

Agenda



- 1. Inleiding: de derde kringpijler.**
- 2. Verslag van de ochtendsessie.**
- 3. Nieuws vanuit de Federale Raad.**
- 4. Medega en mediwacht.**
- 5. Nieuws vanuit de syndicale afdeling.**
- 6. De CRA: zijn taken en functies.**
- 7. De zorgtrajecten.**
- 8. Varia en vragen.**

Agenda



1. Inleiding: de derde kringpijler

■ De Kringopdrachten NU

Opdracht 1: de organisatie van de wachtdienst
Opdracht 2: de vertegenwoordiging

■ Bijkomende opdrachten? **POP3 en PUB3**

Opdracht 1: de organisatie van de wachtdienst.



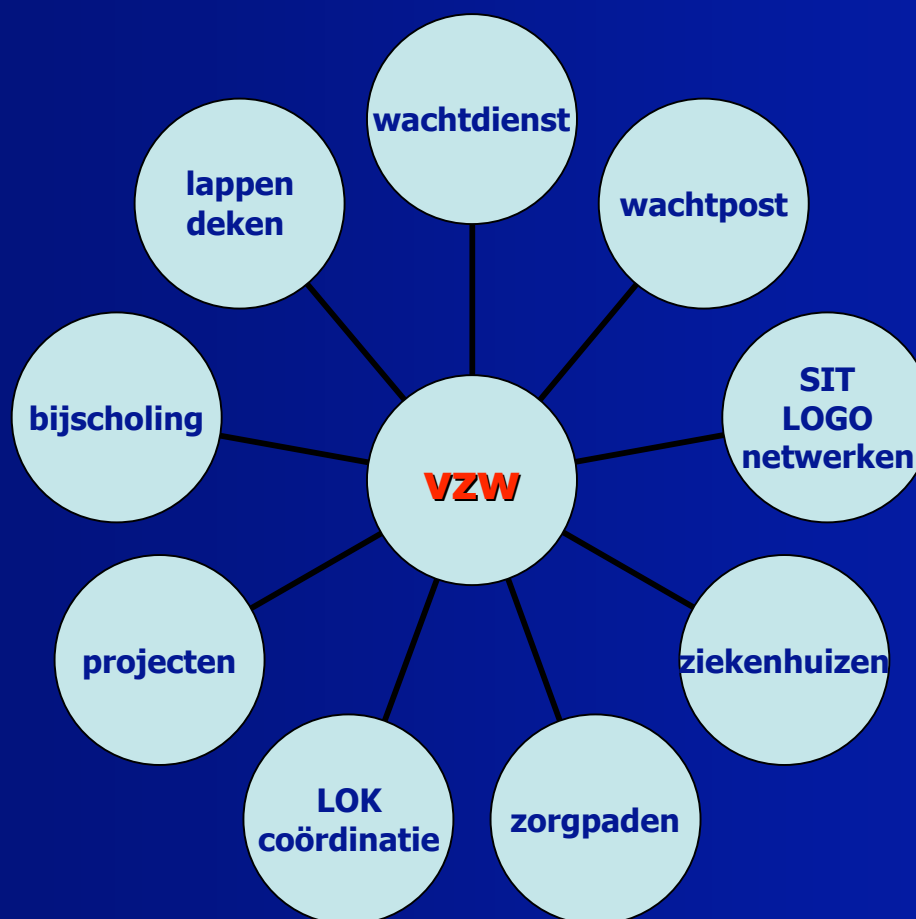
- één huisartsenwachtdienst binnen de gehele huisartsenzone.
 - ❖ mogelijkerwijze meerdere onderdelen
- minimaal weekends en feestdagen
- geen geografische **overlappenden** bestaan
- 1 huishoudelijk reglement
 - ❖ begin en eindmoment van de wachtdienst
- à rato van één huisarts per volledige schijf van **30 000** inwoners;
- op duidelijke wijze bekendgemaakt aan de **bevolking**;
- **subsidiar** aan de huisartspraktijkpermanentie.
- **afspraken** met de ziekenhuizen en extra-murale specialisten.

Opdracht 2: de vertegenwoordiging.



- **vertegenwoordiger** van de huisartsen van de huisartsenzone
- lokaal **aanspreekpunt** - implementatie van het lokale gezondheidsbeleid.
- initiatieven nemen ter **promotie** van de eerstelijnsgezondheidszorg
- initiatieven ter **optimalisatie** van de multidisciplinaire samenwerking **1^{ste} lijn**
- **samenwerkingsovereenkomsten** af te sluiten met het ziekenhuis teneinde de **continuïteit** van de patiëntenzorg te waarborgen
- optimaliseert de huisartsenkring **toegankelijkheid** van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartsenzone.

Huidige kringmozaïek



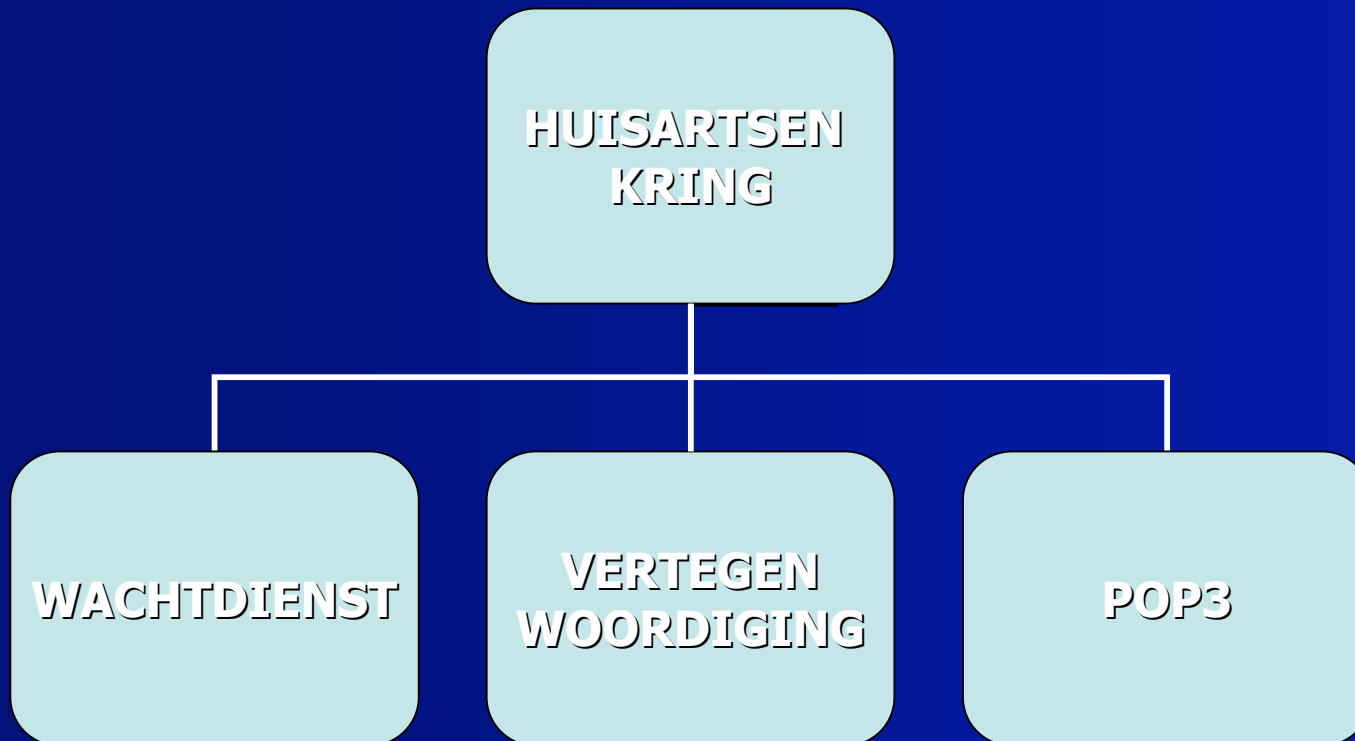
Kwaliteitsverbetering

Rol van de kringen



- ❑ **POP3** : De derde praktijkondersteunende pijler
 - ❖ De kring werkt inhoudelijke projecten uit die de praktijkvoering van de huisarts ondersteunen.
 - ❖ Praktijk ondersteunen = verbetering van de kwaliteit op ieder niveau.
- ❑ **PUB3** : De derde publiekondersteunende pijler
 - De kring is de tussenschakel voor de huisartsen van de zone.
 - De kring is een interface
 - ❖ Tussen de praktijk en de hogere echelons.
 - ❖ De kring is de vertrouwenspersoon van de arts.

De opdrachten van de kring.





POP3

VIER kariatiden.



1. CPV: Continue Professionele Vorming.

- ❖ Bijscholing.
- ❖ Aanvullende CPV: spirometrie, ethiek en economie, prakt.vaardigh.

2. Zorgwegen:

- ❖ Zorgpaden, zorgtrajecten, zorgprogramma's.
- ❖ Inhoudelijke Samenwerkingsprotocol 1ste - 2de lijn.
 - Netwerken: palliatief nw, LOGO, SIT, SEL, drugbeleid, psychiatr. TZ.
 - Diabetespad, geriatrisch ZP, borstkliniek, MOC, oncologisch handboek.
 - Opname en ontslagprocedure. Preoperatieve dossiers.
 - Korte opnameprogramma's; dagziekenhuizen, joint-care, kortverblijf materniteit,
 - Samenwerking met de RVT's.

De Derde Kringpijler POP3



1. Coördinatie van POP. De interface is de kring.

- POP-project van de DM. EBM, EKWA, EPA
- Preventie, LOK-werking,
- Gegevensverzameling, IT, epidemiologie ...

2. Implementatie overheidsprojecten.

De kring is het aanspreekpunt.

- Impulseo.
- Screeningsprogramma's: borstca, cervixca, colon, ...
- Dringende medische hulpverlening, maatregelen bij rampen en epidemieën,
- Feedback van en naar de verzekeringsinstellingen.

Voorwaarden voor POP3 (**conditio sine qua non**)



- **Kring = potentieel – energiebron.**
- **Modulaire opname door de kringen. (per kariatide)**
- **Modulaire ondersteuning door de overheid. (per kariatide)**
- **Professionalisering van het management van de kringen.**
 - ❖ **Administratieve ondersteuning: secretariaatsfunctie.**
 - ❖ **Management: zorgcoördinator of manager.**
 - ❖ **Schaalvergroting: clusters van kringen**

Besluit POP3



1. Kring en **kwaliteitsbevordering**: 2 handen op één buik.
2. Kring bevat een enorm **potentieel** aan energie ten voordele van de gezondheidspromotie.
De kring = functie van **zandloper**.
3. Kring dient een **derde kringpijler** te krijgen die praktijkondersteunend werkt.
Wettelijke **erkenning** en **support** noodzakelijk.
4. EEN grote voorwaarde:
de kring moet **professionaliseren** door **management** en gesteund worden door de overheid.

Agenda



2. Verslag uit de ochtendsessie: opleidingssessies voor LOK-animatoren

Opleidingssessies voor LOK-animatoren.



1. Verkenning van de navormingstool van MEDIWACHT.

- Aanvraag van accreditering.
- Bekendmaking van de activiteit.
- Online inschrijvingen.
- Beheer van een inschrijvingsmodule.
- Registratie aanwezigheden.
- Beheer van formulieren navorming.

Opleidingssessies voor LOK-animatoren.



1. Kapstokken bij hulpverlening in de psychosociale zorg.

- Welke gestructureerde en therapeutische aanpak voor de HA?
- Samenwerking met GGZ.
- Welk aanbod voor vorming?
- Basisstramien voor aanpak angst, stress, piekeren, geweld, alcohol, drugs, depressie en vage klachten.
- LOK: proces van continue vorming initiëren.
- Gevormde hulpverleners kan de psychotherapeutische aanpak door Ha efficient worden en erkenning krijgen.

Opleidingssessies voor LOK-animatoren.



1. Kennismaking met de CEBAM Digital Library for Health.

- Wil u op de hoogte blijven van de evoluties in de medische wereld?
- CDLH.
- Virtuele bibliotheek met guidelines, clinical evidence,
- grote databanken (Cochrane Library, Medline, ...),
- medicatieinformatie (BCFI, Micromedex,...)
- tijdschriften: BMJ, Lancet, NEJM, EBM tijdschriften...)
- Handboeken ...
- Interactieve kennismaking, registreren, overzicht bib, zoeken PICO.

Opleidingssessies voor LOK-animatoren.



1. Van aanbeveling tot praktijkaanbeveling.

- Consensus bereiken over een richtlijn.
- Richtlijnen voor goede medische praktijk lezen en ze toepassen.
- Methode om over richtlijnen te discussiëren in uw LOK.
- Afspreken van een consensus.
- Stappen van de methode.
- Korte oefening om aan de slag te gaan in uw LOK.

Opleidingssessies voor LOK-animatoren.



1. Zorgtrajecten en zorgpaden, een introductie.

- Het begrippenkader zorgpad en zorgtraject.
- Het diabetesproject Aalst.
- Een interessant model, maar van mooie theorie tot praktijk.
- Uitwisseling ideeën over hoe we in de toekomst een zorgpas diabetes gestalte kunnen geven.

Agenda



3. Nieuws uit de Federale Raad voor Huisartsenkringen

Berichten uit de Federale Raad voor Huisartsenkringen

Impulso 1
Praktijkondersteuning
Activiteitenverslag
Kadaster huisartsen
Multidisciplinaire netwerken
Sanitair alarm

Impulseo 1

- Herhaling: stimuleringsmaatregel voor HA-arme zones ($< 90\text{HA}/100.000$ inw.)
- Jaarlijks opgesteld door RIZIV en te herzien door de kringen zelf.
(<http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctor/s/specific-information/impulseo/impulseo.htm>)
- Loopt van 1 april t/m 31 maart.
- Aanvragen/wijzigingen in te dienen bij FRHK maar rekening houden met termijnen.

Praktijkondersteuning (verslag FRHK 27-3-08)

- ◉ Wat : premie van 1.000 € praktijkondersteuning
- ◉
- ◉ Voorwaarden :
- ◉
- ◉ erkend huisarts zijn,
- ◉ jaarlijks minimaal 1.250 raadplegingen uitvoeren
- ◉ ingeschreven zijn in de wachtdienst (*geregeld volgens art 9 van het KB nr. 78*)
 - deelname aan de wachtdienst (volgens het RIO van de kring)
 - huisartsen die vrijgesteld zijn (door de kring) van de wachtdienst zijn ook ingeschreven
- ◉
- ◉ Vaststelling van inschrijving in de wachtdienst
- ◉
- ◉ De vaststelling dat een arts ingeschreven is in de wachtdienst gebeurt via informatie die het RIZV krijgt van de FOD Volksgezondheid. Er zijn 3 bronnen van informatie mogelijk:
- ◉
- ◉ lidmaatschap van de huisartsenkring
- ◉ het feit dat wachten worden verricht (controle via MEDEGA)
- ◉ het feit van vrijgesteld te zijn van de wachtdienst (eveneens controle via MEDEGA)

Activiteitenverslag

- ◉ Schematisch: **kringsamenstelling**, **kringactiviteiten** (*navorming, onderlinge contacten, contacten ziekenhuis, vergaderingen in grotere verenigingen zoals DM, RvB, wachtdienstvergadering*), **wachtverslag** (*zones, wachtposten, oproepmodaliteiten, aantal oproepen, agressie, klachten*)
- ◉ Voorstel aangenomen: start nog in 2008, feedback in 2009.

Kadaster actieve huisartsen

- Nota ter attentie van de huisartsenkringen (Michel Van Hoegaerden, 9-7-08)
- Lijst van de actieve huisartsen (naam, RIZIVnr., vrijgesteld/actief, adres, tel., rekeningnr.)
- Voor wie: - kringen zelf
 - erkenningscommissie HA
 - RIZIV (praktijkvergoeding)
 - verzekeringsinstellingen (permanentietoeslag)
 - FRHK
 - Planningscommissie
- Lijsten worden opgesteld volgens stand van zaken op 1-7-08
- Verzenden aan: Marguerite.betermiez@health.fgov.be
François.wagemans@health.fgov.be (in cc)
[CFCMG FRHAK@health.fgov.be](mailto:CFCMG_FRHAK@health.fgov.be) (in cc)

Multidisciplinaire netwerken (verslag FRHK 25-9-08)

- ◉ Er zou een pilootproject van start gaan in 2009 om, onder verantwoordelijkheid en regie van de kringen, een multidisciplinair netwerk op te richten voor chronische ziekten, waarin alle actoren participeren, zowel transversaal als transmuraal. (dr. Dercq)
- ◉ Wellicht budgettaire ruimte voor 40 kringen
- ◉ Vergoedingen worden toegekend per 100.000 inwoners: → 75.000 € (manager) + 18.000 € (kring, ter ondersteuning)

Sanitair alarm

(verslag FRHK 25-9-08)

- ◉ Aanleiding: Fleurus → totaal geen communicatie.
- ◉ Rampenplan is niet de juiste structuur.
- ◉ Plan pandemie kan evenmin zomaar worden toegepast op sanitair alarm.
- ◉ Dr. Haenen: ervaring putten uit analyse van vorige oefeningen en communicatiesysteem met kringen opzetten.
- ◉ Voorstel ingediend vanuit Kringloket, gebaseerd op kringverantwoordelijke rampen en bidirectionele communicatie via pc.



Kringvergadering

6 december 2008

**domus
medica**

vereniging van huisartsen

4. Mediwacht en Medega

Alain Van Hevele



Historiek van Medega

2005: een delegatie van UHAK en FAG onderhandelt met de FOD Volksgezondheid over de opbouw van een artsenkadaster en een wachtdienstkadaster.

Belgacom wil dit technisch ondersteunen → 'Belgacom-project'



Belgacom-project

De wensen van UHAK:

**1 centrale databank van huisartsen
en andere gezondheidswerkers**

**OPZET, FINANCIERING en BEHEER
door de overheid (bvb RIZIV?)**



Belgacom-project

De wensen van UHAK:

INHOUD:

kadaster individuele artsen

naam voornaam geslacht

praktijkadres(sen)

praktijktelefoon(s)

(e-mailadres)

rizivnummer

kadaster praktijken

kadaster kringen, LOK's en

Wachtdienstonderdelen

kadaster wachtdienstregeling



Belgacom-project

De wensen van UHAK:

KOPPELING AAN CORRECTE UITBETALING VAN FORFAITS:

**De gegevens dienen door de betrokkenen zelf
correct ingevuld te worden.**

**Tijdige invulling geeft recht op snelle
uitbetaling van forfaits zoals
permanentievergoeding, accrediteringsforfait,
kringsubsidie, sociaal statuut,
(snelle uitbetaling = incentive)**



Belgacom-project

De wensen van UHAK:

INZAGERECHT en KOPIERECHT:
sommige (rechts)personen kunnen inzage
verkrijgen in een deel van de databank.

De artsenorganisaties, de Orde, de Prov.
Comm. hebben recht op een kopie van een
deel van de database

Ook Belgacom ontvangt hieruit de
telefoonnummers van de dokters van
wacht.



Belgacom-project

De wensen van UHAK:

AUTHENTICATIE:

**Het systeem verleent toegang via de eID.
Ditzelfde systeem geeft ook toegang tot
andere websites waar de (huis)arts
toegang moet verkrijgen (bvb vaccinnnet).**



Belgacom-project

De wensen van UHAK:

EXCLUSIE:

**beheer van arts-, praktijk- en
kringgegevens welke niet noodzakelijk zijn
voor de wettelijk voorziene diensten en
subsidiering.**



MEDEGA

2005...2008...Niets!

20 november 2008

Demo aan de leden van de **FRHAK**



MEDEGA

MedeGa... = de projectnaam

‘Medecins de Garde’

Er wordt gezocht naar een nieuwe
passende Nederlandse benaming;
suggesties zijn welkom



MEDEGA

MISSIE:

- Communicatietool van kring naar bevolking toe omtrent de wachtdiensten van de HA**
- Communicatie van overheid naar kringen en huisartsen toe**
- Betaling van disponibiliteitshonoraria faciliteren**
(- Gratis hosting voor kringwebsites)



MEDEGA

BEREIKBAARHEID

- web-based applicatie, 24u/24u beschikbaar.

<http://www.info.health.fgov.be>

- vanaf 1/12/2008 beschikbaar voor invoer van gegevens ??
- elke huisarts kan nu reeds inloggen met een officiële token van de Belgische staat. Later zal dit ook kunnen via de eID.



MEDEGA

FUNCTIONALITEITEN

1/ Huisartsenkadaster:

Momenteel is dit opgebouwd uit de lijsten welke door de kringen werden doorgegeven: de huisartsen die op 1 juli (al dan niet effectief) deelnemen aan de wachtdienst.

Elke huisarts kan zijn persoonlijke gegevens beheren.



MEDEGA

FUNCTIONALITEITEN

2/ Kringenkadaster:

Elke kring heeft een kringverantwoordelijke doorgegeven; deze kan vervolgens bijkomende beheerders aanstellen die gemachtigd zijn de (wacht)gegevens van de kring in te brengen:

- artsen en hun gegevens
- beheerders toevoegen
- een (onbeperkt) aantal WOD's configureren.
- per WO eventueel een centraal oproepnummer ingeven
- het invoeren van wachtlijsten,...



MEDEGA

FUNCTIONALITEITEN

3/ Wachtlijsten:

Deze kunnen vooraf ingevoerd worden, tot op een kwartier nauwkeurig. Ze kunnen gewijzigd worden, ook na de datum van uitvoering. Na datum van uitvoering moet de beheerder de uitvoering door de wachtarts valideren, hetgeen de snelle uitbetaling van het beschikbaarheids-honorarium in gang zet. Er kunnen zowel interne als externe wachtartsen ingevoerd worden.

Ook vrijstellingen kunnen ingegeven worden



MEDEGA

FUNCTIONALITEITEN

4/ Publicatie van het artsenkadaster en van de wachtgegevens

**Dit onderdeel is nu reeds in beperkte mate
beschikbaar op het web.**

**Een huisarts kan opgezocht worden via de
postcode.**

**Alle huisartsen van de gekozen deelgemeente
worden getoond.**



MEDEGA

FUNCTIONALITEITEN

Later:

Een huisarts van wacht kan ook opgespoord worden via de postcode.

- indien er geen wachtgegevens beschikbaar zijn worden alle huisartsen van de deelgemeente getoond
- indien er wel een huisarts van wacht gekend is en er een centraal oproepnummer beschikbaar is, wordt enkel het centraal oproepnummer getoond.
- indien er wel een huisarts van wacht gekend is en er geen centraal oproepnummer beschikbaar is, worden de praktijkgegevens van de wachtarts getoond



MEDEGA

BEKENDMAKING en ONDERSTEUNING

In coördinatie met de FRHAK
zal de FOD Volksgezondheid
een omzendbrief + folder versturen
naar huisartsen en kringen.

Er zijn 4 informateurs beschikbaar
om MEDEGA te velde voor te stellen.

Er is een informatiepunt,
bereikbaar via telefoon en email.



MEDEGA

INTERACTIE met MEDIWACHT ?

**Er komt de mogelijkheid tot invoer
van gegevens vanuit de eigen
kringapplicaties (bv. Mediwatch)**



MEDEGA

4 december 2008...

**MEDEGA
nog niet operationeel !**



MEDEGA

- Zal binnenkort wel operationeel zijn
- Doet haar best om haar beloften na te komen
- Staat eerst en vooral ten dienste van de kringen
- Vraagt (via Domus Medica) wat de kringen wensen



MEDEGA

MAAR:

- Zal nooit alle facetten van onze kringwerking kunnen beheren
- Kan onmogelijk kort op de bal spelen
- Is wel een belangrijke spelverdeler waardoor huisarts en kring een speelbal blijven in handen van politiekers



MediWacht

Domus Medica stelt echter
MediWacht
ter beschikking

Huisarts en kring zijn hier zonder
twijfel de primaire stakeholders.



MediWacht

**Beheert de organisatorische en
administratieve gegevens**

van

Domus Medica,

van kringen, LOK's en WOD's,

en van huisartsen en huisartsenpraktijken.



MediWacht

Hanteert het principe 'Only Once'

Dit is het éénmalig registreren van gegevens binnen de eigen beroepsgroep en deze vervolgens onder elkaar ter beschikking te stellen, evenals, zo nodig gefilterd, van andere gezondheidswerkers en overheid.



MediWacht

Ondersteunt o.a.

- kringadministratie en jaarverslag
- wachtdienstorganisatie
- LOK en NAV

en...



MediWacht

**... en geeft de nodige gegevens door aan
RIZIV en FOD Volksgezondheid.**

‘Only Once’ !

**Zowel MEDEGA als RIZIV hebben hun
medewerking beloofd voor het
overnemen en verwerken
van wacht-, LOK-, NAV- gegevens
ingebracht via MediWacht.**



MediWacht

HuisartsenKringen !

**Sluit aan bij Domus Medica
en**

verenigt U in MediWacht !

Agenda



5. Nieuws vanuit de syndicale afdeling.



Algemene Vergadering

**domus
medica**
vereniging van huisartsen

Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

1. Missie

De missie van Domus Medica, binnen het syndicale luik, beoogt twee kernopdrachten:

- Op een continue wijze de **verdediging** opnemen van **de belangen van het beroep** van huisarts enerzijds en anderzijds de kringorganisatie van huisartsen – met aandacht voor een kwaliteitsvolle invulling van beider takenpakket.
- Op een continue wijze de **verdediging** opnemen van **de sociaaleconomische belangen** van de huisartsen en huisartsenkringen.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

1. Missie : **verantwoording**

- **Waar staan we voor?** (huidige waarden of identiteit)
- < van Dale (Groot woordenboek van de Nederlandse taal)
 - ❑ syndicaat: 1. combinatie van zakenlieden, opgericht voor industriële of commerciële doeleinden, belangengroepering met gemeenschappelijke vertegenwoordiging – 2. vakvereniging, vakbond
 - ❑ vakbond: 1. vereniging van werknemers die in het zelfde vak of dezelfde bedrijfstak werkzaam zijn, met als doel de behartiging van de belangen van het vak en de verdediging van de sociale en economische belangen van de leden
 - ❑ vakvereniging: 1. vakbond – 2. vereniging waarbij de werkgevers uit een bepaalde bedrijfstak zijn aangesloten
- Eventueel tijdsperspectief $\geq$ 5-10 jaar



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

2. Visie

- Domus Medica wenst op een **wetenschappelijk onderbouwde** en **praktijkgerichte wijze** de huisarts, de huisartsenkring en de patiënt te **ondersteunen**.
- Vertrekkende vanuit een **pluralistisch gefundeerde vertegenwoordiging** van de Vlaamse huisartsen en huisartsenkringen enerzijds, en anderzijds de **monodisciplinaire invalshoek** van de huisartsen, wil Domus Medica **openstaan voor samenwerking** met alle personen, structuren of instanties, die bij een kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor de bevolking betrokken zijn.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

2. Visie (vervolg 1)

- Domus Medica wil een **professioneel, proactief en coherent mediabeleid** voeren. Hiermee worden een bevordering van het huisartsenberoep, binnen een kwaliteitsvolle patiëntenzorg, en voldoende aandacht voor de zelfzorg van de huisartsen zelf, beoogd. Domus Medica beschouwt de media bovendien als een belangrijke partner in haar communicatie met externe stakeholders.
- Domus Medica wil het **centrale aanspreekpunt** zijn voor het Vlaamse huisartsenlandschap en al haar stakeholders.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

2. Visie (vervolg 2)

- Domus Medica wil, op een **permanente basis** streven naar een **optimalisatie** van de **basisgezondheidszorg** voor de bevolking, en de **leef- en werkomstandigheden** van de **Vlaamse huisartsen**.
- Domus Medica beschouwt de **huisartsenkring** niet alleen als een **belangrijk**, zelfs **onmisbaar communicatiekanaal**, maar ook als een **nodige organisatiestructuur**.
- Domus Medica staat open voor **constructieve samenwerking** met **andere artsensyndicaten**.
- Domus Medica wenst op een **constructieve** manier met de **overheid samen te werken**.
-



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

2. Visie : **verantwoording**

- Waar gaan we voor?
Hoe zien we onszelf in de wereld van morgen?
(ambitieuus, brutaal of origineel beeld van de toekomst)
- < Missietekst Domus Medica (partieel): deze bevat nog een heel aantal ambities, eerder dan reeds waarden te vertegenwoordigen; de afdeling syndicaat wil dat deze ambities, tot waarden worden binnen en buiten de vereniging
- Eventueel tijdsperspectief 3-5 jaar



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen

Domus Medica ziet de hieronder opgesomde voorwaarden als **minimale vereisten** om een **garantie** te kunnen geven – aan de bevolking, de overheid en de huisartsen zelf – van een **kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde** met de nodige aandacht voor een **kwaliteitsvol werken en leven** van de huisartsen.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 1)

- **Erkenning door de bevolking** van de huisarts, als de best geplaatste persoon om, aan de huisarts toegekende taken, aan te pakken of op te nemen.
- **Erkenning door de andere hulpverleners en partners in de gezondheidszorg** van de taken van de huisarts op een respectvolle manier.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 2)

- **Informatie aan de bevolking** (boodschappen over gezondheid) dient op een consequente manier te verwijzen naar de correcte hulpverlener, met als doel het gedrag van de bevolking in de goede richting te beïnvloeden. Hierin is een bijzondere taak weggelegd voor de media, maar ook voor het beleid (de overhe(i)d(en)) zelf, alsook andere organisaties zoals mutualiteiten en sociale partners.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 3)

- Het zelf opstellen en hanteren van **aanbevelingen, consensusteksten en richtlijnen** is een mogelijkheid om een zo hoog mogelijke kwaliteit van handelen te bereiken.
- Een duidelijke afbakening van een basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk vooronderstelt duidelijke, overlegde en vastgelegde (lokale) taakafspraken (**samenwerkingsafspraken**) in verband met de complementariteit binnen de zorgverlening.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 4)

- Het takenpakket van de huisarts is een dienstverlening aan de bevolking die **praktijkmanagement** vraagt. Dit vergt een aangepaste infrastructuur en instrumentarium, communicatiemiddelen, informatiebronnen en professioneel hulppersoneel. De realisatie hiervan vereist een aangepaste financiële ondersteuning en de nodige begeleiding.
- **Automatisering** van de huisartsenpraktijk is een essentiële voorwaarde om een heel aantal taken efficiënt en met kwaliteit te kunnen realiseren.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 5)

- Bepaalde taken van de huisarts vergen het opstellen en vastleggen, in onderling overleg, van goede afspraken (**organisatie van huisartsen**).
- Zowel binnen de basis- en beroepsopleiding, als binnen de **permanente vorming** en accreditering van de huisartsenpraktijk moet de leeragenda prioritair afgestemd worden op de functies en taken uit het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 6)

- Om de registratie van alle relevante informatie (dus ook deze van specialisten, arbeidsgeneeskundige diensten, CLB, Kind en Gezin,...) over haar patiënten mogelijk te maken dient de huisartsenpraktijk te kunnen beschikken over een aangepast instrumentarium (het dossiersysteem of **EMD**), waarvan de huisarts tevens als beheerder (**GMD**) wordt aanvaard.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 7)

Een van de meest belangrijke voorwaarden is de
echelonnering van de gezondheidszorg.

Deze voldoet aan drie principes:

- ❑ een structuur: gebaseerd op het aanbieden van polyvalente zorg op het eerste niveau/eerste lijn, ondersteund door een gespecialiseerde tweede lijn, op haar beurt ondersteund door een hoog gespecialiseerde derde lijn;
 - ❑ een specificiteit: aan elk van de lijnen worden taken inzake zorgverlening toegewezen. Deze taken zijn duidelijk omschreven in functie van “complementariteit” en “subsidiariteit”, zowel op als tussen de lijnen, en in functie van de vereiste deskundigheid voor elke taak, van kwaliteit, van integratie van zorg en van toegankelijkheid voor en participatie van de gebruiker;
 - ❑ een functionaliteit: het geheel van regelingen van de toegang tot en het verstrekken van zorgen, moet het functioneel gebruik van de verschillende voorzieningen positief ondersteunen, zowel voor de gebruiker als voor de zorgverleners en de diensten.
- Het vervullen van deze voorwaarde maakt de meeste andere voorwaarden ook echt mogelijk.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 8)

- Met de **inschrijving bij de huisartsenpraktijk** wordt bedoeld dat de patiënt op vrijwillige basis een huisarts kiest en er zich toe verbindt, volgens de regels van de organisatie van de gezondheidszorg, zich bij hem aan te melden als hij nood heeft aan medische verzorging. Hierdoor wordt de huisarts-patiëntrelatie minder vrijblijvend.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen (vervolg 9)

- Onder **beleidsondersteuning** begrijpen we dat de beleidsverantwoordelijken (de regering(en)), op een actieve manier, tussenkomen om de nodige structurele, functionele en financiële hulpmiddelen ter beschikking stellen aan de diensten, hulpverleners en de bevolking om de geëxpliciteerde gezondheidsdoelen (= de prioriteiten) te bereiken.



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

3. Strategische doelstellingen : **verantwoording**

- Hoe willen we bereiken wat we willen bereiken?
- < noodzakelijke randvoorwaarden geformuleerd in “Het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk” (2001)
Nood aan een controle en evntl update; mogelijke referenties:
 - ❑ The european definition of General Practice/Family Medicine (Wonca Europe 2005 Edition)
 - ❑ The world health report 2008: primary health care now more than ever.
- Vergt nauwe samenwerking met de andere afdelingen “studiedienst” en “productontwikkeling”
- Eventueel tijdspectief: 2-4 jaar



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

4. Operationele doelstellingen

- Deelname aan de syndicale verkiezingen 2010
(opdracht AV)
 - ☐ Plan A: via erkenning monodisciplinair huisartsensyndicaat
 - ☐ Plan B:
 - ☐ Plan C:
- ...



Visie, Missie en Strategische doelstellingen van de Afdeling syndicaat Domus Medica

4. Operationele doelstellingen : **verantwoording**

- Hoe vullen we dit concreet en stap voor stap in?
- Nood aan (wo)manpower:
een fusie tussen ervaring en vernieuwing,
jong en oud,
woord en vooral daad,
...
met oog voor positief en pro-actief
- Eventueel tijdsperspectief: 1-2 jaar
- **Nu meer dan ooit!!!**



Kringenvergadering

06 12 2008

domus
medica
vereniging van huisartsen

6. De CRA als belangrijke schakel in de uitwerking van een kwaliteitsbeleid inzake RVT's & ROB's

**ppt voorbereid door R Faelens
mmv J De Lepeleire**

N.a.v. een werknota van het FOD



Belang van RVT-zorg voor de HA



- **Geld:** Een huisarts die enkele patiënten kan behouden in een RVT, en die niet ziet doorstromen naar een CRA, haalt daar een welgekomen regelmatig inkomen uit gezien de uitgebreide morbiditeit en dus bezoekfrequentie. Daarom is het noodzakelijk dat slechts die mensen CRA kunnen worden waarvan we weten dat die zich uiterst collegiaal zullen gedragen. Slechts de kring kan bewaken dat er geen solo slim speler of een knechtje van de directie daartussen komt.
- **Emotie:**
 - HA-geneeskunde = levensloopgeneeskunde.
 - Laatste levensfase in thuiszorg, en als dat niet meer kan, in RVT-zorg: daar willen wij als huisarts heel erg betrokken bij blijven; en dat verlangt de patiënt en hun familie van ons ook
- **Daarom** zijn wij bereid te vechten voor die **band**, en daar geen CRA-arts tussen te laten komen die omwille van druk vanuit een overheid of vanuit een directie andere belangen dient dan die van huisarts en patiënt. We willen dat liever niet overlaten aan het toeval of aan goodwill, we zien dat liever op papier.



CRA

- Coördinerend Raadgevend Arts (KB 1999)
- RVT's & ROB's = gezinsvervangende tehuizen
- Vertrouwde huisarts blijft er essentieel welkom
- ✂ → Veel verschillende huisartsen, allemaal met hun eigen gebruiken en noden en eigenaardigheden
 - ✓ → Nood aan brugfiguur HA'en - directie → CRA
 - ✓ → Nood aan huisarts die instellingsgebonden medische taken op zich neemt → CRA
 - ✓ → Nood aan HA die bij-&navorming geeft → CRA



Omstreden functie

- Vlaanderen: UHAK → Crataegus
- Brussel&Wallonië → Aframeco
- RIZIV 'commissie Falez': *CRA kost teveel en is overbodig*
- Dhr DeCoster (FOD) op Crataegus in Oostende feb 2008 vraagt info en medewerking uit het CRA-veld over functie & taak CRA -> afspraak in juni
- Mei 2008: Goutry → parlementaire vraag:
 - *“Geen invoering van een coördinatiehonorarium voor de CRA zonder eerst een debat over de taak en functie van de CRA”*



Vraag van Goutry:

- Aangezien de minister in haar replieken over de CRA functie geen verdere toelichting heeft gegeven, enkele vragen :
 1. Hoe ver staat de commissie artsen-ziekenfondsen?
 2. Welke specifieke taken ziet u weggelegd voor de cra? Welke aanvullingen ziet u bij de reeds bepaalde taken in het KB?
 3. Tegen wanneer hoopt u aan de functie een nieuwe invulling te geven?
 4. Op basis van welke criteria zal er een coördinatiehonorarium gegeven worden?
 5. Aan welke bedrag denkt u en hoe groot is het totale budget dat hiervoor ter beschikking is ?



Onkelinx:

- Het activiteitenverslag van de werkgroep die belast is met de problematiek van de cra bevat **interessante voorstellen** over de relaties met de geneesheren, de continuïteit van de medische verzorging, de opstelling van een liaisondossier, de aandoeningen die een bedreiging vormen voor de bewoners en de personeelsleden van de verblijfinstellingen, de opleiding van het personeel inzake deze domeinen enzovoort.
- De FOD Volksgezondheid is belast met de opstelling van een **document met een grotere draagwijdte**, waarvan de inhoud ook in het debat moet worden besproken. De timing is moeilijk te preciseren.



FOD tekst komt van ver

- Eerste tekst vol **verplichtingen en dwang** →
- Na e-mail opmerkingen van CRA's uit Crataegus & Aframeco → veel **opener** geformuleerd
- Van een overbodig en veel-te-duur zijn van de CRA functie naar een **onmisbare** schakel in het kwaliteitsbeleid
- Na 1^{ste} bespreking van tekst in oktober → Crataegus biedt tekst aan **KL** ter mede-evaluatie



Een WERKnota

- Een soort **algemeen kader** dat in de loop der jaren verder moet uitgewerkt en ingevuld worden. Een “streven naar”
Dwz lang niet alle details staan daarin. Dus pinnen op details is niet nodig. Heel wat zaken moeten op de geëigende plaatsen uitgewerkt worden
- Basisvereiste is een verregaande informatisering. Als men bv spreekt over de MDS-RAI weten we ook wel dat de **randvoorwaarden daarvoor nu niet klaar** zijn. Om maar één voorbeeld te noemen.
- Aframeco en Crataegus hebben verregaande **informatisering als absolute prioriteit** naar voor geschoven met de introductie van een elektronisch dossier. Je kan geen innoverende stappen zetten zonder dat element.



FOD → RIZIV

- FOD volksgezondheid **werknota: kadertekst**
 - TWEE OVERLEGMOMENTEN: 21/10/2008, 4/12/2008.
- RIZIV neemt vanaf 1/1/09 terug over
- De nota wordt dan door andere en veel **invloedrijkere werkgroepen** aangepast:
 - medicomut (het enige orgaan waar we iets kunnen inbrengen via de syndicaten)
 - de overeenkomstencommissie rvt-riziv
 - de interministeriële conferentie
 - de nationale ziekenhuisraad
 - de technisch geneeskundige raad
 - de gewestelijke instanties
 - en in het kafkaïaanse België zullen er nog wel zijn.



Pijnpunten

- De visie van de **Waalse CRA-broeders (Aframeco)** verschilt met dat van **Crataegus**.
- De visie van het **FAG** komt ook niet overal overeen met dat van het **Kringloket**
- Omdat men in Wallonië anders kijkt zal een afzwakking gebeuren van de Vlaamse standpunten. Zo zit België nu eenmaal in elkaar.
- **BELANG van lobbying !**



PIJNPUNTEN: overzicht

1. Driehoek CRA – RVTDirectie – Kring
2. (Medisch) dossier & inzage door CRA
3. Aanwervingsprocedure van de CRA
4. MDS – RAI (Minimal Data Set - Resident Assessment Instrument)
5. Rationeel geneesmiddelenbeleid (formularium)
6. Basisopleiding & Bij- & navorming CRA
7. Bijkomende taken CRA



1. Bewaren van de driehoek CRA – DIR – HAK

- Visie van Aframeco: Halt aan “de dictatoriale almachtige HAK’s”
1. Relaties met de behandelend artsen: De “Kringen” moeten vervangen worden door LOK’s of andere reeds bestaande organisaties, zoals SSMG, CUMG-ULB, Universiteiten, lokale samenwerkingsverbanden, ...



1. Bewaren van de driehoek CRA – DIR – HAK

- Visie van Aframeco: Halt aan “*de dictatoriale almachtige HAK's*” -
 1. Aangezien de behandelende artsen patiënten verzorgen in verschillende instellingen zodat zij naar talrijke vergaderingen moeten gaan, **mogen** de collectieve overlegvergaderingen in de gegeven geografische zones worden georganiseerd, en bij **voorbeeld in de plaats komen van** de vergaderingen van huisartsenkringen. **De LOK's en andere reeds bestaande groepen of verenigingen zoals SSMG, CUMG of andere departementen van de Universiteiten, lokale verenigingen, enz. kunnen als ondersteuning dienen.** De raadgevende en coördinerende geneesheren uit een bepaalde geografische zone, **waar een bepaalde kring actief is**, zouden zich moeten verenigen om een gemeenschappelijke manifestatie te organiseren die **door de overkoepelende organisaties wordt ondersteund** (AFRAMECO en Crataegus).



1. Bewaren van de driehoek CRA – DIR – HAK

- Visie van Aframeco: Halt aan “**de dictatoriale almachtige HAK's**” -
 1. AFRAMECO is zich bewust van de realiteit op het terrein, waarbij tal van **CRA's die geen deel uitmaken van het wachtsysteem en/of van een Lokale Huisartsenkring** hun hele ziel hierin gelegd hebben. Een **binding CRA - HAK is ongewenst**.
 2. Elke bezoekende HA moet ertoe kunnen worden **verplicht mbt zijn accreditering een collectieve overlegvergadering** van minstens een uur 1x/jaar gedurende de 3 jaar te bewijzen. De arts wordt de keuze gelaten: LOK's, SSMG, CUMG-ULB, Universiteiten, ...



1. Bewaren van de driehoek CRA – DIR – HAK

- Visie van Kringloket:
 -
 - De CRA kan zijn functies maar goed invullen met de hulp van zijn collega's en met de hulp van de lokale huisartsenkring. De CRA dient aanvaard te zijn door de huisartsen en door hun wettelijke vertegenwoordiger zijnde de huisartsenkring. De wettelijke erkenning van de huisartsenkringen geeft hen sinds 2002 de verantwoordelijkheid op te treden als organisator van de wachtdienst en als locoregionaal vertegenwoordiger van de huisartsen. De **HAK's zijn een essentiële schakel**, ook op organisatorisch en ondersteunend vlak. Een tekst waar dit niet uitdrukkelijk wordt opgenomen is onaanvaardbaar. DM sluit zich aan bij de recente adviezen van de Nationale Raad van de Orde .



2. Problemen met het dossier en de inzage

- **Probleem:**
 - CRA leidt multidisciplinaire verg en de HA is niet aanwezig, bv palliatief team
 - MRSA: inzage in kweekresultaten
 - Rationaal medicatiebeleid: verpleegster wél, CRA niet ?
- **Visie van Kringloket:**
- Medisch **dossier** en communicatiefiche zijn beide gereguleerd door **wet en deontologie**.
- Een communicatiedossier kan dienen als instrument van informatie binnen de perken van het medisch geheim.
- CRA en Huisartsenkring zullen **afspraken** maken omtrent de wijze van communiceren van noodzakelijke elementen uit het medisch dossier binnen het wettelijk en deontologisch kader.



3. Aanwervingsprocedure

- Visie van Aframeco:
- De directie kiest en duidt aan **zonder voorafgaand contact met de HAK**.
- De plaats waar zijn huisartsenpraktijk gevestigd is, heeft weinig belang, wat telt zijn de kwaliteiten van de CRA en vooral zijn meerwaarde voor de gezondheid van de bewoners.
- Tegen “een dictatuur van de huisartsenkringen wier motiveringen soms ver verwijderd zijn van enige vorm van deontologie”
- De CRA moet exclusief door de inrichtende macht van het RVT/ROB worden aangewezen
- Omwille van de transparantie moet de inrichtende macht de oproep tot medewerking verspreiden **via de medische pers**, medische verenigingen en Huisartsenkringen.
- De door de directie aangeduide CRA dient zich binnen drie maand **kenbaar** te maken aan de HAK en een installatievergadering organiseren met de bezoekende huisartsen.
- De kring en de bezoekende huisartsen zijn **verplicht** hieraan mee te werken.



3. Aanwervingsprocedure

- Visie van Aframeco:

- Het is **onmogelijk om door alle behandelend artsen gesteund te worden.**
- In die optiek moet de CRA tijdens de eerste drie maanden na zijn benoeming aan alle artsen die het RVT/ROB bezoeken, voorstellen deel te nemen aan een vergadering die als doel heeft het huishoudelijk reglement op te stellen of te herzien.
- De **beslissing om een CRA van zijn functie te ontheffen, behoort toe aan de directie.** Deze **beslissing wordt in overleg met de verpleegkundige genomen en moet gemotiveerd worden** door het niet-nakomen van zijn taken of van zijn ondernemingscontract met het RVT/ROB.
- De **CRA wordt aangeraden een beroep te doen op de Lokale kring indien er een geschil is met de directie.**



3. Aanwervingsprocedure volgens het KL:

- Bij de procedure van aanwijzing van een CRA dient er **voorafgaand overleg** te zijn tussen de drie partijen.
- Geen enkele van de drie heeft een vetorecht.
- De aanstelling dient te gebeuren via **een model van consensus** waarbij iedere partij inspraak heeft.
- **De kring** heeft het recht enkele kandidaten voor te dragen en het RVT heeft het recht een keuze te maken en de CRA te benoemen.
- De benoemingstermijn is beperkt in de tijd, bij voorkeur **4 jaar**. Zij is wel hernieuwbaar. Iedere **vernieuwing van een termijn** voor de functie van CRA dient te verlopen volgens **eenzelfde benoemingsprocedure**.
- Het is niet correct de rol van de kring te beperken tot een reddingsboei bij niet nakomen van het contract, indien de kring niet eerder inspraak had. Het kan niet dat de aanwijzing gebeurt na evaluatie door andere inspectiediensten van de Gemeenschappen en Gewesten op basis van een jaarverslag.
- De **huisartsenkring bespreekt jaarlijks de kandidaturen en de functionaliteit van de CRA's** in de algemene vergadering van de vzw.
- De huisartsenkring zal **een regionale koepel** oprichten voor de CRA's van de RVT's van de huisartsenzone ten einde een uniformiteit in werking en reglementen voor die zone te bereiken.



4. MDS - RAI

- Visie van Aframeco:
 - Voorafgaande vereiste: een elektronisch bewonersdossier. Zelfs de hardware ontbreekt in vele RVT's.
 - Aframeco is **tegen**, zij zien dit MDS-RAI instrument liever niet geïmplementeerd omdat het **meer werk** vraagt om het in te vullen, en omdat onduidelijk is **wie** voor dat invullen moet instaan:
 - CRA (zonder dossierinzage is dat onmogelijk),
 - Bezoekend huisarts (zeker geen vragende partij),
 - Verpleegkundige (worden nu al overbevraagd).



4. MDS – RAI volgens het KL

- Absolute vereiste: een **elektronisch** bewonersdossier. Zelfs de hardware ontbreekt in vele RVT's.
- **Opletten** voor onnuttig werk.
- Onduidelijk **wie** voor dat invullen moet instaan:
 - CRA (zonder dossierinzage is dat onmogelijk),
 - Bezoekend huisarts (zeker geen vragende partij),
 - Verpleegkundige (worden nu al overbevraagd).
- Nieuwe instrumenten moeten niet op voorhand afgewezen worden maar wel **kritisch geëvalueerd** worden op echt nut en implementatiemogelijkheden.



5. Rationeel geneesmiddelenbeleid (Formularium)

- Visie van Aframeco:
 - Het formularium dat binnen de RVT's wordt gebruikt, is **een nationaal formularium**, dat door alle CRA's wordt gebruikt en zelfs over onze grenzen heen is erkend. Het is niet de taak van de CRA de behandelend artsen de **nieuwigheden** rond "evidence-based" bij te brengen. Dit behoort toe aan de SSMG, CUMG-ULB, Universiteiten, BAPCOC, BCFI, lokale samenwerkingsverbanden...



5. Rationeel geneesmiddelenbeleid (Formularium)

- Visie van Kringloket:
 - **Regionaal formularium** opgesteld in samenspraak met de huisartsenkring. Het is niet mogelijk en niet wenselijk dat ieder RVT over een eigen formularium beschikt. Dit bevordert de uniformiteit en de performantie van een formularium niet.
 - Er is **geen plaats voor de CRA als controleur** in de verantwoording van goede praktijkvoering. Het is geen functie van een CRA om oog te houden op de verbetering van de kwaliteit van voorschriften. Daarvoor zijn er andere instanties binnen het RIZIV die deze taak opnemen.
 - De buurtapotheker kan geen geneesmiddelschema's in de gaten houden zonder **inzage** in het medisch dossier.
 - **INFORMATISERING !!!**



6. Basisopleiding CRA Bij- & Navorming CRA

- Visie van Aframeco:

- De CRA kiest en volgt de **opleiding** die hem het meest aangewezen lijkt tussen de opleidingen die reeds worden gegeven (SSMG, Universiteiten, lokale samenwerkingsverbanden,...). De **nadruk dient gelegd op** volgende problemen: voeding, niet-medicamenteuze maar alternatieve behandeling van depressie en dementie, gebruik van schalen en kwaliteitsindicatoren, geriatrisch zorgprogramma, geriatrische dageenheid, ...
- Een listing van die **6 domeinen** moet worden opgesteld en verspreid door de koepelorganisaties, de SSMG en de FOD.
- Tevens moet een **voortgezette opleiding** (6u) worden georganiseerd om de kennis van de CRA bij te schaven, waaronder 2u instellingshygiëne, dit in het kader van de regelmatige bijscholingen die reeds worden gegeven door de SSMG, CUMG-ULB, Universiteiten, enz...



6. Basisopleiding CRA Bij- & Navorming CRA

- Visie van Kringloket:

- **Vermijden** van scholingen en certificaten die zouden kunnen leiden tot specialisten in de rusthuiskunde.
- Een goede kennis van het lokaal aanbod van geriatrische zorg is noodzakelijker dan een goede kennis over instellingshygiëne.
- Farmacologische en geriatrische expertise behoren tot het **basispakket van iedere huisarts** die in contact komt met bejaarde patiënten.
- Het huidige aanbod van continue professionele vorming is ruimschoots **voldoende**.

✂ → **De CRA's zelf vinden een specifieke basisvorming wél zinvol, maar die moet open staan voor elke huisarts met een full time praktijk.**



7. Bijkomende taken CRA

- Het Ministerie stelt volgende nieuwe taken voor voor de CRA:
 - ☐ het levensproject uitwerken en opvolgen
 - ☐ de RAI-methode evalueren en bevorderen
 - ☐ het opstellen van een jaarverslag over eventuele epidemieën, gericht aan de leden van het comité voor de beheersing van zorginfecties en de Provinciale Gezondheidsinspecteur
 - ☐ het bijhouden van een register over alle gevallen van infecties
 - ☐ coördinatie van het vaccinatiebeleid
 - ☐ het ontwikkelen van indicatoren m.b.t. de zorgkwaliteit en het opvolgen van de evolutie ervan
 - ☐ diverse opleidingen (hygiëne, regionale vergaderingen met de verpleegkundige voor de beheersing van zorginfecties, palliatieve zorgen, ...)
 - ☐ Enz...



7. Visie van Kringloket: Bijkomende taken CRA

- Bijkomende opdrachten bij het huidige takenpakket van de CRA zijn **mogelijk mits voorafgaand overleg** met alle betrokken partners:
- Deze opdrachten moeten **haalbaar** zijn binnen een duidelijk juridisch, deontologisch, financieel en organisatorisch kader
- Zijn functie als coördinator en zijn functie als behandelend huisarts dienen **strikt gescheiden** te worden.
- **Niet teveel taken voor de CRA** anders is de CRA functie niet meer te verenigen met een actieve huisartsenfunctie
- Toepassing van aanbevelingen & vaccinatiebeleid & streven naar richtlijnen voor GMP kan pas gebeuren NA **overleg** met de behandelende huisarts en/of HAK.



Algemeen Besluit:

- Alles staat en valt in hoeverre men het triumviraat **HAK-RVT-CRA** verplicht durft stellen:
 - ✂️➔ Heel veel mogelijk, met maximale kansen voor iedereen, behalve de soloslim spelers.
 - ✂️➔ Veel overlaten aan de dynamiek van die driehoek,
 - ✂️➔ Al die individuele puntjes moeten niet strikt geregeld worden: zolang er samenspraak en liefst consensus is **HAK-RVT-CRA**, is 't goed.



Besluit:

domus
medica

vereniging van huisartsen

Bezoekende HA & HAK





7. Zorgpaden en trajecten





Inleiding

- Efficiënter gebruik van “middelen” nodig
 - Kosten nemen toe
 - Patiënt betaalt 25 %
 - Zorg wordt door 10 % van de bevolking uitgesteld omwille van kost
- Wat te doen?
 - Betere coördinatie en afspraken tussen zorgverstrekkers
 - Juiste zorg op juiste echelon
 - Zelfredzaamheid van de patiënt bevorderen
- Hoe?
 - Patiënt centraal stellen
 - Starten bij chronische patiëntenzorg
 - Dialoog tussen zorgverstrekkers op gang brengen
 - Structurele ondersteuning vorm geven

=>zorgprogramma's, zorgtrajecten, (klinische) zorgpaden



Wat is een zorgpad?

Een **zorgpad** bepaalt voor
een omschreven **(doel)groep** patiënten
met een bepaalde pathologie,
binnen een gedefinieerd **tijds kader**
doelen van patiëntenzorg

op basis van

- richtlijnen,
- praktijkervaringen én
- verwachtingen van patiënten.



Standpunttekst AV mei 2008

Randvoorwaarde

- In de gezondheidszorg dient men via het principe van de subsidiariteit de bevoegdheden en taakafspraken afdwingbaar te maken.*
- Zorgpaden kunnen als taakafspraken tot gunstige resultaten leiden voor de zorg aan patiënten, wanneer duidelijk gemaakt wordt welke zorg thuishoort op welk niveau. Correcte afspraken over zorgpaden vragen een correcte beschrijving van taken & functies van de betrokken zorgverleners.*

Subsidiariteitsprincipe: het niveau waar de zorg dient verleend te worden is daar waar ze het meest efficiënt én het goedkoopst kan verwezenlijkt worden.



Wat zijn zorgtrajecten?

De overheid ontwikkelt (en subsidieert)

- **Zorgprogramma's:** ziekenhuizen / FOD
- **Zorgtrajecten:** zorgprogrammatie op de eerste lijn en tussen de echelons; de disciplines overstijgend



Beleid en regelgeving

Twee belangrijke **vernieuwingen** op vlak van chronische patiëntenzorg

1. RIZIV regelgeving zorgtrajecten voor individuele patiënten, huisartsen en specialisten

Afspraken tussen chronische patiënten, huisartsen en specialisten worden financieel gehonoreerd

2. RIZIV -regelgeving oprichting en werking van multidisciplinaire netwerken op de eerste lijn

Met een organisatorische ondersteuning van de **huisartsenkring** die hiervoor subsidies krijgt



1. Individuele zorgtrajecten

RIZIV akkoord **2006-2007** : Zorgtrajecten

- tegen 1 juli 2006 operationeel zijn voor patiënten met **diabetes type 2 en voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie**
- Budget: 14.000.000 € op jaarbasis op 1/7/2006 en totaal, 25.000.000 € op jaarbasis.

Akkoord **2008**: (Geïntegreerd verslag NCGZ 7 april 2008)

- NCGZ verbindt zich om deze zorgtrajecten operationeel te maken tegen ten laatste **1 januari 2009**



1. Individuele zorgtrajecten

Operationele principes:

- de behandelingsdoelstellingen worden vastgesteld op basis van **wetenschappelijk gefundeerde** aanbevelingen;
- de engagementen van de patiënt, de huisarts en de geneesheer-specialist worden vastgelegd in een **zorgtrajecten - contract** dat door de drie partijen wordt aangegaan voor een periode van drie jaar en wordt meegedeeld aan de verzekeringsinstelling van de patiënt;
- de rol van de huisarts en de geneesheer- specialist in de zorgtrajecten wordt gevaloriseerd door een **specifiek jaarlijks honorarium**, dat in hoofdzaak dient ter ondersteuning van het teamwerk, het overleg en de communicatie tussen de zorgverleners
- de patiënt wordt aangemoedigd door het toekennen van een **remgeldvoordeel** : afschaffing van het persoonlijk aandeel bij de huisarts en een remgeldvermindering bij de geneesheer-specialist



1. Individuele zorgtrajecten

Begeleidende en ondersteunende maatregelen voor een optimale toepassing van het zorgtrajecten – systeem:

- verbetering en verruiming van het gebruik van **ICT-toepassingen** door de zorgverleners
 - in hun onderlinge communicatie
 - in hun relaties met de verzekeringsinstellingen
 - voor de evaluatie van de zorgtrajecten
 - ter beschikkingstelling of uitwerking van een beveiligde technische **infrastructuur** voor de **communicatie van de gegevens**
 - een structuur voor het **organisatorisch beheer** van de gegevensmededeling
- Beschikbaar bedrag 30,7 miljoen €



2. Netwerken EL en HA(K

- Pilootprojecten Diabetes:
 - Aalst
 - Leuven
- Samenwerking tussen **huisartsenkringen** en/of geïntegreerde diensten voor thuisverzorging én **diabetescentra**
- **Doel**
 - creëren van een goed toegankelijk zorgaanbod van diabetes - specifieke zorg
 - gefinancierd via daartoe specifiek vastgelegde middelen.
 - Uitbreiding in analogie naar Chronische NI ea.



2. Netwerken EL en HA(K)

Regeringsakkoord 18 maart 2008

« Meer dan ooit moet de huisarts de centrale schakel vormen in de gezondheidszorg. Zijn positie zal versterkt worden, o.m. via de ontwikkeling van **zorgpaden** waarin een **multidisciplinaire** aanpak voor personen met bepaalde **chronische** aandoeningen wordt verzekerd. »



2. Netwerken EL en HAK

*Hoofdpijnen RIZIV overeenkomst onder voorbehoud
medicomut november – december 08?*

- De huisartsenkring(en) sluit(en) een samenwerkingsakkoord af met RIZIV
- Doel: oprichting en werking van **lokaal multidisciplinair netwerk** dat chronische patiënten ten laste neemt
- Huisartsen(kringen) starten en superviseren de zorgtrajecten, stellen individuele doelen voor en coördineren de zorg.
- Huisartsenkring kan **zorgmanager**(team) in dienst nemen => belast met de ondersteuning van de organisatie (verleent geen zorg ad. patiënten)



2. Netwerken EL en HAK

Hoofdpijnen onder voorbehoud medico-mut

Voor 2009 voorziet het RIZIV

- 75000Euro per 100 000 inw. (90% binnen 10 dagen na afsluiting van de overeenkomst)
- 18000 Euro per 200000 inw voor kringen die een zorgmanager(team) in dienst nemen
- Proportioneel aanpasbaar aan de grootte van de kringen of hun samenwerkingsverbanden



Stand van zaken 6 december Netwerken EL en HAK



- Draft RIZIV overeenkomst voorjaar 2008: geen akkoord Medico-Mut
- Medico-Mut november-december 08
 - *Akkoord/niet-akkoord ?
voorstellen/aanpassingen?*



Praktische info

INDIVIDUELE ZORGTRAJECTEN

Toepassingsgebied

- In een eerste fase = vanaf **1 april 2009**
 - **diabetes**
 - **chronische nierinsufficiëntie**
- Alleen voor patiënten die
 - beantwoorden aan de inclusiecriteria én
 - in staat zijn tot **ambulante follow-up**
- Alleen voor **GMD**-patiënten
 - ⇒ sensibilisering rond opening GMD
 - ⇒ mogelijkheid om GMD te openen bij opstart zorgtraject



Stand van zaken

INDIVIDUELE ZORGTRAJECTEN



- het ontwerp-kb => naar ministerraad (4 of 13 dec): er worden geen grote problemen verwacht
- daarna advies Raad van State op 1 maand
- vermoedelijk publicatie in januari => start op 1 april

!voor 2009 zal het budget niet opnieuw verloren gaan omdat patiënten vanaf april kunnen worden ingeschreven en omdat het honoraria per jaar betreft.



Diabetes

- **Inclusiecriteria:**
 - DM2 op 2 insuline-injecties (groep 3a van de diabetesconventie)
 - DM2 op 1 insuline-injectie, vanaf opstart van insuline
- **Exlusiecriteria: groepen 1,2 en 3b van de diabetesconventie**
 - DM2 op complexe insulineschemata (3 of meer injecties)
 - DM1
 - Zwanger of zwangerschapswens



Nierinsufficiëntie

- Risicogroepen voor screening
 - *diabetes mellitus*
 - *arteriële hypertensie*
 - *vanaf 55 jaar en ouder*
 - *cardiovasculaire aandoening*
 - *familiale anamnese van erfelijke nierziekten*
- Inclusiecriteria
 - **GFR < 45 ml/min/1,73 m² (MDRD formule) en/of**
 - **met proteïnurie > 1 g/24u**

!! beide tweemaal bepaald en tenminste 3 maanden tussentijd
- Exclusiecriteria
 - < 18 jaar
 - in dialyse
 - na transplantatie
 - Eerste meting of minder dan drie maanden na eerste meting



Administratieve formaliteiten

Inhoud zorgcontract (ontwerp zie bijlage)

- Identificatiegegevens
- Rechten van de patiënt
- Geïndividualiseerde verbintenissen
- Geïndividualiseerde outcome- en procesdoelstellingen

Te ondertekenen door patiënt, huisarts,
geneesheer-specialist

En adviserend geneesheer! = bekrachtigd
Het contract voor periode van 4 jaar.



Financiële incentives ARTSEN

- 80 Euro per jaar per patiënt
- Het forfaitair honorarium voor de huisarts dekt:
 - ontwikkeling van het partnerschap met de geneesheer-specialist en de andere zorgverleners
 - tijdige verwijzing naar de geneesheer-specialist
 - planning, coördinatie en opvolging van de zorgplanning
 - persoonlijke evaluatie
 - registratie en overmaken van gegevens
- Het forfaitair honorarium voor de geneesheer-specialist dekt:
 - ontwikkeling en updating van het partnerschap met huisarts en de andere zorgverleners
 - terugverwijzing naar de huisarts
 - overleg en communicatie met de huisarts in het bijzonder bij het opmaken van de zorgplanning
 - ondersteuning van de huisarts en het team van de andere zorgverleners



Financiële incentives PATIENT

Geen remgeld voor patiënten voor de consultaties bij

- de huisarts GMD-beheerder
- een huisarts van dezelfde groepspraktijk als de GMD-beheerder
- een huisarts van dezelfde « Impulseo II-groep » als GMD-beheerder
- geneesheer specialisten van de discipline die het zorgtraject kan ondertekenen



Medische software:

- Registreert de in het zorgtraject aanbevolen variabelen
 - Procesvariabelen
 - outcomevariabelen
- Laat toe afgesproken gegevens
 - te extraheren
 - over te maken aan wetenschappelijke registers
 - te communiceren met andere zorgverleners en met de VI's.



Gegevensinzameling

Oprichting van een epidemiologisch laboratorium voor ambulante zorg bij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV, zorgverstrekkers, VI's, RIZIV)

- Inzameling basisset klinische gegevens bij alle deelnemende artsen
 - ⇒ voor diabetes: HbA1c, LDL, bloeddruk, BMI
 - ⇒ voor NI: *GFR, proteïnurie?*
- verwerking tot peer review (lokaal) en evaluatie (nationaal)
- Uitbreiding pilootprojecten bij netwerk huisartsen voor andere informatie



Wat kan Domus Medica voor u doen?



Doelstelling AV

Kwaliteitsvolle zorgpaden ontwikkelen en organiseren op de eerste lijn én met de 2^{de} en 3^{de} lijn, waarbij het principe van subsidiariteit van zorg wordt geïntegreerd en de huisartsenkring een centrale rol opneemt.

Standpunttekst zorgpaden (Mei 2008)



Subdoelen

1. Een professioneel ondersteunende organisatie ontwikkelen mbt zorgpaden voor huisartsen en kringen
2. De huisartsenkringen ondersteunen bij het opzetten van een eigen zorgpad coördinatie
3. Ontwikkelen van standaard zorgpaden
4. Inventariseren van best practice lokale zorgpaden en terugkoppelen
5. Analyse van gegevens wanneer ze beschikbaar komen



HOE?

- Projectgroep zorgpaden
- Informeren van huisartsen en kringen
- Standpunt AV
- Oprichting van lokaal netwerk zorgpaden
- Lidmaatschap Netwerk klinische paden
- => Projectplan

Uw suggesties