon huisbezoek bij opname WZC (nood aan goede rapportage);
 - Het invullen en gebruiken van de interne liaisonfiche;
 - Het ontwikkelen van een externe liaisonfiche voor gegevensdeling met de tweede lijn;
 - Het ontwikkelen van degelijke software die
 - voldoet aan de criteria opgesteld in het zogenoemde 'Passendale' rapport;
 - holistische kijk op de bewoner stimuleert;
 - interdisciplinair werken mogelijk maakt;
 - een degelijke medische module heeft waarmee gecodeerd kan geregistreerd worden;
 - wat audits en epidemiologisch onderzoek mogelijk maakt;
 - een medicatiemodule heeft voldoende aan de voorwaarden van hoogwaardig medicatiebeleid.
- Verhelderen van rechten en bevoegdheden van de CRA t.o.v. van de directie en de behandelende huisartsen in een voorbeeldcontract (*lopend*);
- Samenwerkingsvaardigheden opnemen in CRA opleiding in samenwerking met 'InterProfessioneel Samenwerken In de Gezondheidszorg (IPSIG) vanuit de Universiteit Antwerpen (*lopend*).

Acties op middellange termijn

- Een lerend netwerk vormen op niveau van de ELZ en via hen in kaart brengen van reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven onder CRA' s en reeds lopende onderzoeken in context van WZC en samenwerking (*lopend*);
- Proeftuinen voor nieuwe samenwerkingsvormen in WZCs organiseren. Hier ligt een rol voor de lopende INTEGREGO projecten, immers WZC's staan niet los van de zorg voor ouderen in de thuissituatie. Zie voorbeeld 'proeftuinen ouderenzorg' in Nederland (Koopmans et al., 2018);
- Uitzoeken in hoeverre het mogelijk is om het MFO, MDO en medicatie review te zien als onderdeel van 'traject ouderenzorg' – "geïntegreerde premie" cf. eHealth;
- Momentum gebruiken om het principe van (crisis)populatiemanagement aan te zwengelen in de eerste lijn en dit kenbaar te maken en vaardigheden te leren;
- Verder optimaliseren van digitale gegevensdeling zoals aangegeven in het actieplan e-Gezondheid;
- Implementatie van de Belrai voor het opstellen van zorgplan (*lopend*);
- Integreren van het multidisciplinair communicatieplatform voor palliatieve (thuis)zorg in WZCs.

Acties op de lange termijn (die wel nu al moeten starten)

- Om onderbouwde beleidskeuzes te maken en onderwijs te stofferen is er nood aan wetenschappelijk onderzoek over de organisatie van geïntegreerde ouderenzorg in de residentiele en thuiszorg: Mogelijke onderzoek pistes zijn:
 - In hoeverre de vrije artsenkeuze heden ten dagen nog steeds een kernwaarde van (toekomstige) bewoners? En hoe weegt dit af tegenover de visie van bewoners op kwaliteit van zorg.
 - Wat zijn geschikte stimulansen voor het versterken van interdisciplinaire samenwerking binnen de residentiele ouderenzorg?

Voorbeelden van duurzame onderzoeklijnen: “Realist review of General Practitioners’ Role in Advancing Practice in Care Homes” (Gordon et al., 2020) en “Framework enhanced health in care homes” (NHS, 2020).

- Wat zijn indicatoren voor kwalitatieve ouderenzorg?
- Wat is een duurzame financieringsmodel voor kwalitatieve ouderenzorg?

Verdieping

Wat is goede ouderenzorg?

“De” oudere bestaat niet, het is een zeer diverse groep van mensen die wat betreft hun levensloop in de laatste (dikwijls nog zeer lange) levensfase zitten. Ouderen variëren van de nog zelfstandig levende en onafhankelijke oudere tot de (zorg)afhankelijke, kwetsbare oudere. Dit betekent dat “goede” zorg voor deze groep van mensen niet zo eenduidig te omschrijven is en bovendien verschillende inhoud en doelstellingen heeft. Afhankelijk van de context spelen de professionele (eerstelijns) zorgverleners (met name de huisarts, de CRA, de verpleegkundige, de zorgkundige en andere disciplines een andere rol.

Deze context varieert in:

- Zelfredzaamheid en zelfstandigheid van de oudere
- Zorgbehoefte van de oudere: hoog, laag, pathologie specifiek (bijv. dementie)
- Locatie: van thuiszorg, tot semi residentiele zorg (i.e. service flats) en volledig residentiele zorg.
- Tijdsduur: tijdelijk tot blijvend.

Bovendien is er in de praktijk geen strikte scheiding tussen deze verschillende contexten.

Als we een poging willen doen om te definiëren wat goede ouderenzorg is, blijft de **quadruple aim** een bruikbaar theoretisch kader (Bodenheimer & Sinsky, 2014). De vier pijlers zijn vervolgens ingevuld met kwaliteitseisen specifiek gericht op de zorg voor ouderen binnen een residentiele instelling.

1) Bevorderen van de zorg zoals die door het individu ervaren wordt

- Is humaan, goed en kwaliteitsvol;
- Aandacht voor het competentie denken: stimuleren wat nog wel kan i.p.v. het vigerende invaliditeitsmodel (Buntinx F et al., 2004);
- Garandeert een continuïteit van de zorg in de tijd en in de functie;
- Respecteert de autonomie van de betrokken personen en hanteert daarbij de kaders van patiënt georiënteerde zorg, patiënt/burger participatie, gedeelde besluitvorming, doelgerichte zorg en herstelgericht denken;
- Streeft een maximale interactie na tussen zorg en welzijn;
- Is zoveel als mogelijk op wetenschappelijke evidentie gebaseerd;
- Respecteert de privacy van de betrokken zorgzoekers;
- Heeft aandacht voor en hanteert zowel niet farmacologische als farmacologische strategieën en de context van de burger/zorgzoeker.

2) Gemeenschap: bevorderen van de gezondheidstoestand van de bevolking met specifieke aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid

- Is duurzaam en ethisch;
- Is lokaal geïntegreerd en **gaat uit van de noden van de populatie m.b.v. populatiemanagement**. Of dit nu gaat over een pandemie of over uitdroging bij een hittegolf: De stratificatie van de populatie in het WZC in gezonde ouderen tot de zeer kwetsbaren helpt om de juiste (quadruple aim) interventies te definiëren voor het zorgteam. Het is aangewezen dat zorgvormen voorzien in een lokale behoefte. Wat heeft de populatie nodig in een regio? Is er bijvoorbeeld geen palliatieve eenheid in de regio en heeft men meer behoefte aan palliatieve expertise in de WZC. Of merkt

men dat er meer behoefte is aan revalidatie of oriëntatie na ontslag uit het ziekenhuis.

Competenties van CRA's zouden zich best richten op de noden van de regio.

- En maakt daarbij gebruik van de mogelijkheden en het kader van de Eerstelijnszone en regionale zorgzone; het WZC is immers geen eiland maar **ingebod in een 'populatie' van WZC's** (geografisch afgeleid door ELZ, kring, ZH netwerk of anders gedefinieerde regio)
- Streeft een maximale interactie na tussen zorg en welzijn;
- Hanteert de principes van 'public health' met aandacht voor preventie eenheidsbevordering; bijv meer middelen voor het stimuleren van beweging bij de oudere bevolking.
- Is georiënteerd op de competentie van zorgzoekers en burgers (en niet op deficit en handicap)
- Zorgt voor correcte registratie van de zorg en de problemen, ondersteund door goede ICT; toepassingen, om audits uit te voeren en epidemiologische gegevens mee te nemen in beleidsbeslissingen op micro, meso en macroniveau;

3) Kosteneffectiviteit: het realiseren van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen voor de bewoner

Bovenstaande punten aangevuld met:

- Ontwikkelt en hanteert zoveel als mogelijk de informaticatechnologie en mogelijkheden ter bevordering van de interdisciplinariteit en de continuïteit van zorg
- Gebruikt het instrument Belrai
- Respecteert daarbij de basis principes van het gedeeld professioneel geheim
- Respecteert daarbij de privacy van de betrokken zorgzoekers

4) Uitvoerbaar en werkbaar: ervoor zorgen dat professionelen in de gezondheids-en welzijnszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen

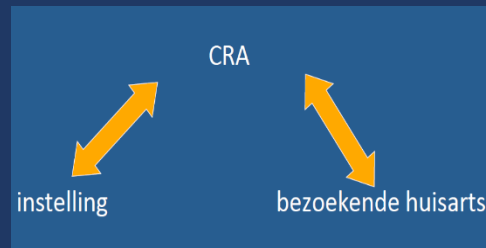
Bovenstaande punten aangevuld met:

- Zorgt voor goed opgeleide professionals op alle niveaus met visie op permanente professionele vorming ('Interprofessional Education' (IPE)), in functie van de individuele noden en de noden door het wijzigende profiel van zorgbehoevende ouderen (bv. meer personen met psychiatrische problematiek);
- Stimuleert en faciliteert overleg en uitwisseling tussen leden van het zorgteam en de bewoners, bijvoorbeeld via het MDO of regelmatige intervisie;
- Heeft sterke functionele netwerkrelaties binnen en buiten het WZC.

Evaluatie van diverse samenwerkingsvormen

Afhankelijk van de context spelen de verschillende professionele eerstelijnszorgverleners (de huisarts, de CRA, de verpleegkundige, de zorgkundige, (para)medische disciplines) een andere rol. Vandaag zien we reeds een variatie in rollen en samenwerkingsvormen. We bespreken eerst de meest gangbare werkvorm in Vlaanderen: de bezoekende huisartsen in samenwerking met de CRA. Wat zijn de bijkomende spanningsvelden? Daarna kijken we naar Nederland met zijn instellingsartsen. Hoe werkt het nu precies? Wat zijn de voor- en nadelen? Vervolgens illustreren we tussen- en alternatieve werkvormen in België en Nederland van een vast huisartsteam, tot intensieve samenwerking met een specialist ouderenzorg of verpleegkundig specialist.

Bezoekende huisartsen in samenwerking met CRA (Huidige situatie)



In de huidige situatie in Vlaanderen kunnen alleen woonzorgcentra met bijkomende erkenning (RVT) een CRA aanstellen. In juni 2020 zijn van de 821 instellingen in Vlaanderen maar 62 zonder bijkomende erkenning (in het vroegere jargon alleen ROB erkenning). Sinds september heeft Minister Beke dezelfde financiering voorzien voor ROB bedden en dit in een overgangsregeling tot eind 2020. Straks kunnen ook woongelegenheden zonder bijkomende erkenning (voorheen de zogenoemde ROB) blijvend een CRA aanstellen. Iedere resident heeft een behandelrelatie met de eigen huisarts die het reglement van inwendige orde ondertekent en de patiënt naar eigen inzichten en mogelijkheden verzorgt. In het weekend wordt de regionale wachtdienst ingeschakeld.

In samenspraak met de hoofdverpleegkundige is de CRA verantwoordelijk voor:

- Meebepalen van het medisch beleid op het vlak van geneesmiddelen gebruik, preventieve activiteiten, palliatieve zorg, infectiebeleid, specifieke pathologie;
- Advies in verband met kwaliteitsbeleid, opnamebeleid en bepaling van zorgbehoefte;
- Actieve rol in ondersteuning van vorming en bijscholing aan zorgverstrekkers;
- Coördinatie van overleg tussen de grote groep externe huisartsen enerzijds met het interne personeel en directie anderzijds;
- Contacten onderhouden met externe hulpverleners en instantie;s
- Ontwikkelen van zorg gerelateerde taken als zorgdiagnostiek, zorgprognose en zorgmanagement;
- Werkt soms als ombudsman (KB [2008-06-04/31](#); [De Lepeleire, 2015](#)).

Mogelijke voordelen van deze vorm:

- Voor de patiënt: de vertrouwde huisarts kan de zorg geven, die goed op de hoogte is van de voorgeschiedenis, de context en copingstijlen van de resident;
- Ook zijn huisartsen meestal goed op de hoogte van de doelen en waarden van de resident zodat belangrijke processen als vroegtijdige/ voorafgaande zorgplanning (VZP) doeltreffender kunnen uitgewerkt en opgevolgd worden;
- CRA met specifieke opleiding en interesse kan beter inspringen op de complexe zorgbehoeften van ouderen en overzicht op medisch beleid bewaren.

Mogelijke nadelen:

- Eén huisarts per drie residenten gemiddeld wat aanleiding geeft tot:
 - Discontinuïteit in bepaalde zorgprocessen;
 - Geen mogelijkheid tot populatiemanagement;

- Gebrek aan stroomlijning van het beleid in het woonzorgcentrum, met een negatieve weerslag op de volksgezondheid (bv. infectiebeleid);
- Logistieke overlast;
- Gebrekkige samenwerking (door elkaar onvoldoende te kennen) tussen het zorgteam en de huisarts waardoor de mogelijkheden van het zorgteam onderbenut worden.
- De CRA heeft geen enkele bevoegdheid op individuele zorg en preventiebeleid van bewoners, noch voor het aansturen van multidisciplinaire equipe. Kan dus wel proberen het beleid te stroomlijnen maar heeft weinig concrete en werkende incentives en middelen om het beoogde beleid door te voeren.
- Sommige huisartsen komen vaker op huisbezoek dan noodzakelijk wat verklaard kan worden door perverse prikkels in prestatiesysteem. Een gehoorde frustratie onder CRA's is dat 'dossiers vol staan met bloeddrukmeting, maar niets vernoemd wordt over bewoners bredere welzijn, noden en behoeften. Aan de andere kant geeft het huidige systeem ook geen of weinig incentives om oa. zorgoverleg tussen huisarts en CRA te honoreren.

De instellingsarts (de oplossing?)

In de discussie in België wordt voor de oplossing vaak verwezen naar de verpleeghuisartsen in Nederland. Daar wordt onderscheid gemaakt tussen;

1) Wonen met zorg (woonzorgcentra/verzorgingshuizen):

Hier verblijven bewoners die door ouderdom, ziekte of een handicap niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, en niet opgevangen kunnen worden door thuis- en/of mantelzorg.

2) Verpleeghuizen/WLZ¹ instellingen:

Hier verblijven alleen patiënten met een 'Wet Langdurige Zorg' indicatie: hoog complexe patiënten blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg en nabij of permanent toezicht. Dit zijn vaak

- Ouderen met vergevorderde dementie;
- (Jonge) mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (LHV & Verenso, 2014).

Alleen WLZ instellingen hebben een 'verpleeghuisarts' anno 2009 de 'specialist ouderengeneeskunde'

De specialist ouderengeneeskunde levert in een WLZ instelling zowel de algemene geneeskundige zorg als de zorg die specifiek verband houdt met (de complexiteit van) de aandoening van de patiënt in nauwe samenwerking met verpleegkundig specialisten. De Specialist Ouderenzorg voert de regie over de behandeling. Dat betekent dat hij/zij:

- het medisch onderzoek verricht;
- passende medische behandeling biedt, zowel bij langdurige verpleeghuisopname als binnen de kortdurende zorg (zoals bij geriatrische revalidatie of eerstelijnsverblijf);
- regie voert over de medicatie en op het totale dossier (o.a. contact onderhouden met medisch specialisten en andere betrokken professionals);
- bepaalt welke aanvullende paramedische zorg (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie) nodig is;
- de coördinator en initiatiefnemer is van het Multidisciplinair Overleg;
- verantwoordelijk is voor het regelen van opname in een ziekenhuis wanneer de situatie van de patiënt daarom vraagt;
- 24/7 de zorg verleent;
- het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en diens familie (Verenso, 2019);
- De deskundigheid van de Specialist Ouderenzorg wordt niet alleen ingezet voor mensen in verpleeghuizen, maar voor alle kwetsbare ouderen met complexe gezondheidsproblemen,

ongeacht de plaats waar zij verblijven, dus ook thuis, in het verzorgingshuis, in een kleinschalige woonvoorziening of in het ziekenhuis.

De specialist ouderenzorg verhoudt zich met andere specialismen. Namelijk de klinisch geriater heeft een meer neurologisch accent en Internisten ouderengeneeskunde is een specialisme vanuit de interne geneeskunde. In België worden alle twee deze Nederlandse specialismen erkend als geriater.

Mogelijke voordelen:

- Gericht opgeleide artsen met kennis en kunde in complexe ouderenzorg;
- Eenheid van commando;
- Gemakkelijk overleg met de directie en verpleging;
- Gemakkelijke stroomlijning en implementatie van het medische beleid.

Mogelijke nadelen:

- Minder persoonlijk band met de (nieuwe) resident;
- Minder kennis van de coping stijl en problemen (immers deze staan niet altijd in het dossier vermeld).
- De behandelrelatie tussen patiënt en huisarts, vaak opgebouwd in jaren, stopt abrupt wanneer een patiënt opgenomen wordt in een verpleeghuis. Een nieuwe verlieservaring voor de resident op het ogenblik dat er al een groot verlies optreedt (Rikmenspoel, 2018);
- In de huidige constructie zou deze 'uitgebreide' functie door Vlaanderen moeten gedragen worden, terwijl nu de zorg door huisartsen federaal gedragen worden;
- Zeer lang implementatie traject voordat nomenclatuur en opleiding op punt staat. Geen oplossing op korte / middellange termijn.

Tussenvormen in België en Nederland

Tussen deze twee polen van het spectrum zijn er op vele plaatsen creatieve tussenvormen ontstaan zoals een vast huisartsteam, of wordt er nagedacht over een intensievere samenwerking met een verpleegkundig specialist. Ook in Nederland groeit er een 'tussenvorm': de nauwe samenwerking tussen huisarts en specialist ouderenzorg.

Een vast huisartsteam (bv. De Wingerd (Leuven) en Huis Perrekes(Oosterlo-Geel))

Deze twee instellingen voorzien gespecialiseerde zorg voor dementerende ouderen. Bewoners zijn afkomstig uit een grote regio, waardoor het behouden van de huisarts niet evident is. Voormalige huisartsen (en de desbetreffende bewoner) krijgen zelf de keuze in hoeverre ze betrokken willen blijven bij de zorg na opname in het woonzorgcentrum. Actief betrokken huisartsen worden ingezet om met een grotere aanwezigheid het beleid mee vorm te geven, multidisciplinair.

Teamvergaderingen zijn een belangrijk element in dit proces. De huisartsen die meewerken zijn zeer tevreden.

Drie groepen huisartsen worden zichtbaar

1. De preferente artsen die zich engageren in het artsteam;
2. De volgers: blijven hun patiënten mee opvolgen maar aanvaarden daarmee de voorwaarden die vanuit artsteam van WZC worden gesteld. In de meeste situaties wordt de specifieke huisarts uitgenodigd om deel te nemen aan de teamvergaderingen;
3. De overdragers: dragen (in overleg met patiënt) de zorg volledig over naar het artsteam omdat het door de afstand en/of drukte niet haalbaar is om de patiënt te blijven opvolgen.

Mogelijke voordelen:

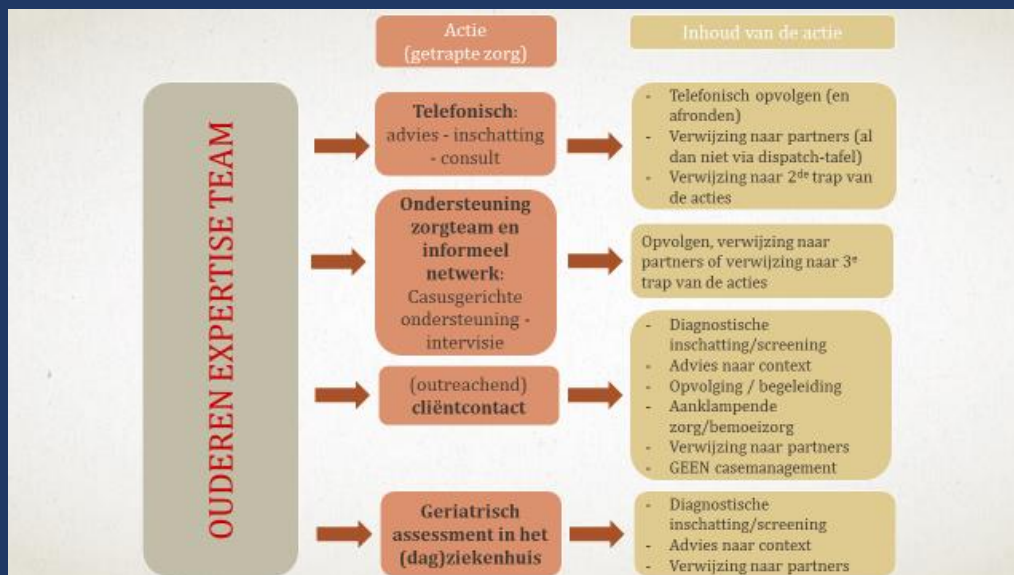
- Men plukt van twee werelden;
- Het beleid kan op een consequente manier uitgevoerd worden;
- De werklast wordt gedeeld met meerdere artsen;
- Optimaliseren van samenwerking tussen huisartsen en zorgteam.

Mogelijke nadelen:

- De financiële constructies die nodig zijn om binnen de huidige regelgeving dit model uit te werken, zijn onduidelijk;
- Geëngageerde huisartsen lukt het vaak niet om de voorgestelde teamvergaderingen (volledig) bij te wonen. Bovendien worden alle bewoners besproken tijdens een overleg, terwijl dit niet voor alle HA relevant is. HA geven het dan ook vaak op;
- De vaste artsen zijn sterk afhankelijk van de directie, boeten soms in aan professionele autonomie en kunnen bij conflict in zeer delicate (ook financiële) situaties terecht komen;
- Er zijn instellingen waar op deze manier de bezoekende huisartsen systematisch geweerd worden en niet meer betrokken worden;
- Onderbenutte mogelijkheden van het zorgteam.

Huisarts/CRA in samenwerking met Ouderen Expertise Team (OET) (Regio Tienen)

In regio Tienen werkt de huisarts/CRA samen met het **Ouderen Expertise Team (OET)**. De OET is een multidisciplinair expertise-team gevormd door een pool van medewerkers met expertise in verschillende domeinen (vb. GGZ, thuiszorg, valpreventie, geheugenkliniek, CAW, geriater...) die worden ingezet vanuit de verschillende lijnen, organisaties en disciplines. De inhoudelijke acties en taken van de OET worden in onderstaand schema gepresenteerd:



(Bron: huisartsenkring HAZOH)

Dit veronderstelt een **netwerkstrategie om deze instellingen te ondersteunen**, dat zich uit in:

- crisiswerking acute noden en oplossingen verbinden)
- mobiliteit in kennis (tussen CRA's en HA, tussen geriater en CRA's, externe expertise en CRA's bvb ziekenhuishygiënist)
- mobiliteit in personele ondersteuning (outreach geriater, palliatie, cohorte thuiszorg, ziekenhuis hygiënist)

De geriater uit het netwerk, de CRA's en de bezoekende huisartsen moeten zich kunnen vinden in dit model. Het is aan de kring en de ELZ om samen met de huisartsen en CRA's hierrond een kader rond uit te werken.

De figuur hiernaast toont een voorbeeld van pro-actieve crisiswerking, "verbinden van noden en oplossingen"

(Bron: huisartsenkring HAZOH)



Mogelijke voordelen

- Geïntegreerde benadering los van setting: van thuiszorg tot in WZC
- Competenties worden gedeeld in hele netwerk (brug tussen 1^e lijn, AZ, GGZ waardoor oneigenlijke opnames worden vermeden)
- Maximale ondersteuning in eigen context van oudere.
- Versterkt rol van huisarts en eigen zorgteam
- CRA kan expertise rol opnemen rond bepaalde thema's?

Mogelijke nadelen /vragen

- Rol van CRA nog te onduidelijk?
- Netwerk breed model: gedragenheid? Financieel?
- Hoe zet die ontschottende tendens zich voort en hoe verhoudt de huisarts/CRA werking zich hiertoe? Bvb revalidatie bedden, oriënterende kort verblijf bedden, hospice zorg ...

De CRA in samenwerking met de verpleegkundig specialist

In een discussiedocument over de mogelijkheden van verpleegkundigen stellen Prof. dr. de Maeseneer en Prof. dr. Declercq voor dat 75% van de masters verpleegkunde tewerk gesteld kan worden in een WZC. In nauwe samenwerking met de CRA zorgt de verpleegkundige voor een kwaliteitsvolle "goal-oriented care and clinical governance" in het team waarin ook de ergotherapeut, kinesitherapeut en maatschappelijk werker participeren. Deze persoon krijgt ook als opdracht de vormingsnoden in kaart te brengen, met aandacht voor onder meer paraatheid bij uitbreken van infecties. Hij of zij houdt het helikopterzicht op wie welke competenties heeft, begeleidt de teams en optimaliseert de samenwerking in het team. Voorwaarde is wel dat hier de nodige financiering voor vrijkomt en dat de CRA meer zeggenschap krijgt over het patiëntenbeleid t.o.v. de verschillende huisartsen die in het WZC patiënten bezoeken dan momenteel het geval is (De Maeseneer & Declercq, 2020).

De verpleegkundig specialist² kan hier een belangrijke rol spelen door betrokken te worden in het ontwikkelen, coördineren en implementeren van beleid alsook het opleiden en coaching van ander zorgpersoneel (Rantz et al., 2017).

Mogelijke voordelen

- Inzetten op de aanwezigheid en de competenties van het zorgteam
- Eenheid van commando, met oa. beter implementeren van zorgstandaarden en een kwaliteitsbeleid

Mogelijke nadelen

- cf. Verpleeghuisarts:
- Verlies van persoonlijke band en kennis ,
- Verlies eigen huisarts
- Aanpassingen noodzakelijk aan opleiding van CRA en verpleegkundigen
- Hoe continuïteit van zorg garanderen
- Mogelijk meer afhankelijke positie t.o.v.. directies dan nu (vooral dan de CRA , geldt nu al voor de zorgteams)

Wonen met zorg in Nederland: Huisarts i.s.m. de Specialist Ouderengeneeskunde

De huisarts is in de eerste lijn het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de algemene medische zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn, inclusief WZC, exclusief verpleeghuispatiënten.

Wanneer de problematiek van de patiënt complexer wordt en daarmee de huisartsgeneeskundige zorg overschrijdt, roepen HA in Nederland steeds vaker de expertise van een specialist ouderengeneeskunde in.

- Huisartsen maken hierin hun eigen inschatting en bewaken zelf de grenzen qua expertise en mogelijkheden;
- Zij moeten zich niet vertillen aan zorg die de huisartsgeneeskundige expertise overstijgt. Patiënten hebben recht op doelmatige geneeskundige zorg. Dat wil zeggen: geneeskundige zorg door de zorgverlener die de gepaste expertise heeft.
- De specialist ouderengeneeskunde ziet deze patiënten dan bijvoorbeeld tijdens of wel een vast spreekuur in de huisartsenpraktijk, een huisbezoek of op de polikliniek geriatrie in het ziekenhuis (LHV & Verenso, 2014)

Mogelijke voordelen

- Kwaliteit van zorg neemt toe door expertise en multidisciplinariteit
- Creëren van een cultuur van samenwerking met misschien daardoor ook een bredere visie op zorg en gezondheid en aandacht voor public health aspect
- Toch behoud van een stuk “persoonlijke” zorg, al kan dit ook overgenomen worden door het zorgteam/de verpleegkundigen

Mogelijke nadelen

- Risico op onduidelijkheid wie in ‘commando’ staat
- Onderbenutting van de mogelijkheden van het zorgteam
- Risico om te veel in de individuele zorg te blijven steken

² Verpleegkundig Specialist zoals beschreven in artikel 9 van de Wet op de gezondheidsberoepen van 22 april 2019 (BS 14 5 2019).

Besluit

De COVID-19 crisis bevestigt ons nogmaals dat de zorg voor kwetsbare personen binnen een WZC *anders moet én anders kan*. Het vraagt om een persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak waarin zes pijlers centraal staan:

1. Het opstellen van een persoonsgericht en doelgericht zorgplan samen met de bewoner
2. Multidisciplinair (vast) teamwerk binnen het WZC
3. Is geïntegreerd en legt de nadruk op wonen en welzijn
4. Zorg afstemmen op de noden van de populatie en regionale context van het WZC
5. Inzetten op functionele netwerkrelaties op niveau van de eerstelijns- en regionale zorgzone
6. Is continue onderhevig aan reflectie en evaluatie van de kwaliteit van zorg

In de praktijk vinden we diverse samenwerkingsvorming tussen huisarts en CRA. We benadrukken nogmaals dat een blauwdruk van de ultieme samenstelling en rolverdeling die past bij elk soort team en instelling niet bestaat, maar mede wordt bepaald door de lokale en instellingscontext. We zien wel zes gedeelde randvoorwaarden voor een persoonsgerichte en geïntegreerde zorgaanpak in een WZC:

1. Huisartsen zijn goed geplaatst om een actieve rol te spelen binnen het zorgteam
2. De rolverdeling en verantwoordelijkheden binnen het zorgteam, alsook in de bredere netwerkrelaties zijn helder en uitgesproken.
3. Multidisciplinair teamwerk vraagt om optimalisatie van digitalisering van het WZC en elektronische gegevensdeling tussen leden van het gehele zorgteam
4. Multidisciplinair teamwerk vraagt vaardigheden die in de opleiding aan bod moeten komen via interprofessioneel onderwijs
5. Een werkbaar financieringsmodel faciliteert en stimuleert multidisciplinair teamwerk

Om voorgestelde pijlers en randvoorwaarden voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg(teamwerk) in het WZC te realiseren stelden we diverse acties voor op korte, middellange en lange termijn. De uitvoering en inbedding in de lokale context van deze acties moet gebeuren in het kader van de Eerstelijnszones.

Deze nota is het vertrekpunt van een verdere concertatie om met huisartsen, CRA's, koepels e.a. tot een gezamenlijk standpunt te komen over de rol van de huisarts en de CRA binnen de residentiele ouderenzorg. Met dit standpunt wensen we tot een nieuw en aangepast beleid te kunnen komen.

Literatuur

Agentschap zorg & gezondheid. Een Geïntegreerde Zorgverlening in de Eerste Lijn – Conferentie eerstelijnszorg reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Februari 2017

Bodenheimer & Sinsky. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-576

Buntinx, F., Paquay, L., Fontaine, O., Ylief, M., & De Lepeleire, J. (2004). Options for a new procedure for determining care needs in Belgium: an initial exploration. *Arch Public Health*, 62, 173-184.

Chadborn NH, Goodman C, Zubair M, *et al.* Role of comprehensive geriatric assessment in healthcare of older people in UK care homes: realist review. *BMJ Open* 2019;9:e026921.

Shahzad M, Upshur R, Donnelly P, Bharmal A, Wei X, *et al.* A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration. *BMC Public Health* 2019;19:1-15.

Clauwaert J, De Lepeleire J. Vroegtijdige detectie van zorgnoden bij 80-plussers: persoonsgerichte aanpak met de Belrai-HomeCare. *Huisarts Nu* 2019;48:254-7

De Lepeleire (2015) Rol van CRA in woonzorgcentra, KU Leuven.

De Maeseneer en Declercq (2020). De verpleegkundigen op de eerste lijn en de WZC: voorstel voor een toekomstgerichte strategie.

Declercq A, Van Audenhove C, Mello J, Demaerschalk M, Elst R, *et al.*, Stapstenen naar kleinschalig genormaliseerd wonen – Eindrapport, Lucas, maart 2007.

Engel, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196 (4286, 129-136.

Gordon AL, Devi R, Williams C, *et al.* Protocol for a realist review of General Practitioners' Role in Advancing Practice in Care Homes (GRAPE study). *BMJ Open* 2020;10

Grol *et al.* 2018. The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care, *BMC Family Practice* 19, 40.

KB [2008-06-04/31](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2004092149&table_na_me=wet), art. 1, 002; Inwerkingtreding via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2004092149&table_na_me=wet

Koopmans *et al.* Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study *BMC Health Services Research* (2018) 18:988

Krijger, E., En hoe kijkt u er tegenaan? Kijkpunten kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. 2006, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW): Utrecht.

Landa, J., Hermens, R., & De Lepeleire, J. (2012). *De succesfactoren van een multidisciplinair overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen.* (Master of Family Medicine), ACHG KULeuven.

Landelijke Huisartsen Vereniging en Verenso Specialisten in Ouderengeneeskunde (2014) Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde - Samenhangende geneeskundige zorg voor patiënten met een complexe zorgbehoefte.

Looman, N., Fluit, C., van Wijngaarden, M., de Groot, E., Dielissen, P., van Asselt, D., Scherpbier-de Haan, N. (2020). Chances for learning intraprofessional collaboration between residents in hospitals. *Medical Education*;00:1–11.

National Health Service (2020). *The Framework for Enhanced Health in Care Homes Version 2*. Retrieved from London

O'Neill et al 2020, COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe, *European Geriatric Medicine*. 11:645–650

Rantz, M. J., Popejoy, L., Vogelsmeier, A., Galambos, C., Alexander, G., Flesner, M., . . . Petroski, G. (2017). Successfully Reducing Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J Am Med Dir Assoc*, 18(11), 960-966.

Rikmenspoel (2018), Geef huisarts een rol bij verpleeghuisopname, Medisch contact via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geef-huisarts-een-rol-bij-verpleeghuisopname.htm>

Szczerbińska 2020, Could we have done better with COVID-19 in nursing homes?, *European Geriatric Medicine*. 11:639–643

Tsakitzidis G, Van Royen P. To learn to collaborate interprofessionally in health care. Antwerpen: de Boeck uitgeverij; 2015.

Van Heden L, Maes S, Ghesquiere B, Vanhoren J, Van Pottelbergh G., (2020). De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum: ervaringen en leerpunten van een huisartsteam. *Huisarts Nu* 49:161-5.

Vermeerbergen L, Van Hoetegem G, Benders J, (2017). A comparison of working in small-scale and large-scale nursing homes: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*. 67, p59-70.

Verenso Specialisten in Ouderengeneeskunde (2019). Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde- Voor optimale medische zorg aan kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag

World Health Organisation. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Retrieved from Geneva.

Geraadpleegde experten

Ter voorbereiding van de discussienota

Areski Boumendil (CRA en huisarts in Waregem)
 Kris Bleys (CRA en huisarts in Rumst)
 Jeroen van den Brandt (CRA en huisarts in Tienen)
 Carine Cloodts (CRA en huisarts te Ranst)
 Jo Lisaerde (CRA en huisarts in Leuven)
 Peter Missotten (CRA en huisarts in Wommelgem)
 Gijs van Pottelbergh (CRA en huisarts in Heverlee)
 Koen Verhofstadt (CRA en huisarts in Gent)
 Herman Van den Broeck (CRA en huisarts in Tessenderlo)
 Luc Bonneux (verpleeghuisarts in Terneuzen, Nederland)
 Johan Famaing (Geriatr en voorzitter van de BVGG)
 Annet Wind (huisarts, kaderhuisarts ouderengeneeskunde WF, Nederland)
 Gunther D'Hanis (huisarts en seniorarts kennisdomein chronische zorg Domus Medica)
 Giannoula Tsakitzidis, (Onderzoeker en docent, UAntwerpen)
 Greet Van Kersschaever (Ondervoorzitter, Domus Medica)

Focusgroepen Crataegus platform

Joost Blontrock, CRA en huisarts te Gistel
 Frank Buntinx, CRA en huisarts te Maasmechelen
 Carine Cloodts, CRA en huisarts te Ranst, bestuurslid Domus Medica
 Els Coenegrachts, CRA en huisarts te Kortemark
 Paul Van Dyck, CRA en huisarts te Kalmthout
 Jan Van Elsen, CRA en huisarts te Gent
 Roel Van Giel, huisarts te Kalmthout en voorzitter Domus Medica
 Veerle Goemans, CRA en huisarts te Stekene
 Reinier Hueting, Huisarts te Steenhuizen, voorzitter ASGB
 Reinhilde Janssen, CRA en huisarts te Watervliet
 Guido Nicolai, CRA en huisarts te Herentals, afgevaardigd vanuit VLOZO
 Els Rombaut, CRA en huisarts te Hamme
 Walter Sablon, stafmedewerker Zorgnet-Icuro
 Peter Persyn, huisarts, Medisch en Ethisch Consulent bij Senior Living Group, afgevaardigd vanuit VLOZO
 Vera De Vleeschauwer, CRA en huisarts te Gent, bestuurslid Domus Medica
 Ilse De Vos, CRA en huisarts te Sint-Agatha-Rode
 Wouter Van Den Abbeele, huisarts en CRA te Zelzate
 Evi Beyl, stafmedewerker financiering ouderenzorg VVSG
 Marc Van Dyck, huisarts en CRA te Deurne, Zorgbedrijf Antwerpen
 Lotte Van Esbroeck, huisarts en CRA te Beveren-Waas
 Greet Van Kersschaever, Huisarts te, ondervoorzitter Domus Medica
 Gert Ghijsebrecht, huisarts en CRA te Hasselt
 Gijs Van Pottelbergh, Huisarts te Heverlee en CRA te Leuven, lid Kennisdomein Chronische zorg Domus Medica
 Gunther D'hanis, huisarts te Hemiksem, senior arts Kennisdomein Chronische zorg Domus Medica
 Bernadette van den Heuvel, Directeur ouderenzorg Zorgnet Icuro
 Frederik Kao, huisarts en CRA te Kalmthout en Bestuurslid BVAS

Lien Kerckvoorde, huisarts en CRA te Aalter
Jef Lievens, huisarts en CRA te Evergem
William Lemmens, huisarts te Londerzeel en lid Jong Domus
Jo Lisaerde, huisarts en CRA te Leuven
Karen Van Massenhove, huisarts en CRA te Roeselare
Sophie Van Steenbergen, huisarts te Berchem, Bestuurslid Jong Domus, lid Kennisgroep Chronische zorg Domus Medica
Ursula Segaert, Huisarts Oud-Heverlee en CRA in Neerijse en Leuven
Joke Versmissen, huisarts te Zoersel en lid Jong Domus
Kristien De Wilde, huisarts en CRA te Kruibeke

BIJLAGE 1. RAPPORTAGE VAN DE FOCUSGROEPEN

Samenvatting

Belang van WONEN naast ZORG, kleinschaligheid kan gecreëerd worden in bestaande sites; wel 'controversieel'

- WZC niet medicaliseren met ziekenhuistermen en enkel focus op medische zorg
- Kleinschalig wonen heeft voordelen voor bewoner en meer focus op rustig wonen binnen (bestaande) WZC
- Uitdaging kleinschalig wonen
 - o als bewoner aansluiting vinden bij de groep
 - o voldoende middelen en personeel
 - o kleinschaligheid creëren binnen grote site

Zorg en beleid afstemmen op diverse en veranderende noden van de doelgroep/bewoners

- inspelen op demografische verschuiving; mensen blijven langer thuis, zorgzwaarte in WZC neemt toe
- Goede ouderenzorg heeft ook een sterkere focus op welzijn en preventie (positieve gezondheid/doelgerichte zorg)
- Kennen we de noden? bewoners adviesraden, familieraden, mantelzorgers moeten meedenken.
- Wie neemt de rol van vertegenwoordiging op? CRA; kring, participatieplatform?

Medisch beleid ouderenzorg in WZC staat niet los van zorg in thuisituatie

- Ook buiten de muren van het WZC moeten drempels weggenomen worden voor HA om goede ouderenzorg te leveren; MDO, VZP etc.

Relatie tussen bewoner en eigen huisarts; vrijheid van artsen keuze belangrijk; maar hoe verhoudt ideaal zich tot de praktijk?

- Huisarts kent de voorgeschiedenis van de bewoner en heeft relatie opgebouwd met bewoner en familie
- Niet eigen HA mee naar WZC is verlieservaring voor bewoner
- Keuzevrijheid van de bewoner voor zorgverlener/HA als belangrijk uitgangspunt: het is België waar je vrijheid hebt om eigen HA te kiezen
 - o Houden we vast aan een ideaal dat niet bestaat? Hoeveel bewoners hebben/ willen effectief hun eigen huisarts nog houden?
 - o Hoe 'hard' is dit keuzerecht? Kiest niet al zijn zorgverleners (in ziekenhuis)
 - o Hoe weegt keuze recht op tegen 'recht op kwaliteit van zorg'?
- Initiatief voor bezoek HA moet (ook in WZC) bij bewoner/patiënt liggen

Rol van de CRA tov de HA in WZC moet duidelijker benoemd worden: focus op en mandaat in medisch beleid van het collectief, en samenwerking en verbinding tussen zorgteam/HA stimuleren

- Meer uitdragen dat CRA zich bezig houdt en impact mag hebben op het algemeen medisch beleid en coördinatie op niveau van het collectief: infectiebeleid, zorg ethisch beleid. implementatie van innovatie.
- Individuele zorg is voor HA, vrije keuze voor HA niet afschaffen, maar als CRA samenwerking / verbinding tussen zorgteam binnen het WZC en HA bevorderen
- CRA vertegenwoordigt de stem van de individuele huisartsen
- VPG ook sterker mandaat tov HA, moeten erkend worden in hun taken en kunnen
- CRA meer mandaat in (collectieve) crisissituaties;
 - o hiërarchie in beslissingsbevoegdheden tussen CRA, HA en directie moet duidelijk zijn in crisis en 'normale' periode
 - o Adviserend versus groter mandaat; hoe dwingend/autoritair/aansprakelijk is CRA? En kan CRA de verantwoordelijkheden die hieraan gekoppeld worden waarmaken?
- Belang van dialoog tussen CRA, directie en HA ; duidelijkheid hebben over gemaakte afspraken en mandaten
- Rolverdeling ook in wetgeving/ deontologie helder, is nu conflicterend

CRA is de schakel in het afstemmen/verbinden/aangaan van (netwerk)relaties, binnen en buiten het WZC, een gedeelde visie op goede zorg; kennen van elkaars rollen, uitspreken van verwachtingen en communicatie/dialoog is hierin essentieel.

- Ondersteuning/ruggensteun voor CRAs vanuit Crataegus; bijv delen van info en documenten
- belangrijk dat CRA bekend is bij huisarts uit de huisartsenkring (HAK) en besluit van WZC voor die CRA uit de kring gedragen is door de HAK
- multidisciplinair team binnen het WZC verbinden / informeren/ op elkaar afstemmen van gedeelde visie is belangrijke rol voor CRA
- MDO toegankelijker en effectiever maken voor HA, geleid door verpleegkundige; Ha luisteren beter naar VPG; niet altijd slechte wil vanuit HA.
- Communicatiestromen verbeteren door EMD en gezamenlijke LOK
- Relatie CRA en Directie verschillend; belangrijk om verwachtingen uit te spreken
 - o Contract Cra tov WZC; CRA niet vaste benoeming voor het leven; in contract duidelijk 'functionering' en 'reden ontslag'
- Relatie met koepels en ziekenhuizen: toegang tot specialistische kennis (bv. OET)
- Relatie met arbeid en preventiearts
- CRA onbekend bij familie van bewoners

Digitalisering WZC is de sleutel om communicatiestromen te optimaliseren; maar implementatie schroomt

- Digitalisering is de sleutel naar betere communicatie/uitwisseling:
- digitalisering botst tegen lage financiële slagkracht van WZC;
- meer druk vanuit overheid/veld op afstemmen tussen pakketten/ of 1 pakket
- Beginnen bij liaisonfiche beschikbaar in alle pakketten, ook met geriater
- Veld wacht niet en experimenteert met eigen "cloudbased" dossiers
- Voorwaarden EMD
 - o toegankelijk vanuit HA praktijk zodat HA kan meedoen vanop afstand
 - o faciliteert holistische kijk op zorg met aandacht voor de sociale, en spirituele dimensie (cf. Iris). belangrijk om als wacharts/vervangarts te weten bij dit soort publiek.
 - o vertrekken vanuit ervaring HA
 - o benadrukt respecteren beroepsgeheim
 - o afgestemd op elkaar; niet ieder eigen pakket
- Aandachtspunten

- digitale geletterdheid in rusthuizen is laag
- Belrai tijdrovend instrument

Kwaliteit van zorg van CRA en zorgteam garanderen m.b.v. positieve stimulansen

- Duidelijkere rol en meer mandaat waarmaken door kwaliteit te garanderen; hier is een kader voor nodig
- In positieve stimulering van kwaliteit ligt een rol voor accreditering: goede ouderenzorg voor zowel binnen WZC als buiten in thuiszorg
- kwaliteit bevorderen bv financieel systeem; Af van prestatie model en naar deels forfaitair op basis van zorgnoden ; geïntegreerde premie voor complexe zorg (thuiswonend of in WZC)
- Niet enkel incentives... teveel targets, dat verlegt de focus naar de targets i.p.v. goede menselijke zorg
- (Wetenschappelijk bewijs dat) vast klein team met kennis van zaken kwaliteit bevordert en positief ervaring zorg door bewoner
 - minder HA per WZC zet druk op jonge HA
- Aantrekkelijk houden van CRA functie
- opleidingsniveau van zorg- en verpleegkundigen weegt mee op kwaliteit van zorg

Rapportage Crataegus sessie 17-11-2020, online

Respondent 15

- Tegen kleinere groepen; Hoe kleiner de groepen; hoe groter de kans dat een bewoner in een groep terecht komt waar je niet goed mee overeen komt. Kleinschalig cohorteren was gemakkelijk, maar minder voor bewoners.
- Ook niet voor de vaste verpleeghuisarts, het is België waar je de vrijheid hebt om je eigen HA te kiezen
- voor CRA belangrijk om een goede relatie te hebben met behandelende artsen vanuit de Kring.
- Vrijheid van keuze is het spanningsveld; die 1 op 3 is beetje veel, maar hoe doen we dat?

Respondent 14

Nuance in kleinschalig wonen; we zien en voelen dat het voordelen heeft voor bewoner;

- maar indd je moet maar in een slechte groep vallen In Nederland groeieren ze op basis van lifestyle..
- Het is perfect mogelijk om in een grotere architectuur je kan opdelen in groepjes, is anders dan een gang feitelijk. Misschien iets meer nuance in de term... 7 of 8 bewoners... daar ligt nog een stuk tussen
- Pijlers mis ik nog; het aspect wonen en leven; misschien een 6e pijler, discussie opentrekken naar directies. Medisch model in de toekomst. We mogen het niet gaan medicaliseren, niet terug een RVT van de jaren 80. Dus voorzichtig zijn/ suggestie; een 6e pijler niet helemaal klinisch bekijken, Wonen en leven, niet alleen de zorg maar het dagelijkse leven ook een plaatsje krijgt

Respondent 9

- elke pijler moet een goed duidelijk rol van de CRA benoemen Een kader, dat CRA impact mag hebben. Visie te sturen, zonder te strikt te kaderen
- Is belangrijke verbinding naar multidisciplinair team. Mensen waarmee we samenwerken dezelfde visie, zonder visie in huis is het moeilijk om te realiseren
- Regelement voor inwendige orde moet een uiting zou zijn van een allesomvattend concept wordt dat dwingender dan dat je de vrijheid van mensen beperkt.
- Diagnostische vrijheid van de HA, Maar soms wel vragen bij stellen

Respondent 18

- woningen van 8 bewoners, voor corona werd dat gezamenlijk gedaan; nu werken we veel meer apart per woning. Nu kunnen we het containen... bezoek wordt toegelaten, maar dus geen risico om het snel te verspreiden
- Naar de bewoners rust om in kleine groep te leven. Gekoppelde woning is teveel heen en weer en bezoek; en sinds de covid; woningen apart zijn er veel mensen die rustig zijn en minder gedragsproblemen hebben
- En soms past het niet, en als het niet past kunnen mensen wel verhuizen, en op voorhand wordt dat goed bekeken, op welke woning sluit deze persoon aan

Respondent 6

- Mooie beschrijving van hoe het kan; maar [WZC] moet niet afgesloten zijn van de rest.. Vandaag wat meer apart en mis volgende zomer meer geïntegreerd is.. Kan dynamisch zijn. hoeft ook niet overal hetzelfde te zijn
- Rol van de huisarts

- CRA is iemand die zich bezig houdt met groepen En HA houdt zich bezig met individuen. Dus is een heel andere manier van werken.. En daar zijn we als CRA niet op voorbereid. Die rol van de CRA naar groepen toe meer benadrukken
- En derde of 2e stuk, CRA is verbinding van de HA; coördinatie en ook tussen instelling en Ha...

Respondent 11

- Kleinschalig wonen; ik stel mij de vraag hoe we dat in veel WZC gaan realiseren? Ik hoor van collega, ideale wereld, maar wzc in onze streek, ik vrees dat die huizen er niet op gericht zijn om kleinschalig wonen, ik zie meestal een grote zaal... maar niet kleine leefruimtes
- Wat is nu eigenlijk die rol van Cra in de toekomst: crisis versus gewone periode.
 - o Als CRA vond ik het handig om in crisisperiode meer bevoegdheden naar mij toe te trekken, vb alles wat met infecties te maken heeft
 - o maar non-covid zaken, VZP, daar is het de taak van de HA meer essentieel; je kent die mensen je kent die familie. de rol van de huisarts die dicht bij de fam staat heel belangrijk
- In document is het een zwartwit verhaal, maar het is grijzer... in crisis periode is CRA meer taken, maar dagdagelijkse praktijk vooral huisarts

Respondent 2

- Betreft kleinschalig wonen, In stedelijke omgeving architectonisch probleem,
- maar concreet hangijzer is het personeel. Kost dit meer personeel? Er is nu al druk op het personeel?
- Praktisch naar theorie, zijn hier middelen voor, Perkus heeft extra middelen

Respondent 12

- Treedt collega bij... situatie in WZC niet te medicaliseren. T is een woonzorg centrum, 10 procent mag daar maar medisch zijn
- CRA bekijkt de groep... proberen als CRA zo veel mogelijk te coördineren
- Maar individuele HA neemt stok in de wielen. Kost veel tijd om met die bepaalde collega's tot compromis te komen, Dossier te willen houden in het rusthuis, Aan het formularium te houden
- het percentage bewoners met eigen HA is zeer klein... dus niet blijven idealiseren. Hoeveel mensen hebben daar effectief eigen HA?
- Moeten afstappen van maandelijks bezoeken van HA. Als je een goed verzorgend team hebt met zorgkundige en verpleegkundige dan kunnen zij heel goed kijken wanneer de HA langs moet komen. En komt HA langs op vraag van de bewoner en niet op vraag van de HA. kan dat een mogelijk zijn om algemeen beleid wat meer vlotter te komen

Respondent 15

- Dingen die ik in de nota mis is dat CRA wel kan een uniform wondzorgprotocol kan opstellen, formularium, diabetes zorg wat verpleeg al kan doen zonder arts, voorbereidende vroegtijdige zorgplanning (voor de behandelende arts het nog eens bespreekt met bewoner). Ik denk dat de Cra arts heel goed kan samenwerken met HA. Verpleegsters zijn er altijd te weinig
- Alle bewoners komen uit [de directe omgeving].. Daarom veel HA, maar die ken ik wel allemaal want komen bij mij uit de kring

Respondent 17

- Naar het beleid van personeel toe vind ik de interactie met de arbeidsarts heel belangrijk en verrijkend.
- Ook relatie met preventie adviseur mbt inrichting van het gebouw
- Als CRA hebben we een relatie met de HA, maar we hebben ook de relaties nodig met andere partijen binnen het WZC

Respondent 20

Terugvallen op de CRA , voordelen die men erin zit, coherente beleid. Onze directeurs zijn vragende partij om denkoefening te maken.

Respondent 21

- Ik vergader sinds de covid al weken wekelijks met hele team en alle andere belangrijke pijlers veel meer op elkaar afgestemd raken. Hetgeen dat belangrijk is voor individuele HA nam ik mee.. Dat is onze rol als CRA om uit onze kot te komen
- omdat arbeidsarts duur is worden wij als HA en CRA ingezet voor personeelskwesties of wij

Respondent 9

De bezoekende HA luisteren beter naar verpleegkundige dan naar CRA. MDO met verpleegkundige is goed medium om met HA in overleg te gaan. Moet wel goede documentatie zijn

Respondent 16

- Algemeen voor HA maar ook binnen WZC nog een verdere concentratie vd vele software pakketten. Ook een 2^e beweging vanuit de EPD in ziekenhuizen
- Twee visies EPDs die vinden dat ze ook buiten het ziekenhuismoeten aanbieden KWS van UZ leuven module voor HA gelanceerd
- En er zijn EPDs die geloven dat het verschillende pakketten gaat zijn maar gewerkt aan integratie tussen die twee

Respondent 7

- Dossier vertrekken vanuit de ervaring die Ha hebben opgebouwd
- 2 bewegingen waar we voor woonzorgcentra ook inzicht van moeten krijgen
- Statuut van CRA... ziekenhuis en hoofdgeneesheer....

Respondent 17

Positie van Cra tov vlaams agentschap. Beslissingen neemt als CRA maar wordt door Vlaams agentschap overruled zonder overleg..WZC is ook niet akkoord met beleid door vlaams agentschap opgelegd bijv over cohortering. Dikwijls geen dialoog, geen argumentatie Dus er moet op zijn minst overlegd zijn met directie en CRA,

- Voldoen alle CRA artsen wel aan de kwaliteiten die nodig zijn als CRA?
 - Wat is er kwalitatieve zorg vanuit CRA
 - Hoe houden ze dat hoog?
 - Hier voor accreditering proberen te krijgen?

Respondent 7

- Liaisonfiche is bij 1 pakket de stekker eruit getrokken. Zo is de universele liaisonfiche waar iedereen achter stond.. weer on hold gezet
- Er moet meer druk komen op die liaisonfiche vanuit neutraal persoon of de overheid om te zorgen dat die pakketten dat weer terug brengen. Als het 50% niet ondersteund dan [werkt het niet?]
- Labeling van de software pakketten
- Eigenlijk is het een hele kleine markt met weinig slachtkracht... WZC is een sector die minder kapitaal krachtig is dan de ziekenhuizen

Respondent 12

Ik hoop dat met het elektronisch dossier ook werk gemaakt wordt van het respecteren van het beroepsgeheim. In een WZC is dit niet altijd het geval. Ontslagbrieven aan de HA worden geopend, verslagen worden geklasseerd zonder geverifieerd te zijn door de behandelende huisarts,...

Respondent 3

Als je spreekt over kwaliteitsbevordering handelen van huisartsen dan denk ik dat je daar in de accreditering zit. Bij de herziening van de accreditering moet er een luik komen. Diegene die zich sterk aan de richtlijnen houden en bezighouden met kwaliteit moeten gehonoreerd worden

Respondent 9

- Ik denk dat ze moeten afstappen van prestatiegerichte betaling, naar een basisvergoeding met incentives met kwaliteitsbevordering
- Hoe zit dat in wzc? Bijvoorbeeld vanaf verhuizing geen betaling meer per prestatie maar een forfait. Dat kan je lokaal bepalen, duidelijk voor iedereen waar dat je instapt
- Niet te uitgebreid want dan gaan mensen zich alleen maar op die items concentreren
- Belonen is goed, maar teveel targets dan gaat men alleen daarop richten ipv op goede menselijke zorg

Respondent 3

Veel zorg is niet in nomenclatuur te gieten, wij willen een verhoging in functie van de zorgbehoefte van iemand. Maar hoe bepaal je dat zolang een BelRai niet goed werkt? Dus hoger forfait afhankelijk van zorgnood

Respondent 2

Niet met alleen maar incentives werken, zoals NHS (UK) waar dit tot perverse effecten heeft geleid.

Respondent 15

Voor mij heeft de CRA dan de rol om de zorgkundigen en verpleegkundigen te gaan teachen en op 1 lijn te zetten, omdat zij de meeste zorg op zich nemen. En ook de HA hierin meenemen

Respondent 3

Ik heb het moeilijk met deze discussie... eerst duidelijk de rol ha versus cra hebben voordat we aan verdere voorstellen werken. Hoe engageren ha in een bepaalde visie. Pas als je dat weet, weet je hoe je die moet financieren. Globaal kwaliteitsproject is nog eens en geval apart. Wat de tekst probeert te identificeren is wat de drempels zijn voor HA om deel te nemen

- Dat is ook prestatie
- En ook hoe groter de groep om een algemeen beleid te vormen

Respondent 19

Ik vind dat dat in de discussie toch samen loopt; Je identificeert de huidige drempels, en je gaat kijken hoe je door drempels weg te werken een beter samenwerking krijgt

Respondent 8

- Eerst die rollen scherp definiëren van CRA en de HA en op basis daarvan gaan kijken hoe gaan we die versterken.
- CRA is meer de bewaker van een algemeen verhaal... kwaliteit, infectie
- Ook nadenken over of we de CRA bijkomende incentives geven, kwaliteitsvergoeding

Respondent 16

- Wat we moeten bepalen is een vraag rond hiërarchie.... Je kan veel zaken voorstellen maar als er finaal niet duidelijk is wie dat er beslist of ingrijpt als het misloopt blijf je eeuwig spanningsveld hebben

- Dus altijd hiërarchie nodig, iemand die finaal beslist en de bevoegdheid heeft om in te grijpen

Respondent 8

- Voor mij was het duidelijk in covid... in de koepels en taskforce Ouderenzorg,.. daar zit geen CRA
- Rol van CRA scherp gesteld. Ik denk dat we dat eerst klaar moeten trekken ook zeker naar de visie van de Vlaams overheid. Hoe zien zij die strikte financiering hiervoor?
- Verschil tussen Wallonië en Brussel, maar ook binnen Vlaanderen verschillende contexten. Kader creëren dat kwaliteit verbetert. Maar ook mogelijkheid geeft om regionale context te betrekken
- Als we als CRA voor kwaliteit staan.. dan zit daar ook autoriteit aan. CRA is nu zuiver adviserend, dus geen autoriteit. Indien meer een autoriteit, dan ook meer eisen aan kwaliteit en opleiding
- Relaties tussen directies en CRAs zijn heel verschillend. Niet iedereen staat te wachten op een versterking van de rol van de CRA.

Respondent 15

- Hier zit een gemotiveerde groep CRAs, maar veel CRAs zijn begonnen omdat dit goed verdient zonder veel te doen.. en die zijn gepakt door de covid.. en daarom sta ik ook voor de kwaliteit van de CRAs en dat verzekeren in de tekst
- Ik mis eigenlijk wel de ruggensteun van de Crataegus, ik blijf de website bijzonder jammer vinden, zo hebben we geen kracht...
- nog maar simpel dat ons zorgpersoneel geen vergoeding krijgen en wij wel terwijl zij even hard gevochten hebben als het ziekenhuis, wij zouden meer moeten verenigen en meer mandaat moeten krijgen
- Er zijn plaatsen waar het niet goed gegaan is... als die zorgkundige niet wisten hoe het moest, dan hadden we dat als CRA maar moeten organiseren
- Het is een stuk opleidingsniveau en verpleegkundigen.. niet altijd de CRA zijn schuld

Respondent 3

- CRA gaat over collectief, en hele bewonersgroep en daar ga je moeten vastleggen wat de taken zijn van een CRA en wie heeft het voor het zeggen in een hiërarchie.
- Ha heeft eind verantwoordelijkheid, maar op crisis definiëren hoe het bij de CRA zit

Respondent 14

- Definiëren van de rollen van CRA en de HA komt vaak terug. Als ze de CRA optillen naar een beleidsfunctie, dat gaat toch verder dan louter adviserend dan komt ook die aansprakelijkheid naar voren en meteen ook een veel betere financiering dan nu het geval is.
- Nu een goed betaalde job en je moet niet veel doen, maar ik hoor hoe langer hoe meer directies wegen in de covid crisis zijn er CRAs die 30uur gewerkt hebben, die toegegeven niet goed is voor het niveau.. en zeker niet als gedeelde beleidsfunctie.

Respondent 12

- Die CRA functie dat gaat eigenlijk over een collectiviteit en dat wordt te weinig benadrukt
- Hebben onze bejaarden in het wzc en buiten het wzc... hoeveel huisartsen doen een MDO bij hun patiënten thuis, hoeveel aan VZP bij patiënt thuis? Je moet HA ook daar buiten stimuleren om het te doen

Respondent 19

Die geïntegreerde premie ook voor complexe thuiszorg stopt niet binnen de muren van wzc. Ook accreditering open trekken.

Respondent 6

Die CRA is niet binnen en buiten het wzs HA wel. Alles goed uit elkaar houden

Goed nadenken van concrete voorbeelden in welke context speelt dit nu (covid of gewoon?) En goed controleren of het wel klopt met de realiteit en context

Respondent 11

- Ik merk hetzelfde bij de pretriage centra bij de wachtpost, wat doen sommige van onze collega's, er is een enorme verscheidenheid hoe mensen de quarantaine regels interpreteren en hoe artsen dat interpreteren
- Welke macht moeten we aan CRA geven? Ik vraag me af of dat wel kan omdat we in een cultuur leven waar de patiënt nog altijd zelf kiest voor zijn zorgverlener

diverse respondenten

Maar hij kiest niet zijn CRA, maar wel zijn huisarts

Respondent 16

- Je kunt proberen via aantal acties eventueel een evolutie zien. Door wat je doet een verandering gaat zien
- Soms heb ik het idee dat we in de zorg ook duidelijk een standpunt moeten durven nemen. Ook al weten we dat mensen er niet mee akkoord zijn.

Rapportage Crataegus sessie 19-11-2020, online

Respondent 9

- meerwaarde om het niet te klein te maken. veel meer in clusters, perfect op een grote site gevoel van kleinschaligheid kan realiseren
- netwerkrelaties; goede band met grotere koepel; grote documenten niet mogen delen; klein rusthuis als onze moet het opnieuw uitvinden
- documenten deling vanuit crataegus, meer mogelijk maken van digitalisering van WZCs... gaat moeilijk vooruit... financiering van gekoppeld aan verplichte deling tussen pakketten.. dus verplichting van bovenaf om open te staan voor elkaar

Respondent 6

- informatisering is een must in wzc. tijd van de grote fiches is voorbij... voor cra moeilijk om achter info te komen van medische patiënt
- pilootprojectjes gestart met webbased dossier.. voor zeer gemakkelijk toegankelijke browserbased systemen waardoor andere HA in die andere dossiers kunnen werken (cloudbased, met toegankelijkheidsregels)
- multidisciplinair vast teamwerk; voorzichtig blijven dat de patiënt zelf en de familie ook voorkeuren heeft over bepaalde keuzes van zorgverleners.. vb eigen fysio. vast teamwerk te vast maken dan worden bewoners voor een keuze geplaatst.. lijkt me niet goed.
- veel dingen uit pijlers is momenteel al aanwezig... kan nog verder aan gewerkt worden.. niet te zwartgalig beeld schetsen

Respondent 14

- Aanvullend bij R6: ook toegang tot EMD vanuit praktijk
- Vaste rubrieken om holistische zorg te kunnen bieden; dus ook spiritueel sociaal en familiale omstandigheden. Wensen overal dan niet opname
- Dit zou in het EMD moetens taan in duidelijke, aparte vakjes zodat je als arts van wacht goede beslissingen kan nemen. Dat is nu vaak een groot probleem in de papieren dossiers

Respondent 2

- wat ik mis, is dat de doelgroep vd ouderen wijzigen in functie van zorgzwaarte is immens aan het toenemen welke medische zorg hebben we nodig in het wzc van morgen?
 - qua doelgroep.. vraag naar psychiatrische zorg neemt toe, ontschotten naar handicapt en zorg
 - kort verblijf, enorme uitdaging voor de CRA die veel breder gaat in de diepte maar ook in de breedte, naar de diversiteit van de doelgroep en dan kan je pas denken wat is nodig..
- digitalisering is heel belangrijk, investering bij de minister in juni.. nog geen antwoord te frustrerend als dat niet in orde is
- wetenschappelijk onderzoek van digitale geletterdheid van personeel in rusthuizen, België zeer slecht gescoord... door covid enorme boost.. ogen open
- tekort aan personeel
- kleinschalig wonen; geen evidentie gezien dat het voor de beleving voor de mens zelf is anders, maar of dat in de covid een pluspunt is geweest wil ik eerst wetenschappelijk onderbouwd zien.
- in de 2e golf was vandaag de positieve beleving vh samenwerken met de CRA bijzonder groot tov de 1^e ook tov ziekenhuizen
- geloof in LSO functie vanuit het ziekenhuis.; niet alleen geriater, maar vanuit heel team, in wzc basiskennis van wondzorg tot diabetes tot.. en dat als je een stap verder moet en je zit vast op een team terugvallen

Respondent 14

Wat ik zelf ook heel belangrijk vind is de samenwerking met geriatrische teams vanuit het ziekenhuis. Een goede samenwerking met geriater kan heel veel betekenen. Bv een geriater die 1x per maand op huisbezoek kan komen voor complexe casussen. Dat kan vaak onnodig consultaties en opnames voorkomen.

Respondent 11

- CRA's niet allemaal vragende partij voor verandering, sommige vinden dat het goed gaat
- het zijn dezelfde die overstag zijn gegaan, waar ander hebben ingesprongen
- moeten uit gaan vanuit de noden van de inwoners, is daar evidentie over, en hoe kunnen we daar mee omgaan
- jongere artsen, verpleegkundigen die daar rondlopen, 1 arts per 3 patiënten.. dat is enorm inefficiënt werken voor verpleging.
- die verpleegkundige moet bevestigd worden in hun toegewezen taken. HA moet herkennen dat de verpleging gelijkwaardig is aan HA

Respondent 10

- zeer groot verschil geografisch, grote stad versus periferie
- middelen om beter te werken met digitalisering, link maken tussen HA thuis en dossier in WZC; nu in de covid gezien dat dat digitale dossier noodzakelijk is; maar ontwikkelaars niet happig
- infectiebeleid alleen door de CRA.. heel belangrijke rol geoefend met norovirus, covid is ander verhaal geworden. CRA alle testen geleid
- CRAs die hun plicht verzuimen.. CRA tekent voor epidemiologische verantwoordelijkheid, maar is geen autoriteit over andere artsen
- andere artsen hebben ook deontologische plicht om CRA bij te staan in zijn taak van epidemie bestrijding.
- huidige kader staat al wel toe, maar geen hefboom

Respondent 2

- vrije keuze van de HA in WZC is dat nog aan de orde? steeds meer groepspraktijken.. in welke mate wordt daar gegarandeerd dat dezelfde arts dezelfde patiënt steeds ziet
- CRA juridisch mandaat om een duidelijk medisch beleid te voeren; niet afhankelijk van een gefragmenteerd beleid, men moet een mandaat hebben, frustratie van de directie dat CRA machteloos toekijkt

Respondent 3

CRA beter mandaat moeten ze krijgen, moeilijk voor HA; de huisarts moet je ook respecteren en proberen tot een overeenkomst te komen; iemand die een patiënt zo lang gevolgd heeft.

Respondent 4

- Eenvoudige discussie; iedereen die in een rusthuis werkt moet zich aan gemaakte afspraken houden,
 - MDO is een verplichting
 - papieren invullen
- conflicten tussen HA en CRA gaan over kleine basic dingen. welke wetgeving is er als collega huisarts zich niet houdt aan wetgeving? Er moet een simpele procedure komen dat als collega's zich niet aan de afspraken houden

Respondent 11

- die HA die niet goed meedraaien in organisatie van wzc zijn niet allemaal slecht ter wil. HA ondersteunen in hun functioneren
 - beter dossier = betere communicatie lijnen,
 - MDO toegankelijker;
- Verpleegkundigen moet sterker mandaat krijgen en niet laten overrulen door de HA

Discussie over Korte termijn acties

- E-zorgplan.
 - pas op voor diverse software pakketten, niet iedereen zijn eigen software 1 ding over gans Vlaanderen
- veel zaken moeten geoptimaliseerd worden
 - MFO 2 keer bij jaar
 - MDO moet CRA aanwezig zijn
 - liaisonfiche met de geriater... optimaliseren

Respondent 15

- In hoeverre is CRA bekend bij onze doelgroep en familieleden
- bewoners adviesraden, familieraden, mantelzorgers moeten meedenken. Heel die lijst zijn we bezig met onszelf, niet met onze bewoners..

Respondent 2

- Ik mis de rol van de CRA in het zorg ethisch beleid van het WZC

Respondent 20

- verhelderen van bevoegdheden CRA en HA; er is nu teveel wetgeving die met elkaar conflicteren
- CRA moet palliatief beleid voeren, maar HA kan vanuit therapeutische vrijheid anders doen
 - patiënt heeft recht om te kiezen (maar kies ik mijn intensivist?)
 - maar patiënt heeft ook recht op kwaliteit van zorg

Respondent 9

ik mis de warmte van het wonen, het is niet alleen medisch, ook wonen

Respondent 11

- de essentie is; hoe ga je om met de noden van de bewoners, is dat rol vd CRA of rol vd Kring, of rol van participatieplatform..?
- Vrije keuze niet afschaffen, maar CRA moet samenwerking tussen artsen bevorderen.
- In crisis moeten bevoegdheden uitgebreid worden, maar in de situatie van CRA als opperarts, moet wel kwalitatieve CRA kunnen garanderen, als HA sta je dan met lege handen

Respondent 4

- Garantie nodig voor directie om op fatsoenlijke manier te kunnen werken, als HA daar niet in past, dan gaat hij die kwaliteit van zorg voor andere compromitteren. Niet toestaan dat HA de zorg voor andere inwoners of werk van de VPG verstoren
- deontologische taak beperkt tot arts-patiënt relatie, en hier zit je in deontologie van collectief, van het WZC. [Rol] durven concreet maken.. en niet zo makkelijk om voor de orde te dagen
- er is een relevante studie die aangeeft dat beperkte vast team aantoonde dat de kwaliteit enorm omhoog gaat. dus met een klein vast team werken die voldoende patiënten volgen.

Respondent 9

- de bewoner zijn eigen HA laten houden.. kent de patiënt het best en de geschiedenis..
- CRA moet zich niet focussen met de individuele patiënt maar betrokken bij beleid
 - preventie

Respondent 8

MFO polyfarmacie, heb ik als CRA geen mandaat voor.

Respondent 15

Respondent vanuit de wachtkring iemand vooruit schuiven als CRA dan is het een gedragen persoon

Respondent 2

Integratie van CRA van WZC als die beleidsmatig meedenkt, met woonzorg en medisch beleid. rol van de CRA in het meedenken van het zorg ethische beleid in het huis, kwaliteitsbeleid, opvolgen van de indicatoren, implementatie van innovatie

Respondent 20

- als CRA voorgedragen worden, dan staat het bestuur van de Kring achter je; en dat kan helpen
- directie moet iemand kiezen, maar kring moet daar achter staan

Respondent 6

- te restrictief kader is ook niet nodig, **betere communicatie = nodig**
- moeten CRA's wel leider worden van een klein medisch team?

Respondent 2

- als directeur denk ik dat het mij niet kan schelen of er veel of weinig artsen zijn. als directeur medisch beleid in collectiviteit, waarborgen van continuïteit. maar in bepaalde situatie moet de CRA mandaat krijgen om eenheid van beleid te krijgen
- naar de directies naar WZC toe is er ook nog wel wat te doen... in de opleiding en vragen naar de directie verwachtingen formuleren die de relatie tussen CRA en directie optimaliseren

Respondent 14

- meer positieve bekrachtig naar HA toe vanuit de overheid.. niet bestraffen maar stimuleren.
 - HA ook eindverantwoordelijkheid geven over kwaliteit van zorg..niet louter top-down vanuit CRA
 - verplicht velden invullen van vroegtijdige zorgplanning..
 - heel weinig deelname aan MDO, geen financieel element
- De functie van CRA aantrekkelijker maken, vanuit de kring.. geen kandidaat.. iemand zich "opgeofferd"
- Forfaitaire betaling van bewoner in rusthuis, hangt af van de noden van de patiënt, forfaitair is wel een discussie op zich.

Bedenkingen per mail

Respondent 2.18

Ik heb net even door het document gegaan.

Vooraleer ik de tekst las, kwamen spontaan volgende zaken naar voor die ik graag zie in de toekomst van geneeskunde.

- Persoonlijke WZC. Geen type Arthur residentie met veel bewoners in allemaal uniforme kamertjes. Kleinschalig en persoonlijk.

- Vast team van gemotiveerd personeel. Ook voorbeeld Arthur. Continu wissel is erg nefast voor de bewoners en voor kwaliteit van zorg. Uiteraard begrijp ik wel de wissel vanuit standpunt personeel. Ze moeten hard werken en vaak bijspringen owv tekorten. Daarnaast ook nog eens een grote onderbetaling t.o.v. ziekenhuispersoneel. Ik zou het zelf ook wel weten dan...

- Dringend nood aan een deftig elektronisch dossier.

Ik wil graag dat ik vanop afstand het dossier kan meevolgen. Nu heb ik vaak daar bijna onleesbaar wat gekribbeld en zet ik in de praktijk ook wat in de computer. Dit is super storend uiteraard voor wachtarts bv.

In een ideaal medisch elektronisch dossier zou ik ook graag zien dat er aandacht is voor de sociale, en spirituele dimensie (cf. Iris). Zo belangrijk om als wachtarts/vervangarts te weten bij dit soort publiek.

Ik vind het altijd zo moeilijk om in het weekend te komen bij een patiënt die acuut slecht is en dan beslissingen te nemen (opnemen of niet, familie verwittigen of niet, en wie dan...?) Zou zo handig zijn als dit mooi is aangevuld in het dossier.

Nu is het er wel deels op papier, maar toch allemaal maar ingevuld "omdat het moet".

Dan met het lezen van jullie dossier komen dergelijke zaken wel naar boven.

Wat ik zelf ook een hele interessante vind is inderdaad het concept van een vast artsenteam. Ik weet dat jij daar vroeger ook al over sprak.

Ik denk dat in the end het alleen maar bevorderlijk is dat er een vast team komt met kennis van zaken.

Dit heeft als voordeel

- kennis van meest recente literatuur inzake geriatrie --> nieuwe richtlijnen kunnen veel beter geïmplementeerd worden
- veel aangenamer voor personeel: weten wie de artsen zijn. Unaniemer beleid ipv lappendeken van aanpak. Laagdrempeliger aanspreken. Minder last in artsen opbellen voor patiënten (want wie is nu de huisarts weer, nu die persoon weg is uit die praktijk...
- ook meer rust voor huisartsen in de praktijk. Niet elke dag het rusthuis dat belt, waarvoor je eigenlijk niet echt een gaatje hebt.

Ik vind het punt dat wordt aangehaald ivm "verliesverwerking van een vaste huisarts" wel heel terecht. Zelf heb ik (owv beperkte ervaring) dat nog niet gehad, dat patiënten zo aan mij gehecht zijn, dat ze in het rusthuis geen andere willen, maar kan me dat zeker inbeelden.

Daarom lijkt tussenoplossing zoals in Leuven mij ideaal. Hoe dan ook, de versnippering zoals er nu is, kan beter eindigen.

Respondent 2.19

Hier zijn mijn bedenkingen bij het lezen van de tekst:

1. Als ik het goed voor heb fungeert de visietekst als een startpunt om de rol van huisarts en CRA te onderzoeken in een modernere ouderenzorg. Hoewel de concrete invulling van die rollen nog wordt open gelaten voor verdere discussie, tonen de pijlers en randvoorwaarden in de tekst wel al in welke richting de toekomst van ouderenzorg dient te gaan en worden sommige plannen al zeer sterk geconcretiseerd. Is er dan enkel nog discussie over de rol van de huisarts en de CRA of ook nog over de toekomstige ouderenzorg mogelijk.
2. De eerste pijler gaat over het opstellen van een persoons- en doelgericht zorgplan voor elke bewoner. Het bio-psychosociaal is al een betering op het puur medisch model, maar men zou ook het model van positieve gezondheid van Machteld Huber kunnen aannemen (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren, dagelijks functioneren) dat minder neurologisch oogt en nog wat meer aandacht brengt aan andere dimensies van algemeen welzijn. Bovendien mis ik in het zorgplan ook de aandacht voor preventieve geneeskunde bv. aanpak osteoporose, bewegingsarmoede, polyfarmacie.
3. Bij 3.2 lijkt mij een of andere vorm van een Ouderen Expertise Team sowieso essentieel voor goede ouderenzorg. Zowel een CRA als een vast huisartsteam hebben niet dezelfde competenties als de combinatie van een geriater, maatschappelijk werker, ergotherapeut, GGZ, enz.) Ofdat dit team binnen elke ELZ aanwezig moet zijn of op een nog hoger niveau kan bestaan is bediscussieerbaar, ook hoeveel zegkracht het kan hebben, maar de meerwaarde ervan vind ik wel duidelijk.
4. De derde randvoorwaarde spreekt over kleinere teams met dan uitdrukkelijk het doel het aantal huisartsen actief in een WZC te gaan beperken. Dit kan volgens mij zeer nadelig zijn voor jonge huisartsen die beginnen met 1 of 2 patiënten in een WZC. Zal dit dan betekenen dat je meteen 15 bewoners onder je hoede moet nemen of dat je voor 1 patiënt even geëngageerd in de werking van het WZC moet zijn als een huisarts die 20 patiënten heeft. Veel meer lijkt het model van leidende huisartsen en volgers waarop ergens anders in de tekst gealludeerd wordt billijker.

Respondent 1.15

Ik ben niet voor een "vaste" CRA per WZC : als de bewoner de kans heeft om "zijn" huisarts te behouden, zou ik daar altijd de voordelen van zien. Een bewoner moet al veel autonomie afgeven als die in het WZC komt wonen,...

. Ik ben niet voor het kleinschalige : opnieuw : de bewoner komt meestal uit een onhoudbare thuissituatie of wordt soms ongevraagd van het ziekenhuis naar het WZC "gedropt". Meestal geen kans om de medebewoners te kiezen. Bij meer bewoners, meer kans iemand met dezelfde interesses te vinden,... Ook voor personeel : makkelijk voor animatie iets aan te bieden voor breder publiek en zo meer variatie te kunnen bieden binnen de werkuren.

. ik zie een CRA als een huisarts voorgesteld vanuit de kring, die dus een goede relatie heeft met zijn collega's en daar ook iets van kan bekomen.

. CRA heeft voor mij een overkoepelende beleidsmatige rol, als zeer geïnteresseerde arts in wetenschap van ouderenzorg, in het WZC naar wondzorgmodel, organiseren MFO met behandelende arts bij, mee rol in keuze apotheek en medicatiebeleid, vroegtijdige zorgplanning, diabeteszorg, mondhygiëne, bezoekregeling bij Covid, medezeggingschap in personeelsopleiding (zodat zoals in de inleiding van de nota mooi verwoord staat : "behoefte aan voldoende en correct

betaald zorgpersoneel met de juiste competenties", kan bekomen worden), communicatief naar de artsen die in huis komen,... Dit allemaal dat er een uniformiteit bestaat tussen de verschillende "verdiepen" of onderdelen van het WZC, zodat als personeel elders ingezet wordt, er geen andere regels gelden, ook niet voor de huisartsen.

. Ik ben niet voor de "vaste benoemingen voor het leven" van de CRA arts, maar dat die ook aan kwaliteitsnormen moet voldoen, en ook niet dat het WZC tevreden is met een CRA op papier die verder niets mag zeggen of doen.

. ik griezel een beetje van de ziekenhuizen die hun medisch pakket naar de eerste lijn of naar de WZC zouden uitrollen. In covid is gebleken dat ziekenhuisartsen, gerieters en ziekenhuishygiënisten voorbij gaan aan de woorden WOON en ZORG in de WZC en toch heel dikwijls in ziekenhuistermen dachten.

. Ouderenzorg is inderdaad ook NIET enkel in de WZC maar ook in de thuissituatie.

. Graag werk maken van de liasonfiche voor elk computerpakket van WZC en EMD : graag medicatiefiche makkelijker transfereren en Suhmer : weg met het papieren medisch dossier in de WZC.

. Belrai lijkt me nog steeds een tijdrovend instrument ! MDO lijkt vlotter.

. Graag legaliseren van de CRA LOK ? Ik ben ervan overtuigd dat dit de kwaliteit van communicatie met huisartsen en de kwaliteit van zorg van de bewoners ten goede komt

Ten slotte : ik ben ook huisarts en in mijn hoofd kan ik geen CRA arts zijn zonder ook huisarts te zijn en de ouderenzorg buiten het WZC te praktiseren !

Ik hoop dat de financiering niet meer uitgerekend wordt in aantal uren vereiste aanwezigheid in het WZC, maar naar kwaliteit (?) (Ik denk dat weinig CRA's die het goed bedoeld hebben hun uren geteld hebben, maar zich inderdaad gesmeten hebben om "het zo goed mogelijk" te doen, dikwijls ten koste van zichzelf)

Respondent 1. 12

Het gaat nu vooral over de geïntegreerde zorg in de WZC.

Wat ik vooral wil benadrukken is dat we de huisartsen die buiten het WZC geen VZP, geen MDO met de thuisverpleging en kinesist, geen correcte opvolging van de HbA1c bv (wat collega Nicolai aanhaalde als een doel) uitvoeren ook niet gaan kunnen overtuigen om dit binnen het WZC te doen.

Vele huisartsen beschouwen de acties van een CRA een beetje als bemoeizucht. Hoe goed we het ook kaderen. Zoals vaak zij die het nodig hebben doen toch hun zin. Zij die het goed doen moeten we het niet uitleggen.

Welke argumenten kunnen we aanhalen opdat deze collegae dit alles wel zouden doen binnen een collectiviteit? Een MDO, een VZP, een HbA1c is persoonlijk en heeft geen invloed op de zorg binnen een collectiviteit. Infectieziekten is een ander verhaal.

De kwaliteit aan zorg die we als CRA nastreven binnen het WZC moeten we ook nastreven buiten het WZC. En dit kan m.i. mogelijks via accreditering. Maar dit laat ik aan de syndicaten....

Als CRA zie ik onze taak ook vooral in kader van de collectiviteit en zie ik elke individuele bewoner als een deel van de collectiviteit. De huisarts ziet zijn patiënt in het WZC als individu en ziet meestal niet de collectiviteit en handelt er dan ook niet naar. Hoe kunnen we deze manier van denken beïnvloeden?

Willen we de kwaliteit doen toenemen binnen de WZC zal er ook een mentaliteitswijziging moeten zijn bij onze huisartsen denk ik. Desnoods afdwingbaar of via accreditering. Indien ze dit kunnen opbrengen denk ik dat we huisartsen kunnen blijven zien in de WZC.

En anders moeten we toch de moed hebben om het aantal artsen in een WZC te beperken.

Bedenking. We streven dan vooral vooral een verbetering van de zorg kwaliteit binnen het WZC na, en niet de zorg van onze bejaarden buiten de WZC.

Want iedereen klaagt over de WZC, onterecht lijkt me, maar de vele alleenstaande bejaarden buiten het WZC.....daar klaagt niemand over. Hoeveel hebben ze er ondertussen al thuis overleden gevonden de voorbije maanden?

Feedback Validatieronde Kernboodschappen

Respondent 1.17

Bedankt voor dit mooie werk

Ik mis in het charter de aanwezigheid van de preventie adviseur naast de arbeidsarts Moet er iets worden gezegd over een correctere verloning naar werk?

Dit is een werkpunt op Vlaams niveau? Momenteel hangt de financiering met haken en ogen aaneen

Respondent 1.11

Ik kan mij volledig vinden in de besluitvorming zoals hier geformuleerd.

Bij deze wil ik ook eens mijn appreciatie tav jullie werk benadrukken: hetgeen hier in gang gezet is kan een krachtig momentum worden.

Respondent 1.2

Dank voor deze zeer constructieve werk-tekst.

Zoals gevraagd hierbij nog enkele bedenkingen:

p.3 van 4: ik zou niet teveel insisteren op 'masters in VK' op de werkvloer, wél in het directiecomité : zij zijn vooral op hun plaats bij onderzoeksprojecten en het helpen uitschrijven globale kwaliteitsrichtlijnen, maar evolueren soms te ver weg van hun 'gewone' VK die via gelijkwaardige communicatie uiteindelijk de zorg in team samen met de zorgkundigen moeten realiseren in een begripvol kader samen met de bewoners. Daarenboven komt het vooral ook de CRA toe 'de wetenschap' binnen te loodsen in de beleidscel van het WZC

-

p.4 van 4: de stimulans van 1/15 HA dient zeker te groeien vanuit een gemandateerde pool uit de HA-kring met goed omschreven engagementsverklaring en steeds ondergeschikt aan de patiënten rechten van vrije keuze.

Wordt ongetwijfeld op boeiende manier vervolgd!

Respondent 1.9

Beste leden van de werkgroep,

Hierbij enkele bedenkingen die ik mij maakte bij het voorstel :

In de tekst is er enkele malen vermelding van *het concept kwaliteit van zorg* . Dit wordt verder niet omschreven. Een (minimale) omschrijving zou de ‘eisen’ geformuleerd in dit voorstel duidelijker maken en meer kracht kunnen bijzetten.
 Wat het aspect van het interdisciplinair werken betreft is er geen meer concrete omschrijving, enkel dat het computerprogramma dit mogelijk moet maken.

Ik denk dat er een kleine formuleringsfout staat in het hoofdstuk *digitalisering*:

Er staat :

Gecodeerd registreren zodat kwaliteitsprocessen (audits) kunnen uitgevoerd worden

Ik meen dat dit moet zijn :

Gecodeerd registreren zodat onderzoek naar kwaliteitsprocessen (audits)

In de tekst staat :

Het CRA mandaat genereert rechten en plichten, onder andere met betrekking tot het leveren van kwaliteitsvolle zorg op populatieniveau waaronder infectieziekten beleid, implementatie van zorginnovatie en zorgethiek.

Is het nodig om hier ook het beleid van opvolgen van chronische aandoeningen en farmacotherapie (o.a. het vermijden van polyfarmacie) te vermelden ? In feite gaat het dus om het aansturen op toepassen van richtlijnen en aanbevelingen.(wat betekent EB werken – cf. medisch model dat op de achtergrond performant aanwezig is, cf. plichten van de CRA))

Bij de voorstellen staat : *stimulansen moeten ontwikkeld worden om in de verhouding van 1 huisarts per drie residenten de noemer te verhogen (bv tot 1/15)*. In de praktijk zal dit betekenen dat een resident van huisarts zal moeten wisselen om tot die verhouding te komen. Hier is een keuze mogelijk naar de instellingsarts of een team van artsen onder ‘voorzitterschap’ van de CRA. Maar dan komt de vrije keuze in het gedrang. Ik vind deze passage vrij onduidelijk en enigszins tegenstrijdig.

Respondent 1.6

Heel mooie tekst.

Ik heb alleen een serieus probleem met de opsplitsing HA – HA met een vol engagement als hulp van de CRA – CRA.

Enkele kleinere suggesties in de tekst zelf.

Ik heb de tekst wel in word omgezet om opmerkingen te kunnen toevoegen.

Respondent 2.15

Ik vind dat het heel goed is uitgewerkt zo. Voor mij is het zeker ok.

Respondent 2.11

Ik denk dat alles vrij goed is weergegeven.

Een verbetering van de taakomschrijving van de CRA komt goed aan bod.

De nood aan uniforme ICT (met link naar het eigen EMD thuis)in alle WZC wordt ook belicht.

Ook misschien toch best de vraag naar de nodige financiering voor deze ICT want voor kleinere WZC is dit wel een belasting.

Ook misschien toch explicieter de vraag naar verdere financiering van de CRA voor de gewone ROB-bedden.

Respondent 1.15

Heel erg bedankt voor het vele werk al!

Ik vind dat de tekst heel goed weergeeft wat er uit de laatste online vergaderingen naar voor is gekomen. Ik vind het een zeer goede tekst, ben akkoord met wat er staat en heb weinig opmerkingen

(Uiteraard zal je ook alle CRA artsen ook niet op één lijn krijgen.)

Mijn opmerkingen op het voorstel charter :

. Ik ben blij dat er staat dat “kleinschaligheid moet geëvalueerd worden” en niet dat het als ideaal gezien wordt, want mij lijkt het dat het in Nederland als ideaal gezien werd en dat men er nu reeds van terugkomt. (we moeten niet dezelfde weg afleggen, maar het is goed dat het geëvalueerd wordt)

. op p 3 : CRA mandaat impliceert netwerkrelatie

Ik ben niet zo akkoord met overleg “ziekenhuishygiënist” : een WZC is geen ziekenhuis : in coronatijd kwam ik qua aanpak hier in conflict

Ik ben verwonderd dat de apotheek hier niet opnieuw vermeld staat als ‘relatie’

. op p 4 bij “voorstellen” : akkoord dat er een stimulans is om het aantal HA per WZC te beperken en te proberen van 1 HA per 3 residenten naar 1 per 15 bewoners, maar dan zou er toch mogen bijstaan ‘mits akkoord van de bewoner’ : als de eigen huisarts tot in het WZC wil komen, dat de bewoner de mogelijkheid heeft om die te behouden (bij ons zijn er enkel opnames van inwoners van de eigen gemeente dus iedereen behoudt zijn eigen huisarts)

Respondent 2.7

De Covidpandemie heeft de WZC 's onder extreme druk gezet, waardoor onderliggende sluimerende problemen acuut zijn geworden. VAS onderschrijft mede dat er een aantal zaken zijn die verband houden met de huisartsgeneeskundige zorg, en een aantal scheefgegroeide zaken rechtgezet moet worden. VAS is blij met dit initiatief om gezamenlijk oplossingen te vinden die het welzijn van WZC-bewoners te verbeteren in deze beproevende tijden.

VAS wil benadrukken dat de zeer ernstige situaties die zich in de Belgische WZC 's hebben afgespeeld ten gevolg van de corona-pandemie, niet terug te voeren zijn op gebrekkig functioneren van huisartsen en CRA's, maar een resultaat zijn van verschillende factoren: beleidsbeslissingen op federaal en regionaal niveau, interne WZC-aangelegenheden die geen verband houden met het functioneren van huisartsen/CRA's (vb. personeelstekort, chaotisch bestuur, etc.), budgettaire en facilitaire tekortkomingen, en zo meer.

1. VAS heeft bedenkingen bij enkele voorgestelde hervormingen, die op vele vlakken raken aan de basisprincipes van ons gezondheidszorgmodel: a. Allereerst is de vrijheid van keuze van huisarts door de patiënt een absoluut onbespreekbaar principe. Vrije artskeuze is een conditio sine qua non voor kwaliteit van zorg.

b. De onafhankelijkheid van (huis-)artsen moet gegarandeerd blijven, en sterke verwevenheid van huisartsen/CRA's met de WZC-werking is ons inziens een kwalijke evolutie die de aanpak van mistoestanden in WZC 's kan hinderen. Zo niet loopt de patiënt het gevaar enerzijds (terecht) het vertrouwen in zijn huisarts te verliezen, omdat de bewoner dan zijn huisarts ziet als een “onderdeel van het systeem” waarin die huisarts zich bevindt. Anderzijds mag voor de kwaliteit van medisch werk slechts de patiënt aan wie zorg verleend wordt centraal staan. Dit is een gezond spanningsveld met de werking van het WZC. De huisarts moet in dat spanningsveld zich opstellen als de advocaat van de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Door overleg moet hij tot een aanvaardbare samenwerking met het WZC komen. Het mag nooit de bedoeling dat de huisarts uit zijn patiëntgericht medisch denkkader stapt ten dienste van het WZC!

2. De toenemende zorgnood van de WZC-bewoner is een algemeen gekend gegeven. In de ogen van het VAS is deze toegenomen zorgnood iets dat alle huisartsen aanbelangt. De huisartsen moeten er op reageren. Die vaststelling mag geen reden zijn om eerstelijns geriatrische zorg in de WZC 's in feite te gaan ontkoppelen van de huisartsgeneeskunde. Zoals terecht werd aangegeven is

het WZC een thuisvervangende omgeving. De zorg valt er dus onder huisartsgeneeskunde. Huisartsen die patiënten hebben in WZC 's hebben de expertise om die zorg te verlenen.

3. Bijkomende permanente vorming voor CRA's en visiterende huisartsen is absoluut noodzakelijk vroeger, nu, en in de toekomst. Het VAS spreekt zijn steun uit aan het faciliteren van permanente vorming aan visiterende huisartsen met de CRA als spilfiguur. De bestaande vormingsorganen (LOK, continue navorming...) kunnen hiervoor ingezet worden. Door betrekking van CRA's in dit proces ontstaat een win-win situatie voor zowel woon- en zorgcentrum als voor het visiterende huisartsenkorps. Door deze contacten wordt immers de band tussen CRA 's, visiterende huisartsen en de WZC 's telkens opnieuw gesmeed.

4. Huisartsentijd is niet enkel financieel kostelijk, maar ook kostelijk voor de maatschappij. Vele WZC 's hebben daarom duidelijk afgebakende vergaderingen en formele overlegmomenten met de CRA om diens tijd zo efficiënt mogelijk te benutten. Het VAS steunt een rationeel gebruik van de tijd van de CRA, waarbij overbodige deelnames aan vergaderingen en overlegmomenten tot het minimum herleid kunnen worden.

5. Het willen reduceren van het artsenkorps dat een rusthuis visiteert mag geen doel op zich worden. Dit is contraproductief. Als aan de ene kant de kwaliteit van de zorg moet opgekrikt worden, en tegelijkertijd het aantal patiënten per arts moet gemaximaliseerd worden, kan daling van de kwaliteit ontstaan. Er ontstaat ook een vreemde paradox: samenwerking moet bevorderd worden, maar tegelijkertijd worden andere huisartsen geweerd uit de WZC 's .

6. Engagement van huisartsen in het ondersteunen van de goede en kwaliteitsvolle werking van de WZC 's is iets dat bij een goede medische praktijk hoort. Het zou zonde zijn een WZC-beleid te gaan afstemmen op anekdotische casussen van een zeer klein aantal slecht pratikerende huisartsen die geen oren hebben naar enige aansporing tot verbetering van de kwaliteit van hun werk. Deze artsen beschadigen met hun slechte kwaliteit van werk niet enkel hun patiënt maar ook het WZC. Correctie van slecht pratikerende huisartsen mag geen exclusiviteit worden van

WZC-settings. Het is niet wenselijk dat WZC 's of CRA 's disciplinerende bevoegdheden zouden krijgen ten opzichte van (andere) huisartsen. Dergelijke maatregelen dienen voorbehouden te blijven voor de wettelijk voorziene en gebruikelijke onafhankelijke toezichthouders op de kwaliteit van het functioneren van artsen (Orde der Artsen, Provinciale Geneeskundige Commissie).

7. Kwaliteit van zorg is een zeer breed begrip waarbij de aftoetsbaarheid zelfs de kwaliteit kan doen dalen. Er bestaat een gevaar van "box-ticking-medicine", waarbij het halen van de kwaliteitsindicatoren belangrijker wordt dan de uiteindelijke doelstelling van het zorgbeleid: welzijn en gezondheid van patiënten garanderen.

8. Tot slot: De kracht van IT. Er moet dringend werk worden gemaakt van een cloud-gebaseerd EMD-platform dat gemakkelijk toegankelijk is voor alle betrokken huisartsen, én geïntegreerd in het verpleegkundig dossier. Op deze wijze is er goede infrastructuur voor zowel samenwerking onder artsen, als rapportage en instructie aan de verpleeg- en zorgkundige teams, als kwaliteitscontrole. Wij geloven meer in de spontane verbetering van kwaliteit in de breedste zin van het woord door deze technologische faciliteit aan te bieden, dan wel in een waarbij de zorg wordt overgeheveld naar een CRA met enkele assisterende huisartsen.

Conclusie: VAS onderschrijft de noodzaak van zorgkwaliteitsverbetering en samenwerking in de WZC 's, maar onderschrijft niet alle voorstellen die in het ontwerp van Crataegus opgesomd staan.

VAS wil benadrukken dat deze doelen bereikt kunnen worden zonder aan de basisprincipes te raken van onze gezondheidszorg.

Dit kan gebeuren

- door in te zetten op digitalisering, in concreto door een verplicht WZC-EMD,
- door bijkomende vorming waarin de CRA zijn steen bijdraagt
- door overlegorganen te creëren tussen huisartsen en CRA 's (binnen hun kring),
- zodat de CRA effectief de brugfiguur wordt tussen WZC 's en de (huis-) artsenkorpsen