DE ROL VAN CRA ALS HEALTH ADVOCATE

Vervoort Mil, Van der Elst Klaus, Vandriessche Julian, Universiteit Gent

Promotor: Professor Peter Decat, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Master na master Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2024]

Inhoudstabel

Voorwoord 2
Abstract 3
Afkortingen 4
Inleiding 5
Methode 11
Resultaten 13
1. Gegevens studiepopulatie 13
2. Motivatie 15
2.1. Interne motivatoren 15
2.2. Externe motivatoren 16
3. Niveaus van health advocacy 18
3.1. Microniveau 18
3.2. Mesoniveau 19
3.3. Macroniveau 21
4. Stappen health advocacy 22
4.1. Identificatie 22
4.2. Analyse 24
4.3 Actie 26
4.4. Evaluatie 28
5. Remmende en faciliterende factoren 30
5.1. Faciliterende factoren 30
5.2. Remmende factoren 33
6. Discussie 37
6.1. Sterktes en zwaktes onderzoek 41
Conclusie 42
Bijlagen 43
Bijlage 1: Goedgekeurd studieprotocol 43
Bijlage 2: semigestructureerde vragenlijst 44
Bijlage 3: Onderzoeksprotocol 45
Referenties 50

Voorwoord

Deze thesis begon met ons af te vragen wat de huisarts doet buiten zijn of haar praktijkmuren. Specifieker nog wouden we nagaan hoe huisartsen ook buiten hun afgebakende consultaties opkomen voor de belangen van hun patiënten. Na lang brainstormen besloten we om verder in te zoomen op de CRA's en hun rol als health advocates. We wouden weten of ze deze rol opnamen, waarom ze deze rol opnamen en vooral wat hen hierin zou kunnen versterken.

We merkten al heel snel dat niet enkel de theoretische achtergrond rond dit topic zeer interessant is, maar vooral ook dat het enorm fijn was om de gesprekken met de CRA's te voeren. Er kwamen zeer interessante inzichten en visies naar boven die ons niet enkel vooruithielpen bij deze thesis, maar ons ook zullen bijblijven gedurende de rest van onze carrière.
Onze hoop is natuurlijk dat deze thesis ook daadwerkelijk iets kan betekenen voor de dagdagelijkse werking van de CRA's en dat de resultaten gebruikt kunnen worden om hun health advocacy rol te stimuleren. Al is het maar een kleine bijdrage, elke kleine bijdrage zal nodig zijn gezien de grote uitdagingen die ons zorgsysteem in de toekomst te wachten staan.

Natuurlijk zijn we ons bewust dat we dit traject niet alleen afgelegd hebben en willen we de mensen die hebben bijgedragen tot deze scriptie uitdrukkelijk bedanken. We willen graag onze promotor Prof. Dr. Peter Decat bedanken voor zijn begeleiding en enthousiasme. Daarnaast wensen we natuurlijk ook de artsen te bedanken die bereid waren met ons in gesprek te gaan. Het is dankzij jullie dat deze thesis tot stand is gekomen.

Abstract

Achtergrond: Health Advocacy is een kerntaak van een CRA, maar op heden is het nog niet geweten waarom en hoe een CRA deze rol opneemt. Voorgaand onderzoek wijst wel op het belang van deze rol, maar er gebeurde nog geen identificatie van de remmende en faciliterende factoren.

Doelstelling: Dit onderzoek gaat na wat de inzichten van een CRA zijn over health advocacy. Waarom doet de CRA aan health advocacy en wat zijn de remmende en faciliterende factoren die ze ervaren? We bekijken de impact van de COVID-crisis op hun functioneren als health advocate en de strategieën die ze toepasten om aan health advocacy te doen.

Methodologie: Aan de hand van 15 semigestructureerde diepte-interviews werden de ervaringen bij CRA's uit Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant nagegaan.

Resultaten: De CRA doet aan health advocacy zowel op patiënten-, meso- en macroniveau. Er worden 4 stappen binnen health advocacy geïdentificeerd en uitgewerkt. Ook brengen we in kaart wat de CRA motiveert om deze rol op te nemen en wat de remmende en faciliterende factoren hierin zijn.

Conclusie: CRA's zijn gemotiveerd om hun rol als health advocate op te nemen op verschillende niveaus en doen dit ook in hun dagelijkse praktijk. De manier waarop ze dit doen kan sterk gelinkt worden aan de population health management benadering. Wel ervaren ze veel remmende factoren om deze rol optimaal uit te oefenen.

Afkortingen

CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists.
CRA	coördinerend en raadgevende arts
WZC	woonzorgcentrum
UNIA	Interfederaal gelijkekansencentrum
CAW	centrum voor algemeen welzijnswerk
HVG	huisartsenvereniging Gent
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
MDO	multidisciplinair overleg
PHM	population health management

Inleiding

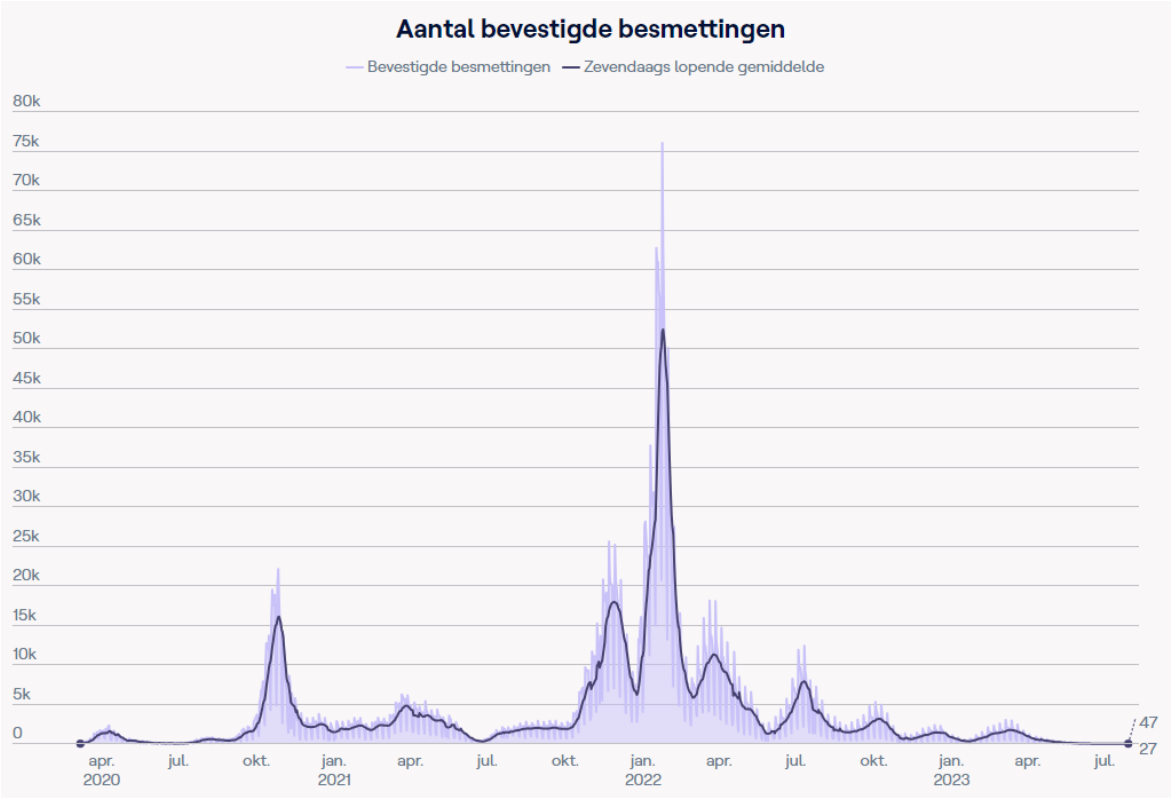
Een woonzorgcentrum (WZC) is een leefgemeenschap waar er continue zorg voorzien wordt voor een oudere populatie. In het Belgische model wordt de medische opvolging van de bewoners doorgaans verzorgd door hun eigen huisarts. Binnen deze woonzorgcentra heeft de Coördinerend en raadgevend arts, verder afgekort als CRA, een populatiegerichte rol, zoals vastgelegd in een koninklijk besluit uit 1999 (zie figuur 1). Deze rol omvat het beheren van de gezondheidszorgbehoeften van de gehele bewonerspopulatie binnen de faciliteit en het bieden van aanvullende ondersteuning bij complexe zorgsituaties die het dagdagelijkse werk van de huisarts overstijgen. Bijdragen tot bijscholing en vorming voor het personeel en behandeldende artsen



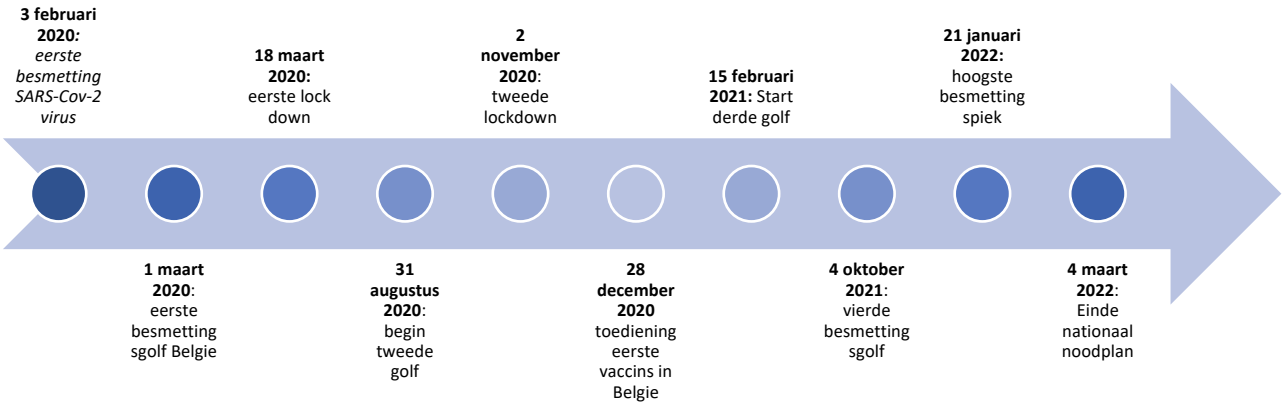
Figuur 1: Taken van de CRA (1)

In februari 2020 werd de eerste besmetting met COVID-19 in België vastgesteld, waarna gedurende 3 jaar verschillende besmettingsgolven elkaar opvolgden (zie figuur 2). Om de

besmettingen in te dijken werden verschillende maatregelen doorgevoerd om de meest kwetsbare groepen binnen de bevolking te beschermen (zie figuur 3).



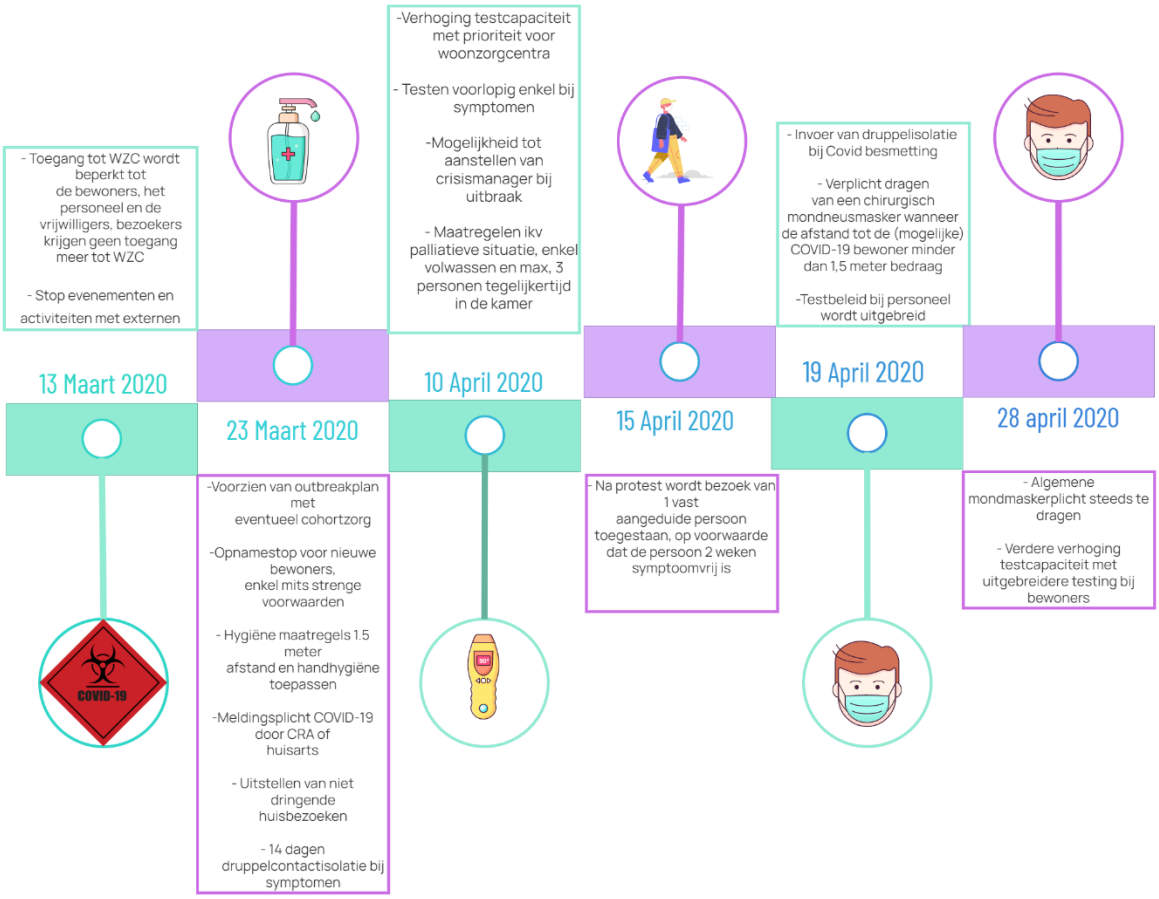
Figuur 2: Aantal COVID-besmettingen in België in de periode april 2020- juli 2023



Figuur 3: overzicht verloop COVID-19 Pandemie in België

De bewoners van de WZC's werden beschouwd als een specifieke populatie waarvoor specifieke maatregelen van toepassing waren (zie figuur 4). Dit gezien het verhoogd

risicoprofiel van het merendeel van de bewoners, maar ook gezien de praktische en ethische uitdagingen die samengingen met isolatie en quarantaine.



Figuur 4: Evolutie COVID-19 maatregelen van toepassing voor WZC gedurende de eerste maanden

Volgens sommige analisten werd deze groep door het politiek beleid het meest ingrijpend getroffen. In een rapport uit het jaar 2021 kaart UNIA (Interfederaal gelijkekansencentrum) de maatregelen genomen in WZC's aan als een schending van de fundamentele rechten van de WZC-bewoners. (2)

Reeds 2 maanden na de start van de pandemie werd door 'artsen zonder grenzen' gerapporteerd dat 90% van de WZC-bewoners kampte met toegenomen of nieuw ontstane psychische problemen zoals neerslachtigheid, symptomen van depressie en achteruitgang van de cognitieve vaardigheden. (3)
Deze zorgwekkende bevinding is ook in later onderzoek meermaals bevestigd. Zo bleek dat sociale isolatie in het kader van de COVID-maatregelen voor meer rusteloosheid en snellere cognitieve achteruitgang zorgt. (4) In Nederland stelde men vast dat 53% van de bewoners een toegenomen apathie ervaarde tijdens de pandemie en de daaruit volgende maatregelen. (5) Wetende dat onder normale omstandigheden een gemiddelde

WZC bewoner 65-85% van zijn tijd inactief is (6) en dat deelname aan sociale activiteiten een indicator is van de levenskwaliteit bij WZC bewoners (7), is de conclusie van vele auteurs dan ook dat de levenskwaliteit van WZC bewoners er fors op achteruitging als gevolg van de isolatiemaatregelen tijdens de pandemie. (8)

Daarnaast is het ook zo dat er een duidelijke verbetering van onder andere de depressieve klachten was na het opheffen van de restrictieve maatregelen, een studie van Verbeek et al. (2020) zette de Nederlandse regering ertoe aan om hun WZC's geleidelijk aan terug open te stellen voor bezoekers. (9)

Wanneer de WZC-bewoners zelf bevraagd werden over deze situatie kwamen er enkele belangrijke onderwerpen naar voren. Enerzijds gaven de meesten aan dat ze zich veilig voelde door de genomen maatregelen, maar dit conflicteerde dan enorm met een gevoel van eenzaamheid en angst om alleen te sterven, moest het virus toch uitbreken. De meesten gaven zelf het belang van een bezigheid aan en hadden het dan ook zeer moeilijk wanneer bepaalde (groeps)activiteiten wegvielen. Soms was het ook zo dat ze niet deelnamen aan de activiteiten vanwege een depressief gevoel. (4) Belangrijk hierbij waren de coping mechanismen die de bewoners toepasten. Zo was het zeer belangrijk voor hen om deel te kunnen nemen aan groepsactiviteiten en een minimaal contact met hun familie te kunnen onderhouden. Studies toonden ook het belang van een vlotte toegang tot medische hulp aan in het mentaal welzijn van de bewoners. Bewoners die gemakkelijk terecht konden bij het WZC-personeel of bij een arts voelden zich mentaal sterker. (10)

De COVID-19-crisis bracht dus een hoop uitdagingen met zich mee in de context van een WZC. Er waren mensen nodig die het engagement op zich namen om in te staan voor de zorgnoden van de bewoners. Dit engagement kan binnen het CANMEDS framework gekaderd worden als de rol van health advocate.
het CANMEDS framework zoals opgesteld door het '*royal college of physicians and surgeons of Canada'* identificeert en beschrijft de vaardigheden die gezondheidszorgprofessionals nodig hebben om effectief te voldoen aan de gezondheidszorgbehoeften van de mensen die zij bedienen. (11) De CANMEDS rollen omvatten naast health advocate ook medisch expert, communicator, samenwerker, leider, professional en levenslang leren. (11)

Als health advocate proberen artsen, met behulp van hun expertise en invloed, de gezondheid van individuen of gemeenschappen te verbeteren door samen te werken met de individuen of gemeenschappen zelf. Deze samenwerking stelt hen in staat om de behoeften te bepalen en te begrijpen, te spreken namens anderen wanneer nodig, en de mobilisatie van middelen te ondersteunen. (11)

Er zijn de voorbije jaren verschillende modellen rond health advocacy naar voren geschoven. Het bekendste hiervan is dat van Carlisle et al. (12) Wij kozen om verder te bouwen op het model van De Loose omwille van de praktische toepasbaarheid hiervan. Volgens De Looze kan health advocacy op verschillende niveaus gebeuren en verloopt dit steeds volgens een vast proces van opeenvolgend identificatie van een probleem, analyse van een probleem, het ondernemen van actie en erna een evaluatie van de genomen actie (zie tabel 2). (13)

Tabel 1: Beschrijving 4 niveaus en stappen health advocacy (vrij naar De Looze 2016 (13))

	Patiëntenniveau	Communityniveau	Populatieniveau	Externe populatie
Identificatie	Patiënt komt vertellen Opmerken aan patiënt Omgeving van patiënt komt vertellen	Individuele ervaringen arts Samenleggen ervaringen patiënten en hulpverleners Statistisch/wetenschappelijk onderzoek	Individuele ervaringen combineren met kennis uit opleiding en literatuur Maatschappelijk-politieke analyse	Maatschappelijk-politieke analyse
Analyse	Arts zelf Met patiënt Met omgeving Met (betrokken) hulpverleners	In praktijk onderzoeken Literatuur nalezen, onderzoek uitvoeren Overleg met stakeholders Overleg met betrokken hulpverleners	Concrete casussen naast literatuur leggen Wetenschappelijk onderzoek	Maatschappelijk-politieke analyse
Actie	Individueel gesprek Gidsen in gezondheidszorgsysteem Samenwerken met	Individuele contact patiënt Eigen zorg in de praktijk verbeteren Nieuw project opstarten	Individueel contact patiënt	
	Belangen vertegenwoordigen tegenover dienst	Signaal geven Engageren in organisatie Beleidsvoering Sensibilisering Activisme	Signaal geven Engageren in organisatie Beleidsvoering Sensibilisering Activisme	Engageren in organisatie Sensibilisering Activisme
Evaluatie	Opvolging	Effect meten	Gezondheidstoets	

De CRA's hadden tijdens de COVID crisis een centrale rol in de WZC's, waardoor ze hun health advocacy rol vaak moesten/konden opnemen. Hun bestaande taken zoals opleiding van het personeel en WZC-breed infectiebeleid werden fors uitgebreid en vaak kwam daar bovenop dat ze de zorg voor individuele patiënten op moesten nemen omdat de huisartsen dit niet meer deden. (14-16)

Gezien de steeds veranderende situatie en de vele wisselende uitdagingen tijdens de COVID crisis moesten de CRA's zoeken naar manieren om hun health advocacy rol uit te voeren. Een van deze manieren is het werken via een population health management (PHM) benadering. Deze manier van werken omvat de systematische toepassing van interventies om de gezondheid van hele populaties te verbeteren, in plaats van alleen te focussen op individuele patiënten. Dit kan inspanningen omvatten om ziekte te

voorkomen, gezonde gedragingen te bevorderen en sociale determinanten van gezondheid op populatieniveau aan te pakken. (17-19)

In het Verenigd Koninkrijk heeft de NHS deze benadering een grote rol gegeven in hun strijd tegen COVID. (20) Het werken via een uitgewerkte PHM strategie zou potentieel ook een grote gezondheidsverbetering en financiële voordelen met zich mee kunnen brengen indien toegepast op een oudere populatie. (19) Maar recente studies tonen aan dat dit in België nog niet zo vlot loopt omwille van meerdere redenen. Zo stelden Danhieux et al. in een studie uit het jaar 2021 dat de constitutionele versnippering in een federaal en een gewestelijk beleid en de daaruit volgende versnipperde budgetten om aan PHM te doen een grote barrière vormen in de Belgische context. Ook het gebrek aan gemeenschappelijk geformuleerde doelen en een slechte integratie van IT-systemen binnen de gezondheidszorg bemoeilijken dit streven. (21)

Deze thesis onderzoekt de motivaties en ondersteunende factoren die CRA's hun health advocacy taak doen uitvoeren, maar ook de remmende factoren die het hen moeilijk maken. Daarnaast wordt er gekeken welke strategieën werden toegepast om hun doelen op vlak van health advocacy te bereiken, met een focus op de PHM benadering van problemen. We analyseren hun ervaringen tijdens de COVID-19-pandemie en de impact van deze pandemie op hun rol als health advocate.
Bovendien onderzoekt deze studie of er lessen zijn getrokken uit deze ervaringen, onder andere naar de PHM benadering toe. Deze analyse kan inzichten bieden in mogelijke verbeteringen binnen het vakgebied.

Methode

Omdat de subjectieve ervaringen en persoonlijke meningen van de CRA centraal staan, kozen we ervoor een kwalitatief onderzoek uit te voeren.
We voerden het onderzoek uit door middel van interviews met Vlaamse CRA's die actief waren tijdens de COVID-19-pandemie. We verzamelden de participanten aan de hand van purposive sampling om zo een relevante onderzoekspopulatie te garanderen. We contacteerden de CRA's via e-mail, telefonisch of via sociale media.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent. Deze goedkeuring werd aan de participanten meegedeeld samen met een begeleidende informatiebrief over de opzet van het onderzoek. Tevens vroegen we aan elke participant om een informed consent te ondertekenen alvorens het interview afgenomen werd.

In totaal namen we 15 semigestructureerde diepte-interviews, op basis van een vooraf opgestelde interviewguide, af bij diverse Coördinerende Raadgevend Artsen (CRA) verspreid over Vlaanderen. We stelden de interviewguide op in overleg met het gehele onderzoeksteam en vulden deze in de loop van dit kwalitatief onderzoek verder aan met inzichten die naar boven kwamen in de eerdere interviews, wat de diepgang en relevantie van de verzamelde data versterkte. Er waren enkele contactmomenten waarbij de leden van het onderzoeksteam hun bevindingen deelden en de interviewguide aanvulden voor de daaropvolgende interviews.

We namen de interviews op via een audiorecorder en schreven ze nadien uit voor verdere analyse via Nvivo. We anonimiseerden deze transcripties en verwijderden daarna de geluidsopnames.

Aan het begin van elk interview vroegen we de CRA steeds om zich kort voor te stellen en kort uit te leggen hoe hij/zij hun job precies invult. Vervolgens peilden we naar de kennis over het begrip health advocacy, waarna we een uitgebreide en vooropgestelde definitie meegaven. Dit zorgde ervoor dat alle interviews op uniforme basis begonnen en dat er een gedeeld begrip was van het onderwerp. Aansluitend gingen we dieper in op de motivatie om deze rol al dan niet op te nemen als CRA, belemmerende en faciliterende factoren om de rol uit te oefenen en de invulling van de health advocate rol gedurende de COVID-pandemie. We sloten steeds af met een bevraging naar de lessen die uit deze periode getrokken werden op vlak van health advocacy.

De data-analyse gebeurde volgens de principes van het thematisch onderzoek. We analyseerden de data initieel afzonderlijk en codeerden ze door de respectievelijke interviewer, met behulp van het softwareprogramma NVivo. We kozen voor individuele

analyse en codering uit een streven naar een zo divers mogelijk kijk op het thema. Dit resulteerde in een uitgebreide en diverse codeboom, welke we vervolgens met de onderzoeksgroep bespraken en reduceerden tot een overzichtelijke codeboom waarin de codes werden ondergebracht binnen overkoepelende categorieën.

Dit proces zorgde ervoor dat we de belangrijkste bevindingen en patronen uit de interviews vlot konden identificeren en interpreteren. Gedurende het gehele proces van opstellen van de interviews tot en met de analyse van de verzamelde data koppelden we met vaste regelmaat terug met een ervaren kwalitatief onderzoeker en promotor van deze masterproef.

Resultaten

1. Gegevens studiepopulatie

In totaal werden 15 Vlaamse Coördinerende Raadgevend Artsen (CRA's) geïnterviewd, allen werkzaam gedurende de COVID-pandemie. Bij aanvang van de interviews werd elke CRA gevraagd zich kort voor te stellen, wat diende om een overzicht te krijgen van de verschillende profielen van de CRA's. Hierbij werd niet enkel gekeken naar hun rol als CRA en de context van het WZC waar men werkzaam is, maar eveneens naar de praktijkvorm als huisarts, alsook bijkomende extra curriculaire activiteiten waarvoor ze zich engageerden.

Binnen de onderzochte groep was er een evenwicht in de ervaringsniveaus van de CRA-artsen. Er werden zowel artsen met brede ervaring binnen de werking van het WZC alsook enkele artsen die nog maar enkele jaren actief waren geïnterviewd.

Een opvallend kenmerk was de gemiddeld hoge leeftijd van de CRA-artsen, met een doorsnee leeftijd van 56 jaar. Er waren ook enkele artsen die reeds gestopt zijn met hun huisartsenpraktijk, maar zich bleven inzetten als CRA.

Onder de deelnemende CRA's zien we dat ongeveer de helft zich ook engageert buiten zijn/haar functie als huisarts en CRA. Deze activiteiten omvatten vaak bestuursfuncties binnen de wachtdienst, evenals betrokkenheid bij organisaties zoals Domus Medica en overkoepelende CRA-verenigingen.

Een overzicht van de belangrijkste demografische gegevens van de studiepopulatie wordt voorgesteld in tabel 2.

Tabel 2: Demografische gegevens van de studiepopulatie

Demografische gegevens		Aantal	%van de 15
Geslacht	Man	7	46
	Vrouw	8	54
Leeftijd	< 40 jaar	2	13
	40-60 jaar	6	41
	60 +	7	46
Praktijkvorm	Solopraktijk	3	20
	Groepspraktijk	9	60
	Multidisciplinair	2	13
Ervaring als CRA	<10 jaar	8	54
	10-20 jaar	4	26
	20 +	3	20
Ligging WZC	Ruraal	5	33
	Randstedelijk	6	41
	Stedelijk	4	26
Extra curriculaire functies (1)		9	60
Huisarts op rust		3	20

(1) Waaronder: LEIF-arts, voorzitter wachtpost, artsen zonder grenzen, bestuursraad lid Domus Medica, voorzitter CRA groep,…

2. Motivatie

Wanneer we de geïnterviewde CRA's bevragen wat hun initiële motivatie was om CRA te worden en dus om de rol van health advocate ook in deze context op te nemen, komen verschillende zaken naar boven. We maken een onderscheid tussen externe motivatoren en interne motivatoren.

2.1. Interne motivatoren

2.1.1. Interesse in de zorg voor oudere patiënten

Veel CRA's geven aan dat in interesse in de zorg voor oudere patiënten een motivator was om CRA te worden. Zo halen ze onder meer aan dat de multimorbiditeit en de complexe medicatieschemas bij deze patiëntenpopulatie hen aanspreekt als arts. Ook voelen sommige artsen zich meer aangetrokken tot de ouderenzorg naargelang ze zelf ouder worden. Ook in onze studiepopulatie is het inderdaad zo dat het overgrote aantal geïnterviewden ouder was dan 40 jaar toen ze CRA werden.

> *"Ik ben altijd zeer geïnteresseerd geweest, van in het begin eigenlijk, in geriatrische problematiek ja. Ik heb eigenlijk vanaf jonge arts een hele grote populatie bejaarde mensen gehad en ik voel me daar wel thuis in ja, ik doe dat graag. "*

2.1.2. Afwisseling qua takenpakket

De functie van CRA brengt een ander takenpakket mee dan die van huisarts. Zo wordt er meer in team gewerkt omdat de CRA meer een managementfunctie uitoefent en hij/zij niet per se zorg toedient op individueel patiënten niveau in tegenstelling tot een huisarts. Dit was voor veel respondenten een motivator om CRA te worden.

> *"Ik heb vroeger, tijdens middelbaar en unief; ook altijd wel een functie gehad in het leerlingparlement met veel vergaderen en dat heb je minder als huisarts. Maar als CRA is dat wel zo en dat is fijn, met covid is dat allemaal wel wat ingeperkt, maar normaal heb je wel overleg met verpleegkundigen, directie enzovoort."*

2.1.3. Mogelijkheden om bij te leren

Als CRA heb je vaak de mogelijkheid om bij te leren, zowel vanuit de praktijk als via bijscholingen en door contact met collega's. Ook dit aspect wordt vaak aangehaald als motivatie om CRA te worden.

> *"Ik heb 8 jaar met een psychiater samengewerkt in een zorginstelling (…). Ik heb daar heel veel geleerd. Dat was halftijds, zo had ik ook nog veel tijd om bij te leren, ik ben zeer leergierig. Dus uiteindelijk heb ik daar een enorme ervaring opgebouwd in psychogeriatrie,*

zowel qua diagnostiek, behandeling als communicatie met familie."

2.1.4. Idealisme

Het valt op dat veel respondenten de functie van CRA ook opnemen vanuit een vorm van idealisme. Ze willen bepaalde zaken positief beïnvloeden, ze willen meewerken aan een goed functionerend gezondheidszorgsysteem of ze willen het beste voor de WZC-bewoners. Deze motivatie doet hen vaak ook andere engagementen opnemen in de gezondheidszorg.

"In mijn gemeente is het een OCMW[1] rusthuis, dat is een log instituut en dat is moeilijk om te veranderen, maar ik ben vrij idealistisch en wil toch wel dingen proberen te veranderen."

"Ik heb bij artsen zonder grenzen gewerkt (…) Dat is eigenlijk een zwaar engagement dat je aangaat, dat wel in mij zit."

2.1.5. Werken in team

Het werken in team en het sociale contact dat daarbij hoort wordt ook genoemd als motivator om de rol van CRA op te nemen. Dit aspect wordt voornamelijk aangehaald door de respondenten die vinden dat ze hier in hun beroep als huisarts een tekort aan hebben.

"en weet ja, dat is 1 gemeenschap, ik ken alle verpleegkundigen en de directie en die kennen mij allemaal. Dat is het voordeel, dat zijn dan jongere mensen waar je contact mee hebt als solo arts. Want als solo arts zit je hier maar alleen. "

2.2. Externe motivatoren

2.2.1. Externe druk

Alle respondenten kregen in meer of mindere mate een directe vraag vanuit het WZC om CRA te worden. Dit kon gaan van een vrijblijvende vraag tot een aanhoudende 'druk' die op hen gezet werd.

"Ik ben CRA geworden eerder door een toeval, er was een nieuw rusthuis opgestart in mijn dorp, (…) ik had daar toevallig enkele nieuwe patiënten op korte tijd en ik kwam daar veel. Je praat een beetje links en rechts. (…) Toen zeiden ze 'we zoeken een CRA-arts, eigenlijk willen we graag dat jij het wordt want we hebben u graag.' "

"Er was een groot probleem, de vorige CRA is met pensioen gegaan en men had een paar kandidaten maar die waren niet uit de buurt en men wou eigenlijk wel iemand uit de buurt.

[1] Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

(…) Dus ze hebben eigenlijk gezeurd tot dat we gezegd hebben 'ja, we gaan het doen'."

2.2.2. Financiële overwegingen

Van alle CRA's geeft er maar één iemand aan dat het financiële een belangrijke motiverende factor was. De meeste respondenten geven aan dat de verloning wel meespeelde in hun beslissing, maar zeker geen doorslaggevend gegeven was hierin.

"De financiële kant heeft zeker ook een rol gespeeld. Zeker een pluspunt in de overweging. (…) Moest je daar niet betaald voor worden en je komt dat allemaal voor niets doen dan zou ik misschien liever thuis zijn bij mijn gezin."

"Die verloning is zeker niet de drijfveer om het te doen, maar het is zeker wel een extra (…) en het is ook wel een substantieel bedrag dat je krijgt."

2.2.3. Ligging van het WZC

Er wordt aangehaald dat een korte afstand tot het WZC waar ze werkzaam zijn een motiverende factor is. Omgekeerd zou een grotere afstand tot het WZC een demotiverende factor zijn.

"Ik heb dat toen ook gedaan omdat die 2 rusthuizen ook heel dicht bij mijn praktijk waren, een rustoord op 1km of meer zou mij niet geïnteresseerd hebben."

2.2.4. Tijd

Het tijdsaspect was voor velen een belangrijke factor om CRA te worden. Het gevoel dat ze tijd over hadden om de functie erbij te nemen speelde zeker een rol. Omgekeerd denken velen ook dat ze vandaag de dag niet opnieuw de keuze zouden maken om CRA te worden gezien de drukte in de huisartsenpraktijken.

"Ik wou dat wel doen als aanvulling op mijn werk hier. Het was natuurlijk geen tijd zoals nu. Hadden ze mij dat op het einde van mijn carrière gevraagd, zou ik dat geweigerd hebben omdat het werk de laatste 20 jaar is geëxplodeerd voor ieder van ons. Maar toen wouden wij allemaal werk."

3. Niveaus van health advocacy

3.1. Microniveau

Health advocacy op microniveau wordt gedefinieerd als zorg voor de individuele bewoner/patiënt. Tijdens het interviewen blijkt dat er verdeeldheid is tussen de CRA's onderling over de vraag of dit hun taak is als CRA. Zowat de helft van de respondenten geeft aan dat ze dit zien als hun taak en dit ook dagdagelijks op zich nemen. De andere helft geeft aan dat dit eigenlijk niet hun taak is als CRA, maar dat ze wel zorg op microniveau opnemen indien de situatie hierom vraagt.

> *"Nee, dat is eigenlijk niet mijn taak. Ik probeer wel voeling te behouden met de patiënt, maar niet rechtstreeks met de patiënt zelf. Ik denk dat dat de taak is van de huisarts en als je daar begint tussen te fietsen, wordt dat wel wat moeilijk denk ik"*

> *"Ja, dat is erg patiëntgericht. Per bewoner overlopen, per bewoner bespreken. Als er palliatieve patiënten zijn dan met de palliatief referent per bewoner bespreken."*

De zorg die ze op microniveau opnemen draait meestal rond de thema's palliatieve zorg, medicatiebeheer en dementie.

> *"Bijvoorbeeld door te vragen "hoe zie jij die euthanasie? Hoe had je je dat voorgesteld?" (…) En ik vind dat ook een gespecialiseerde taak om als CRA-arts die gesprekken aan te gaan, ik vind dat we dat niet kunnen vragen aan de huisarts. Ik vind dat onze taak."*

> *"Als er een nieuwe bewoner zich aanmeldt in het woonzorgcentrum vraag ik aan de familie "en hoe zien jullie de toekomst van jullie familielid?". Veel mensen weten bijvoorbeeld niet dat mensen met dementie een verminderde levensverwachting hebben. Dan vertel ik dat de gemiddelde verblijfsduur in een woonzorgcentrum anderhalf jaar is. Dat is eigenlijk een slecht nieuws gesprek."*

Er komen verschillende redenen naar voren om op het microniveau aan health advocacy te doen. Ze doen dit vanuit een eigen specifieke interesse, vanuit het gevoel dat zij hier betere zorg kunnen bieden dan de eigen huisarts of omdat de overheid het definieert in hun takenpakket. Ook wanneer ze rechtstreeks aangesproken worden door de bewoner of zijn/haar familie nemen ze soms deze rol op.

> *"Dat is ervaring die ik ontwikkeld heb. Had ik hier niet gewerkt dan had ik dat niet geweten. Uiteindelijk werk ik voor een 400-tal rusthuisbewoners, ik ben een soort van 'specialist' daarin."*

> *"Dus dat doe ik normaalgezien omdat de huisartsen dat niet zo goed kennen denk ik zo die schema's van wanneer moet je dat doen en wanneer doe je terug een nieuwe opvolging."*

> *"De medicatiereviews met de apotheker (…) je voelt dat daar zowat een deadline is vanuit een bepaalde inspectie denk ik die dan zegt van 'oke tegen het einde van het jaar moet*

iedereen in het WZC een review gehad hebben.'"

Covid heeft op dit vlak veel veranderingen met zich meegebracht. Zo gaf zowat iedere CRA aan dat ze omwille van de COVID-crisis veel meer zorg op microniveau op zich namen. Dit gebeurde omdat huisartsen de zorg voor de individuele bewoners niet meer konden/wouden opnemen of omwille van een gepercipieerd onrechtvaardigheidsgevoel bij de CRA's. Zo werden de regels die vanuit de overheid opgelegd werden soms versoepelt in functie van een individuele situatie.

"We hebben voor elke bewoner die ziek was individueel bekeken wat de beste optie was. Ook naar familie toe hebben we veel uitleg gegeven en dat heeft het personeel ook echt heel goed gedaan; de familie met zorg opgevangen via telefoon, mail, videochat, enz. Dat hebben ze fantastisch gedaan "

"Ik heb de huisartsen vervangen want niemand bezocht zijn patiënten nog, ik moest wel!"

"Ik heb ook echt moeten pleiten, moeten vechten om voor mensen die stervende waren te zeggen 'kijk, die persoon is nu stervende, COVID of geen COVID, die familie zal verwittigd worden en die mensen zullen NU bij hun familie komen."

Wanneer de CRA de health-advocacy rol op microniveau opneemt, brengt dit enkele aandachtspunten met zich mee. Zo gaven de respondenten aan dat ze zeer vaak communiceerden met de huisartsen.

"Het is ook expliciet op voorhand bevraagd geweest aan de artsen van 'zijn jullie akkoord dat de CRA's in deze crisissituatie het tijdelijk allemaal opnemen?'. Wij communiceerden met de individuele arts als de patiënt echt slecht ging ofwel doodging. Ofwel met de groep artsen als er bepaalde veranderingen waren in beleid. (…) Dus dat was wel een heftige periode."

3.2. Mesoniveau

Het mesoniveau is het niveau waarbij er interventies gedaan worden met als doel om een groep van patiënten/bewoners een voordeel te bieden. Deze groep van bewoners heeft een gemeenschappelijke eigenschap. Voor de CRA betekent dit dus een interventie van toepassing op de bewoners van zijn/haar WZC.

Uit de interviews komt naar voren dat zowat iedere CRA dit niveau beschouwt als zijn/haar belangrijkste werkingsniveau. Het gaat dan voornamelijk over infectiebeleid, medicatiebeleid en opleiding van het personeel.

"Mijn grootste project was de aanbesteding van de apotheek, omdat ik vind dat in een rustoord heel veel medicatiefouten gebeuren, er wordt heel veel medicatie gebruikt. Ik wou dat verbeteren."

"Wat ik ondertussen ook bereikt heb (…) is dat er een wondzorgprotocol is. Ik heb dus eigenlijk de verpleging van verschillende afdelingen bij elkaar gebracht en gevraagd met welke producten ze werkten. Ik heb de wetenschap erbij gebracht (…) Ik heb daar dan opleiding voor gegeven."

Ze merken vaak op dat dit wezenlijk verschilt van hun beroep als huisarts, waarin ze veel vaker op microniveau werken. Wel wordt er ook aangegeven dat er soms conflicten kunnen ontstaan tussen de rol van CRA en de rol van huisarts wanneer 1 persoon die beide rollen opneemt voor een bewoner.

"Ik denk wat dat uw rol als CRA anders maakt dan uw rol als huisarts is dat je wat meer advocaat van een gemeenschap bent. Waarbij je bij een individueel patiëntencontact vooral op zoek moet gaan naar de noden van die individuele patiënt is dat toch wel een andere manier van denken over een patiënt binnen een leefgemeenschap."

"Als CRA arts kijk je meer naar het geheel van het rustoord. Ik ben nu heel tevreden dat ik geen patiënten meer heb omdat elke beslissing die je neemt als huisarts tegengesteld kan zijn aan die als CRA. Bijvoorbeeld iemand die psychiatrisch zo gestoord is die echt niet meer past in het WZC, dan ga je als CRA zeggen dat die patiënt naar een geriatrische psychiatrie moet gaan. Maar als huisarts, en de familie komt bij u om te zeggen dat die patiënt niet weg mag, dan moet jij het standpunt van uw patiënt verdedigen, dat komt toch wel dikwijls in strijd."

Een respondent vermeldt ook specifiek dat werken op het mesoniveau volgens hem meer gezondheidswinst oplevert.

"Ik denk dat dat het rendement van de zorg verhoogt en het voorbeeld van de griepvaccinaties is heel duidelijk he. Ik organiseer als CRA de vaccinaties in plaats van elke huisarts apart. Dat kost de maatschappij niets want ik vind dat een stuk van mijn verloning als CRA om dat te organiseren."

De geïnterviewde CRA's geven voor het merendeel ook aan dat hun taak van health advocate op het mesoniveau toenam in omvang tijdens de COVID-pandemie. Dit uitte zich voornamelijk in veel vergaderingen met het WZC personeel.

"In COVID-tijd hebben we veel overleg he. Van wat zou uiteindelijk voor bewoners het belangrijkste zijn."

"Toen hebben we wel een zeer belangrijke taak gekregen. Toen was er dagelijks crisisoverleg waar we moesten aanwezig zijn, waar we moesten vergaderen rond cohortering, rond beschermingsmateriaal, rond testingscriteria... Er is heel veel op ons afgekomen. "

3.3. Macroniveau

Het macroniveau of populatieniveau is het niveau waarbij de arts de health advocacy rol opneemt voor een nog grotere patiëntenpopulatie. Voor de CRA betekent dit doorgaans dat hij/zij zich inspant voor WZC bewoners over een groter gebied dan enkel de bewoners van het WZC waar hij/zij voor verantwoordelijk is.

Ongeveer een twee derde van de geïnterviewde CRA's geeft aan dat ze vanuit hun CRA functie ook op het macroniveau proberen werken. De CRA's die op dit niveau werken, deden dit vaak al voor de COVID pandemie en continueerden dit werk tijdens de COVID pandemie en ook erna.

> *"Ik ben een zeer bezig bijtje. Ik zit in het bestuur van de Gentse huisartsenvereniging. Ik ben voorzitter van de wachtpostkoepel Vlaanderen. Ik ben CRA, ik ben LEIF-arts, ik zal binnenkort equipearts van het palliatief netwerk zijn."*

Voor veel CRA's waren de tekortkomingen in het beleid tijdens de COVID crisis een sterke motivator om op het macroniveau te werken. Ook zagen ze het sensibiliseren van de bevolking als hun plicht.

> *"Men heeft veel proberen oplossen gewoon door geld en dat is niet altijd een oplossing. Men heeft artsen een premie gegeven, zuurstof voor de praktijk. Wat heb je daaraan? Men heeft de CRA vergoeding verhoogd, maar in se is er geen extra personeel, er is geen verhoging van ondersteuning…"*

> *"Goh, om toch een beetje de kat de bel aan te binden. Om toch wel te blijven zorgen dat er voldoende media-aandacht bleef zijn, ook na de pandemie. Omdat je het gevoel hebt dat het riskeert af te glijden in een routine omdat het gepasseerd is, of er komen andere accenten."*

Het is interessant om op te merken dat de CRA's die aan health advocacy doen op dit macroniveau, dit niet enkel doen vanuit hun functie als CRA. Ze werken vaak ook mee binnen de lokale huisartsenkring of beleidsorganisaties.

> *"Ik heb in samenwerking met 5 burgemeesters hier 700 man gecoördineerd. Ik heb hier een pseudokliniek moeten oprichten voor 7 gemeenten."*

Wel is het zo dat de meeste respondenten merkten dat ze op dit niveau het minst wezenlijk konden veranderen omwille van uiteenlopende zaken. Vaak waren ze uiteindelijk teleurgesteld in hun interventie en hadden ze het gevoel dat ze niet veel bereikt hadden.

"Het enige dat ik al op hoger niveau heb geprobeerd is het elektronisch medisch dossier in de WZC te realiseren. Daarvoor heb ik al in een online vergadering met kabinet Beke gezeten. Daar zaten ongeveer 20 mensen van zorg en gezondheid en zorgnet ICURO, maar slechts 2 die in de praktijk staan, waarvan ik er dus 1 was. Dus ik vond dat zinloos."

"Ja we hebben daar denk ik wel wat proberen in gang steken. Ook vanuit de HVG hebben we zaken proberen in gang steken. Vooral naar het agentschap toe heel veel gecommuniceerd en we hebben eigenlijk nooit tegenspraak gehad, maar we hebben ook nooit het gevoel gehad dat er iets veranderde. "

4. Stappen health advocacy

Zoals hierboven beschreven doorgaat een arts verschillende fasen om aan health advocacy te doen. Zo ook de CRA. Dit proces kan op alle niveaus (micro, meso, macro) doorlopen worden.

4.1. Identificatie

De identificatie van een probleem kan op verschillende manieren gebeuren en vanuit verschillende personen/instanties worden aangebracht.

4.1.1. Observatie door de CRA zelf

In de meeste voorbeelden die werden aangehaald gebeurde de identificatie van een zorgnood door de CRA zelf. Dit gebeurde voornamelijk tijdens hun bezoeken aan de WZC's en het aanwezig zijn op de werkvloer, in de afdelingen daar. Ook hun ervaring als huisarts, waardoor ze hun eigen patiënten in verschillende WZC's opvolgen, helpt hen bij het identificeren van problemen.

"Doordat het zo intens was en doordat ik er zo veel was, wist ik het gewoon onmiddellijk."

"Je krijgt dat dan vanuit je eigen ervaringen met je eigen patiënten, door daar wat rond te lopen en je ogen open te doen, je gezond verstand te gebruiken en te zien wat is er hier aan het gebeuren. "

4.1.2. Aangebracht vanuit het WZC-personeel

Een belangrijke bron van informatie voor de CRA is het WZC-personeel. Het personeel is een brede term die gaat over elke werknemer, van schoonmaakpersoneel tot directie. Zij identificeren vaak problemen die ze dan bespreken met de CRA. Dit kan informeel en op hun eigen initiatief zijn, maar soms zijn er ook vaste overlegmomenten ingepland. Het melden van een probleem kan ook gebeuren via digitale communicatie indien de CRA

hiervoor open staat. Whatsapp en email worden het vaakst genoemd als manier van digitaal communiceren.

"Wij hebben het geluk dat wij een CAW-woonzorgcentrum[2] zijn, waarvan ik denk dat de bestaffing iets ruimer is dan andere woonzorgcentra. (…) Dus ik denk dat zij wel meer observators hebben van problemen en daardoor dat problemen wat sneller bij ons terecht komen dan in andere woonzorgcentra."

"Wekelijks ga ik langs op elk verdiep en ik heb een overleg. Een keer in de maand, met de palliatief referent, overlopen we alle overlijdens en bij elk overlijden is het ook zo van 'zijn er problemen geweest'. Daar leer je wel veel van."

4.1.3. Aangebracht vanuit de bewoners

Hoewel de meeste CRA's het directe contact met de bewoners proberen te beperken en aangeven dat ze liever feedback vanuit de bewoners krijgen via het personeel, zijn er ook sommige CRA's die rechtstreeks via de bewoners problemen identificeren.

"Ik heb onlangs nog een vergadering gehad met de residenten van het WZC en de meesten willen gerust alles nog eens verdragen: mondmaskers, alcoholgel enzovoort. Maar geen bezoek, dat willen ze nooit meer."

4.1.4. Aangebracht vanuit de familie van bewoners

In de interviews komt een rechtstreeks contact tussen CRA en de familie van de bewoners weinig naar boven. Sommige CRA's geven aan dat de familie van de bewoners waarschijnlijk niet weet wat een CRA is. Dit zien ze niet als een probleem aangezien ze verwachten dat er een identificatie van problemen gebeurt vanuit de familie naar het personeel van het WZC toe en niet rechtstreeks naar de CRA.

"Die melden aan de hoofdverpleegkundigen. De bewoners of familie weten zelfs niet eens wat een CRA is. "

De CRA's die wel een rechtstreeks contact met de familie van bewoners hebben, hebben dit omdat ze dit zelf systematisch opzoeken of omdat de familie hen persoonlijk kent via hun functie als huisarts.

"Als er een nieuwe bewoner zich aanmeldt in het woonzorgcentrum vraag ik aan de familie "en hoe zien jullie de toekomst van jullie familielid?". "

"Het is denk ik 3 jaar geleden dat ik een presentatie heb gehouden voor familieleden over bepaalde onderwerpen."

"Dan heeft de familie mij wel apart geroepen omdat ze vonden dat de directie in fout was. Dus dan ben ik ook een beetje vertrouwenspersoon van die familie."

[2] CAW: centrum voor algemeen welzijnswerk

4.1.5. Aangebracht vanuit huisartsen

Slechts 1 respondent vermeldt dat er af en toe een vraag is vanuit huisartsen om dossier in te kijken, waarmee ze dus een probleem aangeven. Verder komt dit in geen enkele van de interviews aan bod.

> *"We mogen ook elk dossier inkijken. Ik doe dat nooit tenzij dat er een probleem is en dat de hoofdverpleegkundigen het vragen of dat de huisarts het vraagt of dat de bewoner het vraagt."*

4.1.6. Aangebracht vanuit andere CRA's

Uit de interviews komt maar 1 keer naar boven dat CRA's problemen identificeren voor elkaar. Zoals aangehaald in 'remmende factoren' was er tijdens de COVID crisis zelfs beduidend minder communicatie tussen CRA's onderling.

> *"Op de dementenafdeling kan je geen FFP 2 maskers dragen, dus we hebben die bevindingen dan gemaild naar alle CRA's maar er heeft daar niemand respons op gegeven."*

4.2. Analyse

Na het identificeren van een gezondheidsprobleem of het risico hierop, is het van belang om een analyse van het probleem uit te voeren. Dit omvat verschillende aspecten, waaronder het begrijpen van de belangrijkste gezondheidskwesties, maar ook het evalueren van het huidige beleid en de regelgeving die van invloed zijn op de gezondheid.

In de interviews komt naar boven dat het proces van probleemanalyse bij CRA's vaak in samenspraak is, eerder dan dit zelfstandig uit te voeren. Hierbij worden personen binnen het woonzorgcentrum (WZC), zoals zorgverleners, medische professionals, beleidsmakers of administratief personeel betrokken. Met uitzondering werden ook externe partijen betrokken.

4.2.1. Uitgevoerd door CRA

Een minderheid van de CRA gaf aan de analyse alleen uit te voeren. Hierbij zagen we dat indien het probleem door de CRA zelf geïdentificeerd werd, de analyse ook vaak door de CRA individueel gebeurde.

> *"We hebben onlangs de voeding van de bewoners gerevalueerd, (…) We gaven in het rusthuis 2000 Kcal per dag. Ik heb dan op een bepaald moment gezegd we gaan eens kijken naar wat er terugkeert naar de keuken. En dat was minstens 1/3 tot de helft dat terugkeerde naar de keuken die hadden veel te weinig binnen, dat was niet meer dan 1000cal"*

"Een van de belangrijkste taken is valpreventie. Ik heb alle vallen op 1 jaar tijd in kaart gebracht en daar een volledige analyse op gedaan."

4.2.2. Overleg binnen het WZC

Het merendeel van de CRA's gaf aan dat de analyse in veel gevallen in samenwerking met andere partners binnen het WZC plaatsvond. Uit de interviews blijkt dat het multidisciplinair overleg hier vaak als een belangrijk instrument wordt gezien om bepaalde problemen in kaart te brengen. Ook hier zie je vaak terugkeren dat de identificatie en analyse vaak nauw verweven zitten.

"Tijdens interdisciplinair overleg wordt er bekeken hoeveel decubituswonden er zijn. Welke overlijdens er zijn geweest; dan wordt er bekeken of we daar iets uit hebben geleerd. Was de familie tevreden of juist niet. Zijn er zaken waarmee de verpleging zit en wat we beter kunnen doen volgende keer. Dit is hetzelfde met fixatie."

"Ik blijf in contact met de patiënten. We komen alle maanden samen ter bespreking van de medicatie, dat is samen met de apotheek en de hoofdverpleegster en we kijken wat er te veel gegeven wordt"

"Als we (ed. MDO) zien dat die patiënt fors vermagerd, wordt dat opgepikt en dan gaan we daar mee verder. We zoeken naar de oorzaak van het gewichtsverlies: is er een medisch probleem, is die patiënt terminaal of palliatief geworden..."

4.2.3. Externe partij

Sommige CRA gaven aan al enkele malen een externe partij van buiten het WZC hebben betrokken om bepaalde problemen in kaart te brengen. Na het vaststellen van een probleem wordt dan een externe dienst geraadpleegd om het probleem te analyseren.

"In de kliniek heb ik dan deelgenomen aan de heel moeilijke discussie over de criteria om iemand in leven te houden of niet. Die heb ik gevoerd met het ethisch comité, met de pastoraal verantwoordelijke van het UZ. "

"Bijvoorbeeld dit jaar is er samen met het ziekenhuis een studie gebeurd over urineweginfecties en de behandeling van urineweginfecties, dus daar werken we dan bijvoorbeeld ook aan mee. Dat is met de klinisch biologen van het ziekenhuis. "

4.2.4. Impact van COVID pandemie

Tijdens de covid pandemie werd dit onderdeel van het proces van health advocacy vaak een uitdaging. Waarbij veel CRA's in overleg met de vaste huisarts beslissingen dienden af te wegen.

"Je moet dan ook voor patiënten die niet uw patiënten zijn op een bepaald moment beslissen van 'is dit nog iemand die we gaan laten hospitaliseren of niet'. En dan kan je met de huisarts bellen die daar vaak al dan niet een standpunt over inneemt maar die dan toch vaak eindigt met te zeggen van 'collega, ik zie die situatie nu niet, ik laat aan u de beslissing

over'. Dus ja dat was toch niet altijd even evident."

Maar eveneens werd aangegeven dat er toen vaak weinig ruimte was tot discussie. Regels die van buitenaf werden opgesteld zorgde vaak voor ethische dilemma's voor de CRA.

> *"Ik heb ook op een van de afdelingen, dat was dan een eigen patiënt, een koppeltje, maar zei had al longproblemen en ook plots een covid besmetting. En ik dacht nog van laat ik haar nu hier of laat ik haar toch vertrekken. En aan de telefoon met de spoed van het UZ 'oké, ze mag nog komen, maar als ze geïntubeerd zal moeten worden, zullen we haar niet intuberen en zal ze dat niet halen..."*

> *"Maar wat belangrijk is, is dat ze mij gevraagd hebben om een Schindelers list te maken. Ik heb die lijst nog liggen, wie krijgt groen en wie krijgt rood (wie wordt nog doorgestuurd naar het ziekenhuis en wie niet). Die vraag werd vanuit het ziekenhuis en vanuit de directie van het WZC gesteld om die lijst te maken. Hoe je dat deed? Je moest je plan trekken, maar het moest gebeuren. (…) Dus die lijst maken en ze dan toepassen was niet simpel. (…) Dan voel je je SS officier. "*

4.3 Actie

Nadat het probleem is geïdentificeerd en geanalyseerd wordt er actie ondernomen om verandering te bevorderen. Hierbij neemt de CRA zelf initiatief om bepaalde doelen te bereiken.

4.3.1. Samenwerking

Voor elke vorm van actie is het een mogelijkheid dat de arts samenwerkt met andere collega's of diensten. Meestal wordt er samengewerkt met een andere CRA of zorgpersoneel. In mindere mate werd er ook samengewerkt met overheidsinstellingen.

> *'Met een collega heb ik een medicatieformularium opgesteld voor onze regio zodat de medicatie in het rusthuis meer gestandaardiseerd is.'*

> *'De plannen lagen klaren om een tijdelijke revalidatiekliniek op te richten. Dat was in samenspraak met de burgemeester en de gouverneur.'*

4.3.2. Bijscholing en kennis delen

Hierbij schoolt een CRA zich actief bij om kennis en vaardigheden rond ouderen en kwaliteitsvolle zorg op populatieniveau bij te schaven. Zo tracht hij het beleid in WZC te verbeteren. Daarnaast geeft hij ook bijscholingen en vorming aan het personeel en de betrokken behandelende artsen.

'In ons rusthuis hebben we een diëtiste in dienst. Ik heb over diabetes een les gegeven, samen met de diëtiste.'

'Ik organiseer minstens 2 keer per jaar een lezing over een onderwerp dat het personeel dan mag kiezen. Ook met andere CRA's kom ik samen. Dit jaar is er een studie gebeurd met het ziekenhuis over de behandeling van urineweginfecties.'

4.3.3. Adviserende rol

Uit onze interviews blijkt dat de CRA analyseert maar dan ook actief een adviserende rol aanneemt. Meerdere CRA's geven aan dat ze adviezen geven rond voeding maar ook over het gebruik van geneesmiddelen.

'Recent hebben we het medicatiegebruik van antidepressiva in kaart gebracht. Ik heb de huisartsen verteld dat ze een depressie aan het behandelen zijn, maar dat hun patiënten eerder weemoedig en triestig zijn door de verhuis naar het woonzorgcentrum. Dat is toch normaal als uw vrijheid en vertrouwen weggaat? Dat hoef je niet te behandelen met antidepressiva. Je hoeft je stethoscoop niet boven te halen, maar praat eens met je patiënten!'

4.3.4. Sensibilisering

Via sensibilisering tracht men zowel het personeel als de bewoner te motiveren om maatregelen of handelingen te stellen. Zo worden ook zij aangespoord om hun health advocacy rol op te nemen.

'In het kader van MRSA-infecties hamer ik vooral op de handhygiëne. Ik liet in het WZC flesjes plaatsen met handalcohol. Maar de inspectie kwam en ik heb die allemaal weg moeten doen omdat de bejaarden daarvan zouden kunnen drinken'

'Ik doe al de vaccinaties allemaal zelf, ten eerste geeft dat een mooie uitleg en ook motivatie aan de mensen. Zodat het niet diegene is die de poep afkuist, die ook de vaccin geeft. Dat ondersteunt het belang van vaccinaties en resulteert in minder weigeringen.'

4.3.5. Ondersteuning bij complexe zorg

Wanneer nodig neemt de CRA zelf het medische handelen over in geval van medische complexe zorg. Een CRA geeft aan dat ze de zorg rond euthanasie als haar taak ziet.

'Wanneer bewoners euthanasie vragen ga ik daar verder op in. Ik vind dat we dat niet kunnen vragen aan de huisarts. Ik vind dat onze taak.'

4.3.6. Pleiten voor investeringen

De CRA probeert de zorg zo goed mogelijk te organiseren en stuurt de inzet van middelen. Hierbij kan het gaan over het aankopen van materiaal maar ook extra personeel is een vaak gevraagde investering.

'Ik heb aangedrongen op het aanschaffen van een mobiele airco. Vooral bij overlijdens, tijdens een hittegolf, kan die aangewezen zijn.'

'Ik heb aangedrongen dat er één vaste verpleegkundige dient te zijn per afdeling. Dat was niet altijd eenvoudig om te realiseren.'

4.4. Evaluatie

Bij de laatste stap binnen health advocacy worden de genomen interventies geëvalueerd of het zijn doel werkelijk heeft bereikt. Er wordt dan zowel gekeken op de uitvoering van de interventie, als het analyseren van de resultaten.

4.4.1. Eigen observatie

Uit de interviews blijkt dat een groot deel van de CRA's hun eigen interventies evalueert. Dit gebeurt zowel op basis van data als door op het werkveld te gaan kijken en met de verschillende betrokkenen te praten.

"En het is dan ook leuk om te zien dat dat werkt. Je ziet dan dat er veel minder decubituswonden zijn "

"Ik vind dat er te weinig campagne gevoerd is voor covidvaccinatie bij de medewerkers, maar 50 % laat zich vaccineren. In het begin bij de eerste vaccinatie was dat bij het personeel 95% en bewoners 100%"

"Dan merkte ik dat het eigenlijk wel goed liep door die isolatiemaatregelen en zich vertaalde naar de gezondheid van de mensen. En dan ga je dat ook herhalen als er een tweede en derde golf komt."

4.4.2. Bewoners WZC

Enkele CRA gaven aan ook af en toe samen te zitten met een deel van de bewoners en hen zelf feedback gevraagd over maatregelen die getroffen werden.

"We hebben die bejaarden genoeg bevraagd, want ik ken ze bijna allemaal, om te evalueren of ze zich effectief geïsoleerd voelden en de meeste antwoordden "meneer, ik zit op mijn gemak in mijn kamer, dat ze mij eens met rust laten". "

"Ik heb onlangs nog een vergadering gehad met de residenten van het WZC en de meesten willen gerust alles nog eens verdragen mondmaskers, alcoholgel enz. Maar geen bezoek meer dat willen ze nooit meer."

4.4.3. Overleg met andere CRA

Verscheidene van de geïnterviewde CRA's gaf aan deel uit te maken van een overkoepelende organisatie van CRA-artsen die een aantal keer per jaar samen komen om te overleggen en te evalueren. Dit bleek bij sommige wel een belangrijk kanaal om de situatie af te toetsen met andere CRA's en te kunnen vergelijken tussen WZC.

"CRAGT is een organisatie waar alle CRA's uit Gent samenkomen en regelmatig zowat feedback naar elkaar toe geven."

"Die bezoek beperking dat zou ik nooit nog zo doen. Het werd wel altijd strikt opgevolgd, maar ik heb dan ook overlegd met andere CRA's en het was toch overal streng toegepast en het resultaat was toch ook niet zo schitterend"

"We hebben dat dan wel besproken met andere CRA's en we kwamen op dezelfde conclusies: chirurgische maskers dat helpt in feite niet veel; bij een FFP 2maskers zag je minder infecties. Op de dementenafdeling ging dat niet en zag je meer infecties'

4.4.4. Personeel WZC

Naast de identificatie van gezondheidsproblemen, heeft het MDO ook een plaats in het evalueren van de genomen maatregelen en de effecten aan de hand van bijgehouden statistieken.

"1 keer in de maand, met de palliatief referent, overlopen we alle overlijdens en bij elk overlijden is het ook zo van 'zijn er problemen geweest'. Daar leer je wel veel van."

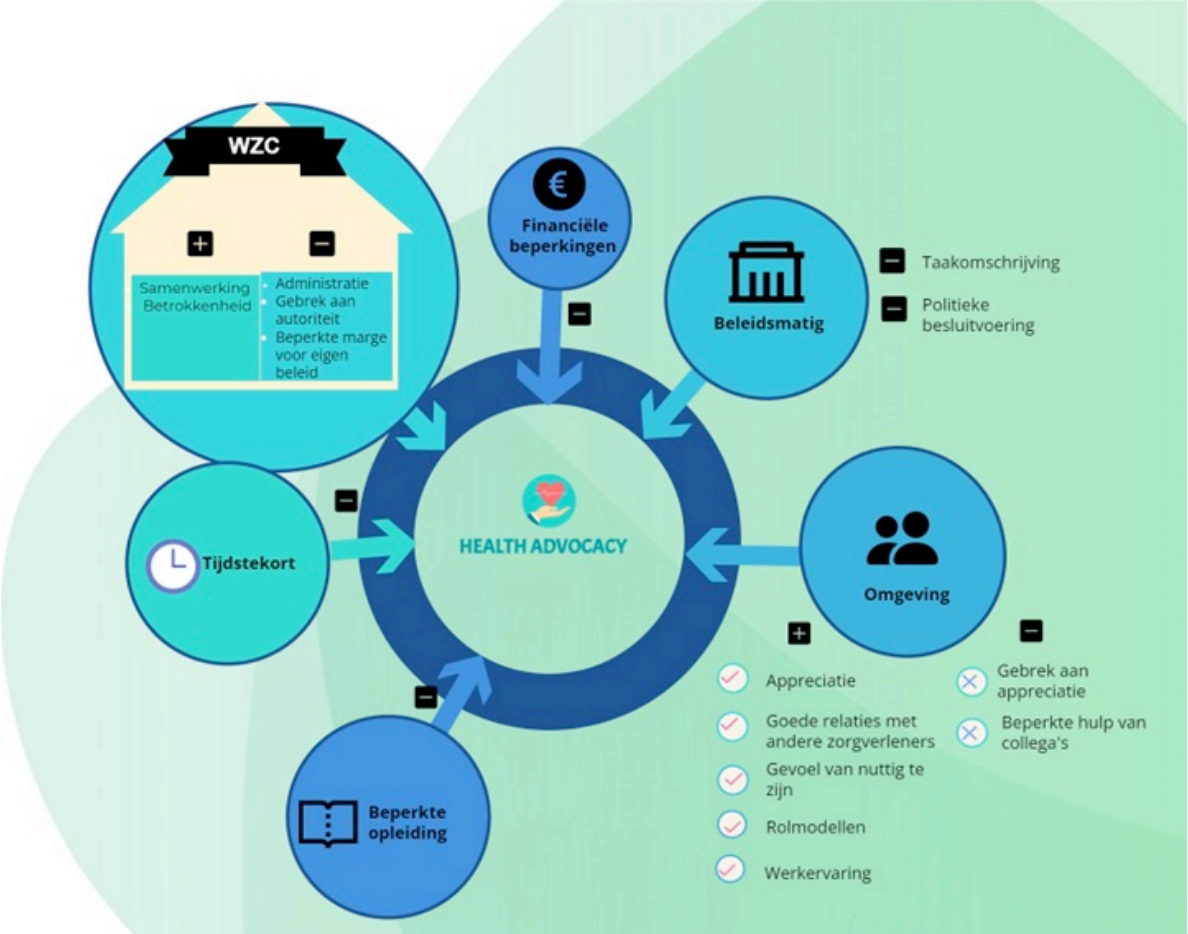
4.4.5. Covid

Tijdens de COVID pandemie werden vaker externe deskundige ingezet om de genomen maatregelen in rusthuizen te gaan evalueren. Een van de CRA's heeft in die periode beroep gedaan op een externe adviseur om de genomen maatregelen te evalueren.

"Ik heb dan naar de provinciale infectie inspecteur gebeld. Die is dan komen kijken in onze beschermde afdeling. Dat was een heel tolerant iemand en die zei dat alles eigenlijk oké was."

"Men heeft op een bepaald moment bij ons komen kijken en er moest gecohorteerd worden ook al zat het helemaal verspreid in elke afdeling van het WZC... Ja dat heeft zo veel energie en zoveel mankracht gekost om te cohorteren en we zijn ervan overtuigd dat dat geen enkel overlijden heeft tegengehouden, integendeel er is een patiënt die van kamer moest veranderen naar een andere afdeling. Die is daar gaan zitten en uit het raam gesprongen, de dag nadien is hij aan zijn verwondingen overleden."

5. Remmende en faciliterende factoren



Figuur 6: Overzicht remmende en faciliterende factoren om de rol als health advocate op te nemen

5.1. Faciliterende factoren

Faciliterende factoren spelen een rol bij het ondersteunen van artsen om zich in te blijven zetten als health advocate. We konden aan de hand van onze interviews enkele van deze faciliterende factoren identificeren.

5.1.1. Gevoel van nuttig te zijn

Het gevoel nuttig te zijn komt uit onze bevraging als een krachtige motiverende factor voor health advocacy. Sommige artsen zeggen dat ze hieruit veel voldoening halen. Tijdens de covid-19 pandemie hebben gezondheidswerkers dit gevoel intens ervaren.

> *"Tijdens de covid-pandemie werkte ik 7 dagen op 7. Toen waren er geen limieten. Toen heb ik dat niet als hinderlijk ervaren. Ik vond mijn taak dermate zinvol dat het mijn drive was om dat toen te doen."*

5.1.2. Appreciatie

De CRA's geven ook aan de appreciatie van anderen hen sterk ondersteunt in het verderzetten van hun taken.

> *"Ik dat de collega huisartsen wel dankbaar waren want ik heb veel berichtjes gekregen. Ik denk dat de huisartsen wel blij waren dat een stuk van die zorg weg is gevallen. Dat was natuurlijk wel aangenaam om dat dan verder te doen."*

5.1.3. Goede relaties met andere zorgverleners

Een goede verstandhouding is belangrijk om gemeenschappelijke doelen te bereiken. Hierbij vermelden de meeste CRA's dat het noodzakelijk is om goede communicatievaardigheden te hebben. Het vermogen om zowel te luisteren naar anderen als zelf bij te dragen aan het gesprek is essentieel voor het opbouwen van vertrouwen.

> *"Je moet luisteren maar je moet ook iets kunnen zeggen. Waarbij je vooral je tong moet draaien en goed aansturen op een manier waarop het niemand kwetst."*

> *'Je moet wel een figuur zijn die algemeen aanvaard is onder de collega's om bepaalde zaken te doen bij patiënten.*

De meeste CRA's gaven aan dat ze deze relaties voornamelijk uitbouwen met de huisartsen.

> *'Ik voel me als CRA niet de vervangende huisarts. Ik vind dat je als CRA goed met je collega huisarts moet communiceren. Ik nodig hen graag uit op het MDO.'*

Een andere CRA geeft ook aan dat een goede verstandhouding met het zorgpersoneel eveneens belangrijk is. Dit gebeurt onder andere door actieve communicatie.

> *"Als je als dokter in een rusthuis komt en je loop daar rond als een dode vis, dan gaat men u niets vragen. (…) Ik denk dat het belangrijkste is in een rusthuis, dat je kan communiceren, zowel met het poetspersoneel als met de directie, als met de verpleging. Je moet met iedereen goed kunnen praten en aandacht geven, zodanig dat je ook hun interesses kent en dat zij u ook appreciëren in uw taak.*

5.1.4. Samenwerking

Via deze goede functionele relaties gaat de CRA over tot samenwerking hetgeen enerzijds gebeurt met collega's maar sommige CRA halen ook vormen van samenwerking aan met overheidsinstanties

> *"Tijdens de covid-crisis stond ik in nauw contact met de pneumologen van omliggende ziekenhuizen. Als er iets was of als er mensen moesten opgenomen worden, kon ik met hen contact opnemen."*

"De gemeente was altijd zeer betrokken, de schepen van gezondheid zat altijd in onze vergaderingen van de WZC."

5.1.5. Werkervaring

Ervaring, met name opgedaan bij andere organisaties, is een waardevolle facilitator voor health advocacy. Het vermogen om systemen op te zetten en processen te stroomlijnen is van groot belang. Meerdere CRA's vallen terug op werkervaring uit vorige functies en passen deze toe tijdens hun functie als CRA.

"Door mijn ervaring bij het rode kruis, weet ik perfect hoe je een team moet handhaven."

"Dat heb ik geleerd uit artsen zonder grenzen: onderdak, eten, medische zorg en psychologische zorg. Ik heb daar veel geleerd qua structuur van zorg. Dat zit allemaal al in mijn hoofd."

5.1.6. Betrokkenheid

Hoe meer tijd een CRA in het WZC doorbrengt, hoe nauwer hij betrokken raakt bij de werking ervan. Eén arts haalt aan dat hij/zij tijdens de covid pandemie zoveel aanwezig was, dat er een band gecreëerd werd. Hij/zij ervaart hierdoor veel meer vertrouwen en kan de functie als health advocate nu beter uitvoeren.

'Vroeger had ik meer de indruk dat ik als buistenstaander gezien werd. Sinds covid is dat wel serieus veranderd, ik heb daar toen ook veel tijd doorgebracht. Dat creëert wel een band. Het vertrouwen is daar ook enorm gegroeid, met het personeel en de directie. Sindsdien heb ik het gevoel dat ik veel beter mijn rol kan uitoefenen, en heb ik ook meer krediet opgebouwd. (…) Ik denk dat mijn band met de bewoners ook veranderd is. Nu ken ik iedereen persoonlijk, tijdens het MDO weet ik daardoor ook alles over iedereen. Er zijn nog patiënten die een ander huisarts hebben maar waar ik nu soms eens binnenspring om eens een praatjes te doen. Dat geeft het voor mij een andere dimensie. Ik voel er mij nu ook beter bij.'

5.1.7. Rolmodellen

Eén arts haalt aan dat de groepsdynamiek onder collega's een voortstuwende factor is. Hij/zij voelt zich extra gemotiveerd als CRA omdat zijn/haar collega's gelijkaardige activiteit doen.

'Wij hebben in de praktijk allemaal zo onze interesses en activiteiten buiten het consultatievoeren. Dat is geen toeval, ik denk dat wij elkaar opgezocht hebben. Ik vond dat ik samen moest werken met mensen die op dezelfde manier denken over gezondheidszorg. Zodat je verantwoordelijkheid ruimer is dan je eigen praktijk, maar ook op bevolkingsniveau, en dat we daarbij ons steentje kunnen bijdragen. Dus dat is zeker geen toeval.'

5.2. Remmende factoren

Het uitoefenen van health advocacy is een complexe en uitdagende taak die kan afgeremd worden door verschillende factoren. Deze factoren kunnen van invloed zijn op zowel de individuele CRA als op het bredere gezondheidszorgsysteem.

5.2.1. Administratie

Uit de interviews blijkt dat de hoge administratieve lasten veel van de CRA vragen. De CRA ervaart deze administratie vaak als een obstakel.

> *"Ik doe mijn werk als CRA graag maar er zijn ook veel opofferingen zoals administratieve taken."*

5.2.2. Taakomschrijving

De taakomschrijving van de CRA staat duidelijk omschreven in de wet (zie inleiding). Toch ervaren de CRA en het WZC hierover onduidelijkheden. Eén CRA vermeldt dat hij/zij hierdoor zijn werk moeilijker kan uitvoeren.

> *"Elk rusthuis moet volgens de wetgeving een CRA hebben. Bijgevolg zijn er directies die deze functie invullen maar zonder duidelijke taakomschrijving. Die zeggen dan: hoe meer je ons gerust laat, hoe liever dat we het hebben."*

5.2.3. Dubbele rol

Uit onze interviews blijkt ook dat wanneer de CRA ook een behandeld huisarts is, hij hierbij een zekere ambiguïteit ervaart. Een CRA stelde dat de rol van huisarts niet steeds te combineren viel met de rol van CRA, en vice versa.

> *'Er is een verschil in taak tussen de huisarts en CRA. Ik ben nu heel tevreden dat ik geen patiënten meer heb in he WZC omdat elke beslissing die je neemt als huisarts tegengesteld kan zijn aan die van de CRA.'*

5.2.4. Covid-19 pandemie restricties

De covid-pandemie heeft een aanzienlijke impact gehad op de werking van de CRA en het WZC. Een arts haalt aan dat opgelegde restricties nog steeds invloed hebben op zijn rol als health advocate.

> *'Tijdens de covid pandemie zijn mijn projecten als CRA stilgevallen. Het MDO vond niet meer plaats, geen bijscholing meer ed. Ik heb het wel al aangehaald om het MDO te herstarten.*

Eerst was er door covid tijd tekort, vervolgen is het personeelstekort gekomen waardoor het moeilijk is voor de verpleging om een uurtje vrij te maken om iets anders te doen naast hun kerntaken.'

5.2.5. Gebrek aan appreciatie

Een gebrek aan appreciatie heeft een belangrijke invloed op het algemeen welzijn en de tevredenheid van artsen in hun werk. Als artsen het gevoel hebben dat hun inspanningen niet worden erkend of gewaardeerd, kunnen ze minder gemotiveerd zijn om zijn om zich volledige in te zetten voor hun patiënten of beroep.

"Ik voel wel dat de tijden aan het veranderen zijn en mensen –terecht of onterecht- opkomen voor hun belangen."

"Wanneer ik onacceptabele fouten zie, schrijf ik soms een brief naar de collega huisarts. Mag ik u vriendelijk maar met aandrang vragen dat niet meer te doen! Ik doe dat, ik mag dat, maar ik krijg daar dan zelden antwoord op. Ik word niet meer uitgescholden, maar CRA is een harde positie hé."

5.2.6. Gebrek aan autoriteit

Sommige CRA's geven aan dat het niet altijd eenvoudig is huisartsen mee te krijgen in hun beleid. Door de therapievrijheid van de arts voelt de CRA zich soms machteloos om zijn/haar beleid uit te voeren. Bij onze respondenten ervaren vooral de jonge CRA's hier problemen mee. Ervaring blijkt een belangrijke hefboom om gezag af te dwingen

"Er zijn een aantal zaken waar ik hard aan gewerkt heb. Je probeert dat dan te implementeren maar vaak lukt het niet. Het vergt veel moeite om de collega's mee te krijgen in je beleid. Je kan de huisarts niet kan verplichten jouw strategie te volgen. Het is ook niet echt de bedoeling om een beleid op te leggen. Soms mis je dan als CRA een beetje autoriteit."

"Soms wil de directie te veel in eigen hand houden en de zaken zelf wat sturen. Ik probeer daar dan wel tegenin te gaan, maar als jonge arts is dat toch wel moeilijk."

5.2.7. Financiële beperkingen

Voldoende omkadering, met name gekwalificeerd personeel, is van groot belang voor de CRA. Financiële middelen zijn nodig om deze medewerkers aan te nemen, op te leiden en te behouden. Daarnaast gebeurt de uitbetaling van het ereloon voor de CRA soms laattijdig of incorrect.

"Je moet soms een half jaar wachten op je vergoeding. Ze denken altijd dat dokters geld hebben, als dokter staat er zo een boom in je tuin waar geld uitvalt."

"Door het personeelstekort worden er soms verpleegkundigen uit interimkantoren aangeworven. Dat is vaak een bijverdienste en die mensen zijn ongemotiveerd. Die zijn ook vaak weg waardoor het zeer moeilijk is om een visie op lange termijn op te bouwen."

5.2.8. Politieke besluitvoering

Politieke besluitvoering, met inbegrip van het constitutioneel aspect, bemoeilijkt soms de werking van de CRA. Ook tijdens de covid-pandemie ondervonden artsen hierdoor veel belemmeringen.

'In België behoort de CRA tot het federale beleid en de rusthuizen tot het Vlaamse. Als ik dan een vraag stel aan zorgen en gezondheid, bijvoorbeeld over de KATZ schalen, krijg ik geen antwoord omdat de CRA hun niet interesseert.'

'Tijdens Covid vond ik het grootste probleem dat we toen verschillende boodschappen kregen van de verschillende beleidsniveaus.'

'De overheid legde op om alle testen via éénzelfde labo te laten uitvoeren om zo snel een gemeenschappelijk platform met resultaten te generen. Binnen de dag kreeg ik telefoon van een advocaat van een concurrerend labo dat er een verbod op monopolie is. Ik heb de maatregel dan ook ingetrokken.'

5.2.9. Beperkte hulp van collega's

Het is belangrijk dat dat binnen het WZC een positieve en productieve werkomgeving wordt gecreëerd waarin effectieve samenwerking mogelijk is. De CRA ervaart soms moeilijkheden met andere huisartsen en medische disciplines of de samenwerking met het verzorgend personeel verloopt stroef.

'Een tandarts of oogarts komen nauwelijks nog in een rusthuis. Ook de meeste huisartsen komen niet graag meer naar een rusthuis. Je moet steeds op zoek naar de verpleging, dan moet je de patiënt gaan zoeken. Je spreekt de verpleging aan maar die weet van niets omdat die nog maar net met de shift gestart is. Dat zijn allemaal obstakels'

'Er is weinig communicatie met andere huisartsen. Ze bellen soms wel eens, maar ze communiceren vooral met het WZC.'

5.2.10. Beperkte marge voor eigen beleid

Uit de interviews blijkt dat de CRA graag zijn eigen beleid uitvoert. Soms kan dit botsen met de visie van het WZC of met de algemeen geldende regels. Een CRA haalt aan dat hij ook contractuele beperkingen ervaart.

'Ik heb uiteindelijk mijn ontslag gegeven door een probleem met de directeur, die was voor mij wat te autoritair.'

'Over de inhoud wordt er niet altijd gepraat, als je maar de verplichte uren aanwezig bent. Ik zou niet weten wat ik 6 uur per week moet doen op een bureau. Voor één of ander schoon rapport dat niemand leest? Dat is niet mijn stijl! Ik wil natuurlijk gerust kijken wat er moet gebeuren en bijsturen bij problemen. Maar niet zomaar…'.

'Het WZC is van een streng katholieke strekking, door zusters geïnspireerd. Voor euthanasie waren ze heel streng, ik heb daartegen wel moeten strijden.'

'Als CRA heb ik een privécontract met het WZC. Het contract is redelijk expliciet aangezien het over een privaat commercieel bedrijf gaat.

5.2.11. Opleiding

Sommige artsen geven aan dat de bestaande opleiding modules hen onvoldoende hierop hebben voorbereid.

> *'Er is een onlineopleiding, en die geeft wel een aantal handvaten maar die zijn toch eigenlijk zeer summier.'*

5.2.12. Tijd of energietekort

Een rem die bij veel artsen naar boven komt om health advocacy te doen is tijdsgebrek. Een CRA geeft aan dat hij zijn eigen praktijk vaak boven zijn functie van CRA zet. Veel artsen geven aan dat de covid-pandemie zodanig vermoeiend was dat ze nadien geen energie meer over hadden om hun rol als CRA ten volle ter hervatten.

> *'De CRA's zijn meestal huisartsen, iedereen heeft het druk in zijn eigen praktijk. En als je tijd te kort hebt, hetgeen het eerste van tijdsbesteding achteruitgaat is je CRA-functie.'*

> *'Er is natuurlijk een limiet aan wat mensen kunnen. Iedereen heeft tijde COVID heel hard zijn best gedaan, zodanig dat we op onze adem trapten en nadien niet echt meer de energie hadden om grote veranderingen te verwezenlijken.'*

> *'Tijdens COVID waren we zelf eerst nog niet gevaccineerd. Je loopt steeds het risico om ook besmet te worden. Ik ervaarde dat persoonlijk als een zeer stressvolle periode.'*

6. Discussie

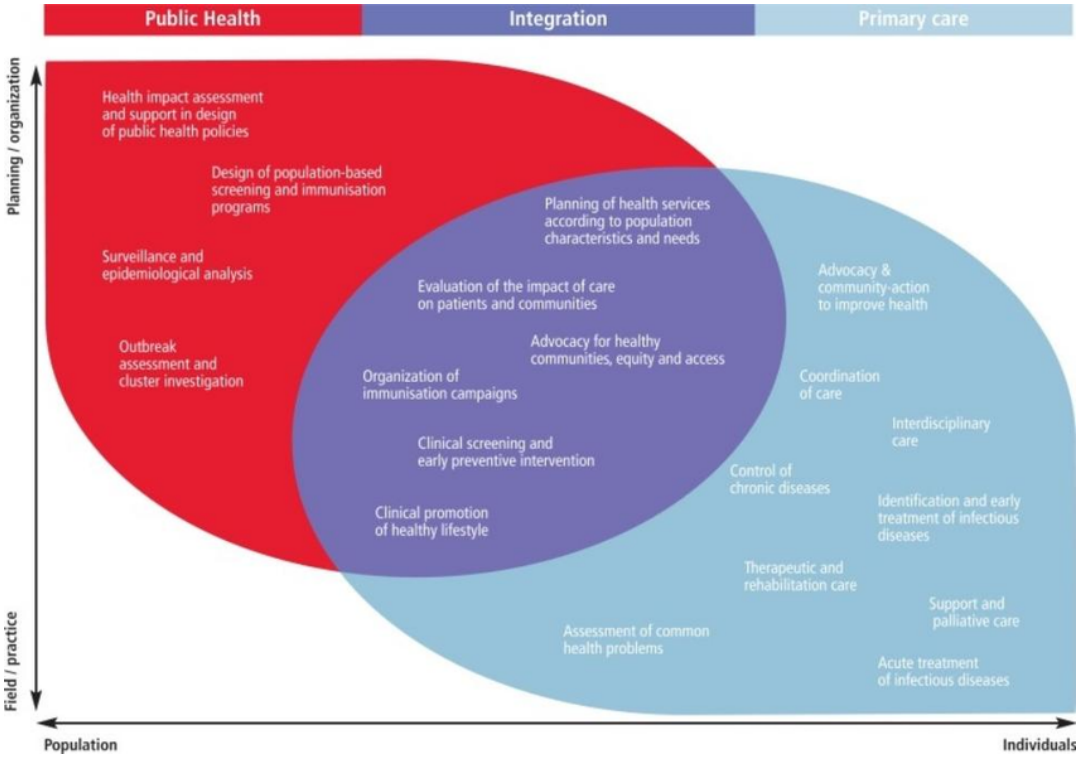
Deze kwalitatieve studie onderzocht hoe de Vlaamse CRA's aan health advocacy doen. We halen drie niveaus met elk vier stappen aan en bespreken uitgebreid de motiverende factoren om de rol van health advocate op te nemen. Daarnaast brachten we de remmende en faciliteren factoren in kaart dewelke invloed hebben op die rol van health advocate.

Ten eerste wordt duidelijk dat de CRA op elk niveau zijn/haar rol als health advocate opneemt en daarbij alle stappen van health advocacy doorloopt. Dit gebeurt op een intuïtieve manier aangezien de meeste CRA's geen voorkennis hebben over het health-advocacy concept. Health advocacy komt dan ook niet aan bod in de verplichte opleiding die elke (kandidaat-)CRA moet volgen.

Het valt op hoe belangrijk samenwerking is bij elke stap van health advocacy.
Op het microniveau gebeurt deze samenwerking voornamelijk met huisartsen en het WZC-personeel, maar op het meso- en macroniveau worden ook beleidsmakers, belangengroepen en soms zelfs de media betrokken. Het doel van deze samenwerking is vaak preventief eerder dan curatief. Zo gaat het voornamelijk over vaccinaties, valpreventies, beheer van infectieziektes en tijdens COVID ook het opstellen en implementeren van isolatiemaatregelen.
Voor de evaluatie van hun toegepaste interventies wordt er ook vaak samen gezeten met de andere betrokken zorgverleners. De geïnterviewde CRA's gaven aan dat deze evaluaties vaak stoelden op de individuele perceptie van de betrokkenen en soms ook op harde data. Zo werden zeer meetbare zaken als de vaccinatiegraad of het valbeleid wel geëvalueerd aan de hand van de beschikbare cijfers. Steenkamer et al. beschrijft dat de Belgische gezondheidszorg te weinig kwaliteit gestuurd is, waarbij artsen onvoldoende met elkaar worden vergeleken, een bevinding die in contrast staat met de bevindingen van deze studie. De deelnemers aan onze studie gaven aan dat er wel degelijk momenten van studie en vergelijking zijn en dat CRA's onderling informatie uitwisselen. (22)
Ook het opleiden van personeel is een belangrijk deel van de health advocacy rol van een CRA. In geen enkel interview kwam een opleiding voor bewoners aan bod waar bijvoorbeeld ingezet zou kunnen worden op zelfmanagement strategieën en een gezonde levensstijl.
Op het macroniveau valt het op dat **de COVID-crisis als katalysator** werkte voor

sommige CRA's om te proberen in te werken op het beleid. Dit gebeurde vaak door CRA's die buiten hun CRA-functie ook nog beleidsfuncties op zich nemen.

Bovenstaande toont voor ons aan dat **de manier waarop de CRA's aan health advocacy doen, sterk aansluit bij het PHM-concept**. Er is een sterke focus op samenwerkende zorgcoördinatie, preventieve gezondheidszorgstrategieën, data gedreven besluitvorming, gezondheidsbevordering, educatie en beleidsbeïnvloeding. Toch doen CRA's ook aan zorg op microniveau en hebben ze oog voor palliatieve zorg, interdisciplinair samenwerken en curatieve zorg. Dit zet hen op **het snijpunt tussen population health en eerstelijnszorg** zoals gedefinieerd door Levesque et al. (23)



Figuur 6: integratie tussen public health en eerstelijnszorg volgens Levesque et al.

Dit snijpunt is een belangrijke troef om het maximale uit de gezondheidszorg te halen. Zo stelt een studie uit het jaar 2023 dat het een belangrijke taak is van de eerstelijnszorg om de beleidsmakers die met population health bezig zijn, te attenderen op kwetsbare groepen, zodat ook deze groepen bereikt kunnen worden via aangepaste interventies. (24)

Ook de remmende factoren om aan health advocacy te doen die geïdentificeerd werden in deze studie, kwamen overeen met de gekende barrières om aan PHM te doen. Steenkamer et al. (2023) hebben de barrières onderzocht die de implementatie

van het principe van Population Health Management (PHM) hinderen. Deze studie omvatte 11 Belgische beleidsmakers en werd uitgevoerd via diepte-interviews, waarbij ze 7 remmende factoren identificeerden voor de toepassing van PHM in het Belgische beleid. Onder andere werd vermeld dat het Belgische politieke systeem niet voldoende gericht is op PHM, deels als gevolg van de fragmentatie van bevoegdheden. Ook het financieringsmodel, politieke besluitvorming en de opleiding werden als obstakels beschouwd, waarbij de complexiteit van het Belgische politieke systeem werd benadrukt. (22) Deze thesis identificeert vergelijkbare barrières vanuit het werkveld. De CRA's ervaarden deze barrières als enorm demotiverend, ook de COVID-crisis bracht eerder negatieve ervaringen met de beleidsmakers aan het licht, sommige CRA's gaven aan zich onvoldoende gehoord te voelen en daarom teleurgesteld te zijn in de overheid. Dit wordt ook bevestigd in de studie van Vanden Bossche et al. die aankaart dat tijdens de COVID crisis er weinig tot geen participatie was vanuit de eerstelijnszorg binnen het beleid. Er was een eenrichtingsverkeer vanuit het beleid naar de eerstelijnszorg toe. (24) Dit wordt ons ook bevestigd door de geïnterviewde CRA's die dan ook aangaven dat ze het strenge keurslijf qua regels als een sterke remmende factor zagen om aan health advocacy te kunnen doen. Er is een gebrekkige compatibiliteit tussen medische softwareprogramma's, wat het delen van gegevens bemoeilijkt. Verschillende geïnterviewden hebben aangegeven dat elektronisch dossier in de WZC niet compatibel zijn met de softwarepakketten die de huisartsen gebruiken, en dus de medische dossiers nog vaak op papier worden bijgehouden. Naast het probleem van beschikbaarheid, heerst er ook onduidelijkheid over de Belgische wetgeving met betrekking tot privacy, waardoor de CRA hier geen toegang tot heeft. Dit weerspiegelt de barrières die Danhieux et al. beschrijft (21)

De CRA's doen aan health advocacy op alle 3 de niveaus. Toch zijn er grote **verschillen tussen de CRA's onderling wanneer we kijken op welk niveau ze meestal de health advocacy rol opnemen en waarom**. Zo nemen enkele CRA's voornamelijk een rol op microniveau, tijdens de COVID-pandemie kwam deze rol vaak nog sterker naar voren omdat ze toen vaak dagdagelijks in het WZC aanwezig waren. Het is des te meer opvallend dat andere CRA's aangeven dat het microniveau absoluut niet binnen hun takenpakket ligt en dat ze dit (indien mogelijk) proberen te vermijden. Dit strookt met de **rolverwarring** die vele CRA's ervaren. Het is voor velen onduidelijk wat hun job nu precies inhoudt op het health advocacy vlak. En hoewel de taakomschrijving uit het jaar 2021 voornamelijk focust op het populatiemanagement en stelt dat de CRA individuele zorg kan opnemen indien de behandelende huisarts hier om vraagt, geven veel van de

geïnterviewde CRA's aan dat ze hier een grote vrijheid in hebben.
Dit kan in sommige gevallen leiden tot conflicten tussen de verschillende niveaus waarop ze aan health advocacy doen. Zeker tijdens de COVID-pandemie moesten CRA's vaak kiezen tussen het welzijn van een bewoner en het welzijn van de groep. Deze keuzes om bijvoorbeeld in uitzonderlijke gevallen wel bezoek toe te laten of net niet, werden als emotioneel zeer zwaar ervaren door de CRA's.
Zo'n gebrek aan een duidelijk afgebakend mandaat confronteert CRA's ook vaak met een belangrijke mate van afhankelijkheid van de directie. Anderzijds worden ze vaak gezien als storend door de vaste huisartsen. Een gevolg hiervan is dat de gegeven **adviezen van de CRA's soms genegeerd worden**.
In een visietekst uit het jaar 2022 erkent zorgnet Icuro dit probleem en bevelen ze aan om het mandaat van de CRA duidelijker te maken en vooral sterker te doen staan ten opzichte van de individuele huisartsen. (25)

Hoewel we dit niet specifiek onderzochten, kunnen we er van uit gaan dat een CRA die de health advocacy rol opneemt, een meerwaarde biedt aan het WZC en zijn bewoners. De positieve rol van de CRA werd dan ook tijdens de COVID crisis door vele rapporten en studies in de verf gezet. (3, 14-16) Het is dan ook **belangrijk om een inzicht te hebben in de motivatie van artsen om CRA te worden**. Dit is des te belangrijker in het licht van de sterk toenemende vergrijzing waarbij het aantal 80+ers tegen het jaar 2050 naar schatting verdubbeld zal zijn ten opzichte van het huidige cijfer.

CRA's nemen hun functie als CRA en dus als health advocate op vanuit een sterke interne motivatie. Voornamelijk een theoretische interesse in ouderenzorg, maar zeker ook een afwisseling met hun beroep als huisarts is hierbij doorslaggevend. Deze afwisseling zit hem in de manier van werken en het niveau waarop ze werken. Externe motivatoren lijken in het algemeen van minder belang, het financiële en het praktische plaatje (onder andere de woon-werk afstand) is bij geen enkele van de geïnterviewde CRA's de doorslaggevende factor geweest om het beroep op te nemen.

Uit de interviews blijkt dat een vlotte samenwerking met andere zorgverleners en appreciatie voor hun uitgevoerde werk hun rol als health advocate gemakkelijker maken. Die samenwerking is dan ook een essentiële factor in het stappenplan van health advocacy zoals hierboven besproken.

Een opvallende vaststelling uit dit onderzoek is dat de Covid-pandemie een dubbele impact had op de health advocacy rol van de CRA's. Zo blijkt dat er enerzijds een positief effect is. De covid-pandemie bracht de CRA veel nauwer bij de werking van zijn WZC waardoor men zich meer verbonden voelde zowel bij de instelling

maar ook bij zijn bewoners. Artsen voelden ook meer appreciatie of krediet om zich verder te ontplooien als health advocate. Anderzijds komen er in ons onderzoek ook remmende factoren voor veroorzaakt door de covid-pandemie. Een artikel van Keogh-Brown et al. (2009) onderzocht de impact van de grieppandemie van 2003, waarbij de macro-economische impact in België werd bekeken, met name op de sectoren gezondheidszorg en onderwijs, aan de hand van het bruto binnenlands product (BBP). Uit deze studie blijkt dat de dienstensectoren het meest hinder ondervinden bij een pandemie. Hierbij behoren de gezondheidszorg en het onderwijs tot de meest kwetsbare sectoren. (26) Hoewel de benadering van deze thesis anders is, bevestigen onze resultaten inderdaad dat de toen geldende restricties werd de dagelijkse werking danig verstoord. De artsen gaven aan dat MDO’s werden afgeschaft, of er ontstond een personeelstekort. Nu de pandemie afgezwakt is, ervaart de CRA moeilijkheden om de afgeschafte initiatieven te herstarten. Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat de CRA soms dermate zelf uitgeput werd dat hij niet meer de energie geeft om een actieve rol op te nemen en nieuwe projecten aan te brengen

6.1. Sterktes en zwaktes onderzoek

De gegevens bekomen zijn vanzelfsprekend enkel geldig voor de artsen waar het interview heeft plaatsgevonden en zijn mogelijk niet volledig representatief voor alle Vlaamse CRA's. De selectie van deelnemers gebeurde opportunistisch, vaak op voordracht van collega's, wat een selectiebias kan veroorzaken door reeds bestaande interesse. Tijdens de interviews legden de onderzoekers hun eigen accenten, wat de resultaten enigszins kan vertekenen, ondanks pogingen om gestandaardiseerd te werken. Een ander belangrijk nadeel is het feit dat een belangrijk aantal artsen geweigerd hebben om aan een interview deel te nemen. Het is natuurlijk moeilijk te achterhalen waarom iemand niet deelneemt aan het interview. Er moet rekening mee gehouden worden dat sommige artsen weigerden omdat ze weinig of niet de rol van health advocate opnemen. Wanneer we ook deze artsen hun visie konden includeren in dit onderzoek zou dat mogelijks tot andere resultaten geleid hebben.

Aan de positieve kant is er een voldoende groot onderzoekssample bereikt, omdat na enkele interviews vergelijkbare data werden verkregen. Er was geen sterke connectie tussen de onderzoekers en de geïnterviewde CRA's, wat mogelijke beïnvloeding minimaliseerde. Bovendien werd de data samen met collega's geanalyseerd en werden interpretaties tijdens interviews getoetst bij CRA's om nauwkeurigheid te waarborgen.

Conclusie

Hoe doet een CRA aan health advocacy binnen een WZC? Om op deze vraag antwoord te krijgen werden 15 CRA's geïnterviewd via een diepte-interview. Hieruit blijkt dat health advocacy impliciet behoort tot het takenpakket van de CRA en dit op de werkvloer ook tot uitvoering komt. Het niveau waarop de CRA aan health advocacy doet gaat van de individuele patiënt tot het populatieniveau, maar bevindt zich toch meestal op het snijpunt tussen de beiden. Dit maakt van de CRA een actor op het interactiegebied tussen eerstelijnsgeneeskunde en population health management. **Dit geeft de CRA een unieke positie in ons zorglandschap** van waaruit hij/zij ervaring en kennis uit de eerstelijnszorg kan meenemen naar het beleidsniveau om daar een positieve verandering teweeg te brengen voor de populatie waar de CRA voor instaat.

Gezien het feit dat deze populatie de komende jaren een steeds belangrijkere focus wordt binnen ons Belgische zorglandschap is het volgens ons dan ook **belangrijk om de CRA zo veel mogelijk te ondersteunen in zijn essentiële rol**.

Om dat te kunnen verwezenlijken is een kennis van de motivatie, remmende en faciliterende factoren bij CRA's onontbeerlijk. Deze zaken komen uitgebreid aan bod in deze studie, maar we zouden graag nog uitlichten dat een **duidelijke taakomschrijving** voor de CRA en een **betere vertegenwoordiging van CRA's in het beleid** of een **grotere vrijheid voor CRA's om persoonlijke initiatieven te nemen** op het werkveld haalbare en nuttige stappen zouden zijn in de toekomstige rol van CRA's.

Daarnaast is het ook belangrijk om in te zien dat een CRA zijn werk niet alleen kan of mag uitvoeren. Een **goede samenwerking met alle mogelijke zorgactoren** is uiterst belangrijk om tot een goede zorg voor de WZC bewoners te komen. Het zal er dus op neerkomen om ook deze zorgverleners te blijven ondersteunen in de komende jaren, zodat er een multidisciplinair en breed gedragen beleid op poten gezet kan worden rond het geheel van een WZC en zijn bewoners.

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe deze inzichten in praktijk gebracht kunnen worden. Zo lijkt het ons interessant om te bekijken hoe de wisselwerking tussen de werkvloer van het WZC en het beleid praktisch zou kunnen verlopen via de CRA als population health manager en health advocate. Gezien de snel vergrijzende populatie is dit topic belangrijker dan ooit.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd studieprotocol.

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Decat
Huisartsengeneeskunde
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Klaus Van der Elst	27/03/2023	1/8
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2022-0390	nvt	B6702023000143

Betreft:
De rol van CRA-arts als health advocate, nieuwe inzichten post covid?

Positief advies volgens de wet van 7 mei 2004

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 27/03/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 7S
ROUTE 7S23

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: semigestructureerde vragenlijst

1. **Algemene introductie**

- Naam
- leeftijd
- Situering WZC (landelijk stedelijk, grootte)
- Werkervaring als CRA
- Nevenfuncties? Werk als huisarts?

2. **Inleidingsvragen**

- Waarom bent u CRA geworden?
- Hoe ziet u uw rol als CRA?
- Wat kan u vertellen over de CANMEDS rollen?
- Wat weet u over het begrip 'health advocate'?

3. **Doet u aan health-advocate? Hoe komt dit dan tot uiting?**

Zo ja: Doet u dit op microniveau? Kan u hier een voorbeeld van geven?
Doet u dit op mesoniveau? Kan u hier een voorbeeld van geven?
Doet u dit op macroniveau? Kan u hier een voorbeeld van geven?

4. **sleutelvragen**

A. <u>Expliciete vragen over het onderwerp CRA.</u>

- wat zijn de 'prioriteiten' van een WZC naar de bewoners toe? Welke zorgen wilt u de bewoners zeker nog geven in hun laatste jaren?
- Beschrijf de wisselwerking op ziekenhuis- en bestuursniveau.
- hoe lukt de samenwerking met elke huisartsen apart? Zie je een grotere rol weggelegd voor de CRA's?

B. <u>expliciete vragen over het onderwerp COVID.</u>

- Hoe hebt u de COVID-crisis ervaren als CRA-arts? Wat waren voor u de belangrijkste taken?
- Welke uitdagingen ondervond u tijdens de COVID-crisis? Had u specifieke uitdagingen als CRA en als health-advocate?
- maakte je voor sommige bewoners uitzonderingen op de regels? zoja waarom? Met wie werkte u allemaal samen tijdens de COVID crisis en hoe ervaarde u deze samenwerking?
- Ervaarde u verandering in uw rol voor/na de COVID pandemie? Wat ervaarde u?

5. **Retrospectief**

- Wat zou uw beleid geweest zijn tijdens de covid pandemie vanuit uw rol als health advocate?

De rol van de CRA arts als health advocate, nieuwe inzichten post-covid?

A Data Management Plan created using DMPonline.be

Creators: Klaus Van der Elst, Mil Vervoort, First Name Surname

Affiliation: Ghent University (UGent)

Template: AVG Record (NL)

Principal Investigator: Mil Vervoort, First Name Surname, Klaus Van der Elst

Data Manager: Mil Vervoort, First Name Surname, Klaus Van der Elst

Project Administrator: Mil Vervoort, First Name Surname, Klaus Van der Elst

ID: 184941

Start date: 01-01-2023

End date: 31-12-2023

Project abstract:

De Canmeds rol 'health advocacy' wordt dagelijks beoefend door huisartsen op vele verschillende niveaus en manieren. Dit engagement vormt zo mee de gezondheidszorg in Vlaanderen. De COVID-crisis heeft dit proces tegen wil en dank tot het uiterste getest. Onder andere CRA artsen stonden vanuit hun rol als health advocate aan de wieg van vele initiatieven om de pandemie in te dijken. De vraag is of dit ook blijvende veranderingen heeft gegeven in hun visie op hun rol als health advocate en in de structuren die hen omkaderen binnen deze rol.

Last modified: 01-12-2022

De rol van de CRA arts als health advocate, nieuwe inzichten post-covid?
AVG Register

Verzameling en verwerking van persoonsgegevens

1. Verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Ja

2. In welk formaat verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Digitaal

3. Verzamelt of verwerkt u primaire en/of secundaire persoonsgegevens?

- Primaire persoonsgegevens

4. Indien u secundaire persoonsgegevens verwerkt, zal u de personen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt informeren of zijn ze reeds geïnformeerd?

5. Indien nee, leg uit waarom het onmogelijk is of waarom het onevenredig veel moeite zou kosten om de personen van wie de persoonsgegevens worden verwerkt op de hoogte te stellen.

6. Op welke manier zullen de persoonsgegevens verwerkt worden?

- Gepseudonimiseerd (verduidelijk hieronder)

Het gaat om enkele diepte-interviews met een informed consent. Om de privacy van de geïnterviewden te waarborgen zal er gepseudonimiseerd worden volgens de aanbevelingen van UGent hierover bij een kwalitatief onderzoek. Dit betekent dat van elk interview een transcriptie gemaakt wordt waarna elke (indirecte) verwijzing naar persoonsgegevens gegeneraliseerd wordt.

7. Als u persoonsgegevens in gepseudonimiseerde vorm gaat verwerken, beschrijf dan de methode van pseudonimisering, waar u de sleutel bewaart en wie toegang heeft tot deze sleutel.

Er wordt gewerkt volgens de principes beschreven op volgende link: https://onderzoektips.ugent.be/nl/tips/00002092/
Er zal een transcriptie gemaakt worden van elk interview waarna er via de 'zoek en vervang functie' elke (indirecte) verwijzing naar persoonsgegevens gepseudonimiseerd zal worden.
De pseudonimisatie van de namen van de geïnterviewden zal gebeuren via de 'counter' techniek. De oorspronkelijke dataset hiervoor zal bewaard worden op een beveiligde server van de UGent.

Categorieën van persoonsgegevens en betrokkenen

8. Verzamelt of verwerkt u één of meerdere van de volgende bijzondere categorieën van persoonsgegevens?

- Gegevens die informatie geven over raciale of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of filosofische overtuigingen of vakbondslidmaatschappen

Gezien dit een onderzoek is rond health advocacy is het belangrijk om eventuele politieke/levensbeschouwelijke opvattingen mee te nemen in ons onderzoek.

9. Welke andere categorieën van persoonsgegevens verzamelt of verwerkt u?

- Persoonlijke kenmerken (leeftijd, geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat, nationaliteit ...)
- Beroep en professionele bezigheden
- Audio en video opnames

10. Van wie verzamelt of verwerkt u persoonsgegevens?

- Andere (beschrijf hieronder)

CRA-artsen in Vlaanderen

11. Wordt uw onderzoek ernstig belemmerd als de personen wiens persoonsgegevens worden verzameld/verwerkt hun recht op inzage, op rectificatie, op beperking van verwerking, om vergeten te worden, op gegevensportabiliteit en/of op bezwaar willen uitoefenen?

- Nee

12. Indien ja, motiveer dan de noodzaak om af te wijken van een of meer van de in vraag 11 genoemde rechten. Voor elke afwijking is een motivering vereist.

Doeleinde(n) van de verwerking

13. Wat is/zijn het doel/de doeleinden van de verwerking van persoonsgegevens?

Gezien het om diepte-interviews gaat met betrekking tot hun rol als health advocate is het belangrijk om een volledig beeld te krijgen van de geïnterviewde als persoon. Dit gaat dan voornamelijk om zijn/haar professionele activiteiten alsook levensbeschouwing en persoonlijke achtergrond in functie van hun rol als health advocate.

14. Wat is de rechtsgrond voor de verwerking van persoonsgegevens? Als de gegevens voor meerdere doeleinden worden verwerkt, moet u voor elk doel de rechtsgrond beschrijven.

- Het onderzoek is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang, dit wil zeggen dat het onderzoek leidt tot een vermeerdering van de kennis en het inzicht die de maatschappij (direct of indirect) ten goede komt.
- De personen wiens persoonsgegevens verwerkt worden hebben vrijelijk hun uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van hun persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden.

15. Als u bijzondere categorieën van persoonsgegevens verwerkt (zie vraag 8), op welke uitzondering is dit dan gebaseerd?

- De verwerking is noodzakelijk voor wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden.

Verantwoordelijkheden binnen de AVG

16. Welke instelling(en) is/zijn betrokken in het onderzoek?

- Universiteit Gent (UGent)

17. Is er een andere universiteit, ziekenhuis, onderzoeksinstelling of partner betrokken bij het onderzoek (naast UGent en/of UZ Gent)?

- Nee

18. Geef aan wie het doel ('waarom') en de middelen ('hoe') van het onderzoek bepaalt.

- Dit wordt bepaald door UGent: UGent is de verwerkingsverantwoordelijke.

Data-overdracht en type van ontvangers

19. Deelt/ontsluit u persoonsgegevens buiten uw onderzoeksteam, hetzij met ontvangers in UGent en/of UZ Gent, hetzij met externe ontvangers tijdens of na uw onderzoek?

- Nee

20. Zo ja, met welke categorieën van ontvangers worden de persoonsgegevens gedeeld/overgedragen?

21. Zo ja, aan/met/naar welk land worden de persoonsgegevens bekendgemaakt/gedeeld/overgedragen?

22. Voor welk doeleinde worden de persoonsgegevens bekendgemaakt/gedeeld/overgedragen?

23. Wat is de rechtsgrond voor de gegevensoverdracht of het delen? Als er meerdere gegevensoverdrachten zijn, moet u voor elke gegevensoverdracht de rechtsgrond aangeven.

Bewaartermijn

24. Wat is de beoogde bewaartermijn voor de verschillende categorieën persoonsgegevens? Motiveer uw antwoord.

De gegevens zullen niet langer bewaard worden dan nodig voor het doel van het onderzoek. Van zodra de thesis geschreven is zal de

dataset verwijderd worden. De beoogde einddatum is dus augustus 2023.

Risico-analyse

25. Vink de vakjes aan die op dit onderzoek van toepassing zijn om de mogelijke risico's van de verwerking van persoonsgegevens te analyseren.

- In dit onderzoek worden bijzondere categorieën van persoonsgegevens verwerkt (zie vraag 8).
- Aspecten m.b.t. de prestaties van de betrokkene op het werk, de economische situatie, gezondheid, persoonlijke voorkeuren of interesses, betrouwbaarheid of gedrag, locatie of verplaatsingen worden geëvalueerd of gescoord, geprofileerd of voorspeld.

26. Is er voor uw onderzoek sprake van een verwerking met een waarschijnlijk hoog risico? Als u bij vraag 25 twee of meer risico's heeft aangevinkt, is het antwoord 'ja'.

- Ja

Veiligheidsmaatregelen

27. Welke technische en organisatorische veiligheidsmaatregelen worden genomen om de persoonsgegevens te beschermen?

- Ik bevestig hierbij dat ik mijn onderzoek uitvoer conform de richtlijnen rond informatieveiligheid van UGent en/of UZ Gent.

28. Als u de noodzaak heeft gemotiveerd om af te wijken van één of meer rechten van betrokkenen in vraag 11 en 12, beschrijf dan welke waarborgen worden genomen om hun rechten en vrijheden te beschermen.

Referenties

1. Belgisch staatsblad 28 december 2018, (2018).

2. UNIA. De impact van COVID-19-maatregelen op mensenrechten in woonzorgcentra: een kwalitatief onderzoek. 2021.

3. ArtsenZonderGrenzen. Overgelaten aan hun lot: de ervaring van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra tijdens de Covid-19-epidemie in België. 2020.

4. Crespo-Martín A, Palacios-Ceña D, Huertas-Hoyas E, Güeita-Rodríguez J, Fernández-Gómez G, Pérez-Corrales J. Emotional Impact and Perception of Support in Nursing Home Residents during the COVID-19 Lockdown: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23).

5. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, van Tilburg TG, de Vries DH. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(11):1569-70.

6. Hoel V, Seibert K, Domhoff D, Preuß B, Heinze F, Rothgang H, Wolf-Ostermann K. Social Health among German Nursing Home Residents with Dementia during the COVID-19 Pandemic, and the Role of Technology to Promote Social Participation. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(4).

7. Tak SH, Kedia S, Tongumpun TM, Hong SH. Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia. Educ Gerontol. 2015;41(3):182-92.

8. Hoben M, Dymchuk E, Corbett K, Devkota R, Shrestha S, Lam J, et al. Factors Associated With the Quality of Life of Nursing Home Residents During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. J Am Med Dir Assoc. 2023;24(6):876-84.e5.

9. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans R, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(7):900-4.

10. Wu S, Xiao LD, Nan J, Zhao S, Yin P, Zhang D, et al. Nursing Home Residents' Perceptions of Challenges and Coping Strategies during COVID-19 Pandemic in China. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2).

11. Canada RCopaso. 2015. Available from: https://www.royalcollege.ca/en/canmeds/canmeds-framework.html.

12. Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. Health Promotion International. 2000;15(4):369-76.

13. Loose LD. DE VLAAMSE HUISARTS: EEN GEBOREN HEALTH ADVOCATE? 2016.

14. al VHe. De aanpak van een COVID-uitbraak in een woonzorgcentrum. huisartsnu. 2020.

15. al DLe. DE COÖRDINERENDE EN RAADGEVENDE ARTS IN WOONZORGCENTRA: NAAR EEN NIEUWE FUNCTIEOMSCHRIJVING BINNEN STERK INTERPROFESSIONEEL TEAMWERK. 2021.

16. S C. COVID, EEN BEPROEVING VOOR DE WOONZORGCENTRA IN HET BRUSSELS GEWEST. 2023.

17. van Ede A, Minderhout RN, Stein KV, Bruijnzeels MA. How to successfully implement population health management: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):910.

18. Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. Popul Health Manag. 2017;20(1):74-85.

19. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Alsgaard K, Hawkins K, Yeh CS. Population Health Management for Older Adults: Review of Interventions for Promoting Successful Aging Across the Health Continuum. Gerontol Geriatr Med. 2016;2:2333721416667877.

20. NHS. Implementing phase 3 of the NHS response to the COVID-19 pandemic. 2020.

21. Danhieux K, Martens M, Colman E, Wouters E, Remmen R, van Olmen J, Anthierens S. What Makes Integration of Chronic Care so Difficult? A Macro-Level Analysis of Barriers and Facilitators in Belgium. Int J Integr Care. 2021;21(4):8.

22. Steenkamer B, Vaes B, Rietzschel E, Crombez J, De Geest S, Demeure F, et al. Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):659.

23. Levesque J-F, Breton M, Senn N, Levesque P, Bergeron P, Roy DA. The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. Public Health Reviews. 2013;35(1):14.

24. Vanden Bossche D, Zhao QJ, Ares-Blanco S, Peña MPA, Decat P, Kondo N, et al. Addressing health inequity during the COVID-19 pandemic through primary health care and public health collaboration: a multiple case study analysis in eight high-income countries. Int J Equity Health. 2023;22(1):171.

25. Icuro z. MEDISCH BELEID IN WOONZORGCENTRA: "Het mandaat van CRA moet meer body krijgen". 2022.

26. Keogh-Brown MR, Smith RD, Edmunds JW, Beutels P. The macroeconomic impact of pandemic influenza: estimates from models of the United Kingdom, France, Belgium and The Netherlands. Eur J Health Econ. 2010;11(6):543-54.